



**Dokumentation zum ersten Wochenendseminar am 22.-24. November 2013
in Eitorf „Umgang mit Demenzkranken und die besondere Situation
demenzkranker russischsprachiger Migrantinnen und Migranten“,**

Leitung: Dr. Claudia Kaiser, Ekaterina Suslina, Dmitry Litov

Ein Kooperationsprojekt von



PHOENIX 

Gefördert vom



Inhalt

Ziele des Seminars	3
Seminarprogramm	4
Bericht über das Seminar	6
Einführungsinformationen zu „NASCH DOM – ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker“. Dr. Claudia Kaiser, Ekaterina Suslina	8
Netzwerkarbeit: Wer sind die Akteure und Player beim Thema Demenz? Die Arbeit der Deutschen Alzheimergesellschaft und ihrer lokalen Gesellschaften. Christiane Schneider, Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.	9
Demenz und Migration. Elena Maevskaya, Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte	10
Pflege und Demenz: sozialrechtliche Grundlagen. Silke Niewohner, ehemalige Leiterin der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW	11
Wohngemeinschaft für Demenzkranke: wie wird sie organisiert und wie funktioniert sie? Frank Hauser, Gestaltung von Ruhestandsoptionen.....	12
Schulung zum/-r Demenzbegleiter/-in nach § 45 SGB XI. Rita Lysenko, Auxilia FUD Caritas Gelsenkirchen.....	13
Nachbereitung des Seminars.....	14
Ausblick	15

Ziele des Seminars

Ziel des Auftaktseminars der vierteiligen Schulungsreihe war zunächst das Kennenlernen des Projekts und Schulungskonzepts, der teilnehmenden Personen untereinander sowie grundlegender Kenntnisse über Demenz. Zu Beginn sollten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausführliche Informationen über den Projektablauf, die Projektziele und die Projektbausteine bekommen. Sie sollten sich außerdem einander und dem Projektteam vorstellen, um den Grundstein für eine vertrauensvolle und intensive Zusammenarbeit zu legen. In der Anfangsphase war es wichtig, die Ideen, Vorarbeiten und Potenziale der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennen zu lernen, weil alle Projektteilnehmer in einem gemeinsamen Netzwerk an den Verbesserungen der Versorgung für russischsprachige Demenzkranke zusammen arbeiten sowie einander durch Erfahrungsaustausch unterstützen werden. Zudem sollten sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den ersten fachlichen Grundlagen zu den Themen „Krankheit Demenz“, „Demenz und Pflege“, „Demenz und Migration“, „Sozialrechtliche Grundlagen“, „Angebote der Betreuung demenzkranker Senioren“ auseinander setzen.

Ein weiteres Ziel war, einen Überblick über die bereits existierenden Angebote für Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen zu bekommen. Daher sollten nicht nur theoretische Grundlagen behandelt, sondern auch Erfahrungen aus Praxis besprochen sowie mit Hilfe von praktischen Übungen erste Anregungen für die Umsetzung eigener Projektideen vermittelt werden.



Seminarprogramm

Freitag, 22.11.2013. Auftakt	
Uhrzeit	Inhalte
14:00	Ankunft der Teilnehmerinnen und Teilnehmer
14:30	Grußwort: Adelheid Braumann (BMFSFJ), Dr. Guido Klumpp (BAGSO), Viktor Ostrowski (PHOENIX-Köln e.V.)
15:00	Projektvorstellung (Dr. Claudia Kaiser, Ekaterina Suslina, Dmitry Litov)
15:30	Netzwerkarbeit: Wer sind die Akteure und Player beim Thema Demenz? Die Arbeit der Deutschen Alzheimergesellschaft und ihrer lokalen Gesellschaften Christiane Schneider Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.
16:30	KAFFEPAUSE
16:45	Gegenseitiges Kennenlernen, persönliche Ziele und Ziele der Organisation, Erwartungen an die Schulungsreihe Moderation: Bernd Loschnig Theaterpädagoge, Bonn
18:30	ABENDESSEN

Samstag, 23.11.2013. Demenz: Grundlagen	
Uhrzeit	Inhalte
9:00	Demenz und Migration. Einführung (Diagnose, Therapie und Verlauf) Elena Maevskaia Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte (Landesinitiative Demenzservice NRW)
10:40	KAFFEPAUSE
10:50	Demenz und Migration. Fortsetzung. Besondere Situation bei Migranten
13:00	MITTAGESSEN UND PAUSE
14.30	Pflege und Demenz: sozialrechtliche Grundlagen (SGB XI, SGB XII, Hilfe zur Pflege)

	Silke Niewohner <i>Landesstelle Pflegende Angehörige NRW</i>
16:00	KAFFEPAUSE
16:15	Fortsetzung des Nachmittagsthema
18:00	ABENDESSEN

Sonntag, 24.11.2013: Beispiele aus der Praxis	
Uhrzeit	Inhalte
9:00	Wohngemeinschaft für Demenzkranke: wie wird sie organisiert und wie funktioniert sie? Frank Hauser <i>Gestaltung von Ruhestandsoptionen</i>
11:00	Kaffeepause
11:15	Schulung zum/-r Demenzbegleiter/-in nach § 45 SGB XI Rita Lyenko <i>Auxilia FUD Caritas Gelsenkirchen</i>
12:15	Ausblick auf die weiteren Seminare der Schulungsreihe und die Arbeit im Zeitraum bis zum nächsten Seminar Feedbackrunde und Anregungen – Was nimmt jeder mit?
13:00	Mittagessen
14:00	Abfahrt

Bericht über das Seminar

Einen zentralen Baustein des Kooperationsprojekts *NASCH DOM – Ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker* von BAGSO und PHOENIX-Köln e.V. bildet die vierteilige Schulungsreihe für Multiplikatoren aus Migrantenorganisationen. Das erste Seminar fand vom 22. bis 24. November 2013 in Eitorf statt. Die 18 russischsprachigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren aus dem gesamten Bundesgebiet angereist, um sich zu den Themen Demenz, Versorgungsbedarfe und Versorgungsangebote unter dem Aspekt der Migration weiterzubilden.

Nach der Begrüßung durch Adelheid Braumann (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Dr. Guido Klumpp (BAGSO) und Viktor Ostrowski (PHOENIX-Köln e.V.) und der Vorstellung des Projekts durch die Projektverantwortlichen, berichtete Christiane Schneider (Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.), von Aufgaben und Zielen der lokalen Alzheimer Gesellschaften.

In Anschluss ging es darum, die unterschiedlichen Erfahrungen und Kompetenzen sowie Erwartungen und Wünsche der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kennenzulernen. Einige verfügen in ihrer Migrantenorganisation bereits über Angebote der Seniorenarbeit, andere haben über ihren beruflichen Hintergrund Bezug zur Pflege, wieder andere berichten von persönlichen Erfahrungen in der Betreuung Pflegebedürftiger oder in der Begegnung mit Menschen mit beginnender Demenz. Mit Hilfe des Theaterpädagogen Bernd Loschnig konnte sehr schnell eine vertrauensvolle und persönliche Atmosphäre geschaffen werden. In praktischen Übungen lernten die Teilnehmenden verschiedene Aspekte der Kommunikation kennen, die bereits Bezug zum Thema Demenz aufzeigten.

Am zweiten Tag gestaltete Elena Maevskaya, Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte NRW, einen umfangreichen Block zum Thema Demenz und Migration, bei dem es u.a. um Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Versorgungsangebote ging. Dieser Teil fand in russischer Sprache statt, um einen intensiven und unbefangenen Austausch zu ermöglichen. Im zweiten Baustein informierte Silke Niewohner, ehemals Landesstelle pflegende Angehörige NRW, über sozialrechtliche Aspekte der Pflegeversicherung und der Hilfe zur Pflege.

Der dritte Tag stand ganz im Zeichen der Praxis, um zu zeigen, welche guten Initiativen es im Bereich der Versorgung Demenzkranker bereits gibt. Frank Hauser, Köln, berichtete sehr persönlich von der Pflege seiner demenzkranken Mutter, der zunehmenden persönlichen Belastung und der Suche nach einer geeigneten Wohnform. Er schilderte den Einzug der Mutter in eine selbstverwaltete Demenz-WG in Köln, den dortigen Alltag, das Wohnkonzept und die Mitwirkung der pflegenden Angehörigen.

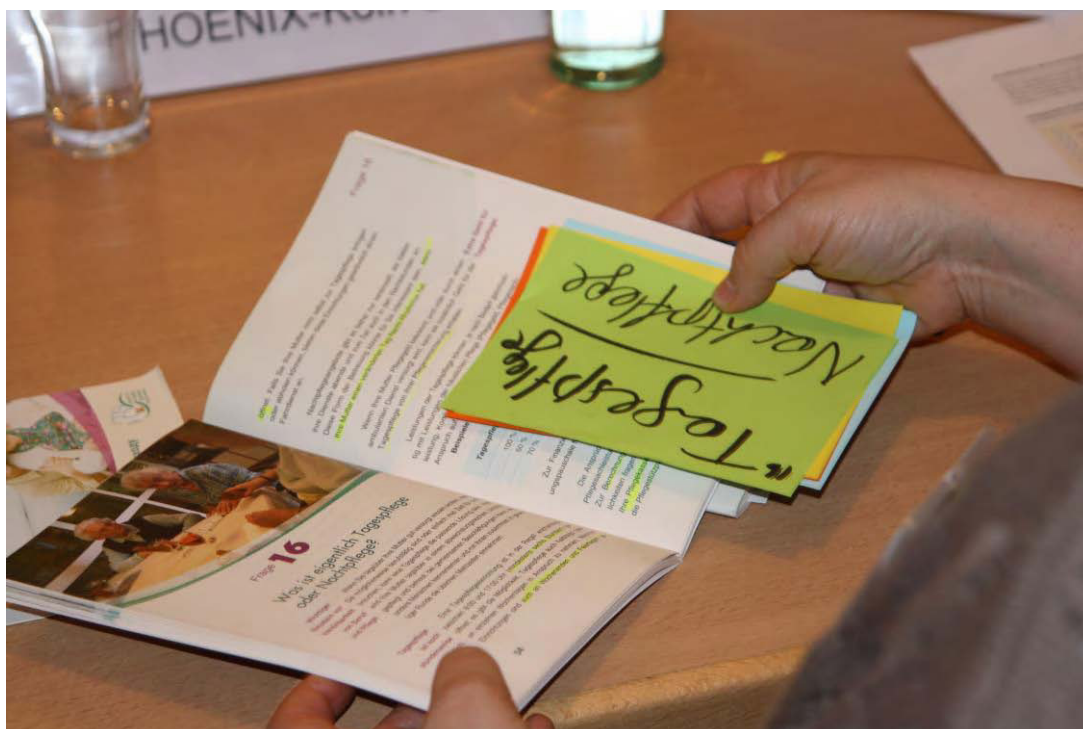
Abschließend berichtete Rita Lysenko, Gelsenkirchen, auf Russisch von der 90-stündigen Qualifizierung als Demenz-/Sozialassistentin der AWO / Unterbezirk Gelsenkirchen, an der sie 2012 erfolgreich teilnahm. Frau Lysenko arbeitet seitdem als Betreuungsassistentin in

einer russischsprachigen Familie. Sie berichtete von ihren Erfahrungen und stellte die von ihr selbst entwickelten, kulturell angepassten Materialien vor.

Das Seminar machte deutlich, dass der Informationsbedarf der russischsprachigen Multiplikatoren, insbesondere im Hinblick auf sozialrechtliche Aspekte und auf die Strukturen der etablierten Altenhilfe, sehr groß ist. Gleichzeitig zeigte das durchweg positive Feedback, dass das im Tandem von Migranten- und Seniorenorganisation entwickelte und durchgeführte Schulungskonzept sehr gut aufgenommen wurde.

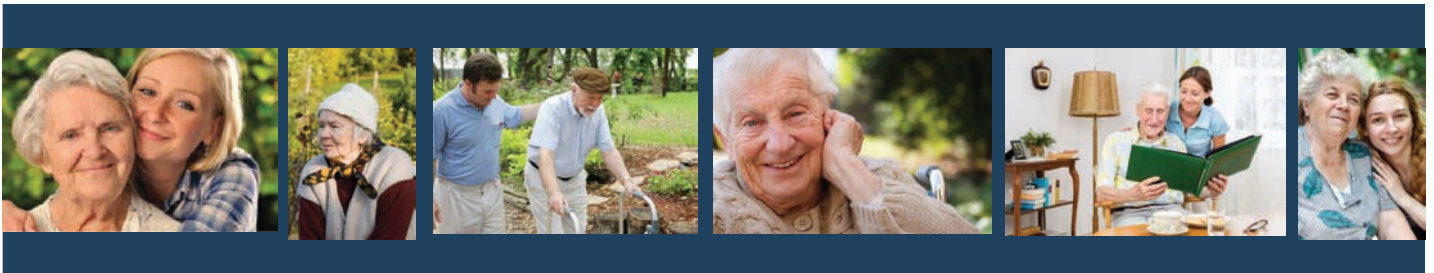


Einführungsinformationen zu „NASCH DOM – ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker“.
Dr. Claudia Kaiser, Ekaterina Suslina





**NASCH DOM - ein Projekt
zur Verbesserung der Versorgung
russischsprachiger Demenzkranker**



Gefördert vom



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Ein Kooperationsprojekt von



PHOENIX



Umgang mit Demenzkranken und die besondere Situation demenzkranker russischsprachiger Migrantinnen und Migranten

1. Seminar: 22. bis 24. November 2013



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Begrüßung

- **Adelheid Braumann**
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- **Dr. Guido Klumpp**
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.
(BAGSO)
- **Viktor Ostrowski**
PHOENIX-Köln e.V.



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Projektvorstellung

NASCH DOM – ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Projektteam

- Dr. Claudia Kaiser (BAGSO e.V.)
- Ekaterina Suslina (PHOENIX-Köln e.V.)
- Dmitry Litov (PHOENIX-Köln e.V.)



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Senioren mit Migrationshintergrund 2011

Altersgruppe	Bevölkerung mit Migrationshintergrund		
	gesamt	Deutsche mit eigener Migrationserfahrung	Ausländer mit eigener Migrationserfahrung
65 bis unter 75	944.000	456.000	465.000
75 bis unter 85	460.000	314.000	139.000
85 und älter	102.000	77.000	21.000

Quelle: Destatis – Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2011.



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Das Alter ist bunt! Vielfalt der Seniorenthemen

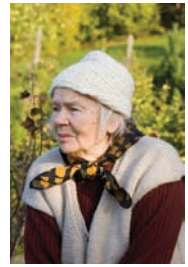
- Aktives Alter
 - Bildung im Alter
 - Kultur und Freizeit
 - Familie - Großeltern - Enkel
 - Bürgerschaftliches Engagement
 - Prävention - Gesunderhaltung
 - Gesundheitliche Einschränkungen
 - Einschränkung der Mobilität
 - Rehabilitation
 - Hilfe- und Unterstützungsbedarf
 - Pflegebedürftigkeit
 - Sterben und Tod
- Ressourcen: z.B. Alterseinkommen, Wohnsituation, Familie, Bildung



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Demenz – was ist das?

- Gerontopsychiatrische Erkrankung
- Symptome: z.B. Vergesslichkeit, Verhaltensauffälligkeiten, Persönlichkeitsveränderung, Depression, Unruhe
- Beeinträchtigungen bei gewohnten Alltagsaufgaben
- Hoher Bedarf an persönlicher Betreuung
- Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie
- Biografiearbeit und Milieuansätze: Kultursensibilität zwingend

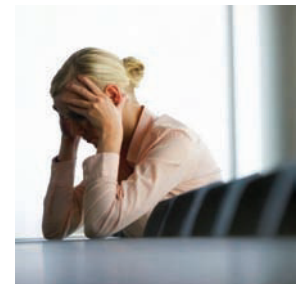


NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Belastung der Angehörige

z.B.

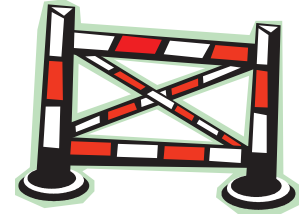
- Fehlende Informationen über die Erkrankung
- Scham, Rückzug ins Private
- Zeitliche Belastung der Betreuung und Pflege
- Körperliche und psychische Belastungen
- Familiäre Konflikte
- Fehlende Information über Versorgungs- und Entlastungsangebote
- Unsicherheit im Umgang mit Behörden, Ärzten, Pflegeanbietern etc.



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Besondere Barrieren für Migrantenfamilien

- Barrieren im Hilfesystem, z.B.
 - Mangelnde transkulturelle Kompetenz der Fachkräfte
 - Keine kultursensiblen Informationen und Angebote
 - Fehlende Zugangswege zu Migranten
- Barrieren bei den Migranten, z.B.
 - Sprach- und Kommunikationsprobleme
 - Mangelnde Informationen über Rechte und Angebote
 - Schwellenängste, Fremdheit, Misstrauen



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Ziele von NASCH DOM

- Teilhabe demenzkranker Migranten und ihrer Familien an den Versorgungsstandards für Demenzkranke
- Gestaltung einer auf die speziellen Bedürfnisse von russischsprachigen Demenzkranken abgestimmten Versorgung
- Verbesserung der Lebenssituation der von Demenz betroffenen Familien durch Beratung und Entlastung
- Stärkung und Förderung der Kooperation von Migrantenorganisationen der Russischsprachigen mit den bestehenden Akteuren der Seniorenarbeit und Pflege
- Eröffnung neuer Beschäftigungsfelder für MSO durch Qualifizierung und Professionalisierung



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Beteiligte Akteure und Zielgruppen



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Chancen für Migrantenorganisationen

- Mittler zwischen betroffenen Familien und Institutionen
- Aufbau kultursensibler und bedarfsgerechter Versorgungsangebote
 - Informationsangebote, Beratungsangeboten, Schulungen für Angehörige
 - niedrigschwellige Betreuung und Entlastung
 - Tagespflege, Wohnkonzepte
- In eigener Trägerschaft oder in Kooperation? Finanzierungswege?
- Welche Jobperspektiven eröffnen sich?
- Was macht für den eigenen Verein und die lokale Situation Sinn?
- Welches Know-how ist dafür nötig?



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

Projektbausteine



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

I Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit

Homepage www.naschdom.de

- Weitgehend zweisprachig Deutsch – Russisch
- Verlinkung zu sozialen Medien
- Projektinfos
- Infos zu Pflege, Demenz und Migration
- Verlinkung auf die Portale, die Infos rund um Demenz bieten (z.B. www.wegweiser-demenz.de)
- Gute Praxisbeispiele
- Fremdsprachiges Material
- Expertenworkshop „Demenz und Migration“: 15. Januar 2014 in Bonn:



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranker

II Vierteilige Schulungsreihe

Konzept

- Ausgang: „Was wollen wir im Bereich russischsprachige Senioren – pflegebedürftige Menschen – Demenzkranke erreichen?“
- Hoher Praxisanteil: Vorstellung von Praxisbeispielen
- Vermittlung von Know-how für die Umsetzung von Projekten und Angeboten vor Ort

Methodik

- Fachlicher Input, Praxisberichte
- Gruppenarbeit
- Dialog und Diskussion
- Erfahrungsaustausch

Vier Wochenenden

- 22. - 24. November 2013
- 4. - 6. April 2014
- 4. Quartal 2014
- 1. Quartal 2015



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranke

III Umsetzung in Kommunen

Zeitraum zwischen den Schulungen:

- In den Zeiträumen zwischen den Seminaren arbeiten die Teilnehmer vor Ort an einem selbst entwickelten Projekt oder Angebot.
- Unterstützung durch das Projektteam z.B. bei Konzeption, Vernetzung, Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten
- Einbeziehung der Kommune als Unterstützer => „Beispielkommunen“

Folgeschulungen:

- Die Teilnehmer berichten von Ihrem Fortschritt vor Ort und arbeiten mit Unterstützung von Referenten weiter an ihren Projekten.
- Sie erhalten jeweils neuen thematischen Input.



NASCH DOM - ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung russischsprachiger Demenzkranke

Netzwerkarbeit: Wer sind die Akteure und Player beim Thema Demenz? Die Arbeit der Deutschen Alzheimergesellschaft und ihrer lokalen Gesellschaften. Christiane Schneider, Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.

In den 80er Jahren schlossen sich an einzelnen Orten in Deutschland Angehörige von Demenzkranken und begleitet von fachlichen Helfern zu Selbsthilfegruppen zusammen, um sich gegenseitig zu unterstützen und die Situation für die Betroffenen zu verbessern. Am 2. Dezember 1989 wurde die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (DALzG) als Dachverband von engagierten Vertreterinnen und Vertretern der ersten Angehörigengruppen gegründet. Ihre Geschäftsstelle ist in Berlin. Heute gehören zur DALzG 135 auf Landes- und regionaler Ebene organisierte Alzheimer-Gesellschaften.

Auf der Internetseite www.deutsche-alzheimer.de findet man wertvolle Informationen zum Thema Alzheimer und Demenz. Es gibt auch eine Übersicht über alle regionalen und lokalen Alzheimer Gesellschaften, die nach Postleitzahlenbereichen sortiert sind.

Frau Schneider ist stellvertretende Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V. Sie berichtete von ihrer Arbeit und Erfahrungen in der Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen. Die Stadt Bonn hat z.B. einen „Wegweiser Demenz“ herausgegeben.

Die Alzheimer Gesellschaften sind wichtige Kooperationspartner für Projekte im Bereich Demenz.





Interessenvertretung für Betroffene und ihre Angehörigen
In Bonn und Umgebung:

Geschäfts- und Beratungsstelle: → Koordinatorin:
Christiane Schneider
53177 Bonn Lohrbergweg 13, 53227 Bonn
Tel: 0228 38 62 85 3 Telefon: 0228 46 06 01

Beratungszeiten:

- Telefonisch oder im Einzelgespräch nach telefonischer Vereinbarung mit Frau Schneider
- In der Geschäftsstelle läuft der Kontakt über den Anrufbeantworter, der zweimal wöchentlich abgehört wird

Unterstützen Sie unser aller Anliegen:

Den Demenzzkranken ein Menschen würdiges Umfeld zu erhalten oder zu schaffen, Angehörige und die häusliche Versorgung zu stärken, Angst und Unsicherheit zu reduzieren, dem Bewußtseinswandel in unserer Gesellschaft zu fördern und Ethik und Würde des Menschen „nicht zur juristischen Formel und zum Lippenbekenntnis verkümmern zu lassen“.

Durch Ihre Mitgliedschaft - aktiv oder passiv- helfen auch Sie Bedingungen zu schaffen, die den „Ernstfall“ menschlicher werden lassen.

Bonn, den 08.03.2012

Dr. med. Günter Zuph

- Vorsitzender -

Christiane Schneider
- stellv. Vorsitzende -

Die Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V. ist im Vereinsregister des Amtsgerichts Bonn unter der Reg- Nr. VR 007766 eingetragen. (als gemeinnützig anerkannt)

Beitrags- und Spendenkonto: Sparkasse Köln/ Bonn,
BLZ 370 501 98, Kontonummer: 17 53 9 115

Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.



Wir stellen uns vor:

Die Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V. wurde im Mai 2000 von Angehörigen, Betroffenen, Interessierten und Vertretern unterschiedlicher Berufe gegründet. Seit jenem Jahr hat der Problembereich „Demenz“ sehr viel mehr öffentliche Beachtung gefunden. In den letzten Jahren entstanden zahlreiche einschlägige Forschungszentren und ein dichtes Netz kommunaler Beratungsstellen, die staatlichen Hilfsmaßnahmen wurden deutlich verbessert. Diesem Wandel musste sich auch unsere Gesellschaft stellen.

Unsere vier Anliegen:

1. **Vernetzung:** Informations- und Erfahrungsaustausch sind eine notwendige Ergänzung eigener Erfahrung. Lokale und regionale Hilfsangebote werden vermittelt.
2. **Mediator:** Viele Beratungsangebote laufen über Informationsmaterial oder Vorträge, d.h. das Wissen wird „gebündelt“ geliefert.
3. **Betreuung:** Informationen können auch in Kleingruppen oder in persönlichem Gespräch vermittelt werden. Hier werden Probleme erfasst und individuell bearbeitet werden.
4. **Projektarbeit:** Inner- und außerinstitutionell, Selbsthilfen fördern

Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.



Ca. 1,4 Mio Menschen in Deutschland leiden an einer unaufhaltsamen Gehirnleistungsschwäche, sehr viel am Alzheimerstyp, auch „Alzheimer Krankheit“ genannt. Wieso Gehirnfunktionen langsam wegfallen, so dass die Betroffenen sich immer schwerer orientieren können und das Gedächtnis bis hin zur Vergessenheit abnimmt ist zwar organisch geklärt. Unklar aber ist, wie man den Prozess hinauszögern bzw. aufhalten kann. Sind es die Gene, Umwelteinflüsse, sind es Lebensstile oder handelt es sich um eine Folge des Alterungsprozesses?

Wissenschaftler arbeiten auf Hochtouren, Sensationsmeldungen über Lösungen gibt es des Öfteren. Aber noch bleibt nur die Hoffnung auf die Zukunft.

Betroffene sind auf das Verständnis und die Hilfe der nächsten Angehörigen angewiesen, und falls die Familie ausfällt auf die Solidarität von Mitmenschen. Die Krankheit bringt viel Leid und Schmerz, Unsicherheit und Verzweiflung mit sich, sowohl bei den Betroffenen als auch bei den Angehörigen. Wie soll Berufstätigkeit und Pflege unter einen Hut gebracht werden? Wie soll der Betroffene das Empfinden bewältigen, dass seine geistigen Kräfte schwinden, dass seine Zukunft dunkel aussieht? Wie kann der/die pflegende Angehörige die „rund- um- die Uhr“ Belastung und den psychischen Stress, den langsamen Krankheitsverlauf beobachten zu müssen aushalten?

Mit Worten und Geld kann man vieles erleichtern, aber muss man sich nicht auch als Bürger neu einordnen?

Unser Motto: **Wie helfen, damit diejenigen, die vergessen, nicht vergessen werden.**

Wir möchten dazu beitragen, dass diejenigen, die sich nicht mehr wie früher mitteilen können, die aber weiterhin fühlen, die Schutz und Geborgenheit suchen, jene Achtung und Respekt zukommt, die jeder andere Bürger für sich in Anspruch nimmt.

Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.



Was will die Alzheimer Gesellschaft e.V. leisten?
Konkrete Angebote:

• Öffentlichkeitsarbeit u.a.:

- Mark der Möglichkeiten
- Selbsthilfetag
- Bonn- Gesund- Messe)

• Zusammenkünfte mit örtlichen Gruppen/ mit Angehörigengruppen:

- 18Uhr an jedem ersten Montag des Monats, Begegnungsstätte Breite Straße 107a, 53111 Bonn
- 15.30Uhr an jedem zweiten Mittwoch des Monats, Universitätsklinik,
- alle zwei Monate Malteserkrankenhaus, Termin nach Vereinbarung, Anmeldung erforderlich

• Mitarbeit in städtischen Gremien zum Zweck des Informations- und Erfahrungsaustausches und der Interessenvertretung:

- Arbeitskreis Demenz (Bonner Altenhilfe)
- Informationsaustausch der Selbsthilfekontaktstelle SEKIS
- Mitarbeit im regionalen Netzwerk (Rhein- Sieg- Kreis, Köln)

Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.



Beratungsstelle und Geschäftsstelle:

Tel: 0228-386 2853

„Damit diejenigen, die langsam vergessen, nicht vergessen werden!“ Nov. 2013

- (1) **Dachgesellschaft:** Deutsche Alzheimer – Gesellschaft, Berlin
viele lokale / regionale Alzheimer – Gesellschaften als Mitglieder

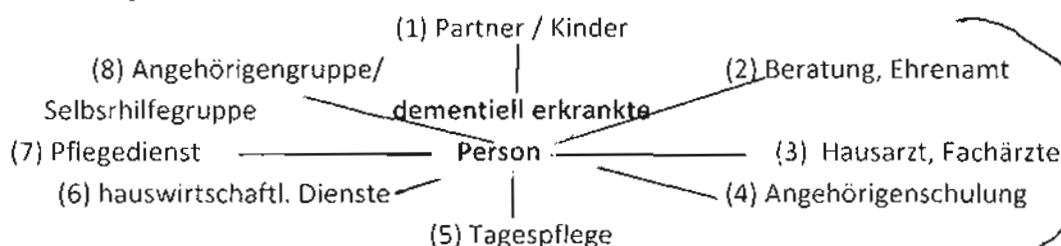


Ist „Demenz“ eine gefährliche Krankheit?

- (2) **Warum sind viele Bürger besorgt / Warum wollen viele Bürger helfen?**



- (3) **Man steht ja nicht alleine vor diesem Problem! DAS HILFE – NETZWERK:**



- (4) **Welche finanziellen Hilfen stellt die Regierung bereit?**

Pflegestufe 0: bezeichnet einen **Pflegeumfang**, für den weniger Zeitaufwand benötigt wird als für Pflegestufe 1; gedacht wird an einfache Unterstützung im Haushalt und und in der Pflege / Körperpflege. Solche Hilfe bieten auch Pflegeheime an.

Pflegestufe 1: bezeichnet einen Zustand von **erheblicher Pflegebedürftigkeit**, d.h. mit einem Zeitbedarf von mindestens 1, 5 Stunden täglich. Genauer: bei zwei Verrichtungen mindestens 45 Minuten, zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung auch mindestens 45 Minuten.

Pflegestufe 2: bezeichnet einen Zustand von **fortgeschrittener Pflegebedürftigkeit**, d.h. Hilfsbedarf mindestens dreimal **täglich zu verschiedenen Zeiten**, insgesamt 2 Stunden, zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung täglich 1 Stunde. (3 Stunden)

Pflegestufe 3: bezeichnet einen Zustand von **schwerster Pflegebedürftigkeit**, d.h. Hilfsbedürftigkeit rund um die Uhr (auch nachts), insgesamt 4 Stunden. Zusätzlich hauswirtschaftliche Versorgung täglich 1 Stunde. (5 Stunden)

Pflegestufe	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
häusliche Pflege-----	235,- €	440,- €	700,- €
hausl. Pflege + Pflegedienst	450,- €	1100,- €	1350,- €
oder teilstationäre Hilfe (Tag oder Nacht)			
vollstationäre Pflege, Pflegeheim	675,- €	1650,- €	2325,- €

Grundlage: Pflege – Neuausrichtungsgesetz des Bundestages vom 29.6.2012, in Kraft seit 1.1.2013.

Der **MEDIZINISCHE DIENST** kontrolliert und stuft in die Pflegestufe ein. Der Antrag auf Einstufung ist bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Es ist sehr sinnvoll, ein **Pflegetagebuch** zu führen.

Daneben gibt es noch vielfältige Hilfen von unterschiedlichen Geldgebern, z. B. (a) um **Wohnungen behindertengerecht** auszustatten, (b) um **neuen Wohnformen** mit dementiell Erkrankten auszuprobieren, (c) um betreuenden Angehörigen **Pausen / Erholung** zu bieten, (d) um jüngeren Bürgern **private Vorsorge** für den Pflegefall zu ermöglichen.

(5) Aktuelle Diskussion: **Ergotherapeutische oder medikamentöse Maßnahmen** ?

Demenz → Linderung oder Verzögerung des Verlaufs

<u>Einzelmaßnahmen</u>	<u>Gruppenmaßnahmen:</u>
Ziel: Hilfe zum Selbermachen durch Anleitung, häusl. Rahmen	Ziel: Einbindung in soziales Leben möglichst lange erhalten (Verschweigen hilft nicht)
<u>Partner /Kinder</u> 1) Aktivitäten des täglichen Lebens beibehalten: fester Tagesablauf ! = Anziehen, Frühstück, Mittagstisch --- als Ritual etc.	<u>größerer Familienrahmen</u> (1) Familienfeste besuchen. (2) Tanzen in Kleingruppen (3) gemeinsames Spaziergehen i (4) Stadtgänge etc.
KRITIK/ KOMMANDOS SCHADEN NURI	
2) Hilfe ins Haus holen = Betreuungshilfe = Tagespflege (bei Pflegestufe) = Kurzzeitpflege	SELBSTHILFEGRUPPEN aktivieren ! (1) Singen / Musizieren in Gruppen (2) Basteln in Gruppen (3) soziale Spiele etc
ERGOTHERAPEUTEN7 THERAPEUTEN Sie können / müssen sowohl die Bemühungen der Angehörigen als auch der Selbsthilfegruppen durch zielgerichtete Übungen vorbereiten bzw. sichern. BEI ALLER LIEBE: AUCH ANGEHÖRIGE SPÜREN GRENZEN!	

nützliche Adressen:

- 1) Alzheimer – Gesellschaft Bonn e.V.: Tel. 0228/ 38 62 853
- 2) Bonner Altenhilfe: Tel. 0228/ 77 66 99
- 3) Rhein – Sieg – Kreise: Gesundheitsamt Siegburg: Tel. 02241 / 13 – 30 43
- 4) Fast alle Sozialverbände, die sich im Sozialbereich engagieren, unterhalten Beratungsstellen und oft auch Hilfsdienste.

Nützliche Broschüre: **Seniorenwegweiser „SOLIDARITÄT“, Informationen zur Bonner Altenhilfe 2013**, erhältlich in den Rathäusern Bonns und bei den Gesundheitsämtern. (Bietet einen Überblick auch über die Selbsthilfe – Gruppen in Bonn.

Geben Sie Stichwörter bei **google** ein: zum Beispiel: www.pflegeversicherung.net, oder www.versicherung-online.net/Pflegestufen-Leistung-Pflegegeld-187/

Notizen:

Demenz und Migration. Elena Maevskaya, Demenz-Servicezentrum NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

- I. Krankheit Demenz
 - Was ist Demenz? (Symptomatik, Formen, Ursachen, Verlauf)
 - Diagnose und Diagnostik
 - Risikofaktoren und Prävention
- II. Bewältigungsstrategien für Pflegende Angehörige und Betreuungskräfte
- III. Demenz und Migration
 - Demenz bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
 - Kurze Vorstellung des Demenz-Servicezentrums NRW für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte
 - Versorgungslandschaft für demenziell erkrankte Migranten: Bedarf und erste Lösungsansätze
- IV. Gesetzliche Leistungen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen
 - Zusätzliche Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz §45 SGB XI (NBA)
 - Pflege-Neu-Ausrichtungsgesetz



Information zur Krankheit Demenz (Diagnose, Therapie und Verlauf) und besondere Situation bei Migranten

Elena Maevskaia, Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte Gelsenkirchen

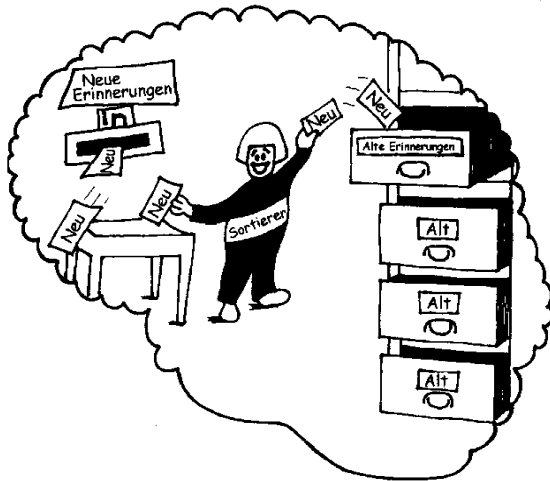
I. Krankheit Demenz

Deutschland - 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen mit Demenz und in NRW- 300.000
Diese Zahl wird sich bis zum Jahr 2050 mehr als verdoppeln (laut Radzey).

- bundes- und weltweit 5-7% der Bevölkerung über 65 Jahren von Demenz betroffen

Bei Menschen mit Zuwanderungsgeschichte kann bundesweit (Stand: 2009) von ungefähr 120.000 an Demenz erkrankten Menschen ausgegangen werden.

Das „normal“ arbeitende Gehirn



Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis (Neue Erinnerungen) werden abgelegt (Alte Erinnerungen) und können von dort jederzeit wieder abgerufen werden.

Die Person mit Demenz



Neue Erinnerungen werden immer seltener gespeichert und können somit nicht wieder verwendet werden. Später gehen auch alte Erinnerungen zunehmend verloren.

Epidemiologie: Verbreitung und Ursachen der Demenz

Weltweit leiden etwa 0,5% - 1% aller Menschen im Alter von 60-64 Jahren an einer Demenz. Die Anzahl der erkrankten Personen steigt in der zweiten Lebenshälfte mit zunehmendem Alter an. Dennoch ist Demenz keine zu erwartende Alterserscheinung, so sind z.B. in Deutschland bei den 65- bis 69-Jährigen nur etwa 1,2% betroffen, bei den 80- bis 84-Jährigen etwa 13,3% und bei den über 90-Jährigen ca. 35%. Für Frauen ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, höher als für Männer – das Verhältnis liegt statistisch gesehen etwa bei 3:2.

Bundesweit sind schätzungsweise mehr als 1,4 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, wobei die Alzheimer-Krankheit (AD) die häufigste Demenzursache ist (etwa 60%). Weitere 15% aller Demenzen sind Folge einer Mischform aus einer Alzheimer-Krankheit und einer vaskulären (= gefäßbedingten) Hirnschädigung. Weniger als 15% der Betroffenen leiden an einer Demenz nur aufgrund vaskulärer Schäden. Den restlichen 10% aller Demenzen liegen andere Krankheiten zugrunde. [Hier](#) finden Sie eine Beschreibung der häufigsten einer Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen.

Häufigkeitsverteilung der Demenzursachen
Quelle: DEGAM-Leitlinie Nr.12: Demenz, 2008



Demenz-Diagnostik

Eine Demenz beginnt meist schleichend. Oft werden erste Symptome von den Betroffenen selbst und ihren Angehörigen lange nicht erkannt oder für eine "ganz normale" Alterserscheinung gehalten.

Da eine frühe Diagnose unter anderem wichtig ist, um behandelbare Erkrankungen als Ursache der Demenz auszuschließen bzw. nachzuweisen und zu behandeln, sollten Betroffene und Angehörige im Alltag verstärkt auf "Abweichungen vom Normalen" achten. Verschiedene Erkrankungen können Symptome hervorrufen, die einer Demenz sehr ähnlich sind. So kann beispielsweise eine Depression das Gedächtnis so stark beeinträchtigen, dass man von einer "Pseudodemenz bei Depression" spricht. Die Symptome sind, die Behandlung der Grunderkrankung vorausgesetzt, meist reversibel, d.h., sie bilden sich wieder zurück.

Der Versuch, aus der Gesamtheit aller Diagnosen, die alternativ als Erklärung für ein (Demenz-) Syndrom herangezogen werden können, die tatsächlich zutreffende Diagnose herauszufinden, bezeichnet man als Differentialdiagnostik.

Besteht der Verdacht auf eine Demenz, sollte dies mit dem Haus- oder Facharzt besprochen und sorgfältig untersucht werden.

Da eine Demenz nicht nur von "sichtbaren" Anzeichen (Gedächtnis-, Sprachverlust etc.), sondern auch von körperlichen Veränderungen (z.B. Schrumpfung des Gehirns) begleitet wird, sollte die Diagnose unterschiedliche Untersuchungen umfassen. So können ggf. auch alternative Erklärungen für das Demenzsyndrom gefunden oder ausgeschlossen werden. Häufig sind an der Untersuchung mehrere unterschiedliche Berufsgruppen beteiligt.

Körperliche Untersuchung

Eine sorgfältige körperliche Untersuchung ist notwendig, um behandelbare Erkrankungen (z.B. Schlaganfall, Tumorerkrankungen) als mögliche Ursache von dementiellen Symptomen auszuschließen. Weiterhin können organische Grunderkrankungen vorliegen, die zusätzlich zu einer bestehenden Demenz auftreten und den Zustand verschlechtern oder verkomplizieren können.

Die körperliche Untersuchung bei Demenzverdacht befasst sich v.a. mit dem Nervensystem (inklusive der Überprüfung von Hör- und Sehfähigkeit) sowie mit dem Herz-Kreislauf- und Gefäßsystem, dem Hormononsystem und dem Stoffwechsel. Hierzu werden Blut- und Urinproben im Labor untersucht.

Die Durchführung eines EKG ist in vielen Fällen sinnvoll, um das Vorliegen kardiovaskulärer (= den Blutkreislauf betreffender) Risikofaktoren abzuklären. Ein EEG zur Messung der Gehirnaktivität ist hingegen nur in Ausnahmefällen aufschlussreich (z.B. beim Verdacht auf eine Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung), Gleiches gilt für die Untersuchung der Gehirn-Rückenmarks-Flüssigkeit (Liquor).

Untersuchung des Denkens, Erlebens und Verhaltens

Die Untersuchung der kognitiven (= auf das Denken bezogenen) Leistungen umfasst u.a. die Überprüfung des Gedächtnisses, der sprachlichen Fähigkeiten, der räumlichen und zeitlichen Orientierung, der Aufmerksamkeit und der Planungsfähigkeit. Diese Bereiche werden mit sogenannten standardisierten neuropsychologischen Testverfahren geprüft.

Daneben ist es wichtig, auch sogenannte nicht-kognitive Symptome zu erfassen, z.B. Störungen des Erlebens und Verhaltens wie Depression, Aggressivität oder Wahnvorstellungen. Es ist sinnvoll, wenn Sie Ihren Arzt oder Ihre Ärztin im Gespräch auf das Vorliegen solcher Symptome hinweisen, um seine/ihre Beobachtungen zu ergänzen.

Bildgebende Verfahren

Besteht ein Demenz-Verdacht, sollte i.d.R. eine sogenannte strukturelle Bildgebung in Form einer Computertomographie (CT) oder einer Magnetresonanztomographie (MRT; auch: Kernspintomographie) erfolgen. Diese Verfahren bilden die Hirnstruktur ab, so dass eine eventuelle Schrumpfung oder auch Tumore u.a. sichtbar werden.

Eine sogenannte funktionelle Bildgebung wie die Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT) oder die Positronenemissionstomographie (PET) sind nur in besonderen Fällen aufschlussreich.

II. Bewältigungsstrategien für Pflegende Angehörige und Betreuungskräfte **Vermeidung von und Umgang mit schwierigen Situationen und Verhaltensweisen**

Bei einer Demenzerkrankung kommt es häufig nicht nur zu einer Verschlechterung der Denk- und Gedächtnisfunktionen, sondern auch zu Veränderungen im Erleben und Verhalten der Erkrankten. Oft zeigen die Erkrankten aggressive oder depressive Verhaltensweisen, was für alle Betroffenen belastend ist und zu schwierigen Situationen führen kann. Störungen des Erlebens und Verhaltens können in vielen Fällen als Abwehrreaktion auf die

Demenzerkrankung verstanden werden, aber auch durch die Veränderungen im Gehirn hervorgerufen werden.

Prinzipiell empfiehlt es sich für die Angehörigen, zunächst einmal nach "naheliegenden" Gründen des bestimmten Erlebens oder Verhaltens zu suchen. Hierzu ist eine genaue Betrachtung der Situation erforderlich, weil es den Erkrankten im Verlauf zunehmend schwerer fällt, sich mitzuteilen und ihre Bedürfnisse zu kommunizieren. Möglicherweise gibt es unerkannte Erkrankungen oder Zustände, unter denen der/die Erkrankte leidet?

Neben medizinischen Gründen können auch Situationen und Umgebungen, die die erkrankte Person überfordern, ängstigen oder frustrieren, zu Störungen des Erlebens und Verhaltens führen. Häufig kann man durch nicht-medikamentöse Maßnahmen (wie z.B. Optimierung der Wohnraumgestaltung, vermehrte soziale Integration) die Situation deutlich verbessern. Erst wenn diese Möglichkeiten keine Wirkung zeigen, sollte auf Medikamente (Antidepressiva oder Neuroleptika) zurückgegriffen werden.

Verwenden Sie kleine Alltagshilfen

- Benutzen Sie Gedächtnisstützen, z.B. farbige Bilder mit Text zur Markierung von Türen, Schränken, Schubladen etc.
- Fertigen Sie Listen an (z.B. Telefonnummern) und hängen Sie diese gut sichtbar auf.

Nehmen Sie Abschied von "der einen Wahrheit"

- Suchen und besuchen Sie die erkrankte Person in ihrer Welt, anstatt sie in Ihre "Welt der Wahrheit" zurückzuholen!
- Erkennen Sie die Sichtweisen und Erinnerungen der erkrankten Person für gültig an, auch wenn sie Ihrer Ansicht nach unangemessen oder sachlich falsch sind. Dieses für-gültig-Erklären nennt man "Validation".
- Korrigieren und diskutieren Sie nicht, lenken sie im Zweifelsfall lieber ab.
- Vergessen Sie nie, dass ein Mensch mehr ist als seine geistige Leistungsfähigkeit-konzentrieren Sie sich auf die Sinne, die noch "funktionieren", und die Sie auch ohne Sprache anregen können.

Vermeiden Sie Überforderung

- Suchen Sie in einer Aktivität nicht das richtige Ergebnis, sondern das schöne Erlebnis.
- Sorgen Sie für Erfolgserlebnisse, indem Sie verbliebene Fertigkeiten und erfreuliche Aktivitäten suchen, erkennen und verstärken: Bauen Sie Wohlfühl-Oasen!
- Gehen Sie "ressourcenorientiert" vor, das heißt: Versuchen Sie nicht, Verlorenes wiederzuholen (z.B. durch geistige "Trainingsmaßnahmen", die zu Frustration führen), sondern konzentrieren Sie sich auf Verbliebenes.

Lernen Sie neue Wege der Kommunikation

Im Verlauf einer Demenzerkrankung ist meist schon sehr früh die Sprache betroffen. Dies äußert sich anfangs in Form von Wortfindungsstörungen, später verarmt die Sprache immer mehr. Schließlich ist auch das Sprachverständnis betroffen, sodass der/die Erkrankte nicht mehr in der Lage ist, einem "normalen" Gespräch zu folgen. Deshalb ist es für Angehörige und Pflegende wichtig, die eigene Sprache den Fähigkeiten des/der Erkrankten anzupassen und zusätzlich alternative Arten der Kommunikation zu nutzen.

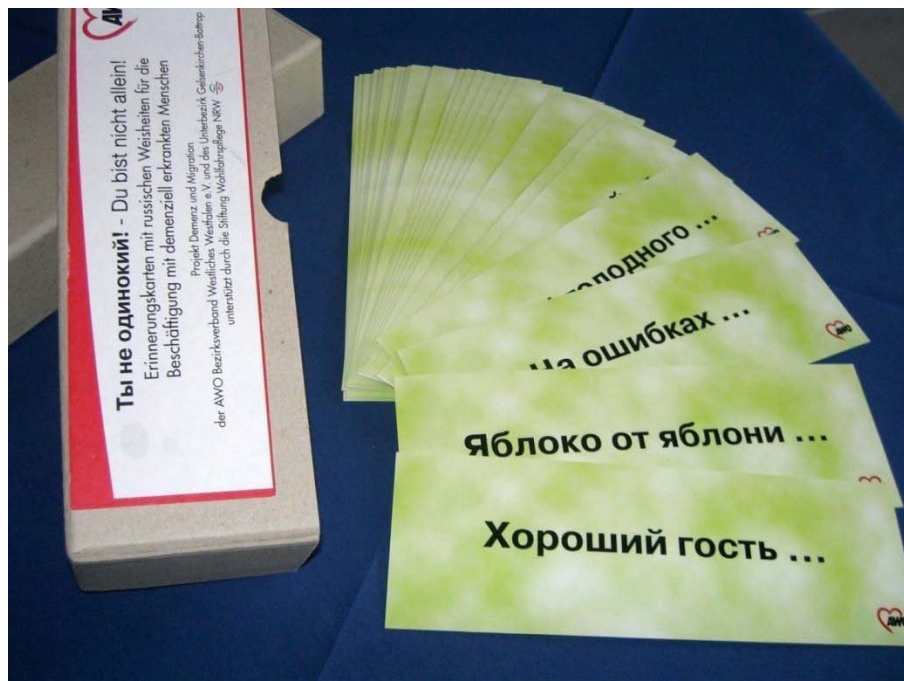
Neuropsychologische Untersuchung: Z.B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), Uhrentest

III. Demenz und Migration

Demenzerkrankte Menschen mit Migrationshintergrund sind eine bislang bundesweit vernachlässigte Gruppe, die bisher nicht im Fokus der Demenzforschung, der Versorgung, der Unterstützung leistenden Institutionen und der Gesundheitspolitik stand.

Lösungsansätze

- kulturell angepasste Informations- und Aufklärungsmaterialien
- kultursensible Pflege und Versorgung
- Aufbau von Betreuungsgruppen mit muttersprachigem Betreuungspersonal
- Seminare und Infoveranstaltungen
- Schulungsangebote für Ehrenamtliche zu muttersprachlichen Senioren-/Demenzbegleitern
- *Vernetzung der Akteure*



Schulungsreihe für russischsprachige Menschen zum/zur Senioren- und Demenzbegleiter/in in russischer Sprache

Die Schulungsinhalte entsprechen den Richtlinien nach §45 SGB XI.



Übungen

Probleme bei der verbalen Kommunikation

Wie kann man auf Probleme bei der verbalen Kommunikation reagieren?

Handle nach dem Motto ABC:

- ✓ Vermeide Konfrontation;
- ✓ Handle zweckmäßig;
- ✓ Formuliere die Gefühle des Klienten und spende ihm Trost (falls er ängstlich oder aufgeregt ist)

Wie kann man am besten auf die in Kapitel 3 beschriebenen Kommunikationsprobleme reagieren?

Die Art, in der Pflegende auf Kommunikationsprobleme von Menschen mit Demenz reagieren, variiert stark. So wurden Pflegende gefragt, was sie normalerweise tun, wenn eine Person ständig dieselbe Frage stellt. Hier sind einige der Antworten aufgeführt:

„Ich antworte immer wieder.“

„Ich ignoriere die Frage.“

„Ich sage ihr, dass sie das schon mal gesagt hat.“

„Die ersten fünf Male antworte ich noch.“

„Ich bin geneigt, wegzugehen.“

„Ich hole ein Papier und schreibe die Frage auf.“

„Ich sage, dass ich mir nicht sicher bin, was die Antwort ist.“

Es gibt kein „Patentrezept“, wie man mit diesen Kommunikationsschwierigkeiten bei Demenz umgeht. Am besten ist es, wenn man nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ handelt und dabei herausfindet, welcher Ansatz bei einer ganz bestimmten Person in einer ganz bestimmten Situation am besten wirkt. Der folgende Problemlösungsansatz könnte dabei helfen:

Es gibt kein absolutes „Richtig“ oder „Falsch“, wie man mit diesen Kommunikationsschwierigkeiten bei Demenz umgeht. Am besten ist es, wenn man nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ handelt und dabei herausfindet, welcher Ansatz bei einer ganz bestimmten Person in einer ganz bestimmten Situation am besten wirkt.

Ein Problemlösungsansatz bei Kommunikationsschwierigkeiten

Warum?: Wie kommt es zu diesem Problem?

Wenn man versteht, wie und warum ein Mensch mit Demenz so handelt, wie er es tut, hilft das, herauszufinden, wie man am besten darauf reagieren kann. Die meisten Kommunikationsprobleme können zum Beispiel damit erklärt werden, dass der Betroffene Schwierigkeiten damit hat, imaginäre Bilder, Konzepte und Erinnerungen abzurufen. Kommentare oder Verhaltensweisen, die dem Pflegenden irrational erscheinen, stellen in Wirklichkeit den Versuch dar, den Wirrwarr im Kopf (die durcheinander gebrachten Konzepte und Bilder) zu entwirren und daraus einen Sinn zu machen, oder den Versuch, ohne diese notwendigen Konzepte und Erinnerungen richtig „zu funktionieren“ (s. Kapitel 1, 2 und 3, J. Powell).

In der Schulung wurden die Texte der Internetseite www.demenz-leitlinie.de und der Broschüre von Jenny Powell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ sowie die Materialien des Demenz-Servicezentrums für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte genutzt.

„Hilfe, Schwester, werde ich dement?“

Im Alter verändert sich die **Gedächtnisleistung**, das Denken wird **langsamer**. Dies gleichen die meisten älteren Menschen durch das im Laufe des Lebens erworbene **Wissen** jedoch wieder aus.

Wenn die Beeinträchtigung des Gedächtnisses über das Normalmaß hinausgeht und der Betroffene eine vermehrte Beeinträchtigung feststellt, kann es sich um eine sogenannte **„Milde kognitive Beeinträchtigung“** handeln. Damit bezeichnet man eine Kombination aus Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten und Konzentrationsmangel. Der Betroffene ist auffällig vergesslich, die kognitiven Funktionen sind deutlich beeinträchtigt. Er hat aber **keine** Anzeichen einer **Demenz**. Grundsätzlich sind auch die **Alltagsfähigkeiten erhalten**.

In westlichen Ländern sind etwa 17 % der über 65-Jährigen von der **MCI** betroffen. Bei 10–15 % entwickelt sich innerhalb eines Jahres eine Demenz. Bei den meisten Betroffenen bleibt der Zustand gleich. Nur selten verbessert sich die Beeinträchtigung ohne geeignete Maßnahmen wieder.

Risikofaktoren für die MCI sind etwa:

- Lebensalter: Je höher das Alter, desto höher das Risiko.
- Schädelhirntrauma
- Menopause / Östrogenmangel – dementsprechend häufiger sind Frauen betroffen
- erhöhter Stress
- Depressionen oder frühere psychiatrische Erkrankungen (Hinweis: Oft sind Gedächtnisstörungen sogar die ersten Anzeichen einer Depression.)
- Gefäßbedingte Faktoren
- Geringes Bildungsniveau
- Nikotinkonsum
- Alkoholkonsum (je nach Menge)

Gegen MCI gibt es keine Medikamente, dennoch können Betroffene einiges tun, um die **geistige Leistungsfähigkeit** zu **erhalten** oder sogar zu verbessern. Dies zeigt die folgende Übersicht.

Übersicht: Maßnahmen zur Verbesserung von MCI

Ernährung und Medikamente	psychosoziale Maßnahmen
1. Raten Sie Betroffenen dazu, die aktuelle Medikation (auch selbstverordnete Medikamente) überprüfen zu lassen. Einige Wirkstoffe beeinträchtigen die Gedächtnisleistung, etwa Medikamente gegen Asthma, Inkontinenz oder verschiedene Psychopharmaka.	1. Raten Sie zu einem Gedächtnistraining . Hierzu reicht das Lösen von Kreuzworträtseln oder Sudokus nicht aus, die Aufgaben sollten vielfältig, abwechslungsreich und herausfordernd sein. Gedächtnistraining kann sogar Bestandteil einer ärztlich verordneten Ergotherapie sein.
2. Raten Sie dazu, auf eine gute Einstellung des Blutdrucks und -zuckers zu achten, sowie zu einer gesunden Ernährung. Hierdurch werden die gefäßbedingten Risikofaktoren gemindert.	2. Bewegung trainiert nachgewiesenermaßen nicht nur den Körper, sondern auch den Geist . Eine Kombination aus körperlicher Bewegung und geistiger Herausforderung wie etwa beim Tanzen gilt als ideal.
3. Als medikamentöse Behandlung empfehlen Fachärzte Ginkgopräparate , Omega-3-Fettsäuren, Vitamin B6 bzw. B12 und Vitamin D. Antidementiva hingegen sollten aufgrund ihrer Nebenwirkungen nicht eingenommen werden.	3. Der Kontakt zu anderen Menschen und gemeinsame Unternehmungen bringen Spaß und erhöhen die geistige Flexibilität. Raten Sie besonders pflegenden Angehörigen dringend dazu, ihre sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten.

Die Übersicht zeigt es: MCI ist **kein Grund zu resignieren**. Machen Sie dem Betroffenen Mut, zum Arzt zu gehen und durch die verschiedenen Maßnahmen seine geistige Leistungsfähigkeit wieder zu verbessern oder zu erhalten.

Mini-Mental Status-Test (MMST)

Der MMST erlaubt anhand eines einfachen Fragebogens eine Abschätzung der kognitiven Fähigkeiten eines älteren Menschen. Erfasst werden z.B. Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Rechnen, Sprache und konstruktive Praxis.

1. Testdauer

ca 10 Minuten

2. Auswertung

Einfache Addition der vorgegebenen Punkte

3. Interpretation

30-27 Punkte
keine Demenz

26-18 Punkte
leichte Demenz

17-10 Punkte
mittelschwere Demenz

≤ 9 Punkte
schwere Demenz

Mini-Mental Status-Test (MMST)

.....
Name und Vorname des Patienten

.....
Datum

1. Orientierung

- In welchem Jahr leben wir? ☐
- Welche Jahreszeit ist jetzt? ☐
- Welches Datum haben wir heute? ☐
- Welchen Monat haben wir? ☐
- In welchem Bundesland sind wir hier? ☐
- In welchem Land? ☐
- In welcher Ortschaft? ☐
- Wo sind wir (in welcher Praxis / Altenheim)? ☐
- Auf welchem Stockwerk? ☐

2. Merkfähigkeit

Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis prüfen dürfen. Nennen Sie dann drei verschiedenartige Dinge klar und langsam (ca 1 pro sec) "Zitrone, Schlüssel, Ball". Nachdem Sie alle drei Worte ausgesprochen haben, soll der Patient sie wiederholen. Die erste Wiederholung bestimmt die Wertung (vergeben Sie für jedes wiederholte Wort einen Punkt), doch wiederholen Sie den Versuch, bis der Patient alle drei Wörter nachsprechen kann. Maximal gibt es 5 Versuche. Wenn ein Patient nicht alle drei Wörter lernt, kann das Erinnern nicht sinnvoll geprüft werden.

Punkte 0-3 ☐

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend in 7er Schritten rückwärts zu zählen. Halten Sie nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65) an und zählen Sie die in der richtigen Reihenfolge gegebenen Antworten. Bitten Sie daraufhin das Wort "Preis" rückwärts zu buchstabieren. Die Wertung entspricht der Anzahl von Buchstaben in der richtigen Reihenfolge (z.B. SIERP=5, SIREP=3). Die höhere der beiden Wertungen wird gezählt.

Punkte 0-5 ☐

4. Erinnern

Fragen Sie den Patienten, ob er die Wörter noch weiß, die er vorhin auswendig lernen sollte. Geben Sie einen Punkt für jedes richtige Wort.

Punkte 0-3 ☐

5. Benennen

Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr und fragen Sie ihn was das ist. Wiederholen Sie die Aufgabe mit einem Bleistift. Geben Sie einen Punkt für jeden erfüllten Aufgabenteil.

Punkte 0-3 ☐

6. Wiederholen

Bitten Sie den Patienten, den Ausdruck "Kein Wenn und Aber" nachzusprechen. Nur ein Versuch ist erlaubt.

Punkte 0-1 ☐

7. Dreiteiliger Befehl

Lassen Sie den Patienten den folgenden Befehl ausführen. "Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden." Geben Sie einen richtigen Punkt für jeden richtig ausgeführten Befehl.

Punkte 0-3 ☐

8. Reagieren

Schreiben Sie auf ein weißes Blatt in grossen Buchstaben: "Schließen Sie die Augen". Der Patient soll den Text lesen und ausführen. Geben Sie einen Punkt, wenn der Patient die Augen schließt.

Punkte 0-1 ☐

9. Schreiben

Geben Sie dem Patienten ein weißes Blatt, auf dem er für Sie einen Satz schreiben soll. Diktieren Sie den Satz nicht, er soll spontan geschrieben werden. Der Satz muß ein Subjekt und ein Verb enthalten und einen Sinn ergeben. Konkrete Grammatik und Interpunktion werden nicht verlangt.

Punkte 0-1 ☐

10. Abzeichnen

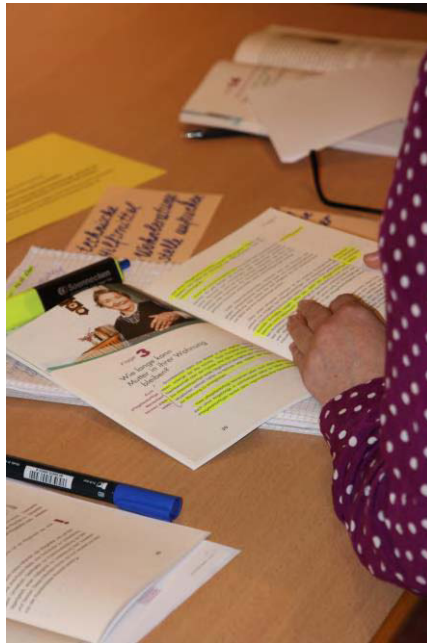
Zeichnen Sie auf ein weißes Blatt zwei sich überschneidende Fünfecke und bitten Sie den Patienten, die Figur genau abzuzeichnen. Alle 10 Ecken müssen vorhanden sein und 2 müssen sich überschneiden, um als ein Punkt zu zählen. Zittern und Verdrehen der Figur sind nicht wesentlich.

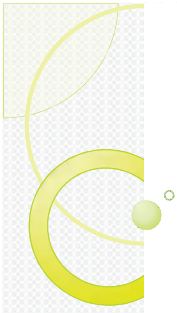


Punkte 0-1 ☐

Summe der Punkte

Pflege und Demenz: sozialrechtliche Grundlagen. Silke Niewohner, ehemalige Leiterin der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW





Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

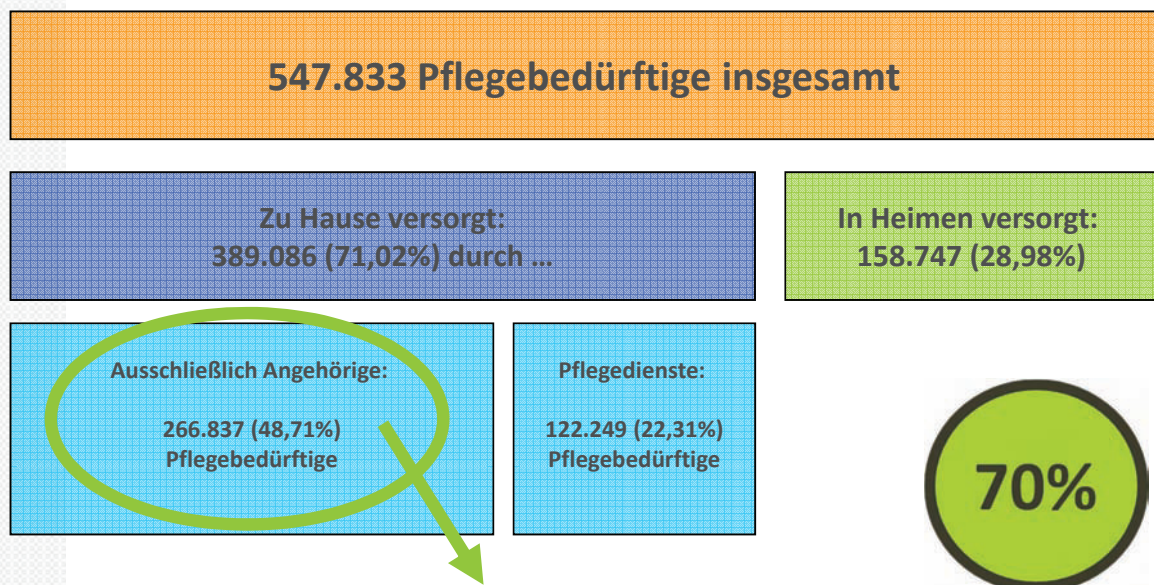
Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI – und Hilfe zur Pflege nach SGB XII

Silke Niewohner MPH

Gesundheitswissenschaftlerin und Dipl. Sozialarbeiterin

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de 1

Eckdaten Pflegestatistik 2011 für NRW



Fast 70 % der Menschen, die in NRW mit einer Pflegestufe zuhause leben, werden ausschließlich von Angehörigen versorgt.

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de



(Foto: Astrid Kirchhoff / pixelio.de)

5 Säulen der sozialen Sicherung

- Krankenversicherung
- Pflegeversicherung
- Unfallversicherung
- Rentenversicherung
- Arbeitslosenversicherung

Sozialgesetzbücher

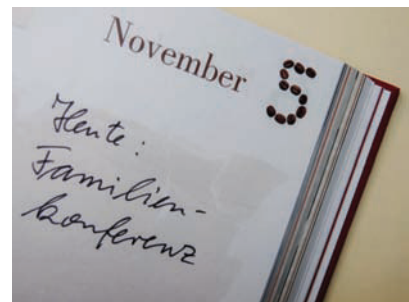
Buch	Titel
SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitssuchende
SGB III	Arbeitsförderung
SGB IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Verwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

5

Beratung hilft!!

- Pflegestützpunkte / Pflegeberatungsstellen
- Pflegekassen
- Sozialdienste im Krankenhaus
- Pflegeberatung durch ambulante Pflegedienste
- weitere Angebote (z.B. Seniorenbüros, Mehrgenerationenhäuser, Begegnungsstätten, ...)



(Foto: Dieter Schütz / pixelio.de)



(Foto: S. Hofschlaeger / pixelio.de)

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

6

Pflegeberatung



(Foto: RainerSturm / pixelio.de)

- **individuelle Beratung und Hilfestellung** durch einen Pflegeberater oder eine Pflegeberaterin der Pflegekasse
- Auch in der häuslichen Umgebung oder in einer Einrichtung
- Angebot der Pflegekasse bei Erstantrag: **umfassendes Beratungsgespräch, auf Wunsch zu Hause** innerhalb von zwei Wochen nach Antragseingang
- Alternativ: Beratungsgutschein.

(§ 7b SGBXI)

Finanzierung der häuslichen Pflege

Einkommen und Vermögen

Pflegeversicherung

Krankenversicherung (z.B.
Behandlungspflege)

Sozialamt: Hilfe zur Pflege /
Elternunterhalt durch
Kinder

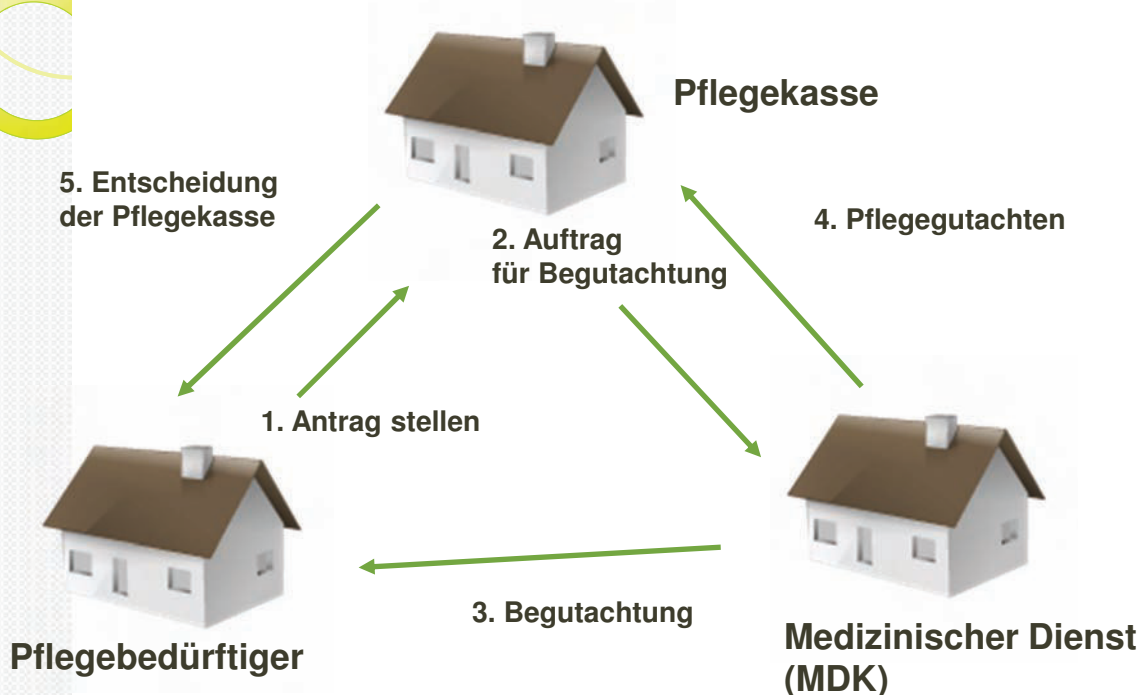


(Foto: Wilhelmine Wulff_All Silhouettes / pixelio.de)

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

- Die verbesserten Leistungen für Demenzkranke sind laut Entwurf nur eine Übergangslösung auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff.
- gesondertes Gesetz
- Pflegbeirat soll die noch offenen Umsetzungsfragen schnellstmöglich klären

Wie beantrage ich eine Pflegestufe?



Pflegestufe: Begutachtung und Fristen

- neben dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) auch **andere unabhängige Gutachter** möglich (§ 53 SGB XI, drei Gutachter zur Auswahl)
- Pflegebedürftige müssen bereits bei der Begutachtung von der Möglichkeit erfahren, ihr **Gutachten direkt mit dem Bescheid erhalten zu können.**
- Gesonderte **Rehabilitationsempfehlung**
- Wenn die Pflegekasse nach einem Erstantrag den Bescheid und die Rehabilitationsempfehlung nicht binnen fünf Wochen an die Antragssteller übermittelt, hat sie **für jede versäumte Woche 70 €** an diese zu zahlen.

(§ 18 und § 18a SGB XI)

Pflegestufe?



(Foto: sigrid rossmann / pixelio.de)

Was heißt Pflegebedürftigkeit?



Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist,

wer **"wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens"** (§ 14 SGB XI) **Hilfe braucht.**

Hilfebedarf auf Dauer, mindestens sechs Monate.

Was heißt Pflegebedürftigkeit?

Krankheiten und Behinderungen sind:

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane
- Funktionsstörungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

Was heißt Pflegebedürftigkeit?

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:



(Foto: Rainer Sturm / pixelio.de)

- Körperpflege

(Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren, Darm- und Blasenentleerung)



(Foto: Andreas Hermsdorf / pixelio.de)

- Ernährung

(mundgerechte Zubereitung der Nahrung, Nahrungsaufnahme)



(Foto: ulikat / pixelio.de)

- Mobilität

(selbständiges Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung)



(Foto: Rainer Sturm / pixelio.de)

- Hauswirtschaftliche Versorgung

(Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen)

Was heißt Pflegebedürftigkeit?

Hilfe bedeutet

- Beaufsichtigung oder Anleitung
- Unterstützung
- teilweise oder vollständige Übernahme

bei den oben genannten Verrichtungen des täglichen Lebens

Die Pflegestufen



23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

17

Widerspruchsbegutachtungen

ambulanten Bereich

- bei 65,7 Prozent der Fälle wird die gleiche Pflegestufe empfohlen
= Ablehnung Widerspruch

stationären Bereich

- bei 50,9 Prozent in der Pflegestufe I und 59,9 Prozent in der Pflegestufe II wird die gleiche Pflegestufe empfohlen
= Ablehnung Widerspruch

(Zahlen MDK)

Leistungen der Pflegeversicherung

Geldleistung:
Pflegegeld direkt an
Pflegebedürftigen

	Pflege- bedürftigkeit	erhöhter Betreuungsbedarf (z.B. Demenz, Psych. Erkrankung)
Stufe 0	--	120 €
Stufe I	235 €	305 €
Stufe II	440 €	525 €
Stufe III	700 €	700 €

Sachleistung:
ambulanter
Pflegedienst

	Pflege- bedürftigkeit	erhöhter Betreuungsbedarf (z.B. Demenz, Psych. Erkrankung)
Stufe 0	--	225 €
Stufe I	450 €	665 €
Stufe II	1.100 €	1.250 €
Stufe III	1.550 €	1.550 €

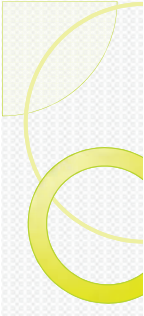
(§ 123 SGB XI)

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de 19

Verwendung Pflegesachleistungen

Beschränkung der Pflegesachleistung auf

- Grundpflege (z. B. Waschen, Anziehen) und
- hauswirtschaftliche Versorgung
- zusätzlich „**häusliche Betreuungsleistungen**“ durch **Hilfen bei der Alltagsgestaltung** (z. B. Spazierengehen, Vorlesen)



Mehr Wahlmöglichkeiten bei Pflegeleistungen

- 
- Alternativ zur Pflegesachleistung auch eine **Vergütung nach Zeit** (bestimmte Zeitvolumen)
 - Gemeinsam mit Pflegediensten können Pflegebedürftige entscheiden, welche Leistungen in diesem Zeitkontingent möglich wären.
 - aktuell Probeverhandlungen zwischen den Pflegekassen und den Pflegediensten sonst Schiedsstellenlösung



Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI)

Für alle Anträge auf Pflegeleistungen, welche ab dem 01.07.2008 gestellt werden, müssen in den letzten zehn Jahren vor der Antragstellung mindestens zwei Jahre an Vorversicherungszeit nachgewiesen werden.

Alternative:

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (SGB XII)

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (§ 61 – 75 SGB XII)

Leistungen analog zur Pflegeversicherung und bedarfsdeckend!

- Leistungsumfang: Hilfe in erforderlichem Umfang gewähren bzw. aufstocken
- Leistungsart: bei unverhältnismäßigen Mehrkosten im ambulanten Bereich, Umzug in stationäre Pflege, wenn zumutbar.

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

23



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (§ 61 – 75 SGB XII)

Erweiterung des Pflegebegriffes
Hilfebedarf

- Voraussichtlich weniger als 6 Monate
- geringerer Pflegegrad (Pflegestufe 0 oder einfache Pflegebedürftigkeit)
- Hilfe für andere Verrichtungen (nicht täglich)
 - z.B. Fußpflege, Treppenhausreinigung,
- Hilfe für andere Verrichtungen (nicht täglich)
 - Hilfebedarf im psychosozialen Bereich
 - Orientierung im häuslichen und außerhäuslichen Bereich
 - Strukturierung des Tagesablaufs
 - Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung

Wichtig: Abgrenzung zu psychiatrischer Krankenpflege nach SGB V, die Vorrang hat

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

24



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (§ 61 – 75 SGB XII)



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

Ein Beispiel zum Bedarfsdeckungsprinzip:

- Hilfsmittel werden immer in voller Höhe gewährt
- Pflegeversicherung dagegen nur 31 €

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (§ 61 – 75 SGB XII)



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

- Einkommenseinsatz nach geschützter Einkommensgrenze:
 - Doppelter Regelbedarf: 764,- €
 - Kaltmiete incl. Nebenkosten
 - ggfl. Familienzuschlag

Hilfe zur Pflege durch das Sozialamt (§ 61 – 75 SGB XII)



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

Literaturhinweis:

Utz Krahmer (Hrsg.)

„Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII“

5., überarbeitete Auflage

Vincentz-Verlag

Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

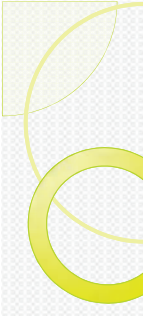


(Foto: Angela Parszyk / pixelio.de)

Menschen

- mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen
- mit geistigen Behinderungen
- oder psychischen Erkrankungen

haben häufig einen höheren Hilfe- und Betreuungsbedarf



Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

Der Antragsteller verlässt seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache und gefährdet so seine oder die Sicherheit anderer

Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur
- Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

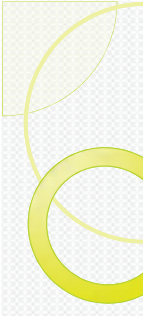


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße,
- Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

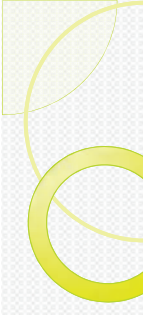


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,
- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

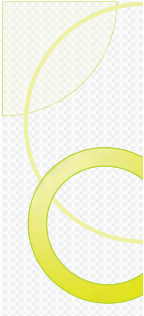


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

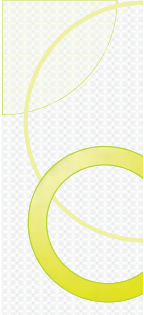


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

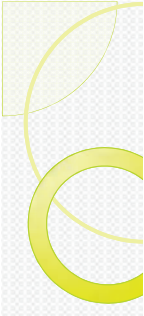


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- Harn- und Stuhldrang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu
- jedem Toilettengang aufgefordert werden muss,
- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.



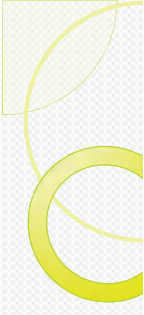
Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingestellt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss psychiatrisch gesichert sein.

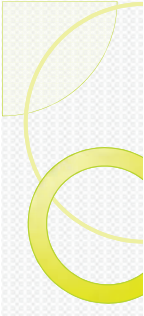


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wieder erkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.



Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

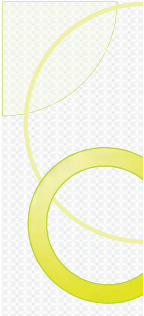


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

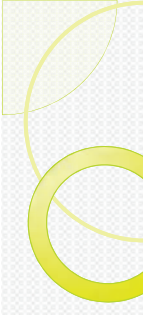


Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/ schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.



Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,
- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45b SGB XI)

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig „jammert“ und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss psychiatrisch gesichert sein.

Übersicht Funktionsstörungen

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Hin- bzw. Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen
4. Verhält sich tötlich oder verbal aggressiv
5. Verhält sich in Situationen nicht angepasst
6. Erkennt seine eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse nicht
7. Wehrt sich gegen therapeutische oder schützende Maßnahmen
8. Kann wegen gestörter Hirnfunktion soziale Alltagssituationen nicht mehr bewältigen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen)
9. Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört
10. Ist unfähig, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennt Alltagssituationen und reagiert unpassend
12. Zeigt ausgeprägte Schwankungen der Gefühle.
13. Ist überwiegend niedergeschlagen, verzagt, hilflos oder hoffnungslos (therapieresistente Depression)

2x ja,
davon 1x
Frage 1-9

erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
= 100,- € pro Monat

Übersicht Funktionsstörungen

2x ja,
davon 1x
Frage 1-9
und 1x
Frage 1-5, 9
oder 11

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Hin- bzw. Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen
4. Verhält sich tötlich oder verbal aggressiv
5. Verhält sich in Situationen nicht angepasst
6. Erkennt seine eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse nicht
7. Wehrt sich gegen therapeutische oder schützende Maßnahmen
8. Kann wegen gestörter Hirnfunktion soziale Alltagssituationen nicht mehr bewältigen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen)
9. Tag-Nacht-Rhythmus ist gestört
10. Ist unfähig, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren
11. Verkennt Alltagssituationen und reagiert unpassend
12. Zeigt ausgeprägte Schwankungen der Gefühle.
13. Ist überwiegend niedergeschlagen, verzagt, hilflos oder hoffnungslos (therapieresistente Depression)

in erhöhtem Maße eingeschränkte
Alltagskompetenz liegt = 200,- € pro Monat

Leistungen der Pflegeversicherung

häusliche Pflege

- Geldleistung, Sachleistung oder Kombinationsleistung
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- Tagespflege
- Entlastungsangebote (Betreuungsgeld, Pflegekurse)
- Umbau der Wohnung
- Hilfsmittel
- Soziale Sicherung der Pflegeperson (Rentenzahlungen + Unfallversicherung)

stationäre Pflege

Gruppenarbeit



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

Leistungen der Pflegeversicherung

Geldleistung:
Pflegegeld direkt an
Pflegebedürftigen

	Pflege- bedürftigkeit	erhöhter Betreuungsbedarf (z.B. Demenz, Psych. Erkrankung)
Stufe 0	--	120 €
Stufe I	235 €	305 €
Stufe II	440 €	525 €
Stufe III	700 €	700 €

Sachleistung:
ambulanter
Pflegedienst

	Pflege- bedürftigkeit	erhöhter Betreuungsbedarf (z.B. Demenz, Psych. Erkrankung)
Stufe 0	--	225 €
Stufe I	450 €	665 €
Stufe II	1.100 €	1.250 €
Stufe III	1.550 €	1.550 €

(§ 123 SGB XI)

Kurzzeitpflege

- 1.550,- € pro Jahr
- für maximal 28 Tage
- Antrag bei Pflegekasse
- Pflegebedingte Aufwendungen werden übernommen
- Unterkunft und Verpflegung muss selbst bezahlt werden
- Anspruch sofort
- Pflegegeld wird zur Hälfte weitergezahlt
- Rehabilitationskliniken wird es zukünftig erleichtert, zusätzlich auch Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige anzubieten, um einen gemeinsamen Aufenthalt zu ermöglichen (§ 42 SGB XI).



(Foto: Winfried Braun / pixelio.de)

Verhinderungspflege

- 1.550,-€ pro Jahr
- für maximal 28 Tage
- wie Kurzzeitpflege oder wochen- oder stundenweise Abrechnung
- Anspruch nach einem halben Jahr Pflege
- Antrag bei der Pflegekasse
- Nahe Angehörige können Verdienstaufschlag und Fahrtkosten bis max. 1.550 € erstattet bekommen
- Auch bei Pflegestufe 0 = Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf



(Foto: Rainer Sturm / pixelio.de)

Tages- und Nachtpflege

- Betreuungsangebot von 8.00 – 16.00 Uhr
- Abwechslungsreiches Tagesprogramm: z.B. Sitzgymnastik, Musikgruppen, Spiele, Kochen und Backen, Spaziergänge und Ausflüge sowie Ergotherapie, Biografiearbeit
- auf Wunsch Fahrdienst, auch tageweise buchbar
- Anspruch auf 150% Leistung bei Kombination
- Rechenbeispiel Pflegestufe 2



Foto: Klaus-Uwe Pacyna / (pixelio.de)



(Foto: adel / pixelio.de)

Sachleistung in Tagespflege 100% = 1.100 €	Pflegegeld 100% = 440 €
50% werden verbraucht	100%
550,00 €	440,00 €

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de 49

Tagespflege

- Tagespflege für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf berechnet sich nach der „einfachen“ Pflegesachleistung
- Bei der Inanspruchnahme von Tagespflege besteht ein (bis zu) 150 % Anspruch. Beispiel für die Pflegestufe 1

Sachleistung in Tagespflege 100 % = 450,- €	Pflegegeld 100% = 305,- € (für Menschen mit erhöhtem Betreuungsbedarf)
100 % werden verbraucht	50%
450,- €	152,50 €

Leistungen für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich



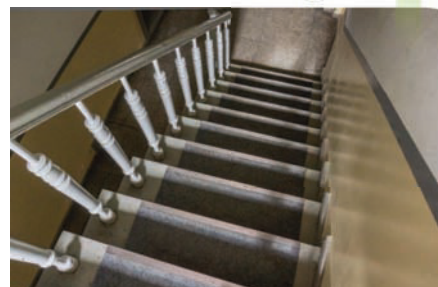
- Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz der so genannten Pflegestufe 0 können diese Leistungen erhalten
- Antrag bei Pflegekasse stellen
- **Grundbetrag: 100 € monatlich** (1200 € im Jahr)
- **erhöhter Betrag: 200 € monatlich** (2400 € im Jahr)
- Übertragung ins nächste Kalenderjahr möglich
- Nur für anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote, aber auch in Einzelfällen für Nachbarschaftshilfe.
- Abrechnung auch durch Pflegedienste möglich

Zusätzlich: Geld oder Sachleistung

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de 51

Wohnungsanpassung

- Bei Maßnahmen der **Wohnungsanpassung** bis zu einer Höhe von 2.557 € müssen Pflegebedürftige zukünftig **keinen Eigenanteil** mehr dazu zahlen.
- Pflegebedürftige mit der „Pflegestufe 0“ haben auch Anspruch auf Maßnahmen der Wohnungsanpassung.



23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

52

Förderung von Wohngruppen



(Foto: Rainer Sturm / pixelio.de)

Einmalig	
Investitionskosten für die Gründung der Wohngruppe	
Wohnumfeldverbesserung:	2.557,- Euro (maximal 10.228,- Euro)
Startzuschuss :	2.500,- Euro (maximal 10.000,- Euro)

Monatlich	
Zuschlag für eine Hilfskraft: (Organisation, Verwaltung, Pflege)	200,- Euro
Pflegegeld bzw. Pflege- sachleistung je nach Pflegstufe	

(§ 38a, § 40,
§ 45 e SGB XI)

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

53

Entlastung pflegender Angehörige

- Pflegegeld wird auch während einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zur Hälfte weiter gezahlt werden (§ 37 SGB XI).
- Bei anstehenden Rehabilitationsmaßnahmen **soll** die Krankenkasse die besonderen Belange von Pflegenden Angehörigen berücksichtigen.

Soziale Sicherung für Pflegende Angehörige

- Beiträge der Pflegekasse zur gesetzlichen **Rentenversicherung für Pflegende Angehörige** erfordern mindestens 14 Stunden Pflege pro Woche für einen oder mehrere Pflegebedürftige

(§ 19 SGB XI)



(Foto: S. Hofschlaeger / pixelio.de)

- Unfallversicherungsschutz durch die Unfallkasse NRW (www.beim-pflegen-gesund-bleiben.de)

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

55

Pflegekurse



(Foto: Gerda Mahmens / pixelio.de)

- Pflegekurse sind kostenlos und werden von der Pflegekasse angeboten; oft in Zusammenarbeit mit Verbänden, Volkshochschulen oder Pflegediensten.
- Pflegekurse bieten:
 - Informationen zum Thema Pflege, Pflegegeld und Pflege Techniken
 - Kontakt zu anderen Betroffenen
- häusliche Pflegeschulung

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

56

Gruppen für Pflegende Angehörige:

Pflegende Angehörige treffen sich, weil ...

- sie sich mit Menschen in ähnlichen Situationen austauschen wollen;
- sie Leute kennenlernen wollen, denen es genauso geht;
- sie Informationen suchen;
- sie ihre Erfahrungen weitergeben wollen;
- sie zusammen auf ihr Problem aufmerksam machen wollen;
- sie sich gemeinsam mit anderen für Veränderungen engagieren wollen;
- geteilte Probleme kleinere Probleme sind;
- es zusammen mehr Spaß macht;
- andere verstehen, was man erlebt hat.



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)



(Foto: Stephanie Hofschlaeger / pixelio.de)

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

57

Informationen der Landesstelle Pflegende Angehörige NRW (www.LPFA-NRW.de)

Ihr Pflegetagebuch
Informationen und Dokumentationen

gebührenfreies Service-Telefon:
0800-2204400

23.11.2013 Silke Niewohner MPH – www.niewohner.de

58

Durchblick bei der Pflegeversicherung

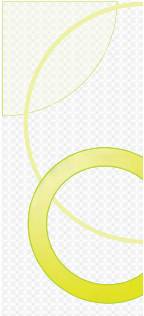


www.mds-ev.de

- Dokumente & Formulare
- Pflege
- Pflegebegutachtung - Rechtliche Grundlagen
- Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Druckversion ca. Ende Oktober verfügbar)

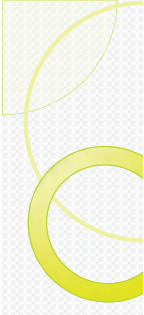
Durchblick bei der Pflegeversicherung

- www.gkv-spitzenverband.de
- Pflegversicherung
- Richtlinien, Vereinbarungen, Formulare
- Empfehlungen zum Leistungsrecht
- Gemeinsames Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflege-VG vom 17.04.2013



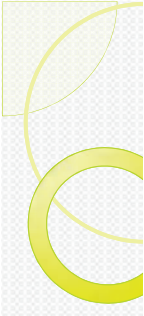
Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

1. Kontakt aufnehmen! Zur örtlichen Pflegeberatungsstelle bzw. zum Pflegestützpunkt oder bei Krankenhausaufenthalt auch zum Krankenhaussozialdienst.
2. Antrag stellen auf Pflegeeinstufung bei der Pflegekasse



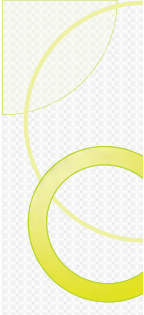
Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

3. Antrag beim Sozialamt, falls erforderlich.
4. Vorbereitung auf MDK-Begutachtung! Pflegetagebuch führen! Bei der Begutachtung dürfen weitere Angehörige anwesend sein.



Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

5. Einen Pflegekurs besuchen. Kostenlos!
6. Nach erfolgter Einstufung durch die Pflegekasse (auch bei Ablehnung einer Pflegestufe) das Pflegegutachten schicken lassen. Sorgfältig prüfen, ggf. erläutern lassen.



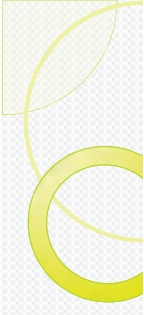
Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

7. Prüfen, ob die Voraussetzung für einen Schwerbehindertenausweis gegeben ist.
 - Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege prüfen. Die Möglichkeit der gesetzlichen Pflegezeit oder der Familien-Pflegezeit erfragen! Lassen Sie sich beraten und suchen Sie das Gespräch mit ihrem Arbeitgeber!



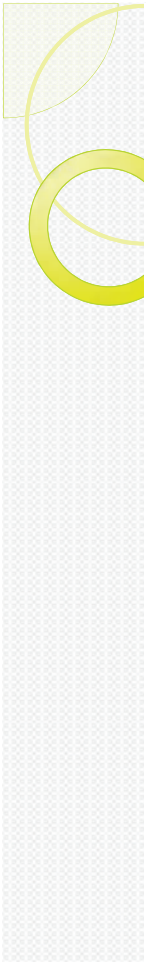
Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

- 9. Möglichkeit von Tagespflege und anderen entlastenden Hilfen prüfen.
- 10. Vor evtl. Berufsaufgabe Gespräch mit der Agentur für Arbeit führen
- 11. Bei einer Berufstätigkeit von 30 Stunden oder weniger pro Woche und mehr als 14 Stunden wöchentlicher Pflege besteht Rentenversicherungspflicht der Hauptpflegeperson!



Was ist zu tun im »Fall des Falles«?

- 12. Bei Berufsaufgabe Weiterversicherung in der Krankenkasse prüfen.
- 13. Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (falls gewünscht) besprechen. Lassen Sie sich beraten, z.B. von einem örtlichen Betreuungsverein!



(Foto: Karin Jung / pixelio.de)

Silke Niewohner

☎ 02361 – 10 60 211

💻 dialog@niewohner.de

Wohngemeinschaft für Demenzkranke: wie wird sie organisiert und wie funktioniert sie? Frank Hauser, Gestaltung von Ruhestandsoptionen

Herr Hauser berichtete von seiner persönlichen Erfahrung mit der Pflege seiner Mutter, die er zunächst über einen längeren Zeitraum zu Hause betreute. Als die Demenzerkrankung jedoch weiter fortschritt und er durch die Betreuung und Pflege an seine Grenzen stieß, suchte er nach einer alternativen Betreuungsform. Die Angebote im stationären Bereich kamen aber für seine Mutter und ihn nicht in Frage. Er erfuhr von einem freien Platz in einer Wohngemeinschaft für Demenzkranke, deren Konzept und Atmosphäre ihn überzeugten. Herr Hauser war zwar an der Gründung nicht beteiligt, übernahm aber wichtige Aufgaben in der Organisation der Wohngemeinschaft, die in der Rechtsform einer GbR geführt wird. Herr Hauser stellte zentrale Aspekte des Konzepts von selbstverantworteten Wohngemeinschaften für Demenzkranke vor (vgl. Präsentation).



Ambulant betreute Wohngemeinschaften



Georg Lukas

Betreuung in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz

- Orientierung an den Wünschen Bedürfnissen und Lebensgewohnheiten der Bewohner
- Prinzip des „normalen“ Haushalt
- Einbindung der Bewohner in die Hausaltsarbeit ist Teil des Betreuungskonzeptes



Betreuung in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz

- Rund um die Uhr Betreuung durch Betreuungs- und Pflegekräfte
- Tagesstrukturierende Maßnahmen
- Spezielle Konzepte zur Betreuung von Menschen mit Demenz

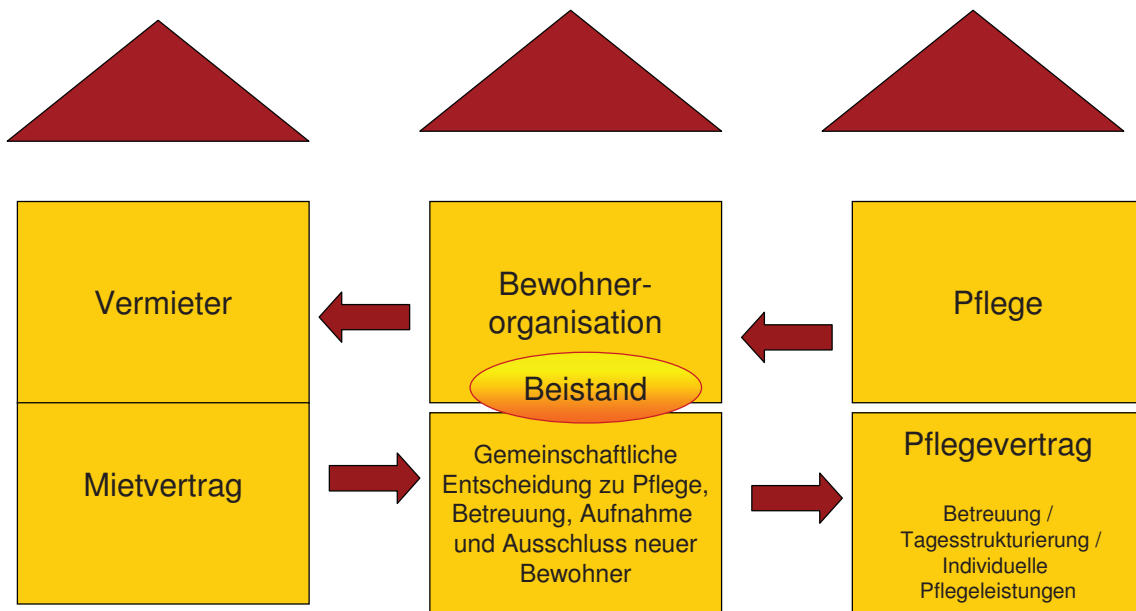


Organisation der Wohngemeinschaft

- „Selbstorganisierte“ Wohnform – kein Pflegeheim
- Prinzip Wohngemeinschaft - Mehrere Bewohner teilen sich eine Wohnung und verständigen sich untereinander verbindlich auf einen ambulanten Pflegedienst,
- So wird eine 24 Std. Betreuung sicher gestellt und die Mitsprache der Bewohner und Angehörigen gesichert
- „Träger“ der Wohngemeinschaft sind die Bewohner bzw. ihre Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter



Auftraggebergemeinschaft - Bewohnerorganisation



Bewohnerorganisation - Auftraggebergemeinschaft

- Gemeinsames Wirtschaften
- Verbindliche Verständigung aller Bewohner auf einen Pflegedienst ohne eine Betreuungseinrichtung gemäß Wohn- und Teilhabegesetz NRW zu werden
- Gemeinschaftliche Aufnahme neuer Bewohner
- Geteilte Verantwortung zwischen den Angehörigen und dem Pflegedienst



Auftraggebergemeinschaft - Bewohner GbR

- Die Bewohner vertreten durch ihre Angehörigen schließen sich in einer GbR zusammen
- Zweck der GbR ist es,
 - gemeinsam die Wohnung anzumieten,
 - sich auf einen ambulanten Dienst zu verständigen und
 - das Zusammenleben in der Wohngemeinschaft zu organisieren.
- Die GbR entscheidet die Aufnahme neuer Mitglieder
- Sie bestimmt über die Höhe und die Art der Verwendung des Haushaltsgeldes



Zelck Fotografie

Kosten und Refinanzierung - Miete der Zimmer

Wohnflächen		Mathias Kirchplatz 17 a				
			Zzgl. Anteil	Miete	Nebenkosten	
Zimmer	Größe	Terrasse	G Fl.	6,20 €	1,50 €	Miete inkl. NK
1	16,32	0,83	40,12	248,74 €	60,18 €	308,91 €
2	16,63	0,83	40,43	250,66 €	60,64 €	311,30 €
3	16,63	0,83	40,43	250,66 €	60,64 €	311,30 €
4	16,63	0,83	40,43	250,66 €	60,64 €	311,30 €
5	16,57	1,15	40,69	252,27 €	61,03 €	313,30 €
6	14,5	1,15	38,62	239,44 €	57,93 €	297,36 €
7	16,39		39,36	244,02 €	59,04 €	303,06 €
8	16,39		39,36	244,02 €	59,04 €	303,06 €

Kosten und Refinanzierung - Haushaltsgeld

- Gemeinschaftliche Entscheidung
- Kosten de gemeinsamen Haushaltes
 - Lebensmittel, Reinigungsmittel, Körperpflegemittel
 - gemeinschaftliche Telefonkosten, Versicherung, Strom
- Rücklagen
 - Schönheitsreparaturen Wohnung, Ersatzbeschaffungen



- Kostenträger
 - Eigenmittel
 - Sozialhilfe

Kosten und Refinanzierung: Betreuung

- Präsenzkraft am Tag
 - Hauswirtschaftliche Versorgung
 - Tagesstrukturierende Maßnahmen
 - Freizeitprogramm
- Nachtwache
- Kosten werden mit der Stadt Köln verhandelt
 - Ca 1.300 € pro Bewohner und Monat (Umlage der entstehenden Personalkosten)



- Kostenträger
 - Eigenmittel
 - Sozialhilfe

Kosten und Refinanzierung: Individuelle Pflege

- Grundpflege
 - Hilfe beim Duschen
 - Hilfe Beim An- und Auskleiden
 - ...
 - Behandlungspflege
 - Medikamentengabe
 - Verbandswechsel
- ↳ Leistungen werden individuell abgerechnet
- ↳ Refinanzierung über die Pflege-/ und Krankenkasse



Die nächsten Schritte

- Treffen mit den Interessenten
- Klären der individuellen Voraussetzungen
 - Wohnberechtigungsschein
 - Finanzierung
 - Vertretungsregelung
- Gründung der Auftraggebergemeinschaft
- Anmietung der Wohnung
- Beauftragung des ambulanten Pflegedienstes



Schulung zum/-r Demenzbegleiter/-in nach § 45 SGB XI. Rita Lysenko, Auxilia FUD Caritas Gelsenkirchen

Frau Lysenko wurde zu einer Demenzbegleiterin und Demenz-Sozialassistentin durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Demenz-Servicezentrums in Gelsenkirchen geschult. Folgende Themen waren Gegenstand ihrer Schulungen:

- Kommunikation, Motivation
- Demographischer Wandel, Altersbilder, Alterstheorien
- Altenbereiche der Bundesregierung
- Quartiersmanagement
- Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen und Berufen der Altenarbeit
- Recht in der Altenarbeit
- Ernährung, Sport, physische und psychische Veränderungen im Alter
- Biographiearbeit
- Demenz (Formen, Diagnose, Behandlung, Entlastung pflegender Angehöriger, Wohnformen, Beschäftigungsangebote)
- Pflegeplanung, Dokumentation

Frau Lysenko berichtete aus ihrer Praxis als ehrenamtliche Demenzbegleiterin. Sie stellte ihre Methoden im Umgang mit von ihr betreuten Personen vor, teilte Materialien aus, die sie selbst zusammenstellte und die sie in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit einsetzt. Einen großen Teil ihrer Präsentation widmete sie der Schilderung von typischen Situationen aus ihrer Praxis.

Nachbereitung des Seminars

I. „Bestandsaufnahme“ (persönlich und im Verein)

- Was macht der Verein bzw. was machen Sie selbst bereits zu den Themen „Seniorenarbeit“, „Ältere“, „Demenz“?
- Welche Bedarfe sehen Sie (bei sich selbst), wenn es um das Thema „Ältere mit Demenz“ geht?
- Welche Kapazitäten hat der Verein bzw. haben Sie selbst für die Arbeitsrichtung „Arbeit mit Älteren mit Demenz“ (personell, finanziell, strukturell, professionell usw.)?
- Welche Kontakte hat der Verein bzw. haben Sie selbst für die Arbeitsrichtung „Arbeit mit Älteren mit Demenz“?

II. Recherche in der Kommune

- Welche Angebote für Demenzkranke gibt es bereits in Ihrer Kommune und der Umgebung (kultursensibel und nicht kultursensibel)?
- Welche Netzwerke gibt es in Ihrer Kommune, mit denen man sich für die Arbeitsrichtung „Arbeit mit Älteren mit Demenz“ vernetzen sollte?

Nach dem ersten Seminar werden die Teilnehmenden in ihrer Stadt oder Gemeinde senioren- und demenzbezogene Vernetzungsarbeit leisten, um dann passende Initiativen zur besseren Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen zu starten. Hierzu zählen z.B. Beratungs- und Informationsangebote, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote oder die Entwicklung von passgenauen Wohnkonzepten. Die Partner aus den Migrantenorganisationen werden bei der Arbeit vor Ort durch das Projektteam konzeptionell und organisatorisch unterstützt.

Die Fortsetzung der Schulungsreihe

In den folgenden Seminaren der Schulungsreihe werden die bisher erworbenen Kenntnisse vertieft. Das zweite Seminar (Frühjahr 2014) konzentriert sich auf den Aufbau niedrigschwelliger Angebote. Im dritten (Herbst 2014) und vierten Seminar (Frühjahr 2015) werden die Themen Wohnangebote und Demenz-WGs sowie rechtliche Betreuung vertieft. Inputs und Übungen zum Projektmanagement, zur Netzwerkarbeit, zu Finanzierungsfragen und Öffentlichkeitsarbeit stehen ebenfalls auf dem Programm.

Workshop „Demenz und Migration“ am 15.01.2014 in Bonn

Das Projekt NASCH DOM hat auch zum Ziel, bundesweit über die Situation und Bedarfe demenzkranker Migranten und ihrer Angehörigen zu informieren und zu sensibilisieren, gute Initiativen der kultursensiblen Versorgung bekannt zu machen und engagierte Akteure aus der Praxis, Forschung und Politik zu vernetzen. Zu diesem Zweck findet am 15. Januar 2014 ein Workshop zum Thema „Demenz und Migration“ in Bonn statt.