



Bundesministerium  
für Gesundheit



# Zukunftswerkstatt Demenz

---

# Zukunftswerkstatt Demenz

## Grußwort von Bundesminister Hermann Gröhe



Sehr geehrte Damen und Herren,

das Thema Demenz geht uns alle an. Viele von uns werden bereits davon berührt, sei es als Familienangehöriger eines an Demenz erkrankten lieben Menschen, sei es in der Nachbarschaft oder möglicherweise im beruflichen Umfeld.

Diese Erkrankung ist bis heute leider nicht heilbar – umso mehr müssen wir stetig daran arbeiten, dass den betroffenen Menschen die bestmögliche Behandlung und Pflege zukommt, damit sie in ihrer oft jahrelangen Krankheitszeit so gut wie möglich begleitet und unterstützt werden. Gleichzeitig dürfen wir auch nicht den Blick auf die vielen pflegenden Angehörigen verlieren, die sich in der tagtäglichen Betreuung und Hilfeleistung für den demenziell erkrankten Menschen engagieren.

Mit dem Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz“ wurden in den Jahren 2012 bis 2015 wichtige Projekte in den Bereichen „Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“ und „Regionale Demenznetzwerke“ vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert.

Am 21. September des vergangenen Jahres, dem alljährlichen Welt-Alzheimerstag, wurden im Rahmen einer Abschlussveranstaltung die Ergebnisse dieser Projekte vorgestellt.

Diese Broschüre gibt einen Überblick über diese Veranstaltung und soll Ihnen gleichzeitig die vielen Beispiele guter Praxis, Erfahrungen und Hilfen vorstellen. Sie sind ausdrücklich zur Nachahmung empfohlen. Der große Erfolg des Förderprogramms spiegelt sich auch darin wider, dass der Gesetzgeber mit dem Zweiten Pflege-stärkungsgesetz die Möglichkeit für die Pflegekassen geschaffen hat, entsprechende regionale Netzwerke zu fördern, die sich die Verbesserung der Angebote für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zum Ziel gesetzt haben.

Das Bundesministerium für Gesundheit wird sich im Rahmen seiner Ressortforschung auch weiterhin für die Verbesserung der Situation von an Demenz erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen einsetzen. Es ist meinem Ministerium und auch mir persönlich ein Anliegen, dass neue Ideen entwickelt, gute und praxisgerechte Lösungen erprobt und auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich untersucht werden.

Ich wünsche Ihnen eine anregende und interessante Lektüre.

Herzlichst Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hermann Gröhe'. The signature is fluid and cursive, written over a light grey background.

Hermann Gröhe  
Bundesminister für Gesundheit

## Grußwort der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



In der „Zukunftswerkstatt Demenz“ hat das Bundesgesundheitsministerium Projekte aus zwei Schwerpunkten gefördert, die im Themenbereich Demenz eine besondere Relevanz haben. Diese Schwerpunkte wurden in einem Workshop mit Experten unterschiedlicher Professionen unter Einbezug der Selbsthilfe erarbeitet.

Die Unterstützung von Angehörigen ist deshalb so wichtig, weil diese einen Großteil der Begleitung und Pflege von Menschen mit Demenz leisten. Oft über Jahre sind sie für ihre demenzkranken Angehörigen da, stellen eigene Bedürfnisse zurück und engagieren sich mit großer Hingabe. Dabei stoßen sie nicht selten an eigene Grenzen. Besonders der Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen ist sehr belastend – wie die Anrufe am Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zeigen. Angehörige sind durch die Belastung in großer Gefahr, selbst krank zu werden, wie Studien zeigen. So war es nahe liegend die Unterstützung von Angehörigen in den Fokus zu nehmen. Dabei sollten nicht neue Interventionen „erfunden“ werden, sondern bestehende Projekte für die Versorgung evaluiert werden. Dies ist auch gelungen. Einige der untersuchten Interventionen konnten entlastende Effekte für die Angehörigen wissenschaftlich nachweisen.

Bei der Versorgung von Menschen mit Demenz wirken viele Akteure mit. Dazu gehören Beratungsstellen, Ärzte und Ärztinnen, Krankenhäuser, ambulante und stationäre Einrichtungen, informelle Hilfestrukturen, die Selbsthilfe und weitere Akteure. Vielfach wissen die vor Ort Tätigen nicht voneinander. Sie behandeln, versorgen, beraten und begleiten Menschen mit Demenz und ihre Familien, ohne mit den anderen Akteuren in Kontakt zu treten. An manchen Orten haben sich aber schon vor vielen Jahren Demenz-Netzwerke gebildet, um Aktivitäten zu bündeln, Überleitungen zu verbessern und Synergien zu nutzen. Diese Netzwerke arbeiten höchst unterschiedlich: Es gibt Netzwerke, die durch professionelle Akteure geprägt sind, aber auch solche, die durch ehrenamtliches Engagement entstanden sind und andere Schwerpunkte setzen.

Im zweiten Förderschwerpunkt wurden diese Strukturen untersucht: Wie funktionieren Netzwerke? Welche Akteure arbeiten mit? Wie kann man sie nachhaltig erhalten? Wie finanzieren sie sich? Dies waren nur einige der Fragen, die sich die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen gestellt haben. Die Ergebnisse des Forschungsprojektes inklusive Praxishilfen wurden auf einer Internetseite veröffentlicht und damit auch Nachahmern zur Verfügung gestellt. Dies ist sehr zu begrüßen, denn Forschung sollte für die Praxis tätig werden. Positiv ist auch zu vermerken, dass es gelungen ist die Finanzierung der Netzwerke mit einem Betrag von 20.000 € im Zweiten Pflegestärkungsgesetz für die Zukunft zu verankern.

Wenn es jetzt noch gelingen würde, die effektiven Unterstützungsangebote für die Angehörigen regelhaft nutzbar zu machen, ist die Zukunftswerkstatt Demenz ein positives Beispiel dafür, dass die Ergebnisse von Forschungsvorhaben nicht in der Schublade verschwinden, sondern diese ganz konkrete Verbesserungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen bringen können.

  
Sabine Jansen

VIDEO-INTERVIEW MIT SABINE JANSEN

<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-jansen>



# One day Baby, we'll be old...

Dr. Eckart von Hirschhausen

Meine erste Nacht im Altersheim. Wie fühlt es sich an, unter Menschen zu sein, die sich nicht mehr an Vieles erinnern können? In meiner Arztausbildung vor 25 Jahren habe ich noch gelernt, Alter und den Tod als bösen Feind zu betrachten. Was für ein Quatsch. Denn dass heute mehr Menschen mit Alzheimer in Deutschland leben ist salopp gesagt ein gutes Zeichen. Es bedeutet: Man ist nicht an etwas anderem vorher schon gestorben. Nächstes Jahr werde ich 50. Und nur mit sehr viel Optimismus kann ich das als Halbzeit bezeichnen. Wovor habe ich Angst, wovor haben wir alle Angst, wenn wir an Alzheimer denken? Wer Höhenangst hat, geht am besten Schritt für Schritt auf Türme. Wer Spinnen fürchtet, tastet sich an Gummispinnen heran. Und wer Angst vor dem Alter hat, übernachtet am besten einfach mal dort, wo die Matratzen Gummiüberzüge haben. Und so zog ich für drei Tage in meine Zukunft – ins Ferdinand-Heye Haus vom Diakoniezentrum Gerresheim.

## Tanzen gegen das Vergessen

Das Gehirn ist die komplexeste Struktur im Universum. Und es kommt ohne Gebrauchsanweisung. Automatisch gehen die meisten falsch damit um. Sie meinen: Ich möchte mir das möglichst lange frisch erhalten – und deshalb setze ich es nur ganz selten ein. Genau falsch. Use it or lose it! Die legendäre „Einstein Aging Study“ begleitete Menschen über 20 Jahre und zeigte: Was die Menschen taten, um sich die Zeit zu vertreiben, beeinflusst deutlich die Zeit, in der das Hirn abbaute. Wer mehrmals die Woche Kreuzworträtsel löste, reduzierte sein Risiko für demenzielle Erkrankungen um 41 Prozent. Bewegung und Sport, wie Schwimmen, alleine brachten nur 29 Prozent. Tischtennis war nicht dabei. Sensationelle 76 Prozent Risikoreduktion brachte nur eins: Tanzen! Als ich das las, habe ich mich zweimal ins MRT gelegt. Dazwischen habe ich Tanzstunden genommen, nein, nicht für RTL, sondern für „Hirschhausens Quiz des Menschen“ in der ARD. Ich wollte wissen, wie plastisch ist mein Hirn, und wie praktisch bin ich veranlagt, mit „West

Coast Swing“ eine Schrittfolge zu erlernen, von deren Existenz ich bis dato noch gar nichts wusste. Über 30 Jahre hatte ich keinen Schritt mehr in eine Tanzschule gesetzt. Und entsprechend mühsam war es für mich auch, die neuen Moves zu memorieren. Tanzen fordert auf vielen Ebenen. Und als ich das zweite Mal den Kopf ins MRT schob, zeigte sich: beim Hören der Musik verlagerte sich die Aktivität aus dem visuellen Kortex\* in die Bewegungszentren. Auf gut deutsch: Sobald der Rhythmus erklang, war ich nicht mehr unbeteiligter Betrachter, sondern durch das Training setzte mein Hirn die Takte automatisch in Bewegungsmuster um. Ich war nicht am Rand, ich war mittendrin, es zuckte und leuchtete von der Birne bis in die Beine.

## Ein Grund, warum die Behandlung der Demenz so wenig sichtbare Erfolge bringt: Sie beginnt erst, wenn es für viele Nervenzellen schon zu spät ist.

Das ist wie Flugblätter verteilen in einem Fußballstadion – zwei Stunden nach dem Spiel. Bei Alzheimer kommen wir zwei Jahrzehnte zu spät, mindestens. Hirnabbau kommt nicht über Nacht. Und auch nicht von ungefähr. Es gibt keine Zauberformel, keine „App“ die annähernd so viel für den Erhalt unserer grauen Zellen tut wie ein buntes und bewegtes Leben! Witze sind die Waffe unseres Geistes gegen die Angst. Humor hilft heilen, auch wenn etwas nicht zu heilen ist. Was weckt alte Erinnerungen? Über alle Sinne, die noch offen stehen, können Reize von außen etwas tief im Inneren hervorkitzeln. Maßgeblich gelingt das über Berührung, Humor und Musik. Sophie Rosentreter war TV Moderatorin. Als ihre Großmutter demenziell erkrankte, merkte sie, wie zwar oft in Heimen der Fernseher lief, aber nichts von den schnellen Bildern und Geräuschen auf der Mattscheibe zur Stimmungsaufhellung beitrug. Mit dem Programm „Ilses weite Welt“ entstanden Filme, die genau auf die Bedürfnisse der älteren

\* Als Kortex oder Cortex bezeichnet man in der Medizin die Rinde, d.h. das an der Außenseite gelegene Gewebe bestimmter Organe. Am häufigsten ist mit Cortex die Großhirnrinde, d. h. der Cortex cerebri gemeint.

Menschen zugeschnitten sind. Wenn es im Film um Hundewelpen geht, gibt es dazu Fotos, Spielzeug und Stoffhunde mit Fell, sodass auf allen anderen Sinneskanälen die Infos zu dem Gesehenen passen. Nach vielen Jahren der Pionierarbeit steigen jetzt einzelne Krankenkassen wie die AOK mit ein.

Was mir in den drei Tagen im Heim half, einen neuen Blick zu bekommen, war ein Alterssimulator. Wie fühlt sich ein Arztbesuch an, wenn ich schlechter höre und Informationen verarbeite? „Für die Alzheimer-Patienten sind wir die Verrückten“, erklärt mir die Sozialpädagogin Julia Richarz. „Aus deren Sicht reden wir Unsinn, machen seltsame Dinge und verstehen sie nicht.“ Und was sie mir auch beibringt und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hier beherzigen: widersprechen bringt nur Stress. Wenn jemand meint, er muss sich jetzt um seine Eltern kümmern, hat er nichts davon zu hören: „Ihre Eltern sind schon lange tot, sie sind doch selber schon über 90!“ Viel günstiger: das Gefühl dahinter wahrnehmen, spiegeln und begleiten. „Sie sind aber wirklich ein sehr fürsorglicher Mensch. Ich freue mich, dass sie sich gerne um andere kümmern. Schauen sie mal hier ...“ Warum lernt man sowas nicht gleich in der Schule? Und warum gehen Hipster zum Entschleunigen in teure exotische Wellnesshotels. Geduld und Tempo rausnehmen kann man in jedem Heim um die Ecke günstiger lernen.

#### **Ist Alzheimer nur Drama oder auch Komödie?**

Helmuth Karasek erzählte gerne den Witz, wo ein älterer Mann zum Arzt sagt: „Nach dem Sex habe ich immer so ein Pfeifen im Ohr! Woraufhin der Arzt sagt: Was erwarten Sie? Standing Ovations?“ In dem Buch „Demensch“ haben der Gerontologe Thomas Klie und der Zeichner Peter Gaymann versammelt, was es Ernstes und Komisches zur Demenz gibt. Auf einer Zeichnung steht eine alte Frau mit ihrem Rollator auf der Straße vor einem Kreuzifix und sagt zu Jesus: „Du verzeihst immer alles, ich vergess immer alles – letztendlich kommt es aufs Gleiche raus“. Ulrich Fey geht in der Clownsfigur „Albert“ seit über

10 Jahren in Altenpflegeeinrichtungen. Die Clowns sind Joker der Zuwendung, und dürfen aus der Rolle fallen, sich noch ungeschickter anstellen als alle anderen. Sie nehmen sich auf den Arm und machen Schweres leichter. Von ihrer Kunst der direkten Kontaktaufnahme, des spielerischen Umgangs mit Peinlichem und dem Wert eigener Seelenhygiene lernen gerade auch über 2.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenpflege vom evangelischen Johannswerk in Workshops, den Humor in der Pflege zu pflegen.

#### **Musik als Medikament**

Was Musik auch in der letzten Lebensphase bewirken kann, zeigt sehr anrührend der Film „Alive Inside“. Das Projekt „Music and Memory“ startete in den USA, und kommt jetzt auch nach Deutschland, unterstützt durch Forscher wie Gabriele Wilz von der Universität Jena. Die Idee ist einfach und genial: Nutze den persönlichen Soundtrack des Lebens bei demenziell Erkrankten, um lang verschollene Erinnerungen wieder zum Klingen zu bringen. Spiel die Hits individuell auf einen MP3-Player, und gib Musik als Medikament zwei Mal am Tag für 10 Minuten – über Kopfhörer, sozusagen „ohr-al“. Ich konnte es mit einer Musiktherapeutin zusammen praktisch ausprobieren. So unterschiedlich wie die Menschen und Lieder, so unterschiedlich die Reaktionen. Mal tat sich wenig, mal hatten alle Tränen in den Augen. Ich drehte mich im Walzertakt mit einer 93-jährigen zu „Ich tanze mit Dir in den Himmel hinein ...“ Ich erlebte, wie eine in sich zusammengesunkene Frau die Augen aufschlug, als mit „Veronika der Lenz ist da“ ein bisschen Frühling bei ihr einzog. Und bei einem bettlägerigen schwer dementen 69-jährigen Mann fing unter der Bettdecke der Fuß an zu zucken, als er „I Can't Get No Satisfaction“ über die Kopfhörer bekam. Bei der Gelegenheit fiel mir auf, dass ich dringend meine Eltern fragen muss, was sie eigentlich in der Jugend gehört haben.

### **Pflegezeit ist Lebenszeit!**

In den letzten Jahren wurden 50.000 Pflegekräfte eingespart. Warum hört man in der Gesundheitspolitik so viel von den 29.000 Apothekerinnen und Apothekern in Deutschland? Und so wenig von den 1,1 Millionen Pflegekräften? Wenn die Lokführerinnen und Lokführer oder die Pilotinnen und Piloten streiken, kommen Leute ein paar Tage schlechter von A nach B. Aber wenn die Pflege nicht da ist, kommt keine Bedürftige und kein Bedürftiger mehr vom Bett aufs Klo. Was ist uns wichtiger? „Pflegezeit ist Lebenszeit!“ Und das sollte für beide Seiten gelten, für Patientinnen bzw. Patienten und Pflegenden. Aber wer hat noch Zeit? Wenn Zeit Geld ist, und gespart wird, wird am grausamsten an Zuwendung gespart, denn das fällt erst einmal nicht so auf. Ja, es gibt ein massives gesellschaftliches Problem. Heute und erst recht in den nächsten Jahren. Aber das wird nicht besser, wenn wir nicht anfangen, gute Beispiele zu zeigen, damit viele junge Menschen in den Gesundheitsberufen ihre Zukunft sehen. Jeder, der tagtäglich für Menschen da ist, die nicht mehr „nützlich“ sind, hat meine Hochachtung. Jeder, der Menschen nicht für wertlos hält, nur weil diese nicht wieder gesund und stark werden. Heldinnen und Helden des Alltags machen Pipi weg und Tränen und mehr, Tag und Nacht, auch am Wochenende und Weihnachten. (Übrigens: Der Hautpflegeschaum für untenrum funktioniert auch zum Rasieren – wollte nur was aus meiner Erfahrung zurückgeben.)

Was kommt zurück? Viel, wie mir alle bestätigen. Es gibt „Satisfaction“ in der Pflege! Wozu braucht man Bücher über Gelassenheit, wenn man in der Altenpflege arbeitet? Wie lange müssen viele meditieren, um „im Hier und Jetzt“ zu sein. Demente sind das einfach so. Und im günstigsten Fall, strahlen sie das auch auf andere aus: was ist wichtig, was ist nötig, was zählt?



**Dr. Eckart von Hirschhausen** ist Arzt, Komiker und Gründer der Stiftung „HUMOR HILFT HEILEN“.

### **Buchempfehlungen und Links:**

#### **Ilse's weite Welt**

<https://ilseweitewelt.de>

#### **Stiftung HUMOR HILFT HEILEN**

[www.humorhilftheilen.de](http://www.humorhilftheilen.de)

Hier finden Interessierte auch Informationen und Fördermöglichkeiten für Workshops für Pflegenden

#### **Fey, Ulrich:**

Clowns für Menschen mit Demenz – Das Potential einer komischen Kunst. Mabuse Verlag

#### **Korp, Harald-Alexander:**

Am Ende ist nicht Schluss mit lustig. Humor angesichts von Sterben und Tod. Random House

# Zukunftswerkstatt Demenz

gefördert vom  
Bundesministerium für Gesundheit

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses  
des Deutschen Bundestages



Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Abschlussveranstaltung der Zukunftswerkstatt Demenz am 21. September 2015 in Berlin



## Podiumsdiskussion bei der Abschlussveranstaltung der Zukunftswerkstatt Demenz

Von links nach rechts: Dr. Irene Vorholz (Deutscher Landkreistag), Prof. Dr. Andreas Kruse (Universität Heidelberg), Karin P. Vanis (Moderation), Regina Kraushaar (Bundesministerium für Gesundheit), Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.), Dr. Stefanie Oberfeld (Demenzbeauftragte Ärztekammer Westfalen-Lippe)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>12</b>
Heute für morgen handeln: Förderprogramm Zukunftswerkstatt Demenz .....	12
<b>Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke</b> .....	<b>16</b>
Einführung in die Thematik	
Faktoren der Wirksamkeit von Demenznetzwerken .....	17
Werkzeugkasten Demenz: Forschungsergebnisse für Praktiker .....	23
<b>Vorstellung der Demenznetzwerke</b> .....	<b>26</b>
<b>Mitten im Leben – trotz Demenz</b> .....	<b>28</b>
Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick	
<b>Verstehen – annehmen – miteinander leben</b> .....	<b>31</b>
Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg	
<b>Wohin bei ersten Anzeichen? – Frühe Anlaufstellen im Kiez</b> .....	<b>34</b>
Demenzfreundliche Kommune – Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf	
<b>Schneller Zugang zum Hilfesystem durch Türöffner</b> .....	<b>37</b>
DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke	
<b>Hand in Hand Erkrankte begleiten</b> .....	<b>40</b>
Demenzfreundliches Krankenhaus Krefeld	
<b>Teamorientierte Versorgung mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt im Zentrum</b> .....	<b>43</b>
Memo Clinic® Stralsund	
<b>Gutes Netzwerken als Garant für Erfolg</b> .....	<b>46</b>
Arnsberger Lern-Werkstatt Demenz	
<b>Gebündelte Kompetenz unter einem Dach</b> .....	<b>49</b>
Demenznetz Düsseldorf	
<b>„Zuwanderungsgeschichte“ und „Quartierszentren“ im Fokus</b> .....	<b>52</b>
Pflege- und Demenznetzwerk Ahlener System	
<b>Besser fortbilden, versorgen, erreichen</b> .....	<b>55</b>
Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.	
<b>Deutliche Tendenzen in der Stadt-Land-Verteilung</b> .....	<b>58</b>
DemenzNetz Städteregion Aachen e.V.	

<b>Herausforderung ländlicher Raum: Behandlungsteams vor Ort im Netzwerk verbunden</b> .....	61
Demenz-Netzwerk Uckermark e.V.	

## **Unterstützung der pflegenden Angehörigen** ..... 64

Einführung in die Thematik

Geschichte und Forschungsbedarf der Angehörigenbelastungsforschung.....	65
---	----

## **Vorstellung der Projekte** ..... 68

<b>Individualisierte Unterstützung für pflegende Angehörige</b> .....	70
DeREACH – Deutsche Adaption der Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health	

<b>Demenz gemeinsam verstehen</b> .....	72
Überprüfung der Wirksamkeit von EduKation demenz®, einem psychoedukativen Schulungsprogramm für Angehörige Demenzerkrankter	

<b>Qualifizierte Freiwillige als Teil eines gelingenden Pflegemix</b> .....	74
Zugehende Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum (FABEL)	

<b>Mobile Hilfe direkt vor Ort</b> .....	76
Mobile Demenzberatung – ein niedrighschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)	

<b>Hilfe leichter annehmen</b> .....	79
P.A.u.S.E. – für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz	

<b>Therapie am Telefon</b> .....	82
Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten (Tele.TAnDem)	

## **Ausblick** ..... 85

<b>Die Pflegestärkungsgesetze</b> .....	86
Damit Pflegebedürftige so lange wie möglich zu Hause bleiben können	

## **Weiterführende Informationen** ..... 88

Allianz für Menschen mit Demenz.....	88
Adressen und Anlaufstellen.....	90
Weiterführende Informationen und BMG-Publikationen.....	92
Informationsangebote des BMG.....	94

# Heute für morgen handeln: Förderprogramm Zukunftswerkstatt Demenz

**Demenz macht vielen Menschen Angst. Das wird schnell deutlich, wenn man Frauen und Männer – egal welchen Alters – auf der Straße fragt. Viele fühlen sich der Erkrankung, die bislang nicht heilbar ist, hilflos ausgeliefert. Auch wenn kurative Therapien für die Mehrzahl der Demenzerkrankungen noch in weiter Ferne liegen: Wir stehen Krankheiten wie Alzheimer nicht hilflos gegenüber. Die im Förderprogramm „Zukunftswerkstatt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit unterstützten Vorhaben zeigen beispielhaft, wie wir die Herausforderung, die das Phänomen Demenz darstellt, meistern können.**

Bis zu 1,6 Millionen Menschen sind heute in Deutschland an Demenz erkrankt. Die Zahl der demenziell erkrankten Menschen könnte bis zum Jahr 2050 auf 3 Millionen steigen. „Die Betroffenen gut zu versorgen, stellt eine große Herausforderung für unser Gesundheitswesen und für unsere Gesellschaft insgesamt dar. Eine gute Gesundheitspolitik zeigt sich gerade daran, wie wir die Schwächsten unterstützen, damit sie so selbstbestimmt wie möglich leben können“, sagt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. „Alle müssen zusammenrücken und sich Gedanken machen, was es bedeutet, wenn in 20 Jahren möglicherweise 2,6 Millionen Menschen mit Demenz – eine Million mehr als heute – in unserem Land leben.“ Das fordere nicht nur die Kinder, Ehepartner und Pflegedienste heraus. „Dies gilt es bereits bei der Planung unserer Stadtteile, unserer Wohngebiete mit zu bedenken. Es müssen die zusammenrücken, die sich um die Altenhilfe, um Kulturangebote, um soziale Beratung und auch die Pflege und Medizin kümmern – und sich vernetzen.“ Ziel sei es, dass diejenigen, die sich um demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen kümmern, gemeinsam eine vernünftige Umsetzung der Begleitung und Unterstützung schaffen.

## **Präventionsfaktor „Soziale Aktivität“**

Wenn es keine Therapie zur Heilung gibt, muss es das Ziel jeder Behandlung sein, die Lebensqualität der demenziell Erkrankten und ihrer Angehöri-

gen zu verbessern und den Krankheitsverlauf so weit wie möglich zu verlangsamen. Das kann dem heutigen Wissensstand zufolge auch gelingen: „Durch körperliche Aktivität, durch geistige Aktivität und durch emotionale und soziale Aktivität“, erklärt der Psychologe Prof. Dr. Dr. h. c. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg, im Video-Interview. „Im Kontext einer tertiären Prävention, wenn es darum geht, den Symptomverlauf zu beeinflussen, spielen besonders die sozialen und emotionalen Aspekte eine große Rolle. Soziale Aktivität kann körperliche, geistige, emotionale, soziale und alltagspraktische Ressourcen aufbauen, sodass eine Demenz deutlich später symptomatisch wird“, sagt der Gerontologe. Zudem könne die Förderung von emotionaler und sozialer Aktivität dazu beitragen, dass die Patienten auch in späten Phasen der Demenz deutlich besser ansprechbar sind, besser erreicht werden können und noch auf Reize in ihrer Umwelt reagieren. Denn für die Emotionalität und die soziale Aktivität, wie überhaupt für Identität und Zugehörigkeitserleben der Erkrankten, ist gerade der Kontakt zwischen Jung und Alt sehr wichtig. „Viele an Demenz Erkrankte reagieren sehr positiv auf die Kontakte und Begegnungen mit jungen Menschen,“ so Andreas Kruse.

## **Zukunftswerkstatt Demenz**

Angesichts der Bedeutung der demenziellen Erkrankungen setzt sich das Bundesministerium für Gesundheit auch im Rahmen seiner Ressortforschung fortwährend für die Verbesserung der Situation von an Demenz erkrankten Menschen und ihrer Angehörigen ein. Neue Ideen müssen entwickelt, neue Lösungen erprobt und auf ihre Wirksamkeit hin wissenschaftlich untersucht werden. Im Rahmen des Förderschwerpunkts „Leucht-

VIDEO-INTERVIEW MIT  
PROF. DR. DR. ANDREAS KRUSE

<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-kruse>



turmprojekt Demenz“ wurden von 2008 bis 2009 insgesamt 29 Vorhaben gefördert, die sich mit der Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen befassten. Das Leuchtturmprojekt erbrachte wichtige Hinweise zu den Bedingungen und Voraussetzungen für vernetzte Versorgungsstrukturen. Darauf aufbauend wurden im Förderprogramm Zukunftswerkstatt Demenz in den Jahren 2012 bis 2015 die in dieser Broschüre vorgestellten Modellprojekte mit zusammen rund 3,3 Millionen Euro gefördert: Dies sind Modellprojekte im Bereich „Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz“ sowie der Evaluationsverbund „DemNet-D“ mit mehreren Demenznetzwerken und evaluierenden Instituten im Bereich „Regionale Netzwerke“. Sie stehen beispielhaft für gute Praxis und können den Akteurinnen und Akteuren als Orientierungshilfe dienen.

### **Werkzeugkasten als Vernetzungshilfe**

Entstanden aus den Ergebnissen des Forschungsverbundes DemNet-D ist ein wichtiges Ergebnis der Zukunftswerkstatt Demenz: der „Werkzeugkasten Demenz“ in Form eines interaktiven Internetportals. „Mit dem Werkzeugkasten soll die Gründung von neuen Netzwerken angeregt und erleichtert werden. Dahinter steckt die Überzeugung, dass wir viel tun können für ein gutes Leben auch von demenziell Erkrankten und ihren Angehörigen,“ so Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. „Wir haben Netzwerke gefördert und wir wollen, dass dies [die Entstehung von Netzwerken] Schule macht. Wir wollen, dass dies zum Schneeball wird und diejenigen, die ein Netzwerk betreiben oder gründen wollen, erfahren können, was sie beachten müssen, wie sie so etwas organisieren und finanzieren können und welche Berufsgruppen man dazu anspricht. Das ist der Sinn dieses Werkzeug-



**DemNet-D: multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland**  
 Von links nach rechts: Dr. Franziska Laporte-Urbe, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Dr. Bernhard Holle, Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe, PD Dr. René Thyrian, Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann, Dr. Bernhard Michalowsky, Steffen Heinrich, Annika Schmidt

kastens.“ Der Werkzeugkasten ist das Herzstück des Internetportals „Demenznetzwerke.de“. Dieses versteht sich als Informations- und Wissenspool für Gründer und Betreiber solcher Netzwerke. Es werden wissenschaftlich fundierte Informationen zum Netzwerkaufbau, Netzwerkbetrieb und zur Netzwerkfinanzierung bereitgestellt. Der eigentliche „Werkzeugkasten“ besteht aus einer Sammlung von über 100 unterschiedlichen Materialien. Dazu gehören Positionspapiere, Organigramme, Finanzierungskonzepte, Flyer, Satzungen, Evaluationsdokumente und Kooperationsvereinbarungen. Die Dokumente stammen aus den im DemNet-D-Projekt evaluierten Demenznetzwerken und somit direkt aus der Praxis.

### **Mit Demenz leben lernen**

Alle Projekte der Zukunftswerkstatt Demenz zeigen, dass es mit guter Planung möglich ist, die pflegenden Angehörigen zu entlasten und die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern. Doch nur wenn das Thema Demenz kein Tabu mehr ist, wenn unsere Gesellschaft auf Menschen mit Demenz eingestellt ist und leistungsfähige Unterstützungssysteme anbietet, können die Betroffenen bis ins hohe Alter ein weitgehend selbstbestimmtes Leben führen. Dazu muss sich aber auch der Blick auf die Erkrankung und die Erkrankten ändern: Demenz ist kein ungewöhnliches Schicksal. Sie ist ein normaler, ein möglicher Begleiteffekt des Älterwerdens und in einer Gesellschaft alltäglich, deren Mitglieder aufgrund hervorragender medizinischer Versorgung immer länger leben. Demenz und andere typische „Alterskrankheiten“ sind keine abstrakten Phänomene einer durch den demografischen Wandel immer älter werdenden Gesellschaft. Diese Krankheiten und der Umgang mit ihnen gehen jeden an – früher oder später auf direkte oder indirekte Weise. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe hat dies im Bundestag plakativ auf den Punkt gebracht als er sagte: „Meine Generation pflegt nicht den demografischen Wandel. Wir pflegen unsere Väter und Mütter.“

Diese Broschüre präsentiert die Ergebnisse der Forschungsarbeiten im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit. Sie hat dabei nicht den Anspruch einer wissenschaftlichen Publikation. Vielmehr möchte sie interessierten Leserinnen und Lesern einen Überblick über die Projekte geben und ihnen einen Eindruck von den sehr vielfältigen Ideen, Ansätze und Maßnahmen innerhalb der Zukunftswerkstatt vermitteln, die sie sicher auch für ihre eigene Arbeit inspirieren können.

Die Projekte werden in dieser Broschüre durch Eigenbeiträge der Projektnehmerinnen und Projektnehmer vorgestellt. Eine Wertung des Bundesministeriums für Gesundheit ist damit nicht verbunden. Ebenso ist mit der Reihenfolge, in der die Projekte vorgestellt werden, keine Wertung verbunden.

Weiterführende Informationen enthält die Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit ([www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)). Außerdem besteht die Möglichkeit, mit den jeweils genannten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern der einzelnen Projekte Kontakt aufzunehmen.

VIDEO: STRASSENUMFRAGE UND EXPERTEN-INTERVIEWS ZUM THEMA DEMENZ

<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-strassenumfrage>





#### P.A.u.S.E.

Von links nach rechts: Prof. Dr. Gesine Grande, Janka Große (Dipl. Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin), Sabine Koch (M.Sc. Gesundheits- und Pflegewissenschaften), Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe



#### Demenznetz Düsseldorf

Von links nach rechts: Dr. med. Dipl. Psych. Barbara Höft, Petra Wienß (Diplom-Sozialpädagogin, Leitung Zentrum plus Gerresheim, Diakonie Düsseldorf)



#### MobiDem

Von links nach rechts: Sarah Hampel (M.A. Gerontologin), Prof. Dr. Monika Reichert, Verena Reuter (M.A. Soziologin), Angelika Vosen (Rhein-Erft-Kreis)



# Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke

Einführung in die Thematik

# Faktoren der Wirksamkeit von Demenznetzwerken

Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann, Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Dr. Bernhard Michalowsky, PD Dr. René Thyrian, Dr. Bernhard Holle

Im Zuge des demografischen Wandels steigt die Anzahl älterer Menschen und mit ihr die Häufigkeit altersassoziierter Krankheiten wie der Demenz. Aktuelle Zahlen zufolge leben heute bis zu 1,6 Millionen Menschen mit Demenz (MmD) in Deutschland. Von diesen wohnten 75 Prozent in der eigenen Häuslichkeit und wurden vorwiegend primärärztlich versorgt, also etwa von einer Allgemeinmedizinerin bzw. einem Allgemeinmediziner oder einer praktischen Ärztin bzw. einem praktischen Arzt. Schätzungen zufolge wird die Anzahl der MmD bis zum Jahr 2050 auf 3 Millionen steigen<sup>1</sup>. Für diese wachsende Patientinnen- und Patientengruppe eine gute Versorgung sicherzustellen, stellt sowohl für das Gesundheitssystem als auch gesamtgesellschaftlich eine erhebliche Herausforderung dar.

Aus der Versorgungsperspektive liegt die Herausforderung in einer Zusammenführung adäquater medizinischer, pflegerischer, psychosozialer, medikamentöser und nicht-medikamentöser Leistungen sowie sozialer Unterstützungsangebote, sowohl stationär als auch ambulant. Darüber hinaus sollten eine möglichst frühzeitige Identifikation der kognitiven Beeinträchtigung – also des Vorliegens einer Demenz – sowie eine leitliniengerechte Diagnostik erfolgen, die ähnliche Krankheiten abgrenzt.

Ein weiteres wichtiges Ziel ist die konsequente Einbeziehung der Angehörigen, die den Großteil der Versorgung der MmD gewährleisten und die häufig selbst gesundheitliche und soziale Einschränkungen erfahren<sup>2,3</sup>. Diese sektorübergreifenden Versorgungsleistungen aus stationärer und ambulanter Behandlung sind dabei unabdingbar, um den Krankheitsverlauf zu verzögern, den MmD so lange wie möglich ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben im eigenen häuslichen Umfeld zu ermöglichen und um die pflegenden Angehörigen zu entlasten.

Das Versorgungssystem in Deutschland ist jedoch aufgrund der Sektoralisierung, also der Trennung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, sowie der Trennung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, nur unzureichend auf die Anforderungen und komplexen Bedürfnisse der betroffenen MmD und deren Angehörigen eingerichtet. Um dieser Herausforderung zu begegnen, etablierte sich in den vergangenen Jahren eine Vielzahl lokaler Demenznetzwerke in Deutschland<sup>4,5</sup>. Diese werden im Allgemeinen als Kooperation von zahlreichen ambulanten und stationären Gesundheitsakteurinnen und -akteuren verstanden, an denen sich mitunter auch Krankenversicherungen und kommunale Gebietskörperschaften beteiligen. Die Funktionsweise scheint netzwerkübergreifend vergleichbar: Reibungsverluste in der Versorgung von MmD sollen vermieden und Konkurrenzbeziehungen zwischen den Gesundheitsakteurinnen und -akteuren minimiert werden<sup>6</sup>.

Die „Accountable Care Organizations“ der Vereinigten Staaten von Amerika stellen ähnliche Gesundheitsnetzwerke dar. Diese werden ebenfalls als integrierter Zusammenschluss von Leistungserbringern verstanden, welche sich formal verpflichten, die Gesundheitsversorgung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe durch verstärkte Zusammenarbeit zu verbessern. Ein Teil der Vergütung ist dort jedoch an bestimmte Ziele und Erfolgskriterien geknüpft. Ob diese Ziele erreicht werden, wird mit verschiedenen Leistungskennzahlen, wie etwa der Anzahl an Doppel- und Fehluntersuchungen, geprüft<sup>7</sup>. Die bis jetzt in Deutschland etablierten regionalen Demenznetzwerke sind jedoch bezüglich ihrer Zielstellungen, Netzwerkstrukturen und -prozesse zur Zielerreichung sehr unterschiedlich zueinander und nicht standardisiert. Die Effektivität und Effizienz der deutschen Demenznetzwerke wäre mit einheitlichen Leistungskennzahlen nicht messbar. Ein Vergleich mit den „Accountable Care Organizations“ ist deshalb aufgrund der großen Unterschiede in der deutschen Demenznetzwerklandschaft nicht möglich.

Bislang stellte die deutsche Demenznetzwerklandschaft ein wenig untersuchtes Forschungsfeld dar. Relevante Faktoren, die für die Entstehung, Gestaltung und Nachhaltigkeit eines erfolgreichen Demenznetzwerks in Deutschland entscheidend sind, waren unbekannt. Darüber hinaus existierte kein auf wissenschaftlichen Ergebnissen erstelltes Konzept zur Entwicklung und Etablierung von Demenznetzwerken und es fehlten fundierte Informationen über die Netzwerknutzerinnen und -nutzer sowie deren Versorgungssituation.

#### **DemNet-D: Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland**

Um die Erfolgsfaktoren regionaler Demenznetzwerke zu bestimmen und damit zu ihrer dauerhaften Etablierung beizutragen, haben sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zu dem Forschungsverbund „DemNet-D: multizentrische, interdisziplinäre Evaluationsstudie von Demenznetzwerken in Deutschland“ zusammengeschlossen.

Mit der Studie sollten Erkenntnisse über die Typisierung, die Finanzierung und die Wissensmanagementprozesse von Demenznetzwerken gewonnen werden. Außerdem wurden Daten zur bevölkerungsbezogenen und klinischen Charakterisierung und zur Versorgungssituation von Netzwerknutzerinnen und -nutzern erhoben und analysiert. Diese Erkenntnisse wurden abschließend in konkrete Empfehlungen und Anleitungen im Sinne eines „Werkzeugkastens Demenz“ (siehe auch S. 23) für den Auf- und Ausbau sowie für das Betreiben bestehender und zukünftiger Netzwerke zusammengefasst und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht.

## **Vorgehensweise**

Die von den Netzwerken betreuten MmD und ihre Angehörigen wurden zweimal im Abstand von zwölf Monaten zur Gesundheits- und Lebenssituation befragt. Zudem wurden die Akteurinnen und Akteure

der Netzwerke und die Netzwerkverantwortlichen zu den Organisations-, Steuerungs-, Finanzierungs- und Wissensmanagementstrukturen befragt. Folgende Fragestellungen waren für die Studie leitend:

- Welche Angebote werden von den Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen genutzt?
- Wie gestaltet sich das Leben mit Demenz bzw. mit einem an Demenz erkrankten Menschen und in welchen unterschiedlichen Lebensbereichen ist weitere Unterstützung notwendig?
- Wie wirken sich unterschiedliche Arten der Netzwerke auf die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen aus?
- Wie und warum arbeiten die Demenznetze erfolgreich?

Am Evaluationsverbund DemNet-D beteiligten sich 13 ausgewählte, bereits etablierte und im Vorfeld evaluierte Demenznetzwerke aus verschiedenen Bundesländern – sie werden in dieser Broschüre vorgestellt. Die in dem Vorhaben betrachteten Netzwerkregionen umfassen sowohl (groß)städtische als auch ländliche Gebiete. Strukturelle Konzepte der Netzwerke reichten von Organisationen nach dem Domusprinzip (Rund-um-die-Uhr-Betreuung in spezialisierten Einrichtungen) medizinischer Leistungserbringer, über gemeinnützige Vereine, psychiatrische Verbände, aber auch allein von bürgerschaftlichem Engagement getragenen Strukturen. Der Zugang der MmD zu den einzelnen Netzwerken erfolgte etwa durch aktive Ansprache im Versorgungssystem, ärztliche Überweisung, eigene Initiative oder Vermittlung durch Akteurinnen und Akteure der Netzwerke.

Aufgrund der Komplexität des Forschungsvorhabens war ein konzertiertes Zusammenwirken unterschiedlicher Wissenschaftsdisziplinen in einem Verbund von vier Forschungspartnern erforderlich. Das Konsortium bestand aus dem Institut für angewandte Sozialwissenschaften (Ifas) an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg (DHBW)

Stuttgart, vertreten durch Prof. Dr. Susanne Schäfer-Walkmann (Forschungsfeld: Analytische Netzwerktypenbildung), dem Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, vertreten durch Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann (Forschungsfeld: Nutzer/innen von Demenznetzwerken – Menschen mit Demenz) sowie dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) e. V. am Standort Witten, vertreten durch Dr. Bernhard Holle (Forschungsfeld: Wissensmanagement in Demenznetzwerken sowie Bezugspersonen und informell Pflegende), und dem DZNE Rostock/Greifswald, vertreten durch Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann (Forschungsfeld: Inanspruchnahme von Leistungen und Gesundheitsökonomie).

## Ergebnisse

Die in der Analyse der DemNet-D-Studie untersuchten 560 MmD waren im Durchschnitt 80 Jahre alt, überwiegend weiblich (58 %) und mittelschwer kognitiv und körperlich eingeschränkt. Die Mehrheit hatte eine Demenz vom Alzheimer-Typ (44 %). Die Stichprobe stellt daher ein gutes Abbild der zugrundeliegenden Patientinnen- und Patientengruppe in Bezug auf wesentliche soziodemografische und demenzspezifische Eigenschaften dar. Im zeitlichen Verlauf der Studie wurde eine Zunahme der kognitiven und körperlichen Einschränkungen und der Häufigkeit herausfordernder Verhaltensweisen beobachtet. Das ist konform mit anderen Studienergebnissen. Dennoch stabilisierte sich im zeitlichen Verlauf die Lebensqualität und die soziale Teilhabe der MmD. Dies ist ein positives Ergebnis im Vergleich zu bisherigen Studienergebnissen und spricht für eine gute Versorgung sowie eine gute soziale Integration der MmD durch Demenznetzwerke.

Positive Ergebnisse zeigte auch die Inanspruchnahme von medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen der MmD. Gegenüber der primärärztlichen Versorgung zeigten MmD in

Demenznetzwerken eine höhere Inanspruchnahme der Versorgung durch Hausärztinnen und Hausärzten, Neurologinnen und Neurologen/Psychiaterinnen und Psychiatern, Antidementiva und nicht-medikamentösen Therapien. Die Ergebnisse weisen also darauf hin, dass MmD in Netzwerkstrukturen häufiger eine wissenschaftlich basierte und von Leitlinien empfohlene, demenzspezifische Versorgung erhalten.

Die ebenfalls 560 pflegenden Angehörigen der MmD waren im Durchschnitt 64 Jahre alt und überwiegend weiblich (75 %). Zumeist versorgten Ehe-/Lebenspartnerinnen bzw. -partner (50 %) oder (Schwieger-)Tochter/Sohn (41 %) den MmD. Die soziodemografischen Merkmale der Angehörigen sind national und international vergleichbar. Die pflegenden Angehörigen wiesen in der DemNetD-Studie niedrige bis moderate objektive und subjektive Belastungswerte auf. Im zeitlichen Verlauf veränderten sich die meisten Belastungsdimensionen nicht oder verbesserten sich sogar, was auf eine gute Versorgungssituation der Angehörigen der MmD durch Demenznetzwerke hinweist. Die Versorgungssituation selbst wurde von 88 Prozent der befragten Angehörigen als stabil empfunden. Im zeitlichen Verlauf erhöhte sich dieser Anteil auf 92 Prozent. Offenbar können Demenznetzwerke die häusliche Versorgungssituation von MmD und deren pflegenden Angehörigen stabilisieren.

### Identifikation von unterschiedlichen Netzwerktypen

Innerhalb des DemNet-D-Projekts wurden die heterogenen Demenznetzwerke bezüglich ihrer Zielstellungen typisiert. Die Typen repräsentieren vier unterschiedliche strategische Ausrichtungen, mit denen ein Demenznetzwerk erfolgreich agieren und sein Überleben dauerhaft sichern kann: „Organisation“, „Hybrid“, „Stakeholder“ und „Auftrag“. Zwei der Netzwerktypen (Organisation und Hybrid) agieren eher nach innen gerichtet, die anderen beiden (Stakeholder und Auftrag) agieren eher umweltbezogen. Der stakeholderorientierte Netzwerktyp

### Finanzierungsquellen von Demenznetzwerken differenziert nach Herkunft und Zweck<sup>9</sup>

	INNENFINANZIERUNG	AUSSENFINANZIERUNG
AUFTRAGSORIENTIERTE FINANZIERUNGSQUELLEN	<p><b>Selbsterwirtschaftete Einnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angebot von SGB finanzierten Dienstleistungen</li> <li>• Angebot von weiteren Dienstleistungen (Schulungen, Beratungen u.a.)</li> </ul>	<p><b>Öffentliche Fördermittel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fördermittel der Europäischen Union, des Bundes, der Länder sowie von Stiftungen, Krankenkassen oder Organisationen</li> </ul>
STRUKTURORIENTIERTE FINANZIERUNGSQUELLEN	<p><b>Mitgliedsbeiträge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monetäre periodische Beiträge, Aufnahmegebühren, Gebühren und Abgaben, Ablösezahlungen</li> <li>• Sachbeiträge</li> <li>• Dienst- und Werksbeiträge</li> </ul>	<p><b>Geld- und Sachleistungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geld- und Sachleistungen Kommune / Bezirk / Stadt</li> <li>• Geld- und Sachleistungen Gesellschaft / Unternehmen</li> </ul>

erreicht seine Ziele durch die systematische Identifikation, Aktivierung und Einbindung relevanter, externer Stakeholder. Dahingegen zeichnet sich der organisationsorientierte Netzwerktyp durch eine äußerst formelle interne Steuerung der Netzwerkgeschicke und eine definierte Netzwerksteuerung aus. Der hybride Netzwerktyp zeichnet sich besonders durch seine höchst flexiblen Netzwerkeigenschaften aus, die eine zeitnahe Anpassung an sich wechselnde Rahmen- bzw. Umweltbedingungen auf allen Ebenen zulassen. Der auftragsbezogene Netzwerktyp ist primär auf eine möglichst wirksame Wahrnehmung und Umsetzung seines Auftrags ausgelegt. Netzwerke dieses Typs zeichnen sich daher besonders durch die stringente Verfolgung ihrer Ziele aus, auf die alle Ressourcen und Netzwerkeigenschaften ausgerichtet werden. Bislang ist dies die erste Analyse von Steuerungs- und Organisationsprozessen in Demenznetzwerken, die die Möglichkeit bietet, jene nach Typen einzuordnen und zu unterscheiden.

#### Möglichkeiten der Finanzierung sind vielfältig<sup>9</sup>

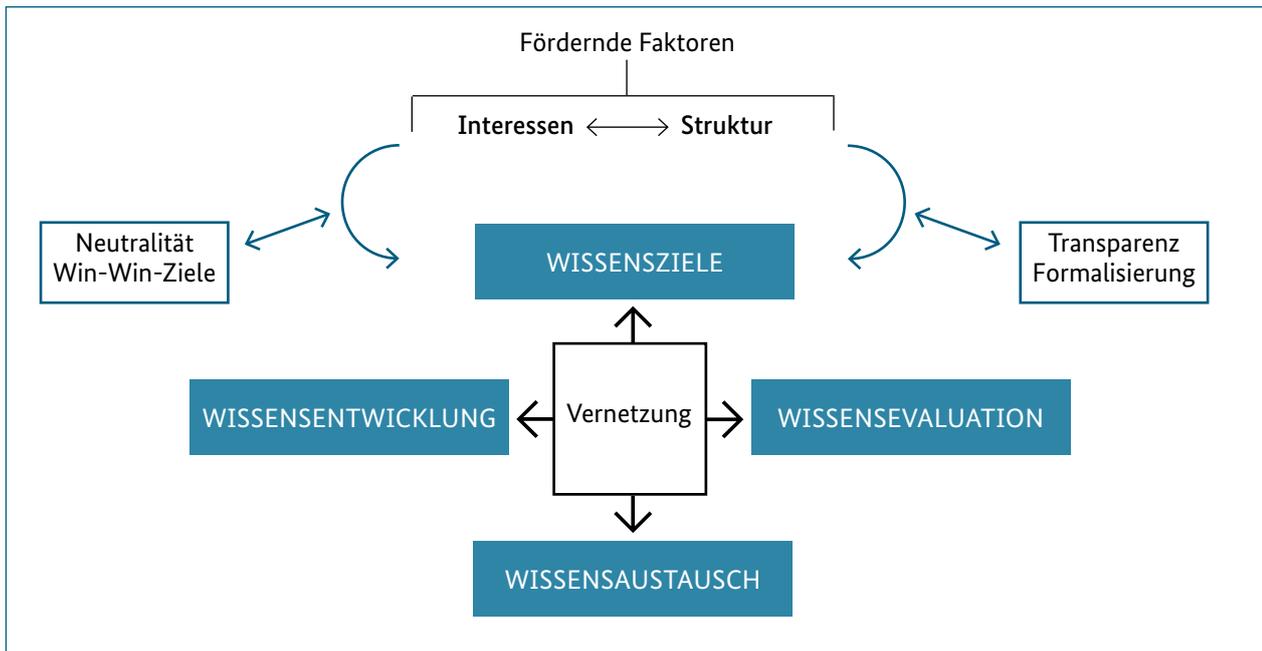
Es bestehen verschiedene Möglichkeiten einer nachhaltigen Finanzierung von Netzwerken. Insgesamt acht der 13 Netzwerke schätzten sich als finanziell nachhaltig ein. Ein Volumen von mindestens 50.000 Euro pro Jahr zur Finanzierung von hauptamtlichem Personal, eine kommunale Beteiligung an der Netzwerkarbeit, die Vernetzung von 40 bis 50 oder

mehr Akteurinnen und Akteuren sowie ein Finanzierungsmix aus verschiedenen Quellen sind bestimmende Faktoren einer erfolgreichen Finanzierung. Darüber hinaus wurden aber auch infrastrukturebedingte Hindernisse beschrieben. Demenznetzwerke in leistungsanbieterreichen, meist städtischen Regionen verfügten in der Regel über nachhaltige Finanzierungsstrukturen. Die Verortung eines Netzwerks in einer ländlichen Region war hingegen eine strukturelle Benachteiligung. Ein weiteres Problem stellte die fehlende Weiterführungsmöglichkeit von zeitlich begrenzten Fördergeldern dar.

#### Wissensmanagement-Werkzeuge werden teilweise umgesetzt

Alle Demenznetzwerke haben das gemeinsame Ziel, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Demenzversorgern zu fördern, um pflegende Angehörige sowie Menschen mit Demenz schneller zu erreichen. Kommunikation zwischen den beteiligten Netzwerkmitarbeiterinnen und -mitarbeitern ist deshalb wichtig, um den Wissensaustausch und Vernetzung zu ermöglichen. Wissensmanagement kann dabei helfen, diese Prozesse zu strukturieren und erfolgreiche Netzwerkarbeit zu fördern. Innerhalb der untersuchten Netzwerke wurden Wissensmanagement-Strategien in sehr unterschiedlichem Umfang eingesetzt. Die Entwicklung spezieller Wissensmanagement-Werkzeuge

Wissensmanagement in Demenznetzwerken



konnte in weniger als der Hälfte aller eingeschlossenen Netzwerke festgestellt werden. Insgesamt gaben jedoch über 90 Prozent der Netzwerknutzerinnen und -nutzer der 13 evaluierten Demenznetzwerke an, gut über bestimmte Hilfsangebote informiert zu sein. Verglichen mit anderen Studien waren die Nutzerinnen und Nutzer besser informiert und die Weitergabe von Informationen an pflegende Angehörige erfolgte effektiver.

**Entwicklung eines Werkzeugkastens Demenz**

Die Ergebnisse der DemNet-D-Studie bilden die Basis des „Werkzeugkastens Demenz“. Dieser beinhaltet praxisnahe Informationen zum Auf- und Ausbau von Demenznetzwerken und wurde als Online-Informationportal ([www.demenznetzwerke.de](http://www.demenznetzwerke.de)) im Oktober 2015 online gestellt<sup>8</sup>. In praxisorientierten Themenbereichen wird auf „good practice-Beispiele“ verwiesen und eine große Zahl gesammelter Netzwerkmaterialien angeboten. Seit der Veröffentlichung des Werkzeugkastens konnten insgesamt über 3.500 Besucher sowie über 5.500 Downloads von Werkzeugen verzeichnet werden (Stand 15. 7. 2016).

**Berücksichtigung im zweiten Pflegestärkungsgesetz**

Die Ergebnisse der DemNet-D-Studie fanden zudem im zweiten Pflegestärkungsgesetz Berücksichtigung (§45c Absatz 9 SGB XI). Die Gesetzesänderung ermöglicht es Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen ab Januar 2017 regionale, selbstorganisierte Gesundheitsnetzwerke mit jährlich bis zu 20.000 Euro zu unterstützen. Ziel der Förderung ist es, staatliche, kommunale und bürgerschaftliche Interessen gezielt zusammenzuführen und dabei auch eine sektorenübergreifende Versorgung einzubeziehen.

Die Ergebnisse der DemNet-D-Studie, der aus den Studienergebnissen erstellte praxisnahe Werkzeugkasten Demenz und die neue Förderoption wird vielen vernetzten Strukturen die Möglichkeit geben, die darin gebündelte Kompetenz und das Engagement zu entwickeln und pflegebedürftigen Menschen passgenaue Unterstützungsangebote qualitätsgesichert, nachhaltig und verlässlich zur Verfügung zu stellen. Dies kann die Versorgungssituation der Betroffenen messbar verbessern.

VIDEO-INTERVIEW MIT  
 PROF. DR. SUSANNE SCHÄFER-WALKMANN  
<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-schaefer-walkmann>



## Literatur

1. **Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (2014):**  
Frequency of dementia. [http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzkrankungen\\_dalzg.pdf](http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf). (Letzter Zugriff: 31. 3. 2016).
2. **Thyrian, J. R., Dreier, A., Fendrich, K., Lueke, S., Hoffmann, W. (2011):**  
Demenzkrankungen – Wirksame Konzepte gesucht. Deutsches Ärzteblatt 108, A1954–A1956.
3. **Kurz, A., Wilz, G. (2010):**  
Die Belastung pflegender Angehöriger bei Demenz: Entstehungsbedingungen und Interventionsmöglichkeiten. Der Nervenarzt 82 (3), 336–342.
4. **Schäfer-Walkmann, S., Deterding, D. (2010):**  
Integrierte Demenzversorgung in Oberbayern, Stuttgart.
5. **Köhler, L., Meinke-Franze, C., Hein, J., Fendrich, K., Heymann, R., Thyrian, J. R., Hoffmann, W. (2014):**  
Does an Interdisciplinary Network Improve Dementia Care? Results from the IDemUck-Study. Curr Alzheimer Res 11, 538–548.
6. **Braun, G. E. (2009):**  
Innovative Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen. In: Heßbrügge, G., Eds. Deutscher Ärzte-Verlag, 8–14.
7. **Pham, H. H., Cohen, M., Conway, P. H. (2014):**  
The Pioneer accountable care organization model: improving quality and lowering costs. JAMA 312:1635–1636.
8. **Werkzeugkasten Demenz (2015):**  
Online unter <http://demenznetzwerke.de>  
[Stand: 7. 6. 2016]
9. **Michalowsky, B., Wübbeler, M., Thyrian, J. R., Holle, B., Gräske, J., Schäfer-Walkmann, S., Fleßa, S., Hoffmann, W. (2016):**  
Finanzierung regionaler Demenznetzwerke: Determinanten einer nachhaltigen Finanzierung am Beispiel spezialisierter Gesundheitsnetzwerke. Das Gesundheitswesen, eFirst, DOI: 10.1055/s-0042-102344.

## Kontakt

### Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, MPH

Sprecher des Forschungsverbundes DemNet-D  
Standortsprecher des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE)  
Rostock / Greifswald  
Ellernholzstraße 1–2, 17489 Greifswald  
Direktor des Instituts für Community Medicine, Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health an der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
E-Mail: [wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de](mailto:wolfgang.hoffmann@uni-greifswald.de)  
Internet: [www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/](http://www2.medizin.uni-greifswald.de/icm/)

### Dr. rer. pol. Bernhard Michalowsky, Dipl.-Kfm.

DZNE Rostock / Greifswald  
Ellernholzstraße 1–2, 17489 Greifswald  
E-Mail: [bernhard.michalowsky@dzne.de](mailto:bernhard.michalowsky@dzne.de)

# Werkzeugkasten Demenz: Forschungsergebnisse für Praktiker

**Wie man einen Nagel in die Wand schlägt wissen Sie. Aber auch, dass nicht jeder Nagel zu jeder Wand passt. Wenn Sie ein zufriedenstellendes Ergebnis erreichen wollen, müssen Sie ein Vorhaben an die Gegebenheiten anpassen. Gut, wenn man in schwierigen Fällen von Experten lernen und auf einen vollen Werkzeugkasten zurückgreifen kann. Das gilt fürs Heimwerken ebenso wie für das Netzwerken.**

Der „Werkzeugkasten Demenz“ hilft Ihnen bei Letzterem – so wie eine Kiste voller unterschiedlicher Nägel, Schrauben und Geräte beim Heimwerken. Der Werkzeugkasten Demenz ist ein interaktives Internetportal, das im Rahmen der „Zukunftswerkstatt Demenz“ vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde. Er ist das Herzstück der Website „Demenznetzwerke.de“. Diese versteht sich als Informations- und Wissenspool für Gründer und Betreiber solcher Netzwerke. Entstanden aus den Ergebnissen des Forschungsprojekts DemNet-D stellt sie wissenschaftlich fundierte Informationen zum Netzwerkaufbau, Netzwerkbetrieb und zur Netzwerkfinanzierung bereit.

## **Konzepte, Satzungen und mehr**

Der eigentliche „Werkzeugkasten“ besteht aus einer Sammlung von über 100 unterschiedlichen Materialien. Dazu gehören Positionspapiere, Organigramme, Finanzierungskonzepte ebenso wie Flyer, Satzungen, Evaluationsdokumente und Kooperationsvereinbarungen. Die Dokumente stammen aus den im DemNet-D-Projekt evaluierten Demenznetzwerken und somit direkt aus der Praxis. Ähnlich wie in einem Online-Shop, jedoch kostenfrei, können sich Nutzer ihren individuellen Werkzeugkasten, mit für sie relevanten Materialien, zusammenstellen und als komprimierte ZIP-Datei herunterladen.

## **Erfahrungsschatz: die Vielfalt der Demenznetzwerke**

Die Bandbreite der Materialien repräsentiert die Vielfalt der beteiligten Netzwerke. Jeder Nutzer sollte deshalb die für seine Aufgaben brauchbaren „Werkzeuge“ finden können. Denn kein Netzwerk gleicht dem anderen. Vielmehr sind Demenznetz-

werke durch eine sehr große Heterogenität geprägt. Sie unterscheiden sich beträchtlich in ihren Strukturen und Abläufen, ihren Zielen und Kooperationspartnern, ihrer Größe und Finanzierung. Manche Demenznetzwerke besitzen Vereinsstrukturen, andere sind rein ehrenamtlich aufgebaut oder werden als privatwirtschaftliche GmbH geführt. Auch die Akteurinnen und Akteure in Demenznetzwerken unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung zum Teil beträchtlich. So gibt es beispielsweise Netzwerke, welche von Ärztinnen bzw. Ärzten gegründet wurden, als auch Netzwerke, in denen keine Ärztin bzw. kein Arzt beteiligt ist oder als externe Kooperationspartnerin bzw. externer Kooperationspartner fungiert. Was allerdings alle Netzwerke eint, sind die inhaltliche Ausrichtung auf demenzielle Erkrankungen, eine netzwerkförmige Verbundstruktur mit einem mehr oder weniger komplexen Organisationsgrad und eine auf Bestand und Dauerhaftigkeit ausgerichtete Steuerungsstrategie.

## **Handlungsempfehlungen für Netzwerker**

Die strukturelle und personelle Vielfalt der Demenznetzwerke hat verschiedene Ursachen. Unter anderem liegt es auch daran, dass systematische Empfehlungen für den Aufbau, die Finanzierung sowie den erfolgreichen Betrieb von Demenznetzwerken bisher fehlten. Für Netzwerker war es bislang schwierig, sich ein umfassendes Bild über andere Demenznetzwerke zu verschaffen. Dieser Umstand macht „Demenznetzwerke.de“ für Personen, die einen Verbund gründen oder optimieren wollen, so interessant. Darin sind die unterschiedlichen Strategien aus den evaluierten Demenznetzwerken des DemNet-D-Projekts enthalten. Dazu gehören vor allem Fragen zum Wissensaustausch, zur Steuerung sowie zu den Finanzierungsmöglichkeiten eines Netzwerks. Des Weiteren werden Herausforderungen der Netzwerkarbeit aufgezeigt und Lösungen angeboten. Interessierte können sich so umfassend und fachkundig über eine große Bandbreite an Strategien und Maßnahmen für die Erreichung bestimmter Ziele informieren.

**Begleiter in allen Phasen der Netzwerkarbeit**

Durch die modular aufgebaute, klar strukturierte und an den Phasen des Netzwerkbetriebs ausgerichtete Menüführung gelangt der Nutzer intuitiv und schnell zu den gewünschten Informationen. So enthält der Themenbereich „Netzwerke aufbauen“ unter anderem Informationen zu möglichen Rechtsformen, der Definition von Netzwerkzielen und Mitgliedern. Unter „Netzwerke finanzieren“ werden Finanzierungskonzepte vorgestellt und Faktoren für eine nachhaltige Finanzierung erläutert. Wie ein Demenznetzwerk gesteuert werden kann, welche Möglichkeiten der Netzwerkkommunikation und welche Evaluationsinstrumente es gibt, erfährt der Nutzer im Themenbereich „Netzwerke betreiben“. Das Zusatzmodul „Netzwerke erforschen“ bietet zudem Hintergrundinformationen zum DemNet-D-Projekt. Der sogenannte „Wissenspool für Netzwerker“ bietet darüber hinaus weitere Features, wie einen Mitgliedsbeitragsrechner, eine Dokument- und Materialsuche und ein Glossar. Außerdem berichten Netzwerkverantwortliche in Video- und Audiobeiträgen von ihrer Netzwerkarbeit. Insgesamt sorgt die Kombination von Text, Bild, Grafik, Ton und Bewegtbild für ein kurzweiliges Nutzererlebnis.

Der Werkzeugkasten Demenz war für den Deutschen Preis für Onlinekommunikation 2016 in der Kategorie „Public Affairs“ nominiert.

**Internet**

[www.demenznetzwerke.de](http://www.demenznetzwerke.de)

**Kontakt****Dr. Bernhard Holle, MScN**

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE)

Standort Witten

Stockumer Straße 12

58453 Witten

E-Mail: [bernhard.holle@dzne.de](mailto:bernhard.holle@dzne.de)

Internet: [www.dzne.de](http://www.dzne.de)

**PD Dr. René Thyrian**

DZNE Rostock / Greifswald,

Ellernholzstraße 1–2

17489 Greifswald

E-Mail: [rene.thyrian@dzne.de](mailto:rene.thyrian@dzne.de)

Internet: [www.dzne.de](http://www.dzne.de)



**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.**  
 Heike von Lützu-Hohlbein (ehem. 1. Vorsitzende der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.), Bundesminister Herrmann Gröhe, Sabine Jansen (Geschäftsführerin Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.)



**Werkzeugkasten Demenz**  
 Dr. Bernhard Holle (MScN, DZNE Standort Witten) und Ulrike Sommerfeld (Wissenschaftsjournalistin)



**Demenznetz im Kreis Minden-Lübbecke**  
 Von links nach rechts: Dr. Christian Adam (Geschäftsführer der Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Minden-Lübbecke), Bundesminister Herrmann Gröhe, Hartmut Emme von der Ahe (Fachbereichsleitung bei der ParSozial Minden-Lübbecke)



**DemenzNetz StädteRegion Aachen e. V.**  
 Von links nach rechts: Prof. Liane Schirra-Weirich (Prorektorin Kath. Hochschule NRW), Dr. Lotta Hülsmeier (Ärztin im DemenzNetz), Bundesminister Herrmann Gröhe



# Vorstellung der Demenznetzwerke

Die Projekte



# Mitten im Leben – trotz Demenz

**Fachtitel: Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick – Verein zur Förderung sozialer und kultureller Kontakte e.V. (VfK e.V.)**

Die Diagnose Demenz bedeutet sowohl für die erkrankten Menschen als auch ihre Angehörigen eine große Umstellung. In einem aufgeklärten und hilfsbereiten Umfeld ist es jedoch für alle Betroffenen möglich, die Lebensqualität aufrechtzuerhalten und weiter am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Vor diesem Hintergrund wurde 2010 die Initiative „Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick“ im Rahmen des Vereins zur Förderung sozialer und kultureller Kontakte (VfK e.V.) gegründet. Sie ist eine Kooperation des Gerontopsychiatrischen Geriatrischen-Verbundes Treptow-Köpenick (GGV-TK), des Bezirksamts Treptow-Köpenick sowie ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern des Netzwerks LEBEN IM KIEZ. Ziel der Initiative ist es, das Thema Demenz im Bezirk Treptow-Köpenick in die Gesellschaft zu tragen, die Bevölkerung für das Krankheitsbild zu sensibilisieren und darüber aufzuklären. Darüber hinaus sollen neue Wege für ein gemeinsames Leben eröffnet werden, um damit einer Ausgrenzung von Menschen mit Demenz entgegenzuwirken. Auch kommunalpolitisch soll das Thema Demenz weiter im Fokus bleiben, umso bedeutender ist für die Initiative die übernommene Schirmherrschaft durch den Bezirksbürgermeister. Die Initiative „Demenzfreundlich Treptow-Köpenick“ war ein gefördertes Netzwerk der Zukunftswerkstatt Demenz.

## Vorgehensweise

### Aufklären und thematisieren

Nicht nur Pflegerinnen und Pfleger sowie Ärztinnen und Ärzte, sondern auch andere Berufsgruppen haben im Alltag häufig mit Betroffenen zu tun, zum Beispiel Polizistinnen und Polizisten, Feuerwehrleute, Bankangestellte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Wohnungsunternehmen sowie Einzelhändlerinnen und Einzelhändler. Häufig wissen diese wenig über die Erkrankung und sind daher unsicher, wie sie mit Menschen mit Demenz umgehen sollten.

Für diese fachfremden Gruppen bot die Initiative deshalb Schulungen zum Thema Demenz an.

Zusammen mit der örtlichen Volkshochschule und dem Bezirksamts Treptow-Köpenick starteten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Initiative außerdem eine Lese- und Filmreihe über Demenzerkrankungen. Im Anschluss an die Vorstellung fanden Austauschrunden statt. Ebenso wurde eine Wanderausstellung „Wenn plötzlich Puzzleteile fehlen – Porträts von Menschen mit Demenz“ erstellt. Sie zeigt Porträt- und Lebensaufnahmen von Menschen mit Demenz und ist bereits über die Grenzen von Treptow-Köpenick hinaus ausgestellt worden. Sie kann berlinweit ausgeliehen werden. Die Initiative organisierte auch einen jährlichen Wandertag für Menschen mit Demenz, deren Angehörige und alle Interessierten. Außerdem veranstaltete sie jährlich ein bis zwei Fachtage für Bürgerinnen und Bürger, Schülerinnen und Schüler sowie für Fachleute, darunter auch Pflegende, um für das Thema Demenz zu sensibilisieren und das Miteinanderleben zu fördern.

### Kostenloser Veranstaltungskalender

Die Initiative veröffentlichte einen Veranstaltungskalender, der lokale Angebote und Veranstaltungen rund um das Thema Demenz sammelte und bekannt gab. Damit sollten wohnortnahe Angebote angeregt und unterstützt werden.

### Schutzräume einrichten

Für demenziell erkrankte Menschen mit Hinlauftendenz wurden Schutzräume in festgelegten Einrichtungen geplant. Polizistinnen und Polizisten können verwirrte und orientierungslose Menschen mit Demenz, die sie aufgegriffen haben, zu solchen Schutzräumen bringen. Dort können sie von geschulten ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern betreut werden, bis eine Bezugsperson sie abholt.

## Ergebnisse

### **Viele Steine ins Rollen gebracht**

Die Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick erreichte zunehmend mehr Menschen und hat sich im Bezirk zu einem Anlaufpunkt für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen entwickelt. Es wurden zwei Schulungen über Demenzerkrankungen bei der Polizei und fünf solcher Schulungen im Bereich Wohnwirtschaft durchgeführt. Die Wanderausstellung „Wenn plötzlich Puzzleteile fehlen – Porträts von Menschen mit Demenz“ wurde an fünf Ausstellungsorten gezeigt. Im Rahmen der Lese- und Filmreihe fanden sechs bis acht Veranstaltungen pro Jahr statt, an denen je ca. 15 Personen teilnahmen. Vorbereitungen für die genannten Schutzräume wurden getroffen. Für deren Umsetzung läuft zurzeit ein Genehmigungsverfahren.

### **Aktive Schülerinnen und Schüler**

Ein- bis zweimal jährlich richtete die Initiative Fachtage aus. Bei den anschließenden Diskussionen ergaben sich viele Ideen und Anregungen für einen demenzfreundlichen Bezirk. Aus einem Fachtag für Schülerinnen und Schüler entstand sogar eine Kooperation: Die Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick begleitet die Teilnahme der Schule an dem Projekt „Lesen verbindet!“ der Stiftung Lesen. Dabei lesen Schülerinnen und Schüler älteren, zum Teil auch demenziell erkrankten Menschen etwas vor. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Initiative bereiten die Jugendlichen auf ihren Einsatz bei Menschen mit Demenz vor und begleiten sie bei ihren ersten Besuchen.

### **Persönliche Ansprache ist wichtig**

Der jährliche Wandertag hat sich etabliert und führt Betroffene und interessierte Menschen zusammen. Im Schnitt nahmen 120 bis 150 Personen daran teil. Das Angebot erreichte überwiegend demenziell erkrankte Menschen aus stationären oder teilstationären Einrichtungen. Deshalb bemühte sich die Initiative insbesondere darum, an Demenz Erkrank-

te, die zu Hause leben, und ihre pflegenden Angehörigen zu mobilisieren. Nach den Erfahrungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter funktioniert hier die persönliche Ansprache besser als jede Werbung oder Berichterstattung.

### **Zielgruppenspezifische Veranstaltungen kommen besser an**

Bereits zu Beginn des Projekts gab es einen Veranstaltungskalender, der vierteljährlich als Broschüre veröffentlicht wurde. Eine Evaluation ergab, dass zwar sehr viele Einrichtungen bereit waren ihre Veranstaltungen für Menschen mit Demenz zu öffnen, die Betroffenen diese Angebote jedoch nicht wahrnahmen. Deshalb wurde das Konzept des Veranstaltungskalenders umorganisiert. Die Initiative veröffentlichte alle zwei Monate in einer Seniorenzeitung (Auflage: 4.000 Stück) Veranstaltungen zu einem thematischen Schwerpunkt, der entsprechend redaktionell begleitet wurde. Für weitere Termine wurde auf die Initiative verwiesen. Dabei wurden nur noch Veranstaltungen in den Kalender aufgenommen, die sich gezielt an Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen wenden.

### **Treptow-Köpenick bleibt demenzfreundlich**

Auch nach Abschluss der Förderung im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz ist die Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick weiterhin aktiv. Zurzeit laufen alle Aktivitäten weiter. Da sie umfangreicher geworden sind, können einige Maßnahmen jedoch nicht mehr so häufig durchgeführt werden. So finden die Veranstaltungen der Lese- und Filmreihe alle zwei bis drei Monate und nicht mehr wie bisher monatlich statt. Die Fachtage sind nun an Veranstaltungen in Begegnungsräumen, zum Beispiel dem KiezKlub, geknüpft und erfolgen einmal im Jahr. Der jährliche Wandertag wird weiterhin durchgeführt. Auch der Veranstaltungskalender erscheint wie gehabt alle zwei Monate, da Sponsoren gewonnen werden konnten. Für die Zukunft überlegen die Mitglieder der Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick, wie sich die Konstellation

der Beteiligten ändern könnte, um personelle und finanzielle Stabilität zu gewährleisten. Eine Möglichkeit wäre, dass sich die Initiative zu einem Verein umstrukturiert.

### **Publikationen**

Katalog zur Wanderausstellung „Wenn plötzlich Puzzleteile fehlen – Porträts von Menschen mit Demenz“; Eine biographische Ausstellung von Marion Schütt und Rita Preuß im Auftrag der Initiative „Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick“.

Initiative mit Herz; Artikel in „Treptow-Köpenick – 2015 – Ein Jahr- und Lesebuch“ der Kunstfabrik Köpenick GmbH, Berlin.

Werbematerial (Flyer) für Schulungsangebote: „Abgelaufen“ (Öffentliche Verkehrsbetriebe); „Herd aus“ (Nachbarschaft und Feuerwehrdienst); „Falsch gebongt“ (Einzelhandel); „Orientierungslos“ (Polizei-dienst); „Zahlendreher“ (Bank- und Geldwesen).

### **Kontakt**

#### **Sascha Jordan und Anke Weber**

Initiative Demenzfreundlich! Treptow-Köpenick  
c/o VfK e.V.  
Sterndamm 7  
12487 Berlin  
E-Mail: [kontakt@demenzfreundlich-tk.de](mailto:kontakt@demenzfreundlich-tk.de)

# Verstehen – annehmen – miteinander leben

## Fachtitel: Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg

Unter dem Motto „verstehen-annehmen-miteinander leben“ fand 2008 die Auftaktveranstaltung zur „Demenzfreundlichen Kommune Lichtenberg (DfKL)“ statt. In einigen Lichtenberger Stadtteilen beträgt der Anteil der über 65-Jährigen knapp 30 Prozent oder mehr. Es ist in Lichtenberg also von etwa 3.700 bis 5.000 Menschen mit Demenz auszugehen. Ziel des Vereins ist es, Lichtenberger Bürgerinnen und Bürgern mit einer demenziellen Erkrankung und ihren Angehörigen ein besseres Leben mit Demenz zu ermöglichen und sie in die Gesellschaft zu integrieren. Selbstbestimmung und Teilhabe stehen im Vordergrund des Projekts. Das Netzwerk Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg wurde als Pilotnetzwerk in Berlin-Lichtenberg gegründet. Der Pflegestützpunkt Lichtenberg, in Trägerschaft der Volkssolidarität Berlin e. V., übernahm die Koordination. Die Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg war ein gefördertes Netzwerk im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz.

## Vorgehensweise

Die DfKL-Broschüre „Angebote für Menschen mit Demenz, Angehörige und Interessierte im Bezirk Lichtenberg“ wurde bereits in der 4. Auflage veröffentlicht. Sie gibt pflegenden Angehörigen einen Überblick zu bezirklichen Entlastungsangeboten. Auch Kiezfeste sowie lokale und überregionale Informationsveranstaltungen wurden organisiert. Flyer, Postkarten, Plakate und Lesezeichen dienen der Öffentlichkeitsarbeit als Kommunikationsmittel.

### Information, Entlastung, Teilhabe

Zweimal im Jahr findet eine Schulungsreihe mit zehn Terminen für pflegende Angehörige und Interessierte statt, um ihnen die Möglichkeit zum regelmäßigen Austausch zu geben. Während der Schulung können die demenziell Erkrankten von Ehrenamtlichen betreut werden. Die Schulungen werden von Netzwerkakteurinnen und -akteuren gestaltet und fachlich begleitet. Daneben werden

Veranstaltungen zum Thema Demenz durchgeführt, beispielsweise zum Krankheitsbild oder zur einfühlsamen Kommunikation.

Die Möglichkeit, über die häufig als belastend empfundene Situation zu sprechen, ist für Menschen mit Demenz, pflegende Angehörige und Interessierte sehr entlastend. Bis 2014 konnte einmal in der Woche ein kostenloses Gesprächsangebot mit einer Diplom-Psychologin aufrechterhalten werden. Aufgrund begrenzter Ressourcen und geringer Resonanz wurde das Angebot eingestellt. Indes besteht aber noch eine Angehörigengruppe in einem Stadtviertel, die einmal im Monat angeboten wird. Niedrigschwellige psychosoziale Beratungsmöglichkeiten werden ausgebaut. Auch ist die Beratung zu Versorgungsmöglichkeiten, Wohnformen und Unterstützung bei der Beantragung von Pflegeleistungen geplant.

Unter dem Motto „Bewegung und Begegnung“ treffen sich regelmäßig zwei Spaziergangsgruppen für Menschen mit und ohne Demenz. Daneben bietet das Netzwerk zweimal im Jahr einen Tierparkspaziergang an.

Zum Dank und als Wertschätzung für die pflegenden Angehörigen wird einmal im Jahr ein sogenannter Wohlfühltag für Angehörige und demenziell Erkrankte angeboten: Musik-, Entspannungsprogramm und Verpflegung sind inklusive. Die demenziell erkrankten Menschen werden in dieser Zeit von geschultem Fachpersonal betreut.

In Lichtenberger Kirchenkreisen finden spezielle Gottesdienste für Menschen mit und ohne Demenz statt – stets in Verbindung mit Informationsständen und Beratungsmöglichkeiten. Seit 2013 wird im Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge-KEH an einem Konzept für ein „Demenzfreundliches Krankenhaus“ gearbeitet, um an Demenz erkrankte Menschen in Akutkrankenhäusern bedarfsgerecht zu versorgen. Intern werden

unter anderem Schulungen für das Pflegepersonal angeboten und speziell ausgebildete Pflegefachkräfte eingesetzt.

## Ergebnisse

Alle acht Wochen tauschen sich die Akteurinnen und Akteure auf Projektgruppentreffen zu fachlichen Fragestellungen und Rahmenbedingungen aus. Die Vernetzung zwischen den Projektpartnerinnen und -partnern und auch die Zusammenarbeit mit dem lokalen Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Netzwerkverbund (GGV) werden auf diesem Weg intensiviert.

### **Breites Angebot für Betroffene und Angehörige**

Im Rahmen der berlinweiten AG „Demenzfreundliche Initiativen“ fand eine fruchtbare und kontinuierliche Zusammenarbeit mit anderen Berliner Demenznetzwerken statt. Das Ziel der AG: die Teilhabeförderung psychisch kranker, älterer Menschen und deren Angehöriger sowie die Weiterentwicklung adäquater Versorgungsstrukturen. Es ist wünschenswert, weitere Ansprechpartnerinnen und -partner demenzfreundlicher Initiativen in Berliner Bezirken für die Mitarbeit in der AG zu gewinnen.

Die Schulungsreihe für pflegende Angehörige mit je zehn Schulungsterminen fand im Projektzeitraum dreimal erfolgreich statt und wird fortgesetzt. Das Netzwerk konnte im Projektverlauf zahlreiche Schulungsveranstaltungen mit insgesamt 180 Teilnehmenden durchführen. Weitere Schulungen zum Thema Demenz sind geplant. Der Wohlfühltag für Erkrankte und Angehörige war mit 60 Teilnehmerinnen und -teilnehmern ein großer Erfolg und wird wiederholt.

Regelmäßig wurden Informationsveranstaltungen für Expertinnen und Experten und interessierte Bürgerinnen und Bürger zu Leistungen der Pflegeversicherung und Änderungen im Rahmen des Pflege-

Neuausrichtungsgesetzes durchgeführt. Wegen geringer Nachfrage wurde die AG „Pflegeinfo“ jedoch eingestellt. Auch die AG „Pflegenachwuchs“ wurde aufgrund fehlenden Interesses eingestellt. Ziel war es, junge Pflegefachkräfte zu gewinnen.

Der Ausbau des Demenzfreundlichen Krankenhauses am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge-KEH wird fortgesetzt. In Zukunft soll das auf demenziell erkrankte Patientinnen und Patienten ausgerichtete Angebot erweitert werden. Etwa durch eine engere Verzahnung von stationärer und ambulanter Behandlung, sowie bei Fragen zur Versorgung nach einem Krankenhausaufenthalt, aber auch hinsichtlich der Schulung pflegender Angehöriger. Alle Angebote sollen auch für das zweite im Bezirk ansässige Krankenhaus (SANA-Klinikum) gelten.

### **Ein Erfolg, der bleiben soll**

Dank der mehrjährigen Förderung und der kontinuierlichen Arbeit und Pflege hat sich das Netzwerk Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg gefestigt. Die Bekanntheit ist gewachsen und es besteht eine Vertrautheit sowie gegenseitige Unterstützung. Bestehende Versorgungsangebote sind in der Kommune bekannter geworden, feste Gruppen haben sich gebildet.

Die Projektkoordinierung und -steuerung erfolgte bislang durch eine Personalstelle, welche sich in Trägerschaft der Volkssolidarität Landesverband e.V. befand. Um die erfolgreiche Netzwerkarbeit zu verstetigen, soll im Bezirk Lichtenberg künftig eine Netzwerkkordinatorin bzw. ein Netzwerkkordinator eingesetzt werden. Die Vernetzung der Akteurinnen und Akteure im Bezirk ist gut. Sie werden trotz der bisher fehlenden Ressourcen versuchen, den Großteil der Angebote und die Kommunikation untereinander aufrechtzuerhalten. Ein nahtloser Übergang einer Finanzierung war der Wunsch aller. Allein aus Mitgliedsbeiträgen, Einnahmen und Spenden kann das Netzwerk allerdings nicht fortbestehen. Das Bezirksamt Lichtenberg stellt zunächst

für den Zeitraum von zwei Jahren (2016/17) öffentliche Fördermittel zur Verfügung.

### Publikationen

Erwähnung des Netzwerks im Artikel „Regionale Demenz-Netzwerke als Zukunftsmodell“ in CAREkonkret vom 30.10.2015, S. 4, Ausgabe 44/15, [www.vincentz.net/dl.php?fid=a8f1f502-7d77-11e5-8a69-00163e31a26f](http://www.vincentz.net/dl.php?fid=a8f1f502-7d77-11e5-8a69-00163e31a26f).

Mitwirkung und Erwähnung des Netzwerks im Rahmen der BZgA-Regionalkonferenz „Gesund+Aktiv Älter Werden“, Thema: „Herausforderung Demenz – Initiativen und erfolgreiche Praxis“ am 03.12.2014, S. 14, Abschlussbericht: [www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-Publikationen/Regionalkonferenz\\_Doku\\_2015-web.pdf](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-Publikationen/Regionalkonferenz_Doku_2015-web.pdf)

Erwähnung des Workshop-Beitrags im Fachforum „Kooperation und Vernetzung für Bewegungsförderung im Alter“ im Rahmen der 11. Landesgesundheitskonferenz Berlin „Mit Präventionsketten Gesundheits- und Teilhabechancen stärken – in jedem Lebensalter“ am 10.11.2014, S. 27, [www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user\\_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-Publikationen/11\\_Dokumentation\\_elfte\\_LGK\\_final.pdf](http://www.berlin.gesundheitfoerdern.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/Fachstelle/Fachstelle-Publikationen/11_Dokumentation_elfte_LGK_final.pdf)

### Kontakt

#### Robert Stephan

Demenzfreundliche Kommune Lichtenberg e.V.  
c/o Pflegestützpunkt Lichtenberg  
Einbecker Straße 85  
10315 Berlin  
E-Mail: [robert.stephan@volkssolidaritaet.de](mailto:robert.stephan@volkssolidaritaet.de)  
Internet: [www.dfk-lichtenberg.de](http://www.dfk-lichtenberg.de)

Projektträger:

Volkssolidarität Landesverband Berlin e.V.  
Alfred-Jung-Straße 17  
10367 Berlin

# Wohin bei ersten Anzeichen? – Frühe Anlaufstellen im Kiez

## Fachtitel: Demenzfreundliche Kommune – Berlin Charlottenburg-Wilmersdorf

Seit dem Jahr 2010 besteht in Berlin die „Demenzfreundliche Kommune Charlottenburg-Wilmersdorf“, ein gemeinsames Projekt des Bezirksamts als Kommunalbehörde mit dem Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e.V. (GPV). Charlottenburg-Wilmersdorf ist einer der Bezirke Berlins, in denen viele ältere Menschen leben. Der Anteil der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, liegt bei 21,8 Prozent (Berliner Mittelwert: 19 %). In Charlottenburg-Wilmersdorf ist folglich von 5.000 an Demenz erkrankten Menschen auszugehen. Rund 700 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu.

Das Netzwerk wurde im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz gefördert und verpflichtete sich, zwei Teilprojekte voranzubringen: Das Konzept „Demenzbegleiter“ zielt darauf ab, Menschen mit Demenz und deren pflegende Angehörige mit Methoden des Unterstützungsmanagements (Case Management) und Beratung in ihrer häuslichen Umgebung zu helfen. Die „Demenzfreundlichen Einrichtungen und Dienste“ sind eine Weiterentwicklung des Konzepts der „Demenzfreundlichen Kommune“ und wollen den Menschen im Kiez u. a. frühe Anlaufstellen bieten.

## Vorgehensweise

Der GPV formulierte zwei Aufgabenstellungen: Zum einen sollten die Versorgungsstrukturen weiterentwickelt werden, um die Schnittstelle zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenhäusern auf der einen Seite sowie Akteurinnen und Akteuren aus Beratung, Betreuung und Pflege auf der anderen Seite zu optimieren. Dies beinhaltete auch die kompetente Unterstützung von Betroffenen zu Hause und von Angehörigen beim Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Zum anderen ging es um eine funktionierende Öffentlichkeitsarbeit von Pflegeanbietern in den Kiezen. Alle Projektpartner sollten sich durch Informations- und Aufklärungs-

arbeit als kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner zum Thema Demenz in Charlottenburg-Wilmersdorf empfehlen und so dafür sorgen, dass Betroffene schneller adäquate Hilfeleistungen erhalten, die das Voranschreiten der Krankheit verlangsamen und ihre Lebensqualität steigern.

### Die Demenzbegleiter

Die Demenzbegleiterinnen und -begleiter, die im Wesentlichen Fallmanagerinnen bzw. -manager (Case-Manager) sind, sollten in erster Linie Angehörige im Umgang mit der Krankheit unterstützen, ihnen Zugang zu unterstützenden Angeboten ermöglichen, aber auch helfen, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausaufenthalte zu organisieren. Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte sollten durch die Demenzbegleiterinnen und -begleiter beim Fall-Management sowie bei der Information und Beratung zur Erkrankung entlastet werden.

Auch wenn die Grundidee der Demenzbegleiterinnen und -begleiter bereits gefasst war, traten die eigentlichen Schwierigkeiten bei der Feinabstimmung des Konzepts auf. Das Konzept sollte so gefasst werden, dass die Demenzbegleiterinnen und -begleiter keine Konkurrenz oder Doppelstruktur zu bestehenden Hilfesystemen darstellen. Dies bedeutete, dass insbesondere durch bestehende Trägerorganisationen von Beratungs-, Informations- und Begleitdiensten beständig Veränderungswünsche an das Projekt herangetragen wurden. Um das Konzept „Demenzbegleiter“ von diesen und anderen Angeboten abzugrenzen, wurden Gespräche mit Akteurinnen und Akteuren aus diesem Bereich gesucht. Neben dem Pflegestützpunkt wurde mit dem Geschäftsführer einer großen psychiatrischen Pflegeeinrichtung und eines soziotherapeutischen Trägers gesprochen. Beide bestätigten die Sinnhaftigkeit des Projekts.

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe „Demenzbegleiter“ zeigten sich sowohl kritische als auch unterstützende Haltungen. Insbesondere die teilnehmenden

praktizierenden Ärztinnen und Ärzte unterstützten das Projekt. Weitere Teilnehmer waren neben dem Vorstand des GPV u. a. eine Vertreterin eines Verbundkrankenhauses, die Geschäftsführung eines ambulanten Pflegedienstes aus dem Verbund, der Leiter der Plan- und Koordinierungsstelle der Abteilung Soziales und Gesundheit des Bezirksamts sowie Hausärztinnen und -ärzte und ein Facharzt aus dem Bezirk. In dieser Runde wurde vorgeschlagen, eine Potenzialerhebung in Form eines Fragebogens vorzunehmen, der im Anschluss an 100 Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte im Bezirk geschickt wurde, um den Nutzen und die Akzeptanz des Angebots zu überprüfen. Das Ergebnis: Für rund 200 Patientinnen und Patienten wurde die Demenzbegleiterin bzw. der Demenzbegleiter als hilfreiche Unterstützung angesehen. Indes war es extrem schwierig, die Praxen zu motivieren, bei der weiteren Projektarbeit mitzuwirken. Es konnten zehn Ärztinnen und Ärzte mit konkreter Unterstützungsabsicht gewonnen werden.

Nach weiteren Gesprächen wurde das Konzept „Demenzbegleiter“ schlussendlich befürwortet und im Anschluss bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie bei Krankenkassen zur Förderung als Modellprojekt eingereicht. Damit sollte die Finanzierung nach Abschluss der Zukunftswerkstatt Demenz sichergestellt werden. Der Bedarf an einem solchen Modell bestätigt sich aus Sicht der Initiatoren weiterhin in der lokalen und internationalen Versorgungspraxis.

### **Demenzfreundliche Einrichtungen und Dienste**

Zunächst wurde ein Leitbild für die „Demenzfreundlichen Einrichtungen und Dienste“ entwickelt. Dazu wurden acht Leitsätze erarbeitet, die den beteiligten Akteurinnen und Akteuren und den Bürgerinnen und Bürgern eine Vorstellung vermitteln, was eine demenzfreundliche Einrichtung in Charlottenburg-Wilmersdorf ausmacht und worauf die Partnerinnen und Partner des GPV in ihrem täglichen Handeln achten wollen.

Daneben war die Produktion einer 100 Seiten starken Broschüre „Was tun, wenn das Gedächtnis nachlässt – Orientierungspunkte Charlottenburg-Wilmersdorf“ wesentlich. Hier wurden von ersten Symptomen eines nachlassenden Gedächtnisses bis hin zur dauerhaften stationären Pflege alle Krankheitsstufen und im Bezirk vorhandenen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner sowie Hilfen beschrieben bzw. aufgelistet. Die Broschüre wurde an Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, ambulante und stationäre Einrichtungen aus der Pflege, dem Bezirksamt und sonstigen relevanten Institutionen verteilt.

Auch die Website zur Kampagne „Unsere Kommune ist demenzfreundlich“ wurde neu aufgesetzt und parallel ein Internetforum gestartet, das im Rahmen des Netzwerks „Demenzfreundliche Einrichtungen und Dienste“ den Austausch der beteiligten Partnerinnen und Partner unterstützen sollte. Es erwies sich im Arbeitsalltag jedoch als praktischer, bei möglichen Fragestellungen das direkte Gespräch mit den jeweiligen Akteurinnen und Akteuren zu suchen.

Um im Bezirk wirksam auf das Thema Demenz aufmerksam zu machen und die Menschen zu erreichen, die dazu Informationen wünschen, wurden verschiedene Aktionen umgesetzt. In einer Pflegeeinrichtung wurden zum Beispiel Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz angeboten. Geplant war hier auch ein Demenzcafé, in dem Menschen mit Demenz für eine gewisse Zeit betreut werden können.

Eine andere Einrichtung startete das Projekt „Schule heute und früher“. Dabei kommen Jugendliche des benachbarten Gymnasiums mit den Bewohnerinnen und Bewohnern des Pflegeheims über das frühere Schulsystem ins Gespräch. Umgekehrt besuchen die älteren Bewohnerinnen und -bewohner auch das Gymnasium nebenan.

## Ergebnisse

Beide Teilprojekte, die „Demenzfreundlichen Einrichtungen und Dienste“ und der „Demenzbegleiter“, zeigten wichtige Zwischenerfolge. Letztlich wurden angestrebte Ziele des Gesamtprojekts nur zum Teil erreicht. Die Erfahrungen, die mit den Hürden für die Zielerreichung gemacht wurden, sind aber auch wertvolle Ergebnisse: Es zeigte sich, dass zusätzliche Angebote von Netzwerkpartnerinnen und -partnern sehr schnell als Konkurrenz wahrgenommen wurden. Während der Projektentwicklungsphase der „Demenzbegleiter“ wurden wiederholt kritische Stimmen laut, die das Überdenken und Überarbeiten des Projekts forderten und dessen Entwicklung gleichzeitig massiv verzögerten. Es gab stets Bedenken hinsichtlich der Notwendigkeit eines weiteren Angebots in der Demenzversorgung, unter anderem wegen der gegebenen Versorgungsdichte und der historisch gewachsenen Vielfalt unterschiedlicher Initiativen und Trägerinstitutionen.

Ein Schwerpunkt des Netzwerks liegt künftig darauf, Menschen in nachbarschaftliche Gemeinschaften stärker einzubeziehen, um der Vereinsamungs- und Rückzugstendenz von Menschen mit nachlassendem Gedächtnis entgegenzuwirken. Eine alters- und demenzfreundliche Kommune sollte es den Menschen also ermöglichen, sich in ihrem Quartier zu bewegen und zu beteiligen. Dabei wird es auch darauf ankommen, in einem großstädtisch geprägten Bezirk mit 320.000 Einwohnern Strukturen (flächendeckend) zu schaffen bzw. zu fördern, die eine Identifikation der Bewohnerinnen und Bewohner mit ihren Wohnquartieren ermöglichen.

Insgesamt hat das Demenznetzwerk im Verlauf der Förderung wichtige Grundlagen für eine Weiterentwicklung in fachlicher und organisatorischer Hinsicht geschaffen und damit von der Förderung sehr profitiert.

## Ausblick

Zukünftig wäre es hilfreich, wenn es auf Landesebene eine Clearingstelle geben würde, in der Vorhaben zur Versorgungsentwicklung bewertet und diskutiert werden können. Eine solche Stelle sollte dann auch erste Auskunft zur Finanzierbarkeit geben können. Abschließend ist hinsichtlich des nachhaltigen Projektmanagements festzuhalten, dass die gemachten Erfahrungen auf Veranstaltungen und im Kontakt mit Interessenten offen kommuniziert werden und hoffentlich zur Weiterentwicklung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen beitragen.

### Publikationen

**Melchinger, H., Machleidt, W. (2005):**

Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken; Analyse der Ist-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. In: Nervenheilkunde, Heft: 24, S. 493–8.

**Pinquart, M., Sörensen, S. (2002):**

Interventionseffekte auf Pflegende Dementer und andere informelle Helfer: Eine Metaanalyse in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, Heft: 15, S. 85–100.

**Stock, S., Tebest, R., Reider, L., Boulton, C. (2010):**

Herausforderung Demenz – Versorgungsstrukturen für die Zukunft entwickeln. In: Monitor Versorgungsforschung, Heft 1.

### Kontakt

**Stephan Schikorra**

Gerontopsychiatrisch-Geriatriischer Verbund Charlottenburg-Wilmersdorf e. V.

Knobelsdorffstraße 72

14059 Berlin

E-Mail: kontakt@gpverbund.de

Internet: www.gpverbund.de

# Schneller Zugang zum Hilfesystem durch Türöffner

## Fachtitel: DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke

Im Kreisgebiet Minden-Lübbecke gibt es etwa 5.000 Bürgerinnen und Bürger mit Demenz, bei einer Inzidenz von ca. 1.200 pro Jahr, die neu ins Hilfesystem integriert werden müssen. Die Anfänge des Netzes gehen in das Jahr 2005 zurück, und es hat insgesamt vier Förderperioden durchlaufen. Im Rahmen der Förderung in der Zukunftswerkstatt Demenz war es vorrangig, den Zugang von Menschen mit Demenz zum DemenzNetz weiter zu verbessern, um Betroffenen und Angehörigen schneller Hilfestellungen anbieten zu können. Zwei Schwerpunkte der Aktivitäten sollen im Folgenden vorgestellt werden: die möglichst frühe Identifikation von Unterstützungsbedarfen über ein Beratungsgutscheinverfahren, das den Betroffenen die Tür ins Netz eröffnet, und der Aufbau stabiler Netzwerkstrukturen.

## Vorgehensweise

### Mit Gutscheinen schneller ins Hilfesystem

Zu Beginn wurde allen interessierten Dienstleisterinnen und Dienstleistern im Gesundheitswesen das Beratungsgutscheinverfahren vor- und auf Wunsch zur Verfügung gestellt. Koordinatorinnen und Koordinatoren weisen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kooperationspartnerin bzw. des -partners, z. B. eine Ärztin bzw. einen Arzt oder Pflegedienst, in das Handling des Beratungsgutscheins ein. Im Anschluss spricht die Kooperationspartnerin bzw. der -partner gezielt mögliche Nutzer an und erläutert die Vorteile der Versorgung über das DemenzNetz. Bei Interesse wird der Gutschein ausgefüllt und unterschrieben an das zuständige Koordinationsbüro geschickt. Alle Leistungserbringerinnen bzw. -erbringer und Zeichnerinnen bzw. Zeichner der Charta des Netzes können sich am Beratungsgutscheinverfahren beteiligen. Der Einsatz von Beratungsgutscheinen dient als Türöffner ins Netz. Das Ziel: über das DemenzNetz informieren und Betroffene vermitteln. Alle Netzwerkpartnerinnen und -partner gehen dabei proaktiv auf die Betroffenen zu, sprechen sie auf den vorhandenen

Hilfebedarf an und erwirken die Erlaubnis, dass sich die Koordinierungsstelle des Netzes für weitere Hilfen bei ihnen melden kann.

### Effektiv durch einen doppelten Boden

Dem Netzwerk zugrunde liegt die sogenannte gedoppelte Nutzerinnen- bzw. Nutzerorientierung. Heißt: Immer werden im Netz die Leistungsnutzerinnen bzw. -nutzer und gleichzeitig auch die Leistungsanbieterinnen bzw. -anbieter adressiert. Entsprechend koordinieren die Prozesse im Netzwerk zwei Koordinierungsstellen – wieder je eine für die Nutzerinnen und Nutzer, also Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, und eine für die Leistungsanbieterinnen bzw. -anbieter, also Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste, Tagespflege und viele andere. Diese Koordinierungsstellen sorgen vorrangig für einen frühzeitigen und niederschweligen Zugang zu helfenden Leistungen im Netzwerk. Die Stellen sorgen zudem für ein selbstbestimmteres Leben der Demenzbetroffenen und kümmern sich um die Vermittlung von Regelleistungen. Sämtliche Leistungen werden über das Beratungsgutscheinverfahren und einer sich wahlweise anschließenden LOGBUCH-basierten Beratung realisiert.

### Informationen über fünf Kanäle

Für ein gelingendes Informationsmanagement innerhalb des Netzwerkes haben sich fünf Medien bewährt: Die Netzwerk(teil)konferenzen, die online verfügbaren Netzbriefe Demenz, der Veranstaltungskalender, die Netzwerkkarte als Leistungsverzeichnis sowie das LOGBUCH Demenz als Patientinnen- bzw. Patientenpass. Mit einer Unterschrift der „Charta“ des Demenznetzes verpflichten sich die Akteurinnen und Akteure im Netz, ganz in deren Sinne zu wirken. Die bisherige Steuerungsgruppe der letzten Förderperiode von 2012 bis 2014 wurde ab dem Jahr 2015 in die Arbeitsgemeinschaft DemenzNetz überführt, die sich eine Satzung gegeben hat. Aktivitäten im Rahmen der Weiterentwicklung und Verstetigung des Projekts wurden im Sozial- und Gesundheitsausschuss des Kreises Minden-

Lübbecke vorgestellt. So ist das Netz strukturell im Gemeinwesen verankert.

## Ergebnisse

### Großes Echo – noch vor der Pflegestufe

Im Rahmen des Beratungsgutscheinverfahrens sind zum Ende der Feldphase in 26 Monaten 679 Gutscheine eingegangen. Avisiert waren 220. Diese Verdreifachung ist ein großer Erfolg des Systems. Von diesen waren zwar bis 2014 229 nicht ins DemenzNetz eingeschrieben, weil sich die Bearbeitungsprozesse aufgrund der hohen Nachfrage unvorhersehbar in die Länge zogen. Inzwischen kann auf das komplette Jahr 2015 in der Verstetigung zurückgeblickt werden: Hier sind 538 Beratungsgutscheine eingegangen. Im Jahr 2016 setzt sich der Trend ungebrochen fort.

Ziel des Beratungsgutscheinverfahrens war es, Menschen mit Demenz möglichst früh Unterstützung anbieten zu können. Verglichen mit den Zahlen aus den EDe-Projekten (= Entlastungsprogramm bei Demenz, vgl. [www.projekt-ede.de](http://www.projekt-ede.de)), die sich den Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz widmeten, hat sich der Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterhalb der Pflegestufe I fast verdoppelt. Damit wurde das Ziel eines frühen Hilfebeginns erreicht.

### Eine Kette aus Motivatoren

Die Vereinbarungen zur Zusammenarbeit und zur Ausrichtung des Netzes wurden weiter formalisiert. Mit 142 Kooperationspartnerinnen und -partnern wurden schriftliche, zunächst befristete, Vereinbarungen geschlossen. Die Partnerinnen und Partner wurden in zwölf Akteursgruppen zusammengefasst, beispielsweise die Pflegeanbieter, die Ärztinnen und Ärzte, die therapeutischen Disziplinen etc. Allen wurde das Beratungsgutscheinverfahren zur Verfügung gestellt. Die Hälfte der Partnerinnen und Partner nutzte das System – wenn auch unter-

schiedlich ausgeprägt. Die Zahlen zur Ansprache Demenzbetroffener und den finalen Aufnahmen ins Netz variierten stark. Die Gründe dafür sind vielfältig: Bedeutsam ist die Position der Akteurin bzw. des Akteurs in der Versorgungskette. Eine Hausärztin bzw. ein Hausarzt steht beispielsweise am Anfang der Kette, die Alltagsassistenz tritt hingegen erst später auf den Plan. Auch ist wesentlich, wie lange eine Akteursgruppe schon im Netz wirkt und wie sehr sie sich mit dem Netz identifiziert. Letztlich ist aber relevant, dass Versicherte überhaupt zur Hilfeanspruchnahme motiviert werden können.

Sowohl die Charta als auch die Kooperationsvereinbarungen mit den Leistungsanbieterinnen bzw. -anbietern lassen genug Spielraum, um dem jeweiligen Partner und dem Auftrag gerecht zu werden. Die Einführung der Charta als Instrument der Selbstverpflichtung ist als wesentlicher Schritt zur Teilnahme (Akteurinnen- bzw. Akteursebene) und Steuerung (Trägerinnen- bzw. Trägerebene) anzusehen. Drei regionale Krankenkassen haben mit dem Projektträger Leistungsvereinbarungen geschlossen, um das Verfahren nachhaltig zu sichern und ihren Versicherten zur Verfügung stellen zu können.

**Schneller, früher, mehr: ein Netzwerk, das wirkt**  
Demenzbetroffene im Kreis Minden-Lübbecke können über das im Förderzeitraum etablierte Gutscheinverfahren deutlich früher identifiziert werden. Bei Bedarf werden sie über die Leistungsanbieterinnen bzw. -anbieter im Netz immer wieder auf ihren Hilfebedarf angesprochen. Umgangssprachlich wird von einer „Türöffnung“ zum Hilfenetz gesprochen. Durch die Koordinationsstellen wird der Zugang zu den Hilfeleistungen erleichtert und gebahnt. Die Regelleistungen sind in der umfangreichen Netzwerkkarte Demenz gelistet und den jeweiligen Akteurinnen- bzw. Akteursgruppen zugeordnet.

Das DemenzNetz bekam in den 26 Monaten der Feldphase monatlich durchschnittlich 25 neue De-

menzbetroffene per Beratungsgutschein vermittelt. Im Jahr darauf dann monatlich durchschnittlich 44 Betroffene. Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der Strukturprozesse kann damit auch über den Interventionszeitraum hinaus als belegt angesehen werden.

Besonders entscheidend für den Erfolg des Projekts ist, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen aktiv als Türöffner am Beratungsgutscheinverfahren beteiligt ist, und dass das Netz sowohl gesetzlich wie auch privat versicherte Bürger einschließt.

### Publikationen

#### **Adam, C., Emme von der Ahe, H. (2015):**

Hilfen bei Demenz früher eröffnen und erfolgreiche Strukturen dauerhaft implementieren. Das Beratungsgutscheinverfahren im DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke, in: Case Management – Soziale Arbeit, 12. Jg., Dezember 2015, 182–188.

#### **Arnold, J., Emme von der Ahe, H., Hermsen, Th., Löcherbach, P. (2014):**

Effektivität und Effizienz des Case Managements in der ambulanten, sektorübergreifenden Versorgung Demenzerkrankter. Evaluationsstudie des Modellvorhabens „Ambulante Basisversorgung Demenz im Lotsentandem (LOTTA)“ Minden-Lübbecke, in: Case Management, 11. Jg., März 2014, 31–38.

#### **Emme von der Ahe, H., Weidner, F., Laag, U., Blome, S. (2012):**

Entlastungsprogramm bei Demenz – EDe II. Abschlussbericht zum Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nach § 8 Abs. 3 SGB XI, Minden /Köln; online verfügbar unter: [www.projekt-ede.de](http://www.projekt-ede.de)

### Kontakt

#### **DemenzNetz im Kreis Minden-Lübbecke**

Koordinationsbüro für Betroffene und Bezugspersonen bei der PariSozial Minden-Lübbecke/Herford  
Hartmut Emme von der Ahe  
Simeonstraße 19  
32423 Minden  
E-Mail: [hartmut.emme.v.d.ahe@parisozial-mlh.de](mailto:hartmut.emme.v.d.ahe@parisozial-mlh.de)

#### **Koordinationsbüro für die Anbieter von Unterstützungsleistungen beim Kreis Minden-Lübbecke**

Dr. Christian Adam  
Portastrasse 13  
32423 Minden  
E-Mail: [c.adam@minden-luebbecke.de](mailto:c.adam@minden-luebbecke.de)  
Internet: [www.demenznetz.info](http://www.demenznetz.info)

#### VIDEO-INTERVIEW MIT HARTMUT EMME VON DER AHE

<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-emme-von-der-ahe>



Auszeichnung von der Landesregierung  
Nordrhein-Westfalen: DemenzNetz in  
Minden-Lübbecke ist Ort des Fortschritts 2015

# Hand in Hand Erkrankte begleiten

## Fachtitel: Demenzfreundliches Krankenhaus Krefeld

Die Krankheit Demenz wird in Allgemeinkrankenhäusern häufig nicht erkannt. Folglich werden Patientinnen und Patienten nicht adäquat betreut beziehungsweise versorgt. Tatsächlich werden Erkrankte sogar oft als gesund entlassen. Langfristig entstehen durch diese Unterversorgung erhebliche Nachteile für die Betroffenen. Denn gerade bei der Demenz ist es für den weiteren Verlauf der Erkrankung entscheidend, dass die Patientinnen und Patienten früh Zugang zu helfenden Strukturen finden.

Ziel des Netzwerks „Demenzfreundliches Krankenhaus Krefeld“ war es, die strukturellen Voraussetzungen zu schaffen, um Menschen mit kognitiven Störungen in Allgemeinkrankenhäusern zu erkennen, auf deren besondere Bedürfnisse im Stationsalltag zu reagieren und eine bedarfsorientierte Versorgung initiieren zu können. Über eine Einbindung in das seit 2007 bestehende regionale Demenznetzwerk Krefeld sollten diese Strukturen ineinandergreifen. Das Demenzfreundliche Krankenhaus Krefeld war ein gefördertes Netzwerk im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz.

## Vorgehensweise

### Krankheit erkennen, Betroffene begleiten

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter somatischer Krankenhausstationen in Krefeld wurden zu sogenannten „Demenzansprechpartnern (DEMAP)“ geschult. Dabei geht es vordergründig um das Erkennen von Symptomen sowie den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Die Demenzansprechpartner haben die Aufgabe, Menschen mit kognitiven Störungen zu erkennen, sicherzustellen, dass ihre Bedürfnisse im Stationsalltag berücksichtigt werden und die weitere Versorgung zu veranlassen. Werden auf der Station bei einem Patienten vom DEMAP Anzeichen einer Demenz erkannt, wendet der DEMAP sich an einen „Demenzkoordinator (DEMKO)“, eine erfahrene Fachärztin oder einen erfahrenen Facharzt. Dieser beschäftigt sich

mit allen relevanten medizinischen Fragen und stellt den Kontakt zwischen der Patientin bzw. dem Patienten, den Angehörigen und dem Demenznetzwerk her. Im Demenznetzwerk ist dann der „Begleitende unabhängige Koordinator (BUK)“ der Ansprechpartner für die Betroffenen. Er beschäftigt sich mit dem sozialen Hintergrund der Patientin bzw. des Patienten und stellt wiederum den Kontakt zur Hausärztin oder zum Hausarzt her, die bzw. der als Kooperationspartnerin bzw. -partner im „Medico-Sozialen-Team (MST)“ fungiert.

## Ergebnisse

### Ein voller Erfolg

Alle Erwartungen an das Projekt Demenzfreundliches Krankenhaus Krefeld wurden übertroffen. Die Weiterentwicklung des gesamten Demenznetzes Krefeld schreitet sehr gut voran. Die Kompetenzerweiterung der Stationsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter zum Demenzansprechpartner (DEMAP) und der gerontopsychiatrischen Ärztinnen und Ärzte zum Demenzkoordinator (DEMKO) wurde in deren Aufgabenbereich integriert und durchgängig positiv wahrgenommen. Der Umgang mit den krankheitsbedingten Problemen wurde erleichtert, die Frage der Überleitung nach Abschluss der Krankenhausbehandlung nachhaltig gelöst. Die Aufbaukosten durch Schulungen sind durch die Kostenersparnis, die die Erleichterungen mit sich bringen, mehr als gedeckt. Das Konzept steht interessierten Krankenhäusern zur Verfügung.

Der bisherige Verlauf zeigt, dass sich ein harmonisches Zusammenspiel zwischen Stationen, Demenzansprechpartnern und Demenzkoordinatoren gebildet hat. Der Hilfebedarf von Menschen wird durch den Demenzansprechpartner vor Ort erkannt und der Demenzkoordinator direkt einbezogen. Die zu versorgenden Menschen profitieren von den nachfolgenden Beratungen und Vermittlungen z. B. zum begleitenden unabhängigen Koordinator des

Demenznetzwerks Krefeld, der ihnen das komplette Angebot (z. B. Aufbau eines Hilfemixes von Einzel- und Gruppenangeboten, Beratungshilfen bei rechtlichen, psychosozialen und finanziellen Fragen) zur Verfügung stellt. Der direkte und konstante Kontakt zur Hausärztin bzw. zum Hausarzt über das medico-soziale Team ermöglicht eine optimale medizinische Versorgung unabhängig davon, ob diese stationär oder ambulant erfolgt.

Schon während der vollstationären Behandlung haben Betroffene und Nahestehende die Möglichkeit, Hilfeangebote wie z. B. Kompetenztrainings zu unterschiedlichen Themen oder andere Gruppenangebote wahrzunehmen. Da diese meist nicht auf der Station stattfinden, wurde ein Hol- und Bringdienst von und zum Angebot eingerichtet. Auf der Station können die Betroffenen durch eine feste Bezugsperson begleitet werden. Patientinnen und Patienten, die diese Angebote wahrnehmen, nutzen sie in der Regel auch dann noch, wenn sie längst in die häusliche Umgebung entlassen worden sind. Durch diese verlässliche Begleitung im Versorgungsnetz kann ein veränderter Hilfebedarf sofort erkannt werden. Mittlerweile findet die Zuweisung von Betroffenen in das aufgebaute Versorgungssystem auch durch andere Krankenhäuser statt. Die steigende Anzahl von Nutzern des Demenznetzwerkes machte einen Ausbau von z. B. Gruppenangeboten notwendig, da die jeweilige Nutzerzahl einer Gruppe begrenzt ist, und für zusätzliche Nutzer weitere Gruppen notwendig wurden. Die Finanzierung der dadurch notwendigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Sozial- und Pflegebereich sowie der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern konnte u. a. über die Pflegeversicherung im Rahmen niederschwelliger Angebote umgesetzt werden.

### **90 geschulte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner – und es werden mehr**

Insgesamt wurden während der Projektlaufzeit mehr als 90 Demenzansprechpartnerinnen und -partner auf den Stationen geschult. Die Schulungen sind inzwischen fest etabliert und werden auch nach dem Projektende regelmäßig angeboten. Darüber hinaus wurden Schulungen auch von anderen Einrichtungen angefragt, sodass sich ein Fort- und Weiterbildungssystem entwickelt hat, welches über das Krankenhaus Krefeld hinausgeht.

### **Längst nicht nur ein Frauenthema**

Auch Gender Mainstreaming Aspekte wurden innerhalb des Demenzfreundlichen Krankenhauses Krefeld berücksichtigt: In der Zielgruppe „Menschen mit Demenz“ überwiegen weibliche Erkrankte deutlich, da Frauen häufiger das Alter erreichen, in dem demenzielle Erkrankungen auftreten. Da Demenzen mit höherem Alter häufiger werden, sind Männer durch ihre geringere Lebenserwartung unter diesen Patienten erheblich seltener vertreten. Auch bei der zweiten beteiligten Gruppe, den pflegenden Angehörigen oder den sonstigen primär Pflegenden, sind Frauen in der Überzahl. Der Grund: Meist stehen die Angehörigen demenziell erkrankter Menschen im Berufsleben und müssen entscheiden, wer die Arbeit eher aufgeben kann. Hierbei spielen finanzielle Aspekte eine große Rolle. Da Frauen in Deutschland häufig weniger verdienen als Männer, sind oft sie es, die die Pflege übernehmen. Im Projektteam wurde eine Gleichverteilung der Geschlechter erreicht. Da gerade auf Krankenhausstationen überwiegend Frauen arbeiten, wurde ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, männliche Demenzansprechpartner zu gewinnen.

## Publikationen

### **Ihl, R. (2012):**

Konzept „Quartiersorientierte integrierte Versorgung für pflegebedürftige Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“. In: Peter Weiß, Andreas Heinz (Hrsg.): Aktion Psychisch Kranke Band 38 – „Psychiatriereform 2011 – der Mensch im Sozialraum“. Bonn, S. 195–204.

### **Ihl, R. (2014):**

Krisenmanagement im Demenznetz Krefeld. In: Peter Weiß, Andreas Heinz (Hrsg.): Aktion Psychisch Kranke Band 040 – „Ambulante Hilfe bei psychischen Krisen“. Bonn, S. 292–300.

### **Ihl, R., Cujai, N., Krah, K. (2016):**

Admission into a Nursing Home. Delay or prevention with the use of a complete support network? Z Gerontol Geriat Apr 4 [Epub ahead of print] DOI 10.1007/s00391-016-1045-x.

## Kontakt

### **Prof. Dr. Ralf Ihl**

Alexianer Krefeld GmbH

Dießemer Bruch 81

47805 Krefeld

E-Mail: [ralf.ihl@alexianer-krefeld.de](mailto:ralf.ihl@alexianer-krefeld.de)

Internet: [www.alexianer-krefeld.de/forschung\\_und\\_lehre/demenz\\_forschung\\_ausbildung/](http://www.alexianer-krefeld.de/forschung_und_lehre/demenz_forschung_ausbildung/)

# Teamorientierte Versorgung mit der Fachärztin bzw. dem Facharzt im Zentrum

## Fachtitel: Memo Clinic® Stralsund

In Stralsund sind 25 Prozent der etwa 57.000 Einwohner 65 Jahre und älter. Schätzungsweise 1.262 Personen sind demenziell erkrankt. 2009 eröffnete die Memo Clinic® als Spezialeinrichtung – sie richtet sich an Menschen mit Gedächtnisstörungen und ihre pflegenden Angehörigen. Mittlerweile versorgt sie bereits ca. 660 Patientinnen und Patienten im Jahr (Stand 2014). Sie werden meist von ihrer Hausärztin bzw. ihrem Hausarzt zugewiesen. Einige Patientinnen und Patienten kommen aber auch selbstinitiiert oder auf Betreiben ihrer Angehörigen in die Klinik. Als assoziiertes Demenznetz innerhalb der Zukunftswerkstatt Demenz nahm die Memo Clinic® an der Evaluationsstudie der Netzwerke teil, erhielt jedoch keine direkte Projektförderung.

Um eine lückenlose und fallbezogene Versorgung zu gewährleisten, ist die Memo Clinic® in ein weites Kooperationsnetz lokaler Partnerinnen bzw. Partner und Einrichtungen eingebettet. Hausärztinnen und -ärzte spielen dabei eine zentrale Rolle, da sie in der Regel die Patientin oder den Patienten überweisen und in der Zusammenarbeit ein abgestimmter Versorgungsprozess umgesetzt wird. Diese Kooperation mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt ist von entscheidender Bedeutung und wird durch Information, strukturierte Patientinnen- und Patientenbriefe und den Einbezug in Entscheidungen aufrechterhalten. Der Vorteil: Hausärztinnen und -ärzte überweisen ihre Patientinnen und Patienten bei ersten Auffälligkeiten immer früher. Damit steigt die Chance einer frühen Diagnostik, Ressourcenführung und Entlastung der Angehörigen. Daneben soll die Integration medizinischer und nicht-medizinischer Angebote ambulant, teilstationär und im Betreuten Wohnen gelingen. Angehörige sollen partizipieren und Unterstützung erfahren. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit geht es um die Sensibilisierung für das Thema und eine Enttabuisierung.

## Struktur und Angebot

In der Memo Clinic® arbeitet die Fachärztin bzw. der Facharzt mit Fachkräften der niederschweligen Betreuung, ambulanten Pflege, der Rehabilitation, der Tagespflege und des Betreuten Wohnens unter einem Dach sowie mit weiteren lokalen Partnerinnen und Partnern eng zusammen. Im Unterschied zu den meist an Kliniken etablierten Memory Kliniken, deren Fokus besonders auf Diagnostik und medikamentöser Therapie liegt, werden in der Memo Clinic® diagnostische und medizinische Leistungen durch nicht-medizinische Angebote erweitert, beispielsweise Beratung, Betreuung, Pflege, Ergo-, Bewegungstherapie oder Tagespflege.

Ein Spezialbau vereint den ambulanten Fachärztinnen bzw. Facharztbereich, einen Servicepoint der ambulanten Dienste, die Tagespflege und das Betreute Wohnen für Menschen mit Demenz. Baukonstruktion, Design und Konzeption des gesamten Zentrums sind speziell auf die Demenzversorgung zugeschnitten. Die Memo Clinic® befindet sich sichtbar in einem Wohnquartier und ist gut über Privatwege und mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

### Die Fachärztin und der Facharzt als Teamplayer

Zunächst werden in der Gedächtnisambulanz, einer gerontopsychiatrischen Fachärztinnen- bzw. Facharztpraxis, die Behandlung, das Monitoring und die Versorgungsabstimmung mit den Partnerinnen und Partnern geplant. Die Fachärztin bzw. der Facharzt begleitet die Patientin oder den Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf ambulant, in der Tagespflege sowie im Betreuten Wohnen. Die fachärztliche Betreuung findet grundsätzlich gemeinsam mit den (pflegenden) Angehörigen statt. Dies dient neben der Beratung, Information und der konsequenten Umsetzung des Behandlungsplans besonders auch der Gesundheitsvorsorge der Angehörigen. So kann die Ärztin bzw. der Arzt frühzeitig Anzeichen einer Dekompensation erkennen und entgegenwir-

ken. Die Fachärztin bzw. der Facharzt informiert die Hausärztin oder den Hausarzt über die Diagnose, den Behandlungsplan und stimmt mit ihr bzw. ihm beispielsweise die medikamentöse Therapie ab.

Die multidisziplinären Fallbesprechungen im Betreuten Wohnen finden wöchentlich mit der Fachärztin oder dem Facharzt statt, sodass ärztliche Fragen geklärt und therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden können. Bei den ambulanten Patientinnen und Patienten stimmt sich die Fachärztin bzw. der Facharzt fallbezogen mit den Fachkräften der Betreuung, Pflege und Rehabilitation ab – entweder durch persönliche Gespräche oder mittels digitaler Patientinnen- bzw. Patientenakte, die ein wichtiges Medium für die Akteurinnen und Akteure der Memo Clinic® darstellt.

Ein Reha-Team, bestehend aus Ergo-, Physiotherapeutinnen bzw. -therapeuten sowie Sporttrainerinnen und -trainern, bietet Therapien an. In der Memo Clinic® kann die Patientin bzw. der Patient bis zum Lebensende über mehrere Versorgungsstufen hinweg von denselben Therapeutinnen bzw. Therapeuten begleitet werden.

Ein Betreuungsdienst erbringt niederschwellige Betreuungsleistungen. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines lokalen Pflegedienstes haben sich als festes Team für diese Aufgaben spezialisiert. Erkennt die Betreuungskraft zum Beispiel Risiken einer unzureichenden Wohnraumgestaltung, dann berät sie die Angehörigen. Im Betreuten Wohnen unterstützen Betreuungskräfte dabei, den Alltag zu strukturieren und zu gestalten. Sie arbeiten im Team mit den ambulanten Pflegekräften und den Reha-Therapeutinnen und -Therapeuten und begleiten die Angehörigen.

#### **Sanfte Übergänge, um Krisen zu vermeiden**

Ein ambulanter Pflegedienst übernimmt präventiv-rehabilitativ ausgerichtete Grund-, Behandlungs- sowie Palliativpflege zu Hause und im Betreuten

Wohnen. Die Pflegekräfte sind auf Menschen mit Demenz spezialisiert. Auch hier gilt: Der Pflegedienst betreut die Patientin oder den Patienten von der ersten Pflegestufe an bis an das Lebensende – auch über den Schritt in das Betreute Wohnen hinaus. Zwar findet hier ein Wechsel der Bezugspflegekraft statt, dennoch wird der Übergang systematisch und passgenau abgestimmt, um das Risiko für Übergangskrisen zu mindern.

Die Tagespflege bietet mit einem festen Team aus Pflege-, Betreuungskräften und Reha-Therapeutinnen und -Therapeuten den Patientinnen und Patienten wochentags Alltagsstrukturierung, Einzel- und Gruppentherapie, Betreuung, soziale Integration und fachmedizinische Versorgung durch die Termine in der Gedächtnisambulanz. Sie übernimmt in Abstimmung mit der Fachärztin oder dem Facharzt die fallbezogene Koordination und Versorgungsabstimmung mit den beteiligten Akteurinnen und Akteuren, der Hausärztin bzw. dem Hausarzt und den Angehörigen sowie das Überleitungsmanagement ins Betreute Wohnen oder Krankenhaus.

Im Betreuten Wohnen sollen Eigenständigkeit und Selbstbestimmung möglichst lange durch räumliche und konzeptionelle Gestaltung aufrechterhalten und der Übergang in die stationäre Langzeitpflege möglichst lange hinausgezögert werden. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat ein festes Bezugspflegeteam. Angehörige können sich auf Wunsch einbringen, den Alltag mitgestalten, sich beraten lassen oder sich mit anderen austauschen. Die Angehörigenarbeit ist zentraler Bestandteil des Gesamtkonzepts und zielt auf Partizipation, Information, Beratung, Entlastung und (Krisen)Intervention. Das Betreute Wohnen arbeitet mit einem spezialisierten ambulanten Palliative Care Team und einem Hospizverein zusammen, sodass eine angemessene Begleitung am Ende des Lebens gesichert ist.

### Geriatrische Praxis als Schnittstelle

Die ambulante geriatrische Praxis öffnet über die allgemeinmedizinische Versorgung das Haus für die älteren Menschen im Quartier und baut so Schwellenängste ab. Früherkennung und eine frühzeitige Versorgung werden gefördert. Die Patientinnen und Patienten der Memo Clinic® erhalten hier eine altersmedizinische Versorgung.

### Fazit

Mit der Memo Clinic® besteht eine patientinnen- und patientenorientierte Langzeitversorgung von der Diagnose bis zum Ende des Lebens. Die Fachärztin bzw. der Facharzt nimmt eine zentrale Rolle ein, obgleich die Versorgung nicht ärztinnen- bzw. arztzentriert, sondern eher koproduktiv und teamorientiert ist.

Diese interprofessionellen und -sektoralen Versorgungszusammenhänge, wie sie die Memo Clinic® bietet, setzen Strukturen und kollektive Entwicklungsprozesse voraus und bringen neue Aufgaben und Anforderungsprofile mit sich. Die Fachärztin bzw. der Facharzt hat mehrfachen Nutzen, obgleich ihr bzw. sein Aufwand wesentlich höher ist: Über die medizinische Versorgung hinaus, kann sie bzw. er Interventionen initiieren und anbahnen, so die Behandlung optimieren und eine leitliniengerechte und wirksame Versorgung im Hinblick auf Lebensqualität, Verhinderung von Heimübergängen und Entlastung der Angehörigen mit gewährleisten.

### Publikationen

**Richter, S., Waehnke, O. H., Zabel, R. (2014):**

Integriert versorgen bei Demenz. Gelingende Praxis am Beispiel der Memo Clinic®. München: Springer Medizin/Urban & Vogel GmbH.

**Richter, S. (2014):**

Menschen mit Demenz integriert versorgen. Mehr Kompetenz – weniger Überforderung. In: Heilberufe/ Das Pflegemagazin, 66 (10), 22–26.

**Richter, S. (2015):**

Patientenorientierte Komplexversorgung für Menschen mit Demenz – Chancen und Aufgaben für den Facharzt. NeuroTransmitter, 26 (11), 39–44.

### Kontakt

**Dr. Ronald Zabel, Olaf Waehnke (Geschäftsführung)**

Memo Clinic® Stralsund

Rotdornweg 12

18439 Stralsund

E-Mail: [info@memoclinic.de](mailto:info@memoclinic.de)

Internet: [www.memoclinic.de](http://www.memoclinic.de)

# Gutes Netzwerken als Garant für Erfolg

## Fachtitel: Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz

In der Stadt Arnsberg engagiert sich seit rund zehn Jahren ein breites Bündnis unterschiedlicher lokaler Partner für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und ihren Familien. Basierend auf dem 2008 initiierten Modellprojekt „Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz“ wurde das Netzwerk gegründet. Die aufgebauten Netzwerkstrukturen wurden weiterhin durch die Kommune unterstützt, die mit der Fachstelle „Zukunft Alter“ eine Koordinationsstelle für das Demenznetzwerk anbietet. Vor diesem Hintergrund hat sich die Stadt Arnsberg mit der Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz um eine Projektförderung beworben. Das Ziel: Durch die Forschungszusammenarbeit im DemNet-D-Verbundprojekt Erkenntnisse über das eigene Netzwerk zu gewinnen und durch Befragungen einen Beitrag zum Gesamtprojekt zu leisten.

### Auf dem Prüfstand: Evaluation, Analyse & mehr

Im Rahmen des DemNet-D-Verbundprojekts wurde zum einen die Beteiligung und Mitwirkung an der Forschung des Gesamtverbundes vereinbart. In Arnsberg sollten 55 Paare befragt werden, die sich jeweils aus einem Menschen mit Demenz und seiner Hauptbezugsperson zusammensetzen. Daneben sollte eine wissenschaftliche Analyse des Arnsberger Demenznetzwerks durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) erfolgen. Diese war als Evaluationsstudie angelegt und befasste sich mit den Versorgungsergebnissen, der Versorgungssituation sowie der Kooperations- und Netzwerkstruktur der regionalen Netzwerke für Menschen mit Demenz. Zusätzlich wurden Teilziele für die Weiterentwicklung des lokalen Demenz-Netzwerks definiert. Als Schwerpunkte sind besonders hervorzuheben die Implementierung des LOGBUCH Demenz als Schulungsinstrument für Angehörige sowie die Erweiterung des örtlichen Demenz-Netzwerks und seiner Angebote.

## Vorgehensweise

Im Rahmen der Befragung bildete je ein an Demenz erkrankter Mensch und dessen Hauptbezugsperson in der eigenen häuslichen Umgebung ein Paar. Zunächst hatten sich 61 interessierte Paare für die Studie gemeldet. Bis Ende der ersten Erhebungsphase wurden 41 Paare besucht. Die restlichen hatten im Vorfeld oder im Laufe der Befragung ihre Zustimmung zurückgezogen und konnten nicht in die Studie aufgenommen werden. Das Interview für Menschen mit Demenz konnte nur von elf Personen komplett beantwortet werden. Von zwei weiteren nur teilweise, die übrigen 28 beteiligten Menschen mit Demenz konnten die Antworten auf die Fragen nicht geben. Hier fanden die Interviews ausschließlich mit den Angehörigen statt. Zum zweiten Erhebungszeitraum hatte sich die Lebenssituation zahlreicher Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer verändert (Umzug, Todesfall, schwere Erkrankung der Bezugsperson), wodurch viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer absprangen. Insgesamt konnten 24 Befragungen im zweiten Erhebungszeitraum abgeschlossen werden.

### Alle Fakten griffbereit

Als Schulungsinstrument wurde das LOGBUCH Demenz eingesetzt. Dieser „Patienten-Pass“ hilft, stets alle Daten und Fakten griffbereit zu haben, die für die Versorgung der Patientinnen und Patienten wichtig sind – denen es zunehmend schwerer fällt, über sich selbst Auskunft zu geben. Darüber hinaus dient das LOGBUCH Demenz als Schulungsinstrument für die Hauptbezugsperson, die sich um den Menschen mit Demenz kümmert und sie oder ihn unterstützt. Die Hauptbezugsperson wird durch die Schulung in die Lage versetzt, die eigene Situation besser einschätzen und fundierter Entscheidungen treffen zu können. Das LOGBUCH Demenz informiert alle Behandelnden, wie zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste sowie weitere Dienstleister, über die Person, rechtliche Fragen, Medikamente, Begleiterkrankungen und den Hilfebedarf.

Mit der Ausbildung von sogenannten Themenbotschafterinnen und -botschaftern sollten bürgerschaftlich Engagierte gewonnen werden, die sich aus eigener Motivation heraus für das Thema Demenz einsetzen und Gesprächsangebote machen. Voraussetzung sind Vorkenntnisse zum Thema Demenz aus beruflicher oder privater Erfahrung. Die Themenbotschafterinnen und -botschafter gehen eigeninitiativ auf Gruppen zu und bieten einen Kurzvortrag zum Thema „Leben mit Demenz“ an.

## Ergebnisse

Mit den Paar-Befragungen in Arnsberg leistete das örtliche Netzwerk seinen Beitrag zur Bearbeitung der Forschungsfragen des Projekt-Verbundes. Die Befragungen hatten aber auch einen direkten Mehrwert auf der lokalen Ebene: Im Zuge der Beratungen erhielten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer „nebenbei“ individuelle Beratung, was viele als sehr hilfreich bezeichneten. Gleichzeitig erhielt die Fachstelle „Zukunft Alter“ konkrete Einblicke in die Lebenssituation vieler Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen in der Stadt, durch die bestehende Angebote überprüft werden konnten. Mit Blick auf den Einfluss von Geschlechterrollen ist der Eindruck entstanden, dass in den befragten Familien das Geschlecht eine relevante Variable ist: Pflegende Männer scheinen in der Regel stärker auf externe Unterstützungsangebote zurückzugreifen, während pflegende Frauen länger zögern, Hilfe von außen zu organisieren. Bis heute hält die Fachstelle „Zukunft Alter“ Kontakte zu einigen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und ist im Gespräch mit ihnen, um neue Angebote zu entwickeln.

### **Durch den Blick nach außen mehr Erkenntnisse nach innen**

Durch die wissenschaftliche Analyse und Einordnung des lokalen Netzwerks durch das Institut für angewandte Sozialwissenschaften (IfaS) wurden Netzwerkstrukturen und -prozesse systematisch

untersucht und mithilfe der Netzwerkakteure Fragen in Bezug auf die Wirkung der Strukturen und Prozesse innerhalb der Demenznetzwerke geklärt. Der Blick von außen auf etablierte Strukturen und Funktionsweisen und auch die Vergleichsmöglichkeiten mit den anderen Netzwerken war gewinnbringend. Durch die Beteiligung an der Studie und den Dialog mit den wissenschaftlichen Einrichtungen wurde viel über das Netzwerk, aber auch über die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in Arnsberg gelernt.

### **Perspektive für langfristige Nutzung des LOGBUCHs**

Die Erfahrungen mit dem LOGBUCH Demenz waren sehr positiv. Die Schulungsteilnehmerinnen und -teilnehmer hatten ausreichend Zeit, eigene Fragen zu stellen und fühlten sich anschließend gestärkt. Insgesamt wurde das LOGBUCH Demenz in 24 Fällen eingesetzt. Eine Perspektive für die langfristige Nutzung des LOGBUCHs in der Region bietet das Klinikum Arnsberg, welches momentan in Abstimmung mit der Fachstelle „Zukunft Alter“ der Stadt Arnsberg Vorbereitungen für den Einsatz trifft.

### **Schulungen weiter ausbauen**

Durch die Förderung des Bundesministeriums für Gesundheit in den Jahren 2012 bis 2015 wurde ein Ausbau des Netzwerks sowie der Aufbau neuer Angebote erreicht. Bestehende Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Arnsberg konnten größtenteils erhalten werden. Eine Erweiterung des Demenznetzwerks konnte durch das Schulungsangebot „KIDZELN – Kindern Demenz erklären“ erreicht werden. Es wurde zweimal in der Stadt durchgeführt. Die Schulung richtet sich an Erzieherinnen und Erzieher aus dem Kindergartenbereich ebenso wie an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Bereich der Altenhilfe und hat u. a. den Aufbau von Kooperationen zwischen unterschiedlichen Institutionen zum Ziel.

Ein weiteres Beispiel ist die Etablierung des „Karnevals der Generationen“, der als inklusives Karnevals-

programm speziell auf die Teilnahme von Menschen mit Demenz ausgerichtet ist, der 2016 zum fünften Mal stattfand. Die Sicherung des bestehenden Angebots ist als Erfolg zu werten. Der Aufbau neuer Angebote konzentrierte sich auf Schulungs- und Qualifizierungsangebote.

Durch die Ausbildung der Themenbotschafterinnen und -botschafter stehen nun bürgerschaftlich engagierte „Anwältinnen und Anwälte des Themas“ zur Verfügung. Eine Themenbotschafterin hat drei Vorträge mit insgesamt 75 Teilnehmern gehalten. Sie hat diese eigenverantwortlich vereinbart, vorbereitet und durchgeführt. Gelingt es, dass weitere Themenbotschafterinnen und -botschafter ähnliche Vorträge anbieten, ist bald eine größere Abdeckung mit Informations- und Gesprächsangeboten zum Thema Demenz im Stadtgebiet erreicht.

#### **Arnsberg profitiert: Mehr Wissen, größeres Netzwerk**

Die Stadt Arnsberg konnte sich während des Projektverlaufs wiederholt mit verschiedenen Aspekten des Themas „Leben mit Demenz“ öffentlich auseinandersetzen. Veranstaltungen, Gremiensitzungen, Öffentlichkeitsarbeit zum Gesamtprojekt ebenso wie zu Teilzielen boten hierzu immer wieder Anlass. Außerdem wurden gute Kontakte zu regionalen Partnern verstetigt bzw. aufgebaut. Das Arnsberger Netzwerk Demenz hat durch die Auseinandersetzung mit den eigenen Funktionsweisen und der Beschäftigung mit Alternativen mehr über das Zusammenwirken der unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure gelernt.

#### **Publikation**

##### **Stadt Arnsberg (Hrsg.):**

Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz. Handbuch für Kommunen. Arnsberg. 2010 ([www.arnsberg.de/projekt-demenz/PDA\\_Handbuch\\_weblinksDS.pdf](http://www.arnsberg.de/projekt-demenz/PDA_Handbuch_weblinksDS.pdf))

#### **Kontakt**

##### **Martin Polenz**

Fachstelle Zukunft Alter der Stadt Arnsberg  
Lange Wende 16a  
59755 Arnsberg  
E-Mail: [m.polenz@arnsberg.de](mailto:m.polenz@arnsberg.de)  
Internet: [www.projekt-demenz-arnsberg.de](http://www.projekt-demenz-arnsberg.de)

# Gebündelte Kompetenz unter einem Dach

## Fachtitel: Das Demenznetz Düsseldorf

Das „Demenznetz Düsseldorf“ bietet seit 2007 niedrigschwellige ambulante Hilfsangebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen an. Herzstück sind die **Betreuungsgruppen zur Entlastung pflegender Angehöriger als trägerübergreifende Einrichtung (BEAtE)**, die bereits 2004 ins Leben gerufen wurden. Mittlerweile gibt es 31 Betreuungsgruppen an 27 Standorten im Stadtgebiet von Düsseldorf. Einheitliche Standards, die von Anfang an mit allen Kooperationspartnern für die Betreuung vereinbart wurden, haben wesentlich zum Ausbau und langfristigem Erfolg des Netzwerks beigetragen. Zu diesen Standards gehört etwa, dass die Leitung der Betreuungsgruppe durch eine qualifizierte Fachkraft erfolgt, unterstützt von bis zu sechs ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Die Schulung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer erfolgt einheitlich, auf Grundlage eines 30-stündigen Curriculums und eines Praktikums in den Betreuungsgruppen. 440 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer wurden bislang im Demenznetz Düsseldorf ausgebildet, viele engagieren sich langfristig. In der Zukunftswerkstatt Demenz war das Demenznetz Düsseldorf ein assoziiertes Netzwerk. Es nahm an der Evaluationsstudie der Netzwerke teil, erhielt jedoch keine direkte Projektförderung.

### **Erster Schritt aus der Isolation**

Für viele Betroffene sind die Betreuungsgruppen die erste Eintrittsstelle in das Hilfesystem. In den Gruppen treffen sich einmal pro Woche acht bis neun demenziell erkrankte Menschen für drei Stunden. Bei jedem Treffen gibt es eine gemeinsame Mahlzeit, um den an Demenz Erkrankten eine gewisse Routine zu geben. Ihre Angehörigen haben durch das Angebot planbare freie Zeit, die sie mit gutem Gewissen nutzen können. BEAtE bietet ihnen außerdem wohnortnah eine qualifizierte Beratung und Informationen zum Krankheitsbild, die Möglichkeit, sich mit anderen Angehörigen auszutauschen und zu beobachten, wie man konstruktiv mit problematischen Situationen umgehen kann.

### **Vielfältige Angebote helfen und entlasten**

Ausgehend von dem Betreuungsangebot BEAtE sind mittlerweile weitere, vielfältige Betreuungs- und Fördermöglichkeiten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im Demenznetz Düsseldorf entstanden: Dazu gehören ein häuslicher Besuchsdienst von Ehrenamtlichen („DafürDich“), eine jährliche Urlaubsfahrt „BEAtE-mobil“, Gesprächskreise für Angehörige und für jungerkrankte Menschen mit Demenz, psychoedukative Angebote („Hilfe beim Helfen“), Bewegungsförderung „fit für 100“ und kulturelle Veranstaltungen. Zusätzlich wurden im Rahmen eines Modellprojekts von Mai 2011 bis April 2014 Hausbesuche für Menschen mit Demenz und fehlender Krankheitswahrnehmung (Anosognosie) angeboten. Im Rahmen des Projektes GerHaRD (**Gerontopsychiatrische Hausbesuche und Rat in Düsseldorf**) sucht eine Fachärztin der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie zusammen mit den Demenzkoordinatorinnen und -koordinatoren aus dem Quartier Betroffene auf, um sie in das ambulante kommunale Hilfenetz einzubinden. Mit seinen differenzierten, niederschweligen Angeboten erreicht das Demenznetz Düsseldorf zurzeit rund 350 Menschen mit Demenz pro Woche.

### **Feste Vereinbarungen schaffen Transparenz**

Das Demenznetz Düsseldorf zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht einem Träger zugeordnet ist, sondern mehrere Träger unter einem Dach vereint. Die Zusammenarbeit basiert auf schriftlichen Kooperationsverträgen mit allen beteiligten Partnern, die laufend fortgeschrieben werden. Außerdem sind für sämtliche Angebote Qualitätsstandards festgelegt sowie Produkt- und Leistungsbeschreibungen formuliert. Dadurch tritt das Demenznetz nach außen hin transparent und einheitlich auf. Diese beiden Merkmale sind eine wesentliche Voraussetzung für die nachhaltige Finanzierung aus Haushaltsmitteln, zum Beispiel der Stadt Düsseldorf, und die Zusammenarbeit mit externen Partnern, wie der Deutschen Oper am Rhein und der Tonhalle Düsseldorf.

### **Know-how aus vielen Bereichen**

Kooperationspartner des Demenznetz Düsseldorf sind die Institutsambulanz Gerontopsychiatrie des LVR Klinikums Düsseldorf, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, das Demenz-Servicezentrum Region Düsseldorf (Amt für soziale Sicherung und Integration der Stadt Düsseldorf), vier örtliche Wohlfahrtsverbände (Caritasverband Düsseldorf, Deutsches Rotes Kreuz Pflegedienste gGmbH, Düsseldorf, Diakonie Düsseldorf, Kaiserswerther Diakonie) und die örtliche Alzheimergesellschaft Düsseldorf-Mettmann e. V. Die verantwortlichen Leitenden aller Träger treffen sich dreimal jährlich und zusätzlich bei Bedarf im Steuerkreis Demenznetz. Hier können sie ihre Kenntnisse in sozialer Arbeit, Altenpflege, Medizin sowie betriebswirtschaftlichen oder verwaltungstechnischen Angelegenheiten gleichberechtigt in die Entscheidungs- und Steuerungsprozesse einbringen. Der Steuerkreis tauscht sich kontinuierlich mit dem Arbeitskreis aus. Dieser setzt sich aus den Demenznetz-Koordinatorinnen und -koordinatoren der einzelnen Träger zusammen, die sich mindestens sechsmal im Jahr treffen. Demenznetz-Koordinatorinnen und -Koordinatoren sind Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Kranken-, oder Altenpflegerinnen und -pfleger, die sehr erfahren in der Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen sind. Im Arbeitskreis können sie sich austauschen und unterstützen. Außerdem können dort gemeinsam Ideen für die zukünftige Ausgestaltung des Netzes entwickelt werden.

### **Wichtige Sprecherfunktion**

Die Sprecherin bzw. der Sprecher des Steuerkreises berichtet der Konferenz „Alter und Pflege“ der Landeshauptstadt Düsseldorf zweimal jährlich. Diese Verbindung ist für die Nachhaltigkeit der Netzwerkarbeit und die Verankerung auf kommunalpolitischer Ebene unverzichtbar. Auch darüber hinaus hat sich die Funktion der Sprecherin bzw. des Sprechers als essenzielles Element für ein funktionierendes Netzwerk herausgestellt. Sie bzw. er regelt den internen Informationsfluss zwischen Steuer- und Arbeitskreis, organisiert Schulungsreihen für Ehrenamtliche, kümmert sich um die Öffentlichkeitsarbeit und vertritt das Demenznetz in externen Gremien. Zurzeit ist Dr. Barbara Höft, leitende Ärztin der Institutsambulanz Gerontopsychiatrie der Heinrich-Heine-Universität, Sprecherin. Ihre medizinische Kompetenz und der aus ihrer Position resultierende, kontinuierliche Wissenstransfer aus der Universität ermöglichen es, die Angebote des Demenznetzes nach dem aktuellen Erkenntnisstand zu entwickeln. Davon profitieren vor allem die Betroffenen: Sie erhalten eine demenzspezifische ärztliche Versorgung sowie adäquate medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapien (z. B. Ergotherapie).

### **Einbinden statt ausgrenzen**

Das Betreuungsangebot BEAtE findet in den Räumlichkeiten der „zentren plus“ statt. Die „zentren plus“ sind in Trägerschaft der Düsseldorfer Wohlfahrtsverbände. Sie sind ein Angebot der offenen Altenhilfe und beraten zu allen Fragen rund um das Leben im Alter. Außerdem organisieren sie verschiedene Freizeit-, Kultur- und Bildungsangebote und fungieren als Treffpunkt im Quartier. Über BEAtE kommen die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in Kontakt mit den „zentren plus“ und damit zu Institutionen der Altenarbeit, die nichts mit der Krankheit zu tun haben – ein wichtiger Schritt zur Inklusion von Menschen mit Demenz.

## Publikationen

Betreuungsgruppen als Knotenpunkte für nachhaltige Netzwerkarbeit im Quartier – das Demenznetz Düsseldorf, abrufbar unter: [http://www.zukunftswerkstatt-demenz.de/media/content/Tandemvortrag\\_DemenznetzDuesseldorf.pdf](http://www.zukunftswerkstatt-demenz.de/media/content/Tandemvortrag_DemenznetzDuesseldorf.pdf)

### **Verhülsdonk, S., Supprian, T., Höft, B. (2016):**

Gerontopsychiatrische Hausbesuche bei Menschen mit Demenz und Anosognosie. Ergebnisse eines Modellprojekts, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, DOI: 10.1007/s00391-015-1018-5.

## Kontakt

### **Dr. med. Dipl. Psych. Barbara Höft**

Demenznetz Düsseldorf  
Institutsambulanz Gerontopsychiatrie/LVR-Klinikum/  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Bergische Landstraße 2  
40629 Düsseldorf  
E-Mail: [barbara.hoeft@lvr.de](mailto:barbara.hoeft@lvr.de)

---

VIDEO-INTERVIEW MIT DR. BARBARA HÖFT  
<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-hoeft>



# „Zuwanderungsgeschichte“ und „Quartierszentren“ im Fokus

## Fachtitel: Pflege- und Demenznetzwerk Ahlener System

Seit 1993 besteht in Ahlen das Netzwerk „Ahlener System“, gestaltet vom Verein Alter und Soziales e.V. Hier arbeiten die Wohlfahrtsverbände, das Krankenhaus, die Hospizbewegung und andere Partnerinnen und Partner des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens zusammen. Ziel ist die Absicherung und Verbesserung der Lebensqualität im Alter durch ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem. 1999 ist das zunächst auf das Thema „Pflege“ ausgerichtete Netzwerk um die Thematik „Demenz“ erweitert worden. Vereinsmitglieder erprobten im stationären und ambulanten Bereich modellhaft innovative Betreuungskonzepte. Die Einrichtung des Demenz-Servicezentrums Münsterland im Jahr 2004 in Ahlen ist ein wirkungsvoller Ausdruck dieser Entwicklung zum integrierten Pflege- und Demenznetzwerk.

Auch wenn für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Stadt Ahlen schon ein umfangreiches Angebot besteht: Es gibt immer noch viel zu tun. In Ahlen war es daher im Rahmen dieser Projektförderung erklärtes Ziel, bestehende Netzwerkstrukturen und Angebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zu stärken. Weiterhin wurden die bestehenden Angebote, insbesondere im Hinblick auf die Themen „Zuwanderungsgeschichte“ und „Quartierszentren“, weiterentwickelt. Um dies zu verwirklichen, hatte das Projekt vier Schwerpunkte.

## Vorgehensweise

**Wie erreicht man Einwanderinnen und Einwanderer? – Die interkulturelle Öffnung des Versorgungssystems**  
In Ahlen leben ca. 30 Prozent Menschen mit Zuwanderungsgeschichte. Ein Großteil der Menschen hat ihre Wurzeln in der Türkei und Osteuropa. Außerdem haben in Ahlen Menschen aus dem Balkangebiet sowie aus Nachfolgestaaten der Sowjetunion und Jugoslawiens ihr Zuhause gefunden. Es wurde untersucht, inwieweit das Versorgungssystem für diese Zielgruppen zum Thema Demenz sensibilisiert

ist. Daneben sollten kultursensible Angebote in Kooperation mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern weiterentwickelt werden, Demenzbegleiterinnen und -begleiter mit Zuwanderungsgeschichte qualifiziert und eingesetzt werden sowie Netzwerkpartnerinnen und -partner kultursensibel qualifiziert und die Öffentlichkeitsarbeit optimiert werden.

### Hilfe gleich in der Nähe – Die Verknüpfung des Themas Demenz mit dem Konzept der Quartierszentren

In Ahlen entstanden in den einzelnen Stadtteilen Quartierszentren. Diese dienen dazu, Hilfeangebote dezentral im jeweiligen Quartier erreichbar zu machen. Somit können Menschen Zugang zu Hilfeangeboten in unmittelbarer Nähe erhalten und dadurch länger in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben. Das Projekt „Zukunftswerkstatt Demenz in Ahlen“ sollte das Thema „Demenz“ in den Quartierszentren platzieren, damit sie als Anlaufstellen für Informationen zum Thema Demenz dienen, Wohn- und Betreuungsangebote dezentralisiert werden und das Thema Demenz in Wohnprojekten im Quartier Raum findet.

### Zusammen noch stärker – Wissenstransfer mit anderen Modellkommunen und Implementierung des LOGBUCH Demenz

Während der Projektumsetzung sollte der Austausch und die Zusammenarbeit mit den westfälischen Netzwerken des Forschungsverbands DemNet-D intensiviert werden. Dazu zählen das „Netzwerk Demenz Kreis Minden-Lübbecke – Gesundheitsversorgung für Familien von Menschen mit Demenz“ und die „Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz“. Das im Kreis Minden-Lübbecke entwickelte „LOGBUCH Demenz“ wurde als Instrument zum verbesserten Informationsaustausch zwischen verschiedenen Netzwerkakteuren erprobt. Für Menschen mit Demenz sollen so die Übergänge im Versorgungsnetzwerk optimiert werden. Die strukturierte Informationssammlung soll zum Beispiel bei Ärztinnen- bzw. Arztbesuchen, Krankenhausaufenthalten und dem Übergang in Pflegeeinrichtungen zu Kurzzeit-, aber

auch Dauerpflege Anwendung finden. Pflegende und Ärztinnen bzw. Ärzte haben so alles Wissenswerte über die Betroffenen auf einem Blick zur Verfügung.

### **Hilfe für alle – Umsetzung und Weiterentwicklung des Unterstützungsmanagements (Case Management) für Menschen mit Demenz und ihre Familien**

Bei diesem Projekt ging es darum, die Unterstützung von Menschen mit Demenz durch das Demenznetzwerk im konkreten Fall und in konkreten Situationen zu optimieren. Dazu mussten zunächst Absprachen mit Netzwerkpartnerinnen und -partnern getroffen werden, damit allen Betroffenen das Angebot einer Beratung und damit auch eines Unterstützungsmanagements (Case Management) zumindest unterbreitet werden konnte. Ebenfalls musste das gesundheits- und sozialpflegerische Hilfesystem (Care Management) weiterentwickelt werden. Heißt: Die vorhandenen Strukturen wurden auf demenzspezifische Anforderungen ausgerichtet und das bestehende Netzwerk um weitere Akteurinnen und Akteure ergänzt. So entstand beispielsweise ein trägerübergreifender Zusammenschluss, welcher auch nach Projektende gemeinsame Veranstaltungen plant und dabei u. a. das Thema Demenz integriert.

## **Ergebnisse**

### **Großes Plus: Demenz in Themenvielfalt einbinden**

Gemeinsam mit den Netzwerkpartnerinnen und -partnern wurde die niedrigschwellige „Themenreihe Gesundheit“ ins Leben gerufen. Verschiedene Gesundheitsthemen wurden bilingual auf Deutsch und Türkisch angeboten. Das Thema Demenz wurde in diese Reihe eingebettet. So wurden Vorträge zu verschiedenen Krankheitsbildern, wie zum Beispiel Diabetes, Schlaganfall, Krebs und Demenz, angeboten. Das Interesse an den Themen Diabetes und Krebs war insbesondere bei türkischen Zuwanderinnen und Zuwanderern groß, wodurch die Idee

entstand, das Thema Demenz mit den Vorträgen zu Diabetes und Krebs zu verknüpfen. Somit konnte eine wesentlich höhere Zahl an Menschen zum Thema Demenz sensibilisiert werden, als bei einem gesonderten Vortrag zum Krankheitsbild.

Daneben gab es Filmvorführungen und verschiedene Informationsveranstaltungen. Im Rahmen dieses Teilprojekts wurde deutlich, dass breit angelegte Informationsveranstaltungen besser angenommen werden als demenzspezifische Veranstaltungen. Außerdem sollte die Öffentlichkeitsarbeit durch Kolleginnen und Kollegen mit türkischem Migrationshintergrund unterstützt werden, um unter den türkischstämmigen Mitbürgerinnen und Mitbürgern ältere Menschen mit Demenz und deren Angehörige auch mit den Informationen über das Demenznetz zu erreichen. Auch die informellen Netzwerke der Zielgruppe, wie z. B. der Freundeskreis, sollten durch die Projektpartnerinnen und -partner stärker beachtet werden, da sie für die Weitergabe von Informationen unerlässlich sind. So wurden beispielsweise türkische Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ehrenamtliche) eingebunden, um die türkischen Zuwanderinnen und Zuwanderer als Zielgruppe zu erreichen.

### **Flächendeckender Erfolg: Vom Fachtag bis zum Theaterstück**

Die Zukunftswerkstatt hat im Projektzeitraum in Kooperation mit dem Demenz-Servicezentrum Münsterland und dem Projekt „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ viele Aktivitäten in den Stadtteilen veranstaltet. Darunter: einen Demenzparcours und das Theaterstück „Dachstube“, Fortbildungen zum Thema „Menschen mit Demenz als Kunden“, einen Fachtag „Demenzberatung“ mit 130 Expertinnen und Experten, die Gründung des Seniorentreffs „mittendrin aktiv“ und weitere Gruppenangebote. Die „Zukunftswerkstatt Demenz in Ahlen“ hat dafür gesorgt, dass das Thema Demenz in den Quartierszentren platziert wurde.

Durch sämtliche Aktivitäten des Projekts konnten bestehende Netzwerkstrukturen erfolgreich gestärkt und die Angebotsstruktur erweitert werden. Als wertvoll haben sich die von den Netzwerkpartnerinnen und -partnern gemeinsam etablierten Veranstaltungen mit Einbindungen sämtlicher Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems erwiesen. Die weitere Zusammenarbeit des trägerübergreifenden Arbeitskreises „Themenreihe Gesundheit“ verdeutlicht die gute Kooperation. Nach Ende des Projekts werden bestehende Kontakte gepflegt.

#### **Publikation**

Demenzwegweiser Stadt Ahlen, Herausgeber: Verein Alter und Soziales e.V., erschienen im August 2015.

#### **Kontakt**

##### **Lena Leberl**

Verein Alter und Soziales e.V.  
Zukunftswerkstatt Demenz in Ahlen  
Wilhelmstraße 5  
59227 Ahlen  
E-Mail: [seniorenarbeit@stadt.ahlen.de](mailto:seniorenarbeit@stadt.ahlen.de)  
Internet: [www.senioren-ahlen.de](http://www.senioren-ahlen.de)

# Besser fortbilden, versorgen, erreichen

## Fachtitel: Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V. (QVNIA e.V.)

Der „Qualitätsverbund Netzwerk im Alter e.V. (QVNIA e.V.)“ ist ein gemeinnütziger Verein und engagiert sich seit dem Jahr 2000 für eine bessere gesundheitliche und soziale Versorgung in Berlin-Pankow, um Strukturen in der Altenhilfe nachhaltig und kontinuierlich zu verbessern. Aktuell arbeitet der Verein mit 62 Mitgliedseinrichtungen der Gesundheits- und Sozialversorgung zusammen, um eine wohnortnahe und koordinierte Versorgung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen zu gewährleisten. Der QVNIA e.V. war ein gefördertes Netzwerk im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz. Ziel war es, die Qualitätsanforderung zur vernetzten Zusammenarbeit weiterzuentwickeln und die Strukturen des Netzwerks für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Region Pankow auszubauen. Dies sollte dazu beitragen, die Qualität in der Versorgung zu verbessern sowie Hilfesysteme für Angehörige zu optimieren. Darunter fallen eine bessere Beratung in der Region sowie ein leichter Zugang zu hilfreichen Angeboten und Informationen.

## Vorgehensweise

### Konferenz einrichten, Zahlen auswerten

Erstmalig wurde eine sogenannte Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz (GPK-D) in Pankow gegründet. Hier sollten Strukturdaten ausgewertet, regionale Gesundheitsziele für Menschen mit Demenz entwickelt und umgesetzt sowie Versorgungsbedarfe und -lücken identifiziert und angepasst werden. In der Gesamtregion Pankow sowie für die 16 Bezirksregionen Pankows wurden Daten zum Krankheitsbild Demenz – sowohl zur Häufigkeit als auch zu den neu auftretenden Fällen – berechnet und untersucht.

### Ärztinnen und Ärzte ins Boot holen

Es sollten zehn Ärztinnen und Ärzte für die Zusammenarbeit mit dem Qualitätsverbund und seinen Mitgliedseinrichtungen gewonnen werden. Dazu

wurden niedergelassene Hausärztinnen und -ärzte sowie Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie im Großbezirk Pankow ausgewählt. Insgesamt wurden rund 230 Telefonate mit Arztpraxen und 50 persönliche Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten geführt. Zudem wurde ein Konzept zur strategischen Gewinnung niedergelassener Haus- und Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie erstellt.

### Mehr Fortbildungen

Um ein bereits bestehendes Fortbildungsprogramm für Demenzverantwortliche und Pflege(fach)kräfte zu optimieren, wurden deren Qualifizierungsbedarfe mittels einer schriftlichen Befragung im Qualitätszirkel Demenz (QZ Demenz) erhoben und in der weiteren Planung berücksichtigt. So sollte die Versorgung weiter professionalisiert sowie die Zusammenarbeit untereinander optimiert werden.

### Richtlinien anpassen

Bereits vor dem Projekt wurde im Jahr 2009 eine verbindliche Richtlinie zur vernetzten Versorgung von Menschen mit Demenz innerhalb des Verbunds eingeführt. Diese Richtlinie wird in insgesamt 33 Einrichtungen angewendet. Sie sollte im Rahmen des Projekts in drei Themenbereichen – Sicherstellung von Lebensqualität, therapeutische Behandlung/Aktivierung und Coaching von Demenzverantwortlichen – weiterentwickelt werden.

## Ergebnisse

### Zahlen zum Krankheitsbild Demenz für Pankow

Anhand von Altersstrukturdaten des Bezirks Pankow wurde die Häufigkeit einer Demenzerkrankung für die Jahre 2011 bis 2014 berechnet und verglichen. Deutlich zu sehen ist eine Zunahme von Demenzerkrankungen: Im Jahr 2011 waren 3.920 Menschen betroffen und im Jahr 2014 bereits 4.347. Dies entspricht einer Zunahme um 10,9 Prozent.

### **Konferenz eingerichtet und verstetigt**

Fünf Gesundheits- und Pflegefachkonferenzen Demenz (GPK-D) fanden statt, deren Ergebnisse wurden veröffentlicht. Auch künftig wird einmal jährlich eine Gesundheits- und Pflegefachkonferenz Demenz – Pankow umgesetzt. Ein Ergebnis dieser GPK-D sind fünf definierte Gesundheitsziele für Menschen mit Demenz und deren Angehörige in Pankow:

1. Mehr Transparenz über Angebotsstrukturen und vorhandene Initiativen in Berlin-Pankow.
2. Für Angehörige von Menschen mit Demenz stehen Beratungs- und Entlastungsangebote zur Verfügung.
3. Bürgerinnen und Bürger sind über das Krankheitsbild Demenz und die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen informiert.
4. Kompetenzen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Gesundheitsberufe im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen sind gestärkt.
5. Prozesse der Diagnose und Behandlung sowie der Pflege und Therapie des Krankheitsbildes Demenz sind verbessert.

Alle Ziele wurden konkretisiert, bisherige Maßnahmen zusammengetragen sowie weiterführende bestimmt. Gesundheitsziele bilden einen gemeinsamen Handlungsrahmen für verantwortliche Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen und unterstützen planmäßiges Handeln, um eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

### **Ärztinnen und Ärzte ins Boot geholt**

30 Hausärztinnen und -ärzte und drei Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie und Psychiatrie aus Pankow haben ihr Interesse bekundet und eine Rahmenvereinbarung unterschrieben. Die Ärztinnen und Ärzte stellen Beratungs- und Informationsmaterial zur Verfügung, bieten kostenfrei Schulungen für das medizinische Praxispersonal zum Thema

Demenz an und unterstützen die Geschäftsstelle des QVNIA e.V. als regionale Ansprechpartnerin zur Koordination von pflegerischen, therapeutischen und sozialen Leistungen. Die Arbeit mit Ärztinnen und Ärzten wird über Kooperationsverträge umgesetzt. Zudem wurde eine Kooperationsvereinbarung mit der Alzheimer Angehörigen-Initiative sowie der Kontaktstelle PflegeEngagement zur Mitarbeit und Beteiligung im QVNIA e.V. abgeschlossen.

### **Fortbildungen – ein zeitliches Problem**

In der Planung von Fortbildungen im Rahmen der QZ Demenz wurde deutlich, dass der Bedarf an demenzspezifischen Fortbildungen gut abgedeckt werden kann und dass aufgrund des Pflegefachkraftmangels immer weniger Zeit bleibt, um Mitarbeitende an externen Fortbildungen teilnehmen zu lassen. So wurde das Fortbildungsprogramm seitens des QVNIA e.V. angepasst. 2012 und 2013 wurden je fünf, 2014 und 2015 je vier Fortbildungen umgesetzt. Im Fortbildungsprogramm für das zweite Halbjahr 2015 waren weitere vier Fortbildungen eingeplant. Insgesamt wurden seit Projektbeginn 36 demenzspezifische Fortbildungen für Pflege(fach)kräfte umgesetzt und evaluiert.

Darüber hinaus wurde mit dem Fördermitglied des QVNIA e.V., der „Akademie für Gesundheit Berlin/Brandenburg e.V.“, ein eigenes Curriculum als netzwerkinterne Basisqualifikation zum Demenzverantwortlichen entwickelt. Im Rahmen der Treffen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des QVNIA e.V. fanden zwei demenzspezifische Fortbildungen statt. Es wurden Qualifizierungsbedarfe von Therapeutinnen und Therapeuten in der Behandlung von Menschen mit Demenz identifiziert. Seit Projektbeginn wurden zwei aufbauende Seminare zur personenzentrierten Kommunikation und Beratung umgesetzt und evaluiert. Therapeutinnen und Therapeuten ließen sich in zwei Seminaren in der Erinnerungs- und Biografiearbeit für ihren Bereich fortbilden.

Es wurden Qualifizierungsbedarfe von Arzthelferinnen und -helfern zum Themenbereich Demenz erhoben. Mit einem eigens für sie entwickelten Qualifizierungsmodul konnten acht Arzthelferinnen und -helfer geschult werden. Die Beteiligung von Arzthelferinnen und -helfern an Netzwerkfortbildungen soll Bestandteil der Kooperationsvereinbarungen mit den Ärztinnen und Ärzten werden. Auch die Qualifizierungsbedarfe von Angehörigen wurden erhoben und insgesamt zehn Informationsveranstaltungen für sie angeboten.

#### **Übergeordnetes Ziel: Lebensqualität für Betroffene**

Im Rahmen des Projekts wurde sich darauf verständigt, in insgesamt sieben Einrichtungen das Instrument „Quality of Life in Dementia“ (Qualidem) anzuwenden, das die Lebensqualität von Menschen mit Demenz messen kann. Fallbezogene Ergebnisse wurden multiprofessionell und einrichtungsübergreifend erhoben sowie Maßnahmen abgeleitet.

Es wurde beschlossen, dass das Instrument Qualidem künftig für vereinsinterne Fallbesprechungen genutzt werden soll. Unter wissenschaftlicher Begleitung wurden das Messverfahren sowie die Auswahlkriterien für die Probanden festgelegt. Die Materialien zur Durchführung sowie die im Projekt entwickelte Verfahrensbeschreibung zur Messung und Auswertung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Einrichtungen wurden den Mitgliedern zur Verfügung gestellt.

Insgesamt wird die Beteiligung des QVNIA e.V. an der Zukunftswerkstatt Demenz sehr positiv bewertet. Durch die Förderung gelang es, weiterführende Maßnahmen und Projekte zur Weiterentwicklung des Netzwerkangebots für Menschen mit Demenz sowie ihre Angehörigen umzusetzen und Strategien zu entwickeln, um sie zu verstetigen.

#### **Kontakt**

##### **Katja Dierich**

Qualitätsverbund Netzwerk im Alter – Pankow e.V.

(QVNIA e.V.)

Schönhauser Allee 59b

10437 Berlin

E-Mail: [kontakt@qvnia.de](mailto:kontakt@qvnia.de)

Internet: [www.qvnia.de](http://www.qvnia.de)

# Deutliche Tendenzen in der Stadt-Land-Verteilung

## Fachtitel: Das DemenzNetz Städteregion Aachen e.V.

Das „DemenzNetz Aachen“ ist ein multiprofessionelles, sektorenübergreifendes Versorgungsnetzwerk, das sowohl Fallmanagement (Case Management) für Betroffene und Angehörige, als auch die Organisation eines regionalen Verbundmanagements bereitstellt. Das DemenzNetz Städteregion Aachen e.V. entstand im Jahr 2006 aus einer gemeinsamen Initiative des Alexianer Krankenhauses Aachen und der Arbeitsgemeinschaft Aachener Hausärzte. Das DemenzNetz war ein assoziiertes Netzwerk der Zukunftswerkstatt Demenz, d. h. es nahm an der Evaluation aller Netzwerke teil, erhielt aber keine direkte Förderung. Wichtigste Ziele in der Projektlaufzeit waren die Etablierung einer Einzelfallhilfe mit fortlaufender Analyse der häuslichen Versorgung und des Unterstützungsbedarfs sowie die Analyse und Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen über ein regionales Verbundmanagement.

## Vorgehensweise

### Unterstützungsmanagement – ein Modell für die Regelversorgung

Die individuelle Einzelfallhilfe umfasste telefonische und häusliche Beratung sowie aufsuchendes Unterstützungsmanagement (Case Management) für Betroffene in komplexen Versorgungssituationen. Neben der Analyse der häuslichen Versorgungssituation und der Koordination ambulanter Hilfsmaßnahmen waren die Fallmanagerinnen und -manager auch für die Optimierung der Schnittstellen zwischen ärztlicher und pflegerischer sowie zwischen pflegerischer und psychosozialer Versorgung zuständig. Ziele des Fallmanagements (Case Managements) waren die Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation, die Vermeidung von Krankenhaus- und Heimaufnahme sowie die Entlastung der versorgenden Angehörigen. Bei der Organisation der nötigen Beratungs- und Unterstützungsmaßnahmen wurde besonderer Wert auf eine Einbettung in bestehende quartiersnahe Angebote

gelegt. Dies war auch für die Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Gebieten von besonderer Bedeutung.

### Voraussetzungen für das Unterstützungsmanagement (Case Management) in der Regelversorgung

Um in einem Versorgungsgebiet wie Aachen, das sowohl städtisch als auch ländlich geprägt ist, die ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz und die Begleitung der pflegenden Angehörigen sicherzustellen, bedarf es eines Zuweisungssystems und einer Koordinierungsstelle. Im Rahmen eines Zuweisungssystems identifizieren Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte als primär Zuweisende betroffene Familien, geben ihnen erste Informationen und leiten deren Basisdaten an die Koordinierungsstelle weiter. Diese meldet sich dann bei der betroffenen Familie. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass gerade mit Familien, bei denen Schwellenängste vorliegen, ein Erstkontakt hergestellt wird. Ebenso können auch andere Personen, die Zuweisungen vornehmen (z. B. Beratungsstellen, Sozialdienste der Krankenhäuser) betroffene Familien an die Koordinierungsstelle melden oder aber genauso um einen Anruf durch die Koordinierungsstelle bei der Hausärztin bzw. beim Hausarzt bitten. In dem Fall wird die Koordinierungsstelle dann auch die Hausärztin bzw. den Hausarzt der oder des Betroffenen mit in die Begleitung einbeziehen. Im Modellprojekt wurden die hierfür notwendigen Voraussetzungen erarbeitet. Die Koordinierungsstelle ist außerdem zuständig für Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen für Arztpraxen, Seminare für Angehörige und die Förderung von Selbsthilfe.

### Stadt-Land-Analyse durch ein Verbundmanagement

Das regionale Verbundmanagement des DemenzNetz Aachen zielt auf die Analyse und Verbesserung der regionalen Versorgungsstrukturen für Erkrankte und deren Angehörige. Verantwortlich für die Analyse waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des DemenzNetz Aachen unter wissenschaftlicher Begleitung der Katholischen Hochschule NRW/Abtei-

lung Aachen. Ziel der Erhebung war die Identifizierung von Versorgungslücken im ländlichen Raum. Neben einer Erhebung der bestehenden Strukturen sollten Defizite identifiziert und gemeinsam mit Expertinnen und Experten der Kommunen und aus den Bereichen Infrastruktur sowie ambulante und stationäre Dienstleistungen Strategien zu deren Beseitigung entwickelt werden.

Zur Erhebung der Strukturdaten und zur Festlegung von Kommunen mit charakteristischen Bevölkerungs- und Infrastrukturdaten (z. B. Altenquotient, ÖPNV-Versorgung) wurde zunächst auf öffentliche Datenbanken zurückgegriffen (Statistisches Bundesamt, kommunale Datenregister). Die Erhebung der Daten der einzelnen Versorgungsbereiche erfolgte durch die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter des DemenzNetz unter Nutzung bestehender Einrichtungsverzeichnisse (z. B. Wegweiser Demenz der Städteregion Aachen und Verzeichnis niedrigschwelliger Angebote des Demenz Service Zentrums NRW/Region Aachen-Eifel) sowie mittels Fragebogenversand und telefonischer Nachbefragung. Zielgrößen waren beispielsweise die Anzahl von Versorgungseinrichtungen, deren Kapazität, Erreichbarkeit oder Zugangsstrategien.

Regelmäßige Expertinnen- bzw. Experten-Foren zu den entsprechenden Schwerpunktthemen (z. B. „Infrastruktur und Mobilität“) wurden einberufen, in denen die erhobenen Daten diskutiert und bewertet wurden. Hieraus wurden Empfehlungen zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen erarbeitet. Die Expertinnen- bzw. Expertengruppen gingen insbesondere der Frage nach, welche Auswirkungen die aufgeführten Charakteristika einer Stadt-/Land-Situation unter Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen auf die Versorgungssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen haben. So ist z. B. der Zugang zu Tagespflegeangeboten und niedrigschwelligen Betreuungsangeboten mittels öffentlichem Nahverkehr aufgrund der bestehenden Frequenz und/oder

Routenführung in einigen Kommunen der Städteregion zu den angebotenen Betreuungszeiten nicht sinnvoll möglich.

Die Erfahrung anderer regionaler Entwicklungsprojekte im Bereich der Gesundheitsversorgung zeigte, dass es sinnvoll ist, gemeinsam mit den maßgeblich beteiligten Versorgungspartnerinnen bzw. -partnern (Kommunalvertreter, Nahverkehrsbetriebe, Verbände und Institutionen der Gesundheitsversorgung, Vertreter von Betroffenenverbänden und Selbsthilfe u. a.) einen kommunalen „Rahmenplan zur Demenzversorgung“ zu erarbeiten.

## Ergebnisse

Insgesamt wurden von 2012 bis 2015 etwas mehr als 300 Familien mittels aufsuchendem Unterstützungsmanagement (Case-Management) betreut. Im ländlichen Bereich war mehr Informations- und Aufklärungsarbeit notwendig als in der Stadt. Die Beteiligung der ambulanten Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzte war rege, die Akzeptanz und die Identifikation mit der Projektidee sehr gut. Das Unterstützungsmanagement (Case Management) wurde von Angehörigen, Ärztinnen und Ärzten als sehr hilfreich erlebt, insbesondere die systematische Entbindung von nichtärztlichen Tätigkeiten wurden hoch bewertet, es zeigte sich eine statistisch signifikante Entlastung der Angehörigen über den Projektverlauf. Dezentrale, quartiersnahe Versorgungsstrukturen wie z. B. ein mobiles Beratungsangebot in hausärztlichen Praxen und nachfrageorientierte Betreuungsgruppen durch verschiedene Dienstleister wurden schrittweise im Rahmen einer regionalen Netzwerkstruktur etabliert.

Die Ergebnisse der durchgeführten Datensammlungen und -analysen und die Expertinnen- bzw. Expertendiskussion für die Organisation eines regionalen Verbundmanagements zeigten grundlegende Tendenzen in der Stadt-/Land-Verteilung von

Versorgungsstrukturen. So besteht z. B. in der Stadt Aachen ein relativ dichtes Angebot an Versorgungsstrukturen, das auch hochfrequent genutzt wird. Die Wartezeit auf einen persönlichen Beratungstermin beträgt hier durchschnittlich drei bis vier Tage. Im ländlichen Bereich der Städtereion kommt es trotz weit weniger Beratungsangeboten nicht zu längeren Wartezeiten. Die Inanspruchnahme der Angebote – in Relation zur Anzahl der Betroffenen – liegt hier allerdings deutlich niedriger als in der Stadt Aachen. Zahlreiche Ursachen für unterschiedliche Inanspruchnahmen und Entwicklung von Versorgungsangeboten im städtischen und ländlichen Bereich wurden identifiziert und sollen im Rahmen einer Förderung nach Landesförderplan des Landes NRW in einem vertiefenden Projektansatz ab April 2016 untersucht werden.

### Publikationen

DemenzNetz Aachen – Abschlussbericht für das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter MGEPA des Landes NRW vom 31.05.2014, abrufbar unter: [https://www.katho-nrw.de/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/ABSCHLUSSBERICHT\\_DemenzNetz\\_StaedteRegion\\_Aachen\\_Entwurfsfassung.pdf](https://www.katho-nrw.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/ABSCHLUSSBERICHT_DemenzNetz_StaedteRegion_Aachen_Entwurfsfassung.pdf)

Regionale Demenzversorgung und Case-Management für komplexe Versorgungssituationen – das DemenzNetz Aachen. Abschlussbericht des BMG-Leuchtturmprojektes Demenz vom 24.06.2011, abrufbar unter: [www.bmg.bund.de/.../Berichte/Abschlussbericht\\_Leuchtturmprojekt\\_Demenz.pdf](http://www.bmg.bund.de/.../Berichte/Abschlussbericht_Leuchtturmprojekt_Demenz.pdf)

### Theilig, A. M.:

Demenz-Netzwerke – Eine gute Versorgung gelingt nur miteinander. Pro Alter Heft April 2013, S. 67–72.

### Kontakt

Dr. Andreas Theilig  
DemenzNetz Aachen  
Löhergraben 2  
52064 Aachen  
E-Mail: [a.theilig@alexianer.de](mailto:a.theilig@alexianer.de)  
Internet: [www.demenznetz-aachen.de](http://www.demenznetz-aachen.de)

# Herausforderung ländlicher Raum: Behandlungsteams vor Ort im Netzwerk verbunden

**Fachtitel: Demenz-Netzwerk Uckermark e.V. in der Zukunftswerkstatt Demenz des BMG**

Die Uckermark ist eine ländlich geprägte Region, in der es laut Prognosen bis 2020 zu einer stark sinkenden Bevölkerungszahl und einer deutlichen Alterung der Bevölkerung kommen wird. Laut dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg werden in der Region bis 2030 über 4.600 Menschen an Demenz erkranken. Aus diesem Grund ist das interdisziplinäre Behandlungs- und Betreuungsnetzwerk für Menschen mit Demenz unter Mitwirkung von psychiatrisch niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Hausärztinnen und Hausärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Ergo- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Demenzberatungsstellen, des Hospizvereins und des Pflegestützpunkts entstanden. Im Jahr 2008 gründete sich daraus der gemeinnützige Verein „Demenz-Netzwerk Uckermark e.V.“, dem die beteiligten Akteure angehören. Das besondere Merkmal des Netzwerks ist die patientenzentrierte, kostenträger- und berufsgruppenübergreifende Netzwerkintegration der professionellen Helferinnen und Helfer. Menschen mit Demenz sollen so früh wie möglich in das System eingebunden werden. Ihnen und ihren Angehörigen wird ein individuelles Beratungsteam zur Seite gestellt. Damit wird das Ziel verfolgt, Krankenhausaufenthalte sowie Heimunterbringungen möglichst stark zu verringern, gleichzeitig die Ressourcen der pflegenden Angehörigen zu schonen und vorhandene regionale Therapie- und Betreuungsangebote effizient einzusetzen. Das Demenz-Netzwerk Uckermark e.V. wurde bereits von 2008 bis 2009 im Rahmen des Förderschwerpunkts „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert und war auch ein gefördertes Netzwerk in der Zukunftswerkstatt Demenz.

## Vorgehensweise

### **Gemeinsame Entwicklung von Behandlungspfaden und -abläufen**

Die Akteure des Netzwerks haben Behandlungspfade und -abläufe in Bezug auf Diagnostik, Einleitung der psychosozialen Begleitung sowie auf der Betreuungsebene festgelegt, die ein eigenes, schnelles und effektives Handeln der Netzwerkpartner ermöglichen.

Auf der Diagnostikebene wurde zunächst die hausärztliche Untersuchung durchgeführt und der Befund anschließend an eine Fachärztin bzw. einen Facharzt übergeben. Bei Bedarf wurde die Diagnose in einer psychiatrischen oder neurologischen Klinik bestätigt und ggf. ergänzt. Danach erfolgte die Rücküberweisung an die Hausärztin bzw. den Hausarzt, der bzw. dem die Dokumentation über die gesammelten Befunde übergeben wurde.

In Bezug auf die psychosoziale Betreuung der Menschen mit Demenz wurde zunächst der Betreuungsbedarf durch die regionale Demenzberatung erhoben, danach wurden notwendige Antragsverfahren – wie etwa die Pflegestufe oder Vorsorgevollmacht – eingeleitet, und im dritten Schritt wurde die Pflege und ergänzende Therapien angeschoben, z. B. Ergo- oder Kunsttherapie.

Die an der Betreuung der demenziell Erkrankten beteiligten Akteurinnen und Akteure bildeten ein Behandlungsteam. Die oder der an Demenz erkrankte erhielt einen Patientinnen- bzw. Patientenpass, der „ihr“ oder „sein“ Behandlungsteam – bestehend aus Hausärztin oder Hausarzt, Neurologin oder Neurologe, Beratungsstelle, Pflege, Ergotherapie und weiteren beteiligten Akteuren – dokumentiert. Alle für die Behandlung eines Patienten notwendigen Informationen, insbesondere bei akuten Veränderungen oder Krisen, wurden im patientenzentrierten Behandlungsteam direkt und unmittelbar ausgetauscht.

### **Austausch und regelmäßige Weiterbildung der Netzwerkpartner**

Die Regionalgruppen kamen zwei- bis dreimal pro Jahr zu einem Netzwerktreffen zusammen, um konkrete Probleme der Region und einzelne Fälle zu besprechen. So waren die Akteure miteinander vertraut und konnten sich bei Einzelfragen schnell untereinander abstimmen. Zweimal im Jahr wurde eine Netzwerkkonferenz für alle Mitglieder veranstaltet. Schulungen für die Netzwerkakteure rundeten das Konzept ab. Der Aufbau einer Schulungswerkstatt ist geplant, um regelmäßig Weiterbildungen sowie Schulungen für Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, Angehörige und weitere Interessierte anbieten zu können.

### **Hilfestellung im Alltag**

Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen wurden bei der Erstellung von Antragsverfahren gegenüber Kostenträgern, wie etwa den Krankenkassen, bei der Planung des eigenen Urlaubs sowie der Pflegeplanung beratend unterstützt.

## **Ergebnisse**

In der flächenmäßig weiten Uckermark standen durch das Netzwerk einzelne Behandlungsteams ortsnah zur Verfügung, die die notwendigen Maßnahmen auf kurzem Weg miteinander kommunizieren konnten. Demenziell erkrankte Menschen verblieben so länger in der Häuslichkeit, Angehörige fühlten sich wahrgenommen und bekamen Entlastungsangebote. Aufgrund von Finanzierungsschwierigkeiten war die Weiterführung des Demenznetzwerks in oben beschriebenem Umfang jedoch nicht gesichert. Wie kleine Vereine können auch die hier Engagierten nur mit genügend Finanzierungsquellen und hohem ehrenamtlichen Einsatz diese Eigenleistung sicherstellen. Es wurde deutlich, dass ein kontinuierliches finanzielles Engagement eines Trägers (beispielsweise von Krankenkassen) erforderlich ist, um eine kontinuierliche Finanzierung der Netzwerkarbeit zu gewährleisten.

### **Publikationen**

**Hein, J., Weatherly, J. N. (2013):**

Psychiatrische Versorgungsnetzwerke, In: Luthe, E.-W. (Hrsg.), Kommunale Gesundheitslandschaften, Springer VS: Wiesbaden.

**Thyrian, J. R., Hein, J., Fendrich, K., Hoffmann, W. (2012):**

Interdisciplinary networks for the improvement of dementia care in Germany – the example of IDemUck and the „Demenznetzwerk Uckermark“, In: Dementia Care Research, Thyrian, J. R., Hoffmann, W. (Ed.) Pabst Science Publishers, Lengerich.

**Hein, J., Rosenthal, A., Lägel, R., Weatherly, J. N. (2009):**

„Demenzversorgungsprojekt im Landkreis Uckermark“, In: Neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik, Weatherly J. N., Lägel, R. (Hrsg.), Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: Berlin.

### **Kontakt**

**Dr. Jürgen Hein**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Demenz-Netzwerk Uckermark e.V.

Rosa-Luxemburg-Straße 21

17291 Prenzlau

E-Mail: [info@demenz-netzwerk-uckermark.de](mailto:info@demenz-netzwerk-uckermark.de)

Internet: [www.demenz-netzwerk-uckermark.de](http://www.demenz-netzwerk-uckermark.de)





# Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Einführung in die Thematik

# Geschichte und Forschungsbedarf der Angehörigenbelastungsforschung

Prof. Dr. Sabine Engel

In der gesundheitswissenschaftlichen Fachliteratur Nordamerikas werden Familien, die ein bedürftiges Familienmitglied versorgen und pflegen, bereits seit der Zeit kurz nach dem 2. Weltkrieg beachtet<sup>1</sup>. Hoenig und Hamilton<sup>2</sup> analysierten Ende der 1960er-Jahre die Auswirkungen der häuslichen Versorgung von Menschen mit geistiger Erkrankung auf die Familien und Gemeinden und gehörten zu den ersten Autoren, die Familienpflege unter dem Konzept der Belastung beschrieben. Die wissenschaftliche Erforschung der Belastung der Angehörigen von Menschen mit Demenz begann in den 1970er-Jahren<sup>3</sup>.

## Seit 40 Jahren im Fokus der Forschung: die Angehörigen

Da diesen Arbeiten zunächst keine einheitlich anwendbare Definition von „Belastung“ zugrunde lag, wurden weitere Versuche unternommen, theoretische Belastungskonzepte zu entwickeln. Bereits in den Anfängen dieser Forschung etablierten sich stresstheoretische Ansätze als Erklärungsrahmen für das beobachtete Phänomen der „Angehörigenbelastung bei Demenz“. Auf dieser Grundlage ist es nun möglich, die von den Angehörigen berichteten Phänomene weiter zu analysieren. Hierbei unterscheidet man grundsätzlich zwischen objektiven Faktoren der Lebenssituation der Angehörigen und ihrem subjektiven Belastungsempfinden. Gemäß stresstheoretischem Verständnis resultiert das subjektive Belastungsempfinden daraus, wie die betreffende Person das Verhältnis ihrer zu bewältigenden Aufgaben und der ihr hierfür zur Verfügung stehenden Ressourcen bewertet.

Seit diesen frühen Anfängen nimmt sich auch die Interventionsforschung dem Phänomen der „Angehörigenbelastung bei Demenz“ an. Sie entwickelt Maßnahmen mit dem Ziel, die Belastung von Angehörigen zu reduzieren und untersucht, wie gut diese wirken.

Interventionen können in sechs unterschiedliche Prototypen eingeteilt werden:<sup>4</sup>

1. Interventionsprogramme, die auf eine Verbesserung und Stabilisierung der Kompetenz des Menschen mit Demenz zielen.
2. Psychoedukative Interventionen, bei denen durch Wissensvermittlung die Selbstentfaltung-, Selbstheilungs- bzw. Selbstverwirklichungskräfte der Angehörigen mobilisiert werden sollen.
3. Psychotherapeutische Maßnahmen für Angehörige, die darauf abzielen, eigene nachteilige und belastende Gedanken und Bewertungen zu erkennen und zu verändern.
4. Selbsthilfegruppen, bei denen die emotionale Stärkung der bzw. des Einzelnen durch das Zusammengehörigkeitsgefühl in einer Gruppe Gleichbetroffener im Vordergrund steht.
5. Entlastende Angebote, die Angehörige für bestimmte Zeiten von ihren Versorgungs- bzw. Pflegeverpflichtungen entbinden.
6. Trainingsprogramme, in deren Verlauf Angehörige bestimmte Verhaltensregeln im täglichen Umgang mit der an Demenz erkrankten Person einüben.

Auch die Forschungsprojekte, die in dieser Broschüre vorgestellt werden, lassen sich mehr oder weniger eindeutig einem dieser sechs Prototypen<sup>4</sup> zuordnen:

„DeREACH“ ist eine an das deutsche Gesundheitssystem adaptierte Version des amerikanischen Programms „REACH II – Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health“. Es stellt eine Multi-komponentenintervention dar, in der Angehörige von Menschen mit Demenz über sechs Monate mit einer Kombination aus Gruppensitzungen, Hausbesuchen und Telefongesprächen geschult, unterstützt, beraten und begleitet wurden.

Bei „EduKation demenz®“ handelt es sich dagegen um ein psychoedukatives Gruppenschulungsprogramm für Angehörige von Menschen mit Demenz. Es erstreckte sich über zehn Sitzungen und behandelte für Angehörige relevanten Themen, z. B. Fragen zur Krankheit, subjektives Krankheitserleben, angemessener Umgang, einfühlsame Kommunikation und Selbstfürsorge.

Im Projekt „FABEL“ wurden freiwillige Pflegebegleiterinnen und -begleiter zu Familienbegleiterinnen und -begleitern weiterqualifiziert und eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, Familien, in denen ein Mitglied an Demenz erkrankt ist, zu unterstützen und zu beraten.

Kostenlose mobile Demenzberatung vor Ort boten qualifizierte Beraterinnen und Berater in einem speziell ausgestatteten Fahrzeug interessierten Ratsuchenden im Rahmen des Projekts „MobiDem“ an.

Versorgende, betreuende und pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz nahmen in der Interventionsgruppe des Projekts „P.A.u.S.E.“ gemeinsam mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern an Pflegekursen teil.

Und im Projekt „Tele.TAnDem“ boten speziell qualifizierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten Angehörigen von Menschen mit Demenz zwölf 50-minütige therapeutische Gespräche am Telefon an. Dabei wurden ihre Probleme mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie bearbeitet.

### **Weniger Stress, mehr Lebensqualität: wie Angehörigenprojekte wirken**

In den Wirksamkeitsuntersuchungen all dieser Projekte konnten bei den Angehörigen der jeweiligen Interventionsgruppen – teilweise im Vergleich zu entsprechenden Kontrollgruppen – deutliche Verbesserungen nachgewiesen werden. Sie zeigten sich durch ein stabilisiertes Belastungsempfinden (wie in DeREACH), eine signifikante Verbesserung der depressiven Symptome, des Belastungserlebens und der Familienatmosphäre (wie in EduKation demenz®), eine gestiegene Inanspruchnahme von unterstützenden und entlastenden Angeboten, eine verbesserte Vernetzung mit anderen Angehörigen und eine gesteigerte gesundheitsbezogene Lebensqualität (wie in FABEL), eine verbesserte Lebens- und Pflegesituation der Beratenden (wie in MobiDem), eine verstärkte Inanspruchnahme ehrenamtlicher Entlastungsangebote (wie in P.A.u.S.E.) sowie einer Verbesserung der Stimmung, der Körperbeschwerden, der Lebensqualität und der Stressbewältigung (wie in Tele.TAnDem).

Die erfolgreich abgeschlossenen Forschungsprojekte bereichern die deutschsprachige Angehörigen-Interventionsforschung und stellen für die Angehörigen von Menschen mit Demenz eine echte Chance auf eine verbesserte Lebenssituation dar.

**Noch viele Fragen offen:****Demenz bleibt ein vielschichtiges Forschungsfeld**

Nach fast einem halben Jahrhundert Angehörigenbelastungsforschung und zum Abschluss der Fördermaßnahme Zukunftswerkstatt Demenz drängt sich die Frage auf, ob es noch offene Forschungsfragen zur Thematik gibt. Schon ein kurzer Blick auf den aktuellen Stand der Forschung zu dem Themenfeld zeigt, dass diese Frage eindeutig bejaht werden muss. Denn eine ganze Reihe von jüngeren Untersuchungen macht auf bestehende Forschungslücken aufmerksam. So gilt es z. B. besondere Strategien zu entwickeln, um Familien, die in ländlichen Umgebungen leben oder einer ethnischen Minderheit angehören und sich um eine Angehörige bzw. einen Angehörigen mit Demenz kümmern, ausreichend zu unterstützen und zu informieren<sup>5</sup>. Auch Kinder oder Ehepartner von jüngeren Menschen mit Demenz benötigen spezielle psychosoziale Maßnahmen, damit ihnen adäquat geholfen werden kann<sup>6</sup>.

Abschließend möchte ich meiner Hoffnung Ausdruck verleihen, dass die im Rahmen der Zukunftswerkstatt Demenz erforschten Interventionen so in die bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems implementiert werden, dass sie den Personen, die sich um einen nahestehenden Menschen mit Demenz kümmern, ihn versorgen, betreuen und/oder pflegen, selbstverständlich und niederschwellig zur Verfügung stehen.

**Literatur**

1. **Purkis, M. E., Ceci, C. (2015):**  
Problematising care burden research. *Ageing and Society*, 35, 1410–1428.
2. **Hoenig, J., Hamilton, M. (1966):**  
The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 12, 3, 165–76.
3. **Carradice, A., Beail, N., Shankland, M.C. (2003):**  
Interventions with family caregivers for people with dementia: efficacy problems and potential solution. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 307–315.
4. **Sörensen, S., Pinquart, M., Duberstein, P. (2002):**  
How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updates Meta-Analysis. *The Gerontologist*, Vol. 42, No. 3, 356–372.
5. **Coogle, C. L. (2002):**  
The families who cares project: Meeting the educational needs of African American and rural family caregivers dealing with dementia. *Educational Gerontology*, 28: 59–71.
6. **Cabote, C. J., Bramble, M., McCann, D. (2015):**  
Family Caregivers' Experiences of Caring for a relative With Younger Onset Dementia: A Qualitative Systematic review. *Journal of Family Nursing*, Vol. 21(3), 443–468.

A photograph of two elderly men sitting at a table in a room with bookshelves. One man is in the foreground, wearing glasses and a dark vest over a light shirt, looking down at something on the table. The other man is in the background, wearing a maroon sweater, smiling. The table has a white tablecloth with a blue pattern and some food. A blue banner is overlaid on the bottom left of the image.

# Unterstützung der pflegenden Angehörigen

Die Projekte



# Individualisierte Unterstützung für pflegende Angehörige

**Fachtitel: DeREACH – Deutsche Adaption der Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health**

Die Krankheit Alzheimer betrifft nicht nur die Patientinnen und Patienten, sondern stellt im Sinne einer „Familienkrankheit“ auch an die pflegenden Angehörigen nicht zu unterschätzende körperliche und seelische Anforderungen. Um das Belastungs-erleben der pflegenden Angehörigen zu reduzieren, wurde bis dato eine Vielzahl von psychosozialen Interventionen in unterschiedlichen Formaten und mit unterschiedlichen Inhalten entwickelt. Als wirksamstes Instrument zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen hat sich jedoch eine individualisierte, zugehende und strukturierte Kombination verschiedener Ansätze erwiesen. Ein erfolgreiches Beispiel für eine solche Multikomponentenintervention ist das in den USA entwickelte Programm „REACH II – Resources for Enhancing Alzheimer’s Caregiver Health“, das bis dato aber in Deutschland nicht angewendet wurde. Das Angehörigenprojekt „DeREACH“ hatte es sich daher zum Ziel gesetzt, das Verfahren an die Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems bzw. an das Versorgungssystem der Stadt Leipzig zu adaptieren und die Wirksamkeit des Programms für pflegende Angehörige in Deutschland zu evaluieren.

## Vorgehensweise

### Betreuen, beraten, begleiten

Angelehnt an das amerikanische Programm wurden für das deutsche Gesundheitssystem fünf inhaltliche Module zur Begleitung der pflegenden Angehörigen entwickelt: Problemlösung zu herausfordernden Verhaltensweisen, präventives Gesundheitsverhalten, soziale Unterstützung, Stressbewältigung und Sicherheit im Wohnumfeld. Die Inhalte der Module wurden in insgesamt zwölf Sitzungen – neun Hausbesuche und drei Telefonate – über einen Zeitraum von sechs Monaten gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen bearbeitet. Die Module wurden auf Basis der im Internet frei verfügbaren Interventionsmaterialien des amerikanischen Programms für die deutsche Versorgungslandschaft

adaptiert. Die Betreuung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer übernahmen hierbei im Demenzbereich erfahrene und speziell geschulte Psychologinnen und Psychologen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie Pflegefachkräfte. Außerhalb der Sitzungen konnten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf ein begleitendes Interventionshandbuch beziehen. Als Kontrollgruppe für die Effektivität des Programms diente die Regelversorgung, wobei die Leistungen der Regelversorgung den durch das Pflegeversicherungsgesetz abrufbaren Pflegeleistungen entsprechen (z. B. Pflegeberatung, Inanspruchnahme von Tagespflege, niedrigschwellige Betreuungsleistungen, Kurzzeit- oder Verhinderungspflege).

## Ergebnisse

### Ein Projekt mit Potenzial

Das primäre Ziel des Projekts – die Belastung der pflegenden Angehörigen signifikant zu reduzieren – konnte nicht erreicht werden. Allerdings konnte das Belastungsempfinden der Teilnehmerinnen und Teilnehmer über den Projektzeitraum stabil gehalten werden, während sich das Belastungsempfinden der Kontrollgruppe zunehmend verschlechterte. Auch die körperlichen Symptome der pflegenden Personen aufgrund der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger – insbesondere das Stresserleben sowie die Stressreaktion auf herausforderndes Verhalten des Menschen mit Demenz – konnten im Rahmen der Studie verbessert werden. Diese Ergebnisse zeigen, dass eine zugehende und individualisierte Multikomponentenintervention zur Unterstützung und Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz auf hohe Akzeptanz stößt. Die Angehörigen sind laut der Studie trotz ihrer Belastung in der Lage, aktiv an dem Angebot teilzunehmen. Da sich der in der Studie nachgewiesene positive Effekt auf das Belastungsempfinden nach Ende des Interventionsprogramms wieder verringerte, könnte es bei

einer langfristigen Interventionsimplementierung sinnvoll sein, die Betreuung kontinuierlich oder – nach mindestens sechs bis sieben Sitzungen – bei Bedarf anzubieten.

### **Neue Partner gesucht**

Insgesamt konnten 92 pflegende Angehörige zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden – deutlich weniger als erhofft. Die geringe Teilnehmerinnen- und Teilnehmerzahl ist auch darauf zurückzuführen, dass die geplante Zusammenarbeit mit den ca. 80 Altenpflegeeinrichtungen der Gerontopsychiatrisch-Geriatriischen Verbände (GGV) der Stadt Leipzig aus Mangel an Zeit und Interesse der organisierten Pflegedienste nicht umgesetzt werden konnte. Als Erfolg versprechende Partner haben sich im Laufe des Projekts aber Ergotherapie-Praxen sowie Gedächtnissprechstunden herauskristallisiert. Das begleitende Interventionsmanual zu DeREACH, das noch veröffentlicht werden soll, kann hier ein wichtiger Schritt zur weiteren Implementierung des Programms in der deutschen Versorgungslandschaft sein.

### **Publikationen**

**Heinrich, S., Berwig, M., Simon, A., Jänichen, J., Hallensleben, N., Nickel, W., Hinz, A., Brähler, E., Gertz, H.:**

German adaptation of the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II: study protocol of a single-centred, randomised controlled trial. *BMC Geriatr* 2014, 14:21.

**Heinrich, S., Simon, A., Jänichen, J., Hallensleben, N., Nickel, W., Brähler, E., Gertz, H., Berwig, M.: G-REACH:**

German adaptation of the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health II – A single-centred, randomised controlled trial (in Vorbereitung).

### **Kontakt**

**Dr. Martin Berwig**

Universität Leipzig  
Medizinische Fakultät  
c/o Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Sammelweisstraße 10  
04103 Leipzig  
E-Mail: [martin.berwig@medizin.uni-leipzig.de](mailto:martin.berwig@medizin.uni-leipzig.de)  
Internet: <http://psychiatrie.uniklinikum-leipzig.de/psychiatrie.site,postext,neurobiolog-forschung.html>

# Demenz gemeinsam verstehen

## Fachtitel: Überprüfung der Wirksamkeit von EduKation demenz®, einem psychoedukativen Schulungsprogramm für Angehörige Demenzerkrankter

Das Programm „EduKation demenz®“ wurde für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz entwickelt, um sie wirksam in der Bewältigung ihrer individuellen Situation zu unterstützen. In zehn wöchentlich stattfindenden und inhaltlich aufeinander aufbauenden Gruppensitzungen wurde u. a. die Situation der Erkrankten und der Angehörigen sowie Möglichkeiten eines angemessenen Umgangs mit der Krankheit im Alltag und Formen der einfühlsamen Kommunikation mit dem Erkrankten besprochen. Die regelmäßigen Treffen unterstützen Angehörige durch Information und Austausch darin, Verständnis und Empathie für demenziell erkrankte Menschen aufzubauen, ihre einfühlsame Handlungs- und Kommunikationskompetenz zu verbessern und ihr Selbstbild zu stärken bzw. die eigene Situation zu verstehen.

### Gruppensitzungen gegen Depression

Die Wirksamkeit wurde in einer vorangegangenen Untersuchung zum Belastungserleben demenziell erkrankter Menschen bereits belegt: Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zeigten signifikant weniger Belastungsempfinden und depressive Symptome als die pflegenden Angehörigen der Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielt. Die Projektleiterin Prof. Dr. Sabine Engel hatte in dieser ersten Untersuchung im Jahr 2007 die Gruppensitzungen selbst betreut. Um den Ansatz einem breiten Kreis von Betroffenen zugänglich zu machen, wurden darauf aufbauend Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Angehörigenberatung entsprechend fortgebildet und in die Umsetzung von EduKation demenz® einbezogen. Ziel des aktuellen Forschungsprojekts war es, die Wirksamkeit des Schulungsprogramms unter veränderten Rahmenbedingungen erneut zu prüfen: Die Schulungen sollten nun von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren durchgeführt werden und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten insofern auch eine Intervention, als sie zum Lesen von umfassender Ratgeberliteratur angehalten wurden.

## Vorgehensweise

### Trainer schulen, Wirkung erforschen

Für das Projekt wurden erfahrene Fachberaterinnen und Fachberater aus der Angehörigenberatung gewonnen. Sie wurden in 24 Unterrichtseinheiten auf inhaltlicher und didaktischer Ebene qualifiziert. Insgesamt 121 pflegende Angehörige der Interventionsgruppe ließen sich während einer dreimonatigen EduKation demenz®-Schulung weiterbilden – durchgeführt von den fortgebildeten Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die 93 Angehörigen der Kontrollgruppe erhielten eine ausführliche und informative Angehörigenbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit mit vergleichbaren Inhalten. Diese sollte in einem Zeitraum von drei Monaten gelesen werden. Beide Gruppen wurden vor und nach der Schulungsteilnahme bzw. vor und nach dem Zeitraum für das Lesen der Broschüre mithilfe eines standardisierten Fragebogens befragt.

## Ergebnisse

### Die Gruppe wirkt – mehr als bloße Lektüre

Die forschungsleitenden Annahmen der vorliegenden Untersuchung konnten bestätigt werden: EduKation demenz® erwies sich, im Vergleich zur Kontrollgruppe, als wirksam. Die emotionale Einstellung der teilnehmenden Angehörigen zu ihrem demenziell erkrankten Familienmitglied, ihre Einschätzung zum eigenen Kommunikationsverhalten gegenüber der bzw. dem Erkrankten, ihr Belastungsempfinden und ihre depressive Symptomatik verbesserten sich. Auch die Fortbildung der Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erwies sich als erfolgreich: Die von ihnen durchgeführten Angehörigenschulungen waren ebenso effektiv wie die in der vorangegangenen Studie aus dem Jahr 2007 von der Projektleiterin selbst durchgeführten Schulungen. Das Weiterbildungskonzept für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren kann also in die Breite getragen werden. Für die Praxis sind diese Ergeb-

nisse von großer Bedeutung. Sie weisen nach, dass durch spezifische Interventionen das psychische Wohlbefinden von Angehörigen signifikant verbessert und deren Einstellung zu ihren demenziell erkrankten Familienmitgliedern verändert werden kann. Deutlich wurde aber auch, dass durch das Lesen von Ratgeberliteratur – auch wenn sie qualitativ gut und auf die spezifischen Bedürfnisse der Klientel abgestimmt ist – nicht dieselben Wirkungen erzielt werden können.

#### **Pflegekassen unterstützen Interventionsleistungen**

Der Wirksamkeitsnachweis hatte u. a. auch einen positiven Einfluss auf die Verhandlungen mit den Pflegekassen. Einige erkannten EduKation demenz®-Kurse als Spezial-Pflegekurs an und erstatteten den bei ihnen versicherten Angehörigen die Kursgebühren vollständig. Bei verschiedenen Pflegekassen wurden die fortgebildeten und berufserfahrenen EduKation demenz®-Multiplikatorinnen und -Multiplikatoren als Referentinnen bzw. Referenten unter Vertrag genommen und die Kurse finanziert. Dabei spielte es keine Rolle, bei welcher gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegekasse die Patientin bzw. der Patient und die oder der Angehörige versichert waren.

#### **EduKation demenz®-Netzwerk wächst: mehr Hilfe für Pflegende**

Die Projektleitung stellte Inhalte und Ziele des Projekts wiederholt in Fachvorträgen, Vorlesungen und Workshops einem breiten Fachpublikum vor. Seit der Antragstellung für das Projekt EduKation demenz® konnten durch regelmäßige Train-The-Trainer Seminare jährlich ca. 35 weitere Trainerinnen und Trainer in Deutschland ausgebildet werden. Und auch in Zukunft werden Fachkräfte aus der begleitenden Angehörigenarbeit und Sozialdienste aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens, die beruflich mit Angehörigen von Menschen mit Demenz in Kontakt kommen, fortgebildet.

#### **Publikationen**

##### **Engel, S. (2007):**

Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen. Berlin: LIT-Verlag.

##### **Engel, S., Reiter-Jäschke, A., Hofner, B. (2016):**

„EduKation demenz®“ – Psychoedukatives Schulungsprogramm für Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 3, 187–195.

#### **Kontakt**

##### **Prof. Dr. Sabine Engel**

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen  
Leostraße 19  
33098 Paderborn  
E-Mail: [s.engel@katho-nrw.de](mailto:s.engel@katho-nrw.de)  
Internet: [www.edukation-demenz.de](http://www.edukation-demenz.de)

# Qualifizierte Freiwillige als Teil eines gelingenden Pflegemix

## Fachtitel: Zugehende Familienbegleitung bei Demenz im ländlichen Raum (FABEL)

Die häusliche Betreuung der Betroffenen ist sowohl von den Erkrankten selbst und ihren Angehörigen als auch politisch und gesellschaftlich die mehrheitlich erwünschte Versorgungsform. Während der Bedarf häuslicher Versorgung in den nächsten Jahrzehnten zunehmen wird, ist das familiäre Pflegepotenzial jedoch rückläufig. Es braucht daher die Entwicklung geeigneter Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen.

Insbesondere in ländlichen Gebieten ist die Angebotsvielfalt im Vergleich zu städtischen Räumen geringer, die zu überwindenden Entfernungen sind größer und die Isolierung der üblichen Hauptpflegepersonen dadurch stärker. Das in der Praxis gut verankerte Profil der freiwilligen Pflegebegleitung erlebt in der Kombination der erschwerenden Faktoren „Demenz“ und „ländlicher Raum“ immer wieder Grenzen.

Kernanliegen im Projekt „FABEL“ war es, den von Freiwilligen getragenen Unterstützungsansatz für Familien weiterzuentwickeln. Dazu wurde für Pflegebegleitungen eine neue Zusatzqualifikation „Familienbegleitung“ entwickelt und evaluiert. Ziel war es, die Lebensqualität der begleiteten pflegenden Angehörigen und der demenziell erkrankten Menschen zu steigern, deren Belastung zu reduzieren und deren Vernetzung zu verbessern. Diese Ziele sollten über die Implementierung regionaler Familienbegleitungsinitiativen in einem Landkreis erreicht und in einem mehrstufigen Prozess umgesetzt werden.

## Vorgehensweise

### Schulen, machen, prüfen

In vier Qualifizierungsdurchgängen bzw. 54 Stunden wurden im Projektzeitraum 27 Pflegebegleiterinnen und -begleiter zu freiwilligen Familienbegleiterinnen bzw. -begleitern geschult. Aufbauend auf ihren bereits vorhandenen einschlägigen Praxiserfahrungen

gen bzw. -qualifikationen wurden in den FABEL-Qualifizierungskursen Kenntnisse zum Thema Demenz vertieft. Der Vernetzungsansatz und ein systemisches Verständnis zur Begleitung von Familien wurden gestärkt. Das spezifische Weiterbildungskonzept wurde anschließend an Modellstandorten im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald erprobt und in der Praxis implementiert. Die Familienbegleiterinnen und -begleiter erfuhren Unterstützung durch die Anbindung an eine Koordinierungsstelle und über eine Supervision für die Begleitung pflegender Familien im ländlichen Raum im Rahmen der FABEL-Studie.

In einer Studie wurden die Ansätze der Pflege- und Familienbegleitung hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Lebensqualität, Belastung und Inanspruchnahme von unterstützenden Dienstleistungen für pflegende Angehörige miteinander verglichen.

## Ergebnisse

### Belastung runter, Vernetzung rauf

76 pflegende Angehörige wurden in die Studie eingeschlossen und 63 Begleitungen durchgeführt. Die Evaluation zeigte: Sowohl im Verlauf der Pflege- als auch der Familienbegleitungen wurden häufiger unterstützende und entlastende Angebote in Anspruch genommen. Darüber sank die Belastung der Angehörigen. Auch die Vernetzung der Angehörigen verbesserte sich bei beiden Begleitungsformen. Für beide Interventionen wurden auch die Angaben zu der gesundheitsbezogenen Lebensqualität verglichen. Hier zeigten sich in der Pflegebegleitung positive Effekte auf einem konstanten Niveau. In den Familienbegleitungen gelang es, die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen im Vergleich deutlich zu verbessern.

Familienbegleitung ist ein niedrigschwelliges Beziehungsangebot an pflegende Angehörige auf Augenhöhe. Die Ergebnisse des Projekts FABEL sprechen

dafür, Familienbegleitung dauerhaft zu implementieren. Es wurde deutlich, dass die Unterstützung durch qualifizierte Freiwillige wesentlicher Bestandteil in einem gelingenden Pflegemix ist. Die Weiterqualifikation von engagierten Freiwilligen trägt zu einer Entlastung von pflegenden Angehörigen bei. Durch die verbesserten familiären Situationen kann von gesundheitsökonomischen Einsparungen ausgegangen werden, die die entstehenden Kosten der Weiterbildung und Koordination decken.

#### **Einbindung der Familienbegleitung bleibt Strukturaufgabe**

Freiwillige benötigen eine Anbindung an professionelle Strukturen, die für organisatorische Aufgaben zuständig sind, Kontakte zwischen pflegenden Angehörigen und Freiwilligen vermitteln und für die Freiwilligen als Ansprechpartner fungieren. Obgleich Wirksamkeit und positive gesundheitsökonomische Effekte auf der Hand liegen, gestaltet sich die Finanzierung von solchen Stellen in der Praxis schwierig, weil die Kommunen sich nicht zuständig sehen oder noch nicht ausreichend erkennen können, in welcher Weise sie von der Familienbegleitung profitieren. Auch mit den Krankenkassen ist der weitere Dialog erforderlich, um die Kostendeckung durch die gesundheitsfördernden und präventiven Effekte deutlich zu machen. Eine Neuformulierung der aktuellen Gesetzgebung wäre hilfreich, um auch weitere Bereiche der geriatrischen Gesundheitsversorgung zu stärken.

Bundesweit wird die Familienbegleitung im „Netzwerk pflegeBegleitung“ ([www.pflegebegleiter.de](http://www.pflegebegleiter.de)) verankert sein und damit auch von den strukturellen bundesweiten Netzwerkangeboten profitieren. Für zukünftige Qualifizierungen von Pflegebegleitenden zu Familienbegleitenden steht das Schulungsmanual als Buchpublikation zur Verfügung.

#### **Publikationen**

##### **Kricheldorf, C., Brijoux, T. (2016):**

Familienbegleitung. Neue Facetten in der Begleitung pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 49, Heft 3/2016: 201–208, Springer Medizin.

##### **Kricheldorf, C., Brijoux, T. (2015):**

Familienbegleitung. Freiwilliges Engagement in der Begleitung von Familien bei Demenz. Manual – Handreichungen – Materialien. Lengerich: Pabst Science Publisher.

##### **Kricheldorf, C., Brijoux, T. (2014):**

Familienbegleitung bringt mehr Lebensqualität. In neue caritas 22/2014, online unter <http://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2014/artikel/familienbegleitung-bringt-mehr-lebensqualitaet>

#### **Kontakt**

##### **Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf**

Katholische Hochschule Freiburg  
Institut für Angewandte Forschung, Entwicklung und Weiterbildung (IAF)  
Karlstraße 63  
79104 Freiburg  
E-Mail: [cornelia.kricheldorf@kh-freiburg.de](mailto:cornelia.kricheldorf@kh-freiburg.de)  
Internet: [www.kh-freiburg.de](http://www.kh-freiburg.de)

---

#### **VIDEO-INTERVIEW MIT**

##### **PROF. DR. CORNELIA KRICHELDORFF**

<http://bit.ly/bmg-zukunftswerkstatt-demenz-kricheldorf>



# Mobile Hilfe direkt vor Ort

## Fachtitel: Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)

„Für Sie ins Quartier“ – unter diesem Motto hat der Rhein-Erft-Kreis im April 2013 eine mobile gerontopsychiatrische Beratung mit dem Schwerpunkt Demenz eingeführt. In einem speziell ausgestatteten Fahrzeug bieten trägerübergreifende Teams aus haupt- sowie ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kostenlose Beratungen für interessierte Ratsuchende an. Das Fahrzeug wird an festgesetzten und gut zugänglichen Plätzen des Rhein-Erft-Kreises eingesetzt. Damit soll gerade im ländlichen Raum eine leicht erreichbare und unkomplizierte Beratungsleistung angeboten werden. Sie bietet Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen fundierte Informationen und erleichtert es ihnen, frühzeitig Zugang zu lokalen Entlastungsangeboten zu finden. Die Präsenz des Fahrzeuges im Alltagsleben soll außerdem das Thema Demenz weiter enttabuisieren. Die Technische Universität (TU) Dortmund, Lehrgebiet Soziale Gerontologie mit dem Schwerpunkt Lebenslaufforschung und die Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund haben die mobile Demenzberatung wissenschaftlich begleitet. Ziel des Projekts „Mobile Demenzberatung – ein niedrigschwelliges Angebot für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz (MobiDem)“ war es, zu untersuchen, wie mobile Demenzberatung so konzipiert und implementiert werden kann, dass sie erstens den Bedürfnissen der Zielgruppe gerecht wird und sich zweitens langfristig als Bestandteil der Regelversorgung etablieren kann.

### Vorgehensweise

#### Alle Blickwinkel berücksichtigen

Mit qualitativen und quantitativen Methoden der empirischen Sozialforschung haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler des Projekts MobiDem die Perspektive aller Beteiligten, also von Menschen mit Demenz, pflegenden Angehörigen, Beraterinnen und Beratern sowie Akteurinnen und Akteuren des lokalen Versorgungssystems, unter-

sucht: Für die Verfeinerung des Konzepts haben die Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeiter eine Literaturanalyse vorgenommen, Anbieter von mobilen Beratungsangeboten befragt und leitfadengestützte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern aus Wissenschaft und kommunaler Praxis zur Einschätzung des Beratungskonzepts durchgeführt. Fokusgruppen, leitfadengestützte qualitative Interviews sowie die schriftliche Dokumentation und Analyse relevanter Daten zum Beratungsgeschehen wurden eingesetzt, um das Beratungsangebot aus Sicht der pflegenden Angehörigen, der Menschen mit Demenz sowie der Beraterinnen und Berater zu analysieren. Fördernde und hemmende Rahmenbedingungen des Beratungsangebotes haben die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mithilfe teilstandardisierter Interviews mit den Beraterteams und der Dokumentation und Analyse relevanter Daten zum Beratungsgeschehen untersucht. Außerdem wurde geprüft, wie die mobile Demenzberatung in das Gesamtversorgungssystem integriert wird. Dazu haben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter jene Beschäftigte, die an den Schnittstellen des Versorgungssystems arbeiten, schriftlich standardisiert befragt. Für die Prozessbegleitung und Überführung der mobilen Demenzberatung in die Routineversorgung fanden Workshops mit den Beraterteams statt. Während der gesamten Projektlaufzeit wurden die Ergebnisse regelmäßig an den Rhein-Erft-Kreis zurückgekoppelt, sodass die mobile Demenzberatung kontinuierlich optimiert und überprüft werden konnte.

### Ergebnisse

#### Mobile Demenzberatung hilft den Betroffenen

Im Rhein-Erft-Kreis hat sich die mobile Demenzberatung als ergänzendes und vernetzendes Angebot in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und pflegender Angehöriger etabliert. Die MobiDem-Ergebnisse zeigen, dass sich die Lebens- und Pflegesituation bei den Nutzerinnen und Nutzern

schon kurz nach dem Beratungsgespräch verbesserte. Die Zusammenarbeit von haupt- sowie ehrenamtlichen Beraterinnen und Beratern hat sich dabei besonders bewährt, da sich Wissen und Kompetenzen ergänzen. Für die erfolgreiche Übertragung des Konzepts in andere Regionen sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

### **Gut vorbereiten und langfristig planen**

Schon lange bevor die mobile Demenzberatung startet, gilt es, vor Ort ein umfangreiches Netzwerk aus Kooperationspartnern aufzubauen und in die Planungen miteinzubeziehen. Hierzu gehören jene, die in die Erbringung von pflegerischen Dienstleistungen im weitesten Sinne involviert sind (z. B. ambulante und (teil-)stationäre Pflegedienste, Krankenkassen oder Interessenvertretungen). So können Beteiligte dieses Netzwerkes ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Dauer des Beratungseinsatzes von der eigentlichen Tätigkeit freistellen und auf diese Weise die Umsetzung des Projekts vor Ort unterstützen. Dabei werden zusätzlich ehrenamtliche Helferinnen und Helfer benötigt, die mit den Strukturen vor Ort vertraut sein müssen. Auch die Unterstützung des Projekts durch politische Verantwortliche, wie dem Landrat, sollte gesichert sein.

### **Geeignetes Fahrzeug**

Mobile Demenzberatung muss nicht zwingend in einem Fahrzeug erfolgen. Diese Variante bietet jedoch mehrere Vorteile: Man ist weitgehend unabhängig von anderen Einrichtungen und die Beraterinnen und Berater können sich in dem Fahrzeug ein festes Büro einrichten, das nicht immer wieder auf- und abgebaut werden muss. Außerdem macht ein ansprechend gestaltetes Fahrzeug direkt auf das Beratungsangebot aufmerksam. Die Zielsetzung sollte dabei klar ausgewiesen sein, zum Beispiel „Beratung zum Thema Demenz“. Empfohlen wird ein Fahrzeug mit barrierefreiem Zugang, in dem die Beratungen sightgeschützt stattfinden können. Für den Winterbetrieb braucht man eine Standheizung. Alternativ oder ergänzend können die Gespräche gerade in der

kalten Jahreszeit in anderen Räumlichkeiten (z. B. Vorraum eines Supermarktes oder Empfangsbereich einer Klinik oder des Rathauses) stattfinden.

### **Guter Standort und regelmäßige Einsätze**

Belebte und gut erreichbare Plätze sind ideale Standorte. Das Fahrzeug wird gut wahrgenommen und auch spontane Beratungsgespräche können sich ergeben. Die mobile Demenzberatung sollte in einem regelmäßigen Turnus vor Ort sein, da sie so besser akzeptiert und in Anspruch genommen wird. Bewährt haben sich außerdem flexible Einsatzzeiten, die sich an der Zielgruppe orientieren, zum Beispiel spätere Tageszeiten für Berufstätige.

### **Kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung**

Eine umfassende und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ist für eine erfolgreiche mobile Demenzberatung unverzichtbar. Sie macht potenzielle Nutzerinnen und Nutzer sowie Akteurinnen und Akteure des Versorgungssystems auf das Beratungsangebot aufmerksam und enttabuisiert das Thema Demenz. Neben Berichten in der Tagespresse, empfiehlt es sich auch Plakate, Flyer sowie Bekanntmachungen im Radio und lokalen Fernsehen einzusetzen. Außerdem sollte die Vernetzung, zum Beispiel mit Haus- und Fachärztinnen bzw. -ärzten, fortwährend vorangetrieben werden, um die mobile Demenzberatung vor Ort nachhaltig zu etablieren.

### **Qualitätsmanagement**

Zielgruppen und Rahmenbedingungen können sich verändern, weshalb die mobile Demenzberatung regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden sollte. Hierfür ist ein fortlaufendes Qualitätsmanagement mit einer festen Ansprechpartnerin bzw. einem festen Ansprechpartner erforderlich. Diese oder dieser plant und koordiniert zudem die Einsätze der Beraterinnen und Berater, organisiert deren Schulungen und kümmert sich um die Finanzierung.

### **Leitfaden für die mobile Demenzberatung**

Nicht nur ländliche Gegenden sondern auch Landkreise, in denen es bislang wenige Informationen für pflegende Angehörige gibt, aber auch Randbezirke von größeren Städten können von einer mobilen Demenzberatung profitieren. Das Projektteam von MobiDem hat einen „Handlungsleitfaden mit Empfehlungen zur Umsetzung einer mobilen Demenzberatung“ herausgegeben, der auf der Internetseite des Projekts als Download zur Verfügung steht. Laut den Ergebnissen von MobiDem lohnt es sich dabei, kreative und individuelle Ansätze zu wagen, da sie den offenen Austausch aller wichtigen Akteurinnen und Akteure fördern und die mobile Demenzberatung sichtbar machen.

### **Publikationen**

#### **Reichert, M., Hampel, S., Reuter, V. (2016):**

Mobile Demenzberatung als niedrigschwelliges Hilfeangebot für pflegende Angehörige, In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 49, 3, 181–186, DOI: 10.1007/s00391-016-1029-x.

#### **Reichert, M., Hampel, S., Reuter, V. (2015):**

Handlungsempfehlungen zur Umsetzung einer mobilen Demenzberatung am Beispiel der mobilen gerontopsychiatrischen Beratung des Rhein-Erft-Kreises „Für Sie ins Quartier“, Dortmund, online: [http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Publikationen/20150923\\_Handlungsleitfaden\\_MobiDem.pdf](http://www.mobidem.tu-dortmund.de/joomla/images/Publikationen/20150923_Handlungsleitfaden_MobiDem.pdf), zuletzt abgerufen am 30.09.2015.

#### **Hampel, S., Reuter, V., Reichert, M. (2015):**

„Meine Frau hat die Krankheit und ich habe die Schmerzen“ – Mobile Demenzberatung als Instrument zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger, online: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/mobile-demenzberatung/>, zuletzt abgerufen am 27.07.2015.

### **Kontakt**

#### **Prof. Dr. Monika Reichert**

Technische Universität Dortmund  
Fakultät 12 Erziehungswissenschaft, Psychologie  
und Soziologie  
Emil-Figge-Straße 50  
44227 Dortmund  
E-Mail: [monika.reichert@tu-dortmund.de](mailto:monika.reichert@tu-dortmund.de)  
Internet: [www.mobidem.tu-dortmund.de](http://www.mobidem.tu-dortmund.de)

# Hilfe leichter annehmen

## Fachtitel: P.A.u.S.E. – für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz

Die meisten demenziell erkrankten Menschen werden von ihren Angehörigen versorgt, häufig ohne jede professionelle Unterstützung. Pflegende Angehörige sind dadurch körperlich, psychisch-emotional und oft auch finanziell-wirtschaftlich stark belastet. Deshalb wurden in den letzten Jahren zahlreiche Unterstützungs- und Entlastungsangebote etabliert, die nachweislich helfen und positiv wirken. Trotzdem nehmen weniger als zehn Prozent der pflegenden Angehörigen diese Hilfen an. Die Gründe dafür liegen oftmals bei den Angehörigen selbst: Viele sind misstrauisch oder lehnen Unterstützungsangebote ab – oder Sie wissen gar nicht, dass entsprechende Angebote bestehen oder ob sie Anspruch auf diese Angebote hätten. Ziel des Projekts „P.A.u.S.E. – für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz“ war es, die Barrieren für die Inanspruchnahme von ehrenamtlichen Betreuungsangeboten bei den Angehörigen zu reduzieren und die Nutzung häuslicher Entlastungsbetreuung durch Ehrenamtliche zu erhöhen.

## Vorgehensweise

### Angehörige und Helfer gemeinsam schulen

Im Mittelpunkt des Projekts P.A.u.S.E. standen gemeinsame Pflegekurse für pflegende Angehörige von demenziell erkrankten Menschen und ehrenamtliche Helferinnen und Helfern. Zunächst zeigte das Ergebnis einer umfassenden Recherche nach potenziellen Anbietern, dass es zu Beginn des Projekts keinen anerkannten Leistungsanbieter von Pflegekursen für Angehörige von Menschen mit Demenz in Leipzig gab. Durch zahlreiche Gespräche wurden im Projektverlauf sechs Kooperationspartnerinnen bzw. -partner gewonnen und bei der Zulassung als anerkannter Leistungserbringer von Pflegekursen mit Schwerpunkt Demenz intensiv unterstützt. Gezielte Öffentlichkeitsarbeit informierte pflegende Angehörige über die gemeinsamen Kurse. Das Projekt wurde zum Beispiel in Printmedien, im Radio und im Fahrgast-TV der Leipziger Verkehrs-

betriebe und durch Auslage von Informationsmaterial in Arztpraxen bekannt gemacht. Parallel dazu wurde ein professionelles Multiplikatorinnen- bzw. Multiplikatorennetzwerk aufgebaut, um Angehörige für die Kursteilnahme zu gewinnen. Es besteht aus ambulanten und stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens und sozialen sowie kommunalen Anbietern, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in verschiedenen Phasen der Erkrankung betreuen. Der Einsatz von Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren eignet sich besonders gut dafür, zielgruppenspezifische Informationen weiterzugeben und pflegenden Angehörigen den Zugang zu Entlastungsangeboten zu erleichtern.

### Netzwerk ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer

Die Gewinnung der Helferinnen und Helfer erfolgte kontinuierlich in Vorbereitung der geplanten Pflegekurse. Der Kooperationspartner Freiwilligenagentur Leipzig e. V. sprach potenzielle Helferinnen und Helfer persönlich an. Außerdem unterstützte eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit den Aufbau eines Ehrenamtlichen-Netzwerks. Hierfür gab es Anzeigen und Berichte in Tageszeitungen, Rundfunkbeiträge, Aushänge in Arztpraxen, Apotheken und sozialen Bildungseinrichtungen sowie Informationsveranstaltungen und Projektpräsentationen in Senioren-Einrichtungen.

### Gemeinsam lernen und Vertrauen aufbauen

Der gemeinsame Pflegekurs für die pflegenden Angehörigen und die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer erstreckte sich über zehn Wochen und umfasste zehn Einheiten à 90 Minuten. In den Kursen nach § 45 SGB XI wurde den Angehörigen Wissen über die Krankheit, Unterstützungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien vermittelt. Die Ehrenamtlichen wurden ausgebildet und auf den Einsatz in der häuslichen Entlastungsbetreuung vorbereitet. Der Austausch von Erfahrungen zwischen Angehörigen und Ehrenamtlichen und das „voneinander Lernen“ waren ein weiteres wichtiges Element. In einem zusätzlichen Modul am Ende des Kurses konnten die Angehörigen die häusliche Entlastungs-

betreuung mit den ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern besprechen, planen und im Anschluss an den Kurs wahrnehmen.

## Ergebnisse

### **Kursteilnehmerinnen und -teilnehmer lassen sich mehr helfen**

Insgesamt wurden 17 gemeinsame Pflegekurse durchgeführt und 130 pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz geschult. Pflegende Angehörige, die an einem gemeinsamen Pflegekurs teilgenommen hatten (Interventionsgruppe), nahmen im Anschluss häufiger ehrenamtliche Entlastungsbetreuung in Anspruch als Angehörige, die einen Pflegekurs ohne ehrenamtliche Helferinnen und Helfer besucht hatten (Kontrollgruppe). Sechs Monate nach dem Kursbesuch stieg die Inanspruchnahme bei den Teilnehmenden der Interventionsgruppe um 16,7 Prozent, in der Kontrollgruppe nur um 2,9 Prozent. Bei der anschließenden häuslichen Betreuung übernahmen die Ehrenamtlichen die Betreuung der demenziell erkrankten Menschen ein- bis zweimal pro Woche für zwei bis vier Stunden.

### **Weniger Vorbehalte**

Vorurteile und Vorbehalte von Angehörigen gegenüber ehrenamtlichen Hilfen waren bei den Angehörigen nach dem Besuch eines gemeinsamen Pflegekurses sowohl kurzfristig (unmittelbar nach dem Kurs) als auch langfristig (sechs Monate danach) deutlich geringer als bei den Angehörigen, die einen Kurs ohne ehrenamtliche Helferinnen und Helfer besucht hatten. Außerdem hatten sie sowohl kurz- als auch langfristig wesentlich bessere Kenntnisse und Vorstellungen über das Angebot einer ehrenamtlichen Entlastungsbetreuung. Die Annahme, dass gemeinsame Pflegekurse das Vertrauen der Angehörigen gegenüber den Helferinnen und Helfern positiv beeinflusst, konnte anhand der durchgeführten Analysen weder im kurzfristigen noch im langfristigen Verlauf nachgewiesen werden.

### **Praxisnah und einfach übertragbar**

Gemeinsame Pflegekurse mit ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern scheinen geeignet, die Inanspruchnahme häuslicher Entlastungsbetreuung durch pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zu erhöhen. Entscheidend für die positivere Einstellung ist dabei der Kontakt zwischen Angehörigen und Ehrenamtlichen. Da es bereits sowohl Pflegekurse für Angehörige als auch für ehrenamtliche Helferinnen und Helfer gibt, die nach § 45c SGB IX von den gesetzlichen Pflegekassen finanziert werden, lässt sich P.A.u.S.E. gut in die aktuelle Versorgungsstruktur übertragen. Es müssen keine neuen Unterstützungsangebote implementiert, sondern bestehende Angebote lediglich zusammengeführt werden. Ohne zusätzliche Kosten entsteht so ein Synergieeffekt, der die Zugangsbarrieren für die Inanspruchnahme abbaut und pflegende Angehörige bei der häuslichen Versorgung von demenziell erkrankten Menschen effektiv unterstützt.

### **Männer an Bord**

Meistens pflegen Frauen ihre an Demenz erkrankten Angehörigen, insbesondere Ehefrauen und Töchter übernehmen diese Aufgabe häufig. P.A.u.S.E. richtete sich jedoch an beide Geschlechter. Deshalb wurde bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern sowie pflegenden Angehörigen darauf geachtet, dass sich auch Männer angesprochen fühlen. So konnten für die gemeinsamen Pflegekurse 11 Prozent Männer als ehrenamtliche Helfer gewonnen werden. Von den teilnehmenden Angehörigen waren knapp 24 Prozent Männer.

### **Nachhaltige Strukturen**

In Leipzig und Umgebung wirkt P.A.u.S.E. auch nach Abschluss der BMG-Förderung nach: Sechs Kooperationspartner bieten weiterhin gemeinsame Pflegekurse unabhängig von den P.A.u.S.E.-Projektmitarbeiterinnen und -mitarbeitern an. Der Verein „SelbstBestimmt Leben Leipzig und Umgebung e.V.“ übernahm das aufgebaute Helferinnen- und Helfer-Netzwerk von 62 Ehrenamtlichen. Vier Angehörige

gengruppen gründeten sich im Verlauf des Projekts neu. Außerdem entstand ein Expertenpool aus Fachreferentinnen und -referenten für Pflegekurse mit Schwerpunkt Demenz, der die Anbieter bei der Durchführung von Pflegekursen unterstützt.

### **Kontakt**

#### **Prof. Dr. Gesine Grande**

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig  
Karl-Liebknecht-Straße 132  
04277 Leipzig  
E-Mail: [gesine.grande@htwk-leipzig.de](mailto:gesine.grande@htwk-leipzig.de)  
Internet: [www.pause-fuer-angehoerige.de](http://www.pause-fuer-angehoerige.de)

#### **Prof. Dr. Astrid Sonntag**

Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig  
Fakultät Architektur und Sozialwissenschaften  
Karl-Liebknecht-Straße 145  
04277 Leipzig  
E-Mail: [astrid.sonntag@htwk-leipzig.de](mailto:astrid.sonntag@htwk-leipzig.de)  
Internet: [www.pause-fuer-angehoerige.de](http://www.pause-fuer-angehoerige.de)

# Therapie am Telefon

## Fachtitel: Telefonische Therapie für Angehörige von Demenzerkrankten (Tele.TAnDem)

Vielfach wird die Pflege von Menschen mit Demenz von Ehepartnerinnen bzw. -partnern und Kindern übernommen – auch über Jahre hinweg. Die Betreuung bringt für die Angehörigen körperliche und seelische Belastungen mit sich. Gesundheitliche Beeinträchtigungen wie depressive Symptome und körperlichen Beschwerden sind bei ihnen im Vergleich zu anderen Personen in der gleichen Bevölkerungsgruppe deutlich höher ausgeprägt. Auch sind sie in der täglichen Pflege in der Regel stark eingespannt, sodass wenig Flexibilität für die persönliche Alltagsgestaltung bleibt.

### Die Idee: Telefonische psychotherapeutische Unterstützung

Die Beratungsstellen der Alzheimer Gesellschaften bieten Angehörigen vor Ort vielfältige Unterstützung an. Das Modell „Tele.TAnDem“ verstand sich daneben als ein standortunabhängiges Angebot: Pflegende Angehörige konnten zwölf Psychotherapieeinheiten à 50 Minuten in Anspruch nehmen. Anders als klassische Therapiesitzungen erfolgten die Gespräche jedoch am Telefon, sodass sich die Termine in den häuslichen Alltag pflegender Angehöriger einfügten. Ziel der Intervention war die Entlastung der pflegenden Familienmitglieder und die Förderung ihrer Gesundheit bzw. ihres Wohlbefindens.

Basierend auf der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) wurden die Therapeutinnen und Therapeuten für Tele.TAnDem in einem zweitägigen Training und mithilfe eines begleitenden Handbuchs vorbereitet. Im Rahmen der Ressortforschung zum „Leuchtturmprojekt Demenz“ des Bundesministeriums für Gesundheit (2008 bis 2009) konnte die gesundheitsfördernde Wirkung der telefonbasierten Intervention bereits bestätigt werden. Für das aktuelle Angehörigenprojekt sollte Tele.TAnDem jetzt erstmalig in etablierten Versorgungsstrukturen angewendet und unter praxisnahen Bedingungen überprüft werden. Mithilfe der gewonnenen Erkenntnisse sollten Versorgungssituationen optimiert und so die Situation

sowohl der pflegenden Angehörigen als auch der Menschen mit Demenz verbessert werden.

## Vorgehensweise

### Therapie vis-à-vis, am Telefon oder gar nicht

322 pflegende Angehörige nahmen an der aktuellen Studie teil. Sie wurden in drei Gruppen unterteilt: 49 hatten ihren Lebensmittelpunkt in den Großräumen Berlin, Jena oder München und konnten die Gespräche mit ihren Therapeutinnen bzw. Therapeuten von Angesicht zu Angesicht führen; 139 Teilnehmende nutzten stattdessen die telefonbasierte Intervention Tele.TAnDem und 134 Angehörige bildeten die Kontrollgruppe. Letztere nahmen die Regelversorgung in Anspruch.

Im Erstgespräch wurden gemeinsam mit den Angehörigen Problembereiche definiert und Ziele für die therapeutische Unterstützung festgelegt. In zwölf Gesprächen, die innerhalb eines halben Jahres erfolgten, wurden die Angehörigen u. a. hinsichtlich ihrer Problemlösefähigkeiten, Umgang mit der Erkrankung, Selbstfürsorge, Emotionsregulation und Akzeptanz der erkrankungsbedingten Verluste unterstützt. Unabhängige Interviewerinnen und Interviewer befragten die Teilnehmenden zu drei Messzeitpunkten: vor der Intervention, direkt danach und ein halbes Jahr nach den Gesprächen.

Im Hinblick auf die Bewertung der Programmwirksamkeit wurden primäre und sekundäre Zielvariablen definiert. Die primären Zielvariablen der Studie umfassten das emotionale Wohlbefinden, depressive Symptome, pflegebezogene Einstellungen, die Bewältigung von Trauer, die Stressbewältigung der pflegenden Angehörigen und das Erreichen von individuellen Zielstellungen. Als sekundäre Zielvariablen wurden Körperbeschwerden, Lebensqualität, Ängstlichkeit und das Ausmaß des pflegebezogenen Belastungserlebens der pflegenden Angehörigen erhoben. Des Weiteren wurde die Akzeptanz und

Zufriedenheit der Teilnehmenden mit der Intervention erfasst.

## Ergebnisse

### Positive Effekte auf Körper und Geist

Die in dieser Studie untersuchte Stichprobe von 322 pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz ist als repräsentativ einzuordnen – insbesondere der hohe Anteil pflegender Frauen (79,8 % in dieser Studie). Die Ergebnisse und Erfahrungen zeigten, dass die Intervention für Frauen und Männer gleichermaßen wirksam ist.

### Gesprächsangebot entlastet Angehörige nachhaltig

Die Wirksamkeit der Tele.TAnDem-Intervention konnte nach Ende der zwölf Therapiesitzungen für die Mehrheit der erhobenen Zielgrößen nachgewiesen werden. So zeigten sich im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikante positive gesundheitliche Veränderungen hinsichtlich der Stimmung, der depressiven Symptomatik und der körperlichen Beschwerden. Insgesamt verbesserte sich die Lebensqualität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Positive Effekte bezüglich der Stressbewältigung wurden sichtbar. In einigen Fällen war das demenziell erkrankte Familienmitglied während des Beobachtungszeitraums der Intervention verstorben. Die Angehörigen, die weiter an der telefonischen Begleitung teilnahmen, zeigten in Bezug auf Trauerprozesse nach dem Tod der Erkrankten eine bessere Akzeptanz und Trauerverarbeitung als die Kontrollgruppe.

Auch langfristig scheint sich die Intervention auf die Stimmung, die Bewältigung von Verlust und Trauer und auf das Beeinflussen dysfunktionaler Gedanken auszuwirken. Als dysfunktionale Gedanken werden belastungsfördernde, nicht hilfreiche oder stimmungsmindernde Bewertungen, die häufig mit Schuldgefühlen, Scham und Perfektionismus zu tun haben, bezeichnet. Negative Stimmung und dys-

funktionale Gedanken gelten als Hauptrisikofaktoren für die Auslösung von depressiven Symptomen. Somit ist dieses Ergebnis hinsichtlich der langfristigen Prävention von Depression besonders relevant. Zudem wurde auch sechs Monate später im Rahmen der Follow-up-Befragung deutlich, dass die Lebensqualität der Interventionsgruppe besser war als bei den Angehörigen der Kontrollgruppe.

Insgesamt waren die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Interventionsgruppen – telefonische Gespräche und persönliche Treffen – sehr zufrieden mit den Rahmenbedingungen und Inhalten der Intervention, der Gestaltung der Therapiebeziehung sowie den wahrgenommenen Interventionseffekten. Auch in der Wirksamkeit und bei der hohen Akzeptanz durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterschieden sich die beiden Interventionsformen nicht.

### Tele.TAnDem ergänzt lokale Beratungsangebote sinnvoll

Die Berichte der teilnehmenden Alzheimer Gesellschaften sowie der teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten belegten, dass die Zusammenarbeit in den Beratungsstellen erfolgreich und zielführend war. Das zweitägige Training in Tele.TAnDem sowie das Manual wurden als angemessen und hilfreich für eine adäquate Umsetzung der Intervention wahrgenommen. Angehörige empfanden die telefonischen Sitzungen als passend und geeignet für die zeitintensive Pflegesituation.

Insgesamt erwies sich Tele.TAnDem als eine sehr gut umsetzbare Intervention, um die Gesundheit und die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen zu erhalten bzw. zu verbessern und somit insgesamt die häusliche Pflege zu stärken. Die Form der kontinuierlichen, psychotherapeutischen, vorwiegend telefonischen Unterstützung gehört bisher nicht zu den Beratungsangeboten, würde sich aber als Ergänzung der bestehenden Angebote eignen. Auch stellt der Austausch der Tele.TAnDem-Therapeutinnen und

-Therapeuten mit dem interdisziplinären Expertinnen- bzw. Expertenteam der Alzheimer Gesellschaften für die therapeutische Unterstützung eine hilfreiche Kooperation dar.

#### **Ausblick: mehr Therapeutinnen und Therapeuten ausbilden**

Ab Oktober 2016 wird in Kooperation mit dem weiterbildenden Studium Psychologische Psychotherapie der Universität Jena kontinuierlich eine Fortbildung für ausgebildete Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten im Tele.TAnDem-Konzept in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft angeboten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Rahmenbedingungen zur Projektverfestigung (Effektivität und Kosten der Intervention, Akzeptanz und Nutzen der Intervention für die Angehörigen, Nutzerzahlen, Entwicklung von Versorgungsstrukturen, Publikation der Intervention und Qualitätssicherung) gegeben sind. Insofern haben sich durch das Projekt nachhaltige Strukturen entwickelt, die einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Stabilisierung der familiären Pflege leisten könnten, sobald die Frage der nachhaltigen Finanzierung geklärt ist. Eine zukünftige Finanzierung der telefonischen Intervention im deutschen Gesundheitssystem wäre wünschenswert und sollte unter dem Aspekt des langfristigen und steigenden Bedarfs der pflegenden Angehörigen geplant und realisiert werden.

#### **Publikationen**

##### **Wilz, G., Meichsner, F., Soellner, R. (2016):**

Are Psychotherapeutic Effects on Family Caregivers of People with Dementia Sustainable? Two-Year Long-Term Effects of a Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention. First online: 08 March 2016: S.1–8. *Aging and Mental Health*, 2016. doi 10.1080/13607863.2016.1156646.

##### **Wilz, G., Soellner, R. (2015):**

Evaluation of a short-term Telephone-Based Cognitive Behavioral Intervention for Dementia Family Caregivers. *Clinical Gerontologist*, 39(1), 25–47. doi 10.1080/07317115.2015.1101631.

##### **Wilz, G., Schinköthe, D., Kalytta, T. (2015):**

Therapeutische Unterstützung für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Das Tele.TAnDem-Behandlungsprogramm. Göttingen: Hogrefe.

#### **Kontakt**

##### **Prof. Dr. Gabriele Wilz**

Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Institut für Psychologie, Abteilung Klinisch-Psychologische Intervention  
Humboldtstraße 11  
07743 Jena  
E-Mail: gabriele.wilz@uni-jena.de

##### **Prof. Dr. Renate Soellner**

Stiftung Universität Hildesheim  
Institut für Psychologie, Arbeitsbereich Forschungsmethoden und Evaluation  
Universitätsplatz 1  
31141 Hildesheim  
E-Mail: soellner@uni-hildesheim.de  
Internet: [http://www.psychologie.uni-jena.de/Klinisch\\_Psychologische\\_Intervention.html](http://www.psychologie.uni-jena.de/Klinisch_Psychologische_Intervention.html)



Ausblick

# Die Pflegestärkungsgesetze

## Damit Pflegebedürftige so lange wie möglich zu Hause bleiben können

**In einer alternden Gesellschaft muss die Pflege angepasst und aufgewertet werden. Denn der demografische Wandel mit steigender Lebenserwartung bei niedrigen Geburtenzahlen stellt die sozialen Sicherungssysteme und damit auch die gesetzliche Pflegeversicherung vor große Herausforderungen. Die Bundesregierung reagiert auf diese Herausforderung mit drei Pflegestärkungsgesetzen. Durch Leistungsverbesserungen, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie ein neues Begutachtungsverfahren und die konkrete Stärkung der kommunalen Ebene wird eine verbesserte Grundlage geschaffen, dass Deutschland diese Herausforderungen meistern kann.**

### Stärkung der kommunalen Ebene

Mit dem Dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III), das zum 1. Januar 2017 in Kraft treten soll, wird die kommunale Ebene – die Pflege und die Beratung vor Ort – gestärkt, denn diese trägt im Rahmen ihrer Zuständigkeit maßgeblich zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen bei. Ziel ist es, die kommunale Steuerungs- und Planungskompetenz für die regionale Pflegestruktur zu stärken und Kommunen stärker in die Strukturen der Pflege verantwortlich einzubinden, damit Sozialräume so entwickelt werden können, dass pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können.

In den vergangenen Jahren hat sich mehr und mehr gezeigt, dass es Verbesserungspotenzial bei der Pflege vor Ort insbesondere in Bezug auf Koordination, Kooperation und Steuerung gibt. Im Koalitionsvertrag für die 18. Legislaturperiode wurde daher im Jahr 2013 die Einsetzung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege beschlossen. Der Arbeitsauftrag bestand darin, gemeinsam Empfehlungen zu erarbeiten. Denn nur im engen Zusammenwirken von Bund, Ländern, Kommunen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen können die Versorgung pflegebedürftiger Menschen und die Unterstützung ihrer Angehörigen angemessen erfolgen.

### Ein fester Ansprechpartner vor Ort

Ein Schwerpunkt des PSG III ist es, die Zusammenarbeit vor Ort zu verbessern, damit die vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten für Pflegebedürftige auch dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Dazu sollen die Möglichkeiten verbessert werden, Pflegestützpunkte einzurichten. Pflegestützpunkte sind Einrichtungen, die in Zusammenarbeit von Kommunen, Kranken- und Pflegekassen und zum Beispiel Wohlfahrtsverbänden für eine wohnortnahe Beratung von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sorgen. Diese Angebote gibt es in den meisten Bundesländern. „Wir sorgen dafür, dass die Kommunen über ein Initiativrecht solche Pflegestützpunkte zusammen mit den Pflege- und Krankenkassen errichten können“, sagt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Um das Initiativrecht ausüben zu können, muss die Finanzierung der Stützpunkte sichergestellt sein. Dazu ist vorgesehen, dass die Länder mit den Pflegekassen klare Verabredungen (Rahmenvereinbarungen) schließen, in denen die Finanzierung geregelt wird. So wird sichergestellt, dass die Kommunen, die einen Pflegestützpunkt errichten wollen, sich auch angemessen beteiligen. Die Höhe hängt von der konkreten Landesrahmenvereinbarung ab. Zudem wird im Rahmen des Gesetzes die Pflegeversicherung näher an die kommunalen Strukturen heranrücken: Pflegekassen werden verpflichtet, sich an regionalen Gremien zu beteiligen, die sich mit Fragen der Versorgung vor Ort befassen. Die dort gefassten Empfehlungen sollen die Pflegekassen dann in Vertragsverhandlungen einbeziehen.

### Beratung aus einer Hand

Schon die Pflegestützpunkte zielen darauf, Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Beratung „aus einer Hand“ zu ermöglichen. Dazu ist eine gute Abstimmung zwischen Beratungsleistungen der Pflegeversicherung und anderen kommunalen Beratungsleistungen nötig. Mit dem PSG III soll nun die Beratungskompetenz der Länder und Kommu-

nen weiter gestärkt werden. Denn die Kommunen beraten im Rahmen der Sozialhilfe, der Hilfe zur Pflege, der Altenhilfe oder der Eingliederungshilfe schon jetzt Menschen, die beispielsweise wegen ihres Alters oder einer Behinderung Unterstützung und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft benötigen. Durch das PSG III werden Kommunen die Möglichkeit haben, in bis zu 60 Modellvorhaben bundesweit für einen Zeitraum von fünf Jahren die Verantwortung für die Pflegeberatung vor Ort zu übernehmen. Die Modellvorhaben werden wissenschaftlich begleitet, um zu sehen, wie sie im Vergleich mit anderen Beratungsmodellen abschneiden.

**Weitere Informationen**

[www.pflegestaerkungsgesetze.de](http://www.pflegestaerkungsgesetze.de)

# Allianz für Menschen mit Demenz

In der Arbeitsgruppe „Allianz für Menschen mit Demenz“ arbeitet ein breit angelegtes Bündnis der Zivilgesellschaft mit der Bundesregierung gemeinsam daran, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zu verbessern. Ziel aller mitwirkenden Gestaltungspartnerinnen und -partner ist die Weiterentwicklung von Hilfen und Unterstützung für Betroffene sowie die Förderung von Verständnis und Sensibilität für Menschen mit Demenz.

Die Allianz ist Teil der Demografiestrategie „Jedes Alter zählt“ der Bundesregierung. Diese dient als Grundlage für den eingeleiteten Dialogprozess zur Gestaltung des demografischen Wandels. Gegründet wurde die Allianz 2012 von der Bundesfamilienministerin und dem Bundesgesundheitsminister. Der Vorstand wird außerdem von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. unterstützt, die den Ko-Vorsitz innehat. Öffentliche Stellen und Organisationen der Zivilgesellschaft einschließlich der Selbsthilfe, die sich auf Bundesebene, Landesebene und kommunaler Ebene für Menschen mit Demenz engagieren, arbeiten in der Allianz zusammen. In einer gemeinsamen Erklärung haben die Gestaltungspartnerinnen und -partner die Agenda „Gemeinsam für Menschen mit Demenz“ verabschiedet. Sie bildet den Grundstein für eine Nationale Demenzstrategie. In der Agenda sind 155 konkrete Vereinbarungen und Maßnahmen in vier Handlungsfeldern erarbeitet worden.

## **Handlungsfeld I:**

### **Wissenschaft und Forschung**

Für die qualifizierte Behandlung und Unterstützung von Menschen mit Demenz ist die wissenschaftliche Forschung eine wichtige Grundlage, um die Entstehung von demenziellen Erkrankungen besser zu verstehen und die Potenziale für Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation zu erkennen.

## **Handlungsfeld II:**

### **Gesellschaftliche Verantwortung**

Menschen mit Demenz haben ein Recht auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe. Daneben sind auch rechtliche Fragen sowie Zwangsmaßnahmen ein wichtiges Thema.

## **Handlungsfeld III:**

### **Unterstützung von Menschen mit Demenz**

Beratung, Begleitung und Unterstützungsangebote sowohl für demenziell Erkrankte als auch ihre Angehörigen sind für den Erhalt an Kompetenz und Selbstwertgefühl von Menschen, die an Demenz erkrankt sind, von zentraler Bedeutung.

## **Handlungsfeld IV:**

### **Gestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems**

Um das bestehende Hilfeangebot zu individualisieren und auf die spezifische Bedarfssituation der Erkrankten und deren Familien in der jeweiligen Krankheitsphase eingehen zu können, braucht es auf die jeweiligen Bedarfe abgestimmte Wohn- und Betreuungsformen, eine intensivierete Vernetzung der ambulanten und stationären Versorgung, die Qualifizierung aller Beteiligten und eine Qualitätssicherung sowohl im stationären wie auch im häuslichen Bereich.

Die Agenda wurde nach einem zweijährigen Arbeitsprozess von allen Gestaltungspartnerinnen und -partnern der Allianz im September 2014 unterzeichnet. Hierdurch ist der Umsetzungsprozess der Beiträge gestartet worden. Inzwischen sind 133 Maßnahmen der Agenda mit Beiträgen der Gestaltungspartnerinnen und -partner unterlegt. Im September 2016 wird ein erster Zwischenbericht vorgelegt. Der Abschlussbericht ist für 2018 vorgesehen.



# Adressen und Anlaufstellen

**Allianz für Menschen mit Demenz (Geschäftsstelle)**

Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben  
Referat 407 – Nationale Programme  
Postanschrift: 50964 Köln  
Besucheranschrift: Sibille-Hartmann-Straße 2–8  
50969 Köln  
Tel.: 0221 3673-1308  
Fax: 0221 3673-51038  
E-Mail: [gst-demenz@bafza.bund.de](mailto:gst-demenz@bafza.bund.de)  
Internet: [www.allianz-fuer-demenz.de](http://www.allianz-fuer-demenz.de)

**AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.**

Heinrich-Albertz-Haus  
Blücherstraße 62/63  
10961 Berlin  
Tel.: 030 26309-0, Fax: 030 26309-32599  
E-Mail: [info@awo.org](mailto:info@awo.org)  
Internet: [www.awo.org](http://www.awo.org)

**bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.**

Bundesgeschäftsstelle  
Friedrichstraße 148  
10117 Berlin  
Tel.: 030 308788-60, Fax: 030 308788-89  
E-Mail: [bund@bpa.de](mailto:bund@bpa.de)  
Internet: [www.bpa.de](http://www.bpa.de)

**Demenz Support Stuttgart gGmbH**

Zentrum für Informationstransfer  
Hölderlinstraße 4  
70174 Stuttgart  
Tel.: 0711 99787-10, Fax 0711 99787-29  
E-Mail: [redaktion@demenz-support.de](mailto:redaktion@demenz-support.de)  
Internet: [www.demenz-support.de](http://www.demenz-support.de)

**Der Paritätische Gesamtverband**

Oranienburger Straße 13–14  
10178 Berlin  
Tel.: 030 24636-0, Fax: 030 24636-110  
E-Mail: [info@paritaet.org](mailto:info@paritaet.org)  
Internet: [www.paritaet.org](http://www.paritaet.org)  
oder: [www.der-paritaetische.de](http://www.der-paritaetische.de)

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.**

Selbsthilfe Demenz  
Friedrichstraße 236  
10969 Berlin  
Tel.: 030 2593795-0, Fax: 030 2593795-29  
E-Mail: [info@deutsche-alzheimer.de](mailto:info@deutsche-alzheimer.de)  
Internet: [www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

**Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.**

Landpartie Tagespflege  
Pastorenweg 1  
27389 Fintel  
Tel.: 03221 1056979, Fax: 040 27871381  
E-Mail: [info@demenz-ded.de](mailto:info@demenz-ded.de)  
Internet: [www.demenz-ded.de](http://www.demenz-ded.de)

**Deutscher Caritasverband e.V.**

Karlstraße 40  
79104 Freiburg  
Tel.: 0761 200-0  
E-Mail: [info@caritas.de](mailto:info@caritas.de)  
Internet: [www.caritas.de](http://www.caritas.de)

**Diakonie Deutschland –****Evangelischer Bundesverband****Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Tel.: 030 65211-0, Fax: 030 65211-3333  
E-Mail: [diakonie@diakonie.de](mailto:diakonie@diakonie.de)  
Internet: [www.diakonie.de](http://www.diakonie.de)

**Deutsches Rotes Kreuz – DRK Generalsekretariat**

Carstennstraße 58  
12205 Berlin  
Tel.: 030 85404-0, Fax: 030 85404-450  
E-Mail: drk@drk.de  
Internet: www.drk.de

**Hirnliga e. V.**

Geschäftsstelle  
Postfach 1366  
51657 Wiehl  
Tel.: 02262 9999917  
E-Mail: buero@hirnliga.de  
Internet: www.hirnliga.de

**Kuratorium Deutsche Altenhilfe**

Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.  
An der Pauluskirche 3  
50677 Köln  
Tel.: 0221 931847-0, Fax: 0221 931847-6  
E-Mail: info@kda.de  
Internet: www.kda.de

**NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle  
zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfe-  
gruppen**

Otto-Suhr-Allee 115  
10585 Berlin  
Tel.: 030 310189-60, Fax: 030 310189-70  
E-Mail: selbsthilfe@nakos.de  
Internet: www.nakos.de

**Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe**

Schulstraße 22  
33330 Gütersloh  
Tel.: 05241 9770-0; Fax: 05241 9770-777  
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de  
Internet: www.schlaganfall-hilfe.de

**Zentralwohlfahrtsstelle der Juden  
in Deutschland e. V.**

Hebelstraße 6  
60318 Frankfurt am Main  
Tel.: 069 944371-0, Fax: 069 494817  
E-Mail: zentrale@zwst.org  
Internet: www.zwst.org

# Weiterführende Informationen und BMG-Publikationen

**Weitere Informationen** zum Krankheitsbild Demenz, Anlaufstellen und der Zukunftswerkstatt Demenz sowie einen Ratgeber bietet das Bundesministerium für Gesundheit auf seiner Internetseite <http://bmg.bund.de/themen/pflege/demenz.html>

Zum Thema Demenz sind vom Bundesministerium für Gesundheit unter anderem folgende Publikationen erschienen:

## **Die Pflegestärkungsgesetze – Das Wichtigste im Überblick**

Umfang: 36 Seiten  
Stand: Mai 2016  
Bestell-Nr.: BMG-P-11019

## **Die Pflegestärkungsgesetze – Information für Demenzkranke und ihre Angehörigen**

Umfang: 32 Seiten  
Stand: Mai 2016  
Bestell-Nr.: BMG-P-11006

## **Die Pflegestärkungsgesetze – Information für die häusliche Pflege**

Umfang: 32 Seiten  
Stand: April 2016  
Bestell-Nr.: BMG-P-11007

## **Ratgeber zur Pflege – Alles, was Sie zur Pflege und zu den neuen Pflegestärkungsgesetzen wissen müssen**

Umfang: 146 Seiten  
Stand: Januar 2016  
Bestell-Nr.: BMG-P-07055

## **Das Pflegestärkungsgesetz II – Das Wichtigste im Überblick**

Umfang: 28 Seiten  
Stand: Januar 2016  
Bestell-Nr.: BMG-P-11017

## **Broschüre: Das Pflegestärkungsgesetz I**

Umfang: 20 Seiten  
Stand: Januar 2015  
nur zum Download

## **Broschüre: Das Pflegestärkungsgesetz I – Alle Leistungen zum Nachschlagen**

Umfang: 20 Seiten  
Stand: Januar 2015  
Bestell-Nr.: BMG-P-11005

## **Pflegewelten-Magazin**

Umfang: 24 Seiten  
Stand: Dezember 2014  
nur zum Download

## **Agenda: Gemeinsam für Menschen mit Demenz – Die Handlungsfelder**

Umfang: 46 Seiten  
Stand: Juni 2014  
nur zum Download

## **Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs**

Umfang: 118 Seiten  
Stand: Juni 2013  
nur zum Download

## **Broschüre: Nationales Gesundheitsziel – Gesund älter werden**

Umfang: 135 Seiten  
Stand: März 2012  
nur zum Download

## **Abschlussbericht: Leuchtturmprojekt Demenz**

Umfang: 97 Seiten  
Stand: Juni 2011  
nur zum Download

## **Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“**

Umfang: 179 Seiten  
Stand: Juni 2011  
nur zum Download

**Abschlussbericht: Aktionsbündnis****„Gesund leben und älter werden in Eving“**

Umfang: 35 Seiten

Stand: Mai 2011

nur zum Download

**Forschungsbericht zum Projekt „Medikamentenentwicklung für Demenzen in Deutschland“ des Vereins GESENT e. V.**

Umfang: 118 Seiten

Stand: Mai 2009

nur zum Download

**Kurz-Expertise: Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen im Setting Kommune**

Umfang: 56 Seiten

Stand: März 2009

nur zum Download

**Bericht: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe**

Umfang: 153 Seiten

Stand: Januar 2007

nur zum Download

**Bericht: Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz – Das Freiburger Modell**

Umfang: 166 Seiten

Stand: 2007

nur zum Download

**Publikationen** des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie, sofern verfügbar, jederzeit kostenlos anfordern:

E-Mail: publikationen@bundesregierung.de

Telefon: 030 182722721

Fax: 030 18102722721

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009, 18132 Rostock

**Download** aller Broschüren unter „Publikationen“ auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit:

[www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen.html)

# Informationsangebote des Bundesministeriums für Gesundheit

## Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit erreichen Sie montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 15 Uhr unter folgenden Telefonnummern:

### Bürgertelefon zur Krankenversicherung

 **030 / 340 60 66 – 01**

### Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

 **030 / 340 60 66 – 02**

### Fragen zur gesundheitlichen Prävention

 **030 / 340 60 66 – 03**

### Fragen zur Suchtvorbeugung

 **02 21 / 89 20 31\***

### Beratungsservice für Gehörlose

 **030 / 340 60 66 – 07** Telefax

**030 / 340 60 66 – 08** ISDN-Bildtelefon

\* BZgA-Informationstelefon zur Suchtvorbeugung, Mo.–Do. 10 bis 22 Uhr, Fr.–So. 10 bis 18 Uhr



## 115 – Ihre Behördennummer

Unter der einheitlichen Behördenrufnummer 115 können Bürgerinnen und Bürger Auskünfte zu den am häufigsten nachgefragten Leistungen der Kommunen sowie der Bundes- und Landesverwaltungen erhalten.

## Internetportal

Aktuelle Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit finden Sie auf unserem Onlineportal [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

## Publikationsverzeichnis

Das aktuelle Publikationsverzeichnis des Bundesministeriums für Gesundheit können Sie unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de) als PDF-Datei herunterladen.

## Gesundheit und Pflege aktuell

„Gesundheit und Pflege aktuell“ erscheint mindestens 3-mal jährlich und berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums rund um die Themen Gesundheit, Pflege und gesundheitliche Prävention. Die kostenlose Publikation im A4-Format wird Ihnen per Post zugesandt.

Abonnement unter: [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

## GP\_aktuell

Der E-Mail-Newsletter GP\_aktuell informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik. Er wird 2-mal im Monat versandt und bietet umfangreiche Informationen zur politischen Diskussion, zu laufenden Gesetzesvorhaben, zur fachlichen Arbeit des BMG und seiner nachgeordneten Behörden und zu weiteren Angeboten des Hauses wie Veranstaltungen und neuen Broschüren. Sie finden das Anmeldeformular für den kostenlosen Newsletter unter [www.bmg-gp.de](http://www.bmg-gp.de)

## Pflegestärkungsgesetze

Alle Informationen zu den Pflegestärkungsgesetzen der Bundesregierung, Informationen zu Leistungsverbesserungen und echte Geschichten aus der Pflege finden Sie unter [www.pflegestaerkungsgesetze.de](http://www.pflegestaerkungsgesetze.de)



# Impressum

**Herausgeber**

Bundesministerium für Gesundheit  
Referat Öffentlichkeitsarbeit  
11055 Berlin

**Konzeption und Redaktion:** MasterMedia GmbH, Hamburg, Berlin

**Gestaltung:** neues handeln GmbH, Berlin

**Druck:** Druckerei im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

**Fotos:** S. 2: Jochen Zick (action press), S. 3: Jochen Schneider, S. 6: Frank Eidel,  
S. 7, 11, 13, 23: Marc Darchinger, S. 14: Michael Hagedorn, S. 24, 61, 83: Julia Baier,  
S. 62: BMG/AWO, Titel, S. 66: Ute Grabowsky (photothek)

**1. Auflage:** Stand August 2016

**Wenn Sie diese Broschüre bestellen möchten:**

Bestell-Nr.: BMG-P-11022

E-Mail: [publikationen@bundesregierung.de](mailto:publikationen@bundesregierung.de)

Telefon: 030 / 18 272 27 21

Fax: 030 / 18 10 272 27 21

Schriftlich: Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 48 10 09

18132 Rostock

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist besonders die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Schrift dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.