



Demenzspezifische Fachberatung

Qualitätskriterien für Aufbau und Weiterentwicklung

Arbeitsgruppe „Qualitätskriterien der Beratung“
der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen
- www.demenz-service-nrw.de –

2014

Weitere Informationen zur Arbeit der Arbeitsgruppe unter:
www.demenz-service-nrw.de/ag-fachberatung-bei-demenz

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
2	NOTWENDIGKEIT DER DEMENZSPEZIFISCHEN FACHBERATUNG	5
2.1	Vorgehen der Arbeitsgruppe.....	6
2.2	Besonderheiten demenzieller Erkrankungen und daraus folgende Anforderungen an die Beratung.....	7
2.3	Anforderungen in der besonderen Beratungssituation im Kontext demenzieller Erkrankungen	11
2.3.1	Allgemeine und strukturelle Anforderungen an eine demenzspezifische Fachberatung	11
2.3.2	Lebensweltbezogene Aspekte einer demenzspezifischen Fachberatung	14
3	DEMENZSPEZIFISCHE FACHBERATUNG	17
3.1	Was	17
3.2	Wer	19
3.2.1	Die Gruppe der Einzelpersonen	20
3.2.2	Die Gruppe der Institutionen	23
3.3	Warum?	26
3.4	Wo ?.....	30
3.4.1	Schriftliche Beratung	31
3.5	Wie ?.....	33
3.5.1	Clearing	33
3.5.2	Informationsweitergabe	34
3.5.3	Punktuelle Beratung	34
3.5.4	Case Management	35
3.5.5	Team- und Familienberatung	37
3.6	Mit welcher Hilfe?.....	38
3.6.1	Ergo-, Physiotherapie, Logopädie	38
3.6.2	Pflege	38
3.6.3	Hilfsmittelversorgung	39
3.6.4	Medizin	39
3.6.5	Recht	40
3.6.6	Selbsthilfe	40
3.6.7	Bewegung	40
3.6.8	Ernährung	41
3.6.9	Fachwissen	42
3.6.10	Versorgungsforschung	42
3.7	Was noch?	43
3.7.1	Netzwerkarbeit	43
3.7.2	Öffentlichkeitsarbeit	44
3.7.3	Strukturelle Rahmenbedingungen	44
3.7.4	Finanzierungsgrundlagen	45
3.7.5	Träger- und Anbieterunabhängigkeit	45

3.7.6	Qualifikation des Beraterteams	46
4	QUALIFIKATION UND PERSÖNLICHE KOMPETENZ.....	47
4.1	Grundqualifikation des Fachberaters Demenz.....	48
4.1.1.	Studium oder Ausbildung im sozialen Gesundheitswesen	48
4.1.2	Praktische Erfahrung mit Menschen mit Demenz	49
4.1.3	Praktische Erfahrung in der Alten- und Angehörigenarbeit	49
4.2	Fachliche Kompetenz.....	50
4.2.1	Grundwissen zum Thema Versorgungsstrukturen	51
4.2.2	Rechtliche Grundkenntnisse und Finanzierungsmöglichkeiten	51
4.2.3	Wohnraumanpassung	52
4.3	Methodische Kompetenz.....	52
4.3.1	Grundlagen der Beratung und Begleitung	54
4.3.2	Moderation und Steuerung von Gruppenprozessen	59
4.3.3	Öffentlichkeitsarbeit	65
4.4	Persönliche und soziale Kompetenz.....	66
4.4.1	Psychosoziale Beratung	66
4.4.2	Beziehungskompetenz	67
4.4.3	Kontakt-, Kommunikationsfähigkeit und Selbstreflektion	69
4.4.4	Netzwerkarbeit	70
4.5	Fachberatung bei demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten	70
4.5.1	Interkulturelle Kompetenz	71
4.5.2	Interkulturelle Netzwerkarbeit	74
4.5.3	TZugang und Örtlichkeiten	74
4.6	Fort- und Weiterbildung	76
5	DIE FORMULIERUNG VON QUALITÄTSKRITERIEN EINER DEMENZSPEZIFISCHEN FACHBERATUNG – UND DANN?	78
6	LITERATUR	80
7	WEITERE INFORMATIONEN	83
8	ANHANG	84
8.1	Poster „Demenzberatung – eine komplexe Sache!“	84
8.2	Poster „Demenzberatung – Wer kann das?“	85
	Arbeitsgruppenmitglieder	86

1 Einleitung

Derzeit leben in Nordrhein-Westfalen ca. 300.000 Menschen mit Demenz. Es wird davon ausgegangen, dass davon ca. 70% im häuslichen Umfeld betreut werden (Engels und Pfeuffer 2004). Die Pflege und Betreuung stellt hohe Anforderungen an Angehörige sowie das gesamte Umfeld von demenziell erkrankten Personen und wirft viele Fragen und Probleme auf. Um diese Fragen und Probleme zu lösen ist Beratung nötig. Da das Themengebiet Demenz jedoch sehr umfangreich und komplex ist, benötigen beratende Personen in diesem Feld ein umfassendes, spezifisches Wissen. Die Grundlage, auf der in den Demenzberatungsstellen gearbeitet wird, ist jedoch häufig unklar. Erschwerend kommt hinzu, dass es keine Kriterien gibt, an denen sich Beratende und Träger von Beratungsstellen orientieren können.

Die vorliegenden Qualitätskriterien sind von den Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Qualitätskriterien der demenzspezifischen Fachberatung“ innerhalb der Landesinitiative Demenz-Service NRW entwickelt worden, um die Weiterentwicklung einer landesweit qualitativ hochwertigen Demenzberatung für alle ratsuchenden Personen mit Demenz und ihre Angehörigen zu unterstützen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind im Anhang namentlich aufgeführt.

Dank der unterschiedlichen Expertisen, die in der Arbeitsgruppe vertreten waren, konnte ein Dokument erstellt werden, welches unserer Meinung nach, die Voraussetzungen und Bedingungen für eine qualitativ hochwertige demenzspezifische Fachberatung beschreibt.

In Kapitel 2 wird die Notwendigkeit der demenzspezifischen Fachberatung begründet. Wer die Beratungsstellen aufsucht und welche strukturellen Voraussetzungen für eine demenzspezifische Fachberatung geschaffen werden sollten, wird in Kapitel 3 dargestellt. Anschließend werden in Kapitel 4 die notwendigen Qualifikationen und Kompetenzen des Fachberaters betrachtet.

Die Inhalte der Qualitätskriterien sind von der Gruppe konsentiert, die Ausformulierungen der einzelnen Kapitel haben Kleingruppen übernommen.

2 Notwendigkeit der demenzspezifischen Fachberatung

Die Frage inwieweit Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen eine spezialisierte Fachberatung benötigen, ist ein Thema, seit die Landesinitiative Demenz-Service im Jahre 2004 ins Leben gerufen wurde.

Intensiv und zum Teil auch kontrovers diskutiert wurde dieses Thema bereits in den Jahren 2005 bis 2007 im Kontext der Arbeit der Demenz-Modellprojekte der Stiftung Wohlfahrtspflege, die im Rahmen ihres Förderschwerpunktes „Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter Menschen“ mehr als 40 Modellprogramme aufgelegt hatte. Viele dieser Modellprojekte erprobten auch spezielle Ansätze zur Beratung von Menschen mit Demenz. Andere Demenzprojekte und Initiativen arbeiteten eng mit diesen Beratungsstellen zusammen und sahen mit dem Wegfall dieser Anlaufstellen auch eigene Angebote in Gefahr, wie beispielsweise niedrigschwellige Betreuungsangebote, deren Inanspruchnahme häufig mit dem Angebot einer begleitenden Demenzberatung eng verknüpft ist.

Diese Demenzberatungsstellen arbeiteten damals innerhalb oder außerhalb einer Modellförderung (beispielsweise angebunden an Alzheimer Gesellschaften oder auch in Trägerschaft und Finanzierung der Verbände). Mit dem sukzessiven Auslaufen der Modellförderung war diese Beratungs- und Unterstützungsstruktur in vielen Regionen gefährdet, denn nur selten fanden sich neue Konstellationen, die in der Lage waren, diese Angebote auch ohne Modellförderung zu finanzieren.

Ein wichtiges Thema war die Frage der demenzspezifischen Fachberatung auch bei den Demenz-Servicezentren. Diese hatten von Anfang an einen Schwerpunkt im Bereich der Netzwerkarbeit zur Verbesserung der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz, nahmen jedoch bis zum Jahr 2007 in unterschiedlicher Intensität auch Beratungsaufgaben als Einzelfallberatung in ihrem Einzugsbereich wahr.

Ursächlich dafür waren vor allem zwei Erfahrungen:

- a. ohne diese Angebote war es häufig nicht möglich, häusliche Betreuungssituationen im Interesse aller Beteiligten so zu stabilisieren, dass ein Umzug ins Heim vermieden werden kann;
- b. die bestehenden, z.B. kommunalen, Pflegeberatungsstellen waren aufgrund ihres allgemeinen und umfassenden Beratungsauftrages in der Regel nicht darauf ausgerichtet, dem hohen demenzspezifischen Beratungsbedarf zu entsprechen.

Diese Ausgangslage war Hintergrund dafür, dass sich Ende 2005 im Rahmen der Landesinitiative eine Arbeitsgruppe gründete, deren Ziel es war, Perspektiven für eine Demenzberatung in NRW zu entwickeln. Beteiligt an dieser Arbeitsgruppe waren rund 20 Mitarbeitende und Träger von Modellprojekten und Demenz-Servicezentren. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe¹ wurden in der Arbeitsgruppe „Demenzspezifische Fachberatung“ aufgegriffen, diskutiert und ergänzt.

2.1 Vorgehen der Arbeitsgruppe

Grundlegend für die Erarbeitung der Qualitätskriterien waren intensive Diskussionen in der Arbeitsgruppe über die Aspekte, die diese Form der Beratung ausmachen und darüber wie die daraus resultierenden Anforderungen umgesetzt werden können. Bezogen auf die Beratungskonzeption wurden unterschiedliche Beratungsschulen und -modelle betrachtet, um diese in Beziehung zu den festgestellten Anforderungen der demenzspezifischen Beratung zu setzen. Intensiver betrachtet wurden z.B. die Beratungsansätze nach Shulman (1992, 1993), die Lösungsorientierte Beratung nach Bamberger (2005) und die Methoden des Case Management. Auch Projekte und Qualitätskriterien von Fachgesellschaften, wie der BAGA e.V. (Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung), wurden auf die Eignung für den Einsatz in der Beratung

¹ Landesinitiative Demenz-Service NRW, 2007: Abrufbar unter: http://www.demenz-service-nrw.de/files/arbeitsergebnisse/ergebnispapier_AG_fachberatung_demenz.pdf

von Menschen mit Demenz und deren Angehörige hin überprüft. Es stellte sich heraus, dass kein Konzept allein übertragbar war, sondern einzelne Aspekte unterschiedlicher Ansätze wichtig sind. Zusätzlich müssen in diesem Beratungsfeld auch Themen mit aufgenommen werden, die in der sonstigen Beratungslandschaft nicht von Belang sind. Aus diesem Grund entstanden die hier vorliegenden Qualitätskriterien.

Im Verlauf dieses Kapitels werden die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Anforderungen an eine demenzspezifische Fachberatung, bezogen sowohl auf die Auswirkungen der Erkrankung, als auch auf die Beratungssituation selbst, dargestellt. In Kapitel 3 werden die Kriterien beschrieben, die für den Aufbau bzw. Durchführung einer demenzspezifischen Fachberatung von Bedeutung sind. Das daran anschließende Kapitel legt dar, welche Qualifikationen Beratende im Bereich Demenz vorhalten sollten, um eine qualitativ hochwertige Beratung durchführen zu können.

Zum Verständnis sei dargelegt, dass die Qualitätskriterien bewusst frei von finanziellen Zwängen gedacht wurden. Ausschlaggebend ist der fachliche Hintergrund, um eine adäquate demenzspezifische Fachberatung durchführen zu können. Hätte die Entwicklung der Qualitätskriterien vor dem Hintergrund finanzieller Ressourcen stattgefunden, wäre dies mit einem verminderten Anspruch an die Qualität einer demenzspezifischen Fachberatung einhergegangen. Unser Bestreben hingegen ist es, ausgehend von den Bedürfnissen der Ratsuchenden, Hilfen zur Entwicklung von adäquaten und qualitativ hochwertigen Fachberatungen zu geben.

2.2 Besonderheiten demenzieller Erkrankungen und daraus folgende Anforderungen an die Beratung

Bei der Forderung nach einer spezialisierten Fachberatung für Menschen mit Demenz und deren Angehörige muss deutlich werden, warum diese Form der Beratung nicht von bestehenden Einrichtungen einfach mit übernommen wer-

den kann. Dazu werden nachfolgend Aspekte dargestellt, die den Unterschied zu Beratungen in anderen Kontexten deutlich machen.

1. Demenz ist eine Erkrankung, deren Krankheitsverlauf unvermeidlich dazu führt, dass eine Begleitung meist rund um die Uhr erforderlich ist. Statistiken sagen, dass dies bei ca. 70% aller Menschen mit Demenz (Engels und Pfeuffer 2004), die in einer häuslichen Umgebung leben, der Fall ist. Dies stellt für jede Familie eine große Herausforderung dar und zwar logistisch, finanziell, sozial, aber auch psychisch. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Aufgabe meistens von **einer** Hauptpflegeperson, oft über einen Zeitraum von mehreren Jahren, zu bewältigen ist.

2. Ein adäquater Umgang mit einem Menschen mit Demenz gehört nicht zum üblichen Verhaltensrepertoire der Menschen. Ein entsprechendes Verhalten muss man vielmehr lernen und dieser Lernprozess setzt eine grundlegende Haltung und Veränderung bisheriger Verhaltensmuster voraus. Dazu zwei Beispiele:
 - Einer Schuldzuweisung entgegen die meisten Menschen z.B. intuitiv mit Ablehnung der schuldzuweisenden Person, einer eigenen Rechtfertigung oder einer mehr oder weniger rationalen Erklärung. Im Kontakt mit einer demenzerkrankten Person ist dies in hohem Maße kontraproduktiv. Erfolgsversprechender ist hier meist, Vorwürfe nicht persönlich zu nehmen, die „Schuldfrage“ konsequent auszuklammern, Verständnis zu signalisieren und die belastende Situation ohne Eskalation verstreichen zu lassen.
 - Aggressionen provozieren häufig ähnliche abgrenzende Reaktionen. Gegenüber einem Demenzerkrankten gehe es aber eher darum, herauszufinden, was die Aggressionen auslöst und sie in Zukunft vorausschauend zu vermeiden sowie die Gefühle für den Erkrankten zu formulieren („Es tut mir mit Leid, dass Sie so verärgert sind.“).

Der Umgang mit Menschen mit Demenz will also gelernt und geübt sein. Er setzt die Bereitschaft und Fähigkeit voraus, das eigene Reaktions- und Ver-

haltensrepertoire laufend zu erweitern und immer wieder zu verändern. Dazu kann eine qualifizierte Fachberatung, die auch psychosoziale Fragen einbezieht, einen wesentlichen Beitrag leisten.

3. Anders als bei anderen Erkrankungen - auch den meisten psychischen Erkrankungen - ist ein Mensch mit Demenz im fortschreitenden Krankheitsverlauf immer weniger in der Lage, die Regie des eigenen Lebens selbst wahrzunehmen, ohne sich selbst oder andere zu gefährden. Dies gilt für Behördenangelegenheiten bis hin zu täglichen Verrichtungen, wie z.B. das Kaffee kochen. Nahestehende Menschen sind deshalb gefordert, diese stellvertretend im wohlverstandenen Interesse zu übernehmen.

Wie ist dies möglich, ohne Aggressionen, depressive Rückzugstendenzen bei einem Menschen mit Demenz zu provozieren und ohne die eigenen Nerven allzu sehr zu strapazieren?

4. Während allgemeine Krankheiten mit zunehmendem Alter ein immer wichtigeres Gesprächsthema werden, ist die Demenzerkrankung nach wie vor ein tabuisiertes Thema. Über Demenz sprechen viele erst dann, wenn es sich nicht mehr vermeiden lässt. Dies hat unter anderem zwei Konsequenzen: Zum einen ziehen sich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen zurück, um beschämende Situationen zu vermeiden. Sie werden ausgegrenzt, wenn Außenstehende von der Demenzerkrankung eines Familienmitglieds erfahren. Dies ist für die Familien extrem belastend und die daraus resultierende soziale Isolation kann eine häusliche Betreuungssituation extrem gefährden. Bei der Bewältigung dieser Fragen ist für die Familien ein mitfühlendes und qualifiziertes Beratungsangebot möglicherweise der einzige Ausweg. Zum anderen nehmen Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen nur zögerlich Beratungsangebote in Anspruch, da sie sich damit praktisch selbst eingestehen, dass ein Demenzproblem besteht oder bestehen könnte. Ein Lernen im Umgang mit Demenz scheitert so von Anfang an. Eine qualifizierte Demenzberatung ist hier gefordert, um über verschiedene Formen einer zugehenden Beratung in Kontakt mit den Menschen zu kommen.

5. Wie oben angesprochen, ist die Begleitung eines Menschen mit Demenz im Alltag in vielen Fällen ein „Fulltimejob“. Erleichterung könnten hier professionelle und ehrenamtliche Hilfeleistungen, z.B. Betreuungsangebote, schaffen. Damit dies aber auch wirklich funktioniert, sind zwei Voraussetzungen erforderlich: Die Angebote müssen für die Pflege, Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz wirklich qualifiziert sein und Angebote in unterschiedlicher Trägerschaft müssen in der Lage sein, miteinander zu kooperieren. Diese hierfür nötigen Informationen zusammenzutragen, Kooperation zu vermitteln, Schnittstellen zu klären etc., kann allenfalls von einem Fachberatungsangebot für Demenz erwartet werden.
6. Der letzte hier aufgeführte Aspekt ist die ärztliche Versorgung von Menschen mit Demenz. Anders als bei anderen Erkrankungen werden Ärzte, bezogen auf die Inanspruchnahme pflegerischer, psychosozialer und anderer Hilfeleistungen, zu wenig beratend tätig. Warum dies so ist, soll hier nicht Thema sein. Deutlich wird aber, dass diese Lücke anderweitig - durch Fachberatungsangebote - gefüllt werden muss.

Alle Aspekte zusammengefasst, stellt sich die Situation ähnlich wie im Bereich der Wohnberatung dar. In beiden Bereichen sind in hohem Maße Fachkenntnisse erforderlich, um den Menschen eine nachhaltige und fachlich qualifizierte Hilfe und Beratung zur Verfügung zu stellen.

Insofern geht es in diesem Bereich nicht nur um die Klärung rechtlicher, finanzieller und pflegerischer Fragen sowie allgemeine Information über Hilfeangebote (als zentrale Aufgaben einer allgemeinen Pflegeberatung), sondern darüber hinaus vor allem um:

- Psychosoziale Angebote als Alltagsbegleitung
- Vermittlung, Kooperation und Qualifizierung von Hilfen im Einzelfall
- Schulung und Information zum Umgang mit Menschen mit Demenz
- Wohnortnahe Netzwerkarbeit im Einzugsbereich.

2.3 Anforderungen in der besonderen Beratungssituation im Kontext demenzieller Erkrankungen

Die Eingangs beschriebene Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen macht die Notwendigkeit einer spezifischen Beratung für diesen Personenkreis deutlich. Zum Verständnis der Lage, in der sich Familien eines demenzkranken Menschen befinden, werden nicht nur medizinische Grundlagen benötigt, sondern auch Kenntnisse darüber, wie sich die Symptome der demenziellen Erkrankungen nicht nur auf das Verhalten der erkrankten Person, sondern auch auf das gesamte Umfeld auswirken. Dieses spezialisierte Wissen können Mitarbeitende einer allgemeinen Pflegeberatung, bei denen Demenz nur ein Thema von vielen ist, nicht umfassend vorhalten.

In der Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich wurde deutlich, dass sich die Anforderungen auf zwei Aspekte beziehen:

- zum einen den **strukturellen Rahmen** der Beratung,
- zum anderen auf die **Lebenswelt der Betroffenen**.

Im Folgenden sind die Anforderungen bezogen auf die beiden Bereiche dargestellt.

2.3.1 Allgemeine und strukturelle Anforderungen an eine demenzspezifische Fachberatung

Unter allgemeinen und strukturellen Anforderungen werden zum einen die fachlichen Voraussetzungen, die in einer Demenzberatung vorgehalten werden müssen, und zum anderen die Rahmenbedingungen verstanden, unter denen eine Demenzberatung stattfinden sollte.

Fachwissen über das Syndrom Demenz

Grundlegend für eine Fachberatung für Demenzerkrankte und deren Angehörige ist das Wissen der Beratenden rund um das Thema Demenz. Was dieses Wissen beinhalten muss und welches zusätzliche Wissen wünschenswert ist, wird in Kapitel 4 vertieft behandelt. Oft wird nicht bedacht, dass Demenz ein Syndrom ist und inzwischen von ca. 100 verschiedenen demenziellen Ursachen

(BMG 2010) ausgegangen wird. Einige von ihnen weisen zudem ganz unterschiedliche Symptome auf. Dies verdeutlicht die Komplexität der demenziellen Erkrankungen und die Notwendigkeit, spezialisierte Fachkräfte in dem Bereich der Beratung einzusetzen.

Steigende Anzahl Betroffener

Die steigende Anzahl Betroffener führt zu einer höheren Anzahl Ratsuchender. Da die Klientel überwiegend älter ist, werden die Möglichkeiten nicht in vollem Umfang genutzt. Zudem herrscht nach der Informationsflut im Internet meist noch mehr Ratlosigkeit, welche Angaben sind richtig und seriös, welche Informationen sind für mich in meiner Situation wichtig, welche Möglichkeiten und regionalen Alternativen habe ich. In solchen Fällen ist es für die Ratsuchenden am sinnvollsten, sich an Personen zu wenden, mit denen sie in den direkten Austausch gehen und die sie konkret fragen können.

Demenzen überwiegend nicht heilbar

Die Situation der Beratung wird dadurch erschwert, dass den Betroffenen und Angehörigen kaum Hoffnung für die Zukunft gemacht werden kann, da die überwiegende Anzahl von Demenzerkrankungen nicht heilbar ist.

Betroffene und Angehörige im Fokus der Beratung

Wenn es um die Beratung von kranken Menschen geht, die keine kognitiven Einschränkungen haben, steht immer die erkrankte Person im Fokus. Diese können mit ihren Angehörigen selbst verhandeln, wie sie die Pflege und Betreuung gestalten. In der Betreuung von Menschen mit Demenz ist dies nur am Anfang der Erkrankung möglich. Hier sind die Angehörigen fester Bestandteil der Beratungssituation und werden im Verlauf der Erkrankung die Ansprechpartner sein.

Spagat der Beratenden: Vertreter der Interessen der Betroffenen oder der Angehörigen?

Im Allgemeinen suchen erkrankte Personen selbst Rat, z.B. wenn sie unter Herzerkrankungen, Diabetes, Multiple Sklerose oder onkologischen Erkrankungen leiden. Im Fall der demenziellen Erkrankungen ist das eher die Ausnahme. In der Regel suchen Angehörige² Hilfe, wenn das Verhalten der Erkrankten nicht mehr verstehbar und zu bewältigen ist. In diesen Fällen muss die beratende Person einen Mittelweg finden zwischen dem, was dem Menschen mit Demenz in dieser Situation gut tut, und dem, was die pflegenden Angehörigen zu leisten in der Lage sind. Hier geht es auch um den Schutz des pflegenden Angehörigen.

Veränderungen im Beratungsprozess

Wie oben angesprochen, wird der oder die Angehörige zunehmend im Fokus der Beratung stehen. Anfangs werden sich die Angehörigen eher Informationen über die Erkrankung, mögliche Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten der Krisenintervention einholen. Zwischen den einzelnen Anfragen können Monate liegen. Im weiteren Verlauf werden auch pflegerische Aspekte immer mehr in den Vordergrund rücken und eine dauerhafte Begleitung (Case Management) erforderlich machen.

Vielfach keine Wahrnehmung der Betroffenen als Person

Es kommt immer wieder vor, dass nach der Diagnosestellung nicht mehr mit der betroffenen Person geredet wird, sondern über diese Person, auch in ihrem Beisein. Damit dies im Beratungsprozess nicht geschieht ist es von Bedeutung, dass die Beratenden eine Haltung haben, die jederzeit auch die betroffene Person in alle Gespräche und Planungen mit einbezieht, solange diese dazu in der Lage ist. Vielfach müssen in den Gesprächen auch die Angehörigen behutsam darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Betroffenen immer noch Perso-

² Angehörige bezieht sich hier nicht nur auf die Verwandtschaft, sondern auch auf Vertraute der Betroffenen, wie Lebenspartner, Freunde, Nachbarn etc.

nen sind, die besonders verletzlich und auf ihre Aufmerksamkeit und Fürsorge angewiesen sind.

Lückenhafte/fehlende Netzwerke

In manchen Regionen mangelt es an Netzwerken bzw. gibt es Netzwerke, die einige Lücken aufweisen. Hier gilt es, diese zu schließen, um die Versorgung der Menschen mit Demenz umfassender zu gestalten. Diesbezüglich werden Einrichtungen und Personen benötigt, die das Hintergrundwissen haben, um diese Lücken aufzudecken und Ideen, welche Strukturen und Angebote hier von Nöten wären.

2.3.2 Lebensweltbezogene Aspekte einer demenzspezifischen Fachberatung

Die lebensweltbezogenen Aspekte beziehen sich auf die einzelne Person mit Demenz. Dabei geht es um die Erkrankung einer Person, deren Symptomatik und Auswirkungen auf ihr näheres und weiteres Umfeld und die daraus entstehenden Besonderheiten in der Beratung.

Abnehmende kognitive Fähigkeiten

Eine Schwierigkeit in der Beratung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen ist die abnehmende kognitive Fähigkeit der Betroffenen. Dies kann unter anderem zu Verständnisproblemen führen oder zur eingeschränkten Fähigkeit, sich an getroffene Absprachen zu halten.

Teilweise verändertes Selbstbild der Betroffenen

Menschen mit Demenz haben vielfach eine fehlende Krankheitseinsicht. Gerade im Anfangsstadium kann es sein, dass sie ihre Erkrankung nicht wahrhaben wollen oder können. Sie sind der Überzeugung, dass sie z.B. ihre Geldgeschäfte oder ihren Haushalt noch selbst regeln können und dass sie keine Hilfe benötigen. In diesen Fällen wird es schwierig, Unterstützungsangebote zu installieren. In der Folge kann es dazu kommen, dass sie z.B. dem Pflegedienst den Zutritt zur Wohnung verweigern.

Ständige Veränderungen der Situation

Die Begleitung von Menschen mit Demenz ist geprägt von ständigen Veränderungen. Diese Veränderungen ergeben sich im Verlauf der Erkrankung mit allen dazugehörigen Folgen. Aber auch der sprunghafte Wechsel innerhalb eines Tages, stellt die Betreuenden von Menschen mit Demenz immer wieder vor große Herausforderungen. Zwar können auch Menschen mit anderen Erkrankungen launen- und sprunghaft erscheinen, jedoch besteht immer noch die Möglichkeit, wichtige Sachverhalte mit ihnen zu erörtern.

Hohes Alter der Betroffenen und des Umfeldes

Demenzielle Erkrankungen treten in der Regel bei Menschen höheren Alters auf. Dies hat zur Folge, dass nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch das Umfeld ein hohes Alter aufweist. Jüngere Familienangehörige wohnen häufig weit entfernt und können bei der Betreuung und Pflege nicht direkt unterstützen. Das hohe Alter auch der Angehörigen führt häufig dazu, dass diese selbst krank sind und dadurch vielfach mit der Betreuung körperlich überfordert sind.

Neudefinition der Rollen

Die Diagnose Demenz verschiebt das Rollengefüge innerhalb einer Familie und der sonstigen Gemeinschaft. Die betroffene Ehefrau, die sich um den Haushalt gekümmert hat, kann ihren Aufgaben immer weniger nachkommen. Der Ehemann ist eventuell auf Hilfe angewiesen. Andersherum ist es oft der Fall, dass dem Mann die Regelung der finanziellen Belange zukommt. Verliert dieser Mann seine Geschäftstüchtigkeit, muss die Frau sich mit diesen Dingen auseinandersetzen. Vielfach sind die jeweiligen Partner mit den Aufgaben überfordert, was diese, zusätzlich zur Betreuung ihres Angehörigen, unter Druck setzt. Im Umkehrfall kann es auch sein, dass der jeweilige Partner sich frühzeitig diese Aufgaben zu eigen macht, sie dem Betroffenen sozusagen „wegnimmt“. Dies kann bei den Betroffenen Personen negative Gefühle „des nicht mehr gebraucht werden“ auslösen.

Übernahme der Verantwortung/Regie im Krankheitsprozess nicht von den Betroffenen selbst

Menschen mit Demenz sind im Krankheitsverlauf nur noch eingeschränkt in der Lage, die Verantwortung in ihrem Krankheitsprozess selbst zu tragen und Entscheidungen für die weiteren Maßnahmen zu treffen. Das bedeutet für die betroffene Person zunehmenden Autonomieverlust und für die betreuende Person eine stärkere Übernahme von Verantwortung und Aufgaben. Letztendlich beruht die Planung der weiteren Vorgehensweise auf der Einschätzung und Interpretation der Situation des Menschen mit Demenz durch Dritte. Doch gleich wie vertraut die Person auch ist, alles sind nur Annäherungen an das, was die betroffene Person vermutlich will.

Stigmatisierung und Tabuisierung

Ein weiteres Problem ist die Stigmatisierung der Menschen mit Demenz. Das Stigma ist ein Grund für die Tabuisierung dieses Themas. Betroffene tauchen in ihrem einstigen Umfeld kaum noch auf, um sich vor Bloßstellungen durch ihre abnehmenden Fähigkeiten zu schützen. Aus diesem Grund meiden die Betroffenen und ihre Familien die Öffentlichkeit und scheuen sich letztendlich auch, Beratungsstellen aufzusuchen.

Nachdem die Notwendigkeit der Nutzung von Qualitätskriterien für eine demenzspezifische Fachberatung dargelegt wurde, werden nachfolgend die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Kriterien vorgestellt. In Kapitel 3 geht es um Inhalte und Struktur der demenzspezifischen Fachberatung. Das anschließende Kapitel 4 geht auf die erforderlichen Qualifikationen der Mitarbeitenden in der Demenzberatung ein.

Bei der Entwicklung der Qualitätskriterien wurde der finanzielle Aspekt außen vor gelassen. Die vorliegenden Qualitätskriterien, werden auf der Basis einer rein fachlichen Expertise entwickelt, um eine qualitativ hochwertige Demenzberatung beschreiben zu können.

3 Demenzspezifische Fachberatung

3.1 Was

Was ist nötig?

Demenzspezifische Fachberatung

Präsentiert werden die Ergebnisse der AG Beratung der Landesinitiative Demenzservice NRW im Sinne einer Expertise: Auf der Basis einer idealtypischen Betrachtung wird dargestellt, was eine Demenzspezifische Fachberatung im Wesentlichen ausmachen und leisten sollte. Ausgehend von den unterschiedlichen Gruppen potentiell Ratsuchender und den zu bearbeitenden Themen werden auch die notwendige Methodik und weitergehende Aufgaben aufgezeigt sowie die zu schaffenden institutionellen Voraussetzungen dargestellt.

Qualitätskriterien werden in der Regel von einer Gruppe von Fachleuten erarbeitet, die sich, oft von idealisierten Bedingungen, Vorstellungen und Erfahrungen ausgehend, an ein „Optimum“ annähert. Die Autorinnen und Autoren arbeiten entweder praktisch in dem Bereich, für den die Qualitätskriterien erarbeitet werden sollen, oder haben sich theoretisch bzw. wissenschaftlich mit dem betreffenden Themenkomplex auseinandergesetzt. Auch die vorliegenden Qualitätskriterien für die „Demenzspezifische Fachberatung“ idealisieren und gehen von dem Wunsch und dem Bestreben nach einer optimalen Lösung aus. Soziologisch betrachtet geht es dabei auch im besten Sinne von Max Weber zunächst einmal um die Konstruktion eines Idealtypus (Weber 2005).

Das vorliegende idealtypische Modell der „Demenzspezifischen Fachberatung“, das als Maßstab für die Umsetzung in der Praxis empfohlen wird, ist auf der Basis praktischer, fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden. In diesem Sinne sind die Qualitätskriterien eine fachliche und praktisch begründete Forderung nach einer Lösung, die sich diesem idealtypischen Modell möglichst annähert, im besten Sinne es sogar in der Praxis eins zu eins umsetzt.

3.2 Wer

Wer wendet sich an eine demenzspezifische Fachberatung?

Die Gruppe der Ratsuchenden, die sich an eine demenzspezifische Fachberatung wenden, ist keine homogene Gruppe. Auch der folgende Versuch, die Gruppe der Ratsuchenden zu differenzieren und einzelnen Unterkategorien zuzuordnen, wird der Individualität der Problematiken und Fragestellungen, mit denen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (gewünscht ist ein Team) einer demenzspezifischen Fachberatung konfrontiert wird, nur bedingt gerecht. Bei unserer Betrachtung der Zielgruppe differenzieren wir zunächst zwischen Einzelpersonen und den Vertretern von professionellen Institutionen.

Zur Gruppe der Einzelpersonen zählen:

- Betroffene
- Angehörige
- Freunde
- Nachbarn
- Bekannte
- Interessierte
- Freiwillig Engagierte

Bei der Gruppe der Institution unterscheiden wir:

- Betreuungswesen
- Gesundheitswesen
- Pflegeeinrichtungen und -dienste
- Fachfremde Dienstleister
- Kommunen
- Selbsthilfegruppen

3.2.1 Die Gruppe der Einzelpersonen

Betroffene

Bei der Formulierung von Qualitätskriterien für eine Fachberatung sollte man üblicherweise zunächst von den Menschen ausgehen, die von einem Problem bzw. in diesem Falle von einer bestimmten Krankheit bzw. Symptomatik, einem Syndrom selber betroffen sind. Beim Thema Demenz stehen Selbstbetroffene vielleicht an erster Stelle der Ratsuchenden, nicht aber derer, die in Beratungsstellen beraten werden. Allzu oft zielen Beratungsangebote vor allem auf Angehörige und andere Betreuende ab. Demenzerkrankte selbst beklagen, dass ab der Diagnosestellung kaum noch mit ihnen geredet wird und sämtliche Kommunikation zu ihnen als Person, zur Erkrankung oder zum Umgang mit Problemen mit Betreuenden stattfindet (Taylor 2009). Allerdings rückt dieser Umstand im Rahmen der Teilhabebewegung (Wißmann 2012) mehr und mehr in die Diskussion um eine „gute Versorgung“ von Menschen mit einer Demenzerkrankung. Dies geschieht zum einen, weil es mehr Fälle bzw. Menschen gibt, die alleine leben und die im Falle einer Demenzerkrankung auch zunächst auf sich alleine gestellt sein werden. Zum anderen, weil es inzwischen eine langsam wachsende Zahl von Betroffenen gibt, die sich aktiv mit ihrer Erkrankung, deren Verlauf sowie mit ihrer Behandlung und Versorgung auseinandersetzen (Demenz Support Stuttgart 2010). In Zukunft wird die Beratung von Betroffenen die demenzspezifische Fachberatung vor ganz neue Herausforderungen stellen.

Angehörige

Die Gruppe der Angehörigen ist bisher die dominierende Klientel einer demenzspezifischen Fachberatung. Geht man allein in Deutschland von etwa 1.2 Millionen Demenzerkrankten aus (Bickel 2010), die wiederum mit etwa drei Personen im engeren Umfeld direkte Berührung haben, handelt es sich bereits um etwa 3,5 Millionen Menschen in der Bundesrepublik, die von einer Demenz persönlich betroffen sind. Dabei ist die Gruppe der Angehörigen ebenfalls nicht homogen, sondern unterscheidet sich nach Verwandtschaftsbeziehung, dem Grad des ‚involviert seins‘ in die konkrete Versorgungs- bzw. Betreuungssituation und natürlich auch nach dem Grad der individuellen (empfundene) Belas-

tung. Angesichts der Tatsache, dass der größte Teil der Demenzerkrankten in Deutschland zunächst von ihren Angehörigen in der häuslichen Umgebung gepflegt bzw. betreut wird, lässt sich erahnen, wie umfangreich die Gruppe derer ist, welche potentiell als Ratsuchende für eine demenzspezifische Fachberatung in Frage kommen.

Freunde

Soziale Unterstützungsnetzwerke sind im besten Falle vielschichtig und die Bedeutung eines stabilen, aktiv helfenden Freundeskreises kann viele Versorgungslücken schließen. Im Verlauf des fortschreitenden gesellschaftlichen Wandels, der besonders auch durch die weitere Abkehr von traditionellen Familienstrukturen gekennzeichnet ist, nimmt die Bedeutung der Familie als traditionelles Helfer- und Unterstützungsnetzwerk weiter ab. Im gleichen Zuge nimmt die Bedeutung von Freundeskreisen und anderen sozialen Netzwerken weiter zu. Auch wenn die Klientel der Ratsuchenden sich bisher noch eher aus dem Familienbereich der Betroffenen rekrutiert und diese bisher traditionell eher als Bevollmächtigte bzw. gesetzliche Betreuer für ihre Eltern, Ehepartner oder Geschwister auftreten, gibt es immer wieder Fälle, wo sich „Freunde“ als „Kümmerer“ an eine demenzspezifische Fachberatung wenden.

Nachbarn

Im Zuge der gesellschaftlichen Veränderung von Unterstützungsnetzwerken werden auch Nachbarschaften (wieder) bedeutsamer. Aktuell erleben Quartiers- und Nachbarschaftskonzepte als Lösungsansätze in ganz unterschiedlichen sozialen Problem- und Versorgungskontexten eine wahre Renaissance und sind politisch gewollt (MGEPA 2012). Historisch gesehen spielte Nachbarschaft im Dorf oder im Stadtteil lange eine dominante Rolle als soziales Netzwerk und als Quelle potentieller Unterstützung. In den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts erlebten sozialarbeiterische Stadtteilkonzepte besonders in Problembezirken einen wahren Boom und auch in der Altenpflege baute die Struktur der Gemeindeschwestern und Sozialstationen auf kleinräumige Hilfestrukturen. Nachdem viele dieser Strukturen abgeschafft bzw. nicht weiter gefördert wor-

den sind, erlebt das Konzept der Nachbarschaft in den neueren Quartiersansätzen eine „Wiederauferstehung“.

In Nordrhein-Westfalen wurde 2008 der Bedeutung der Nachbarschaftshilfe in der Betreuung von Demenzerkrankten Rechnung getragen und die Möglichkeit geschaffen, „Nachbarn“ für Betreuungsleistungen zu entlohnen: Bei der Anpassung der ‚Verordnung über niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote für Pflegebedürftige (HBPfVO)‘ an die Neuerungen des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflegeweiterentwicklungsgesetzes (PfWG) wurde die „Einzelfallbetreuung im Rahmen der Nachbarschaftshilfe“ (HBPfVO § 2, Abs. 2 Satz 8) in die Liste der anerkennungsfähigen Angebotstypen aufgenommen.

Unabhängig von dieser Entwicklung gehören Nachbarn von Demenzerkrankten schon immer zu den Klienten fachspezifischer Demenzberatung - häufig als die Gruppe, die auf prekäre Versorgungssituationen im häuslichen Umfeld aufmerksam macht.

Bekannte

Eine andere Gruppe, die beispielsweise auf die schwierigen Versorgungssituationen von allein lebenden Demenzerkrankten aufmerksam macht und in diesem Kontext Klienten einer demenzspezifischen Fachberatung sein können, sind Bekannte. Natürlich ist der Übergang von Freundes- und Bekanntenkreis fließend. Auch die Gruppe der „Bekannten“ ist heterogen. Zu ihr können Menschen gehören, die im Rahmen von bürgerschaftlichem Engagement tätig werden oder Menschen, die mehr oder weniger zufällig auf eine Situation aufmerksam werden und mit dem mehr oder weniger unbestimmten Gefühl handeln, „etwas tun“ zu müssen.

Freiwillig Engagierte

Bürgerschaftliches Engagement entwickelt sich auch im Bereich der Demenzversorgung stetig weiter. Freiwillig Engagierte, ob als Ehrenamtliche im Dienste von Vereinen, Verbänden, Kirchengemeinden oder anderen Initiativen und Organisationen, müssen neben dem Familien-, Freundes- und Bekanntenkreis

sowie den professionellen Dienstleistern als eine eigenständige Gruppe gesehen werden. Durch die Einführung und den Ausbau der niedrighschwelligen Betreuungsangebote gemäß der bereits im Kontext der Nachbarschaftshilfe genannten HBPfVO, wird die Einbeziehung ehrenamtlicher Strukturen in die Demenzversorgung zunehmend ausgeweitet. Immer mehr Menschen engagieren sich im Zuge dessen z.B. in Betreuungsgruppen oder im Rahmen der Einzelbetreuung als ehrenamtliche Helfer und Unterstützer. Aus diesem Grund ist es auch nicht verwunderlich, dass auch freiwillig Engagierte sich an eine demenzspezifische Fachberatung wenden.

Interessierte

Zur Gruppe der Interessierten zählen im Prinzip alle Personen, die in irgendeiner Form eine demenzspezifische Fachberatung in Anspruch nehmen, weil sie an einem Thema bzw. einer Fragestellung interessiert sind, die sie fachlich beantwortet bzw. erörtert haben wollen. Die Gruppe der Interessierten ist in der Regel nicht persönlich in eine Versorgungssituation involviert. Ihr Interesse ist ein eher intellektuelles, manchmal auch präventives als der Wunsch nach praktischem Wissen für eine aktuelle Situation.

3.2.2 Die Gruppe der Institutionen

Institutionen, die sich an Fachberatungsstellen wenden, werden in der Regel von Ratsuchenden Einzelpersonen vertreten. Das heißt hinter diesen Einzelpersonen steht nicht ein privates, sondern ein professionelles bzw. organisiertes Interesse. Vertreter von Institutionen, die sich an eine demenzspezifische Fachberatung wenden, tun dies in der Regel im Auftrag ihrer Institution.

Betreuungswesen

Hiermit sind Institutionsvertreter aus dem Tätigkeitsgebiet der gesetzlichen Betreuung gemeint, u.a. auch Amtsrichter, Rechtspfleger bzw. sonstige Mitarbeiter von Betreuungsstellen und Betreuungsvereinen. Doch in der Regel ist hier zunächst die Institution des gesetzlichen Betreuers bzw. der gesetzlichen

Betreuerin selber gemeint, der bzw. die im Rahmen eines Betreuungsverfahrens bestellt wird, um sich um die rechtlichen bzw. persönlichen Angelegenheiten eines Menschen mit Demenz zu kümmern, der selbst dazu nicht mehr in der Lage ist. Natürlich können und werden auch Menschen aus der Gruppe der Einzelpersonen, in der Regel wiederum Angehörige oder Freunde als gesetzliche Betreuer/innen bestellt, aber hier sind in erster Linie die Berufsbetreuer/innen bzw. haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen der Betreuungsvereine gemeint, die sich mit Fach-, Verständnis- und/oder Versorgungsfragen an eine demenzspezifische Fachberatung wenden.

Gesundheitswesen

Vertreter von Institutionen des Gesundheitswesens, die sich an eine demenzspezifische Fachberatung wenden, können sowohl Mitarbeiter von Krankenkassen und Pflegekassen sein, als auch Mitarbeiter von Kliniken-, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen. Auf lokaler Ebene sind demenzspezifische Fachberatungen auch Ansprechpartner von niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Pflegeeinrichtungen und -dienste

Sowohl ambulante, teilstationäre (z.B. Tagespflegen) als auch Anbieter von Pflegeleistungen wenden sich häufig mit Themen- und Fragestellungen an Demenzexperten. Nach wie vor stellt die Versorgung von demenziell Erkrankten auch professionelle Dienste vor herausfordernde Situationen, in denen sie auf fachspezifische Hilfestellung und Unterstützung angewiesen sind. Zu dieser Gruppe können auch Mitarbeiterinnen von Niedrigschwelligen Angeboten für Demenzerkrankte als Vertreter des jeweiligen Trägers des Angebotes gehören.

Fachfremde Dienstleister

Aber nicht nur Pflegeeinrichtungen werden von demenziell Erkrankten in ihrem Bemühen herausgefordert. Auch Mitarbeiter von ganz unterschiedlichen ‚fachfremden‘ Dienstleistungsunternehmen können tagtäglich mit demenziell Erkrankten in Kontakt kommen. Banken, Versicherungen, Einzelhändler, Polizis-

ten oder auch Reinigungsdienste und Friseure kommunizieren und agieren mit dieser wachsenden Gruppe von meist älteren Menschen, ohne dafür im Rahmen ihrer Ausbildung geschult oder darauf vorbereitet worden zu sein.

Selbsthilfe

Im Bemühen und dem Kümmern um Menschen mit Demenz haben sich in den letzten Jahrzehnten, mit hoher Wahrscheinlichkeit gerade auch weil es so viele Lücken im Versorgungssystem gab und zum Teil immer noch gibt, Selbsthilfestrukturen institutionalisiert, die sich zu einer der stabilsten und wichtigsten Säulen in der Begleitung und Betreuung von Demenzerkrankten und ihren Angehörigen entwickelt haben. Zu dieser Selbsthilfestruktur gehören insbesondere die zahlreichen Angehörigengruppen und lokalen Alzheimer Gesellschaften, die sich zu einem großen Teil auch dem Nordrhein-Westfälischen Landesverband bzw. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft angeschlossen haben. Neben der Angehörigenselbsthilfe ist in den nächsten Jahren wahrscheinlich auch mit einer Institutionalisierung der Betroffenenelbsthilfe zu rechnen. Institutionen der Selbsthilfe sind auf der einen Seite häufig selber sehr kompetente Anlaufstellen für Beratung, Hilfe und Unterstützung, aber sie benötigen auf der anderen Seite auch selber häufig professionellen Rat und Unterstützung. Aus diesem Grund ist die Beratung, die Begleitung, die enge Zusammenarbeit und die systematische Vernetzung einer demenzspezifischen Fachberatung mit den regionalen Strukturen der Selbsthilfe absolut wesentlich, um Menschen mit Demenz und ihre Angehörige optimal wohnortnah versorgen zu können.

Kommunen & Behörden

Was für fachfremde Dienstleister aus dem Dienstleistungssektor gilt, gilt in gleichem Maße für die Mitarbeiter von Kommunalverwaltungen und Behörden. Auch sie müssen sich potentiell jeden Tag im Rahmen ihrer Arbeit mit Menschen auseinandersetzen, von denen eine wachsende Zahl demenziell erkrankt sein wird. Je nach Abteilung bzw. Aufgabenstellung sogar sehr häufig. Die Mitarbeiter des Versorgungs-, des Sozial- oder Ordnungsamtes genauso wie z.B. Polizeibeamte werden mit Sicherheit immer wieder in ihrem Berufsalltag mit Si-

tuationen konfrontiert, die sie ohne demenzspezifisches Hintergrundwissen falsch einschätzen und ohne fachspezifische Unterstützung auch nicht wirklich adäquat lösen können.

Bei der differenzierten Betrachtung der Ratsuchenden wurden bestimmte mögliche Themenkomplexe bereits angeschnitten. Offenkundig ist, dass bestimmte Gruppen immer wieder mit ähnlichen Problem- bzw. Fragestellungen konfrontiert werden. Im nächsten Abschnitt sollen diese typischen Themen voneinander grob abgegrenzt und kategorisiert werden und so ein umfassendes Bild gezeichnet werden, warum Menschen und Institutionen sich an eine demenzspezifische Fachberatung wenden.

3.3 Warum?

Welche Themen sind Gegenstand der Beratung?

Krankheitsbild

Viele Fragestellungen, mit denen Demenzberater konfrontiert werden, drehen sich um das Krankheitsbild Demenz. Nicht selten kommen sogar Angehörige mit Befunden in Beratungsstellen, die sie nicht verstehen bzw. erklärt haben wollen. Aber auch andere Personen sehen demenzspezifische Fachberatungsstellen, da wo es sie gibt, als Kompetenzzentren für das Krankheitsbild bzw. genauer gesagt für den Symptomkomplex Demenz und die dahinter stehenden Krankheitsbilder. Daran können sich natürlich auch Fragen zur Therapie, Behandlung und ggf. auch zur Prävention anschließen. Es ist auffällig, dass dieser Themenkomplex in der demenzspezifischen Fachberatung einen relativ großen Raum einnimmt, was darauf schließen lässt, dass das Bedürfnis der Ratsuchenden bisher offenkundig nicht ausreichend von Vertretern des Gesundheitswesens, auch nicht von den behandelnden Ärzten, gedeckt wird. Angehörige und auch Betroffene äußern immer wieder, dass sie zwar mit der Diagnose konfrontiert werden, aber im Praxisalltag wenig Zeit bleibt, im Anschluss an die Diagnose mit dem Arzt ein ausführliches Beratungsgespräch zu führen. Es ist

unerlässlich, gemeinsam mit dem Betroffenen, seinen Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen des Betroffenen ein perspektivisches Beratungsgespräch zu führen, in dem die Diagnose eingeordnet, mögliche Therapie- und Behandlungsformen erörtert und eine perspektivische Strategie abgesprochen werden.

Umgang

Ein weiterer Schwerpunkt der demenzspezifischen Fachberatung ist, Ratsuchenden Tipps zum richtigen Umgang mit dem Demenzerkrankten zu geben. Häufig ergeben sich die Erläuterungen an Angehörige, Betreuungspersonen und Andere, warum sich ein Demenzerkrankter auf eine bestimmte Art verhält bzw. bestimmte Reaktionen zeigen kann, automatisch vor dem Hintergrund eines Verständnisses des Krankheitsbildes. Ziel der Beratung ist es dann, den Ratsuchenden einfache Kommunikations- und Verhaltenstipps mit an die Hand zu geben, die den Umgang erleichtern. Dabei reicht allerdings oft ein einfaches bzw. einmaliges Beratungsgespräch nicht aus, sondern es bedarf zusätzlich einer Schulung oder aber auch eines persönlichen Coachings.

Versorgungsstrukturen

Demenzkrankte zu betreuen und zu pflegen, bedeutet im fortgeschrittenen Fall im Zweifel an sieben Tagen die Woche und 24 Stunden am Tag, also rund um die Uhr, für sie da zu sein. Es ist zwar oft ein langer Weg bis zu dieser Extremsituation, aber der fortschreitende Verlust von Fähigkeiten bedarf einer ständigen Anpassung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen. Deshalb beschäftigen sich viele Beratungsgespräche mit Fragestellungen rund um den Themenkomplex Versorgung bzw. Versorgungsstruktur. Nach wie vor ist das Versorgungssystem nur bedingt auf die Herausforderungen einer demenziellen Erkrankung und ihre Folgen eingestellt und es bedarf häufig einer sehr guten Beratung und engmaschigen Begleitung Betroffener und ihrer Angehörigen bzw. der sie pflegenden und betreuenden Personen, die geeigneten Angebote zu finden und aufeinander abzustimmen. Pflegestützpunkte, Pflegeberatungsstellen und Pflegeberater der Krankenkassen informieren zwar zu diesem The-

ma, können aber nicht zwingend die von den Klienten gewünschte demenzspezifische Einschätzung und Fachkompetenz erfüllen.

Finanzierungsfragen

Eng im Zusammenhang mit der Beratung bzgl. der Versorgungsstrukturen sind häufig Fragen der Finanzierung zu klären. Die Versorgung von Demenzerkrankten gelingt in der Regel nicht ohne fremde Hilfe. Da die meisten Betroffenen nicht über ein breites Netzwerk aus Angehörigen, Freunden, Bekannten und/oder Nachbarn verfügen, die die Versorgung unentgeltlich übernehmen, müssen früher oder später professionelle Anbieter mit in die Versorgung hineingenommen werden. Insbesondere wenn die Betreuung und Pflege nur durch eine Person, z.B. einen Angehörigen, geschieht oder wenn ein Betroffener überhaupt kein persönliches Versorgungsnetz verfügt, setzt der Bedarf schon sehr früh ein. Die Pflege und Betreuung eines Demenzerkrankten kann finanziell sehr kostenintensiv werden und berührt je nach Versorgungskontext unterschiedliche gesetzlich geregelte Unterstützungsleistungen (siehe dazu auch Rechtliche Fragestellungen). Im Fokus der Beratung steht, die Ratsuchenden über die möglichen Refinanzierungswege zu informieren und ihnen ggf. bei der Antragstellung unterstützend zur Seite zu stehen.

Rechtliche Fragestellungen

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt erläutert, berührt die Beratung Finanzierungsfragen, die in der Regel gesetzlich geregelt sind. Dabei sind in erster Linie Fragen des Sozialgesetzbuches zu klären, allen voran des SGB XI, des Pflegeversicherungsgesetzes. Aber auch andere rechtliche Grundlagen spielen eine dominierende Rolle, wie z.B. das SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) oder das SGB XII (Sozialhilfe). Die fachspezifische Demenzberatung kann aber auch Fragen der Rentenversicherung (SGB VI) oder der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) tangieren. Darüber hinaus können auch Fragen des Heimgesetzes (HeimG), des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) und des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG) an eine fachspezifische Demenzberatung herangetragen werden, ebenso Fragestel-

lungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), insbesondere des Betreuungsrechtes (§§ 1896ff BGB). In der Regel beschäftigen demenzspezifische Fachberatungen keine Juristen, aber dank der Novellierung des alten Rechtsberatungsgesetzes (RBerG) und dessen Ablösung durch das Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) am 1. Juli 2008 ist es unter bestimmten Umständen inzwischen möglich, im Rahmen der Demenzberatung auch als Nichtjurist bzw. juristischer Laie rechtsberatend tätig zu werden.

Krisenintervention

Häufig werden demenzspezifische Fachberatungen erst in krisenhaften Situationen aufgesucht, nämlich wenn Versorgungssituationen bereits zusammenzubrechen drohen oder schon längst eine prekäre Lage entstanden ist, die aber (zu) spät erkannt wird. Viele, nicht alle, Krisensituationen lassen sich mit Sicherheit durch eine frühzeitige Beratung und eine langfristige Begleitung der Betroffenen vermeiden. Trotzdem kommt es immer wieder zu Versorgungsszenarien oder auch Symptomschüben bei Betroffenen, die einer kurzfristigen Intervention bedürfen, um Schaden für den Betroffenen und seine Betreuungspersonen abzuwenden. Eine typische Krise, die immer wieder in Beratungskontexten auftaucht, ergibt sich, wenn der Ehepartner, der alleine ohne Begleitung oder Unterstützung seinen demenzerkrankten Lebenspartner pflegt bzw. betreut, von heute auf morgen in dieser Funktion ausfällt, ohne für diesen Fall vorgesorgt zu haben. Auch andere ähnlich gelagerte Fälle sind möglich und bedürfen einer besonderen Flexibilität und pragmatischen Kompetenz des Beraterteams.

Herausforderndes Verhalten

In engem Zusammenhang mit möglichen Kriseninterventionen steht auch der Themenkomplex des „herausfordernden Verhaltens“. Der Begriff des „Herausfordernden Verhaltens“ bezieht sich im Kern auf die Verhaltensweisen von Demenzerkrankten, die von ihrer Umwelt bzw. ihrem Umfeld als besonders störend oder problematisch empfunden werden (BMG 2007). Dazu gehören Verhaltenssymptome wie verbale und nonverbale Aggression, „ständiges, oft laut-

starkes Rufen bzw. Schreien“, „ständiges Umherlaufen“, „unkontrollierbares Verlassen der Wohnung, bei ausgeprägter Orientierungslosigkeit“. Aber auch Apathie ist zu nennen, weshalb es grundlegend falsch wäre, entsprechende Verhaltensweisen nur mit Begriffen wie „Ruhelosigkeit, Erregung, Unruhe oder sogar Hyperaktivität“ in Kontext zu bringen. Herausforderndes Verhalten überfordert Pflege- und Betreuungspersonen - sowohl Angehörige und ehrenamtlich Tätige, als auch professionelle Helfer und weil es Helfer oft an den Rand ihrer Möglichkeiten und Ressourcen bringt, ist die Beratung und Begleitung in diesem Kontext eine der „Königsdisciplinen“ der demenzspezifischen Fachberatung. Oft entscheidet eine gut vermittelte und im Zweifel auch engmaschig begleitete Lösungsstrategie über die Qualität der weiteren Versorgung des Betroffenen. Dabei ist es stets wichtig, beiden gerecht zu werden: sowohl dem Betroffenen als auch dem bzw. denen, die mit dem Verhalten und der Situation überfordert sind. Der Umgang mit herausforderndem Verhalten, das Verstehen und Ergünden der „Logik“ und der eigenen „Rationalität“ dieses Verhaltens in der Wahrnehmung des Erkrankten, kann in gewissen Grenzen erlernt werden. Diese Wissensvermittlung bzw. dieses Training geht schnell über den direkten Beratungskontext hinaus und bedarf, wie bereits beim Abschnitt „Umgang“ herausgestellt, einer Schulung und ggf. sogar eines intensiven Coachings.

Nachdem nun die Themenkomplexe der demenzspezifischen Fachberatung idealtypisch herausgearbeitet worden sind, geht es im nächsten Schritt darum herauszuarbeiten, wo die Beratung durchgeführt wird, also die möglichen örtlichen Beratungs-Settings kurz darzustellen.

3.4 Wo ?

In welchem Setting findet die Beratung statt?

Die demenzspezifische Fachberatung unterscheidet sich von den möglichen Beratungssettings im Prinzip nicht von anderen Fachberatungen. Aber im Sinne einer umfassenden Betrachtung ist es dennoch sinnvoll, diese Kontexte noch einmal zu unterscheiden:

- Schriftliche Beratung
- Telefonberatung
- Persönliche „Face to Face“ Beratung

3.4.1 Schriftliche Beratung

Die schriftliche Beratung erfolgt in der Regel nach einer präzisen schriftlichen Anfrage. Der dann gewählte Weg ist abhängig davon, auf welchem Weg die Anfrage gestellt worden ist. In der Regel erfolgen schriftliche Anfragen an eine demenzspezifische Fachberatung in Form einer Mail und können bzw. werden auf die gleiche Art und Weise beantwortet. Daraus kann sich natürlich ein Mailaustausch bzw. eine „Beratung per Mail“ entwickeln. Falls es nur um die Abfrage einer Information geht und die Antwort zielgenau übermittelt werden kann, ist dieses Beratungssetting oft schnell beendet. Ähnliches gelingt natürlich auch mit der Beantwortung eines Briefes, denn für manche Angehörige, insbesondere die älteren Jahrgänge, gehört ein Brief nach wie vor zu einem geeigneten bzw. üblichen Medium, Informationen anzufordern oder nach Hilfe zu fragen. Ganz häufig führt eine schriftliche Anfrage aber auch zu einer telefonischen oder gar persönlichen Beratung. Insbesondere dann, wenn für den Berater Unklarheiten bestehen oder sich aus der Komplexität der Anfrage heraus eine persönlichere Ansprache zu empfehlen scheint.

Telefonische Beratung

Die telefonische Beratung und Kontaktaufnahme ist zunächst in vielen Fällen das zentrale Setting der Klärung innerhalb der demenzspezifischen Fachberatung (*siehe dazu auch die Erläuterungen zum **Clearing** Begriff im nächsten Abschnitt*). Es schließt sich häufig an eine schriftliche Anfrage an und/oder ist auch der erste Schritt zur persönlichen Beratung. Viele Themen werden zunächst telefonisch erörtert und besprochen. Manchmal erübrigt eine gute Telefonberatung einen persönlichen Beratungseinsatz, insbesondere in den Kontexten der Informationsvermittlung und der punktuellen Beratung zu abgegrenzten Problem- bzw. Fragestellungen. Nicht selten ist eine Telefonberatung aber auch das

einzig mögliche Mittel, wenn der zu Beratende aus bestimmten Gründen nicht in der Lage ist, persönlich in die Beratung zu kommen. Ein typisches Beispiel sind oft Kinder oder andere Verwandte, ggf. auch Freunde, die selber nicht am Ort leben, aber eine Hauptpflege- bzw. -betreuungsperson unterstützen wollen und sei es nur durch das gezielte Abfragen von Informationen und möglichen Unterstützungsleistungen. Eine zuverlässige und ausreichende telefonische Erreichbarkeit sollte in jedem Fall gewährleistet sein! Bei telefonischen (Erst-) Kontakten empfiehlt sich durchaus ein Dokumentationssystem, um Beratungssequenzen besser zu bearbeiten und auch bei entsprechenden mehrmaligen Sequenzen aufeinander aufzubauen. Bei längeren bzw. ausführlichen telefonischen Beratungen im Sinne einer umfassenden Erstberatung empfiehlt es sich, ähnlich wie im persönlichen Beratungsgespräch, leitfadenorientiert zu arbeiten.

Persönliche „Face to Face“ Beratung

Die persönliche Beratung, *“Von Angesicht zu Angesicht”*, ist das wesentliche Beratungssetting der demenzspezifischen Fachberatung. Die Bedeutung der persönlichen Beratung für die Begleitung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen hat einen sehr hohen Stellenwert und ist in vielen Fällen absolut notwendig, um die gesamte Versorgungssituation dauerhaft zu sichern. Dabei gibt es drei verschiedene Orte, an denen sie angeboten werden kann:

- In einer Beratungsstelle
- Vor Ort im Rahmen eines Hausbesuches
- Oder an einem anderen Ort (z.B. in den Räumlichkeiten eines Pflegestützpunktes oder einer anderen Institution).

Die persönliche Beratung muss örtlich flexibel sein, je nach den Notwendigkeiten bzw. Bedürfnissen des Einzelfalles. Häufig ist gerade eine zugehende Beratung im Rahmen eines Hausbesuches angeraten, um mit einem Betroffenen in seiner gewohnten Umgebung in Kontakt zu treten oder um das Mobilitätsproblem der Betroffenen und ihrer oft auch älteren Betreuungspersonen zu lösen. Eine ausführliche persönliche Beratung sollte, wenn möglich, immer leitfaden-

orientiert durchgeführt werden. Es existieren unterschiedliche Leitfäden, die Orientierung- und Strukturierungshilfe in einer Beratungssituation sein können.

3.5 Wie ?

Welche Methoden sollten für die Beratung zur Verfügung stehen?

Im Folgenden geht es um die Frage nach dem **Wie** einer demenzspezifischen Fachberatung, also nach den angewendeten Methoden.

Folgendes Schaubild soll zunächst die in der demenzspezifischen Fachberatung idealerweise anzuwendenden Methoden schematisch darstellen, bevor sie im Einzelnen erläutert werden:

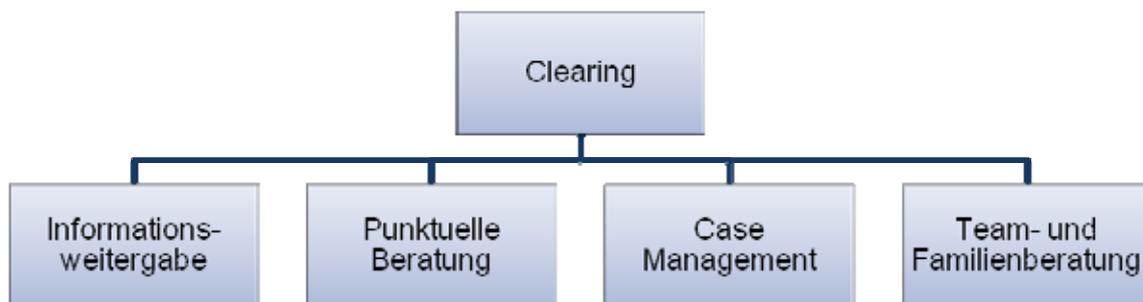


Abbildung 2: Methoden demenzspezifischer Fachberatung

3.5.1 Clearing

Das Clearing ist integraler Bestandteil jeder (demenzspezifischen) Fachberatung und jeder Beratungssequenz. In diesem Kontext erfolgt zunächst die Klärung, welche Beratungsmethode zum Einsatz kommen soll und wie tiefgehend bzw. umfassend der weitere Beratungsprozess sein muss. Das Clearing erfüllt eine wichtige Filterfunktion und sollte strukturiert, ggf. leitfadenorientiert, realisiert werden. Sehr häufig wird der Clearingprozess im Rahmen der Fachberatung telefonisch durchgeführt, selbst wenn zunächst eine schriftliche Kontaktaufnahme des Ratsuchenden per Mail bzw. per Brief erfolgte. Alternativ besteht

z.B. im Rahmen einer offenen Sprechstunde natürlich die Möglichkeit, Clearing auch direkt persönlich durchzuführen. Im Rahmen des Clearings werden die ersten wichtigen Informationen ermittelt, auf deren Grundlage entschieden werden muss, ob und zu welchem weiteren Beratungsverlauf es kommen sollte und welche Methode notwendig wäre.

3.5.2 Informationsweitergabe

Es gibt zahlreiche Beratungssequenzen, in denen es um kurzfristig zu realisierende Auskünfte und das Vermitteln von Informationen oder Ansprechpartnern geht. Diese Informationsweitergabe, die meist auf der Basis ganz gezielter, klar eingegrenzter Anfragen entsteht, schließt sich in der Regel direkt an das Clearing an und erfolgt demnach auch meist telefonisch oder schriftlich. Eine erfolgreiche Informationsweitergabe verlangt in der Regel ein sehr breites Fachwissen, gute Fähigkeiten im Rahmen demenzspezifischer Recherchen in unterschiedlichen Themenbereichen, gute Kenntnisse der demenzspezifischen Versorgungsstruktur und sehr gute Netzwerkkontakte. Diese Fähigkeiten und Kenntnisse sind auch die Grundausstattung für die folgenden Beratungsmethoden.

3.5.3 Punktuelle Beratung

Bei der punktuellen Beratung kommt es in der Regel zu einer persönlichen Kontaktaufgabe. Sie wird als tiefer gehende Einzelberatung von der einfachen Informationsweitergabe unterschieden. Die punktuelle Beratung unterscheidet sich von einem umfassenden Case Management insbesondere dadurch, dass in der Regel die Beratung nach einem Termin abgeschlossen ist, weil kein weiterer Klärungsbedarf besteht. Wenn bestimmte Dinge bzw. Fragestellungen nicht bei einem Termin abschließend geklärt werden können, können auch noch ein Folgetermin oder zumindest ein Rückruf vereinbart werden. Auch bei der punktuellen Einzelberatung werden in der Regel einzelne abgrenzbare Themen besprochen oder ein konkretes Anliegen mit Unterstützung der de-

menzspezifischen Fachberatung umgesetzt, das kann z.B. die Suche und die Vermittlung eines geeigneten Heimplatzes oder eines ambulanten Pflegedienstes, eines niedrighschwelliges Angebotes oder auch einer Selbsthilfegruppe sein. Eine punktuelle Beratung führt eher selten zu einer längerfristigen Fallbegleitung, auch wenn einzelne Personen bzw. Institutionen sich immer wieder mit neuen Frage- bzw. Problemstellungen an eine demenzspezifische Fachberatung wenden. Der Einstieg in ein umfassendes Case Management ist damit noch nicht unbedingt gegeben. Aber insbesondere in der Beratung von Betroffenen und Angehörigen ist die Möglichkeit einer kontinuierlichen langfristigen Fallbegleitung und Fallkoordination als wesentliche Methode einer demenzspezifischen Fachberatung bereit zu halten.

3.5.4 Case Management³

Sowohl das Clearing als auch eine tiefer gehende Einzelberatung können der Einstieg in ein umfassendes Case Management sein. Die Methode des Case Managements sollte in der demenzspezifischen Fachberatung immer dann zum Einsatz kommen, wenn es zu einer Häufung von Problemen und Fragestellungen kommt und wenn es sinnvoll erscheint, die Versorgungssituation des Betroffenen und die Rolle seiner Pflege- bzw. Betreuungspersonen umfassend zu strukturieren, zu sichern und die damit verbundenen Hilfeleistungen begleitend zu koordinieren. Bei Fällen, die eine entsprechend intensive Begleitung benötigen, lassen sich in der Regel einige typische Eigenschaften herausarbeiten, die häufig aufeinander aufbauen und sich in ihrer negativen Wirkung auf die Versorgungssituation meist potenzieren:

- es treten mehrere Probleme nebeneinander auf
- zur Lösung der Probleme benötigt man (oft mehr als einen) Experten

³ Die Angaben beziehen sich folgende Quelle: Bader, Arnd; Mesenhöller, Tassilo (2004): Aufbau eines Betreuungsstützpunktes für demenzkranke SeniorInnen in Remscheid. Unveröffentlichter Endbericht zum von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW geförderten Modellprojekt. Diese kann bezogen werden über die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, Horionplatz 10, 40213 Düsseldorf.

- die Betroffenen und ihre Versorgungspersonen sind nicht in der Lage, die Probleme alleine zu lösen, Hilfsangebote zu über- bzw. zu durchschauen oder von sich aus gezielt in Anspruch zu nehmen

Case Management (CM) wirkt im Rahmen der demenzspezifischen Fachberatung in seiner klassischen Funktion:

- Hilfesuchende werden in ihrem Selbsthilfepotential gestärkt
- Personen bzw. Institutionen werden zur Unterstützung kontaktiert und koordiniert
- Ein tragendes Versorgungsnetz wird entwickelt bzw. ausgebaut.

Ziel des Case Managements ist es also, Hilfesuchende mit anderen Helfern zusammenzubringen und sie so weit wie möglich selber zu befähigen, ihre Probleme mit Unterstützung von anderen zu bewältigen. Im Mittelpunkt dieser Methode steht somit die Funktion des beratenden und begleitenden Koordinators, der im Rahmen eines gelenkten Regelkreises, der aus sechs aufeinander aufbauenden Schritten besteht, agiert:

1. Leitfadenorientiertes Assessment (*Einschätzung der Situation*)
2. Zieldefinition & Hilfeplanung
3. Umsetzung & Durchführung
4. Kontrolle & Überwachung
5. Bewertung
6. Nachgehende Kontrolle

Im Rahmen der begleitenden Evaluation des Gesamtprozesses und beim Auftauchen neuer Problemlagen kann es zu jedem Zeitpunkt zu einer Anpassung bzw. Auslösung eines neuen Regelkreises kommen. Case Management im Rahmen der demenzspezifischen Fachberatung ist nicht auf das kurzfristige Lösen von Einzelproblemen ausgerichtet, sondern auf das mittel- und langfristige Sichern einer gesamten Versorgungssituation. Das zeitnahe erfolgreiche

und immer wieder kurzfristige Bewältigen von zahlreichen Einzelproblemen erfolgt nicht losgelöst, sondern ist eingebettet in eine umfassende Gesamtstrategie.

3.5.5 Team- und Familienberatung

Sowohl im Rahmen der punktuellen Beratung, aber vor allem im Rahmen des Case Managements, wird man immer wieder mit Konflikten und Problemlagen konfrontiert, die das gesamte Netzwerk oder zumindest Teile desselben betreffen. Sowohl in professionellen Teams als auch in Familien, die sich um einen Demenzerkrankten kümmern, kommt es häufig zu tief greifenden Konflikten und Störungen, die sowohl zum Wohle des Betroffenen, als auch zur Sicherung der Versorgungssituation dringend konstruktiv bearbeitet und - wenn möglich - gelöst werden müssen. Deshalb wenden sich Institutionen, insbesondere Träger der Altenhilfe bzw. ihre Einrichtungen und Dienste nicht selten direkt an eine demenzspezifische Fachberatung mit dem Wunsch nach Teamberatung oder Mediation ggf. sogar Supervision. Hier wird neben den methodischen Kenntnissen eben gerade die demenzspezifische Fachkompetenz des Beraters gewünscht, da viele der Konflikte eng mit bestimmten Symptomatiken und den daraus erwachsenden Versorgungsproblemen einhergehen. Ein klassisches Beispiel der Familienberatung ist die Beratung eines einseitig belasteten familiären Netzwerkes, um es in ein besseres Gleichgewicht zu bringen. In diesem Rahmen können vor allem bisher nicht so in die Versorgung involvierte Familienmitglieder auf den gleichen Kenntnisstand gebracht und im günstigsten Fall aktiver in das Unterstützungsnetzwerk eingebunden werden.

Es ist bereits mehrfach angesprochen worden, dass eine demenzspezifische Fachberatung sehr viele Themenbereiche kompetent abdecken muss. Dem Kapitel bzgl. der Qualifikation des Beraterteams vorweg greifend sei kurz betont, dass es offensichtlich sehr schwierig ist, all die Fähigkeiten und Kenntnisse, die von einem idealtypischen Demenzfachberater verlangt werden, in einer Person zu vereinen. Deshalb zeigt sich die Kompetenz einer demenzspezifi-

schen Fachberatung auch am Grad der Vernetzung zu anderen Experten und daran, wie es den Beratenden gelingt, entsprechende Expertisen einzuholen und sie ggf. zielgenau an Ratsuchende zu vermitteln. Im nächsten Abschnitt, soll deshalb kurz angesprochen werden, mit welchen Experten eine demenzspezifische Fachberatung vernetzt sein sollte.

3.6 Mit welcher Hilfe?

Auf wessen fachliche Expertise sollte zurückgegriffen werden können?

Im Folgenden werden beispielhaft die Berufsgruppen vorgestellt, deren fachliche Expertise eingeholt werden kann bzw. sollte. Dies kann in manchen Fällen von Nöten sein, sofern im Beratungsteam nicht auf die in Kapitel 4 genannten Qualifikation zurückgegriffen werden kann.

3.6.1 Ergo-, Physiotherapie, Logopädie

Eine Demenzerkrankung ist in den meisten Fällen eine fortschreitende, unheilbare Erkrankung. Weil es sich also um einen kontinuierlichen Abbauprozess handelt, ist insbesondere den therapeutischen Maßnahmen, die darauf abzielen, Ressourcen so lange wie möglich aufrecht zu erhalten, ein sehr hoher Stellenwert einzuräumen. Das betrifft sowohl die individuellen kognitiven als auch die koordinativen und körperlichen Fähigkeiten sowie die sozialen Fähigkeiten. Demenzpatienten bleiben im Prinzip rehabilitationsfähig und das Spektrum geriatrischer Therapie- & Rehabilitationsmöglichkeiten sollte in jedem Fall genutzt und im besten Fall aufeinander abgestimmt werden.

3.6.2 Pflege

Auch die Pflege hat sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter professionalisiert und gilt inzwischen sogar als eigenständige wissenschaftliche Disziplin. Die Pflegewissenschaft verfügt über ein breit angelegtes Expertenwissen, das im Rahmen der Begleitung von Menschen mit Demenz praktisch nutzbar ge-

macht werden muss. Deshalb sollte eine demenzspezifische Fachberatung immer auch auf die Expertise von Pflegefachleuten und Pflegewissenschaftlern zurückgreifen können.

3.6.3 Hilfsmittelversorgung

Einen weiteren Spezialwissensbereich stellt inzwischen auch die Hilfsmittelversorgung dar. Damit sind nicht nur pflegerische Hilfsmittel gemeint, sondern auch technische Mittel, die es dem Demenzerkrankten ermöglichen, länger in der häuslichen Umgebung zu verbleiben. Experten für die Hilfsmittelversorgung sind sowohl in Sanitätshäusern, als auch direkt bei den Firmen, die die Hilfsmittel herstellen und vertreiben oder auch bei spezialisierten Beratern von Krankenkassen und Wohnberatungsstellen zu finden.

3.6.4 Medizin

Die Vernetzung mit medizinischen Experten, seien es nun niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte, ist für eine demenzspezifische Fachberatung unerlässlich. Neben dem grundsätzlichen Austausch von Fachwissen kann im Einzelfall auch eine enge, abgestimmte Zusammenarbeit erforderlich sein. Neue Erkenntnisse zum Krankheitsbild, zu Behandlungsmöglichkeiten und -methoden, besonders auch der nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten, müssen in der Regel vom Mediziner kommuniziert oder zumindest getragen werden. Auch im Kontext der Präventionsmöglichkeiten, sowohl der Primär- als auch der Sekundär- und Tertiärprävention, spielt medizinisches Wissen eine bedeutsame Rolle und sollte daher für eine demenzspezifische Fachberatung abrufbar sein.

Im besten Fall kann die Demenzberatung in engem Kontakt mit den behandelnden Ärzten die Erkenntnisse medizinischer Forschung und die daraus erwachsenen Bedingungen und Konsequenzen für den Betroffenen und sein Versorgungsnetzwerk praktisch nutzbar machen.

3.6.5 Recht

Auch wenn demenzspezifische Fachberatungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten Rechtsdienstleistungen ausführen, gibt es immer wieder Fälle, bei denen man sehr viel tiefer in die juristische Materie einsteigen muss und eine genaue Kenntnis der gesetzlichen Grundlagen und deren Auslegung notwendig ist. Das gelingt in der Regel nur durch die Expertise von Voll- bzw. Fachjuristen. Dabei werden bei vielen Problemlagen nicht nur die bereits weiter oben aufgeführten Gesetzestexte tangiert, sondern auch andere juristische Fragestellungen.

3.6.6 Selbsthilfe

Die Vernetzung und Expertise von Betroffenen und ihren Angehörigen sollte in keinem Fall unterschätzt werden. Die Zusammenarbeit mit Alzheimer-Angehörigengruppen, Alzheimer Gesellschaften und anderen Organisationen und Strukturen der Selbsthilfe bietet ein Unterstützungsnetzwerk für Erkrankte und die sie Pflegenden bzw. Betreuenden und einen Einblick in informelle Strukturen einer Region.

3.6.7 Bewegung

Wenn man über das Thema *Demenz und Prävention* spricht, steht neben der Ernährung und der geistigen Aktivierung bis ins hohe Alter, insbesondere die Bewegung im Fokus der Betrachtung. Zwar gilt in diesem Kontext nicht, dass „*Bewegung alles ist*“, aber im Kontext der Primär-, der Sekundär- und der Tertiärprävention auch von Demenz kann man durchaus postulieren: „*Ohne Bewegung ist alles nichts*“. Immer mehr Studien weisen auf die vielfältigen Zusammenhänge von Demenz und Bewegung hin. Regelmäßige sportliche Bewegung „*steht in Verdacht*“ sowohl vaskulären Demenzformen, aber auch der Alzheimererkrankung vorbeugen zu können oder zumindest das Erkrankungsrisiko altersmäßig weiter zu verschieben. Sport und Bewegung haben aber ebenso nachweislich positive Effekte auf die körperliche und psychische Gesundheit eines bereits an Demenz erkrankten Menschen. Auch haben Menschen mit De-

menz häufig einen hohen Bewegungsdrang, dem man durch geeignete Strategien gerecht werden muss. Dazu gehört u. a. das Erschließen von Bewegungsräumen und von Bewegungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz. Regelmäßige Bewegung ist absolut wertvoll für das Befinden des Menschen. Mehrere Sinne werden dabei angesprochen und sozialer Kontakt angeregt. Daneben fördert regelmäßige Bewegung die Muskelkraft und Koordination, was der Gefahr von Stürzen vorbeugen kann. Da nicht immer davon auszugehen ist, dass eine Demenzberatung, auch über sportwissenschaftliche oder sogar sportgerontologische Fachkompetenz verfügt, ist sie in diesem Zusammenhang auf die Expertise von entsprechenden Fachleuten angewiesen. Zu diesen Fachleuten gehören aber nicht nur Wissenschaftler, sondern auch Sport- und Bewegungspraktiker, die fundierte praktische Erfahrungen mit entsprechenden Angeboten für die Zielgruppe älterer Menschen mit und ohne kognitive Einbußen haben und idealer Weise auch bereits Angebote für Demenzerkrankte und ggf. auch ihre Angehörigen vorhalten bzw. regelmäßig initiieren.

3.6.8 Ernährung

Auch Fragen rund um das Thema Ernährung sind Gegenstand demenzspezifischer Fachberatung. Es gibt inzwischen eine Reihe von Schulungen und Veröffentlichungen, die sich mit dem Thema „*Demenz & Ernährung*“ oder „*Essen & Trinken bei Demenz*“ beschäftigen. Die Experten dieses Themas sind dabei nicht unbedingt Ernährungswissenschaftler, sondern ganz häufig Praktiker aus der Pflege und dem Sektor der hauswirtschaftlichen Versorgung, wie z.B. engagierte Küchenleiter/innen, die sich besonders mit entsprechenden Problem- und Fragestellungen beschäftigt haben. Die Experten vereint das Ziel, Menschen mit Demenz trotz auftauchender Hindernisse und Schwierigkeiten eine abwechslungsreiche und ausgewogene Ernährung zukommen zu lassen. Darüber hinaus spielen Ernährungsfragen auch im Kontext von vorbeugenden Betrachtungsweisen eine herausragende Rolle (Förstl und Kleinschmidt 2009, Kennedy 2009).

3.6.9 Fachwissen

Auch wenn es bereits bei den anderen Punkten um Fachwissen verschiedener Disziplinen ging, ist hier noch einmal die Expertise des demenzspezifischen Fachwissens extra aufgeführt. Das hat den Grund, dass es inzwischen ein sehr breites, immer wieder zu aktualisierendes fachspezifisches Wissen gibt, das dem Berater vor Ort nicht in jedem Fall immer präsent sein kann. Es ist wichtig zu wissen, dass derzeit bereits eine Reihe kompetenter Zentren existieren, die das vorhandene aktuelle Wissen über das Thema Demenz bündeln und weitergeben. Dazu gehören in NRW die Demenzservicezentren, die durch ihre regionale Aufteilung neben dem entsprechenden Fachwissen eine gute Kenntnis der Bedingungen vor Ort haben. Aber auch für Spezialthemen haben sich entsprechende Zentren herausgearbeitet, so finanziert das Sozialministerium NRW mit den Pflegekassen NRW, das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Migrationshintergrund für Fragen rund um das Thema Demenz und Migration. Wohnberatung hat in Nordrhein-Westfalen eine lange Tradition. Im Rahmen der Landesinitiative werden wiederum von gleicher Stelle 40 auf Demenz spezialisierte Wohnberatungsstellen gefördert, die über explizites Wissen zu Wohnberatung, Wohnungstausch bei und für Menschen mit einer Demenzerkrankung verfügen.

3.6.10 Versorgungsforschung

Ein weiteres demenzspezifisches Kompetenzzentrum, das Teil der Landesinitiative Demenz NRW ist und auch bundesweit agiert, ist das Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), das an der Universität Witten/Herdecke - verankert am Department für Pflegewissenschaft - angesiedelt ist. Die Kernaufgabe des Instituts besteht in der zielgruppenadäquaten Unterstützung des Wissenschafts-Praxis-Transfers und ist damit ein wichtiger Ansprechpartner für die genannten Institutionen, auch hinsichtlich neuer Konzepte und Strategien in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen.

Die Erkenntnisse der Versorgungsforschung sollten im Rahmen der demenzspezifischen Fachberatung in ihren Auswirkungen und neuen Chancen für den

Einzelfall praxisnah vermittelt werden können und über die Beratung bzw. Begleitung integraler Bestandteil entsprechender Strategien des Case Managements werden.

3.7 Was noch?

Welche Aufgaben ergänzen die Beratung sinnvoll?

Die vorangegangene idealtypische Differenzierung von Experten, mit deren Hilfe bzw. Kooperation demenzspezifische Fachberatung agieren sollte, eröffnet den Blick darauf, dass entsprechende Institutionen sich in ihrem professionellen Handeln nicht allein auf die Fachberatung beschränken können. Für das Gelingen der Kernaufgaben sind mindestens noch zwei Tätigkeitsfelder zu bedienen. Das eine ist eine systematische Netzwerkarbeit und das andere ist eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit.

3.7.1 Netzwerkarbeit

Demenzspezifische Fachberatung im Allgemeinen und das Case Management für Betroffene und ihre Angehörigen im Besonderen gelingt nur, wenn man mit allen an der Versorgung von Demenzerkrankten beteiligten Stellen, Personen und Institutionen vernetzt ist. Dabei agiert das eine demenzspezifische Fachberatung aktiv in den Netzwerken/Gremien regionaler Akteure: wie zum Beispiel:

- Runder Tisch Demenz
- Pflege- und Gesundheitskonferenzen
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften

Über die aktive Mitarbeit in solchen Kreisen und Zirkeln gelingt es im besten Fall, die regionale Strukturentwicklung im Bereich Demenz positiv zu beeinflussen. Eine demenzspezifische Fachberatung kann dabei auch Initiator eines nicht bestehenden, aber notwendigen Demenz-Netzwerkes in der Region sein. Die aus der direkten Beratungstätigkeit abstrahierten Notwendigkeiten in der

Versorgung und die Kenntnisse der Bedürfnisse von Betroffenen und der sie Versorgenden, macht demenzspezifische Fachberater zu ganz wichtigen Impulsgebern und authentischen Lobbyisten der Menschen, die sie beraten und begleiten.

3.7.2 Öffentlichkeitsarbeit

In ihrer Rolle als Multiplikatoren für Menschen mit Demenz und auf Grund ihres Expertenstatus als Demenzfachberater sollten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle in der Lage sein, Vorträge zu halten, Pressearbeit zu leisten und Aktionen zu organisieren. Bei dieser Arbeit geht es darum, im Rahmen von Enttabuisierung auf das Krankheitsbild aufmerksam zu machen und die damit verbundenen Themen und Aspekte einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Über diese Öffentlichkeitsarbeit sollte es auch gelingen, auf das Angebot der demenzspezifischen Fachberatung und ihrer Notwendigkeit selber aufmerksam zu machen. Für eine erfolgreiche Beratung und zur Prävention von und Unterstützung bei Überforderung und Krisen für Betroffene und Angehörige ist es unerlässlich, frühzeitig als Beratungsstelle bekannt und wahrgenommen zu werden.

Welche institutionellen Voraussetzungen?

Fachspezifische Demenzberatung in der hier beschriebenen Form verlangt einige institutionelle Voraussetzungen, damit sie tatsächlich ihr dringend notwendiges Potential entfalten kann.

3.7.3 Strukturelle Rahmenbedingungen

Auf das Thema Vernetzung sind wir bereits eingegangen, aber damit das überhaupt gelingt, muss eine demenzspezifische Fachberatung auch technisch optimal vernetzt bzw. ausgestattet sein, d.h., jeder im Team muss über entsprechende Medien verfügen (Telefon, Handy, Computer oder Laptop mit Internet-

zugang). Neben dieser technischen Grundausstattung gilt es aber auch, im Rahmen der Personalkalkulation, Zeiten zu berücksichtigen und einzuräumen, die sowohl die Möglichkeiten einer intensiven Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit zulassen, als auch Raum für regelmäßige Teamsitzungen bieten. Die räumliche Ausstattung sollte sowohl Einzelbüros als auch ausreichende Beratungs- und ggf. auch einen Schulungs- bzw. Gruppenraum vorsehen. Ein ganz wichtiger Aspekt der strukturellen Rahmenbedingung ist, im Rahmen der Niedrigschwelligkeit auch eine zugehende Beratung vorzusehen, evtl. sogar die mobile Demenzberatung konzeptionell zu verankern. Das würde aber auch bedeuten, gerade in ländlichen Regionen über Dienstfahrzeuge eine entsprechende Mobilität der demenzspezifischen Fachberatung strukturell zu gewährleisten. Demenzspezifische Fachberatung bedarf strukturell auch eines konzeptionellen Gesamtrahmens, der die sachliche, räumliche und vor allem personelle Ausstattung regelt.

3.7.4 Finanzierungsgrundlagen

Die Empfehlungen bzgl. der strukturellen Rahmenbedingungen zeigen, dass eine demenzspezifische Fachberatung einer stabilen finanziellen Grundlage bedarf. Daher wird an dieser Stelle die Forderung bekräftigt, demenzspezifische Fachberatung nachhaltig, sicher und auf Dauer zu finanzieren. Die Erfahrungen zahlreicher Projekte, u. a. der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW im Rahmen ihres Modellprogramms, haben immer wieder die Bedeutung und die Leistungsfähigkeit solcher Institutionen aufgezeigt. Deshalb ist die Forderung nach der Regelfinanzierung von Demenzberatung seit Jahren fachlich gut abgesichert.

3.7.5 Träger- und Anbieterunabhängigkeit

Eine weitere wichtige Empfehlung zahlreicher Projekte ist, die demenzspezifische Fachberatung in ihrer Finanzierung und ihrem Tun unabhängig von Träger- und Anbieterinteressen zu machen. Eine unabhängig agierende Fachberatung verhindert Ressentiments anderer Träger und stellt die Bedürfnisse der

Ratsuchenden in den Vordergrund. Dabei steht und fällt die Träger- und Anbieterunabhängigkeit mit der Finanzierungsgrundlage und allgemein nachvollziehbare Transparenz und Qualitätskriterien. Deshalb ist eine überregionale, dezentralisierte Anbindung anzustreben, die unabhängig von Versorgungskosten oder potentiell dem Dienstleistungsangebot ist.

3.7.6 Qualifikation des Beraterteams

Der Erfolg, die Leistung und die Reichweite einer demenzspezifischen Fachberatung sind aber nicht nur abhängig von den bereits aufgeführten institutionellen Voraussetzungen, sondern stehen und fallen mit dem Beraterteam. Bei all dem, was auf den vorangegangenen Seiten idealtypisch für die demenzspezifische Fachberatung als Wesensmerkmale für eine hohe Qualität herausgearbeitet wurde, erscheint es fast so, als müssten „*Superman & Supergirl*“ sich dieser Aufgabe widmen. Ob das wirklich so ist und welche Qualifikationen in einem entsprechenden Beraterteam vorhanden sein müssen, wird jetzt ausführlich Gegenstand des folgenden Kapitels sein.

4 Qualifikation und persönliche Kompetenz

Das im Folgenden beschriebene Modell einer demenzspezifischen Fachberatung beinhaltet als zentrale Elemente die Beschreibung der Grundqualifikation des Fachberaters und das Kompetenzdesign der Beratung. Das Kompetenzdesign einer demenzspezifischen Fachberatung umfasst Feldkompetenz im Bereich Demenz und persönliche, soziale und methodische Kompetenzen. Gleichzeitig empfehlen die Mitglieder der AG Beratung der Landesinitiative Demenz-Service NRW eine interkulturelle Grundkompetenz.

Beratende benötigen neben persönlicher und sozialer Kompetenz umfangreiches Wissen zu unterschiedlichen Themenfeldern. Aus Sicht der Arbeitsgruppe ist es entscheidend, dass ein Fachberater Demenz die Betroffenen auf der Mikroebene prozesshaft begleiten kann und auf der Systemebene unzureichende Versorgungsstrukturen erkennt, adäquate Versorgungsstrukturen zu entwickeln bzw. mit aufzubauen hilft.

Neben der erforderlichen Grundqualifikation muss er/sie über ausreichende fachliche Kompetenz verfügen und braucht ein hohes Maß an Methodischer Kompetenz. Außerdem sind die Beratenden zunehmend auf interkulturelle Grundkompetenz angewiesen, da die unterschiedlichen Ethnien in Deutschland jeweils spezifische Anforderungen an sie stellen.

Wir haben dementsprechend anspruchsvolle Anforderungen an die Qualifikation eines demenzspezifischen Fachberaters gestellt. Es geht darum, dass der Fachberater Demenz sich in einen Beratungs- und Begleitungsprozess mit den Betroffenen begibt, Hausbesuche durchführt, mit Einrichtungen und Institutionen Kontakte herstellt, also Netzwerkarbeit leistet, sowie Öffentlichkeitsarbeit durchführt.

Neben dem Studium oder einer Ausbildung im sozialen Gesundheitswesen werden praktische Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit Demenz aber auch in der Alten- und Angehörigenarbeit von den Beratenden erwartet.

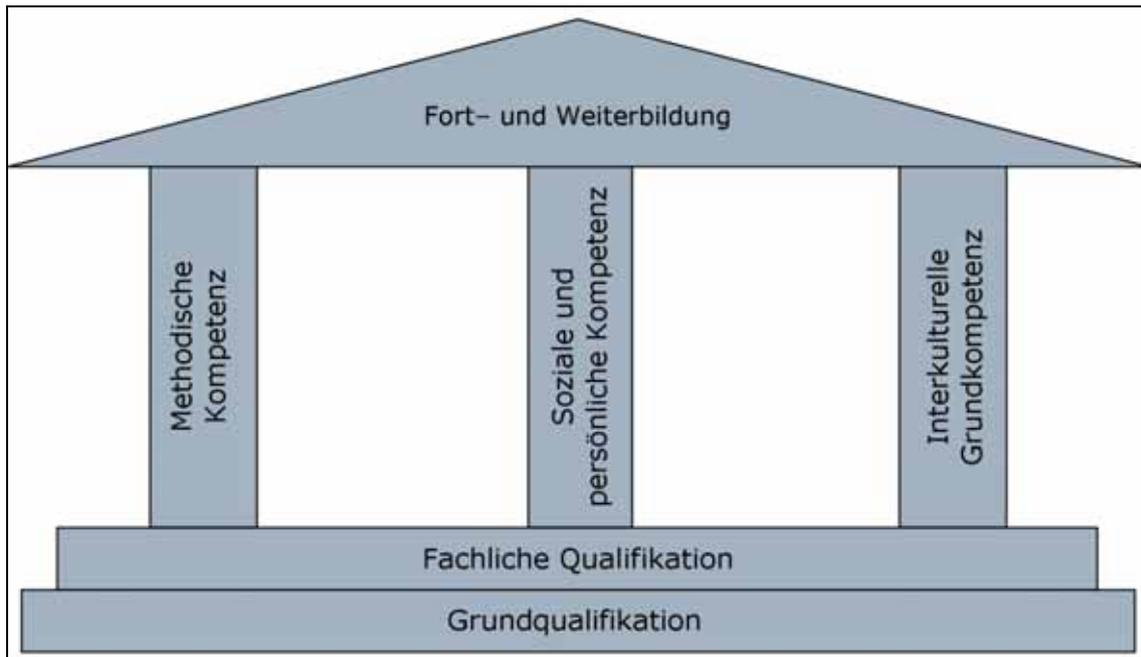


Abbildung 3: Die Qualifikationen der Fachberater

4.1 Grundqualifikation des Fachberaters Demenz

Im Folgenden werden die grundlegenden Voraussetzungen dargestellt, die Beratende im Themenbereich Demenz aufweisen sollten.

4.1.1. Studium oder Ausbildung im sozialen Gesundheitswesen

Als Grundqualifikation muss eine demenzspezifische Fachberaterin oder ein demenzspezifischer Fachberater ein Studium oder eine Ausbildung im sozialen Gesundheitswesen mitbringen: Es ist ein Bachelor-/Master-Abschluss oder ein Diplom, z.B. in den Fachbereichen Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Pädagogik, Pflegewissenschaften oder Psychologie erforderlich, um die komplexen Arbeitsaufträge zu bewältigen. Alternativ können z.B. Alten-, Gesundheits- und Krankenpfleger und andere Berufe aus dem Sozial- und Gesundheitswesen mit dem Nachweis entsprechender Zusatzqualifikationen beispielsweise in den Bereichen Kommunikation, Konfliktmanagement, Netzwerkarbeit und Recht ebenfalls als Fachberater tätig werden.

Das Menschenbild und die Haltung eines Beraters im Sinne von Echtheit, Wahrhaftigkeit, Wertschätzung und Empathie (Rogers 2007) sind von grundsätzlicher Bedeutung für die Beratertätigkeit. Ebenfalls ist auf dieser Grundlage der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood (2008) ein wichtiger Bestandteil für die Qualifizierung zum Fachberater in der Interaktion mit Menschen mit Demenz. Eine validierende Herangehensweise ist ein weiterer wichtiger Baustein für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz.

4.1.2 Praktische Erfahrung mit Menschen mit Demenz

Über die theoretische Ausbildung hinausgehend sind praktische Erfahrungen im Umgang, in der Betreuung und in der Alltags- und Lebensgestaltung mit Menschen mit Demenz unabdingbar. Entweder kann der Bewerber aufgrund eigener beruflicher Tätigkeiten Erfahrungen mit der Arbeit mit Menschen mit Demenz nachweisen, oder er absolviert ein Praktikum im Rahmen der Ausbildung. Wichtig sind hier die praktische Arbeit mit Menschen mit Demenz und der Kontakt mit den betroffenen Angehörigen über einen Zeitraum von mindestens sechs Wochen, wahlweise in Einrichtungen der ambulanten oder stationären Altenhilfe. Die Arbeitsgebiete können dort beispielsweise in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit Demenz sein.

4.1.3 Praktische Erfahrung in der Alten- und Angehörigenarbeit

Die ersten Ansprechpartner für Berater sind oftmals die Lebenspartner oder (Schwieger-) Kinder der Menschen mit Demenz. Sie haben als Ehe- bzw. Lebenspartner oft ein hohes Lebensalter erreicht, wobei auch die (Schwieger-) Kinder schon im Seniorenalter sein können. Deshalb sind spezifische und praktische Kenntnisse in der Alten- und Angehörigenarbeit von einem Berater zu erwarten. Er muss in der Lage sein, die Lebenswelt von Senioren zu verstehen und eine auf Vertrauen gegründete Beziehung aufbauen zu können. Diese grundlegende Fähigkeit wird ebenfalls im Rahmen des oben genannten Praktikums durch eigene Erfahrungen mit der Zielgruppe angereichert.

4.2 Fachliche Kompetenz

In den Disziplinen soziale Gerontologie, Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Pflege sind vor allen Dingen Kenntnisse im Zusammenhang mit dem Themenkreis Demenz von Bedeutung, wie z.B.:

- Wie sollte die soziale Lebenswelt eines Menschen mit Demenz beschaffen sein, damit ein würdevolles Leben und auch Sterben ermöglicht wird, unter Berücksichtigung aller körperlichen, psychischen, sozialen und kulturellen Aspekte?
- Welche diagnostischen, medizinisch therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen sind sinnvoll und umsetzbar?
- Was wird unter demenzspezifischer Pflege und Begleitung verstanden und wie wird sie organisiert?
- Welche Versorgungsstrukturen sind in der Region im ambulanten, teilstationären, stationären Bereich und der Akut-Pflege vorhanden?

Die demenzspezifische Fachberatung erfordert von den Beratenden daher beispielsweise folgende fachspezifische Kenntnisse:

- Älterwerden als Prozess
- Ganzheitlich orientierte Altenpflege
- Möglichkeiten der Alltagsgestaltung
- Therapeutische Ansätze
- Biographiearbeit
- Krankheitsbild Demenz
- Ernährung bei Demenz
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Selbstpflege
- Hilfsmittel

Neben den gerade genannten Wissensgebieten sind außerdem Kenntnisse über die Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Wohnquartieren im Einzugsgebiet erforderlich sowie auch rechtliche Grundkenntnisse, Informationen zur Wohnraumanpassung und Finanzierungsmöglichkeiten im Rahmen sozialrechtlicher Angelegenheiten. Die genannten Themen zur Kompetenz der Beratenden werden im Folgenden erläutert.

4.2.1 Grundwissen zum Thema Versorgungsstrukturen

Die fachliche Kompetenz eines Fachberaters Demenz umfasst Kenntnisse über die zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen im vorpflegerischen (z.B. niedrigschwellige Angebote nach § 45b SGB XI), im ambulanten, teilstationären, stationären Bereich, in der Akut-Pflege und im Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen.

Beratende ermitteln die relevanten Versorgungsstrukturen in einer Region, identifizieren im Rahmen von Netzwerkarbeit vorhandene Versorgungslücken, entwickeln mit den vorhandenen Akteuren vor Ort Strategien, um sie möglichst mit entsprechenden Angeboten zu schließen. Neben der Ermittlung und der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen sind fundierte Kenntnisse in der Netzwerkarbeit (siehe Kapitel 4.3.2.3 Methodische Kompetenz) notwendig.

4.2.2 Rechtliche Grundkenntnisse und Finanzierungsmöglichkeiten

Rechtliche Grundkenntnisse sind zwingend erforderlich, um die Betroffenen beispielsweise über die gesetzlichen Möglichkeiten einer Vorsorgevollmacht oder einer gesetzlichen Betreuung (BGB) informieren zu können. Außerdem braucht der Fachberater fundierte Kenntnisse im Bereich des SGB V („Krankenversicherung“), XI („Pflegeversicherung“) und XII („Sozialhilfe“), um Leistungsansprüche der Klienten gegenüber der Krankenversicherung, der Pflegeversicherung oder der Sozialhilfe überprüfen und beurteilen zu können. Im Rahmen der Pflegeversicherung ist beispielsweise die Begleitung bei der Bean-

tragung der Pflegestufe entscheidend, da durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen die Begutachtung durchgeführt wird und auf Ansprüche im Sinne der Betroffenen durch den Fachberater hingewiesen werden kann (siehe auch im Kapitel 2.4 Abschnitte Finanzierungsfragen und Rechtliche Fragestellungen).

4.2.3 Wohnraumanpassung

Der Fachberater hat nicht die Aufgabe eine Wohnraumberatung durchzuführen, dafür sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnberatungsagenturen zuständig. Er muss aber bei einem obligatorischen Hausbesuch erkennen können, ob baulich technische Veränderungen erforderlich sind, die die Begleitung, Betreuung und Pflege erleichtern. Manchmal leisten einfache Hinweise, wie die Entfernung von Teppichbrücken, zur Vermeidung von Stolperkanten einen wichtigen Mosaikstein zur Sturzprophylaxe. Für weitergehende bauliche Veränderungen wird die Expertise der Wohnberatungsstellen vor Ort eingeholt bzw. vermittelt.

4.3 Methodische Kompetenz

Der Methodenkoffer der Beratenden ist angefüllt mit Instrumenten, die für die Bewältigung des komplexen Arbeitsfeldes (siehe dazu Kapitel „Demenzspezifische Fachberatung“) hilfreich sind. Sie sind professionelle Kommunikatoren, die in unterschiedlichen Kontexten und Situationen mit Einzelpersonen oder mit Gruppen interagieren und kommunizieren. Sie interagieren z.B. mit

- Menschen mit Demenz
- Angehörigen, Freundeskreisen und Nachbarn
- freiwillig und in Selbsthilfegruppen Engagierten
- Pflegepersonal (ambulant und medizinisch stationär)
- Sozialdienstbeschäftigten
- Ärzten (ambulant und stationär)

- Gutachtern des Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Kranken- und Pflegekassenmitarbeitenden
- Städtische Angestellten des Sozialamtes
- Gesetzlich Betreuenden
- Mitarbeitenden in Gremien (z.B. Kommunale Pflegekonferenz, Runde Tische Demenz im Quartier)
- usw. – die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und lässt sich sicherlich noch fortsetzen.

Ein Gespräch im Beratungskontext mit Menschen mit Demenz oder Angehörigen erfordert eine andere Form der Methodik als Kommunikation mit Vertretern der Ärzteschaft oder mit Pflegepersonal. Auch die Rolle der Beratenden ist jeweils eine andere und kann im Kontakt mit den unterschiedlichen Gesprächspartnern entsprechendes Konfliktpotential beinhalten (Behr 2008). Daher ist eine ausgeprägte Methodenkompetenz in Gesprächsführung, Beratungstechniken, Krisenintervention aber auch Konfliktmanagement erstrebenswert. Die Methode Case Management dient in diesem Kontext als Klammer für die Lösung komplexer Problemlagen. Hier werden strukturiert und standardisiert anhand eines Regelkreises Problemkonstellationen lösungsorientiert bearbeitet (Ewers 2000, FORUM Demenz 2010).

Die Beratenden sind nicht nur als Anwälte ihrer Klienten im Kontakt z.B. mit Ärzten, Pflegediensten und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, sie arbeiten zusätzlich auf der Systemebene z.B. in stadtteilorientierten Runden Tischen Demenz und setzen sich für die Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in einem Quartier ein. Das zieht nach sich, dass die Initiierung, Begleitung und Weiterentwicklung von Netzwerken in der Praxis eine wesentliche Rolle spielt.

Die Beratenden sind sowohl im Face-to-face-Kontakt unterwegs, als auch an der Gestaltung von Gruppenprozessen beteiligt und nehmen häufig moderierende Aufgaben wahr. Auch hier ist es wichtig, die Arbeit mit Gruppen, sei es z.B. ein Runder Tisch oder andere Gremien auf der Systemebene, aber auch

Familienkonferenzen auf der Fallebene zur Förderung des Empowerment des Familiensystems und Stärkung von Familienstrukturen in den unterschiedlichen systemischen Kontexten methodisch zu bewältigen.

Diese Prozesse vor allem in Bezug auf die Arbeit mit den Klienten bedürfen einer angemessenen Dokumentation, um sie im Rahmen einer Prozess-, Struktur- und Ergebnisanalyse zu reflektieren.

Die Beratenden verfügen über Fachwissen, wie z.B. Beratungsangebote und niedrigschwellige Angebote, die nach § 45 b, SGB XI konzeptioniert und organisiert sind. Dieses Know-how wird an Multiplikatoren weitergegeben, um sie in die Lage zu versetzen, solche Angebote zur Entlastung und Unterstützung für pflegende Angehörige in ihren eigenen Einrichtungen aufzubauen.

Ein weiteres wichtiges Arbeitsfeld ist die Öffentlichkeitsarbeit. Auch hier sind unterschiedliche Instrumente und Methoden von Bedeutung. Neben der Gestaltung und Durchführung von Vorträgen z.B. auf Informationsveranstaltungen zum Thema Demenz in Quartieren und Gemeinden, sind für die öffentliche Präsenz für stadtteil- oder fachbezogene Veranstaltungen Info-Stände zu konzipieren. Aber auch eine Berichterstattung über Veranstaltungen oder neue Entwicklungen zum Thema Demenz in den entsprechenden Medien ist eine wichtige Aufgabenstellung, die Know-how in Medienkompetenz voraussetzt.

In den folgenden Kapiteln werden die für das jeweilige Arbeitsfeld angesprochenen Kompetenzen näher erläutert.

4.3.1 Grundlagen der Beratung und Begleitung

In der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik ist *„Beratung eine Form der helfenden Interaktion zwischen zwei oder mehreren Beteiligten, bei der Beratende Rat suchende Klienten dabei unterstützen, in Bezug auf eine Frage oder ein Problem an Orientierung, Klarheit, Wissen, an Bearbeitungs- und Bewälti-*

gungskompetenzen zu gewinnen (Sickendiek, Engel und Nestmann 1999). Die Interaktion richtet sich auf kognitive, emotionale und handelnde Problemlösung und -bewältigung von Klienten und Klientinnen und Klientensystemen (Einzelpersonen, Familien, Gruppen, Organisationen) sowohl in lebenspraktischen Fragen wie auch in psychosozialen Konflikten und Krisen und erstreckt sich auf präventive, kurative und rehabilitative Aufgaben. Da Lebensschwierigkeiten von Klientinnen und Klienten im Rahmen sozialer Arbeit häufig nicht ‚lösbar‘ oder ‚behebbar‘ sind oder wenn bereits so genannte deviante (von der Normalität abweichend; Anmerkung der Autoren) Bewältigungsformen vorliegen, muss sich Beratung oft auf Hilfe dabei beschränken, Schwierigkeiten zu reduzieren und zu mildern oder mit den Folgen von Problemen besser umgehen und leben zu können“ (Otto und Thiersch 2005, S. 140).

Auf die Lebenswelt von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen bezogen, ist sie durch bestimmte Faktoren geprägt, die einen großen, meist belastenden Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen haben. Demenzen gehören zu den Erkrankungen im Alter, die im Zusammenhang mit Lebenskrisen stehen. Typisch bei den Erkrankungen ist, dass sie nicht allein den Patienten beeinträchtigen, sondern die ganze Familie oder das soziale Umfeld vor eine Vielzahl von Fragen, Entscheidungen und schwierige Bewährungsproben stellen. Im Beratungsprozess geht es darum, die Lebensqualität alter Menschen mit psychischen bzw. kognitiven Erkrankungen zu verbessern und die Bewältigungs- und Handlungskompetenz der Betreuenden zu erhöhen.

4.3.1.1 Beratungsmethoden

Die Unterstützung und Begleitung der Betroffenen, also der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen⁴, ist eine der zentralen Aufgaben von Beratenden. Ihnen stehen unterschiedliche Beratungsmethoden zur Verfügung, um diesen Aufgaben gerecht zu werden. Kenntnisse aus den folgenden Beratungsansätzen sind unter anderen hilfreich in der Begleitung und Beratung der Klienten:

4 Exkurs: Differenzierung der Zielgruppen Menschen mit Demenz und Angehörige.

- Aktives Zuhören (Schulz von Thun 2000)
- Vier-Ohren-Modell (Schulz von Thun 2000)
- Systemische Beratungsansätze, wie z.B. systemische Familientherapie, Motivierende Gesprächsführung (Miller und Rollnick 2004)
- Personenzentrierte Beratung nach Tom Kitwood (2008)
- Validation in Anlehnung an Nicole Richard

Im Sinne von Rogers ist eine empathische und von Kongruenz und Wertschätzung geprägte Haltung der Beratenden gegenüber den Betroffenen eine grundlegende Voraussetzung für ein gelingendes Beratungs-Setting. Konkreter gesagt geht es Susan Al Akel (2006) um *„die Bereitschaft, die Person in ihrer Lebenssituation verstehen zu wollen und verantwortlich handeln zu können. Voraussetzung dafür ist die Wahrnehmung der Beziehung zum Klienten, das Einfühlen in seine Situation, ausreichendes Wissen über Veränderungen und Probleme im Alter sowie über die Angebote des vorhandenen Hilfesystems. Die Aspekte des Verstehens, des Wissens und des Handelns im Beratungsprozess bauen dabei nicht statisch aufeinander auf, sondern „funktionieren“ im Sinne einer Wechselbeziehung, denn Beratungssituationen sind Lernsituationen und zwar sowohl für die Beratenden als auch für die Klienten“*.

4.3.1.2 Krisenintervention

Häufig wenden sich Angehörige von Menschen mit Demenz in einer Notsituation an die Fachberatung Demenz. Sie sind mit der Betreuung, Begleitung und Pflege ihrer von Demenz betroffenen Angehörigen physisch und psychisch überfordert, oft haben sie die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit längst überschritten. Erfahrungen aus der Praxis einer Fachberatungsstelle Demenz beschreiben das Phänomen so: *„Wir sind oft erstaunt, wie wenig die Leute wissen, wie lange sie durchhalten und ihre Angehörigen pflegen, bis an die Grenzen der Belastbarkeit und darüber hinaus. Sie kommen dann oft zu einem sehr späten Zeitpunkt“* (FORUM Demenz 2010). Die pflegenden Angehörigen brauchen

unmittelbare Unterstützung, um die belastende Krisensituation zu bewältigen. Als sozialpädagogische Methode ist die individuelle Krisenintervention geeignet, derartige Krisenphänomene zu bearbeiten. Mögliche kurzfristige Interventionen sind beispielsweise die Einschaltung eines ambulanten Pflegedienstes, um die physische Belastung für die Pflegenden herabzusetzen, oder die Vermittlung des Menschen mit Demenz in eine Tagespflege, um eine Entlastung der Pflegenden zu erreichen. Oft können dadurch schon Erleichterungen für die Pflegenden bewirkt werden, aber auch die Menschen mit Demenz profitieren häufig von der Betreuung in einer Tagespflege, da sie sich in Gesellschaft befinden und andere persönliche Ressourcen angesprochen werden. Die Pflegenden als auch die Menschen mit Demenz profitieren von den Interventionen, so dass sich die Krisensituation entspannen kann und eine Beratung und Begleitung des Familiensystems anschließend ihren Anfang nimmt. Zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen können im weiteren Beratungsprozess kleinschrittig von den Betroffenen angenommen und implementiert werden.

4.3.1.3 Case Management

Die Case Management Society of America⁵ definiert Case Management als einen kooperativen Prozess, in dem die konkrete Bedarfslage eines Hilfesuchenden erhoben wird und Dienstleistungen geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um den individuellen Versorgungsbedarf eines Hilfesuchenden durch Kommunikation und im Rückgriff auf verfügbare Ressourcen abzudecken.

Case Management entwickelt im bestehenden Versorgungssystem des Sozial-, Gesundheits- und Pflegesektors individuelle Versorgungssettings gemeinsam mit den betroffenen Menschen, unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen, sowohl der Menschen mit Demenz als auch der betreuenden und begleitenden sozialen Partner (Cohen und De Back 1999). Daher hat Case Management den Auftrag, „(...) *Patienten mit komplexen Problemlagen durch ein un-*

⁵ Quelle: <http://www.cmsa.org/Home/CMSA/WhatisaCaseManager/tabid/224/Default.aspx>

übersichtliches Gesundheits- und Sozialsystem zu lotsen, ihnen die richtige Versorgung zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu offerieren, den Einsatz (im)materieller Ressourcen zu kontrollieren und mit allen beteiligten Akteuren möglichst eng zu kooperieren, um auf diese Weise individuelle und gemeinschaftlich angestrebte Versorgungsergebnisse zu erzielen“ (Powell 2000 zitiert nach Ewers 2006, S. 59).

In dem Landesmodellprojekt FORUM Demenz – Gesundheitsnetzwerk Duisburg konnte in der Praxis nachgewiesen werden, dass die Betroffenen von der dauerhaften und langfristigen Begleitung durch Case Management profitieren (FORUM Demenz 2010, S. 21ff). Auch die am Versorgungssystem beteiligten Dienste, wie z.B. Fachärzte, Hausärzte, ambulante Pflegedienste, Sozialdienste der Krankenhäuser im Rahmen des Überleitungsmanagements, etc. sprechen in der Zusammenarbeit mit einem Case Manager von Entlastung in der Betreuung und Begleitung der von Demenz Betroffenen.

4.3.1.4 Dokumentation

Die Dokumentation führt in vielen Fällen, gerade in der Pflege, zu sehr kontroversen und polarisierenden Diskussionen. Von blindwütig verordneter Datensammlung über die Kunden, die gravierende negative Auswirkung auf die verbleibende Pflegezeit für sie hat, bis hin zur Notwendigkeit einer Erfassung der wesentlichen Daten für einen verantwortlich durchgeführten Begleitungs- und Pflegeprozess, schwankt die Kontroverse in der Fachwelt. Eins liegt jedoch klar auf der Hand, eine Zettelwirtschaft mit wichtigen Informationen über den Prozess der Begleitung und Betreuung der professionell handelnden Akteure gehört der Vergangenheit an.

Was jedoch ist eine notwendige Erfassung von Daten, denn ohne Daten können Prozesse nicht sinnvoll gesteuert werden? Welches Dokumentationssystem wird eingesetzt? Wie sicher sind die erfassten Daten vor dem Zugriff unberechtigter Nutzer? Welche Daten dürfen an wen weitergegeben werden? Wie ist

die Schweigepflicht geregelt? Viele weitere Fragen können in diesem Zusammenhang noch gestellt und müssen geregelt werden.

Im Regelkreis des Case Managements nach Ewers (2000) nimmt Dokumentation einen wichtigen Stellenwert ein: In der Assessmentphase werden Daten über die Versorgungssituation und Lebenswelt der Klienten gesammelt, ausgewertet und anschließend ein Versorgungsplan erstellt, der auf Grund der gewonnenen Daten und der Bedürfnisse der Klienten in die Praxis umgesetzt wird. Während der dauerhaften Begleitung der Klienten werden ebenfalls Daten über den Verlauf der Versorgung gesammelt: Welche Kontakte und Interventionen sind wann hergestellt und durchgeführt worden und mit welchem Ergebnis? Der Vorteil dieser Vorgehensweise liegt in der Transparenz der Begleitung durch die professionellen Akteure. Aufgrund der standardisierten und strukturierten Arbeitsweise sind die Prozesse jederzeit nachvollziehbar und können evaluiert werden. Dadurch wird eine Qualitätssicherung ermöglicht, die die Reflektion der Arbeit mit den Klienten erlaubt und die den Fokus auf die Lücken der Versorgungsstrukturen in der Versorgungslandschaft richtet. Der Einsatz von standardisierten Dokumentationsinstrumenten erleichtert den Dokumentationsaufwand und den Umfang des auf ihrer Basis ermöglichten Erkenntnisgewinns: *„Relevante Informationen und Hintergründe sollen so erfasst werden, dass im Rahmen einer Klientenakte sowohl die alltägliche Fallbearbeitung als auch die anstehende Auswertung der Fälle nachvollziehbar wird. Dokumentation sorgt so für Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Tätigkeit eines Case Managers und sichert die Grundlagen für die Auswertung der einzelnen CM-Prozesse“* (FORUM Demenz 2010, S. 26).

4.3.2 Moderation und Steuerung von Gruppenprozessen

Ein wesentlicher Auftrag für die Beratenden einer Fachberatung Demenz ist die Moderation von Gruppenprozessen. Sie bieten sich beispielsweise an, Gesprächskreise für pflegende Angehörige aufzubauen und zu begleiten, Familienkonferenzen zur Stärkung von Familienstrukturen durchzuführen, Gruppen

für früh erkrankte Menschen mit Demenz vorzuhalten, Gruppen von Ehrenamtlichen zu begleiten oder auf der Systemebene Netzwerkarbeit mit den handelnden Akteuren der Sozial- und Gesundheitsversorgung im Quartier mit zu gestalten, um Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln. Konzepte der Sozialraumorientierung bieten sich an, Projekte und Aktivitäten in Stadtteilen zu verankern, die dafür Sorge tragen, dass Menschen mit Demenz und auch die Begleiter nicht ausgegrenzt werden, sondern „dazu gehören“.

4.3.2.1 Soziale Gruppenarbeit

In der sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik sind unterschiedliche Konzepte der sozialen Gruppenarbeit bekannt. Nicht alle eignen sich für die Arbeit mit pflegenden Angehörigen oder Menschen mit Demenz. Ihr Einsatz sollte laufend auf ihre Relevanz für den jeweiligen Beratungskontext überprüft werden, denn *„Konzepte, Methoden und Verfahren sind gebündelte Generalisierungen von Vorgehensweisen, die das Spezifische der jeweiligen Situation immer nur zum Teil berücksichtigen können. Es macht deshalb Sinn, Ziele und Inhalte mit der Klientel immer wieder zu überprüfen. Das garantiert am ehesten ein passgenaues Vorgehen, verhindert, dass die Ziele und Inhalte der Gruppenmethoden (...) sich verselbständigen und den Bezug zur Situation verlieren“* (Thole 2010, S. 651).

Die Arbeit mit Menschen mit Demenz in einer Betreuungsgruppe (§45b, SGB XI) hat dementsprechend andere Inhalte und Ziele als das Angebot eines Gesprächskreises für pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen. Während in einer Betreuungsgruppe die Menschen mit Demenz beispielsweise für einen bestimmten Zeitraum Geselligkeit erleben, steht für die pflegenden Angehörigen der Austausch über die eigene Lebenssituation in der Begleitung und Betreuung der von Demenz Betroffenen im Vordergrund. Für die Gruppenbetreuenden ist es daher hilfreich, Kenntnisse über beispielsweise gruppendynamische Prozesse, der systemischen Familientherapie, Biographiearbeit oder Familienkonferenzen erworben zu haben. Die Sicherheit im Umgang mit der

ausgewählten Methode ist für die soziale Gruppenarbeit in der Praxis von größter Bedeutung.

4.3.2.2 Konfliktmanagement

Die Beratenden haben mit vielen Menschen und sozialen Gruppen in unterschiedlichen Kontexten, oft unübersichtlichen Interessenlagen und infolgedessen mit komplexen sozialen Konflikten zu tun. Eine wesentliche Schlüsselkompetenz besteht darin, Konflikten konstruktiv begegnen zu können.

Unter einem sozialen Konflikt versteht man (Mahlmann 2009, S. 14):

- *„Eine Interaktion*
- *zwischen mindestens zwei Akteuren (Personen, kleinen oder großen Gruppen), wobei*
- *mindestens ein Akteur Unvereinbarkeiten (im Fühlen, Wahrnehmen, Denken, Wollen) in der Art erlebt, dass*
- *er in der Verwirklichung seiner Interessen eine Beeinträchtigung oder Behinderung durch andere Akteure empfindet, vermutet oder erfährt,*
- *sich in Abhängigkeit vom anderen Akteur glaubt und*
- *er sich (dennoch) bemüht, die erlebte Beeinträchtigung zu beseitigen beziehungsweise seine Interessen durchzusetzen.“*

Da die Beratenden oft als Anwälte ihrer Klienten agieren, um beispielsweise eine nicht bewilligte Pflegestufe zu erwirken und ein Widerspruch gegen ein MDK-Gutachten erforderlich wird, sind die Beratenden gefordert, in der Situation gemeinsam mit den Klienten berechnete Interessen gegenüber der Pflegekasse im Sinne der Klienten durchzusetzen. Die Beratenden können in diesem Konflikt einerseits als Mediatoren zwischen Pflegekasse und Klient auftreten oder die Interessen im Sinne des Klienten anwaltschaftlich vertreten. Auch beim

Konfliktmanagement ist deshalb eine hohe Kommunikationsfähigkeit gefragt, wie schon in Kapitel Beratungsmethoden ausgeführt wird. Außerdem sind im Rahmen einer Mediation unter anderem folgende Methoden hilfreich bei der Lösung von sozialen Konflikten⁶:

- das Harvard-Konzept (Fisher et al. 2000) als Verhandlungstechnik
- die Konsens-Findung als ein durchgängiges Prinzip
- die Konflikteskalation (Glasl 2011) zur Analyse von Konflikten

Konfliktmanagement ist also wichtiges Handwerkszeug für die Beratenden, einerseits für die Gestaltung der Beziehungen zu den Klienten, andererseits zu den Netzwerkpartnern des sozialen Netzwerkes, wie z.B. soziale Dienstleister, die außerdem auf der Systemebene als Akteure in Runden Tischen oder kommunalen Gremien relevante Verhandlungspartner sind. Das Zusammenspiel von Konfliktmanagement, Kommunikation und Netzwerkarbeit führt zu einer ziel- und lösungsorientierten Arbeitsweise der Beratenden. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, welche Möglichkeiten sich in einem Sozialraum entfalten können, wenn Netzwerk professionell begleitet wird.

4.3.2.3 Netzwerkarbeit⁷

„Netzwerkarbeit ist eine Methode, mittels derer die Zusammenarbeit und Ressourcenauslastung verschiedener Akteure gesteuert wird. (...) Sie wird fallunabhängig, an den Bedarfen und Ressourcen des Sozialraumes orientiert geplant,

⁶ Vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Mediation> (letzter Zugriff am 29.05.2012)

⁷ Siehe dazu auch die Broschüre der AG Netzwerk und Quartiersarbeit der Landesinitiative Demenz-Service NRW, abrufbar unter http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Ergebnisse%20der%20Arbeitsgruppen/Netzwerke-Leitfaden_24-5-2012.pdf (letzter Zugriff am 05.01.2014)

- *ist eine langfristige, gemeinsame Vorbereitung und Planung mit einer gemeinsamen Zielsetzung unterschiedlicher lokaler Akteure,*
- *ist die stärker institutionalisierte, strategisch angeleitete Zusammenarbeit verschiedener Partner/innen“ (AWO Bundesverband 2004, S. 19)*

Neben der Netzwerkarbeit auf der oben beschriebenen Systemebene existieren daneben auch individuelle oder persönliche Netzwerke. Im Kapitel Case Management wird ebenfalls auf der Systemebene mit den Akteuren vor Ort und der individuellen Ebene der Klienten Netzwerkarbeit durchgeführt.

Zum genaueren Verständnis und Einordnung Sozialer Netzwerke werden folgende Kategorien nach Bullinger und Nowak (1998) gebildet:

- primäre oder mikrosoziale Netzwerke wie beispielsweise familiäre und Freundschafts-Netze im Mikrosystem, die sich vor allem durch face-to-face Kontakte, u.a. durch Vertrauen, Nähe, Intimität, Häufigkeit etc. auszeichnen;
- sekundäre oder makrosoziale Netzwerke, angesiedelt in Institutionen und Organisationen des Produktions- und Reproduktionsbereichs (wie Unternehmen, staatlichen Bürokratien, Schulen etc.)
- tertiäre oder mesosoziale Netzwerke, die zwischen den primären und sekundären Netzwerken angesiedelt sind und vielfach als Alternative bzw. vermittelnde Instanz zwischen der mikrosozialen und makrosozialen Ebene fungieren, etwa Selbsthilfegruppen, Nichtregierungsorganisationen oder intermediäre professionelle Dienstleistungen (Wohlfahrtsverbände)

Die Mitarbeitenden in einer Fachberatung Demenz sind mit dieser vielschichtigen Aufgabenstellung Netzwerkarbeit in ihrem Sozialraum konfrontiert und benötigen geeignetes Rüstzeug, um soziale Netzwerke aufzubauen oder beste-

hende weiterzuentwickeln. Sie haben unterschiedliche Aufgaben, können moderierende Funktionen übernehmen, d.h. z.B. unterschiedliche Interessen der Akteure in einem transparenten Prozess helfen anzugleichen oder ein Netzwerk mit den Akteuren vor Ort gründen, um das Thema Demenz in einem Wohnquartier zu verankern und Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln.

4.3.2.4 Gemeinwesenarbeit/Sozialraumorientierung

In den 70er und 80er Jahren war die Gemeinwesenarbeit sehr populär und State of the Art. *„Gemeinwesenarbeit ist eine Methode, die einen Komplex von Initiativen auslöst, durch die die Bevölkerung einer räumlichen Einheit gemeinsame Probleme erkennt, alte Ohnmachtserfahrungen überwindet und eigene Kräfte entwickelt, um sich zu solidarisieren und Betroffenheit konstruktiv anzugehen. Menschen lernen dabei, persönliche Defizite aufzuarbeiten und individuelle Stabilität zu entwickeln und arbeiten gleichzeitig an der Beseitigung akuter Notstände (kurzfristig) und an der Beseitigung von Ursachen von Benachteiligung und Unterdrückung“* (Karas und Hinte 1978, S. 30 ff). Aufgrund der mangelnden Toleranz und Zusammenarbeit mit institutionellen kommunalen Einrichtungen und einer fehlenden konzeptionellen Weiterentwicklung verliert die Gemeinwesenarbeit an Bedeutung und macht dem aufkommenden Konzept der Sozialraumorientierung Platz. Allerdings wurden zentrale Grundlagen der Gemeinwesenarbeit in das Konzept der Sozialraumorientierung integriert.

„In der Sozialraumorientierung geht es nicht darum, mit großem Methodenarsenal und pädagogischer Absicht Menschen zu verändern, sondern darum, Lebenswelten zu gestalten und Arrangements zu kreieren, die dazu beitragen, dass Menschen auch in prekären Lebenssituationen zurechtkommen. Der zentrale Fokus ist dabei der soziale Raum“ (Hinte 2010, S. 668).

Bekanntes Beispiele sozialräumlicher Orientierung ist die Kampagne vom Verein Aktion Demenz e.V. mit dem Projekt demenzfreundliche Kommune, das darauf ausgerichtet ist, mit den Betroffenen und Akteuren vor Ort die kommunale Infra-

struktur so zu gestalten, dass Menschen mit Demenz sich in ihrem Wohnbezirk so lange wie möglich zurechtfinden können.

Die Aufgabe der Beratenden ist es daher unter anderem, Projekte und Aktionen zu unterstützen, die darauf abzielen, die Lebenswelt für die Betroffenen in ihrem Wohnquartier weiterzuentwickeln und zu verbessern.

4.3.3 Öffentlichkeitsarbeit

„Gutes tun – und darüber reden“ sollte der Leitspruch für jeden Beratenden sein. Denn nur eine gut informierte Öffentlichkeit nimmt die Fachberatung Demenz mit ihren Unterstützungsangeboten wahr. Aber wie kann eine Fachberatung Demenz auf sich aufmerksam machen? Für eine gute Darstellung der Arbeit in der Öffentlichkeit sind viele Bausteine vorhanden (Schürmann 2004). Voraussetzungen sind, dass sich die interne Öffentlichkeitsarbeit der sozialen Trägereinrichtung auf ein Corporate Design (Logos, Symbole, Namen und Farben) geeinigt hat, der Auftrag und die Kompetenzen der Mitarbeitenden der Fachberatung Demenz geklärt sind und der Informationsfluss innerhalb der Einrichtung sichergestellt ist.

Vor diesem Hintergrund ist die externe Öffentlichkeitsarbeit mit unterschiedlichen Instrumenten und Methoden erst sinnvoll durchführbar. Nach Schürmann (2004, S. 63) gestaltet sich die Außenpräsentation der Sozialen Arbeit *„als kommunikativer Vermittlungsprozess, bei dem Kontakte aufgenommen, Beziehungen gepflegt und Netzwerke gebaut werden, die als Bühnen der Selbstdarstellung zu gestalten sind“*. Die Konzeptionierung der Selbstdarstellung der Fachberatung Demenz ist daher eine zentrale Aufgabe, um einerseits die Zielgruppen zu erreichen und andererseits die breite Öffentlichkeit mit dem Thema Demenz vertraut zu machen. Instrumente für gelingende Öffentlichkeitsarbeit sind vielfältig: Von Infoblättern, Prospekten, Flyern und Programmen über Plakate, Aufkleber und Anzeigen, bis hin zur Erstellung von Internetseiten bzw. de-

ren inhaltliche Gestaltung werden für die jeweilige Aktion oder das jeweilige Projekt entsprechende mediale Instrumente ausgewählt und eingesetzt.

Ein weiterer wichtiger Bereich der Öffentlichkeitsarbeit ist die Pressearbeit: Wie können die Themen, wie z.B. der Aufbau einer Betreuungsgruppe für Menschen mit Demenz an die Medien vermittelt werden? Was macht eine Information für die Medien interessant? Wie werden die Kontakte zu den unterschiedlichen Medien hergestellt? Wie kann das veröffentlichte Material aus Print-Medien, Funk und Fernsehen öffentlichkeitswirksam für die Einrichtung erneut eingesetzt werden?

Aus der Beantwortung dieser Fragen leitet sich u.a. die zu erwerbende Kompetenz der Beratenden in der Öffentlichkeitsarbeit ab.

4.4 Persönliche und soziale Kompetenz

Um den idealtypischen Kompetenzkatalog für den Fachberater zu vervollständigen, gehört neben der Beschreibung der Grundqualifikation und der Feldkompetenz, die Ausdifferenzierung der persönlichen und sozialen Kompetenzen. Zu Beginn des Kapitels wird der Begriff der psychosozialen Beratung kurz skizziert. Die psychosoziale Beratung ist ein Typus von Beratung, der sich im Themenfeld Demenz etabliert hat.

4.4.1 Psychosoziale Beratung

Die psychosoziale Beratung rückt bei der Beratung von Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen stärker in den Mittelpunkt als z. B. die reine Sozialberatung oder das Informationsgespräch. Die innerpsychische Situation, die sozialen Bezüge von Angehörigen und Familien, die Aussprache, der Beistand im Sinne von Verständnis, Teilnahme und Unterstützung und die psychische Entlastung sind Inhalte psychosozialer Beratung im Problemfeld Demenz.

Lösungen werden langsamer und unter Einbeziehung von Bindungen in einer Familie, ihrer Motive, Ressourcen und den Lebenslagen erarbeitet. Somit ergibt sich ein Beratungsprozess, in dem neben der Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Konzepte wie dem Konzept der Lebenslage, soziale Felder, Habitus vor allem die alltagsorientierten Ansätze Berücksichtigung finden. Laut Gröning wollen alltagsorientierte Ansätze den Alltag der Ratsuchenden gelingender gestalten und sehen u.a. in den alltäglichen und familiären Beziehungen und Netzwerken Ressourcen für Lösungen der Probleme (Gröning 2011). Vielfach verknüpfen sie Beratung mit Unterstützung und Hilfe.

Schwerpunkt der Beratung ist neben der reinen Informationsweitergabe der personenzentrierte Prozess. Zusätzlich zur Problemanalyse und der Gewichtung der vorgetragenen Probleme, nach Zielbeschreibung und Planung der Beratung als Lösungs- und Entscheidungsprozess wird der Schwerpunkt auf einen Prozess des Beistands gelegt. Nach der reinen Informationsvermittlung beginnt eine personenzentrierte Phase der Beratung. Beratende können zu wichtigen Ansprechpartnerinnen und -partnern der Ratsuchenden werden. In der sozialpädagogischen und psychosozialen Beratung spielen die Verfügbarkeit der Beratenden, die Reflexion der Gefühle und Beziehungen, „die kleinen, alltagsorientierten Lösungen“ und vor allem aber die Einfühlung und die Bereitschaft zum Beistand eine entscheidende Rolle.

4.4.2 Beziehungskompetenz

Die Beziehung zwischen Beratenden und Ratsuchenden ist von grundlegender Bedeutung für jede Beratungskonstellation. Von daher ist die soziale und persönliche Kompetenz eine tragende Säule bei der Beschreibung der Qualifikation der demenzspezifischen Fachberaterin bzw. des demenzspezifischen Fachberaters. Die Unterscheidung zwischen persönlichen und sozialen Kompetenzen ist in der Literatur nicht trennscharf definiert.

Um den Anforderungen an Beratung gerecht werden zu können, bedarf es Beratende, die flexibel, kontextbezogen und mit einer eigenen „Berateridentität“ ausgestattet sind. Die Persönlichkeit der Beraterin oder des Beraters und dessen Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung und Selbstreflexion sind die wichtigsten Faktoren für das Gelingen einer Beratung. Das „Kerngeschäft“ von Beratung ist der Aufbau, das Ausdifferenzieren, das Halten und das Beenden können von Beziehungen. Dazu bedarf es einer beraterischen Haltung (Zwicker-Pelzer 2010). Die Besonderheiten der beraterischen Haltung lassen sich u.a. aufschlüsseln in Empathie, Authentizität, Nähe und Distanz sowie Flexibilität. Empathie beinhaltet die Fähigkeit, sich in andere Menschen und neue Situationen hineinzusetzen, Bedürfnisse anderer wahrzunehmen, angemessen und mit emotionaler Wärme zu reagieren und Respekt vor anderen Personen zu zeigen. Das Verhalten und die Reaktionen des Beratenden sollen glaubwürdig, zuverlässig und echt sein. Um jedoch das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz zu finden, bedarf es der Fähigkeit, sich *nicht* mit dem Beratungsbedürfnis bzw. den zugrunde liegenden Problemlagen zu identifizieren, um nicht als Folge die für die Problemlösung notwendige Klarheit zu verlieren. Es gilt den Respekt vor Grenzen, vor Begrenztheiten der Menschen selbst, ihres Umfelds oder der strukturellen Gegebenheiten und die Grenzen der Beratung zu wahren. Die schnelle Anpassung an veränderte Bedingungen oder Situationen, um angemessen reagieren zu können, macht eine hohe Flexibilität des Beratenden notwendig.

Bei der Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gilt der wertschätzende, systemische Blick auf das System Familie und seine Entwicklungsgeschichte oft als Schlüsselzugang. Im steigenden Alter gewinnen einige Dimensionen an erhöhter Bedeutung, andere verflachen. So können z. B. im Alter, in Krankheit oder anderen lebensgeschichtlichen Engpässen Herkunft und Lebensgeschichte plötzlich in den Vordergrund treten. Erledigte und unerledigte Geschichten und „Rechnungen“ erhalten eine große Bedeutung. Es gilt, in Anlehnung an Zwicker-Pelzer (2010), „Verhältnisse“ zu klären:

- das Verhältnis der Familien mit- und zueinander
- Herstellung von Verbundenheit
- das Verhältnis zu Krankheit
- das Verhältnis zu Alter
- das Verhältnis z. B. zu Fremdunterbringung (Wohngemeinschaft oder Heim)
- Absprachen in den Familien für Notsituationen etc.

4.4.3 Kontakt-, Kommunikationsfähigkeit und Selbstreflektion

Ein weiteres wichtiges Element einer gelingenden Beratung ist die Kontaktbereitschaft, -fähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit. Auf der einen Seite bedeutet das, Kontakt aufnehmen zu können, verständlich zu sprechen, sich ausdrücken zu können, aktiv zuzuhören, Rückmeldungen zu geben und Fragen zu stellen. Auf der anderen Seite geht es nicht nur darum, bewusst gesteuerte Äußerungen und Gesten wahrzunehmen, sondern auch nonverbale Signale wie Körpersprache, Stimmlage oder Betonung.

Beratung ist ein Prozess zwischen zwei oder mehreren Menschen und so fließen eigene Weltanschauungen, Werte und Ansichten mit ein. In der Beratung sollen jedoch die persönlichen Auffassungen der Beraterin bzw. des Beraters in den Hintergrund treten, um die Selbstentfaltung der Ratsuchenden zu ermöglichen. Ressourcenorientierte Beratung setzt die Priorität auf die Stärken und die Selbstgestaltungskräfte der Ratsuchenden im Sinne des Empowerment-Konzeptes (Herriger 2006). Weiterhin ist für Beratende die Erfahrung und Reflexion der eigenen Beziehungsmuster wichtig, ebenso die Übertragungs- und Gegenübertragungsmechanismen. Um dies zu gewährleisten, benötigen die Beratenden eine geschulte Selbstwahrnehmung, die über organisierte Selbstreflexion und Supervision erlangt werden kann (Krause et al. 2007).

4.4.4 Netzwerkarbeit

Der Aufgabenbereich der Netzwerkarbeit, der Kontaktpflege mit Einrichtungen, Behörden und Institutionen und die Öffentlichkeitsarbeit fordert im Bereich der sozialen und persönlichen Kompetenz, Einsatzbereitschaft, Selbstmanagement und Organisationsgeschick. Das bedeutet, Ziele zu formulieren, engagiert und motiviert Aufgaben, Ideen anzunehmen und zu realisieren, selbstorganisiert zu handeln, Verantwortung zu übernehmen und Grenzen zu setzen. Professionelles Handeln im Rahmen der Beratung wird durch Team- und Kooperationsfähigkeit abgerundet. Teamarbeit heißt, sich interpersonell, kreativ auseinander- und zusammensetzen, gemeinsam mit anderen Ideen zu entwickeln und Ziele zu erreichen, eigene Fähigkeiten konstruktiv einzubringen, Aufgaben zu planen und umzusetzen, auf andere einzugehen und sich selbst zurückzunehmen. Abschließend ist festzustellen, dass der Berater im Bereich der sozialen und persönlichen Kompetenzen mit seiner ganzen Persönlichkeit im Beratungsprozess gefordert und eingebunden ist.

4.5 Fachberatung bei demenziell erkrankten Migrantinnen und Migranten

Es gibt wesentlich mehr Gemeinsamkeiten, Analogien und Korrelationen als Unterschiede zwischen demenziell erkrankten Einheimischen und Migrantinnen und Migranten. Die Erkrankung, das Erkrankungsrisiko, die Auswirkungen usw. sind die gleichen, der Anspruch der Menschen auf ein würde- und respektvolles Umgehen ist ebenfalls völlig identisch.

Insofern gilt sehr vieles von dem, was in dieser Broschüre ausgeführt ist in gleicher Weise für die Fachberatung bei demenzkranken Menschen mit Migrationshintergrund.

4.5.1 Interkulturelle Kompetenz

Es gibt einen besonderen, anderen Unterstützungsbedarf für Menschen mit Migrationshintergrund, die unter einer Demenz leiden und somit entstehen zusätzliche Anforderungen an die Beratenden. Zu der Skizzierung eines idealtypischen Fachberaters gehört die Beschreibung von Interkulturalität in der Beratung.

- Die Beratenden sollten in der Befassung mit dementiell erkrankten Migrantinnen und Migranten und deren Angehörigen interkulturell sensibel sein und eine interkulturelle *Grundkompetenz* im oben genannten Sinn aufweisen bzw. durch geeignete Trainings- und Fortbildungsmaßnahmen erlangen. Interkulturelle Kompetenz zu besitzen ist ein Wert an sich und dies nicht nur bezogen auf das Thema Fachberatung bei Demenz. Das Zusammenleben mit Menschen mit Migrationshintergrund als Nachbarn, Kollegen, Partnern oder wie auch immer wird erleichtert, man versteht sich einfach besser und Vorurteile, Ängste vor dem „Fremden“ werden abgebaut. Interkulturelle *Grundkompetenz* für die demenzspezifische Fachberatung wird hier zusammenfassend wie folgt verstanden:
 - Grundkenntnisse über Herkunftsgesellschaft und -kulturen sollten im Ansatz gegeben sein bzw. (und dies gilt ebenfalls für die nachfolgenden Punkte) sollten die spezifischen Unterstützungssysteme der Migrantengruppen in diesen Fragen einbezogen werden können.
 - Grundkenntnisse über Strukturen, Entwicklungen, Ursachen und Folgen von Migrationsprozessen erleichtern die Einordnung.
 - Grundkenntnisse über das migrantenspezifische Versorgungsnetz und über Zugangsbarrieren ermöglichen eine verbesserte Vermittlung und die Einbeziehung von unterstützenden Partnern.
 - Empathie mit der Bereitschaft und Fähigkeit zur Einfühlung in Menschen anderer kultureller und sozialer Herkunft ist nicht nur im Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund hilfreich und sinnvoll.

- Interkulturelle Kompetenz kann man lernen und trainieren. Zahlreiche Volkshochschulen, Familienbildungsstätten, Fachhochschulen und Fortbildungseinrichtungen und Verbände bieten Kurse und Kursreihen zu diesem Thema an. Wohlfahrtsverbände und andere bieten darüber hinaus so genannte „Interkulturelle Trainings“ zum Beispiel als In-house-Schulung oder Coaching für Gruppen aus Betrieben, Verwaltungen, Unternehmen usw. an. Oftmals ist die Teilnahme an diesen interkulturellen Trainings kostenlos oder mit nur geringen Gebühren verbunden.
- Interkulturell kompetente Partner und Stellen, an die vermittelt werden kann, finden sich in der Regel bei den Fachdiensten für Migration und Integration der Wohlfahrtsverbände, wobei diese Dienste vor Ort durch andere Bezeichnungen haben können.

4.5.1.1 Sprache

Ganz augenfällig aber dennoch nicht jedem bewusst: Selbst wenn sich der an einer Demenz erkrankte türkische 65-Jährige Mann während seiner aktiven Zeit z. B. bei Opel am Band mit seinen Kollegen gut in deutscher Sprache verständigen konnte, selbst wenn die deutschstämmige, aus Russland zugewanderte ältere Frau ihre bei der Aussiedlung vor 30 Jahren mitgebrachten rudimentären Deutschkenntnisse gut verbessern konnte, wird mit zunehmender Erkrankung festzustellen sein, dass die erlernte deutsche Sprache vergessen wurde und man sich wenn überhaupt noch auf türkisch, serbo-kroatisch oder russisch verständigen kann.

Häufig werden Angehörige und Kinder als Dolmetscher hinzugezogen. Das ist in Beratungssituationen genauso wie bei der Hinzuziehung zu Tests und Screeningverfahren mit einem hohen Risiko verbunden. Aufgrund des Stigmas und des Tabuthemas muss in einer so gesetzten Beratungssituation davon ausgegangen werden, dass der Angehörige nicht als neutraler Dolmetscher fungiert sondern seine eigenen Wertungen einbringt, aus Scham und Rück-

sichtnahme Ausführungen sowohl des Arztes wie auch den Kranken nur unvollständig und interpretierend übersetzt. Bei ausgebildeten Gesundheitsdolmetschern (sofern diese verfügbar sind), stellt sich dieses Problem womöglich weniger gravierend dar.

Ähnlich wie bei vielen Deutschen ist in noch verstärkter Form das Thema Demenz in Familien mit Migrationshintergrund ein Stigma und damit ein Tabuthema, eventuell ein Thema, dessen man sich schämen muss. Und damit ist es ein Thema, das man auch bei vorhandenen Deutschkenntnissen in der Regel eher in der eigenen Muttersprache und mit einer Beratungsperson besprechen will, die nicht nur die gleiche Sprache spricht, sondern z.B. auch soziokulturelle Hintergründe kennt, die Mimik und Gestik im Gespräch zu deuten weiß.

4.5.1.2 Kultursensible Biografiearbeit

Wenn oben die Ähnlichkeiten betont wurden, gilt das grundsätzlich auch für Umgangs-, Beschäftigungs- oder Therapieformen mit dementiell erkrankten Migrantinnen und Migranten: auch bei ihnen kann Musik, können Gerüche, Bilder, Erinnerungen wichtige Zugangsformen sein. Aber es sind andere Gerüche, andere Bilder und Musik, an die diese Menschen sich erinnern können, weil die Lebenswelten, in denen diese Menschen aufgewachsen sind und an die sie sich erinnern, andere waren.

Hier sind also auf jeden Fall interkulturelle Kompetenz und eventuell sogar zusätzlich Sprachkenntnisse des Beraters gefragt, wenn er oder sie nicht nur mit Angehörigen über den Erkrankten sprechen, sondern womöglich auch den erkrankten Menschen in das Setting einbeziehen will. Es sei denn, der Berater mit interkultureller Kompetenz aber ohne tiefer gehende Sprachkenntnisse verfügt auch über gute – und dem Feld entsprechende Netzwerker-Kompetenzen, worüber er dann z.B. fehlende Kenntnisse der türkischen Sprache ersetzen und die entsprechende Expertise einholen kann.

4.5.2 Interkulturelle Netzwerkarbeit

Netzwerk-Kompetenzen sind auch aus anderen Gründen sehr wichtig: während bei einheimischen Menschen mit Demenz im besten Fall auf ein breites Netz an Versorgungsstrukturen – von niedrighschwelligem Betreuungsangeboten über ambulante, Tages-, Kurzzeit- bis hin zu stationärer Pflege – hingewiesen und dorthin vermittelt werden kann, trifft dies bisher bei der Versorgung von demenziell erkrankten Migranten nicht zu: es gibt diese Angebotspalette zur Zeit noch nicht. Es sind eher wenige vereinzelte interkulturell ausgerichtete und kompetent agierende Angebote, auf die man auch heute bereits zurückgreifen kann. Umso wichtiger sind deshalb Netzwerker-Kompetenzen, um die passenden Nadeln im Heuhaufen zu finden.

Die oben genannten fehlenden Versorgungsketten umfassen auch das Thema „Diagnosen“: alle gängigen Diagnose- und Screeninginstrumente sind weitgehend sprachbasiert und bildungsnormiert auf einem Niveau, dem als Gastarbeiter nach drei Jahren Grundschule aus der Türkei zugewanderte Demenzkranke nicht entsprechen. Demzufolge sind auch hier besondere Kompetenzen des Fachberaters gefragt, sich in dem bestehenden kleinen existierenden Netz von Diagnose- und Therapieangeboten auszukennen um vermitteln zu können.

4.5.3 Zugang und Örtlichkeiten

Information und Aufklärung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte sollte dort stattfinden, wo Menschen sich aufhalten, wo sie sich sicher und geschützt fühlen. Informations- und Aufklärungsveranstaltungen in Moscheen, Kaffeehäusern, jüdischen oder anderen kirchlichen Gemeindehäusern haben sich als zielführend erwiesen. Ebenfalls als notwendig und zielführend hat sich erwiesen, sich eher spiralförmig über Themen wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter, Ernährungs- oder Fragen der Wohnungsanpassung und Altersverwirrtheit dem eigentlichen Anliegen Demenz zu nähern. Beratungsanliegen in Sachen Demenz werden in der Regel von Menschen mit Migrationshintergrund nicht di-

rekt, sondern eher verschlüsselt oder eingepackt in ein Bündel ganz anderer Fragen vorgebracht.

Es ist auch unbedingt anzuraten, als Beraterin bzw. Berater „nicht gleich mit der Tür ins Haus zu fallen“, sondern sich sehr einfühlsam und langsam über Umwege und andere Themen dem eigentlichen Tabuthema Demenz zu nähern. Gerade bei russischstämmigen Familien muss davon ausgegangen werden, dass diese aus ihren Erfahrungen in den GUS-Staaten in hohem Maße fremden Menschen und Institutionen mit Misstrauen begegnen und der Aufbau einer Vertrauensbasis unumgänglich ist.

Beratungsanliegen werden oftmals nicht direkt in oder im Anschluss an Informationsveranstaltungen (o.ä.) vorgetragen, weil man sich zu outen scheut. Stattdessen wird in der Regel nach derartigen Veranstaltungen die telefonische Kontaktaufnahme und nach Möglichkeit eine muttersprachliche Ansprechperson gesucht.

Bei russischstämmigen Familien von Spätaussiedlern oder jüdischen Kontingentflüchtlingsen kommt hinzu, dass diese in ihren Herkunftsländern oftmals sehr negative Erfahrungen mit Behörden, Beratungsstellen, Ärzten und drohender geschlossener Unterbringung von „Verrückten“ machen mussten. Insofern wurde bisher sehr häufig festgestellt, dass bei den ersten telefonischen Kontakten noch nicht einmal die eigene Rufnummer hinterlassen wurde, sondern eher der Hinweis kam „...ich melde mich dann lieber wieder bei Ihnen...“.

Hat der Ratsuchende beim Erstkontakt Wertschätzung erfahren, Vertrauen geschöpft, sind im Anschluss weitergehende zugehende Formen von Unterstützung und Beratung notwendig. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass face-to-face-Beratung in den wenigsten Fällen in den Beratungsbüros stattfinden. Stattdessen ergibt sich erfahrungsgemäß die Notwendigkeit, zu den Familien raus zu fahren und die Beratungsgespräche auf deren „eigenem Terrain“ zu führen.

Dabei kann das eigene Terrain auch ein Kaffeehaus, eine Moschee oder ein anderer Treffpunkt sein. Damit wird dem Ratsuchenden/der Familie zugestanden, dass sie sich sicher fühlen können, in einer gewohnten und schützenden Umgebung über die Krankheit und die damit verbundenen Einschnitte in das familiäre Leben zu sprechen.

4.6 Fort- und Weiterbildung

Die Ausführungen zu den Kompetenzen verdeutlichen die hohen Anforderungen an die Voraussetzungen, über die Beratende verfügen müssen. Die Entwicklung und Verbesserung von Kompetenzen erfordert neben einer großen Toleranzbereitschaft, den Willen und die Bereitschaft, sich fort- und weiterzubilden. Im folgenden Abschnitt wird beispielhaft ein vom Träger installiertes Qualitätsmanagement als eine Möglichkeit beschrieben, Qualität im Bereich der Fort- und Weiterbildung für Beratende zu gewährleisten und zu sichern.

Qualitätsmanagement

Ein Qualitätsmanagement umfasst alle Aspekte im Rahmen eines Unternehmens oder einer Institution, die der Optimierung von Kommunikationsstrukturen, professionellen Lösungsstrategien, der Erhaltung bzw. Steigerung der Zufriedenheit von Kunden und Klienten, der Umsetzung von Dokumentationen, Standardisierung bestimmter Handlungs- und Arbeitsprozesse sowie der Motivation der Mitarbeitenden und der Beruflichen Weiterbildung dienen.

Für die Träger von demenzspezifischen Beratungsstellen wird es immer wichtiger, eine qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu gewährleisten, um jeweils auf dem neuesten Stand der Expertise zu sein, die sich gerade im Bereich Demenz stetig weiterentwickelt.

Die Motivation und die Qualifikation der Mitarbeitenden tragen in allen Betrieben und somit auch in einer Beratungsstelle ganz entscheidend zur Qualitätssicherung bei. Die standardisierte Erfassung und Umsetzung von Fort- und Weiter-

bildungsmaßnahmen im Rahmen eines Qualitätsmanagements sind eine Möglichkeit, gezielt Qualität zu halten bzw. zu verbessern.

Zunächst gilt es, einen personenbezogenen Nachweis über Qualifikation, Kompetenzen, Fertigkeiten und Erfahrungen zu führen. Der Fort- und Weiterbildungsbedarf wird anhand von Kompetenzprofilen erhoben. Dazu gehören auch jährlich geführte Einzel-Mitarbeitergespräche, in denen u.a. der Fort- und Weiterbildungsbedarf gemeinsam ermittelt wird. Das Ergebnis ist ein Konzept zur Personalentwicklung im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Anhand dieses Konzeptes werden die Qualifizierungsmaßnahmen geplant und durchgeführt. Die Wirksamkeit der jeweiligen Qualifizierungsmaßnahme wird bei jeder QM-Bewertung festgestellt, dokumentiert und bewertet.

Neben dieser standardisierten Erfassung und Umsetzung von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollte eine zeitnahe Nutzung von Informationen über aktuelle fachliche Neuerungen, z.B. Besuch von Kongressen, Exkursionen und Fachtagungen möglich sein und aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften zur Verfügung stehen.

Abschließend sei erwähnt, dass es einer angeleiteten und begleitenden Supervision für die Beraterinnen und Berater bedarf, um den Anforderungen an Beratung gerecht zu werden. Im Bereich der Teamarbeit ist die Methode der „Kollektiven Fallberatung“ ein bewährtes Instrument (Franz und Kopp 2003).

5 Die Formulierung von Qualitätskriterien einer demenzspezifischen Fachberatung – und dann?

Beratung im Kontext Demenz ist sehr komplex. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass die Gestaltung der demenzspezifischen Fachberatung sowohl strukturell und im Besonderen personell gut durchdacht und geplant wird. Die vorliegenden Qualitätskriterien werden von der Arbeitsgruppe als Grundlage und Hilfestellung für den Aufbau sowie die Qualitätsentwicklung und -sicherung von demenzspezifischen Fachberatungsstellen verstanden. Das Hauptziel dabei ist, allen Ratsuchenden in Nordrhein-Westfalen (und ggf. darüber hinaus) gleichermaßen eine individuelle, qualitativ hochwertige und effektive Beratung anzubieten. Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe liegt es fern, durch die Entwicklung der Qualitätskriterien die bisherigen Leistungen bestehender Beratungsstellen in Frage zu stellen. Viele Aspekte der hier formulierten Qualitätskriterien werden in der Praxis bereits umgesetzt. Die Arbeitsgruppenmitglieder verstehen die vorgestellten Qualitätskriterien eher als Werkzeuge, welche als Argumentationshilfe gegenüber Finanziers, Trägern und Anderen genutzt werden kann, um den Erhalt, den Ausbau, die zusätzliche Qualifizierung der Beratenden etc. in der demenzspezifischen Fachberatung zu ermöglichen.

Die vorgestellten Qualitätskriterien stellen darüber hinaus den Unterschied zwischen den Anforderungen in der Beratung im Bereich Demenz gegenüber anderen Fachgebieten dar. Sie verdeutlichen, warum es nicht für alle Beratungsstellen möglich sein kann, detailliert in die Thematik Demenz einzusteigen. Dies soll jedoch nicht heißen, dass Beratende in demenzspezifischen Fachberatungsstellen für alle Fragen und Probleme rund um das Thema Demenz die passende Antwort bzw. Lösung parat haben müssen. Wie in Kapitel 3 beschrieben sollten vielmehr die Ressourcen von multiprofessionellen Beraterteams und das aktive Mitwirken in Netzwerken ermöglichen, sich in besonderen Fällen zeitnah Informationen und anderweitige Expertisen hinzuzuziehen. Die Beratung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen kann nur funktionieren, wenn unterschiedliche Professionen ihr Wissen zur Verfügung stellen und sie miteinander arbeiten.

Die Entscheidung, die Qualitätskriterien für die fachspezifische Demenzberatung ohne Berücksichtigung von finanziellen Rahmenbedingungen zu denken war wichtig, um ein hohes und adäquates Qualitätsniveau im Sinne der Ratsuchenden zu erreichen. Die Ausformulierung vieler Kriterien macht deutlich, dass deren Niveau nicht von finanziellen Aspekten abhängt, sondern überwiegend vom Wissen, den Qualifikationen und der Haltung der einzelnen Beraterinnen und Berater.

6 Literatur

- Al Akel, Susan (2006): Beratung alter Menschen. In: Brückner, Burkhart; Al Akel, Susan; Klein, Ulrich (Hrsg.): Verstehende Beratung alter Menschen - Orientierungshilfen für den Umgang mit Lebenskonflikten, Krisen und Notfällen. S. Roderer Verlag, Regensburg: 73-90.
- AWO Bundesverband (2004). Qualitätsentwicklung für lokale Netzwerkarbeit. http://www.nakos.de/site/data/NAKOS/Netzwerkkoetter/Arbeitshilfe_AWO_Netzwerk2004.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].
- Bamberger, Günter G. (2005): Lösungsorientierte Beratung. Praxishandbuch, 3., vollständig überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, Weinheim, Basel.
- Behr, Ingo (2008): Problemlösungsstrategien des Case Managers im rollentheoretischen Kontext. Masterthesis Universität Duisburg-Essen.
- Bickel, Horst (2010): Das Wichtigste 1 – Die Epidemiologie der Demenz. www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet01.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].
- Bullinger, Hermann; Nowack, Jürgen (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung für soziale Berufe. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2007): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/fa_redaktion_bak/pdf_publicationen/Forschungsbericht_Rahmenempfehlungen_Umgang_Demenz.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (Hrsg.) (2010): Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber: von der Diagnose bis zur Betreuung, 3. Auflage. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/pflege/Gedaechtnis_Web25-02-2011.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].
- Cohen, Elaine L.; De Back, Vivien (1999): The Outcomes Mandate: Case Management in Health Care Today. Mosby.
- Demenz Support Stuttgart (Hrsg.) (2010): „Ich spreche für mich selbst“ – Menschen mit Demenz melden sich zur Wort. Mabuse-Verlag
- Engels, Dietrich; Pfeuffer, Frank (2004): Analyse der pflegerischen Versorgungsstrukturen in ausgewählten Regionen. Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Privathaushalten (MuG 3). Otto-Blume-Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. [www.isg-institut.de/download/MuG3 ISG-Bericht.pdf](http://www.isg-institut.de/download/MuG3_ISG-Bericht.pdf) [letzter Zugriff am 05.01.2014].
- Ewers, Michael (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Hans Huber Verlag, Bern: S. 53-90.

- Ewers, Michael (2006): Case Management in der Pflege – Versuch einer Bestandsaufnahme. In: Wendt, Wolf Rainer; Löcherbach, Peter (Hrsg.): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg, München, Landsberg, Berlin und MedizinRecht.de Verlag Heidelberg: 55-70.
- Fisher, Roger; Ury, William; Patton, Bruce (2000): Das Harvard-Konzept. Sachgerecht verhandeln - erfolgreich verhandeln. Campus-Verlag, Frankfurt, New York.
- Förstl, Hans; Kleinschmidt, Carola (2009): Das Anti-Alzheimer-Buch – Ängste, Fakten, Präventionsmöglichkeiten. Kösel-Verlag, München.
- FORUM Demenz (2010): Demenz kommt vor. Abrufbar unter: http://archiv.forum-demenz.net/files/images/forum-demenz_abschlussdokument_web.pdf [letzter Zugriff am 05.05.2012].
- Franz, Hans-Werner; Koop Ralf (2003): Kollegiale Fallberatung. State of the Art und organisationale Praxis. EHP - Verlag Andreas Kohlhaage, Bergisch Gladbach.
- Glasl, Friedrich (2011): Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater. Haupt Verlag, Bern.
- Gröning, Katharina (2011): Pädagogische Beratung. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Herriger, Norbert (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. 3. erweiterte und aktualisierte Auflage. Kohlhammer
- Hinte, Wolfgang (2010): Von der Gemeinwesenarbeit über die Sozialraumorientierung zur Initiierung von bürgerschaftlichem Engagement. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 663-676.
- Karas, Fritz; Hinte, Wolfgang (1978): Grundprogramm Gemeinwesenarbeit. Praxis des sozialen Lernens in offenen pädagogischen Feldern. Jugenddienst-Verlag, Wuppertal.
- Kennedy, Jane (2009): Das Okinawa-Prinzip – Gesund bleiben, länger leben. Kösel Verlag
- Kitwood, Tom (2008): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. Auflage. Hans Huber Verlag, Bern.
- Krause, Christina; Mayer, Claude-Hélène; Assmann, Maren (2007): Profil und Identität professioneller Berater und Beraterinnen. In: Beratung Aktuell. 3/2007.
- Landesinitiative Demenz-Service NRW (Hrsg.) (2007): Beratung bei Demenz – Zur Notwendigkeit einer spezialisierten Fachberatung. Arbeitsgruppenergebnisse der Mitarbeitenden in Modellprojekten im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen. Abrufbar unter: <http://www.demenz-service->

nrw.de/files/arbeitsergebnisse/ergebnispapier_AG_fachberatung_demenz.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].

- Mahlmann, Regina (2009): Gemeinsames Verständnis: Konflikt - Konfliktfähigkeit. In: Mahlmann Regina; Dulabaum, Nina L.; Pink, Ruth; Altmann, Gerhard; Fiebiger, Heinrich; Müller, Rolf; Sachsenmeier, Ingeborg (Hrsg.): Konfliktmanagement und Mediation. Schwierige Situationen souverän meistern. Beltz Verlag, Weinheim, Basel: S. 13-16.
- Miller, William R.; Rollnick, Stephen (2004): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Verlag, Freiburg.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA) (Hrsg.) (2012): Ministerin Steffens: Wir wollen die Pflege in NRW zukunftsfest machen. Pressemitteilung vom 07.02.2012. Düsseldorf
- Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hg.) (2005): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik, 3. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München.
- Rogers, Carl (2007): Die nicht-direktive Beratung, 12. Auflage. Fischer Verlag, Frankfurt am Main.
- Schulz von Thun, Friedemann (Hrsg.); Ruppel, Johannes; Stratmann, Roswitha (2000): Miteinander reden: Kommunikation für Führungskräfte. Rowohlt, Reinbek.
- Schürmann, Ewald (2004): Öffentlichkeitsarbeit für soziale Organisationen. Juventa Verlag, Weinheim.
- Shulman, Lawrence (1992): The skills of helping. Individuals, families and groups. F.E. Peacock Publishers, Itasca, Illinois.
- Shulman Lawrence (1993): Teaching the helping skills. A field instructor's guide, 2nd Edition, Alexandria.
- Sickendiek, Ursel; Engel, Frank; Nestmann, Frank (1999): Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. Grundlagentexte Soziale Berufe. Juventa Verlag, Weinheim.
- Taylor, Richard (2009): Alzheimer und Ich. Verlag Hans Huber, Bern.
- Thole, Werner (Hrsg.) (2010): Grundriss Soziale Arbeit, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Weber, Max (2005): Wirtschaft und Gesellschaft. J.C.B. Mohr, Tübingen.
- Wißmann, Peter (2012): Vom „Kranken“ zum „Bürger mit Demenz“. Teilhabe an Sport, Kultur, Gesellschaft und Politik das ist das Grundrecht aller Menschen, ob mit oder ohne Demenz. pflegen: Demenz 22: S. 24-27.
- Zwicker-Pelzer, Renate (2010): Beratung in der sozialen Arbeit. UTB, Stuttgart.

7 Weitere Informationen

Netzwerkarbeit

Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.) (2004): Konzepte und Strategien der Netzwerkarbeit. Fachtagung im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Entimon – gemeinsam gegen Gewalt und Rechtsextremismus. Tagungsband. Abrufbar unter:

http://www.entimon.de/content/e2/e503/e764/Reader_Netzwerkarbeit.pdf
[letzter Zugriff am 05.01.2014].

Hagen, Manfred (1999): Soziale Netzwerke am Beispiel „Arm und Reich an einem Tisch e.V.“ im Restaurant Grenzenlos. Diplomarbeit an der Fachhochschule Düsseldorf, Fachbereich Sozialpädagogik. Abrufbar unter: http://fhdd.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2004/17/pdf/Hagen_M.pdf [letzter Zugriff am 05.01.2014].

Soziale Netzwerke Definition:

<http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/153/15385.htm> [letzter Zugriff am 05.01.2014] .

8 Anhang

8.1 Poster „Demenzberatung – eine komplexe Sache!“

Demenzberatung – eine komplexe Sache!

Rahmenempfehlungen zur demenzspezifischen Fachberatung

AG Beratung der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Hintergrund der Rahmenempfehlung

Die Anforderungen an Beratung im Bereich Demenz sind sehr komplex. Dies liegt zum einen an den unterschiedlichen Personengruppen, die sich Informationen und Rat holen, zum anderen an dem Krankheitsbild Demenz und dessen Auswirkungen auf das Leben von betroffenen Menschen und ihrem Umfeld.

Trotz dieser Komplexität gab es bisher keine Empfehlungen, wie eine qualitativ hochwertige Fachberatung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie anderen Interessierten gestaltet werden sollte.

Aus diesem Grund haben die Teilnehmenden der interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe Beratung innerhalb der Landesinitiative Demenz-Service NRW, auf Basis ihrer Expertisen, Qualitätskriterien für eine demenzspezifische Fachberatung entwickelt. Diese liegen als Rahmenempfehlung vor.

Das Mindmap gibt einen Überblick über die wesentlichen Aspekte der demenzspezifischen Fachberatung.

The mindmap 'Demenzspezifische Fachberatung' is structured as follows:

- Wer? Ratsuchende**
 - Einzelpersonen
 - Betroffene
 - Ehepartner
 - Kinder
 - Eltern
 - Geschwister
 - Nichten / Neffen
 - Angehörige
 - Freunde, Nachbarn, Bekannte
 - heißt sie Engagierte
 - Institutionen
 - Gesundheitliche Berufe
 - Gesundheitswesen
 - Mitarbeiter aus der Pflege
 - Bankengestützte Einzelhandel etc.
 - Demenzberater
 - Selbsthilfe
- Wie? Methoden**
 - Informationsweitergabe
 - Gepräch
 - Prozesshafte Beratung
 - Psychosoziale Beratung
 - sonstige Beratung
 - Case Management
 - Teamberatung (z.B. arztl. Pflege)
 - Familienberatung etc.
 - Beratung von Gruppen
- Wo? Setting**
 - schriftlich (per Mail / Brief)
 - Telefonberatung
 - in der Beratungsstelle
 - Vor Ort (Hausbesuch)
 - an anderem Ort (Pflegeheim, Institutionen etc.)
 - Face-to-Face-Beratung
- Welche? Voraussetzungen**
 - Strukturelle Rahmenbedingungen
 - Vermittlung
 - Zeit für regelmäßige Teambesuche
 - Einzelbesuche / Beratungen
 - Beratungsformate
 - Konzept der demenzspezifischen Fachberatung
 - Finanzierungsgrundlagen
 - hochwertige, sichere und stabile Regelfinanzierung
 - Qualifikation des Beratungsteams

Was noch? Extern

- Experten einholen
 - Recht
 - Ergotherapie, Psychotherapie, Logopädie
 - Pflege
 - Soziale Arbeit
 - Intensivbetreuung
 - Medizin
 - Selbsthilfe
 - Beratung
 - Erklärung
 - Mehrfach
 - Sozialrecht
 - Verbraucherschutz
 - Berufungsrecht
 - Fachwissen
 - Demenz-Schulungszentren
 - Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Migrationshintergrund
 - Wohnberatung
 - Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW am KDA
 - Landesstelle Pflegendes Angehörige
 - Vermögensförmung (Diagnose und Transferinstrumente Demenz)
- Netzwerkarbeit

Teilnehmende der AG Beratung:
 Arnd Bader, Ingo Behr, Klaus Besselmann, Birgitt Braun, Stefan Kleinstück,
 Ursula Kreutz-Kullmann, Silke Lua, Detlef Rüsing, Nicole Ruppert, Bert Schulz, Reinhard Streibel
www.demenz-service-nrw.de
 Kontakt: nicole.ruppert@uni-wh.de

Abrufbar unter: http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Ergebnisse%20der%20Arbeitsgruppen/Poster%20AG%20Beratung_Demenzspezifische%20Fachberatung.pdf

8.2 Poster „Demenzberatung – Wer kann das?“

Demenzberatung – Wer kann das?

Rahmenempfehlungen zur demenzspezifischen Fachberatung

AG Beratung der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Hintergrund der Rahmenempfehlung

Die Anforderungen an Beratende im Bereich Demenz sind sehr komplex. Dies liegt zum einen an den unterschiedlichen Personengruppen, die sich Informationen und Rat holen, zum anderen an dem Krankheitsbild Demenz und dessen Auswirkungen auf das Leben betroffenen Menschen und ihrem Umfeld.

Bisher gab es keine Aussagen dazu, über welche Qualifikationen Beratende im Fachbereich Demenz verfügen sollten, um eine qualitativ hochwertige Beratung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen sowie anderen Interessierten durchführen zu können.

Aus diesem Grund haben die Teilnehmenden der interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppe Beratung innerhalb der Landesinitiative Demenz-Service NRW auf Basis ihrer Expertisen Kriterien entwickelt, die als Grundlage für die Zusammenstellung eines Teams im Bereich der demenzspezifischen Fachberatung dienen kann. Diese liegen als Rahmenempfehlung vor.

Im Mindmap ist dargestellt, über welche Qualifikationen Beratende im Bereich Demenz verfügen sollten.

Grundqualifikation

- Studium oder Ausbildung im Sozialen Gesundheitswesen
- Alten- und Pflegeheim
- Tagespflege
- Wohngemeinschaft
- Niedrigschwellige Angebote
- Demenzberatungsstelle
- Wohnberatungsstelle
- Praktische Erfahrung mit Menschen mit Demenz

Fachliche Kompetenz

- Grundlagen der sozialen Geriatrie
- Grundlagenwissen über Hilfsmittel
- Grundwissen über therapeutische Möglichkeiten
- Ernährung bei Demenz
- Grundlagen Alltagsgestaltung
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Grundwissen über Versorgungsstrukturen (stationär, ambulant, teilstationär, Akutpflege)
- Rechtliche Grundkenntnisse
- Grundlagen über Unfallverhütung und Wohnraumberatung
- Prävention bei Demenz

Methodische Kompetenz

- Dokumentation
- Gesprächsführung
- Beratungstechniken
- Krisenintervention
- Moderation von Gesprächskreisen
- Einzel- / Gruppen- / Gemeinwesenarbeit
- Case- / Care-Management

Persönliche Kompetenz

- Empathie
- Selbstreflexion
- Selbstmanagement
- Verständnis und Wertschätzung familiärer Systeme
- Flexibilität
- Professionelle Nähe und Distanz
- Kontaktbereitschaft, Kontaktfähigkeit
- Kooperationsbereitschaft, Kooperationsfähigkeit
- Einsatzbereitschaft
- Beisitzbarkeit
- Organisationsgedächtnis
- Teamfähigkeit

Weiterqualifikation

- Empfehlung 1x jährlich
- Fort- / Weiterbildung
- Kongressbesuche
- Lesen von Fachliteratur

Interkulturelle Kompetenz

- Fähigkeit und Bereitschaft sich Informationen zu beschaffen, um angemessen und erfolgreich mit Angehörigen fremder Kulturen zu kommunizieren bzw. die spezifischen Unterstützungssysteme einbeziehen zu können
- Grundkenntnisse über Einwanderer-Communities
- Grundkenntnisse über das migranten-spezifische Versorgungsnetz und Zugangsbarrieren
- Empathie mit der Bereitschaft und Fähigkeit zur Einführung in Menschen anderer kultureller und sozialer Herkunft
- Kenntnisse über Strukturen, Entwicklung, Ursachen und Folgen von Migrationsprozessen
- Kenntnisse über Herkunftssprachen
- Kenntnisse über Herkunftsgesellschaften und -kulturen

Teilnehmende der AG Beratung:
 Arnd Bader, Ingo Behr, Klaus Besselmann, Birgitt Braun, Stefan Kleinstück,
 Ursula Kreuz-Kullmann, Silke Lua, Detlef Rüsing, Nicole Ruppert, Bert Schulz, Reinhard Streibel
 www.demenz-service-nrw.de
 Kontakt: nicole.ruppert@uni-wh.de

Abrufbar unter: http://www.demenz-service-nrw.de/tl_files/Landesinitiative/Die%20Landesinitiative/Ergebnisse%20der%20Arbeitsgruppen/Poster%20AG%20Beratung_Qualifikation%20Fachberater.pdf

Arbeitsgruppenmitglieder

Arnd Bader, Demenz-Servicezentrum Region Bergisches Land

Ingo Behr, Demenz-Servicezentrum Region Westliches Ruhrgebiet

Klaus Besselmann, Informations- und Koordinierungsstelle der Landesinitiative
Demenz-Service Nordrhein-Westfalen

Birgitt Braun, Demenz-Servicezentrum Region Südwestfalen

Stefan Kleinstück, Demenz-Servicezentrum Region Köln und das südliche
Rheinland

Ursula Kreuz-Kullmann, Demenz-Servicezentrum Regio Aachen/Eifel

Silke Lua, Demenz-Servicezentrum Region Düsseldorf

Nicole Ruppert, Dialog- und Transferzentrum Demenz

Detlef Rüsing, Dialog- und Transferzentrum Demenz

Bert Schulz, Demenz-Servicezentrum Region Dortmund

Reinhard Streibel, Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungs-
geschichte