Festhalten, was verbindet.
Bayerische Demenzstrategie

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Bayerische Demenzstrategie

Langfassung

Ergebnisse der interministeriellen Arbeitsgruppe unter Leitung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Stand: Juli 2013

DEMENZ-STRATEGIE BAYERN -

Präambel ..... 4 -
A. Ausgangssituation ..... 5 -
- Demografische Entwicklung ..... 5 -
- Definition ..... 6 -
- Demenzformen ..... 7 -
- Anstieg der Betroffenenzahlen ..... 8 -

B. Leitziele ..... 9 -
C. Handlungsfelder, Ziele und Lösungen ..... 9 -
I. Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit ..... 10 -
- Betroffene, Angehörige, Helfende, Fachkräfte ..... 10 -
- Gesellschaft ..... 11 -
- Multiplikation durch Information in allgemeinbildenden Schulen ..... 13 -
- Gewinnung von Fachkräften ..... 14 -
- Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten ..... 15 -

II. Prävention und Früherkennung ..... 16 -
- Gesundheitsförderung und Prävention ..... 16 -
- Früherkennung ..... 18 -

III. Aus-, Fort- und Weiterbildung ..... 19 -
- Ausbildung der Gesundheitsberufe und der sozialpflegerischen Berufe ..... 19 -
- Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und der sozialpflegerischen Berufe ..... 21 -
- Pflegestudiengänge ..... 22 -
- Hauswirtschaft ..... 23 -
- Ernährung im häuslichen Umfeld und Verpflegungskonzepte für Menschen mit Demenz in stationärer Versorgung ..... 25 -
- Aus-, Fort- und Weiterbildung von (Haus-)Ärztinnen und (Haus-) Ärzten ..... 28 -
- Schulung / Weiterbildung des Krankenhauspersonals ..... 29 -
- Schulung / Weiterbildung für alle in der Sterbebegleitung Tätigen ..... 30 -
- Qualifikationsmaßnahmen im Polizeibereich ..... 31 -
- Einführungstagungen für Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter ..... 32 -

IV. Häusliche Versorgung – Entlastung pflegender Angehöriger ..... 34 -
- Haus- und Fachärztliche Versorgung ..... 35 -
- Beratungsangebote ..... 37 -
- Ambulante pflegerische Versorgung ..... 39 -
- Betreuungsleistungen ..... 40 -

- Niedrigschwellige Betreuungsangebote ..... 41 -
- Ausländische Pflegekräfte und Haushaltshilfen ..... 43 -
- Familienpflegezeit ..... 45 -
- Nachbarschaftshilfen und Seniorengenossenschaften ..... 46 -
- Betreutes Wohnen zu Hause ..... 47 -
- Niedrigschwellige Dienstleistungen und Hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung / Hauswirtschaftliche Fachservices ..... 48 -
- Teilstationäre Versorgungsangebote und Kurzzeitpflege ..... 48 -
- Mobile geriatrische Rehabilitation ..... 50 -
- Technikunterstütztes Wohnen (AAL) ..... 51 -
- Neue Wohnformen ..... 51 -

V. Stationäre Versorgung im Krankenhaus und in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation ..... 52 -

- Ausbau der Altersmedizin (Geriatrie) ..... 53 -
- Versorgung im Allgemeinkrankenhaus ..... 54 -
- Dezentrale psychiatrische Krankenhausversorgung ..... 55 -

VI. Stationäre Versorgung und Betreuung in Pflegeeinrichtungen ..... 57 -

- Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen ..... 57 -
- Außenanlagen als Beitrag zur Lebensqualität ..... 58 -
- Neue Betreuungsformen/stationäre Hausgemeinschaften ..... 59 -
- Pflegeoasen bei fortgeschrittener Demenz ..... 61 -
- Ganzheitliche Aktivierungstherapie ..... 63 -
- Zusätzliches Betreuungspersonal ..... 63 -
- Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen ..... 64 -
- Qualitätssicherung ..... 66 -

VII. Sterbebegleitung ..... 67 -

- Ambulante Hospiz- / Palliativversorgung ..... 68 -
- Stationäre Hospiz- / Palliativversorgung ..... 70 -

VIII. Vernetzung und kommunale Strukturen ..... 71 -

- Überleitungsmanagement ..... 71 -
- Sektorenübergreifende Versorgung ..... 72 -
- Fachübergreifende lokale, regionale und landesweite Netzwerke ..... 73 -
- Handlungsfeld Kommunen / Kommunale Seniorenpolitische Gesamtkonzepte ..... 75 -
- Mehrgenerationenhäuser ..... 76 -

IX. Grundlagen- und Versorgungsforschung ..... 77 -

- Grundlagenforschung ..... 78 -

- Versorgungsforschung zur Optimierung der Gesundheitsversorgung im Alltag ..... 79 -
- Anwendungsbezogene Versorgungsforschung im Bereich Betreuung und Pflege ..... 80 -

X. Rechtliche Betreuung ..... 82 -

- Rechtliche Betreuung, Vorrang der Betreuung durch Ehrenamtliche ..... 82 -
- Stärkung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der rechtlichen Betreuung ..... 83 -
- Vorsorge durch Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung ..... 84 -
- Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB (FEM) ..... 85 -

D. Bundesgesetzliche Initiativen der Bayerischen Staatsregierung ..... 88 -

SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ..... 88 -

SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung ..... 88 -

Berücksichtigung von Pflege-/Betreuungszeiten im Rahmen der Rente ..... 88 -

SGB XI: Soziale Pflegeversicherung ..... 89 -

SGB XII: Sozialhilfe ..... 93 -

- Soziale Sicherung ..... 93 -
- Neue Wohnformen ..... 95 -

E. Einbindung in Nationalen und Europäischen Kontext ..... 95 -

I. Einbindung in Nationalen Kontext / Maßnahmen des Bundes ..... 95 -

II. Einbindung in Europäischen Kontext / gemeinsame Strategien ..... 96 -

- Maßnahmen / Förderungen der EU ..... 96 -
- Maßnahmen der europäischen Partner ..... 97 -

F. Ausblick ..... 98 -

Präambel

Die westlichen Gesellschaften - in besonderem Maße auch Deutschland- stehen vor einem tiefgreifenden Wandel, der jetzige und spätere Generationen vor neue Herausforderungen stellt. Wir werden immer weniger, älter und bunter. In den letzten 100 Jahren haben wir 30 Lebensjahre dazu gewonnen. Wer heute in Rente geht, hat statistisch gesehen noch ein Viertel seines Lebens vor sich. Die älteren Menschen sind zwar aktiver und gesünder als noch vor 50 Jahren. Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung steigt aber auch die Zahl der Menschen, die an Demenz erkranken. Demenz ist in den meisten Fällen eine typische Erkrankung des Alters. Bei den 80- bis 84-jährigen ist etwa jede achte Frau und jeder zehnte Mann betroffen. Demgegenüber geht die Zahl junger Menschen, die die Versorgung und Pflege sicherstellen können, zurück.

Leider gibt es nach wie vor keine ursächlich wirksame medizinische Behandlung. Auch wenn sich der Krankheitsverlauf in Bezug auf Kompetenzen und Defizite individuell unterschiedlich darstellt, zeigt sich der Grundverlauf so, dass die Betroffenen zunehmend auf Hilfe und Unterstützung im Lebensalltag und Pflege angewiesen sind. Die durchschnittliche Krankheitsdauer liegt je nach Krankheitsbeginn bei drei bis zehn Jahren. Je später die Erkrankung im Leben auftritt, desto schneller ist ihr Verlauf.

Demenzerkrankungen sind nach wie vor ein in der Gesellschaft tabuisiertes Thema. Die Persönlichkeitsveränderungen, die mit der Krankheit einhergehen, werden oft fehl interpretiert mit der Folge, dass sich soziale Kontakte verringern. Ausgrenzung und Isolation der Betroffenen und ihrer Familien sind nicht selten. Ein gesellschaftliches Phänomen wird reduziert auf ein persönliches Problem, mit dem die Betreuenden oft allein gelassen werden.

Es erfordert eine komplexe Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz, um den Herausforderungen begegnen zu können. Die Bayerische Staatsregierung setzt dabei auf ein Zusammenspiel aller Akteure und verschiedener Lösungsansätze. Jeder muss in seinem Verantwortungsbereich handeln und die notwendigen Maßnahmen einleiten und umsetzen. Die Vernetzung der vorhandenen Strukturen muss vorangetrieben werden, um so die Betroffenen und ihre Angehörigen schnell und effektiv unterstützen zu können. Es erfordert Beratung, Aufklärung und Unterstützung, um der Demenz begegnen zu können.

Notwendig ist, dass eine Orientierung an den Grundprinzipien Würde, Normalität, Autonomie und Ressourcen auch bzw. gerade im Hinblick auf Menschen mit Demenzerkrankungen für alle Akteure handlungsleitend wird. Erst wenn die Gesellschaft Demenzerkrankungen als einen Teil

des Alter(n)s begreift, kann die Inklusion von Menschen mit Demenz realisiert und damit ein wesentlicher Beitrag zu mehr Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden.

Jeder Mensch hat die Freiheit, über sich selbst zu bestimmen und über sein Leben zu entscheiden, solange er nicht gegen Recht und Gesetz verstößt. Mit dem Eintritt einer Demenzerkrankung geht diese Möglichkeit auf Selbstbestimmung Stück für Stück verloren und der Erkrankte ist immer mehr auf die Unterstützung, Hilfe und Pflege anderer angewiesen. Allzu gerne wird dem Betroffenen zu seinem eigenen Schutz auch vorschnell ein Recht auf Selbstbestimmung abgesprochen. Umso wichtiger ist es, in allen Stadien der Erkrankung bei den Betroffenen deren Möglichkeiten zur Wahrnehmung ihrer eigenen Selbstbestimmung zu erkennen, zu respektieren und diese zu fördern und nicht allein den Schutz vor möglicher Eigengefährdung über alles zu stellen. Dies erfordert einen achtsamen, zugewandten und respektvollen Umgang mit den Erkrankten. Um so die Würde der Betroffenen und auch ihrer Angehörigen in dieser Phase ihres Lebens bewahren zu können, benötigen sie Rat, Hilfe und Unterstützung.

Die pflegenden Angehörigen und die Betroffenen selbst müssen durch entsprechende professionelle und niedrigschwellige Angebote unterstützt und beraten werden, damit ein Verbleib in der häuslichen Umgebung so lange wie möglich und mit so hoher Lebensqualität wie möglich sein kann.

Das sind nur einige der notwendigen Maßnahmen für die Zukunft.

Die Bayerische Staatsregierung möchte mit dieser ressortübergreifenden und abgestimmten Demenzstrategie, im Rahmen der zur Verfügung stehenden Stellen und Mittel, frühzeitig den kommenden Herausforderungen begegnen und sich in allen Lebensbereichen mit innovativen Ansätzen und Lösungen dem Thema Demenz stellen.

A. Ausgangssituation

- **Demografische Entwicklung**

Auf der Grundlage der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung der Statistischen Ämter (Variante 1-W1) ist davon auszugehen, dass die Bevölkerung in Bayern von derzeit 12,5 Mio. Einwohnern bis etwa 2020 noch geringfügig auf dann 12,6 Mio. Einwohner zunimmt. Anschließend geht die Bevölkerung zurück, im Jahr 2060 wird mit noch 10,7 Mio. Einwohnern ge-

rechnet. Der Altenquotient der Bevölkerung (Bevölkerung 65 Jahre und älter zur Bevölkerung 20 bis 65 Jahre) wird in Bayern von derzeit 32 % auf 36,3 % im Jahr 2020 und 67,7 % im Jahr 2060 steigen. Diese Berechnungsvariante unterstellt, dass weiterhin ca. 1,4 Kinder pro Frau geboren werden, die Lebenserwartung der Männer bis 2060 um 8 Jahre, die der Frauen um 7 Jahre steigt und die Wanderungsverhältnisse sich nicht dramatisch ändern.

Da Demenzerkrankungen typische Alterserkrankungen sind, nimmt mit der wachsenden Zahl älterer Menschen auch die Zahl demenziell Erkrankter stark zu.

- **Definition**

Demenz ist ein Oberbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen mit ähnlichen klinischen Symptomen, bei denen es zu einer zunehmenden Verschlechterung und schließlich zum Verlust geistiger Leistungsfähigkeit kommt.

Der ICD-10-Code F00-F03[1] definiert Demenz als ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler[2] Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist dabei nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben.

Demenzerkrankungen sind bisher nicht heilbar, es sei denn sie treten als kognitive Störung[3] im Rahmen einer anderen Grunderkrankung auf, wie z.B. bei Herzinsuffizienz, Erkrankungen des Hormonsystems oder Vitamin-B12- oder Folsäuremangel.

---

[1] Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

[2] von der Gehirnrinde (Kortex) ausgehend

[3] Störung der Wahrnehmung, des Denkens, des Erkennens und Erinnerns

- **Demenzformen**

Alzheimer Demenz

Die Alzheimer Demenz ist die häufigste Form der Demenz (2/3 der Demenzerkrankungen). Sie betrifft ca. 5 % der über 65-Jährigen.

Sie beginnt langsam, schleichend und zunächst meist mit Merkfähigkeitsstörungen. Anfangs kommt es oft zu nachlassender Aktivität oder sozialem Rückzug. Im weiteren Verlauf nehmen die Gedächtnisstörungen zu und werden begleitet von weiteren neuropsychologischen Störungen (Störungen der Orientierung, des Sprachverständnisses, der Wortfindung, des Lesens usw.). Im fortgeschrittenen Stadium können auch neurologische Symptome (z.B. Lähmungen, Sehstörungen) auftreten sowie eine Harn- oder Stuhlinkontinenz. Ebenso treten bei bis zu 70 % aller Alzheimerpatienten Verhaltensstörungen auf (herausforderndes Verhalten, depressive Verstimmung, vermehrte Unruhe, apathischer Rückzug, Wahnsymptome und Halluzinationen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus). Es kommt zu einem Untergang von Gehirnzellen und dadurch zu einem Mangel an Botenstoffen (besonders Acetylcholin).

Man teilt die Alzheimer Demenz in präsenile Demenz, die zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr beginnt, und senile Demenz, die erst nach dem 65. Lebensjahr in Erscheinung tritt, ein.

Vaskuläre Demenz

Vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Gruppe von Demenzen (15 - 20 % der Fälle). Sie wird durch Durchblutungsstörungen oder Schlaganfälle verursacht.

Typisch für vaskuläre Demenzen sind Gefäß-Risikofaktoren in der Vorgeschichte (z.B. Bluthochdruck, Rauchen, hohe Blutfette, Übergewicht oder Zuckerkrankheit) oder eine Vorgeschichte von Schlaganfällen. Charakteristisch ist ein meist plötzlicher Beginn und eine im Verlauf meist stufenweise Verschlechterung, damit einhergehend sind neurologische Ausfälle möglich (z.B. Lähmungen, Sehstörungen usw.).

Gemischte Demenz

Eine gemischte Demenz ist eine Kombination aus Alzheimer und vaskulärer Demenz.

Seltene Formen der Demenz

- Charakteristisch für die Lewy-Body-Demenz sind neben der Gedächtnisstörung auffällig schnelle Schwankungen der geistigen Fähigkeiten im Tagesverlauf und anhaltende, hauptsächlich optische, aber auch akustische Halluzinationen. Besonders häufig sind auch hypotone Kreislaufstörungen und Verhaltensstörungen im Traumschlaf („Ausleben“ der Träume). Ein Teil der Patientinnen und Patienten entwickelt im Verlauf auch Parkinson-Symptome.
- Das Korsakow-Syndrom kommt hauptsächlich im Rahmen einer Alkoholkrankheit vor.
- Die Frontotemporale Demenz[4] verläuft langsam fortschreitend, wobei die Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsveränderungen typischerweise den Gedächtnisstörungen vorangehen. Klinisch zeigt sich entweder eine Apathie bis zur völligen Antriebslosigkeit oder eine Enthemmung mit ausgeprägter Störung der Urteilsfindung.
- Demenzen bei neurologischen Erkrankungen sind sehr selten (ca. 1:1 Mio.). Sie haben meist einen schnellen Verlauf, begleitet von Lähmungen und Krampfanfällen. Beispiele sind:

    - Demenz bei Morbus Parkinson
    - Morbus Huntington
    - Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung

- **Anstieg der Betroffenenzahlen**

In der Altersgruppe der über 90-Jährigen weist derzeit mehr als jeder Dritte demenzielle Symptome auf. Zum 31.12.2011 lebten in Bayern fast 95.000 Menschen dieser Altersgruppe; in 20 Jahren werden es ca. 230.000 sein (Basis: Fortschreibung des Bevölkerungsstands sowie 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Variante 1-W1).

Aktuell muss in Bayern von 160.000 bis 180.000 Demenzerkrankungen ausgegangen werden. Ihre Zahl wird in den nächsten 20 Jahren auf fast 300.000 steigen, sofern keine therapeutischen Durchbrüche erzielt werden.

[4] Die Frontotemporale Demenz ist eine Krankheit, bei der der Abbau von Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns stattfindet.

B. Leitziele

Die Leitziele der bayerischen Demenzstrategie sind,

- einen Bewusstseinswandel in der Gesellschaft im Umgang mit dem Thema Demenz zu bewirken,
- die Selbstbestimmung und Würde der Betroffenen in allen Phasen der Erkrankung zu bewahren,
- die Lebensbedingungen und die Lebensqualität für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu verbessern,
- die Möglichkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Angehörige und Betroffene zu verbessern und
- eine angemessene, an den Bedarfen orientierte Betreuung und Pflege sicherzustellen.

C. Handlungsfelder, Ziele und Lösungen

Frau S. ist 80 Jahre alt, Witwe und lebt allein in ihrer Wohnung. Sie kommt gut zurecht und wird von ihrer Tochter Frau T, die in der Nähe wohnt, regelmäßig besucht und bei Kleinigkeiten im Haushalt unterstützt. Frau T. fällt seit einiger Zeit auf, dass ihre Mutter immer wieder Termine vergisst und Dinge verlegt, was für sie sehr ungewöhnlich ist. Als sie sie darauf anspricht, reagiert die Mutter ärgerlich und sagt, man könne ja wohl in ihrem Alter mal was vergessen. Sie schlafe zurzeit wegen der Hitze sehr schlecht und sei eben erschöpft.

Trotzdem beschließt Frau T., mit ihrer Mutter einen Termin beim Hausarzt zu machen. Widerwillig willigt sie ein. Herr Dr. D. ist ein sympathischer älterer Herr, der die Mutter von Frau T. schon seit dreißig Jahren kennt. Er untersucht sie und erklärt Frau T., sie solle sich nicht beunruhigen, mit ihrer Mutter sei soweit alles in Ordnung, sie müsse darauf achten, dass diese ausreichend trinke, denn durch zu wenig Flüssigkeit könnten solche Ausfälle zustande kommen. Ansonsten könne es im Alter eben vorkommen, dass man mal was vergisst oder nachts unruhig ist und nicht schlafen kann.

Frau T. ist soweit beruhigt und lässt die Sache auf sich beruhen. Einige Woche später wird sie abends von der Polizei benachrichtigt. Ihre Mutter sei stundenlang mit der gleichen Straßenbahn durch die Stadt gefahren. Und als sie sich bei Dienstschluss weigerte, das Fahrzeug zu verlassen, verständigte der Fahrer die Polizei. Als Frau T. ihre Mutter abholt, ist diese verstört und reagiert wütend auf die Nachfragen ihrer Tochter.

Diese ist nun wirklich beunruhigt und beginnt im Internet zu recherchieren, was mit der Mutter los sein könnte. Sie stößt auf der Homepage der Deutschen Alzheimer Gesellschaft auf die Gedächtnissprechstunde und findet auch eine in der Nähe, wo sie sich telefonisch erkundigt.
Sie kann ihre Mutter überzeugen, mit ihr eine Gedächtnissprechstunde zu besuchen. Nach eingehenden Gesprächen und Tests ist die Diagnose klar. Ihre Mutter hat eine Alzheimer-Demenz im Frühstadium.
Frau T. ist schockiert und auch erleichtert, weil nun Klarheit besteht. Aber wie geht es jetzt weiter?

I. Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit

Demenz und der selbstverständliche Umgang mit Betroffenen ist in der Gesellschaft häufig mit Ängsten und Tabus besetzt. Diesen Vorurteilen, Ängsten und der Unbeholfenheit im Umgang mit der Krankheit begegnet man am besten durch Aufklärung und Information. Wie die Vergangenheit gezeigt hat, haben Menschen des öffentlichen Lebens, die mit ihrer Erkrankung in die Öffentlichkeit gegangen sind, einen wirkungsvollen Beitrag zur Aufklärung und Information geleistet. Auch die Medien greifen das Thema immer öfter auf. All dies trägt dazu bei, dieses Tabuthema in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken.

- **Betroffene, Angehörige, Helfende, Fachkräfte**

Betroffene und Angehörige wollen (erste) Anzeichen von Desorientierung oder Verwirrtheit oft nicht wahrhaben, weil sie immer noch eine Stigmatisierung befürchten. Aus Angst oder Scham werden diese tot geschwiegen, verdrängt oder herunter gespielt.

Das Problem gerade der Alzheimer-Demenz ist der schleichende Beginn, wodurch weder die Betroffenen noch deren Angehörige, aber auch Fachkräfte und Helfende einen genauen Zeitpunkt des Eintretens der Veränderungen nicht ausmachen können. Aus diesem Grunde ist es wichtig, sich auf Warnsignale zu konzentrieren, mit denen sich eine Alzheimer-Demenz bemerkbar macht. Umso früher die Krankheit erkannt wird, umso besser sind die Therapiemöglichkeiten. Auch wenn es menschlich durchaus verständlich ist, gerade Themen wie Demenz auszublenden oder auf die lange Bank zu schieben, zeigt die Erfahrung, dass durch eine rechtzeitige Diskussion der mit Alter, Pflegebedürftigkeit und Demenz zusammenhängenden Fragen in der Familie, dem Freundeskreis und in der breiten Öffentlichkeit viele Probleme gelöst und Ängste sowie Vorbehalte abgebaut werden können.

Ziel ist es, aufzuklären und zu informieren und Betroffenen und Angehörigen einen leichten Zugang zu diesen Informationen zu verschaffen.

In Bayern gibt es die Kampagne ***„ganz jung. ganz alt. ganz ohr.*** Es gibt viele Wege, das Thema „Alter“ und „Pflege“ und damit auch das Thema „Demenz“ in der Öffentlichkeit bekanntzumachen. Das Bayerische Sozialministerium hat sich für eine außergewöhnliche Form entschieden: Im Mittelpunkt der Kampagne stand am Anfang eine CD mit Liedern und Texten von namhaften Künstlern und Interpreten. Mit teilweise sehr persönlichen Vorträgen wird die Welt der alten Menschen eröffnet und vor allem den Jugendlichen ein Weg dorthin aufgezeigt. Die zur Verfügung gestellten Materialien sowie die Netzwerkarbeit dienen dem wichtigsten Ziel, dem persönlichen Dialog zwischen den Generationen, zwischen jung und alt, gesund und pflegebedürftig. Dies wird durch Kampagnenpartner in der evangelischen und katholischen Kirche sowie durch Kommunen unterstützt.

Zweimal jährlich finden in Bayern im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums Regionalkonferenzen statt, die u.a. über erfolgreiche Modellprojekte und best-pratice-Beispiele informieren. Die Durchführung von regelmäßig stattfindenden, meist regionalen Infotagen zum Thema Demenz wird durch eine staatliche Förderung erleichtert. Im Rahmen der Veröffentlichung der Demenzstrategie ist eine Informationskampagne geplant.

Das Bayerische Sozialministerium hat in Abstimmung mit den Kassen ein neues Konzept für Pflegekurse entwickelt, das sachliche Informationen zur häuslichen Pflege bietet und insbesondere den Umgang mit Demenz sowie die Selbstpflege in der häuslichen Versorgung beinhaltet. Ein solcher Pflegekurs wirkt der Überforderung der pflegenden Angehörigen entgegen und wird von den Kassen bezahlt. Das vollständig überarbeitete Kurshandbuch wurde 2010 im Ernst-Reinhard-Verlag veröffentlicht und steht so allen Kursleitern zur Verfügung. Die Schulungen der Kursleiterinnen und Kursleiter können vom Bayerischen Sozialministerium gefördert werden.

Im Rahmen der Gesundheitsinformationen der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern erfolgt eine Information der Bevölkerung, von Angehörigen und Betroffenen, aber auch von Fachleuten über dementielle Erkrankungen.

- **Gesellschaft**

Durch die steigende Anzahl von Menschen mit Demenz wird es immer öfter dazu kommen, dass beim Einkauf oder im alltäglichen Straßenbild Situationen auftreten, auf die der Einzelne

zunächst nicht vorbereitet ist (z.B. Personen, die immer wieder die gleichen Gegenstände einkaufen oder große Geldbeträge abheben). Wichtig ist es deshalb die Gesellschaft z.B. die Beschäftigten im Einzelhandel, zu informieren, aufzuklären und entsprechend zu sensibilisieren und zu schulen.

Ziel muss es sein, den Menschen mit Demenz im alltäglichen Miteinander ohne Vorbehalte zu begegnen, sie als Teil der Gesellschaft zu akzeptieren und auf ungewöhnliches Verhalten adäquat zu reagieren.

Seit dem Frühjahr 2010 gibt es das neue bundesweite Qualitätszeichen "Generationenfreundliches Einkaufen". Einzelhändler in ganz Deutschland können damit ausgezeichnet werden. Anhand von eigens für dieses Verfahren entwickelten Kriterien prüfen geschulte Testerinnen und Tester vor allem Leistungsangebote, Zugangsmöglichkeiten, Ausstattung der Geschäftsräume sowie das Serviceverhalten von Einzelhändlern. Inzwischen wurden an mehreren Standorten in Bayern Qualitätszeichen vergeben (z.B. in Würzburg, Regensburg, Coburg, Nürnberg, Ansbach, Weiden und Ingolstadt). Die Umsetzung des Qualitätszeichens in Bayern und die Gewinnung von Kooperationspartnern wurde und wird vom Bayerischen Sozialministerium ideell unterstützt und mit vorangetrieben.

Im April 2007 startete das Modellprojekt "KompetenzNetz Demenz" – Integration der Bevölkerungsgruppe demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen in Augsburg. Grundlegendes Ziel des Modells ist die "Vernetzung von Dienstleistungsstruktur und bürgerschaftlichem Engagement zur Entwicklung einer neuen städtischen Lebens- und Verhaltenskultur im Umgang mit Demenz". Dabei sollen insbesondere die vorhandenen Ressourcen zusammengeführt und miteinander vernetzt werden.

Neu in diesem Projekt ist das sehr erfolgreiche Konzept der „Demenzpaten“. Demenzpaten sind ehrenamtliche Bürgerinnen und Bürger, deren Aufgabe es ist, stadtteil- und themenbezogen über Demenz zu informieren, um ein gemeinsames Verständnis und eine neue Kultur im Umgang mit Menschen mit Demenz zu schaffen. Die Demenzpaten werden zu diesem Zweck umfassend geschult.

Ergebnis des Projekts ist, dass es den Demenzpaten gelingt, in ihren jeweiligen Tätigkeitsbereichen den Alltag und das öffentliche Leben mit dem Thema Demenz zu besetzen und zu durchdringen. Ihre Philosophie „durch Information und Ansprechpartner Ängste abzubauen und das Thema Demenz zu enttabuisieren“, damit einerseits die Menschen mit Demenz in der Gesellschaft integriert bleiben und andererseits aufgrund der erhöhten Sensibilität länger durch ihre

Angehörigen zu Hause versorgt werden können, ist zukunftsträchtig. Dies liegt nicht nur (aber auch) am Ideenreichtum und hohen Engagement der Demenzpaten. Insbesondere hervorzuheben ist die „Kleinteiligkeit“ ihrer Tätigkeit im Quartier - in ihren Einsatzbereichen -, die davon geprägt erscheint, dass den Ehrenamtlichen „ihr Thema Demenz“ im privaten wie ehrenamtlichen Alltag immer präsent ist und sie auch “im Vorbeigehen“ und „nebenbei“ diesbezügliche Gespräche führen oder Kontakte knüpfen.

Die Weiterführung des Projekts in Augsburg ist gesichert. Als weiteren Schritt gilt es, das Konzept der Demenzpaten durch Information in die Fläche zu tragen. Dazu soll auch eine Anschubfinanzierung im Rahmen der verfügbaren Haushaltsmittel beitragen.

- **Multiplikation durch Information in allgemeinbildenden Schulen**

Immer mehr Kinder und Jugendliche erleben demenziell erkrankte Menschen im Alltag, sei es im familiären Umfeld durch die Pflege von (Ur-) Großeltern oder beispielsweise durch Krankheitsberichte bekannter Persönlichkeiten. Zudem wird die heutige Generation der Kinder und Jugendlichen in 30 bis 40 Jahren die Hauptverantwortung für eine überalterte Gesellschaft tragen. Sie werden im privaten Bereich, aber auch als Gestalter des gesellschaftlichen Zusammenlebens von Jung und Alt entscheiden, wie der Umgang mit an Demenz erkrankten Personen gestaltet werden kann.

Ein wertschätzender Umgang mit demenziell erkrankten Menschen erfordert eine frühzeitige Beschäftigung mit der Situation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen. Dabei entwickeln Kinder und Jugendliche Verständnis und bekommen durch praktische Ansätze, Maßnahmen und Veranstaltungen Kontakt zu ihnen.

Ziel ist es, den Lehrkräften an allgemeinbildenden Schulen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie Schülerinnen und Schülern Zugang zum Thema Demenz verschaffen können.

Das Bayerische Kultusministerium hat das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung München beauftragt, bis zum Schuljahr 2013/2014 eine Handreichung mit erarbeiteten Unterrichtsmaterialien für den Unterricht an allgemeinbildenden Schulen zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen zu erarbeiten. Hierzu wurde zum Schuljahr 2012/2013 ein entsprechender Arbeitskreis gebildet, der noch in diesem Jahr mit der Arbeit beginnen wird.

- **Gewinnung von Fachkräften**

Die Altenpflege gehört zu den personalintensivsten Dienstleistungsbranchen Deutschlands. Besonders die Versorgung demenziell erkrankter Menschen durch ambulante Dienste bzw. in stationären Einrichtungen erfordert speziell geschultes Pflegepersonal.

Seit dem Jahr 2007 ist die Anzahl der Beschäftigten in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen von rund 810.000 auf rund 890.000 im Jahr 2009 gestiegen. Dies stellt einen Anstieg von ca. 10 Prozent innerhalb von zwei Jahren dar.[5] Aufgrund der demografischen Entwicklung und der Zunahme „hochaltriger" Menschen in unserer Gesellschaft wird der Personalbedarf an Fachkräften weiter steigen. Nach einer aktuellen Modellrechnung des Statistischen Bundesamtes wird in Deutschland bis 2025 ein ungedeckter Bedarf an rund 152.000 Beschäftigte in Pflegeberufen bestehen (Krankenhäuser und ambulante/stationäre Pflegeeinrichtungen). Dies entspricht etwa 112.000 Vollzeitstellen. Die Gesundheitsbranche wird nicht umsonst als „ein Jobmotor der Zukunft" bezeichnet.

Bereits im Jahr 2010 hat das Bayerische Sozialministerium gemeinsam mit den Leistungserbringern, den Kostenträgern und der Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit ein Bündnis für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in der Altenpflege geschlossen. Herzstück des Bündnisses ist das Werbekonzept HERZWERKER, mit dem das Berufsbild Altenpflege und ihre Aufstiegschancen anschaulich und direkt an die Jugendlichen, aber auch Lehrer und Eltern herangetragen werden soll. Für HERZWERKER-Aktionen und -Initiativen hat das Bayerische Sozialministerium für 2010/2011 insgesamt 300.000 Euro zur Verfügung gestellt, 2011 wurde zusätzlich eine bayernweite trägerübergreifende Roadshow mit 63.000 Euro unterstützt: Mit einem Tourbus machen die Bündnispartner in 12 bayerischen Städten und Gemeinden Halt, um dort vor Ort insbesondere bei den Schülerinnen und Schülern Aufmerksamkeit für den Pflegeberuf zu wecken.

Dass sowohl das Bündnis als auch die HERZWERKER- Initiativen der richtige Weg sind, zeigen die im Schuljahr 2010/2011 um rund 10% gestiegenen Schülerzahlen in der Altenpflege.

Ziel ist es, das Ansehen und die Wertschätzung für den Pflegeberuf zu erhöhen und so Fachpersonal zu gewinnen.

---

[5] Quelle: 5. Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland; BT-Drs. 17/8332

Das Bayerische Sozialministerium führt deshalb das erfolgreiche Projekt HERZWERKER auch in 2013 weiter. Schwerpunkt ist in diesem Jahr, die konzeptionelle Entwicklung von Werbe- und Informationsmaterialien, um die Zielgruppen junge Männer und Menschen mit Migrationshintergrund für den Altenpflegeberuf zu gewinnen.

Um Ausbildungsanreize für Einrichtungen der Altenpflege zu schaffen, fördert das Bayerische Sozialministerium auch weiterhin zusätzlich geschaffene Ausbildungsplätze mit 3.000 Euro aus ESF-Mitteln.

- **Gewinnung von bürgerschaftlich Engagierten**

Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer sind ein wesentlicher Baustein zur Entlastung der pflegenden Angehörigen und zur Unterstützung der Menschen mit Demenz. Sie sind unverzichtbar für den Pflegemix aus pflegenden Angehörigen, Pflegekräften und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern. Nur im Miteinander ist die Herausforderung des demografischen Wandels und der Zunahme von Demenzerkrankungen zu bewältigen und gleichzeitig die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten. In den anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten in Bayern sind derzeit rund 2.200 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer engagiert. Sie leisten rund 241.200 Einsatzstunden im Jahr. Seit 2007 (1.000) hat sich diese Zahl der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer mehr als verdoppelt.

Ziel ist es, weitere ehrenamtliche Helferinnen und Helfer für die Unterstützung und Betreuung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu gewinnen.

Zum 1. März 2012 hat das Bayerische Sozialministerium zusammen mit den Pflegekassen in Bayern und mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. eine Agentur zum Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote ins Leben gerufen, um insbesondere in unterversorgten Regionen neue Angebote zu initiieren. Zu den Aufgaben der Agentur gehört es auch, potentielle Träger von niedrigschwelligen Angeboten bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zu unterstützen. Die Agentur berät nicht nur über sinnvolles Vorgehen, sondern stellt auch Muster für Materialien zur Öffentlichkeitsarbeit zur Verfügung. Erarbeitet wird eine Broschüre, die alle notwendigen Informationen zu diesem Thema enthält.

Darüber hinaus fördert das Bayerische Sozialministerium die Aus- und Fortbildung der ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer, um diese umfassend auf ihre schwierige Aufgabe vorzubereiten. Die Schulung der Ehrenamtlichen zur Vorbereitung für ihre Aufgabe umfasst 40 Schulungseinheiten. Jede Schulungseinheit wird mit 40 Euro vom Bayerischen Sozialministerium und den Pflegekassen bezuschusst. Wesentliche Inhalte sind Wissen über das Krankheitsbild

Demenz, den Umgang mit Betroffenen, Reflektion und Austausch über die eigene Rolle als ehrenamtlich Tätiger. Die ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer werden während ihrer Einsätze fachlich begleitet und haben die Möglichkeit sich regelmäßig fortzubilden.

II. Prävention und Früherkennung

Ihren Schrecken haben Demenzerkrankungen auch deshalb noch nicht verloren, weil es für den weit überwiegenden Teil bislang keine wirksamen Heilmittel oder -methoden gibt und die Krankheit nicht aufgehalten, sondern allenfalls ihr Verlauf verlangsamt und positiv beeinflusst werden kann. Wichtig sind deshalb die Prävention und vor allem die Früherkennung, um die bisher bekannten Therapiemöglichkeiten voll auszuschöpfen (siehe hierzu auch Handlungsfeld III: Aus-, Fort- und Weiterbildung).

- **Gesundheitsförderung und Prävention**

Die Möglichkeiten der Prävention von Demenzerkrankungen sind derzeit noch begrenzt, weil in diesem Bereich evidenzbasierte Maßnahmen bislang weitgehend fehlen. Es gibt jedoch zunehmend Hinweise darauf, dass durch die Beeinflussung von Risikofaktoren, die mit den Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen übereinstimmen, auch die Entwicklung für Demenzerkrankungen günstig beeinflusst werden kann. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil mit gesunder Ernährung und ausreichender Bewegung im Alltag, mäßigem Alkoholkonsum und Verzicht auf Tabak kann einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, bis ins hohe Alter gesund und leistungsfähig zu bleiben und insbesondere der vaskulären Demenz vorzubeugen. Auch Gedächtnistraining in Kombination mit psychomotorischem Training kann nach wissenschaftlichen Untersuchungen das Demenzrisiko günstig beeinflussen. In der Frühphase des Auftretens von Demenzen lassen sich mit Gedächtnistrainings und anderen geeigneten Methoden zumindest kompensatorische Erfolge erzielen, so dass das Fortschreiten der Symptomatik verzögert werden kann.

Ziel muss es sein, durch Prävention das Demenzrisiko zu senken.

Die Bayerische Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern des Gesundheitsministeriums verfolgt das Ziel, die Bürger zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und fördert Modellprojekte mit insgesamt 3,3 Mio. Euro pro Jahr. Gerade vor dem Hintergrund der demografischen Ent-

wicklung ist das Themenfeld „Gesundheit im Alter“ ein Schwerpunkt der Initiative, der auch in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird.

Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil ist auch Thema zahlreicher Projekte der Gesundheitsförderung der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern. Vereinzelt werden auch, zum Teil in der Mitwirkung an seniorenpolitischen Gesamtkonzepten, präventive Projekte für Ältere Menschen, z.B. zur Bewegungsförderung oder zur Sturzprävention initiiert.

Im Modellprojekt „GESTALT - Implementierung eines bewegungsfördernden Interventionskonzepts zur Prävention demenzieller Erkrankungen in Bayern“ wird die Übertragung eines multimodalen Bewegungsprogramms zur Prävention demenzieller Erkrankungen in die praktische Arbeit von Präventionsanbietern in Erlangen erprobt. Im Rahmen von kooperativen Planungsgruppensitzungen soll das Bewegungsprogramm mit den Partnern geplant, implementiert und evaluiert werden, sowie ein Aufbau von Gesundheitsförderungsstrukturen gelingen. Die Teilnehmer mit erhöhtem Risiko für Demenz sollen innerhalb des sechsmonatigen Interventionszeitraums lernen, sich selbstständig und nachhaltig zu aktivieren. Träger ist das Institut für Sportwissenschaften und Sport der Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg.

Einen präventiven Ansatz verfolgt auch das Tanzprojekt „Age in Motion - Alter in Bewegung“. Tanz hat einen positiven Einfluss nicht nur auf die Sensomotorik, sondern auch auf andere kognitive und emotionale Fähigkeiten, insbesondere - durch die gemeinsame Zielsetzung - auch auf soziale Kompetenzen und Bindungen.

Ziel des Projekts ist es, bei den Teilnehmern eine verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit, eine bessere posturale[6] Kontrolle, eine Zunahme von Aktivitäten und Partizipation und damit eine Erhöhung der Lebensqualität bis ins hohe Alter zu erzielen. Wissenschaftlich begleitet wird das Projekt durch die Klinik und Poliklinik für physikalische Medizin und Rehabilitation der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Ähnlich positiv einzuschätzen sind zahlreiche Seniorentanzangebote, die der Vereinsamung entgegenwirken und durch die Anforderungen beim Erlernen der Schrittkombinationen zur geistigen und körperlichen Fitness beitragen.

[6] die Körperhaltung betreffend

Zur Gesundheitsförderung durch Ernährung und Bewegung fördert das Bayerische Landwirtschaftsministerium drei Modellprojekte „Generation55 plus – Ernährung und Bewegung“ an den Ämtern für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten in Augsburg, Ebersberg und Landshut. In diesen wird eruiert, wie Ältere in ihrem Lebensumfeld zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil über Ernährung und Bewegung angeleitet und motiviert werden können. Die Aktivierung über soziale Beziehungen ist mit eingeschlossen.

- **Früherkennung**

Eine wichtige Rolle bei der Erkennung und ärztlichen Versorgung von Demenzen in Deutschland spielen die Hausärztin und der Hausarzt. Bevor die endgültige Diagnose „Demenz“ gestellt werden kann, müssen behandelbare Ursachen, die ebenfalls zu kognitiven Störungen führen können, wie z.B. eine Herzinsuffizienz, ausgeschlossen werden. Außerdem sollte auch das Vorliegen einer Depression in Erwägung gezogen werden. Denn Depression und beginnende Demenz sind oft schwer zu unterscheiden; auch können beide Störungen gemeinsam vorliegen. Oftmals sind auch im Vorfeld einer Demenz psychische Störungen zu beobachten, die häufig kaum von denen einer Depression unterschieden werden können, wie z. B. Verlust von Interessen und Eigeninitiative, Reizbarkeit, Gefühl der Überforderung.

Der Beginn einer Demenz ist oft schleichend, so dass die Erkrankung eine Weile unbemerkt verlaufen kann. Doch sind die rechtzeitige Diagnose und Behandlung entscheidend für die Lebensqualität des Erkrankten. Daher ist es besonders wichtig, frühzeitig die ersten Anzeichen von Demenz zu erkennen.

Frühsymptome sind:

- Vergesslichkeit,
- Schwierigkeiten, neue Informationen aufzunehmen und zu behalten,
- Schwierigkeiten, komplexere Handlungen durchzuführen,
- Schwierigkeiten, vernünftig und praktisch mit alltäglichen Problemsituationen umzugehen,
- Desorientiertheit,
- Wortfindungsstörungen,
- Verkennungen (sog. Werkzeugstörungen, bei denen die Betroffenen z.B. nicht mehr wissen, wie man sich anzieht).

Die gewohnte Lebensführung wird zunehmend beeinträchtigt. Am Ende kann sich völlige Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit daraus ergeben. Das Fortschreiten der Krankheit ist sehr unterschiedlich und kann Schwankungen aufweisen.

Ziel ist, die ärztliche Früherkennung von Demenzen zu verbessern.

Die demografisch bedingt wachsende Zahl von Menschen mit Demenz erfordert eine verstärkte systematisierte Fortbildung vor allem der Hausärztinnen und Hausärzte, aber auch aller sonst mit der Behandlung derartiger Patientinnen und Patienten befasster Facharztgruppen.

Zu den im Einzelnen geplanten Maßnahmen siehe Gliederungspunkt „Aus-, Fort- und Weiterbildung von (Haus-)Ärztinnen und (Haus-)Ärzten“ (S. 25).

III. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Der demografisch bedingte Anstieg der Zahl älterer Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann auch im Hinblick auf Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl der pflegerischen und der medizinischen als auch weiterer betroffener Berufsgruppen nicht ohne Folgen bleiben. Noch immer werden Demenzerkrankungen, vor allem in den Frühstadien, nicht erkannt oder fehl diagnostiziert. Die Behandlung, Betreuung und der Umgang von und mit Menschen mit einer Demenzerkrankung erfordert einschlägiges Wissen ebenso wie entsprechende Verhaltensweisen. Neue Forschungsergebnisse zu Interventionen bei Demenz und die Erkenntnisse aus Modellprojekten müssen über Aus-, Fort- und Weiterbildung auf eine breite Basis gestellt werden, z. B. durch eine vermehrte Implementierung des geriatrischen Assessments und die Einbindung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in die ärztliche Fort- und Weiterbildung.

- **Ausbildung der Gesundheitsberufe und der sozialpflegerischen Berufe**

Neben der zum Teil erforderlichen Neuausrichtung der Einrichtungskonzepte stellt eine umfassende, fundierte Ausbildung der Pflegefachkräfte, die die besonderen Aspekte der Demenz berücksichtigt, eine wesentliche Säule der Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter Menschen dar. Für die verschiedenen Qualifikationsniveaus stehen in diesem Zusammenhang unterschiedliche Ausbildungsberufe und Studiengänge zur Verfügung.

Pflegefachhelferinnen und Pflegefachhelfer werden in den Schwerpunkten Krankenpflege und Altenpflege an Berufsfachschulen für Krankenpflegehilfe oder Altenpflegehilfe auf der Helferebene ausgebildet.

Altenpflegerinnen und Altenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger übernehmen die Pflege älterer Menschen auf Fachkraftebene. Die Erlaubnis zum Führen der jeweiligen Berufsbezeichnung setzt u.a. eine i. d. R. dreijährige Ausbildung mit theoretischem und fachpraktischem Unterricht und mindestens 2.500 Stunden praktische Ausbildung sowie das Bestehen der sich daran anschließenden staatlichen Prüfung voraus. Im Rahmen der jeweiligen Lernfelder wird neben spezifischen pflegerischen Inhalten auch Wissen im Bereich der Demenz vermittelt.
Aufgrund der sich stark veränderten Anforderungen in der pflegerischen Praxis ist die Schnittmenge der unterschiedlichen Ausbildungen, insbesondere auf Fachkraftniveau, sehr groß. Aus diesem Grund werden seit einigen Jahren auch in Bayern verschiedene Schulversuche zur generalistischen Pflegeausbildung durchgeführt. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ hat am 1. März 2012 Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes vorgelegt. Diese bilden die Grundlage zur Vorbereitung eines Gesetzesentwurfs, der die Ausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammenführt.

Ziel ist eine zukunftsgerechte Berufsausbildung für alle Pflegekräfte, die auch die Qualifizierung für die Pflege von Menschen mit Demenz beinhaltet.

Zur Steigerung der Attraktivität und Qualität der Pflegeausbildung wird eine generalistisch ausgerichtete Ausbildung unter Beibehaltung der bisherigen Zugangsvoraussetzungen unterstützt. Dabei müssen die spezifischen Belange älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und insbesondere mit demenziellen Erkrankungen berücksichtigt werden. Moderne Versorgungsstrukturen erfordern eine übergreifende pflegerische Qualifikation, die Kompetenzen zur Pflege von Menschen aller Altersgruppen beinhaltet. Dazu gehört auch die Begleitung und Beratung von Angehörigen sowie die Sterbebegleitung.

Neben der Fortführung des Schulversuchs „Generalistische Pflegeausbildung mit beruflichem Schwerpunkt“ in Bayern wurde zum Schuljahr 2012/2013 die Ausbildung in der Altenpflege in Teilzeitform in Bayern installiert. Dieses Angebot soll die Attraktivität der Altenpflegeausbildung erhöhen und steht nicht mehr schulpflichtigen Personen unter bestimmten Voraussetzungen offen.

- **Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und der sozialpflegerischen Berufe**

Im Pflegebereich ist eine Betreuung, die sich auf profunde Fachkenntnisse, ein spezielles Pflegeverständnis und eine klare am Individuum orientierte Einstellung seitens der Pflegenden stützt, von entscheidender Bedeutung. Unter dieser Zielsetzung und um Fachlichkeit zu bündeln, verständigte sich der Landespflegeausschuss in Bayern bereits im Jahr 2000 auf verbindliche Rahmenbedingungen und Inhalte für die Fort- und Weiterbildung in gerontopsychiatrischer Pflege. Seitdem wurden zahlreiche Pflegefachkräfte in Bayern nach der vom Landespflegeausschuss empfohlenen und im Jahr 2007 überarbeiteten Konzeption „Fort- und Weiterbildung Gerontopsychiatrische Pflege“ qualifiziert. Diese vom Bayerischen Sozialministerium geförderte Qualifizierungsoffensive führte zusammen mit großen Anstrengungen der Einrichtungs- und Weiterbildungsträger zu spürbaren Verbesserungen vor allem in der stationären Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.

Mit der am 1. September 2011 in Kraft getretenen Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (AVPfleWoqG) wurde die Weiterbildung u. a. im Bereich Gerontopsychiatrie in Bayern geregelt und erneut qualitativ weiterentwickelt. Zudem ist den Teilnehmerinnen und Teilnehmern damit eine Fördermöglichkeit nach dem Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz (AFBG) eröffnet.

Zur Qualitätssicherung der Weiterbildung in der Altenpflege hat das Bayerische Sozialministerium im Jahr 2009 den Fachbeirat „Weiterbildung in der Altenpflege“ eingesetzt. Dieser kann insbesondere zu den Inhalten von Weiterbildungscurricula auf der Grundlage des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes einvernehmlich Empfehlungen abgeben. Weiterhin fördert das Bayerische Sozialministerium Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in der Altenpflege bereits seit mehr als 10 Jahren mit rund 800.000 Euro pro Jahr.

Seitens der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern werden vereinzelt auch aus der Mitwirkung in den Fachstellen für Pflege-und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA) heraus Fortbildungen für Fachkräfte angeboten.

Ziel ist und bleibt die Qualifizierung aller medizinischen, (sozial)pflegerischen therapeutischen und sozialen Berufsgruppen für die Versorgung altersassoziierter Erkrankungen, insbesondere für Demenzerkrankungen.

Für den Bereich der staatlich anerkannten Weiterbildung nach der AVPfleWoqG gilt es, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu befähigen, an den Bedürfnissen von demenzerkrankten alten Menschen orientierte Wohn-, Pflege- und Betreuungskonzepte in den ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen umzusetzen, im Aufgabenbereich der gerontopsychiatrischen Pflege steuernd, anleitend und beratend tätig zu werden sowie gerontopsychiatrisch orientierte Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchzuführen.

Das Bayerische Sozialministerium wird unter Mitwirkung des Fachbeirates „Weiterbildung in der Altenpflege“ die in der AVPfleWoqG geregelten Weiterbildungen bei Bedarf entsprechend den aktuellen medizinischen und pflegerischen Erkenntnissen weiterentwickeln. Dies schließt neue Erkenntnisse im Bereich der Demenz ein. So werden auch in Zukunft Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Rahmen der dafür vorhandenen Haushaltsmittel finanziell unterstützt.
Das Bayerische Gesundheitsministerium hat im November 2011 den Expertenkreis Psychiatrie eingerichtet. Drei Unterarbeitsgruppen der Arbeitsgruppe Demenz des Expertenkreises Psychiatrie haben Vorschläge für die Inhalte einer allgemeinen Fortbildung für Gesundheitsberufe zum Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Demenz ausgearbeitet. Diese sind derzeit noch in der fachlichen Abstimmung. Als ständiges beratendes Gremium bindet der Expertenkreis Vertreter der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und der komplementären Versorgung, der Forschung sowie der Verbände und Organisationen der Selbsthilfe ein, die die Interessen der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen vertreten.

- **Pflegestudiengänge**

In Umsetzung der Empfehlung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe werden in Bayern bereits an der Katholischen Stiftungsfachhochschule München und den Hochschulen München, Regensburg und Nürnberg duale Studiengänge angeboten. Diese ergänzen die schon seit längerem etablierten Studiengänge Pflegemanagement und Pflegepädagogik. Neben dem Abschluss auf Bachelorniveau sind weitere Angebote auf Masterniveau geplant. Durch die ausbildungsintegrierenden und primärqualifzierenden Studiengänge wird zusätzlich zum Hochschulabschluss ein beruflicher Abschluss in einem Pflegeberuf erworben; Hochschulausbildung und berufliche Erstausbildung an einer Berufsfachschule sind verzahnt. Die Maßnahmen erhöhen die Attraktivität des Pflegeberufes, insbesondere für Schülerinnen und Schüler mit Hochschulzugangsberechtigung. Durch die in den Studiengängen vermittelten Kompetenzen, wird die zentrale Rolle der professionellen Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit Demenz gestärkt. Absolventinnen und Absolventen der dualen Studiengänge werden in Zukunft eine wesentliche Steuerungsfunktion in der Versorgung von Menschen mit Demenz übernehmen. Sie sind für die Be-

wältigung hochkomplexer Pflegeanforderungen ausgebildet und tragen dazu bei, innovative Pflegeinterventionen auf dem aktuellen Stand der Forschung in die Pflegepraxis zu bringen.

Zukünftig werden mehr denn je hoch qualifizierte Fachkräfte im Pflegebereich benötigt, um Fragestellungen im Zusammenhang mit der Betreuung und dem hochkomplexen Pflegebedarf von Menschen mit Demenz und multimorbiden alten Menschen zu lösen. Die akademische Ausbildung trägt neben den engagierten Fach- und Hilfskräften in der Pflege maßgeblich zur Qualitätssicherung des beruflichen Handelns und zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung bei.

Ziel ist es, insbesondere durch ausbildungsintegrierende duale Studienangebote im Bereich der Pflege attraktive Angebote für junge Menschen zu schaffen, um den Anteil an hochqualifiziertem Fachpersonal insbesondere für die Pflege von Menschen mit Demenz oder multimorbiden älteren Menschen zu erhöhen.

Im Zuge der Diskussion um ein neues Pflegeberufegesetz entwickelte die Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Pflegeberufe“ Eckpunkte zur Vorbereitung des Entwurfs eines neuen Pflegeberufegesetzes, die am 1. März 2012 veröffentlicht wurden. Darin findet sich unter anderem ein Vorschlag für die strukturelle und inhaltliche Ausrichtung einer akademischen Pflegeausbildung.

- **Hauswirtschaft**

Hauswirtschaftliche Leistungen strukturieren und bestimmen den Alltag von Menschen und beeinflussen Gesundheit und Wohlbefinden insbesondere in stationären Pflegeeinrichtungen. Gerade für demenziell erkrankte Menschen können z.B. stationäre Hausgemeinschaften eine dem gewohnten Alltag nahe kommende, gelungene Wohnform darstellen. Bei dieser Wohn- und Betreuungsform steht die Schaffung einer bewohnerorientierten Tagesstruktur und Aktivierung im Vordergrund. Nach der Deutschen Gesellschaft für Hauswirtschaft für Menschen in sozialen Einrichtungen hat die Hauswirtschaft u.a. die Funktion, die pflegebedürftigen Menschen zu aktivieren und ihre Selbständigkeit zu erhalten. Sie hat unmittelbare Wirkung auf Zufriedenheit und Wohlbefinden. Diese Faktoren haben für Menschen mit Demenz wesentliche Bedeutung.

Hauswirtschaftliche Betreuungsleistungen werden neben hauswirtschaftlichen Versorgungsleistungen in sämtlichen hauswirtschaftlichen Berufen schwerpunktmäßig vermittelt. In der Ausbildung wird die Arbeit mit älteren, auch speziell mit demenziell erkrankten Personen berücksichtigt.

Für die Helferebene gibt es die Ausbildung zur Dienstleistungshelferin und zum Dienstleistungshelfer und Hauswirtschaftshelferin und Hauswirtschaftshelfer (zukünftig: Helferin und Helfer für Ernährung und Versorgung), für die Fachkraftebene zur Hauswirtschafterin und zum Hauswirtschafter (zukünftig: Assistentin und Assistent für Ernährung und Versorgung) und für die Führungsebene zur Meisterin und zum Meister, Technikerin und Techniker, Betriebsleiterin und Betriebsleiter, Geprüfter Fachhauswirtschafterin und Geprüften Fachhauswirtschafter oder Betriebswirtin und Betriebswirt.

Eine vom Bayerischen Landwirtschaftsministerium in Auftrag gegebene Studie zur Optimierung der Leistungen und Arbeitsabläufe in stationären Hausgemeinschaften bestätigt ausgehend von der untersuchten Praxis in verschiedenen Einrichtungen die Vorteile hauswirtschaftlicher Fachqualifikation zusätzlich zu den anderen Professionen. So erfolgte in den untersuchten Einrichtungen mit eher hauswirtschaftlicher Orientierung im Präsenzbereich die Versorgung der Bewohner stärker fördernd und ressourcenorientiert. Die Studie fordert, abhängig von der Konzeption der Einrichtungen, in den Wohngruppen oder zumindest wohngruppenübergreifend hauswirtschaftliche Fachkräfte einzusetzen.

Ziel ist es, dass Absolventinnen und Absolventen hauswirtschaftlicher Fachqualifikationen zusätzlich zu den anderen Berufsgruppen verstärkt in sämtlichen Einrichtungen der Versorgung von Menschen mit Demenz eingesetzt werden.

Auf Bundesebene setzt sich das Bayerische Landwirtschaftsministerium für eine Novellierung der derzeit gültigen Ausbildungsverordnung zur Hauswirtschafterin und zum Hauswirtschafter ein, um für die beruflichen Einsatzgebiete eine noch stärkere Spezifizierung zu ermöglichen. Ziel ist, die hauswirtschaftliche Betreuung und Aktivierung demenziell erkrankter Personen im Rahmen von Wahlqualifikation in der Ausbildung zu vertiefen.

Voraussetzung dafür ist jedoch, dass in den Einrichtungen geeignete Ausbildungsstellen zur Verfügung stehen und den Absolventen Fachkraftstellen offen stehen. Derzeit führt das Bayerische Landwirtschaftsministerium eine Studie über den Bedarf an hauswirtschaftlichen Arbeitskräften auf dem Arbeitsmarkt durch. Sollten sich hier weitere Aspekte für soziale Einrichtungen für ältere Menschen und Menschen mit Demenz ergeben, wird dies Grundlage für weitere Gespräche sein.

Zum Schuljahr 2012/2013 wurde die Ausbildung an den Berufsfachschulen für Hauswirtschaft modifiziert. Die Berufsfachschule für Ernährung und Versorgung führt neben der Bezeichnung „Hauswirtschafterin und Hauswirtschafter“ zur ergänzenden Bezeichnung „Assistentin und As-

sistent für Ernährung und Versorgung“. Als Lerninhalt wurde das Wahlpflichtfach „Grundversorgung und Betreuung alter, erkrankter Menschen“ aufgenommen, in dem die Inhalte der Richtlinie nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften für die Begleitung demenziell erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen für ältere Menschen vermittelt werden. Die Schwerpunktsetzung in Richtung Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen innerhalb der beruflichen Erstausbildung auf Fachkraftebene ermöglicht es künftigen Absolventinnen und Absolventen, entsprechend ihrer Qualifikation insbesondere die Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen für ältere Menschen aber auch in neuen Wohnformen besser bei ihren alltäglichen Aktivitäten zu unterstützen.

- **Ernährung im häuslichen Umfeld und Verpflegungskonzepte für Menschen mit Demenz in stationärer Versorgung**

Menschen mit Demenz verlieren in der Regel mit fortschreitender Erkrankung die Fähigkeit, sich um eine angemessene Ernährung zu kümmern. Dies beginnt bereits beim Einkaufen von Nahrungsmitteln und Getränken sowie der Essenszubereitung. Oft lassen auch Hunger- und Durstgefühl nach, das Geschmacksempfinden verändert sich. Mit weiterem Verlust kognitiver Fähigkeiten bei fortgeschrittener Demenz können die Betroffenen schließlich nicht mehr mit Besteck umgehen. Essen und Trinken sind dann nur noch mit Unterstützung möglich; nicht selten verweigert sich der schwer an Demenz erkrankte Mensch phasenweise oder gänzlich der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Kau- und Schluckbeschwerden treten meist in der Endphase der Erkrankung auf und erfordern spezielle Nahrungszubereitungen. Im Extremfall können sie die orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme unmöglich machen. Spätestens dann stellt sich die emotional konfliktreiche Frage nach der Notwendigkeit einer Sondenernährung. Derzeit wird rund jeder sechzehnte Heimbewohner per Sonde ernährt, für den häuslichen Bereich gibt es keine zuverlässigen Angaben.

Dem Krankheitsverlauf angepasste Maßnahmen können eine Mangelernährung wirksam verzögern. Stehen zunächst Hauswirtschaft und soziale Betreuung im Vordergrund, wird im weiteren Verlauf die unmittelbare personelle Unterstützung beim Essen und Trinken in Form von Motivation, Anleitung und schließlich Eingeben der Nahrung und Flüssigkeit notwendig. Nahrungsmitteln mit hohem Energie- und Eiweißgehalt ist der Vorzug zu geben. Kostformen, wie „Fingerfood“ oder „Eat-by-Walking“ können eine selbständige Nahrungsaufnahme erleichtern. Auch bei bereits bestehenden Kau- oder Schluckstörungen kann in vielen Fällen noch eine ausreichende orale Ernährung aufrechterhalten werden. Dies erfordert jedoch neben der zeitaufwendigen persönlichen Assistenz beim Essen spezielle Nahrungszubereitungen individuell ge-

eigneter Konsistenz. Getränke können durch Zusätze angedickt werden. „Smoothfood“ oder „Schaumkost“ können vor allem in Großküchen hergestellt werden und stellen appetitanregende Zubereitungen natürlicher Lebensmittel dar. Leider wird dies bislang nur in wenigen, diesbezüglich sehr engagierten Heimen angeboten. Auch industriell hergestellte hochkalorische Trinknahrung kann gerade im häuslichen Bereich einen Baustein im individuellen Ernährungskonzept darstellen.

Voraussetzung für den Erfolg dieser Maßnahmen ist ein frühzeitiger Beginn. Dies erfordert seitens des medizinischen und pflegerischen Fachpersonals das Erkennen der Notwendigkeit, möglichst noch bevor ein Gewichtsverlust als Zeichen einer Unterernährung auftritt. Gerade auch in Krankenhäusern sollten die erforderliche Qualifikation und Strukturen geschaffen werden.

Wissenschaftlichen Studien zufolge führt die Sondenernährung bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz entgegen früherer Annahmen in den allermeisten Fällen nicht zu einer Erhöhung der Lebenserwartung. Im Gegenteil, mit der Sondenernährung verbundene Nebenwirkungen und ggf. erforderliche Fixierungsmaßnahmen beinhalten eine drastische Reduktion der noch verbliebenen Lebensqualität und möglicherweise auch der Überlebenszeit. Außerdem verbietet sich eine Sondenernährung gegen den ausdrücklich verfügten Willen (Patientenverfügung) oder mutmaßlichen Willen des Betroffenen. Orale Ernährung hingegen ermöglicht positive Geschmackserlebnisse und beinhaltet persönliche Zuwendung als Bestandteil der Menschenwürde.

Ziel ist es, die orale Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit Demenz angemessen zu gestalten und Mangel-/Unterernährung begründet zu vermeiden.

Um dieses Ziel zu verwirklichen, müssen Informations- und Unterstützungsangebote sowohl für Betroffene als auch die Angehörigen und Pflegenden geschaffen werden.

Allein lebende Menschen mit Demenz benötigen Unterstützung beim Einkauf und der Hauswirtschaft. Es sollten geeignete gastronomische Angebote für Menschen mit Demenz in unmittelbarer Wohnortnähe (Quartier) vorhanden sein. Eine individuelle personelle Betreuung (persönliche Assistenz) beim Essen wäre wünschenswert. Angesichts des extrem hohen Zeitaufwandes in der persönlichen Assistenz beim Essen und Trinken sind hier auch im stationären Bereich angesichts des zunehmenden Mangels an Pflegefachpersonal innovative Lösungen gefragt. An den Einsatz von „Essenspaten“ unter der fachlichen Anleitung/Aufsicht einer Pflegkraft ist zu denken.

Durch Information können sich innovative Kostformen (Fingerfood, Eat-by-Walking, Schaumkost) als täglicher Bestandteil des Speiseplanes in Heim-, Krankenhaus- und Cateringküchen (einschl. im Essen-auf-Rädern) etablieren.

Und auch in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Kranken- und Altenpflege sollten die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz hinsichtlich spezieller Erfordernisse in der Ernährung verankert werden, spezielle Kostzubereitungen sollten Bestandteil der Ausbildung in der Hauswirtschaft sein.

Informationsangebote für pflegende Angehörige und Betreuer zum Thema „Ernährung bei Demenz“ sind wichtig.

Das Bayerische Sozialministerium hat im Jahr 2008 mit der Veröffentlichung des Leitfadens „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ Wege einer differenzierten Indikationsstellung der enteralen Ernährung (Sondenernährung) unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz aufgezeigt.

Im Rahmen eines Modellprojekts hat das Bayerische Sozialministerium mit erfahrenen Fachleuten einen „Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz“ erarbeitet, der bereits in 2. aktualisierter Auflage erschienen ist. Dieser Ratgeber richtet sich sowohl an pflegende Angehörige wie auch hauptamtliche Pflegekräfte.

Das Bayerische Ernährungsministerium erfasst derzeit im Rahmen einer Modellphase die Bedürfnisse von Angehörigen von Menschen mit Demenz und deren Bedarf an Unterstützung im Bereich Ernährung und Bewegung für den gemeinsamen Alltag. Die Erkenntnisse aus der Modellphase sollen aufbereitet und als Unterstützung von Betreuungspersonen und einschlägigen Multiplikatoren verwertet werden. Die an Demenz Erkrankten und deren Angehörige sind eine Teilzielgruppe des „Netzwerks „Generation 55plus – Ernährung und Bewegung“. Es geht um Personen/Institutionen, die sich ambulant um Menschen mit Demenz kümmern.

Diese Modellphase läuft im Raum Augsburg, Ebersberg und Landshut (Dienstgebiete der jeweiligen Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten) für Ältere Menschen ab 55 Jahren allgemein. Als Teilzielgruppe werden Bedarf und die Bedürfnisse von Betreuungspersonen von Demenzerkrankten im Jahr 2013 auf kommunaler bzw. Gemeindeebene erfasst. Dabei werden Netzwerke aufgebaut und bestehende genützt, aus Institutionen und Verbänden und aktiven Einzelpersonen, die sich mit der Thematik „Ältere Menschen“ befassen. Die fachlichen Themen

konzentrieren sich dabei auf Ernährung und Bewegung und darauf, wie Angebote aufzubereiten sind, damit die Zielgruppe erreicht wird. In den Prozess der Angebotsentwicklung ist die Zielgruppe mit eingebunden.

Im Bereich der stationären Versorgung qualifizieren und vernetzen die acht Fachzentren Ernährung/Gemeinschaftsverpflegung Fach- und Führungskräfte, die für Seniorenverpflegung verantwortlich sind. Das Maßnahmenbündel umfasst Arbeitskreise, Informationsveranstaltungen, Workshops. Die Fachzentren bieten regelmäßig Veranstaltungen zum Thema „Verpflegung bei Demenz“ an. Bayernweit finden jährlich Fachtagungen zu Gemeinschaftsverpflegung statt, die die Thematik aufgreifen. 2012 findet die erste bayerische Fachtagung Seniorenverpflegung im Rahmen des Wettbewerbs für ausgezeichnete Seniorenverpflegung statt.

- **Aus-, Fort- und Weiterbildung von (Haus-)Ärztinnen und (Haus-) Ärzten**

Die notwendigen Kompetenzen zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz sind zwar in der Psychatrie, Neurologie und Geriatrie vorhanden. Der weit überwiegende Teil aller Menschen mit Demenz in Deutschland wird allerdings durch Hausärztinnen und Hausärzte versorgt.

Ziel muss daher sein, die Fort- und Weiterbildung von Hausärztinnen und Hausärzten zu systematisieren und zu verstärken.

Der Bayerische Hausärzteverband bietet seit Jahren im Rahmen seiner Fortbildungen u.a. das sog. „Hausärztliche Geriatrische Basisassessment“ an, um die bereits im Studium, der Ausbildung und während der praktischen Tätigkeit als Hausärztin und Hausarzt erlangten umfassenden medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich aktuell zu halten.

Im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgungsverträge (HzV-Verträge) ist der Nachweis der Teilnahme an dieser Fortbildung zwischenzeitlich standardmäßig Teilnahmevoraussetzung und damit ein Beweis der zusätzlichen Qualitätsanforderungen der HzV-Verträge. Um die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte bei der Versorgung Demenzerkrankter weiter zu stärken und aufzuwerten wird das Bayerische Gesundheitsministerium gemeinsam mit dem Hausärzteverband und der für die ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bayern zuständigen Bayerischen Landesärztekammer die Schaffung einer Zusatzweiterbildung „Gerontopsychiatrische Grundversorgung“ prüfen. Das Weiterbildungsmodul könnte sich von der Ausbildungsdauer her an der bereits etablierten Zusatzausbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ orientieren.

- **Schulung / Weiterbildung des Krankenhauspersonals**

Nach Schätzungen von Experten leiden bereits heute ca. 10 - 15 % der Krankenhauspatienten, die wegen einer körperlichen Erkrankung im Allgemeinkrankenhaus behandelt werden, an einer Demenz. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Demenz in Krankenhäusern wird sich mit der demografischen Entwicklung weiter erhöhen.

Diese Patientinnen und Patienten benötigen besondere Fürsorge. Allein die veränderte Alltagsumgebung stellt für sie eine enorme Herausforderung dar. Um belastende Situationen für die Patientinnen und Patienten, ihre Angehörigen und das Krankenhauspersonal zu vermeiden, ist ein Grundverständnis für die Erkrankung notwendig. Zudem ist ein sensibler Umgang mit den Patientinnen und Patienten wichtig.

Ziel muss es sein, das Krankenhauspersonal für die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz zu sensibilisieren.

Eine Arbeitsgruppe des Expertenkreises Geriatrie[7] am Bayerischen Gesundheitsministerium hat sich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung im Allgemeinkrankenhaus gewidmet. Sie hat 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur Betreuung dieser Patientengruppe erarbeitet, die im Jahr 2011 veröffentlicht wurden. Die Empfehlungen beinhalten u. a. ein abgestuftes Angebot an Schulungen bzw. Fortbildungen für das gesamte Krankenhauspersonal (Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegepersonal und Verwaltungspersonal). Die Empfehlungen wurden an alle bayerischen Krankenhäuser versandt.

Das Bayerische Gesundheitsministerium fördert die Umsetzung der Empfehlungen in Krankenhäusern. Zum Beispiel wurde 2011/2012 ein Projekt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. gefördert, das sich - entsprechend der 20 Empfehlungen - zum Ziel gesetzt hat, Allgemeinkrankenhäuser über das Thema Demenz zu informieren und konkrete Konzepte in den Klinikalltag einzuführen. Ein wichtiger Baustein des Projekts ist die Schulung des Krankenhauspersonals. Aufgrund der positiven Ergebnisse der teilnehmenden Krankenhäuser wird das Projekt 2012 auf weitere Krankenhäuser in allen sieben Regierungsbezirken, insbesondere auch im ländlichen Raum, ausgeweitet werden.

---

[7] Der Expertenkreis Geriatrie ist ein Gremium, das das Bayerische Gesundheitsministerium in allen Fragen der Altersmedizin berät. In ihm sind die Verbände und Institutionen, die sich mit der Altersmedizin in Bayern befassen, vertreten.

- **Schulung / Weiterbildung für alle in der Sterbebegleitung Tätigen**

Das Thema Demenz bei Schwerstkranken und Sterbenden ist bereits Teil der Grundausbildung der Hospizhelferinnen und Hospizhelfer und der Qualifizierungskurse in Palliative Care.

Die Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender Tätigen wird durch die Bayerische Stiftung Hospiz gefördert. Sie bezuschusst unter anderem die Grundausbildung ehrenamtlicher Hospizhelferinnen und Hospizhelfer mit 18 Euro pro Fortbildungseinheit (2012).

Die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit demenzieller Erkrankung in der Hospizarbeit waren bereits 2010 Thema einer zweitägigen Fachtagung der Bayerischen Stiftung Hospiz in Schloss Schney. Sie widmete sich der Sterbebegleitung in komplexen Situationen. Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Tagung waren überwiegend ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer, die als Multiplikatoren in den Hospizvereinen dienen. Schwerpunkt der Fachtagung waren Workshops mit Themen wie: „Altenheimseelsorge für schwerkranke und demente Menschen“, „Validation bei Demenzkranken“, „Ethische Fragen bei Demenzkranken“, „Sterben Demente anders?“ und „Rituale im Umgang mit Demenzkranken“.

Im Vordergrund der Fortbildung der ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfer steht die Frage der Methodik, um mit Menschen mit Demenz eine Beziehung aufzubauen und somit deren eigene und besondere Bedürfnisse erkennen und auf diese eingehen zu können. Notwendig ist beispielsweise ein verändertes Kommunikationsverhalten der Hospizhelferinnen und Hospizhelfer und eine angepasste Schmerzanamnese und –therapie. In dieser Methodik liegt der Schwerpunkt der Schulung der Hospizhelferinnen und Hospizhelfer, damit diese authentisch, respektvoll und mit der notwendigen Empathie auf die Ihnen anvertrauten Menschen zugehen können.

Ziel ist es, die Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz durch entsprechende Fort- und Weiterbildung weiter zu verbessern.

Die Bayerische Stiftung Hospiz unterstützt die Hospizvereine entsprechend ihrer Satzung umfassend bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung der ehrenamtlichen Hospizhelferinnen und Hospizhelfer.

Vom Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (DHPV) wurde ein spezielles Schulungskonzept für den Umgang mit schwerstkranken und sterbenden demenzerkrankten Menschen namens „Sorgsam“ entwickelt.

Das Bayerische Gesundheitsministerium fördert im Rahmen einer Qualifizierungsoffensive Fort- und Weiterbildungskurse in Palliative Care. Hierzu wurde ein einheitliches Qualifizierungsprofil, das auch das Thema Demenz berücksichtigt, erarbeitet.

Konkrete Fortbildungen im Bereich Demenz werden im Hospizbereich beispielsweise auch von den Hospizakademien angeboten.

- **Qualifikationsmaßnahmen im Polizeibereich**

Im Bereich der Bayerischen Polizei wurden verschiedene Qualifizierungsmaßnahmen mit dem Ziel, einer Sensibilisierung bzw. Schulung von Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten beim Umgang mit Personen mit einer Demenzerkrankung durchgeführt.

Das Polizeipräsidium Oberbayern Nord hat im Mai 2011 eine 2-stündige Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Umgang mit Demenzkranken“ durchgeführt. Hierbei wurde über das Krankheitsbild „Demenz“ informiert und den Umgang mit Erkrankten u. a. bei polizeilichen Einsätzen, z. B. bei Vermisstenfällen, Ladendiebstählen, Notrufannahme. An der Veranstaltung nahmen Beamtinnen und Beamte aus verschiedenen Dienststellen des Bereichs Ingolstadt teil.

Beim Polizeipräsidium Schwaben (vor der Polizeireform) wurden im Jahr 2006 im Rahmen des Dienstunterrichtes bei allen Polizeidienststellen der ehemaligen Polizeidirektion Augsburg die Mitarbeiter im Rahmen der sogenannten „Alzheimer Kampagne“ für diese Thematik sensibilisiert.

Aufgrund der positiven Resonanz übernahm die Bereitschaftspolizeiabteilung Königsbrunn im Rahmen der Ausbildung dieses Thema und führt seitdem für ihre auszubildenden Beamtinnen und Beamten unter dem Träger „Kompetenz Netz Demenz“ im Raum Augsburg Thementage zu Alzheimer und Demenz durch.

Das Verständnis für und das Bewusstsein über das Krankheitsbild „Demenz“ ist für die polizeiliche Aufgabenerfüllung – auch vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Gesellschaft – unerlässlich.

Ziel ist es, eine Informationsbroschüre bzw. Handreichung für alle bayerischen Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten zu erstellen und hierzu bedarfsorientiert begleitende Schulungsmaßnahmen anzubieten.

Im Bereich der Ausbildung für die zweite Qualifikationsebene des Polizeivollzugsdienstes in Bayern ist das Thema „Demenz“ Bestandteil des Ausbildungsplans. Die angehenden Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten erhalten hierbei grundlegende Informationen über den Umgang mit Personen mit einer Demenzerkrankung und werden somit für die Thematik entsprechend sensibilisiert. Zudem besteht die Möglichkeit den Umgang mit dieser Personengruppe anhand von Rollenszenarien auch praxisnah zu trainieren. Die bereits bestehenden Qualifizierungsmaßnahmen, die im Rahmen der Aus- und Fortbildung der Bayer. Polizei durchgeführt wurden bzw. geplant sind, sollen auch weiterhin Bestand haben.

Es ist beabsichtigt, eine Fachstelle zu beauftragen, eine Informationsbroschüre bzw. Handreichung zu erstellen und die Inhalte der Schulungsmaßnahmen zu definieren. Die Handreichung sollte sich an bereits bestehenden Handlungsanweisungen z. B. für den medizinischen Bereich oder den Ratgebern der Polizeien anderer Länder (Rheinland-Pfalz, Thüringen, Nordrhein-Westfalen) orientieren.

- **Einführungstagungen für Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter**

Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter benötigen für die Wahrnehmung ihrer Geschäftsaufgabe neben Rechtskenntnissen auch spezielle Fähigkeiten im Umgang mit den betroffenen Menschen sowie Grundlagenwissen hinsichtlich der einschlägigen Krankheitsbilder und Behinderungen. Wegen der besonderen Anforderungen der Geschäftsaufgabe ist gesetzlich geregelt, dass Proberichterinnen und Proberichter im ersten Jahr nach ihrer Ernennung Geschäfte der Betreuungsrichterin oder des Betreuungsrichters nicht wahrnehmen dürfen (§ 23c Absatz 2 Satz 2 GVG). Fortbildungsangebote, die auf die Tätigkeit der Betreuungsrichterin oder des Betreuungsrichters vorbereiten oder eine Vertiefung der speziellen Kenntnisse ermöglichen, werden derzeit bundesweit durch die Deutsche Richterakademie vorgehalten.

Die Erfahrungen der Praxis haben allerdings gezeigt, dass neben der Fortbildung an der Deutschen Richterakademie auch ein bayerisches Fortbildungsangebot wünschenswert ist, das sich gezielt an neu bestellte Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter wendet. Gerade Referatseinsteiger sind nämlich nicht immer in der Lage, zu Beginn ihrer neuen Tätigkeit die Zeit für eine Fortbildung in Trier oder Wustrau aufzubringen.

Ziel ist es deshalb, ein bayerisches Fortbildungsprogramm für neu bestellte Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter anzubieten.

Das Bayerische Justizministerium wird daher ab Anfang 2013 Einführungstagungen für neu bestellte bayerische Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter durchführen. Die Tagung wird die Teilnehmer praxisorientiert und in komprimierter Form auf die Anforderungen des betreuungsrichterlichen Referats vorbereiten und insbesondere auch medizinische Aspekte behandeln.

Frau S. möchte auch nach der Diagnose Alzheimer-Demenz zu Hause bleiben. Da Frau T. nur vormittags berufstätig ist und Ihre Kinder bereits „aus dem Gröbsten raus sind", möchte sie dem Wunsch ihrer Mutter nachkommen und will selbst die Betreuung übernehmen.

Zunächst ist dies kein Problem. Frau T. besucht die Mutter zweimal täglich, unterstützt sie bei kleinen Tätigkeiten im Haushalt und sorgt für das Essen. Die Nachbarin erklärt sich bereit, abends noch kurz nach der Mutter zu sehen.
Mit der Zeit verschlechtert sich der Zustand der Mutter. Frau S. tut sich zunehmend schwer, ihren Alltag zu bewältigen. Alltägliche Dinge wie Kochen oder Aufräumen fallen ihr zunehmend schwerer. Was aber am schwierigsten ist, dass Frau S. Angst alleine hat und immer wieder die Wohnung verlässt und rufend umherirrt. Frau T. entschließt sich kurzfristig, ihre Mutter zu sich zu nehmen.
Doch die Mutter ist durch den Ortswechsel verstört und durcheinander. Sie findet sich nicht zurecht und irrt nachts umher und ruft nach ihrem Mann. Die Situation in der Familie von Frau T. wird zunehmend angespannter. Sie selbst spürt die Belastung, durch den wenigen Schlaf und dass sie mit ansehen muss, wie sich die Mutter verändert.
Als ihr Mann droht, das gemeinsame Haus zu verlassen, entscheidet sich Frau T., sich Hilfe zu holen. Sie hört von der Fachstelle für pflegende Angehörige und lässt sich dort einen Termin geben. Dort wird sie umfassend über die Möglichkeiten beraten, die ihr für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehen.
Mit der Beraterin der Fachstelle erarbeitet Frau T. ein individuelles Konzept zur Betreuung ihrer Mutter. Gemeinsam mit der Familie entscheidet sich Frau T., das Dachgeschoss ihres Hauses für die Mutter herzurichten. Die Räume werden entsprechend den Bedürfnissen von Frau S. umgestaltet; Frau T. lässt sich von der Beratungsstelle „Wohnen im Alter" unterstützen. Eingerichtet mit den eigenen Möbeln und Gegenständen wie in der früheren Wohnung fühlt sich Frau S. dort bald wohl und kommt auch wieder ganz gut zurecht. Sie kann sogar Frau T. bei Tätigkeiten im gemeinsamen Haushalt unterstützen. Einmal in der Woche besucht Frau S. eine Betreuungsgruppe in der Nachbarschaft, was ihr sichtlich Freude bereitet. Und in einer Angehöri-

gengruppe kann sich Frau T. mit Menschen in der gleichen Situation austauschen. Um auch abends wieder etwas unternehmen zu können, kommt ab und zu ein ehrenamtlicher Helfer vorbei, den Frau S. auch schon gut kennt, und übernimmt die Betreuung. Da es Frau S. soweit wieder ganz gut geht, können auch die Enkel über kurze Zeit die Oma betreuen.

IV. Häusliche Versorgung – Entlastung pflegender Angehöriger

Der überwiegende Teil der Menschen mit Demenz wird im familiären Umfeld betreut. Es entspricht dem Wunsch der Betroffenen solange wie möglich in der vertrauten Umgebung zu bleiben und es gibt auch im weiteren Verlauf der Krankheit ein Stück weit Sicherheit, Gewohntes um sich zu haben.

Demenziell erkrankte Menschen, die zu Hause betreut werden, benötigen neben einer umfassenden haus- und fachärztlichen Versorgung „klassische Pflegeleistungen“, wie Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung, und vor allem Leistungen der häuslichen Betreuung. Leistungen der häuslichen Betreuung umfassen beispielsweise die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, die Hilfe bei der Einhaltung des Tag-/Nacht-Rhythmus, die Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen (z.B. Unterstützung bei Hobbies, Biografiearbeit, Begleitung bei Spaziergängen) sowie die Ermöglichung des Besuchs von Verwandten und Freunden. Aber auch Unterstützungsleistungen bei der Regelung von finanziellen und administrativen Angelegenheiten kommen in Betracht.

Aufgrund des hohen Betreuungs- und Beaufsichtigungsaufwands ist die Pflege von demenziell erkrankten Menschen nicht nur besonders zeitintensiv, sondern auch körperlich und seelisch belastend. Viele pflegende Angehörige fühlen sich körperlich und seelisch am Ende ihrer Kräfte, sind gesundheitlich gefährdet und aufgrund der zeitintensiven Pflegetätigkeit oft auch sozial isoliert. Zudem stellt die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf pflegende Angehörige vor erhebliche Probleme.

Pflegende Angehörige tragen erheblich dazu bei, den Umzug in ein Heim hinaus zu schieben oder sogar zu vermeiden. Zur Stärkung der häuslichen Pflege ist somit der Erhalt der Gesundheit und der Pflegebereitschaft pflegender Angehöriger unerlässlich.

Der Verbleib in der häuslichen Umgebung kann nur dann sichergestellt werden, wenn es ein gut funktionierendes Netz an Beratung und Unterstützung gibt, auf das die Betroffenen und die (pflegenden) Angehörigen jederzeit zugreifen können.

- **Haus- und Fachärztliche Versorgung**

Nach Angaben in einer Patienteninformation der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zum Thema Demenz werden über 90 Prozent der Menschen mit Demenz von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt behandelt. Derzeit ist Bayern im hausärztlichen Bereich gut versorgt. In keinem der 79 Planungsbereiche besteht oder droht Unterversorgung. Knapp die Hälfte der Planungsbereiche ist aufgrund von Überversorgung nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für weitere Hausarzt-Niederlassungen gesperrt. Im fachärztlichen Bereich gilt dies sogar für den Großteil aller Planungsbereiche.

Die bisherige Bedarfsplanung ist jedoch veraltet und berücksichtigt den tatsächlichen lokalen Bedarf teilweise nur unzureichend. Zudem liegt häufig eine ungleiche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte innerhalb eines Planungsbereiches vor. Eine weitere Herausforderung stellt die Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte dar. Etwa ein Viertel der Hausärztinnen und Hausärzte ist 60 Jahre oder älter. In den nächsten Jahren müssen daher zahlreiche Praxen nach besetzt werden. Dies wird aber gerade in ländlichen Regionen zunehmend schwieriger.

Neben der Hausärztin und dem Hausarzt werden Demenzerkrankungen auch von Nervenärztinnen und Nervenärzten, Neurologinnen und Neurologen und Psychiaterinnen und Psychiatern behandelt. Für diese Arztgruppen stehen bayernweit aufgrund von bedarfsplanerischer Überversorgung kaum noch Niederlassungsmöglichkeiten zur Verfügung. Teilweise wird aber von langen Fahrt- und Wartezeiten betroffener Patientinnen und Patienten berichtet.

Ziel ist es, eine bedarfsgerechte und flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung der Patientinnen und Patienten zu sichern.

Bayern hat bereits zahlreiche Maßnahmen initiiert, um mehr junge Ärztinnen und Ärzte frühzeitig mit dem Beruf der niedergelassenen (Haus-)Ärztin und des niedergelassenen (Haus-)Arztes vertraut zu machen. An der Technischen Universität München besteht seit Oktober 2009 der erste bayerische Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. In Erlangen ist das Berufungsverfahren für einen neuen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin angelaufen. Ziel ist es, weitere Lehrstühle für Allgemeinmedizin zu errichten. In der ärztlichen Weiterbildung ist es wichtig, dass die Weiterbildungsassistentinnen und Weiterbildungsassistenten eine strukturierte und kontinuierliche Weiterbildung vorfinden. Weiterbildungsverbünde in der Allgemeinmedizin, die auch in Bayern immer zahlreicher werden, leisten hier einen wesentlichen Beitrag. Am 17.12.2010 wurde die Koordinierungsstelle zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin bei der Bayeri-

schen Landesärztekammer (BLÄK) offiziell ins Leben gerufen. Ziel ist die Initiierung und Förderung der Gründung von Weiterbildungsverbünden.

Auch im Verfahren zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat sich Bayern dafür eingesetzt, dass die Rahmenbedingungen für Ärztinnen und Ärzte im ländlichen Raum attraktiver werden. So werden beispielsweise künftig Ärztinnen und Ärzte in unterversorgten Bereichen oder in Regionen mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf von Maßnahmen zur Mengen- und damit zur Honorarbegrenzung ausgenommen. Auch können in solchen Gebieten Honorarzuschläge vereinbart werden. Mit einem Strukturfonds kann die KVB zudem gezielt Anreize zur Niederlassung an bestimmten Orten setzen.

Bayern setzt aber auch eigene Fördermittel ein. Damit die derzeit qualitativ hochwertige und flächendeckende medizinische Versorgung auch zukünftig in allen Landesteilen erhalten bleibt, hat Bayern Förderprogramme zum Erhalt und zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung aufgelegt. Hierfür sind bis 2014 Mittel in Höhe von mehr als 15 Millionen Euro vorgesehen. Es werden innovative Projekte gefördert, die den Strukturwandel im Gesundheitswesen modellhaft bewältigen und die auch auf andere Regionen übertragen werden können. Ferner unterstützt Bayern auch in Gebieten mit besonderem Versorgungsbedarf die Gründung oder Übernahme von Hausarztpraxen mit einer Niederlassungsprämie, um damit Engpässen in der ärztlichen Versorgung frühzeitig entgegenzusteuern. Des Weiteren gibt es ein eigenes Stipendienprogramm für Medizinstudierende, die sich verpflichten, nach der Facharztweiterbildung für eine bestimmte Zeit als Ärztin oder Arzt im ländlichen Raum tätig zu sein.

Zudem hatte der Bundesgesetzgeber des GKV-VStG den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, bis zum 01. Januar 2013 die für die Bedarfsplanung maßgeblichen Planungsbereiche neu zu regeln mit dem Ziel, eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Der G-BA hatte - unter Mitberatung Bayerns als einem der Ländervertreter im zuständigen Unterausschuss - diesen Auftrag zum Anlass genommen, die Bedarfsplanungsrichtlinie umfassend zu überarbeiten. Sie ist seit dem 01. Januar 2013 in Kraft und bildet den neuen rechtlichen Rahmen für die von den Partnern der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen) in den Ländern vorzunehmende vertragsärztliche Bedarfsplanung.

Mit der neuen Richtlinie erhält die Selbstverwaltung nun erkennbar mehr Spielräume, um regionale Besonderheiten künftig besser berücksichtigen zu können. So können gezielt Niederlassungsmöglichkeiten in derzeit noch gesperrten Gebieten geschaffen werden, wenn dort auf Grund regionaler Besonderheiten - z. B. aufgrund der regionalen Demografie und Morbiditätweitere Arztsitze für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind. Auch können die Zu-

schnitte der Planungsbereiche so verändert werden, dass einer Konzentration der ärztlichen Versorgung auf die Ballungsgebiete entgegengesteuert wird. Ziel ist es, die wohnortnahe und flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau zu erhalten und auszubauen. Wartezeiten bei Fachärztinnen und Fachärzten in strukturschwachen Gebieten sollen reduziert werden. Mit einer vollständigen Umsetzung des neuen Richtlinienrechts durch die zuständigen Partner der Selbstverwaltung in Bayern ist jedoch nicht vor Ende Juni 2013 zu rechnen.

Für die wohnortnahe flächendeckende Versorgung spielen gerade auch die Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Rolle. Hausärztinnen und Hausärzte stellen eine zentrale Säule der ärztlichen Versorgung dar. Dies gilt besonders in ländlich geprägten Regionen, in denen die niedergelassene Hausärztin und der niedergelassene Hausarzt häufig die einzige wohnortnahe ärztliche Versorgung bietet. Um gerade auch junge Medizinerinnen und Mediziner für den Beruf der Hausärztin und des Hausarztes zu gewinnen, muss die hausarztzentrierte Versorgung noch attraktiver gemacht werden. Gute Leistung muss auch künftig angemessen honoriert werden.

Bayern hat daher über eine Bundesratsinitiative die Bundesregierung zur Wiedereinführung des § 73b SGB V ohne gesetzlich vorgegebene Honorarobergrenze aufgefordert. Die Partner der Selbstverwaltung sollen im Interesse der Versorgungsqualität und der Versorgungssicherheit ihren vollen Verhandlungs- und Gestaltungsspielraum zurück erhalten. Zusammen mit der Forderung nach einer Streichung der Honorarobergrenze wird die Bundesregierung darin aber auch zu einer Weiterentwicklung der qualitativen Mindeststandards von Hausarztverträgen aufgefordert, die durch eine weitere Konkretisierung und Ergänzung des Anforderungskatalogs in § 73b Abs. 2 SGB V umgesetzt werden soll. Leider hat der Antrag Bayerns im Bundesrat keine Mehrheit erhalten. Die Bayerische Staatsregierung wird die Initiative jedoch bei geeigneter Gelegenheit weiter verfolgen.

- **Beratungsangebote**

Bei Eintritt einer Demenzerkrankung bzw. Pflegebedürftigkeit besteht bei Betroffenen und Angehörigen immenser Aufklärungs- und Beratungsbedarf. Dieser bezieht sich nicht nur auf das Krankheitsbild der Demenz bzw. auf mögliche Therapien, sondern auch auf Pflege-, Betreuungs- und Unterstützungsangebote in der Umgebung sowie Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung und staatlicher Transferleistungen (z.B. Hilfe zur Pflege, Eingliederungshilfe, Sozialhilfe). Der Organisationsgrad der Betreuung und die Beratungs- und Hilfsangebote für die Angehörigen ist entscheidend für die Frage, ob und wie lange ein Betroffener in seinem häuslichen Umfeld bleiben kann.

In Bayern gibt es rund 100 „Fachstellen für pflegende Angehörige“, die vom Bayerischen Sozialministerium gefördert werden. Die Fachstellen beraten pflegende Angehörige, helfen bei Behördenangelegenheiten, Finanzierungsfragen in der Pflege und betreiben Öffentlichkeitsarbeit. Durch die psychosoziale Beratung, begleitende Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen sollen die Fachstellen verhindern, dass die Angehörigen durch die oft lang andauernde Pflege selbst erkranken und zum Pflegefall werden. Ihre Aufgabe erfüllen die Fachstellen insbesondere durch eine kontinuierliche und offene Zusammenarbeit mit allen am Pflegenetzwerk beteiligten. Sie dienen als Anlaufstellen gerade auch bei Fragen rund um das Thema „Demenz“. Um zu vermeiden, dass die Hilfesuchenden von einer Beratungsstelle zur anderen verwiesen werden, sind die Fachstellen und die vorhandenen Pflegestützpunkte räumlich verbunden.

Daneben besteht ein solides Netz an Pflegeberatungsangeboten, das wohnortsnah und neutral ist. Die acht Pflegestützpunkte in Coburg, Nürnberg, Roth, Neuburg-Schrobenhausen, Schweinfurth, Haßberge, Rhön-Grabfeld und Würzburg, einige Mehrgenerationenhäuser sowie der Pflegeservice Bayern als kassenübergreifende telefonische Erstanlaufstelle bieten Beratung in Sachen Pflege an. Ergänzt werden diese Angebote durch das Pflegeberatungsangebot der gesetzlichen und privaten Pflegekassen sowie die Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, der ambulanten Pflegedienste, der stationären Betreuungseinrichtungen sowie der kommunalen Einrichtungen.

In Bayern sind bereits sechs gerontopsychiatrische Dienste eingerichtet. Gerontopsychiatrische Dienste sind Kontakt- und Beratungsstellen für ältere Menschen und ihre Angehörigen. Sie betreuen psychisch erkrankte ältere Menschen in ihrem vertrauten Lebensumfeld und übernehmen insbesondere auch die Betreuung und Beratung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen. Außerdem sind an derzeit 49 sozialpsychiatrischen Diensten in Bayern ca. 60 gerontopsychiatrische Fachkräfte an sozialpsychiatrische Dienste angegliedert, die im Umgang mit Menschen mit Demenz speziell geschult sind.

Auch seitens der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern wird Betroffenen und Angehörigen Beratung über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten. Ein Schwerpunkt ist hier u. a. die aufsuchende Beratung alleinstehender Betroffener.

Ziel ist es, das Beratungsangebot weiter auszubauen und bestehende Beratungsmöglichkeiten bekannt zu machen.

Auch wenn derzeit rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige gefördert werden, ist eine flächendeckende Versorgung noch nicht erreicht. Das Bayerische Sozialministerium wird auch weiterhin den Ausbau von Fachstellen für pflegende Angehörige fördern. Förderfähig ist eine Fachkraft je 100.000 Einwohner. Soweit Pflegestützpunkte entstehen, wird sich das Bayerische Sozialministerium dafür einsetzen, dass die vorhandenen Fachstellen für pflegende Angehörige räumlich an die Pflegestützpunkte angebunden werden.

Laut dem 5. Pflegebericht wurden nur knapp 60% der Betroffenen (in Deutschland) von den Kranken- und Pflegekassen bzw. dem MDK über die Möglichkeit der Pflegeberatung informiert. Hier sind die Kranken- und Pflegekassen gefordert. Das Bayerische Sozialministerium wird sich auch in Zukunft für eine verstärkte Aufklärung zur Pflegeberatung in seinen Broschüren, auf seiner Homepage sowie durch den Pflegeservice Bayern einsetzen.

Gemeinsam mit den Bezirken, die die gerontopsychatrischen Dienste finanzieren, wird das Bayerische Gesundheitsministerium konsequent auf einen weiteren bedarfsgerechten Auf- und Ausbau dieser Beratungsangebote hinwirken.

- **Ambulante pflegerische Versorgung**

Auch wenn bei Demenz die Betreuung der Betroffenen im Mittelpunkt steht, sind die ambulanten Pflegedienste die wichtigsten Partner der Familien. Sie bieten neben qualifizierter Pflege auch hauswirtschaftliche Versorgung an, die gerade bei Demenz zur Stabilisierung und Aufrechterhaltung der häuslichen Versorgung beitragen. Vielfach gehören auch niedrigschwellige Betreuungsangebote zu ihrem Leistungsspektrum. In Bayern gibt es derzeit ein flächendeckendes Netz von rund 1.800 ambulanten Pflegediensten. Die privaten Träger nehmen dabei stetig zu. Die Dienste werden durch die Krankenkassen, Pflegekassen, Selbstzahler und die Sozialhilfe refinanziert.

Ziel ist es, im Miteinander unterschiedlicher Akteure eine tragfähige und nachhaltige Sorgekultur für Menschen mit Demenz zu entwickeln.

Nur durch einen Pflege- und Betreuungsmix aus Fachpersonal, Angehörigen und geschulten bürgerschaftlich Engagierten können familiäre Pflege- und Betreuungssituationen auch in Zukunft ermöglicht und gestärkt werden. Ambulanten Pflegediensten kommt dabei eine wesentliche Rolle an der Schnittstelle von familiärer, hauptamtlicher und zivilgesellschaftlicher Hilfe zu.

Das Bayerische Sozialministerium setzt sich für eine angemessene Vergütung der ambulanten Pflegedienste ein und fördert gezielte Fortbildungen und Schulungsmaßnahmen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rahmen der Förderrichtlinie Fortbildung des Bayerischen Sozialministeriums (Fördergrundsätze für die Fortbildung von Fach- und Hilfskräften sowie ehrenamtlich tätigen in Bereichen der Altenarbeit/Altenpflege/Familienpflege). In regelmäßig stattfindenden Fachtagen werden zudem neue Erkenntnisse aus Praxis und Wissenschaft weitergegeben und für die Zielgruppe Menschen mit Demenz sensibilisiert. Zudem wird die Entwicklung der ambulanten Pflegedienste begrüßt, speziell auf Menschen mit Demenzerkrankungen ausgerichtete Angebote weiter zu entwickeln, aktive Angehörigenarbeit auszubauen und die Integration von geschulten, bürgerschaftlich Engagierten weiter aktiv zu stärken.

- **Betreuungsleistungen**

Der ambulante Sachleistungsanspruch in § 36 SGB XI war vor Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes am 30. Oktober 2012 zu einseitig auf die Bedürfnisse von somatisch erkrankten Pflegebedürftigen ausgerichtet. Er umfasste in der Regel „nur“ Leistungen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Betreuungsleistungen konnten nur im Rahmen der gemeinschaftlichen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch mehrere Pflegebedürftige (sog. „Poolen“ von Leistungen) abgerufen werden. In der Praxis zeigte sich jedoch, dass von der Möglichkeit des Poolens nur sehr eingeschränkt Gebrauch gemacht wird.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen waren auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI durch anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote und ambulante Pflegedienste beschränkt. Der geringe Leistungsbetrag in Höhe von 100 bis maximal 200 Euro monatlich ist aber zur Deckung des Bedarfs von demenziell erkrankten Menschen an Betreuungsleistungen nicht ausreichend. Das langfristige Ziel ist es deshalb, einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff einzuführen und so diesem Bedarf dauerhaft Rechnung zu tragen.

Bis dahin sieht das Pflege-Neuausrichtungsgesetz im Rahmen einer Übergangsregelung einige Verbesserungen für Menschen mit Demenz vor:

Der ambulante Sachleistungsanspruch gemäß § 36 SGB IX wurde auf Leistungen der häuslichen Betreuung erweitert. Der Sachleistungsbetrag nach § 36 SGB IX steht damit für alle drei Leistungsbereiche (Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und häusliche Betreuung) zur Verfügung. Dieser Sachleistungsbetrag wurde zudem in den Pflegestufen I bis II für Menschen mit Demenz in häuslicher Betreuung erhöht.

Im Pflege-Neuausrichtungsgesetz sind in § 125 SGB XI n.F. Modellvorhaben zur Erprobung von Leistungen der häuslichen Betreuung durch sog. Betreuungsdienste vorgesehen. Diese Betreuungsdienste sollen sich auf Leistungen der häuslichen Betreuung, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, konzentrieren, haben jedoch auch, wie die bisherigen Pflegedienste, Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung zu erbringen. Die Auswirkung einer Zulassung von Betreuungsdiensten auf die pflegerische Versorgung soll wissenschaftlich erforscht werden, um eine belastbare Grundlage für die Entscheidung über eine regelhafte Einführung von Betreuungsdiensten zu erhalten.

Ziel ist es, dass die Leistungen der häuslichen Betreuung im Rahmen der Pflegeversicherung nach Auslaufen der Übergangsregelung dauerhaft installiert werden und Angebote und Anbieter von Betreuungsleistungen breit gefächert sind.

Sachleistungen für häusliche Betreuung sollten in Zukunft nicht nur bei ambulanten Pflegediensten, sondern auch bei anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangeboten sowie Betreuungsdiensten abgerufen werden können. Momentan ist dies nur eingeschränkt möglich, da der Sachleistungsanspruch gemäß §§ 124, 36 SGB XI nur für Betreuungsangebote von ambulanten Pflegediensten besteht, nicht jedoch für die nach Landesrecht anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote nach § 45b Abs. 1 S. 6 Nr. 4 SGB XI.

So kann sichergestellt werden, dass Menschen mit Demenz passgenaue Leistungen einkaufen können und die anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote für die Versorgung von Menschen mit Demenz einen hohen Stellenwert behalten.

Bayern wird sich auch in Zukunft für die Erreichung dieser Ziele stark machen und seine Einflussmöglichkeiten nutzen, dass auch nach Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs allen Menschen mit Demenz geeignete und flexible Sachleistungsansprüche auf häusliche Betreuung zur Verfügung stehen. Das Bayerische Sozialministerium wird sich dafür einsetzen, dass auch in Bayern Modellprojekte nach § 125 SGB XI n.F. zur Erprobung von Betreuungsdiensten entstehen.

- **Niedrigschwellige Betreuungsangebote**

Die Hauptlast in der häuslichen Pflege von Menschen mit Demenz tragen die Angehörigen. Die Unterstützung entwickelt sich von anfänglichen Hilfeleistungen im Alltag im weiteren Verlauf der Erkrankung zu einer 24-Stunden-Betreuung, was zu körperlicher und seelischer Überlastung führen kann.

Hier setzt auch die Pflegeversicherung an. Vor allem §§ 45a bis d SGB XI haben zum Ziel, die ambulante Versorgung von Personen mit Demenz, psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf zu verbessern und so einen längeren Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Sie sieht die Finanzierung von zusätzlichen Betreuungsleistungen vor. Berechtigte können 1.200 bzw. 2.400 Euro je Kalenderjahr erhalten für die Entlastung durch anerkannte niedrigschwellige Betreuungsangebote wie stundenweise Betreuung mit anderen Betroffenen in einer Gruppe (Betreuungsgruppen) oder stundenweise Betreuung zu Hause durch geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer; besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung von ambulanten Pflegediensten; Entlastung durch Tages- oder Nachtpflege oder Entlastung durch Kurzzeitpflege.

Die Betreuungsgruppe soll pflegende Angehörige stundenweise entlasten und den betreuungsbedürftigen Personen Kontaktmöglichkeiten in familiär gestalteter Umgebung bieten. Betreuungsgruppen werden in der Regel gegen einen geringen Kostenbeitrag wöchentlich oder 14-tägig angeboten. Sie finden unter der Leitung einer Fachkraft ergänzt durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer statt. Bayernweit existieren derzeit 266 Betreuungsgruppen (Stand: 1. Mai 2013).

Um auch Angehörige von Pflegebedürftigen zu entlasten, die das Haus nicht verlassen können oder wollen, übernehmen geschulte ehrenamtliche Helferinnen und Helfer meist gegen eine kleine Aufwandsentschädigung die stundenweise Betreuung des Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich. Bayernweit existieren derzeit 113 ehrenamtliche Helferkreise (Stand: 1. Mai 2013).

Auch die pflegenden Angehörigen selbst müssen einen Weg finden, mit der oftmals belastenden Situation umzugehen. Die regelmäßigen Treffen der Angehörigengruppen finden unter fachlicher Anleitung statt. Sie dienen der Entlastung der Betroffenen und bieten die Möglichkeit, Erfahrungen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen. Derzeit existieren bayernweit 122 Angehörigengruppen (Stand: 1. Mai 2013).

Das Bayerische Sozialministerium fördert mit jährlich rund 900.000 Euro die rund 500 anerkannten niedrigschwelligen Betreuungsangebote und Angehörigengruppen; der Betrag wird vom Spitzenverband Bund der Pflegekassen verdoppelt. Die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, beteiligen sich in Höhe von 10 Prozent an der Förderung durch die Pflegekassen.

Seit dem 1. Juli 2010 werden nach § 45d SGB XI weitere Betreuungsangebote im Bereich Ehrenamt und Selbsthilfe in der häuslichen Pflege bei Demenzerkrankung gefördert. Dies sind z.B.

Gruppen von Ehrenamtlichen, Schulungen, Selbsthilfeorganisationen oder Selbsthilfekontaktstellen.

Ziel ist es, das Angebot an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten flächendeckend auszubauen.

Um dieses Ziel zu verwirklichen hat das Bayerische Sozialministerium im März 2012 eine „Agentur zum Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote“ eingerichtet. Die Förderung der Agentur erfolgt durch Landesmittel in Kofinanzierung mit der sozialen und privaten Pflegeversicherung. Im ersten Jahr wird die Agentur mit 35.000 Euro aus Landesmitteln bezuschusst.

Die Agentur hat die Aufgabe, gezielt niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Kommunen mit keinem oder lediglich geringem Angebot zu initiieren und beim Aufbau zu begleiten. Sie soll die regionalen Akteure zum Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten wie z.B. ehrenamtliche Helferkreise und von ehrenamtlichem Engagement getragene Betreuungsgruppen zur stundenweisen Entlastung der pflegenden Angehörigen, motivieren und sie bei der Umsetzung unterstützen. Die Agentur arbeitet eng mit der Deutschen Alzheimergesellschaft - Landesverband Bayern zusammen.

- **Ausländische Pflegekräfte und Haushaltshilfen**

Wo Angehörige, Nachbarn oder Freunde aus familiären oder beruflichen Gründen den hohen Betreuungsaufwand für die Betroffenen nicht oder nicht in vollem Umfang abdecken können, bietet der Einsatz ausländischer Pflege- und Haushaltshilfen eine Alternative, um einen Verbleib in der häuslichen Umgebung sicherzustellen.

Bei der Beschäftigung von ausländischen Pflegehilfen in Privathaushalten handelt es sich aus Sicht des SGB XI um „selbstbeschaffte Pflegehilfen“ nach § 37 SGB XI, mit denen Pflegebedürftige (wie bei der Angehörigenpflege) ihre Pflege selbst sicherstellen. Als Leistung wird hierfür Pflegegeld an den Versicherten (nicht an die Pflegehilfe) geleistet. Um die notwendige Qualität der häuslichen Pflege sicher zu stellen, wird diese durch halbjährliche (Pflegestufe I oder II) bzw. vierteljährliche Beratungseinsätze zugelassener Pflegedienste überprüft. Weitere Anforderungen an die Gestaltung von Arbeitsverhältnissen mit selbst beschafften Pflegehilfen enthält das SGB XI nicht. Arbeitsrechtlich bestehen für Privathaushalte folgende Alternativen:

- Beschäftigung von Selbständigen
  Eine Angehörige eines EU-Mitgliedstaates kann sich ohne Genehmigung in Deutschland niederlassen und als Selbständige ihre pflegerischen Dienste anbieten. Ist sie überwiegend nur in einer Familie tätig, besteht die Gefahr der Scheinselbständigkeit, da faktisch ein abhängiges Beschäftigungsverhältnis entsteht.

- Entsendung einer Pflegekraft durch ein ausländisches Dienstleistungsunternehmen
  Die so genannte Dienstleistungsfreiheit berechtigt Unternehmen aus anderen EU-Staaten, die Pflegedienste anbieten, ihre Beschäftigten vorübergehend ohne arbeitsgenehmigungsrechtliche Beschränkung nach Deutschland zu entsenden. Diese sind ausschließlich gegenüber ihrem Unternehmen weisungsgebunden. Andernfalls läge eine unzulässige Arbeitnehmerüberlassung vor.

- Anstellung einer Pflegekraft
  Staatsangehörige aus den europäischen Beitrittsstaaten haben unbeschränkten Arbeitsmarktzugang in Deutschland. Sie können hier ein Arbeitsverhältnis als Pflegekraft eingehen ohne arbeitsgenehmigungsrechtlichen Beschränkungen zu unterliegen. Als Arbeitgeber haben die Privathaushalte die allgemeinen (Schutz-)Rechte des Arbeits- und Arbeitsschutzrechts sowie die Vorschriften des Sozialversicherungs- und Steuerrechts sowie des Arbeits- und des Arbeitsschutzrechts zu beachten.

Hinsichtlich der rechtlichen Voraussetzungen und Gestaltungsmöglichkeiten bestehen in den Familien mit pflegebedürftigen Menschen mit Demenz noch immer große Unsicherheiten. Da die Dienstleistungen im häuslichen Bereich erbracht werden, gibt es kein belastbares Zahlenmaterial zur Größenordnung von legalen oder - oft unwissentlich - illegalen Beschäftigungsverhältnissen in Privathaushalten. Der Personenkreis älterer Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf in privaten Wohnformen wird vor dem Hintergrund des demografischen Wandels weiter ansteigen. Ein entsprechendes legales Angebot an finanzierbaren, niedrigschwelligen Haushaltsdienstleistungen ist deshalb dringend erforderlich.

Ziel ist es, Betroffene und Angehörige über die Möglichkeiten und Risiken des Einsatzes ausländischer Pflegekräfte und Haushaltshilfen umfassend aufzuklären und zu beraten sowie die Qualität der Pflege auch beim Einsatz solcher Pflegehilfen zu gewährleisten.

Das Bayerische Sozialministerium wird dies durch entsprechendes Informationsmaterial für Familien und die bestehenden Beratungsangebote, insbesondere die Beratungsstellen für pfle-

gende Angehörige, die Pflegeberatung der Pflegekassen sowie den Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Bayern forcieren.

Information und Beratung sollen vor allem Rechtssicherheit bei der Inanspruchnahme haushaltsnaher Dienstleistungen bringen. Erst dann können die betroffenen Familien offen mit dem Einsatz der ausländischen Kraft umgehen und auch Anregungen des MDK und der Beratungseinsätze zur Qualitätssicherung der Pflege und Betreuung Demenzerkrankter durch ausländische Pflegekräfte annehmen (z. B. Pflegekurse, Verbesserung der Sprachkenntnisse) sowie für pflegefachliche Aufgaben einen ambulanten Pflegedienst hinzuzuziehen.

- **Familienpflegezeit**

Wichtig für die zeitliche Entlastung pflegender Angehörige sind auch Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Das zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Familienpflegezeitgesetz ist ein wichtiger Schritt, um die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu verbessern. Die staatlich geförderte Familienpflegezeit gibt den Beschäftigten die Zeit, um sich der Pflege naher Angehöriger widmen zu können, ohne Angst haben zu müssen, ihren Arbeitsplatz zu verlieren. Gleichzeitig bietet sie eine Perspektive, wie diese Zeit zur Pflege finanziell gemeistert werden kann. Das Familienpflegezeitgesetz sieht hierzu vor, dass der Beschäftigte und sein Arbeitgeber einzelvertraglich eine Arbeitszeitreduzierung auf mindestens 15 Stunden zur häuslichen Pflege von Angehörigen für bis zu zwei Jahre bzw. dem (früheren) Ende der Pflegetätigkeit vereinbaren können. Während der Pflegephase wird das Entgelt durch den Arbeitgeber um bis zu 50 Prozent der Arbeitszeitreduktion aufgestockt; die Abwicklung erfolgt über ein Wertguthabenkonto. Im Anschluss soll der Beschäftigte wieder zur ursprünglichen bzw. einer höheren Arbeitszeit zurückkehren. Dann erfolgt eine spiegelbildliche Rückzahlung des Lohnvorschusses durch den Arbeitnehmer, indem bei voller Arbeitszeit nur ein reduziertes Entgelt gewährt wird. Dies gilt solange bis das negative Wertguthaben ausgeglichen ist (Nachpflegephase).

Aufgrund des erst zu Jahresbeginn 2012 in Kraft getretenen Gesetzes geht es nun vorrangig darum, den Umgang mit Familienpflegezeit in der betrieblichen Praxis abzuwarten und erste Erfahrungen zu sammeln. Die Unternehmen sind – nicht zuletzt auch im Interesse der Fachkräftesicherung – gefordert, geeignete Modelle für eine Familienpflegezeit auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen zu etablieren und ihren Beschäftigten konkrete Angebote zu unterbreiten.

Ziel ist es, eine gute Umsetzung des Gesetzes zu erreichen und die Akzeptanz bei den Arbeitgebern zu fördern.

Die Bayerische Staatsregierung wird die Entwicklung genau beobachten und bei sich eventuell abzeichnenden Schwachstellen auf eine gezielte und praxistaugliche Nachbesserung hinwirken, die den Belangen von Arbeitgebern und Beschäftigten ausgewogen Rechnung trägt.

- **Nachbarschaftshilfen und Seniorengenossenschaften**

Ehrenamtliche Nachbarschaftshilfen und Seniorengenossenschaften können im Rahmen ihres Leistungsangebots auch Menschen mit Demenz unterstützen, die zuhause betreut werden.

Das Leistungsspektrum der bayernweit tätigen Nachbarschaftshilfen ist sehr vielfältig. In der Regel werden Alltagsunterstützung und soziale Kontakte über ehrenamtliche Helferinnen und Helfer organisiert, wie z.B. Einkauf, Gartenpflege, Besuchsdienst usw., um damit einen Verbleib in der Häuslichkeit zu ermöglichen. Die Nachbarschaftshilfen haben einen verbindlichen organisatorischen Rahmen und richten sich an alle Bürgerinnen und Bürger in der Gemeinde bzw. im Stadtteil. Zunehmend etablieren sich in Bayern auch Seniorengenossenschaften. Hier wird bürgerschaftliches Engagement in genossenschaftlicher Form der Hilfe auf Gegenseitigkeit gelebt. Die engagierten Mitglieder können für ihren Einsatz ein entsprechendes Entgelt ausgezahlt bekommen oder sich entsprechende Zeit gutschreiben lassen, um diese später, wenn sie selbst einmal Hilfe benötigen, wiederum in Form von Diensten in Anspruch nehmen zu können.

In der Praxis zeigt sich, dass die Betreuung von Menschen mit Demenz durch bürgerschaftlich Engagierte insbesondere dann gelingt, wenn bürgerschaftlich Engagierte entsprechend geschult und fachlich angebunden sind. Besonders darauf geachtet werden muss aber, dass immer wieder die gleichen Helferinnen und Helfer die Unterstützungsleistungen erbringen und so Kontinuität gewährleistet ist.

Ziel ist es, den Ausbau von ehrenamtlichen Nachbarschaftshilfen und Seniorengenossenschaften zu unterstützen.

Damit zunehmend mehr ältere Menschen bis zum Lebensende - auch mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit - zu Hause leben können, werden im Rahmen der Innovationsoffensive „Zu Hause daheim“ unterschiedliche Ansätze gefördert. Zum einen wird der Aufbau von neuen Nachbarschaftshilfen mit jeweils bis zu 10.000 Euro für längstens eineinhalb Jahre gefördert. Zum anderen wird die qualitätsgesicherte Initiierung von Seniorengenossenschaften fachlich unterstützt. Hierzu wurde ein Leitfaden in Auftrag gegeben, der für die aus der Bürgerschaft entstehenden

Initiativen eine wertvolle Arbeitshilfe bei Gründung und Umsetzung sein kann. Der Leitfaden wird voraussichtlich im Sommer 2013 herausgegeben werden. Zudem wird die konkrete Umsetzung von einzelnen Seniorengenossenschaften in Bayern gefördert.

- **Betreutes Wohnen zu Hause**

Das in Bayern erstmalig im Jahr 2002 initiierte Konzept „Betreutes Wohnen zu Hause“ ist mittlerweile auf rund 70 Standorte bayernweit übertragen worden. Durch passgenaue Hilfen werden ältere Menschen unterstützt, möglichst lange zu Hause leben zu können. Die individuellen Hilfeleistungen werden durch eine Koordinierungsstelle organisiert und sowohl von bürgerschaftlich Engagierten im Rahmen eines wöchentlichen Hausbesuches als auch von Fachkräften erbracht.

Ursprünglich war das Konzept insbesondere für allein lebende ältere Menschen vorgesehen. Mittlerweile haben sich weitere Konzeptvarianten entwickelt. So gibt es in Bayern mittlerweile Anbieter, die speziell „Betreutes Wohnen zu Hause“ auf Menschen mit Demenz ausrichten. In diesen Fällen besteht das angebotene Betreuungspaket aus einem engmaschigen Netz mit unterschiedlichen Versorgungs- und Betreuungsbausteinen. Die Grundlage von „Betreutes Wohnen zu Hause“ basiert auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Betroffenen und geschulter Helferin bzw. geschultem Helfer. Zudem sieht das Konzept eine permanente Anpassung der benötigten Hilfe- und Assistenzleistungen vor. Vor diesem Hintergrund erscheint „Betreutes Wohnen zu Hause“ als ein möglicher Baustein zur Betreuung von Menschen mit Demenz in der eigenen Häuslichkeit.

Ziel ist es, den Ausbau von „Betreutes Wohnen zu Hause“ weiter voranzutreiben.

Um den Möglichkeiten und Bedürfnissen sowohl der Betroffenen als auch der betreuenden Angehörigen Rechnung zu tragen, erscheinen insbesondere Ansätze, die das Miteinander unterschiedlicher Akteursgruppen befördern sowie individuelle und flexible Betreuungsangebote in der eigenen Häuslichkeit anbieten, wünschenswert. Nachbarn und geschulte bürgerschaftlich Engagierte können dabei eine wichtige Rolle einnehmen, z.B. als Ansprechpartner, Besuchsdienst oder aktiv Helfende. Vor diesem Hintergrund wird der Auf- und Ausbau des „Betreuten Wohnens zu Hause“ mit einer Anschubfinanzierung von bis zu 35.000 Euro je Projekt für maximal zwei Jahre gefördert.

- **Niedrigschwellige Dienstleistungen und Hauswirtschaftliche Versorgung und Betreuung / Hauswirtschaftliche Fachservices**

Die Ämter für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten (ÄELF) bieten Beratung, Qualifizierung und Vernetzung an, um Erwerbskombinationen (z. B. hauswirtschaftliche Dienstleistungen) professionell aufzubauen und marktgerecht weiterzuentwickeln. In Bayern sind flächendeckend Hauswirtschaftliche Dienstleistungsunternehmerinnen tätig, die fachkompetent hauswirtschaftliche Dienstleistungen auch für Privathaushalte anbieten. Die Hauswirtschaftlichen Fachservices sind in einem Dachverband Hauswirtschaftliche Fachservice in Bayern e.V. organisiert. Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter, die von den ÄELF qualifiziert werden, unterstützen, aktivieren und begleiten ältere Menschen in ihrem täglichen Leben. Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter werden häufig über Wohlfahrtsverbände eingesetzt.

Mit der Übernahme von hauswirtschaftlich notwendigen Arbeiten können die pflegenden Haushaltsmitglieder in der Bewältigung des Alltags unterstützt werden. Auch der durch die Pflege von Menschen mit Demenz verursachte Mehraufwand an hauswirtschaftlichen Aufgaben, z.B. im Wäsche- oder Reinigungsbereich, kann leichter bewältigt werden. Die hauswirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmerinnen übernehmen den hauswirtschaftlichen Teil bei Verhinderungspflege.

Ziel ist es, dass die hauswirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmerinnen und Alltagsbegleiterinnen und Alltagsbegleiter über das notwendige Wissen zu Demenz verfügen und das Angebot an hauswirtschaftlichen Dienstleistungsunternehmerinnen weiter bekannt zu machen, so dass sie in Haushalten in denen Menschen mit Demenz betreut und gepflegt werden, die Pflegenden und die Betroffenen unterstützen können..

In Aufbauseminaren für Hauswirtschaftliche Dienstleistungsunternehmerinnen, die von den Ämtern für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten angeboten werden, werden Grundlagen der Demenz und der Umgang und die Kommunikation mit den Betroffenen und ihren Angehörigen durch Fachkräfte der Altenpflege vermittelt.

- **Teilstationäre Versorgungsangebote und Kurzzeitpflege**

Teilstationäre Versorgungsangebote und die Kurzzeitpflege sind ein wichtiger Baustein bei der Unterstützung pflegender Angehöriger. Das bestehende teilstationäre Angebot ist für Menschen mit Demenz oft nicht geeignet, da insbesondere demenziell erkrankte Menschen im fortgeschrittenen Stadium oder mit Weglauftendenz bzw. Sturzgefährdung in allgemeinen Wohnbereichen

vollstationärer Einrichtungen oder in solitären teilstationären Einrichtungen nicht hinreichend betreut und versorgt werden können. Hier müssen die Einrichtungskonzepte verstärkt an die Bedürfnisse dieser Zielgruppe angepasst werden.

Die Tages- und Nachtpflegeleistungen können sowohl in solitären teilstationären Pflegeeinrichtungen als auch „eingestreut“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen angeboten werden. Der Schwerpunkt der teilstationären Pflege in Bayern liegt dabei bei den „eingestreuten“ Pflegeplätzen.

Ziel ist es, teilstationäre Angebote der Tages- und Nachtpflege für Menschen mit Demenz weiter auszubauen und ihre Attraktivität zu steigern.

Die Verantwortung für eine ausreichende pflegerische Infrastruktur und somit auch für ein ausreichendes und auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgestimmtes Angebot im teilstationären Sektor liegt bei den Landkreisen und kreisfreien Städten im Rahmen ihres Seniorenpolitischen Gesamtkonzepts. Die Bayerische Staatsregierung setzt sich für den Ausbau teilstationärer Angebote ein, die für Menschen mit Demenz geeignet sind. Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel wird die Einführung modellhafter teilstationärer Pflegekonzepte gefördert, die sich z.B. um die Betreuung so genannter weglaufgefährdeter demenziell erkrankter älterer Menschen kümmern.

Für die Umsetzung entsprechender Einrichtungskonzepte ist die personelle Ausstattung der teilstationären Einrichtung von großer Bedeutung. Die Bayerische Staatsregierung begrüßt daher die durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (in Kraft getreten am 30. Oktober 2012) vorgenommene Ausweitung der Vorschrift zur Finanzierung zusätzlicher Betreuungskräfte (§ 87b SGB XI) auf den teilstationären Bereich.

Die teilstationären Angebote müssen nicht nur auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst, sondern die Inanspruchnahme von teilstationären Pflegeangeboten muss auch finanziell interessanter gestaltet werden. Ein erster Schritt hierzu wurde mit dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz getan. Die Kombinationsleistungen bei Inanspruchnahme von Tages- oder Nachtpflege mit Pflegesachleistungen bzw. Pflegegeld wurden erhöht und die Leistungen der Pflegeversicherung für Kurzzeitpflege wurden stufenweise angehoben.

Das am 30. Oktober 2012 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz geht diesen Weg konsequent weiter, in dem es Angehörigen, die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch

nehmen, in Zukunft das hälftige Pflegegeld auszahlt. Bislang führte die Inanspruchnahme von Kurzzeit- oder Verhinderungspflege zum Wegfall des Pflegegeldes.

Derzeit müssen Angebote der Tages- und Nachtpflege auch die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung zur Einrichtung und zurück enthalten. Dies führt dazu, dass ein steigender Anteil der Leistungsbeträge für Tages- und Nachtpflege durch Fahrtkosten aufgezehrt werden und nicht mehr für die eigentliche Inanspruchnahme der Betreuung zur Verfügung steht. Hier besteht Verbesserungsbedarf.

- **Mobile geriatrische Rehabilitation**

Die mobile geriatrische Rehabilitation ist eine Sonderform der ambulanten geriatrischen Rehabilitation, die bei den Patientinnen und Patienten zu Hause durchgeführt wird. Sie kommt für Patientinnen und Patienten in Frage, die erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen und einen komplexen Hilfebedarf haben. Dies sind z. B. Demenzpatientinnen und Demenzpatienten nach Stürzen, deren Rehabilitationsprognose nur in der vertrauten Umgebung positiv einzuschätzen ist. Die mobile geriatrische Rehabilitation wird durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung durchgeführt. Beim Ausbau der mobilen geriatrischen Rehabilitation muss darauf geachtet werden, dass die Zusammenarbeit und der Austausch mit den niedergelassenen Haus- und Fachärzten alltagstauglich und sachgerecht organisiert wird.

Seit 2007 besteht eine gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der mobilen geriatrischen Rehabilitation durch die Krankenkassen Bisher haben die Krankenkassen in Bayern mit einem Team zur mobilen geriatrischen Rehabilitation einen Versorgungsvertrag abgeschlossen (Stand: April 2013).

Ziel ist es deshalb, den Aufbau von Teams zur mobilen geriatrischen Rehabilitation zu unterstützen.

Um den Aufbau von Teams zur mobilen geriatrischen Rehabilitation zu beschleunigen, reicht das Bayerische Gesundheitsministerium ab 2012 eine Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 25.000 Euro pro Team aus.

- **Technikunterstütztes Wohnen (AAL)**

Neue innovative Technologien können einen Beitrag dazu leisten, älteren Menschen ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben in ihrer vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Unter „Ambient Assisted Living“ (AAL) werden Konzepte, Produkte und Dienstleistungen verstanden, die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden.

Nach wie vor sind die aktuell auf dem Markt existierenden Assistenzsysteme im Bereich Haustechnik, Kommunikationssysteme bis hin zu Vitalüberwachungssystemen noch unzureichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz ausgerichtet. Vor diesem Hintergrund gilt es Produkte zu entwickeln, die praxistauglich und bezahlbar sind. Dabei geht es nicht darum, pflegerische oder betreuerische Zuwendungen zu ersetzen, sondern die Arbeit der Angehörigen, Pflege- und Betreuungskräfte zu unterstützen.

Ziel ist es, Technologien zu entwickeln und anzuwenden, die für ältere Menschen mit Demenz im Alltag eine Unterstützung bieten.

Um den Aufbau und die Umsetzung zu unterstützen ist eine verstärkte Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren aus Politik, Gesundheit, Wohnungswirtschaft, Pflege, Handwerk, Wirtschaft sowie Forschung und Entwicklung unverzichtbar. Vor diesem Hintergrund ist die Durchführung entsprechender Symposien vorgesehen.

- **Neue Wohnformen**

Der Bereich Wohnen hat für Menschen mit Demenz eine zentrale Bedeutung. Neben den Möglichkeiten, im Alter zu Hause zu bleiben oder in ein Pflegeheim zu ziehen, haben sich zahlreiche weitere Wohnalternativen entwickelt, wie Seniorenwohngemeinschaften, intergenerative Wohnformen, ambulante Hausgemeinschaften, Betreutes Wohnen oder ambulant betreute Wohngemeinschaften.

Als eine besonders geeignete Wohnform für Menschen mit Demenz gelten ambulant betreute Wohngemeinschaften. Es ist eine neue Wohnform, die zwischen einem Leben mit Betreuung und Pflege in der angestammten Wohnung und einem Leben in stationären Pflegeeinrichtungen einzuordnen ist. Die maximal 12 hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, die in einer Wohnung in einer familienähnlichen Atmosphäre zusammen leben, organisieren die notwendige Unterstützung durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste selbst und entscheiden eigenverant-

wortlich über alle sie betreffenden Angelegenheiten. Falls die Betroffenen dazu nicht mehr in der Lage sind, werden diese Entscheidungen von Angehörigen oder gesetzlichen Betreuungspersonen getroffen. Ambulant betreute Wohngemeinschaften sind besonders auch für kleinere Gemeinden ein überlegenswertes Angebot, weil sie eine Alternative zu stationären Pflegeeinrichtungen darstellen und vor Ort integriert werden können. Aufgrund der Grundstruktur erscheinen sie in besonderer Weise geeignet, künftige Anforderungen an ein bedarfsgerechtes Wohnen für Menschen mit Demenz zu erfüllen. Aktuell existieren in Bayern 169 ambulant betreute Wohngemeinschaften (Stand 31.Dezember 2012).

Ziel ist es, sowohl eine quantitative Ausweitung als auch eine weitere Ausdifferenzierung von verschiedenen Wohnformen für Menschen mit Demenz zu unterstützen.

Um die bereits begonnene Entwicklung weiter voranzutreiben, wurde vom Bayerischen Sozialministerium im Jahr 2006 die Koordinationsstelle „Wohnen im Alter“ eingerichtet, die alle interessierten Akteure fachlich berät. Zudem werden im Rahmen der Förderrichtlinie „Neues Seniorenwohnen“ alternative Wohnformen mit jeweils maximal 40.000 Euro gefördert. Um die Öffentlichkeit für dieses wichtige Thema zu sensibilisieren veranstaltet das Bayerische Sozialministerium ab September 2012 regionale Aktionstage in allen Regierungsbezirken, in denen über Unterstützungsmöglichkeiten und Wohnformen für ältere Menschen (auch mit Demenzerkrankung) informiert wird. Bei allen Maßnahmen stellen insbesondere - die für Menschen mit Demenzerkrankung besonders relevanten - ambulant betreuten Wohngemeinschaften einen gewichtigen Bereich dar.

Die Fördervoraussetzungen in der Bayerischen Wohnraumförderung wurden bereits 2007 erweitert, um besondere Wohnformen individueller unterstützen zu können. Mit den Wohnraumförderungsbestimmungen 2012 wurden die Rahmenbedingungen weiter erleichtert. Besondere Wohnformen können nicht nur als Neubau von sozial geförderten Mietwohnungen, sondern auch im Bestand berücksichtigt werden. Zusätzlich bestehen für den Bestand sowohl im Rahmen des Bayerischen Modernisierungsprogramms als auch für einzelne Anpassungsmaßnahmen im bayerischen Wohnungsbauprogramm weitere Fördermöglichkeiten.

V. Stationäre Versorgung im Krankenhaus und in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation

Die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz stellt an die Verantwortlichen besondere Anforderungen. So kann jeder Ortswechsel und jeder Verlust vertrauter Betreuungs-

personen sich negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken und z.B. vermehrte Unruhe oder Weglauftendenzen zur Folge haben. Insbesondere Krankenhäuser und Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation müssen sich dieser Herausforderung stellen.

- **Ausbau der Altersmedizin (Geriatrie)**

Die Geriatrie umfasst nicht nur die körperlichen, sondern auch die geistigen, psychischen und sozialen Aspekte der älteren Menschen. Sie bezieht die Angehörigen mit ein. Ziel ist, die Selbstständigkeit und Selbsthilfefähigkeit der älteren Menschen möglichst lange zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Dieser umfassende Ansatz kommt insbesondere Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung zu Gute.

Entsprechend dem sozialpolitischen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ wurde im Rahmen des Bayerischen Geriatriekonzepts seit 1990 ein flächendeckendes Netz an wohnortnahen geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen aufgebaut.

Die geriatrische Rehabilitation steigert die Selbstständigkeit älterer Patientinnen und Patienten nachhaltig und führt dazu, dass über 80 % der Patientinnen und Patienten in ihre Wohnung zurückkehren und dort bleiben können (Quelle: Geriatrie in Bayern-Datenbank, Nachfolgestudie 2011, gefördert vom Bayerischen Gesundheitsministerium und der Bayerischen Landesstiftung). Die Geriatrie in Bayern-Datenbank, deren Aufbau in den Jahren 2000 - 2003 vom Bayerischen Gesundheitsministerium und der Bayerischen Landesstiftung finanziert wurde, überprüft laufend die Qualität und Wirksamkeit der geriatrischen Rehabilitation. Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung profitieren in erheblichem Maße von einer gezielten geriatrischen Rehabilitation, wenn auch in geringerem Umfang als Menschen ohne Demenz.

Die Anzahl älterer Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus wegen alterstypischer Mehrfacherkrankungen versorgt werden müssen, steigt stetig an. Daher hat das Bayerische Gesundheitsministerium im Jahr 2009 das Fachprogramm Akutgeriatrie erarbeitet. Ziel ist, älteren Menschen im Krankenhaus eine bedarfsgerechte altersmedizinische Behandlung anbieten zu können.

Akutgeriatrien ergänzen das bereits aufgebaute Netz der geriatrischen Rehabilitation. Sie werden sowohl in Ballungsgebieten als auch im ländlichen Raum aufgebaut und werden somit wesentlich zu einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung beitragen.

Derzeit (Stand 15. Oktober 2012) stehen insgesamt rund 4.200 Betten in der Geriatrie zur Verfügung, ca. 2.900 Betten im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und ca. 1.300 Betten in der Akutgeriatrie.

Ziel ist es, ein flächendeckendes Netz an wohnortnahen Einrichtungen der Geriatrie im rehabilitativen Bereich zu sichern und im akutstationären Bereich auszubauen.

Das Bayerische Gesundheitsministerium arbeitet intensiv an der Umsetzung des Fachprogramms Akutgeriatrie und dem Aufbau weiterer Angebote in Krankenhäusern. Von der spezifisch altersmedizinischen Behandlung profitieren auch Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung. Mindestens 53 Prozent der Patientinnen und Patienten in Akutgeriatrien leiden an kognitiven Einschränkungen[8].

Grundsätzlich können alle Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan aufgenommen sind, Akutgeriatrien einrichten. Sie müssen jedoch umfangreiche Qualitätskriterien erfüllen, wie z.B. ein geriatrisches Team vorhalten. Sind die Voraussetzungen erfüllt, werden Akutgeriatrien in den Bayerischen Krankenhausplan aufgenommen.

Das Gesundheitsministerium fördert darüber hinaus 2012 bis 2014 eine Studie der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern, die den Aufbau der Akutgeriatrie in Ergänzung zur vorhandenen geriatrischen Rehabilitationsstruktur wissenschaftlich begleitet und Impulse für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung gibt.

- **Versorgung im Allgemeinkrankenhaus**

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird sich die Zahl der Patientinnen und Patienten mit Nebendiagnose Demenz im Allgemeinkrankenhaus erhöhen.

Ein Krankenhausaufenthalt stellt für einen Menschen mit Demenz eine enorme Herausforderung dar. Diese Patientinnen und Patienten geraten durch das Fehlen vertrauter Bezugspersonen, die veränderte Umgebung und die ungewohnten Tagesstrukturen an ihre Grenzen. Dies führt zu belastenden Situationen für die Betroffenen, ihre Angehörigen und auch das Krankenhauspersonal.

[8] Quelle: Geriatrie-in-Bayern Datenbank, Auswertung Akutgeriatrien 2011

Ein Ziel ist es deshalb, die Versorgung von Menschen mit Demenz im Allgemeinkrankenhaus zu verbessern.

Eine Arbeitsgruppe des Expertenkreises Geriatrie[9] am Bayerischen Gesundheitsministerium hat sich der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankungen im Allgemeinkrankenhaus gewidmet. Sie hat 20 Empfehlungen für Krankenhausträger zur Betreuung dieser Patientengruppe erarbeitet, die 2011 veröffentlicht und an alle bayerischen Krankenhäuser verteilt wurden. Die Empfehlungen zeigen Möglichkeiten auf, wie belastende Situationen für die Patientinnen und Patienten, Angehörigen und das Krankenhauspersonal reduziert werden können. Neben der Fortbildung des Krankenhauspersonals beinhalten sie Maßnahmen zu Veränderungen in den Strukturen und Prozessen sowie zur baulichen Gestaltung. Ein großer Teil der empfohlenen Maßnahmen kann bereits kurzfristig ohne großen Aufwand im Rahmen der vorhandenen Ressourcen eines Krankenhauses umgesetzt werden. Das Bayerische Gesundheitsministerium begleitet die Umsetzung der Empfehlungen und fördert einzelne Projekte.

- **Dezentrale psychiatrische Krankenhausversorgung**

In der Psychiatrie werden Patientinnen und Patienten, deren Hauptdiagnose eine Demenz ist, behandelt. Um den Krankenhausträgern vor Ort möglichst hohe Gestaltungsspielräume zu eröffnen, sieht die bayerische Krankenhausplanung im Bereich der Psychiatrie lediglich eine Rahmenplanung vor. Planungsparameter sind Standort, Gesamtzahl der Betten und Plätze, Fachrichtungen sowie Versorgungsstufe der für die Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser. Subdisziplinen wie die Gerontopsychiatrie (Alterspsychiatrie) werden nicht gesondert beplant. Daher müssen grundsätzlich alle zugelassenen Krankenhäuser mit der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie sicherstellen, dass auch gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten versorgt werden können.

Im Rahmen der Dezentralisierung der psychiatrischen Großkrankenhäuser wurden Kapazitäten zur Schaffung dezentraler, wohnortnaher Versorgungseinheiten verlagert. Bei diesen Dezentralisierungsmaßnahmen wurde zudem die Integration psychiatrischer Einheiten in Allgemeinkrankenhäuser als tragender Grundsatz der Krankenhausplanung konsequent berücksichtigt. Dieser integrative Ansatz trägt dem häufigen Zusammentreffen von körperlichen und psychischen Er-

[9] Der Expertenkreis Geriatrie ist ein Gremium, das das Bayerische Gesundheitsministerium in allen Fragen der Altersmedizin berät. In ihm sind die Verbände und Institutionen, die sich mit der Altersmedizin in Bayern befassen, vertreten.

krankungen - gerade bei älteren Patientinnen und Patienten, wie z. B. Demenzpatientinnen und Demenzpatienten nach Stürzen - Rechnung.

Derzeit (Stand: 1. Januar 2013) stehen in Bayern in der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie 6.612 vollstationäre Betten und 965 tagesklinische Plätze an 56 Einrichtungen zur Verfügung.

Ziele sind in diesem Bereich, die dezentrale psychiatrische Krankenhausversorgung auszuweiten und die Versorgungsstrukturen, insbesondere zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Allgemeinkrankenhäusern, stärker zu vernetzen.

Im Bereich der stationären Schwerpunktversorgung, zu der auch die Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie gehört, liegt das krankenhausplanerische Augenmerk auf der sachgerechten Austarierung der Versorgung zwischen wohnortnahen Behandlungsmöglichkeiten und leistungsfähigen Versorgungseinrichtungen. Im Gegensatz zur stationären Grundversorgung sind kleinteilige Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die Schaffung und Erhaltung leistungsfähiger Vollversorgungseinrichtungen nicht zielführend. Die Rahmenplanung, die sich in Bayern bewährt hat, ermöglicht den Krankenhausträgern bei der Ausgestaltung der Behandlungsangebote eine große Bandbreite an Versorgungsmöglichkeiten und bietet so eine hohe Flexibilität bei der Behandlung gerontopsychiatrischer Patientinnen und Patienten, selbst an kleinen dezentralen Einheiten.

Aktuell stehen in mehreren psychiatrischen Bezirkskrankenhäusern Generalsanierungen an. Im Rahmen des fachlichen Prüfungsverfahrens für Krankenhausbaumaßnahmen kommt bereits bei der Bedarfsfeststellung der zukünftigen Kapazitäten neben der Schaffung wirtschaftlicher Strukturen und Stationsgrößen der Gewährleistung eines umfassenden Behandlungsangebots, das der Funktion der Bezirkskliniken als Vollversorgungseinrichtungen Rechnung trägt, besondere Bedeutung zu. Hiervon profitieren gerade auch Subdisziplinen wie die Gerontopsychiatrie.

Zusätzlich zu den bestehenden 56 stationären psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen werden weitere neun voll- und teilstationäre Einrichtungen entstehen.

Beim gemeinsamen Einkaufen stürzt Frau S. und klagt über große Schmerzen. Im Krankenhaus wird eine Schenkelhalsfraktur festgestellt. Frau S. muss dort bleiben und operiert werden. Nach der Operation werden die Angehörigen vom zuständigen Arzt mit den Worten begrüßt: „Ihre Mutter ist derart dement, eine Entlassung nach Hause ist nicht möglich, suchen sie schnellst möglichst ein Pflegeheim. Wenn Sie möchten, unterstützt Sie unser Sozialdienst.“

Frau T. ist schockiert. Als sie ihre Mutter nach der Operation besucht, erkennt diese sie nicht. - Frau T. möchte ihre Mutter nicht in ein Pflegeheim geben, aber es muss schnell eine Lösung - gefunden werden. Eine Rund-um-Pflege kann sie zuhause nicht mehr leisten. -
Bevor eine Lösung gefunden werden kann, kann Frau T. im nahe gelegenen Pflegeheim einen - Kurzzeitpflegeplatz bekommen. Sie möchte ihre Mutter dort jedoch nicht lassen und beginnt - sich zu erkundigen, was noch möglich ist. Nach längerer Suche hört sie von sogenannten „Demenz-WG´s“. -
Sie besucht eine in der Nähe und ist von der familiären Atmosphäre dort begeistert. Sie hat - Glück und bekommt für ihre Mutter einen Platz. Ihre Mutter fühlt sich mit der Zeit dort zusehends wohler und ihr gesundheitlicher Zustand verbessert sich wieder. Auch ist Frau T. froh, - dass sie sich dort so einbringen kann und ihre Mutter so oft viel sehen und unterstützen kann. - Das erleichtert ihr Gewissen sehr. -

VI. Stationäre Versorgung und Betreuung in Pflegeeinrichtungen

Menschen mit Demenz fühlen sich in ihrer vertrauten Umgebung am sichersten. Die Angehörigen stoßen allerdings oft an ihre Grenzen, wenn Pflege und Betreuung rund um die Uhr notwendig werden. Demenzielle Erkrankungen stellen deshalb mittlerweile den häufigsten Grund für einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung dar und bieten hier eine Alternative zur häuslichen Versorgung.

Von den Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen leiden 60-80 % an einer Demenzerkrankung. Die betreffende Diagnose wird jedoch in ca. 50% der Erkrankungsfälle nicht gestellt[10]. Dies führt in zweierlei Hinsicht zu Problemen: Zum Einen können die Erkrankungen oftmals nicht fachgerecht therapiert werden, zum Anderen wird hierdurch die Qualität der pflegerischen Versorgung insgesamt beeinträchtigt.

- **Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen**

Der aktuelle Bedarf an stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern ist im Durchschnitt gedeckt. Statistische Erhebungen zeigen, dass am 15. Dezember 2010 von rd. 129.000 Einrichtungsplätzen rd. 10.500 Plätze nicht bewohnt waren (Auslastungsquote von rd. 91,8%). Auch für die

[10] vgl. Sauerbrey: Defizite der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen, S. 21

Zukunft ist Bayern gut gerüstet. Bei gleich bleibender Versorgungsquote der Pflegebedürftigen in stationären Pflegeeinrichtungen von 33,3 Prozent und einem angenommenen gleich bleibenden durchschnittlichen Zuwachs an stationären Plätzen in den letzten sechs Jahren in Höhe von rd. 1.600 Plätzen pro Jahr werden weiterhin ausreichend stationäre Pflegeplätze zur Verfügung stehen.

Den in der Fachwelt diskutierten verschiedenen Zukunftsszenarien ist nicht nur die Notwendigkeit eines Fortbestands der vorhandenen, wohnortnahen Pflegeplätze gemein, sondern auch die Erweiterung der Dienstleistungspalette der Leistungserbringer. Diese sollte sich künftig von ambulanten Einrichtungen mit breitgefächerten Angeboten über ambulante Wohnformen bis hin zu möglichst kleinen teil- und vollstationären Einrichtungen erstrecken. Dabei müssen die besonderen Bedürfnisse der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen wie z.B. Weglauf- bzw. Hinlauftendenzen, herausforderndes Verhalten einbezogen werden.

Auch für die Zukunft ist davon auszugehen, dass sowohl durch den Wettbewerb der verschiedenen Einrichtungsträger im Pflegesektor als auch durch die Mechanismen des Marktes innovative, konzeptionell zukunftsweisende und insbesondere auf die Bedürfnisse der demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner ausgerichtete Einrichtungen entstehen.

Ziel ist es, die notwendige Investitionstätigkeit der Träger der stationären Pflegeeinrichtungen durch zinsgünstige Darlehen zu unterstützen.

Hierzu reicht die Bayerische Landesbodenkreditanstalt zinsgünstige Darlehen für die Modernisierung und den Ersatzneubau von stationären Pflegeeinrichtungen aus, die mit Staatsbürgschaften abgesichert sind. So wurden von Oktober des Jahres 2007 bis Ende Juni des Jahres 2012 rd. 84,7 Mio. Euro an Darlehensmitteln gewährt.

- **Außenanlagen als Beitrag zur Lebensqualität**

Auch die Gestaltung evtl. vorhandener Außenanlagen und die gezielte Aktivierung der demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner können zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Speziell für Menschen mit Demenz angelegte Gärten verbessern die Gesundheits- und Lebensqualität von Menschen mit Demenz. Aktivitätsfördernde Angebote wie Reizsetzungen durch intensive Aromen, Tast-, Klang- und Bewegungsmodule tragen dazu bei, Menschen mit Demenz in ihrer Wahrnehmung und Kognition zu fördern und basal zu stimulieren. Mit Hilfe von Erinnerungsstücken können Blick- und Orientierungspunkte geschaffen und Gesprächsanreize gesetzt werden. Soweit die Bewohnerinnen und Bewohner dazu noch in der

Lage sind, können ihnen bei der Pflege der Gärten Aufgaben übertragen und damit ihr Selbstwertgefühl gestärkt werden. Rundwege ermöglichen es den Menschen mit Demenz, die im Krankheitsverlauf oft einen ausgeprägten Bewegungsdrang entwickeln, sich ungehindert zu bewegen. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit solchen speziellen Demenzgärten nutzen immer mehr Pflegeeinrichtungen ihre Außenanlagen für solche Zwecke. Ein direkter Zugang aus dem Wohnbereich ist dabei außerordentlich hilfreich.

Bei der Planung von neuen Pflegeeinrichtungen bzw. bei der Modernisierung von bestehenden Pflegeeinrichtungen sollte insgesamt verstärkt darauf geachtet werden, dass die beschützenden Abteilungen stets einen Zugang zu einem Demenzgarten oder – wenn ein solcher nicht vorhanden ist – wenigstens zu einer Freifläche haben.

Auch bei der architektonischen Gestaltung bzw. Modernisierung von Einrichtungen müssen die Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen noch besser berücksichtigt werden. So sollten in Zukunft verstärkt Orientierungshilfen, z.B. durch die farbliche Gestaltung von Wänden oder Wegweisern, gegeben werden (z.B. Türen, durch die Bewohnerinnen und Bewohner nicht gehen sollten, könnten in Wandfarbe gestrichen werden):

Ziel ist es, Pflegeeinrichtungen bei der Einrichtung von Demenzgärten zu unterstützen.

Bereits bisher wurden solche Demenzgärten als modellhafte Projekte z.B. durch Zuschüsse der Bayerischen Landesstiftung finanziell gefördert. Besonders innovative Konzeptionen haben auch weiterhin die Möglichkeit, bei der Umsetzung finanzielle Unterstützung z.B. durch die Bayerische Landesstiftung zu erhalten.

- **Neue Betreuungsformen/stationäre Hausgemeinschaften**

Insbesondere die konzeptionelle Ausrichtung der Pflegeeinrichtungen stellt eine Herausforderung dar. Der Anteil an demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen beläuft sich auf 60 – 80 Prozent. Für die Betreuung und Versorgung ist nicht nur speziell fortgebildetes Personal notwendig. Vielmehr müssen sich auch die Konzepte der Einrichtungen, angefangen von der Essens- und Getränkeversorgung über die Soziale Betreuung bis hin zur Betreuung und Versorgung der schwerst demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner verstärkt auf diese Anforderungen einstellen.

Ein wesentliches Element neuer Wohnkonzepte ist die Aktivierung der Bewohnerinnen und Bewohner durch deren Einbeziehung in die alltäglichen hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Haus-

wirtschaftliche Leistungen finden nicht mehr ausschließlich in zentral dafür vorgesehenen Einrichtungen wie Kantine oder Wäscherei statt, sondern werden dezentral in den Wohngruppen erbracht.

Hauswirtschaftliche Aktivitäten prägen die Alltagsgestaltung, die Tagesstruktur und den Lebensrhythmus und bieten eine Fülle von Möglichkeiten, demenziell erkrankte Personen zu beteiligen, zu aktivieren und zu fördern.[11] Die stärkere Dezentralisierung hauswirtschaftlicher Leistungen bedingt jedoch auch eine stärkere Dezentralisierung der hauswirtschaftlichen Verantwortung. Voraussetzungen für das Gelingen derartiger Wohnmodelle sind folglich die Sicherstellung hauswirtschaftlicher Fachkompetenz auf allen Versorgungsebenen sowie eine enge Zusammenarbeit von Pflege und Hauswirtschaft auf Basis eines gut definierten Nahtstellenmanagements.

In einem vom Bayerischen Landwirtschaftsministerium in Abstimmung mit dem Bayerischen Sozialministerium in Auftrag gegebenen Gutachten zur Optimierung der Leistungen und Arbeitsabläufe in stationären Hausgemeinschaften unter besonderer Beachtung der hauswirtschaftlichen Leistungserbringung wurden u.a. Einflüsse hauswirtschaftlicher Versorgung und Betreuung auf demenziell erkrankte Personen untersucht. Einrichtungen, die eher pflegeorientiert arbeiten und dementsprechend einen höheren Anteil an pflegerischem Personal aufweisen, zeigten sich stärker versorgungs- bzw. defizitorientiert. In Einrichtungen mit stärker hauswirtschaftlich orientiertem Personal in den Wohngruppen traten Anleitung und Motivation und somit Selbständigkeit und Selbstbestimmung stärker in den Vordergrund.[12]

Bei den Betreuungskonzepten kann zwischen integrativen, teilsegregativen und segregativen Konzepten unterschieden werden.

Bei einer integrativen Betreuung erfolgt die Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter Menschen gemeinsam mit nicht an Demenz leidenden Bewohnerinnen und Bewohnern. Eine teilsegregative Betreuung hingegen bedeutet, dass Menschen mit Demenz zwar grundsätzlich mit Bewohnerinnen und Bewohnern ohne Demenzerkrankung in einem Wohnbereich zusammen leben, tagsüber aber für eine bestimmte Zeitspanne in einer speziellen Gruppe nur für Menschen mit Demenz betreut werden. Im Rahmen der segregativen Betreuung geht man davon aus, dass Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Demenzerkrankung besondere psycho-

[11] Deutsche Gesellschaft für Hauswirtschaft (DGH): „Den Alltag leben“, Februar 2012

[12] Knäpple: Optimierung der Leistungen und Arbeitsabläufe in stationären Hausgemeinschaften unter besonderer Beachtung der hauswirtschaftlichen Leistungserbringung, März 2011

soziale Bedürfnisse haben, die eine von anderen Bewohnergruppen (ohne Demenzerkrankung) getrennte, spezielle Versorgung (Special Care Unit) erforderlich machen.[13]

Ziel ist es, dass jetzt und in Zukunft der Bedarf an speziellen Angeboten für Menschen mit Demenz gedeckt werden kann.

Trotz des Für und Wider der jeweiligen Betreuungsformen zeigt die pflegerische Praxis, dass die besonderen psychosozialen Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner (z.B. Beschäftigung, Integration, Identität) im Rahmen segregativer Betreuungsformen besser berücksichtigt werden können, als in integrativen Betreuungskonzepten. Nach Auffassung des Bayerischen Sozialministeriums ist die Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse der demenziell erkrankten Menschen am ehesten in segregativen Wohn- bzw. Betreuungsformen möglich, also Wohnformen wie z.B. Pflegeoasen oder stationäre Hausgemeinschaften, in denen die Bewohnerinnen und Bewohner ihren besonderen Bedürfnissen und der jeweiligen Ausprägung ihrer Erkrankung entsprechend betreut und versorgt werden. Um die Umsetzung dieser Konzepte zu unterstützen, wird die Einführung modellhafter Konzepte z.B. im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung entsprechend der vorhandenen Haushaltsmittel staatlich gefördert werden.

In einer klassischen stationären Hausgemeinschaft sind sogenannte Präsenzkräfte für eine überschaubare Anzahl von Bewohnerinnen und Bewohnern verantwortlich. Pflegekräfte, die wie ein ambulanter Dienst organisiert sind, werden bei Bedarf hinzugezogen. Die Bewohnerinnen und Bewohner sollen ihren Wünschen entsprechend so weit wie möglich ihren normalen Lebensalltag fortführen können und in die anfallenden hauswirtschaftlichen Aufgaben eingebunden werden. Um zu einer stärkeren Verbreitung dieser Wohnform beizutragen, werden staatliche Fördermittel z.B. für die wissenschaftliche Begleitung bei der Einführung einer stationären Hausgemeinschaft zur Verfügung gestellt werden.

- **Pflegeoasen bei fortgeschrittener Demenz**

Die stationären Einrichtungen weisen gerade im Schwerstpflegebereich vermehrt Bewohnerinnen und Bewohner auf, die nicht nur somatisch, sondern auch schwerst an Demenz erkrankt sind. Eine gemeinsame Betreuung mit anderen Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern ist dann nur ansatzweise gegeben, da die Betroffenen oft die meiste Zeit des Tages in ihrem Zimmer

[13] Besondere und traditionelle stationäre Betreuung demenzkranker Menschen im Vergleich; S. Weyerer et al.; S. 3; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38:1-10 (2005); Steinkopff Verlag

verbringen und deshalb häufig von sozialen Kontakten isoliert sind. Eine Verbesserung der Lebenssituation würde bei gleich bleibenden personellen Voraussetzungen durch eine Änderung der Betreuungsform geschaffen werden. Hier setzt die Konzeption der so genannten Pflegeoase an. In einer Pflegeoase, in der in der Regel bis zu acht Bewohnerinnen und Bewohner leben, befinden sich Bewohnerinnen und Bewohner

- mit einer weit fortgeschrittenen Demenz in ihrer letzten Lebensphase,
- die nicht mehr mobil sind, ihre verbalen Kommunikationsmöglichkeiten weitgehend verloren haben und körperlich stark geschwächt sind,
- bei denen zudem erhebliche Beeinträchtigungen beim Essen und Trinken vorliegen,
- für die ein außergewöhnlich hoher pflegerischer und behandlungspflegerischer Aufwand - signifikant ist, -
- die in der Regel bereits seit längerem in der Einrichtung leben und in einer Pflegeoase integrierbar sind. -

Hinsichtlich der baulichen Vorgaben der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz bedeutet die Einrichtung einer Pflegeoase in der Regel eine Anordnung von 1- und 2-Bettzimmern um einen Gemeinschaftsraum herum. Differenziert werden bislang drei Oase-Typen sowie eine Mischform aus verschiedenen Typen:

Pflegeoase als Tagesbetreuung	Pflegeoase auf Zeit	Pflegeoase auf Dauer
Die Zusammenführung von Personen über den Tag hinweg ist eine Weiterführung des Wohngemeinschaftskonzeptes mit Bewohnerinnen und Bewohnern im schwersten Demenzstadium. Die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt konzeptionell nach denselben Konzepten wie in den anderen Oasentypen. Es werden kommunikative Interaktionsformen eingesetzt. Der Raum ist mit einem Farb- und Lichtkonzept ausgestattet und unterstützt die Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Orientierung. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind homogen zusammengesetzt.	Bewohnerinnen und Bewohner eines Wohnbereiches oder auch von einer oder mehreren Wohngruppen nutzen gemeinsam den Gemeinschaftsbereich auf vorher festgelegte Dauer (z.B.10 Tage). Danach wechseln sie mit anderen Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Bereich. Das Einzel- (oder Doppel-)zimmer bleibt erhalten. Eine genaue Beobachtung erlaubt eine Einschätzung über die Aufnahme dieser Konzeption bei den Bewohnerinnen und Bewohnern. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind homogen zusammengesetzt.	Dieser Typ stellt den Kerngedanken einer Pflegeoase dar und ist Wohn- und Lebensbereich für bis zu acht Bewohnerinnen und Bewohner auf Dauer. Neben dem Gemeinschaftsraum gehören weitere Räume wie Einzel- und Doppelzimmer zu dieser Oasenform. Darüber hinaus können dort eine Küche/Kochnische, ein Pflegebad und ein Personalbereich angesiedelt sein. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind homogen zusammengesetzt.

Nach Auffassung des Bayerischen Sozialministeriums stellt die Pflegeoase auf Dauer den Kerngedanken dieser Wohnform dar. Jede Pflegeeinrichtung muss jedoch für sich entscheiden, welche Form die für sie Passende ist. Sodass den Pflegebedürftigen auch in Zukunft ein möglichst breit gefächertes Angebot zur Verfügung steht.

Ziel ist, dass diese Wohnform in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten wird.

Hierzu kann die Einführung der Konzepte einer Pflegeoase in einer stationären Pflegeeinrichtung modellhaft im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel gefördert werden.

- **Ganzheitliche Aktivierungstherapie**

Innovativer Ansatzpunkt bei der Betreuung und Versorgung der demenziell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner sind ganzheitliche Aktivierungen. So kann eine ganzheitliche Aktivierungstherapie günstige Auswirkungen auf die kognitiven und alltagspraktischen Fähigkeiten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben. Dabei ist das Projekt „MAKS aktiv“, welches Herr Prof. Dr. E. Gräßel in Kooperation mit der Diakonie Neuendettelsau begründet hat, besonders hervorzuheben. MAKS steht für **m**otorische, **a**lltagspraktische, **k**ognitive und **s**pirituelle **Aktiv**ierungstherapie für Menschen in Pflegeheimen, die von Gedächtnisstörungen betroffen sind. Im Rahmen einer Studie über die Wirksamkeit zu MAKS aktiv konnte herausgearbeitet werden, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Fähigkeiten während des Beobachtungszeitraums erhalten konnten, während die Fähigkeiten bei Personen, die nicht an der Aktivierungstherapie teilnahmen, entsprechend dem Fortschreiten der chronischen Erkrankung nachließen. Zudem gibt es Hinweise, dass die Wirkungen eines Aktivierungsprogramms ebenso gut sein könnten wie bei modernen Arzneimitteln zur Behandlung von Demenzen.

Ziel ist es, u.a. diese innovative Therapie in die Fläche zu tragen und auch auf diesem Weg zu einer Verbesserung der Lebensqualität der demenziell erkrankten Menschen beizutragen.

Hierzu ist eine Modellförderung durch das Bayerische Sozialministerium bei der Einführung des Programms in den Betrieb der stationären Einrichtung im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel denkbar.

- **Zusätzliches Betreuungspersonal**

Um die Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen zu verbessern, wurde den stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (2008) ein Anspruch auf Finanzierung zusätzlichen Betreuungspersonals für Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf eingeräumt (§ 87b SGB XI). Sog. Betreuungsassistentinnen und Betreuungsassistenten kümmern sich speziell um die sozialen Bedürfnisse der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Pflegeheim. Aufgabe der zusätzlichen Betreuungskräfte ist es, die betroffenen Heimbewohnerinnen und Heimbe-

wohner zu Alltags- und Freizeitaktivitäten (z.B. Basteln, Spiele, Spaziergänge, Bewegungsübungen) zu motivieren und sie dabei zu betreuen und zu begleiten.

Die gesetzlich eröffneten Möglichkeiten zur Verbesserung der Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen wurden von Einrichtungsträgern und Pflegekassen in Bayern sehr gut angenommen. Fast 79 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern setzen zusätzliches Betreuungspersonal ein (Stand 2. April 2012).

Dabei profitieren nicht nur die Pflegebedürftige mit einer Demenzerkrankung, sondern auch die Pflegekräfte von dem Einsatz zusätzlicher Betreuungskräfte in Pflegeheimen. Die Zusammenarbeit zwischen Betreuungs- und „normalen“ Pflegekräften wird von beiden Seiten als bereichernd empfunden. Dies ergab ein aktuelles Gutachten des IGES-Instituts Berlin. Die Betreuungskräfte werden der Studie zufolge als große Unterstützung und Entlastung im Pflegealltag empfunden, durch die zusätzlichen Helferinnen und Helfer habe sich die Versorgung der Pflegebedürftigen insgesamt verbessert. Die Pflegebedürftigen mit einer Demenzerkrankung seien zufriedener und aktiver als früher.

Ziel für die Zukunft muss es sein, verstärkt darauf zu achten, dass zusätzliche Betreuungskräfte ihrem originären Aufgabenbereich entsprechend beschäftigt werden und nicht regelhaft in grundpflegerische Tätigkeiten, z.B. beim Waschen, Ankleiden oder Speisen verabreichen, eingebunden werden.

Das Bayerische Sozialministerium wird sich daher weiterhin dafür einsetzen, dass im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA) dem tatsächlichen Einsatzbereichen der zusätzlichen Betreuungskräfte ein besonderes Augenmerk geschenkt wird.

- **Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen**

Jede Überführung von einer Pflegeeinrichtung in ein Krankenhaus der Regelversorgung oder auch bereits ein Arztbesuch außerhalb der Einrichtung ist für einen Menschen mit Demenz eine zusätzliche und destabilisierende Herausforderung, weil er seine Bezugspflegekraft vermisst, sein Orientierungsvermögen noch weiter beeinträchtigt wird und die Arztpraxen bzw. die Akutstationen in den Krankenhäusern noch nicht immer auf die multimorbiden und gerontopsychiatrischen Patientinnen und Patienten eingerichtet sind.

Es existieren verschiedene Kooperationsmodelle, die den Komplex der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen beinhalten. So integrieren die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns entwickelten geriatrischen Praxisverbünde gem. § 73c SGB V im Rahmen der fachärztlichen Versorgung auch Neurologinnen und Neurologen und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und gewährleisten, dass die beteiligten Ärztinnen und Ärzte regelmäßig geriatrisch fortgebildet werden. Die auf § 140a Abs 1 S.1 SGB V basierenden AOK-Pflegenetze binden Krankenhäuser in ihr Versorgungssystem ein, die in Kooperation mit den zuständigen Hausärztinnen und Hausärzten und der jeweiligen Einrichtung ebenfalls die Betreuung an Demenz erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner gewährleisten.

Neben den bereits genannten Kooperationsmodellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie der AOK Bayern existieren noch zahlreiche weitere Versorgungsmodelle, etwa Kooperationsvereinbarungen zwischen Pflegeeinrichtungen und bestimmten Fachärzten (hier insbesondere mit Neurologinnen und Neurologen und Psychiaterinnen und Psychiatern) nach § 119 b SGB V. Des Weiteren arbeiten Einrichtungen verstärkt mit Klinikambulanzen zusammen, um insbesondere durch einen Psychiatrischen oder Neurologischen Konsiliardienst die Versorgung an Demenz erkrankter Menschen zu sichern. Diese gelungenen Ansätze müssen in die Öffentlichkeit getragen werden, damit auch Einrichtungen, in denen die ärztliche Versorgung an Demenz erkrankter Bewohnerinnen und Bewohner derzeit weniger gut funktioniert, hiervon profitieren können.

Ziel ist es, darauf hinzuwirken, dass allen an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen eine umfassende ärztliche Versorgung, die die verfügbaren Therapien nutzt und auf die speziellen Bedürfnisse Rücksicht nimmt, zuteil wird, um Krankenhauseinweisungen möglichst zu vermeiden.

Das Bayerische Sozialministerium moderiert derzeit unter Beteiligung des Bayerischen Gesundheitsministeriums die Arbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“. In der Arbeitsgruppe vertreten sind Leistungserbringer, Krankenkassen und die Ärzteschaft. Die Zielsetzung besteht darin, einen gemeinsamen Leitfaden von Sozial- und Gesundheitsministerium zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen zu entwickeln. Zur Vorbereitung wurde eine von der TU München (Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum Rechts der Isar) durchgeführte Studie in Auftrag gegeben. Als Ergebnis ist ein Kriterienkatalog zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen entstanden, der Best-Practice-Beispiele sowie Zielkriterien für eine gelungene ärztliche Versorgung enthält. Dazu wurden durch eine Studie der TU München in diesem Zusammenhang Beispiele und Kriterien herausgearbeitet, die für eine gelungene ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen maßgeblich sind.

Die Ergebnisse der durch die Arbeitsgruppe „Ärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen“ beauftragten Studie werden eine Grundlage für den zu entwickelnden Leitfaden darstellen.

- **Qualitätssicherung**

Einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen leisten die bei den Landratsämtern und kreisfreien Städten angesiedelten Fachstellen für Pflege- und Behindertenеinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA). Sie überprüfen z.B. die Einhaltung der verpflichtenden Quoten für gerontopsychiatrisch qualifizierte Fachkräfte in einer stationären Einrichtung, die in die Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz aufgenommen wurden. Bei der Qualitätssicherung stehen in der Regel die Bewohnerinnen und Bewohner im Vordergrund, die ihre Bedürfnisse nicht mehr selbst zielgerichtet äußern können.

Ziel ist es, die eingesetzten gerontopsychiatrisch qualifizierter Fachkräfte weiter fortzubilden.

In der Ausführungsverordnung zum Pflege- und Wohnqualitätsgesetz sind die Qualifikationsinhalte der gerontopsychiatrischen Fort- und Weiterbildung festgelegt. Die Umsetzung dieser Schulungen wird auch zukünftig durch staatliche Fördermittel unterstützt.

Frau S. fühlt sich sichtbar wohl in der betreuten Wohngemeinschaft. Trotz allem schreitet die Demenzerkrankung voran und über die Jahre verschlechtert sich der Zustand von Frau S. zusehends. Ihre körperliche Beweglichkeit nimmt immer weiter ab und auch Essen und Trinken werden immer schwieriger. Die Pflegepersonen und die Angehörigen bemühen sich, ihr Essen und Trinken bedürfnisgerecht zuzubereiten und zu geben, aber irgendwann liegt Frau S. nur noch im Bett und verweigert die Nahrungsaufnahme.
Die Tochter wird von den betreuenden Pflegekräften angesprochen, dass entschieden werden muss, was passiert. Soll die Mutter ins Krankenhaus verlegt werden, um eine Magensonde zu erhalten oder gibt es andere Alternativen?
Nach der Stellung der Diagnose im Frühstadium der Erkrankung hatte sich die Mutter von einem befreundeten Rechtsanwalt beraten lassen und ihre Angelegenheiten umfassend geregelt. Sie hatte ihrer Tochter eine Vorsorgevollmacht erteilt und in einer Patientenverfügung festlegt, ob sie bei konkret beschriebenen Krankheitszuständen bestimmte medizinische Maßnahmen wünsche oder ob sie unterlassen werden sollten. Sie hatte sich in ihrer Patientenverfügung eindeutig gegen die Versorgung über eine Magensonde ausgesprochen.

Die Tochter entscheidet, dass die Mutter in der Wohngemeinschaft bleiben soll und bemüht sich zunächst um die notwendige Unterstützung, um ihre Mutter mit Nahrung zu versorgen.
Frau S. hat aber keinen Lebenswille mehr und die Bemühungen scheitern. Auf Anraten der hauptamtlichen Pflegekräfte in der Wohngemeinschaft wendet sich Frau T. an den örtlichen Hospizverein. Dort wird ihr geraten, mit dem Hausarzt von Frau S. zu sprechen, ob er sie im Sterbeprozess medizinisch begleiten würde und es wird ihr angeboten, ihr einen ehrenamtlichen Hospizhelfer an die Seite zu stellen, der besonders für die Sterbebegleitung von Menschen mit Demenz geschult ist. Frau T. ist dankbar über die Hilfe und nimmt das Angebot der Unterstützung gerne an. Auch der Hausarzt erklärt sich bereit, Frau S. zu begleiten und ihr notfalls notwendige und schmerzlindernde Medikamente zu verabreichen. Frau T. ist bei ihrer Mutter, so oft sie kann. Ansonsten kümmern sich der ehrenamtliche Helfer und die Pflegekräfte fürsorglich. In Zweifelsfällen kann sie den Arzt kontaktieren. Zwei Wochen später schläft Frau S. friedlich für immer ein. Ihre Tochter ist bei ihr.

VII. Sterbebegleitung

In der öffentlichen Diskussion nimmt vielfach die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz breiten Raum ein. Das Sterben der Betroffenen wird bisher nur selten thematisiert. Da bei diesen Patientinnen und Patienten die Möglichkeiten, autonom und selbstbestimmt zu handeln, stark eingeschränkt sind, ist eine mitfühlende und sensible Sterbebegleitung von Bedeutung, die die mit dieser Erkrankung einhergehenden besonderen Bedürfnisse berücksichtigt. Neben der reinen Sterbebegleitung sollte daher eine integrative Palliative Care Betreuung schon zu einer frühen Phase auch bei Menschen mit Demenz an Bedeutung gewinnen. Hospizarbeit und Palliative Care sind geprägt von mitmenschlicher Zuwendung und ermöglichen den Patientinnen und Patienten eine umfassende Versorgung.

Die Bayerische Staatsregierung setzt sich seit vielen Jahren für den Aufbau der Hospiz- und der Palliativversorgung ein. Das Bayerische Sozialministerium hat 2011 gemeinsam mit dem Bayerischen Gesundheitsministerium das bundesweit erste umfassende Rahmenkonzept zur Hospiz- und Palliativversorgung veröffentlicht. Das Konzept ist Kompass für den weiteren zielgerichteten Ausbau der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Bayern.

Der interdisziplinär zusammengesetzte Expertenkreis „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ hat die nun vorliegende Ethische Handlungsorientierung in der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt, denn gerade am Ende des Lebens rückt die ethische und spirituelle Dimension unseres Daseins mehr und mehr in den Mittelpunkt. Menschen, die sich als Ehrenamtliche, Pro-

fessionelle, Familienangehörige oder Freunde dazu entschließen, Menschen mit oder ohne Demenz auf ihrem letzten Lebensweg zu begleiten, erhalten hier fachübergreifend zu ethischen und spirituellen Fragen eine Handreichung.

Die der Hospiz- und Palliativversorgung zugrunde liegende ethische Haltung betrifft in ganz besonderem Maß die Sterbebegleitung von an Demenz erkrankten Menschen.

- **Ambulante Hospiz- / Palliativversorgung**

Viele schwerstkranke und sterbende Menschen möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Auch wenn Menschen mit Demenz ihre Wünsche unter Umständen nicht mehr explizit äußern können, muss deren (mutmaßlicher) Wille im Vordergrund stehen. Zudem ist es vielfach Wunsch der Angehörigen, den Patientinnen und Patienten ein Sterben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen. Es ist gerade für Menschen mit Demenz wesentlich, am Ende ihres Lebens in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können und nicht zusätzlich dem Stress eines Wechsels ihres gewohnten Umfeldes und der gewohnten Betreuungspersonen ausgesetzt zu werden. Unterstützung hierbei bieten die ambulante Hospiz- sowie die ambulante Palliativversorgung.

In einem späten Stadium der Demenzerkrankung kann die Möglichkeit zur intellektuellen Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterbeprozess stark eingeschränkt sein. Vielmehr wächst die Bedeutung des Spürens und Fühlens. Es ist daher eine besondere Herausforderung für die Hospizhelferinnen und Hospizhelfer, sowie die an der palliativen Versorgung beteiligten Fachkräfte, sowohl die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz im Sterbeprozess zu ermitteln, zu verstehen und achtsam damit umzugehen, als auch den Angehörigen in dieser Situation beizustehen. Deshalb ist der Umgang mit demenzerkrankten Sterbenden bereits Teil der Grundausbildung der Hospizhelferinnen und Hospizhelfer und der Qualifizierungskurse in Palliative Care.

Die ambulante Palliativversorgung versorgt die Patientinnen und Patienten in ihrer häuslichen Umgebung. Sie wird zum Einen durch Haus- und Fachärzte und ambulante Pflegedienste in Zusammenarbeit mit Hospizvereinen als Allgemeine Ambulante Palliativversorgung, zum Anderen durch spezialisierte Teams aus Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachkräften als Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung für besonders aufwändig zu versorgende Patientinnen und

Patienten erbracht. Die Zuständigkeit für die ambulante Palliativversorgung liegt bei der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen.[14]

Ziel ist es, die ambulante Palliativversorgung zu stärken und die ambulante Hospizversorgung flächendeckend auszubauen und dabei besonderes Augenmerk auf die notwendige Qualifikation für die Bedürfnisse sterbender und schwerstkranker Menschen mit Demenz zu legen.

In Bayern gibt es rund 120 Hospizvereine mit 25.000 Vereinsmitgliedern. Etwa 5.800 aktive und qualifizierte ehrenamtliche Hospizhelferinnen und Hospizhelfer leisten ca. 225.000 Einsatzstunden bei jährlich ca. 10.000 Sterbebegleitungen.

Eine Förderung der ambulanten Hospizdienste durch das Bayerische Sozialministerium erfolgt über die Bayerische Stiftung Hospiz mit jährlich rund 100.000 Euro. Im Jahr 2012 wurden von den Krankenkassen 86 ambulante Hospizdienste mit rd. 4,3 Mio. Euro gefördert.

Zudem hat das Bayerische Sozialministerium das Bayerische Hospiz- und Palliativbündnis initiiert, welches im September 2010 seine Arbeit aufgenommen hat. Die Geschäftsstelle des Bündnisses wird durch das Bayerische Sozialministerium mit rund 10.000 Euro/Monat gefördert. Derzeit besteht die Kooperation aus acht Partnern: dem Bayerischen Hospiz- und Palliativverband e.V., dem Landes-Caritasverband Bayern e.V., dem Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, dem Bayerischen Roten Kreuz, dem Landesverband der Arbeiterwohlfahrt Bayern, dem Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Bayern und dem Fachverband der Evangelischen Altenhilfe. Weitere Partner sollen folgen.
Das Bayerische Gesundheitsministerium unterstützt seit 2010 Teams zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung mit einer Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 15.000 Euro pro Team. Die Förderung ist bundesweit einzigartig und hat den Aufbau von Teams beschleunigt. Sie tragen dazu bei, dass auch Menschen mit Demenz, die zugleich eine besonders aufwändige Palliativversorgung benötigen, in ihrer letzten Lebensphase in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

Eine Expertenarbeitsgruppe erarbeitet derzeit unter Leitung des Gesundheitsministeriums Empfehlungen zur Stärkung der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung.

---

[14] Die Selbstverwaltung wird durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztlichen bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen wahrgenommen.

- **Stationäre Hospiz- / Palliativversorgung**

Derzeit gibt es in Bayern daneben 14 vom Bayerischen Sozialministerium mit Investitionsförderung aufgebaute stationäre Hospize mit insgesamt 142 Plätzen. Das Bayerische Sozialministerium fördert den weiteren bedarfsgerechten Aufbau stationärer Hospize mit 10.000 Euro pro Bett. In Planung sind derzeit zwei weitere stationäre Hospize (Pentling bei Regensburg und Würzburg). Geplant ist der Ausbau auf 208 Plätze.

Ein Konzept zur Bedarfsplanung für stationäre Hospize in Bayern unter Federführung des Bayerischen Sozialministeriums wird derzeit in einer Arbeitsgruppe erarbeitet.

Das Bayerische Gesundheitsministerium hat 2006 das bundesweit erste und bisher einzige Fachprogramm zur Palliativversorgung in Krankenhäusern veröffentlicht. Das Fachprogramm hat den Aufbau von stationären palliativmedizinischen Angeboten in Bayern erheblich beschleunigt. Es werden Palliativstationen (eigene Abteilungen im Krankenhaus, die auf die Behandlung, Betreuung und Begleitung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten spezialisiert sind) und palliativmedizinische Dienste (interdisziplinäre und multiprofessionelle Teams, die Patientinnen und Patienten stationsübergreifend versorgen) in Krankenhäusern aufgebaut. Während palliativmedizinische Dienste an allen Krankenhäusern, die die Qualitätskriterien des Fachprogramms erfüllen, eingerichtet werden können, ist der Aufbau von Palliativstationen bedarfsabhängig. Der derzeitige Bedarf von 470 Betten für Palliativstationen ist mit 48 Palliativstationen und 462 genehmigten Betten (Stand15.Oktober 2012) bereits zu mehr als 98 Prozent gedeckt. Darüber hinaus bestehen 38 palliativmedizinische Dienste in Bayern (Stand 15.Oktober 2012).

Ziel ist es, das stationäre palliativmedizinische Angebot bedarfsgerecht auszubauen. Ebenso soll eine flächendeckende stationäre Hospizversorgung entstehen. Die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz müssen dem Bedarf entsprechend berücksichtigt werden.

Das Bayerische Gesundheitsministerium arbeitet weiter an der Umsetzung des Fachprogramms. Hierzu gehört neben der Etablierung weiterer palliativmedizinischer Dienste im Krankenhaus die laufende Überprüfung und ggf. Anpassung der Bedarfsplanung für Palliativstationen.

VIII. Vernetzung und kommunale Strukturen

Eine wesentliche Voraussetzung für eine optimale Ausnutzung der vorhandenen Ressourcen und für eine schnelle und wirkungsvolle Unterstützung der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen ist eine optimale Vernetzung der Akteure aller Bereiche.

- **Überleitungsmanagement**

Jeder Ortswechsel stellt für Menschen mit Demenz eine Stresssituation dar. Beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche (z.B. vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung oder umgekehrt) ist daher ein sensibles Versorgungsmanagement notwendig. Versicherte haben bereits seit 2007 Anspruch auf ein Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche, siehe § 11 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Der Anspruch richtet sich an die Krankenkassen, die auch die Leistungserbringer bei der Erfüllung dieser Aufgabe zu unterstützen haben. Auch die Pflegeeinrichtungen sind in das Versorgungsmanagement einzubeziehen. Um das Überleitungsmanagement, insbesondere die Überleitung vom Krankenhaus in die (vorübergehende) pflegerische Versorgung, weiter zu verbessern, wird Bayern das Thema auf Bundesebene intensiver thematisieren und neue Lösungsansätze in die Diskussion einbringen (z.B. erscheint die Einführung eines befristeten Anspruchs auf häusliche Krankenpflege nach einem Krankenhausaufenthalt denkbar, der auch die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung beinhaltet).

Ziel ist die Verbesserung des Überleitungsmanagements, insbesondere des Übergangs von der Krankenhausversorgung zur ambulanten Versorgung bzw. Pflege.

Mit dem GKV-VStG wurden die gesetzlichen Grundlagen verändert und ergänzt. So wurde klargestellt, dass das Versorgungsmanagement auch die Fälle des Übergangs in die fachärztliche Versorgung enthält. Es wird die Pflicht des Leistungserbringers konkretisiert, bei einer Anschlussbehandlung der Patientin oder des Patienten beim Facharzt für einen zeitnahen Behandlungstermin beim Facharzt Sorge zu tragen. Insgesamt wird das Überleitungsmanagement nach Krankenhausbehandlung als Teil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung konkretisiert und konzentriert. Ziel des Überleitungsmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patientinnen und Patienten und ihren

Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffekts[15]“ beizutragen. Die Ausgestaltung des Anspruchs als unmittelbarer Bestandteil des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung in § 39 SGB V erhöht dabei die Verbindlichkeit. Um das Überleitungsmanagement, insbesondere die Überleitung vom Krankenhaus in die (vorübergehende) pflegerische Versorgung, weiter zu verbessern, wird Bayern das Thema auf Bundesebene intensiver thematisieren und neue Lösungsansätze diskutieren (z.B. erscheint die Einführung einer verpflichtenden Leistung der Krankenversicherung für die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt denkbar).

- **Sektorenübergreifende Versorgung**

Eine ungewohnte Umgebung und fremde Menschen wirken auf Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium oft beängstigend. Es ist daher wichtig, eine möglichst große Behandlungskontinuität zu gewährleisten und z.B. Doppeluntersuchungen und andere belastende Maßnahmen zu vermeiden. Die sektorenübergreifende Versorgung kann hierbei einen wichtigen Beitrag leisten. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) kennt bereits verschiedene Instrumente zur Verknüpfung der Sektoren. So bestehen Möglichkeiten für Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, z.B. bei besonderen Erkrankungsbildern oder bei anderweitig nicht abgedecktem Behandlungsbedarf. Dabei können sowohl einzelne Ärztinnen und Ärzte, als auch das Krankenhaus als solches zur Teilnahme ermächtigt werden. Auf der anderen Seite können niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beispielsweise als Belegärztinnen und Belegärzte die stationäre Behandlung von Patientinnen und Patienten durchführen. Die Planung des Bedarfs von ambulanter und stationärer Versorgung findet bisher jedoch getrennt voneinander statt. Erfahrungen mit der durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) geschaffenen Neuregelung des § 116 b SGVB V zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, an der sich Vertragsärzte und Krankenhäuser beteiligen können, stehen noch aus. Auch die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten der beiden Sektoren kann noch weiter verbessert werden, um die Qualität der medizinischen Versorgung weiter zu steigern und Effizienzreserven zu heben.

Ziel ist es, die sektorenübergreifende Versorgung weiter zu stärken.

---

[15] Als „Drehtüreffekt“ wird das Risiko bezeichnet, dass sich der Gesundheitszustand eines Patienten nach Entlassung aus dem Krankenhaus so sehr verschlechtert, dass er nach kurzer Zeit erneut in ein Krankenhaus eingewiesen werden muss.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde die Möglichkeit der Einrichtung eines gemeinsamen Landesgremiums zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen geschaffen. In diesem Gremium wirken Vertreterinnen und Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenhausgesellschaft und der Krankenkassen mit. Weitere Beteiligte, wie z. B. die Landesärztekammern, können einbezogen werden. Das Gremium kann Empfehlungen an die entsprechenden Planungsgremien aussprechen. So kann eine bessere Zusammenarbeit der Sektoren bewirkt werden. Das Bayerische Gesundheitsministerium hat bereits Gespräche zur Einrichtung eines solchen Gremiums aufgenommen.

Darüber hinaus ist am Gesundheitsministerium im Jahr 2010 die Arbeitsgruppe „Schnittstelle ambulant-stationär“ gegründet worden. Diese dient als Forum, um verschiedene Schnittstellenprobleme zu diskutieren und Lösungsansätze zu entwickeln.

- **Fachübergreifende lokale, regionale und landesweite Netzwerke**

Mit der Zunahme von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen und insbesondere auch von Demenzerkrankungen entstehen insbesondere bei älteren Menschen immer komplexer werdende Versorgungsnotwendigkeiten. Dementsprechend werden die Versorgungsstrukturen immer spezieller und ausdifferenzierter. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist es kaum mehr möglich, sich die im speziellen Einzelfall geeigneten und notwendigen Angebote selbst zu erschließen. Aber auch die einzelnen Anbieter sind häufig nicht genug informiert über die Möglichkeiten, die ihre Region bietet. Unzureichende Kommunikations- und Kooperationsstrukturen sind häufig die Ursache, dass trotz größtmöglichem finanziellem und personellem Aufwand ältere Menschen nicht optimal versorgt werden bzw. früher als notwendig der Umzug in eine stationäre Einrichtung erfolgt. Dies gilt insbesondere für Menschen mit Demenz.

Bayern hat diesen Handlungsbedarf frühzeitig erkannt und verschiedene Modellprojekte zum Aufbau vernetzter Strukturen gefördert (Beispiel: Projekt „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“ 2000 bis 2006 in Schwaben). Bei acht der 20 Modellprojekte nach § 45c SGB XI zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, insbesondere für Menschen mit Demenz stand der Aufbau von vernetzten Strukturen im Mittelpunkt. Die Erkenntnisse aus den teilweise auch vom Bund mit geförderten Projekten wurden bei der Reform der Pflegeversicherung 2008 berücksichtigt. Die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote ist nach § 92c SGB XI für ihren Einzugsbereich Aufgabe der Pflegestützpunkte.

Vernetzte Strukturen sind die Basis für jede gute Beratung. Aus diesem Grund ist die Zusammenarbeit mit anderen sozialen Diensten, insbesondere mit den örtlichen Pflegeeinrichtungen, sowie mit den in Betracht kommenden Behörden und Stellen Voraussetzung für die Förderung der rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige in Bayern. Als Erfolg ist zu werten, dass in allen bisher aufgebauten acht Pflegestützpunkten in Bayern die Fachstellen für pflegende Angehörige räumlich integriert sind.

Aus den Modellprojekten heraus ist der Ambulante Gerontopsychiatrische Verbund Bayern (AGVB) entstanden, ein Zusammenschluss von Fachleuten aus der ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung in Bayern, die sich insbesondere für den Ausbau einer bedarfsgerechten ambulanten gerontopsychiatrischen Versorgung, der Entwicklung und Realisierung innovativer Konzepte und der Weiterentwicklung bestehender Versorgungsangebote einsetzen.

Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern sind auch durch die Vernetzung bestehender Beratungsangebote in gerontopsychiatrischen Arbeitskreisen innerhalb der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) eingebunden. Hier sind u. a. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Kliniken, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen und Behörden vertreten.

Ziel ist der weitere Ausbau und die Stärkung von regionalen und überregionalen Netzwerken.

Den Kommunen kommt beim Aufbau von regionalen vernetzten Strukturen besondere Bedeutung zu. Sie haben den besten Überblick über die Angebote, aber auch den Einblick in die Bedarfssituation vor Ort. Sie können schnell und flexibel auf örtliche Besonderheiten eingehen. Die Kommunen haben auch die notwendige Neutralität und Autorität, um den Aufbau von Netzwerken anzustoßen und zu begleiten. Aus diesem Grund ist der Aufbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen ein Handlungsfeld im Rahmen der kommunalen Seniorenpolitischen Gesamtkonzepte (Art. 69 AGSG). Auch beim Aufbau von Pflegestützpunkten spielen die Kommunen neben Kranken- und Pflegekassen eine Rolle.

Das Bayerische Sozialministerium wird auch künftig mit der Förderung der Fachstellen für pflegende Angehörige, als einen wesentlichen Baustein der Vernetzungsstrukturen seinen Beitrag leisten und den Aufbau von regionalen Netzwerken unterstützen. Der Abschlussbericht des Modellprojektes „Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung“ in Augsburg mit entsprechenden Leitlinien ist auf der Homepage des Sozialministeriums zu finden. Darüber hinaus wird sich das Bayerische Sozialministerium für die entsprechenden Haushaltsmittel einsetzen, um

unter Einbindung der Kommunen den Aufbau von regionalen Netzwerken fachlich zu begleiten und zu unterstützen.

Zur Verbesserung der strukturellen Vernetzung auf Landesebene hat das Bayerische Gesundheitsministerium im November 2011 den Expertenkreis Psychiatrie eingerichtet. Als ständiges beratendes Gremium bindet der Expertenkreis Psychiatrie Vertreterinnen und Vertreter der psychiatrischen, psychotherapeutischen, psychosomatischen und der komplementären Versorgung, der Forschung, sowie der Verbände und Organisationen der Selbsthilfe ein, die die Interessen von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen vertreten. Der Expertenkreis Psychiatrie bildet eine Vernetzungsplattform für all diese genannten Akteure. Dadurch werden bestehende Netzwerke gefestigt und Anknüpfungspunkte für deren weiteren Ausbau geschaffen. Die Leistungserbringer und Leistungsträger sowie die sonstigen Akteure der psychiatrischen Versorgung sollen auf diese Weise bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt werden.

- **Handlungsfeld Kommunen / Kommunale Seniorenpolitische Gesamtkonzepte**

Die Landkreise und kreisfreien Städte sind seit 1. Januar 2007 gem. Art. 69 Abs. 2 des Gesetzes zur Ausführung der Sozialgesetze (AGSG) gefordert, regionale integrative Seniorenpolitische Gesamtkonzepte, die nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ die Lebenswelt älterer Menschen mit den notwendigen Versorgungsstrukturen sowie neue Wohn- und Pflegeformen für ältere und pflegebedürftige Menschen im ambulanten Bereich umfassen, zu erstellen. Diese gehen weit über die bisherige Pflegebedarfsplanung hinaus.

Das Bayerische Sozialministerium hat zusammen mit den Kommunalen Spitzenverbänden und dem Institut AfA - Arbeitsgruppe für Sozialplanung und Altersforschung die Broschüre „Kommunale Seniorenpolitik“ herausgegeben, um die Kommunen bei der Erstellung von Seniorenpolitischen Gesamtkonzepten zu unterstützen. Die Broschüre beschreibt insgesamt elf Handlungsfelder, die die Aspekte integrierte Orts- und Entwicklungsplanung (z.B. Nahversorgung, Barrierefreiheit), Wohnen zu Hause (z.B. Wohnberatung, alltagspraktische Hilfen), Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit, präventive Angebote (z.B. Sturzprophylaxe), gesellschaftliche Teilhabe (z.B. Treffmöglichkeiten, Seniorenbeauftragte), bürgerschaftliches Engagement für und von älteren Menschen, Betreuung und Pflege (z.B. niedrigschwellige Angebote, ambulante Dienste), Unterstützung pflegender Angehöriger (z.B. Fachstellen), Angebote für besondere Zielgruppen (z.B. Menschen mit Demenz, Behinderung), Kooperationen und Koordinationsstrukturen sowie Hospiz- und Palliativversorgung umfassen.

Insbesondere in den Handlungsfeldern „Betreuung und Pflege“, „Unterstützung pflegender Angehöriger“ sowie „Angebote für besondere Zielgruppen“ sind spezielle Angebote auch für Menschen mit Demenz aufgenommen.

Laut einer Umfrage des StMAS vom 31. Dezember 2012 haben inzwischen 59 Landkreise und kreisfreie Städte ein Seniorenpolitisches Gesamtkonzept und weitere 27 sind dabei, eines zu erarbeiten. Das heißt, dass bei rund 90 Prozent ein Konzept vorliegt oder aktuell erarbeitet wird.

Zielsetzung ist, dass alle Landkreise und kreisfreien Städten über ein regionales integratives Seniorenpolitische Gesamtkonzept verfügen, das nicht statisch ist, sondern in einem stetigen Fortentwicklungsprozess angepasst wird.

Die begonnene Entwicklung wird dabei durch unterschiedliche Maßnahmen unterstützt, wie z.B. durch seniorenpolitische Workshops für interessierte Kommunen und geplante regelmäßige Dienstbesprechungen mit den Altenhilfefachberatern der Landkreise und kreisfreien Städte.

Die Integrierte Ländliche Entwicklung (ILE) unterstützt gemeindeübergreifende Kooperationen zum Aufbau von interkommunalen Netzwerken ehrenamtlicher und professioneller Angebote. So können auch in kleineren ländlichen Gemeinden Strukturen und Dienstleistungen bereitgestellt werden, die an die Bedürfnisse von älteren Menschen angepasst sind. Beispiele aus von der Verwaltung für ländliche Entwicklung betreuten Projekten sind z.B. der Bürgerservice Bachtal (Verwaltungsgemeinschaft Syrgenstein) der als zentrale Anlauf-, Informations- und Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige mit bestehenden Trägern kooperiert. Auch die ILE „Arbeitsgemeinschaft Obere Vils-Ehenbach (AOVE)“ hat sich im Rahmen des Projekts „Demenzfreundliche Region“ bereits intensiv den Bedürfnissen von Menschen mit demenziellen Erkrankungen und die Unterstützung deren Angehöriger gewidmet.

Zudem werden im Rahmen des Projekts „Marktplatz der Generationen“ insgesamt neun Gemeinden in allen Regierungsbezirken beraten und bei der Umsetzung konkreter Maßnahmen begleitet.

- **Mehrgenerationenhäuser**

Die Mehrgenerationenhäuser in Bayern haben sich in den letzten Jahren zu wertvollen Akteuren in der sozialen Arbeit entwickelt. Mehrgenerationenhäuser halten im Rahmen ihrer generationenübergreifenden Angebotspalette auch vielfältige Angebote für demenziell erkrankte Menschen und ihre Angehörigen bereit. Durch Prävention, Beratung/Information und Begegnung

können Mehrgenerationenhäuser den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Demenz positiv beeinflussen, aufklären, sensibilisieren und Hemmschwellen abbauen. Sie ermöglichen die soziale Teilhabe der von Demenz betroffenen Menschen und tragen zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf bei. Auf systemischer Ebene leisten die Mehrgenerationenhäuser einen Beitrag, die lokale Pflegeinfrastruktur durch ergänzende, innovative Demenzangebote weiterzuentwickeln und bedarfsgerecht zu gestalten. Dasselbe gilt auch für den Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen. Die Mehrgenerationenhäuser in Bayern sind im Bereich Demenz aktiver als der Durchschnitt aller Mehrgenerationenhäuser in Deutschland und erreichen im Durchschnitt mehr Nutzerinnen und Nutzer.

Die Funktion eines Koordinators von Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten ist insbesondere bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen von besonderer Wichtigkeit und Bedeutung. Mehrgenerationenhäusern kann in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle als „Kümmerer“ im lokalen/regionalen Hilfe- und Unterstützungsmix zukommen.

Ziel ist es, den Bestand der Mehrgenerationenhäuser in Bayern nachhaltig zu sichern und sie als wesentlichen Baustein im lokalen/regionalen Hilfe- und Unterstützungsmix für Menschen mit Demenz und deren Angehörige zu etablieren.

Das Bayerische Sozialministerium hat deshalb die Richtlinie zur Unterstützung von Kommunen - bei der nachhaltigen Sicherung der Mehrgenerationenhäuser vom 27. Juni 2012 erlassen. -

Die Mehrgenerationenhäuser werden beim Aufbau niedrigschwelliger Beratungs-, Begleitungs-, - Betreuungs- und Qualifizierungsangebote unterstützt. -

Sie profitieren in Bayern von der Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie ehrenamtlichen Strukturen und der Selbsthilfe nach §§ 45c und d SGB XI. -
Das Bayerische Sozialministerium wirkt auch bewusst auf die Erstellung kommunaler senioren- und sozialpolitischer Konzepte hin, welche die Potenziale der Mehrgenerationenhäuser nutzen. -

IX. Grundlagen- und Versorgungsforschung

Ein wesentlicher Baustein, die Situation und Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz ständig zu verbessern und weiterzuentwickeln, ist eine gute und umfassende Grundlagen- und Versorgungsforschung.

- **Grundlagenforschung**

Schlaganfälle und neurodegenerative Erkrankungen zählen weltweit zu den zehn häufigsten Erkrankungen und zu den drängendsten gesundheitlichen Herausforderungen in alternden Gesellschaften. Der Freistaat Bayern hat deshalb beschlossen, ein Forschungszentrum in München zu errichten, das sich diesen Herausforderungen stellt. Im Sommer 2011 wurde mit dem Bau eines 8.500 qm großen Gebäudes am Campus Großhadern des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München begonnen, in das nach dessen Fertigstellung im Jahr 2014 der Standort München des Deutschen Zentrums für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und das Institut für Schlaganfall- und Demenzforschung (ISD) einziehen sollen. In dem Gebäude werden Ärztinnen und Ärzte, klinische Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Grundlagenwissenschaftlerinnen und Grundlagenwissenschaftler unter einem Dach und in unmittelbarer räumlicher Nachbarschaft zum Klinikum der Universität München zusammenarbeiten. **Ziel des Zentrums ist es, Ursachen und Risikofaktoren von neurodegenerativen und zerebrovaskulären Erkrankungen zu verstehen und neue Therapieansätze zu entwickeln.** Das Gebäude wird u.a. eine Ambulanz, eine Vielzahl von Laboren und Technologieplattformen, eine Tierhaltung, einen Hörsaal und Seminarräume enthalten.

Das DZNE wurde 2009 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung als eine Forschungseinrichtung der Helmholtz-Gemeinschaft mit einer neuen Struktur gegründet: Es besteht aus neun Standorten in ganz Deutschland, an denen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in enger Kooperation mit Universitäten, Universitätskliniken und weiteren Partnern die Ursachen neurodegenerativer Erkrankungen erforschen und neue Behandlungsansätze sowie Pflege- und Versorgungsstrategien entwickeln. Eine zentrale Aufgabe ist dabei die Überführung von Erkenntnissen aus der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung. Das DZNE in München soll in Zusammenarbeit mit den bestehenden Forschungsstrukturen beider Münchner Universitäten (Ludwig-Maximilians-Universität LMU, Technische Universität TUM) und mit ihren Universitätskliniken die Forschung in den Bereichen Neurobiologie, Neurodegeneration und Demenzen weiter vorantreiben. Darüber hinaus kooperiert das DZNE in München mit dem Helmholtz-Zentrum München Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt.

Das ISD wurde 2009 als neu konzipiertes klinisches und medizinwissenschaftliches Institut am Klinikum der Universität München eingerichtet und 2010 in Betrieb genommen. Mit dem ISD soll ein international sichtbares Zentrum für Schlaganfall- und Demenzforschung geschaffen werden, in dem Ärztinnen und Ärzte, forschende Klinikerinnen und Kliniker und Grundlagenwissenschaftlerinnen und Grundlagenwissenschaftler eng zusammenarbeiten. Es sollen die Möglichkeiten der Prävention, Früherkennung und Behandlung von Schlaganfall- und Demenzerkran-

kungen verbessert werden. **Das Institut hat sich zum Ziel gesetzt, die Forschung im Bereich von Schlaganfall- und Demenzerkrankungen voranzutreiben und zur Entwicklung neuer Behandlungsoptionen beizutragen**. Es ist als translational ausgerichtetes Institut konzipiert, das die traditionellen Barrieren zwischen Patientenversorgung und Grundlagenforschung überwindet. Durch die übergreifende und enge Zusammenarbeit soll der Transfer vielversprechender Behandlungsansätze in die kontrollierte klinische Anwendung (bench to bedside) beschleunigt und eine Fokussierung der Forschung auf klinisch relevante Fragestellungen (bedside to bench) erreicht werden.

- **Versorgungsforschung zur Optimierung der Gesundheitsversorgung im Alltag**

Die gesundheitliche Versorgungsforschung ist ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt, zur Entwicklung und Umsetzung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt sowie Versorgungsstrukturen und -prozesse evaluiert. Die zentralen Ziele der gesundheitlichen Versorgungsforschung sind die Verbesserung der Versorgungsqualität und Steigerung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Die Demenzforschung ist sehr vielfältig und konnte in den letzten Jahren z.B. durch die „Leuchtturmprojekte Demenz“ und der Einrichtung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) mit einem der Standorte in München ausgebaut werden.

Bisher ist die Demenzforschung stark auf biomedizinische Fragen der Demenzentstehung und der Entwicklung geeigneter Arzneimittel konzentriert. Dabei ist insbesondere die Qualität des Sterbens von Menschen mit Demenz nur unzureichend in den Blick genommen worden. Angesichts der Notwendigkeit, die Qualität der Versorgung zeitnah zu verbessern, wird daher ergänzend dazu der Ausbau der versorgungsnahen und bevölkerungsbasierten Demenzversorgungsforschung notwendig.

Beispielhaft für den Ausbau einer umfassenden Demenzversorgungsforschung ist hier die gerontologische Versorgungsforschung der Katholischen Stiftungsfachhochschule München zu nennen.

Ziele sind deshalb*,*

- **die Versorgungsforschung zur Optimierung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz im Alltag zu intensivieren,**

- **anwendungsbezogene Gesundheitsversorgungsforschung in der hausärztlichen, geriatrischen, psychotherapeutischen, pflegerischen und psycho-sozialen Leistungserbringung zu fördern,**
- **Demenzforschung durch interdisziplinäre Kooperationen effektiver zu gestalten und**
- **den Zugang zu Behandlungsdaten für Versorgungsforschung und für regionale Bedarfsanalysen zu verbessern.**

Der Bayerische Landtag hat im Jahr 2011 beschlossen, die Versorgungsforschung in Bayern weiterzuentwickeln und die Staatsregierung aufgefordert, ein geeignetes Fachgremium wie eine Landesarbeitsgemeinschaft aufzubauen und am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zu errichten. Die Bayerische Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheitsversorgungsforschung (LAGeV) mit der Geschäftsstelle am LGL wurde im Jahr 2012 gegründet. Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz wird thematisch in die neue LAGeV mit Vertreterinnen und Vertretern der Universitäten, Hochschulen, Forschungseinrichtungen, Verbänden, Körperschaften und Politik von der LGL-Geschäftsstelle explizit eingebracht. Die LAGeV bietet eine geeignete Plattform, um interdisziplinär und ressortübergreifend die Problematik fundiert zu diskutieren und gemeinsame Strategien für die Versorgungsforschung in Bayern zu entwickeln. Eine zielgerichtete Forschungsförderung kann dabei die schwerpunktmäßige langfristige Bearbeitung in der Versorgungsforschung erheblich forcieren. Zur Intensivierung der Versorgungsforschung ist auch ein verbesserter Zugang der Forschung u. a. zu Behandlungs- und Routinedaten im ambulanten Sektor für wissenschaftliche Analysen angezeigt, weil die medizinische Versorgung von Menschen mit Demenz vor allem durch die Hausärztinnen und Hausärzte erbracht wird.

Als konkrete Maßnahme werden 2013 aktualisierte Eckdaten zur Häufigkeit und zur Entwicklung der Demenzerkrankungen bereitgestellt. Differenzierte Projektionen der Demenzraten für Bayern und die Bezirke werden durch das LGL berechnet, sobald die amtlichen Ergebnisse der Volkszählung Zensus 2011 des Statistischen Bundesamtes und die darauf aufsetzenden Bevölkerungsvorausberechnungen vorliegen. Diese werden für die Bedarfsplanungen und Ressourcenallokationen in der Gesundheitsversorgung benötigt.

- **Anwendungsbezogene Versorgungsforschung im Bereich Betreuung und Pflege**

Bereits in den 90iger Jahren wurden in Bayern verschiedene Ansätze erprobt mit dem Ziel eine stationäre Unterbringung oder Krankenhausbehandlung für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen hinaus zu schieben oder gar zu vermeiden. Bayern hat die Möglichkeiten des Pflege-

leistungs-Ergänzungsgesetzes 2003 nachhaltig genutzt, um mit Unterstützung der Mittel aus dem Ausgleichsfonds der Pflegekassen 20 Modellprojekte zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und Versorgungsstrukturen mit einem Gesamtvolumen von rund 3,5 Mio. Euro zu fördern. Alle Projekte wurden und werden vom Institut aufschwungalt GbR wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Ergebnisse wurden und werden nicht nur im Rahmen von Fachtagungen einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt, sondern auch in Form der Abschlussberichte, die auf der Homepage des Bayerischen Sozialministeriums eingestellt sind, veröffentlicht. In diesen Modellvorhaben wurden und werden innovative Ansätze ortsnaher, ambulanter Versorgungssysteme für Menschen mit Demenz erprobt. Schwerpunkte sind dabei die Entwicklung neuer ambulanter Wohnformen, der Aufbau von vernetzten Strukturen und Verbünden, die Installierung von Demenzzentren und stadtteilbezogenen Demenzpaten oder innovative Betreuungsansätze in (Gast-)Familien.

Ziel ist

- **weitere innovative ortsnahe, ambulante Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz zu erproben und**
- **die Erkenntnisse aus den erfolgreichen Modellprojekten in die Fläche zu tragen.**

Aktuell werden drei, sehr erfolgversprechende Modellprojekte gefördert:
In dem Projekt „Tagesbetreuung in Privathaushalten für Menschen mit Demenz“ in Germering werden in ausgewählten Privathaushalten Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz als Gäste in kleinen Gruppen an bis zu drei Tagen pro Woche und sechs Stunden pro Tag von einem geschulten Team aus einer Gastgeberin und einer Helferin betreut. Pflegende Angehörige werden so in ihrer Betreuungsarbeit entlastet und Menschen mit Demenz sozial aktiviert und gefördert.

Das Projekt „Interkulturelles Netz Demenz“ in Augsburg befasst sich mit der Gruppe der älter werdenden Migrantinnen und Migranten. Dabei wird erprobt, wie in der Migranten-Community vorhandene Netze der gegenseitigen Unterstützung gestärkt und der Zugang zu Angeboten der Altenhilfe erleichtert werden kann. Das Projekt soll die Aufgabe des Botschafters zwischen den Kulturen übernehmen.

Im dritten Modellvorhaben „Betreutes Wohnen psychisch kranker und gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien“ in Hof soll durch die ambulante Betreuung in Gastfamilien u.a. eine sonst nötige stationäre Unterbringung vermieden werden. Das betreute Leben in Familien zielt auf die weitgehende Normalisierung des Alltagslebens, die Stabilisierung (oder wenn möglich: behutsame Förderung) psychosozialer Fähigkeiten und die Stärkung des Wohlbefin-

dens ab. Das Besondere an diesem Konzept ist, dass der Verbleib des Erkrankten auch bei Pflegebedürftigkeit und bis zum Lebensende in den Gastfamilien angestrebt wird.

Regelmäßig gehen neue Konzeptvorschläge ein, über deren Förderwürdigkeit ein Vergabeausschuss entscheidet. Die Möglichkeiten und Ideen für neue Versorgungsstrukturen und Versorgungskonzepte sind noch lange nicht ausgeschöpft. So wäre z.B. ein Modellprojekt denkbar, das die Möglichkeiten der Umsetzung der Idee der Tagesmutter bei der Kinderbetreuung auf die Tagestöchter und -söhne bei Menschen mit Demenz erprobt.

Um die Ergebnisse aus den erfolgreichen Modellprojekten in die Fläche zu tragen werden nicht nur regelmäßig Fachtagungen und Regionalkonferenzen durchgeführt. Für einzelne sehr erfolgreiche Konzepte ist auch eine zeitlich befristete Anschubfinanzierung denkbar.

X. Rechtliche Betreuung

Durch den fortschreitenden Verlust der geistigen Fähigkeiten und der damit verbundenen Einschränkungen, in eigenen Angelegenheit rechtlich wirksam zu handeln, ist es notwendig, frühzeitig selbst oder später im Sinne der Betroffenen die Möglichkeiten der rechtlichen Betreuung zu regeln. Unabhängig davon ergibt sich mit dem weiteren Verlauf der Demenzerkrankung durch verschiedenste krankheitsbedingte Einschränkungen die Gefahr der Selbstgefährdung, die Schutzmaßnahmen für die Betroffenen erforderlich machen kann.

- **Rechtliche Betreuung, Vorrang der Betreuung durch Ehrenamtliche**

Zu rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern sind in erster Linie geeignete natürliche Personen zu bestellen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Personen, die die Betreuung ehrenamtlich ausüben (ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuern), und Berufsbetreuerinnen und Berufsbetreuern, die rechtliche Betreuungen im Rahmen ihrer Berufsausübung führen. Kann der betroffene Mensch durch eine natürliche Person nicht hinreichend betreut werden, wird ein anerkannter Betreuungsverein zum Betreuer bestellt. Steht ein geeigneter Betreuungsverein nicht zur Verfügung, kann die zuständige Betreuungsbehörde zum Betreuer bestellt werden. Nach der gesetzlichen Regelung soll eine Berufsbetreuerin oder ein Berufsbetreuer nur dann eingesetzt werden, wenn keine geeignete ehrenamtliche Betreuerin oder kein geeigneter ehrenamtlicher Betreuer vorhanden ist (Vorrang der Betreuung durch Ehrenamtliche). Bundesweit werden rund zwei Drittel der Betreuungen ehrenamtlich geführt. In Bayern liegt der Anteil der Ehrenamt-

lichen an den neu bestellten Betreuerinnen und Betreuern seit Jahren zwischen 70% und 75%. Dabei handelt es sich überwiegend um Personen, die eine Betreuung für einen Familienangehörigen übernehmen. Die Quote der familienfremden ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer an allen neu bestellten Betreuerinnen und Betreuer bewegt sich zwischen 5% und 7%.

Ziel ist es, den Anteil der ehrenamtlichen Betreuung hochzuhalten und die Gewinnung ehrenamtlicher familienfremder Betreuerinnen und Betreuer zukünftig weiter zu fördern.

Es ist damit zu rechnen, dass die Zahl der familienangehörigen ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer aufgrund der demografischen Entwicklung (Vereinzelung im Alter) langfristig eher abnehmen als ansteigen wird. Besonderes Augenmerk ist deshalb auf die familienfremden ehrenamtlichen Betreuerinnen und Betreuer zu richten. Die Gewinnung, Beratung und Fortbildung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer ist in erster Linie Aufgabe der anerkannten Betreuungsvereine. Für die Wahrnehmung dieser so genannten Querschnittsarbeit sind die Betreuungsvereine auf ausreichende Finanzierung angewiesen. Eine wichtige Finanzierungsquelle für die Arbeit der Betreuungsvereine ergibt sich daraus, dass Betreuungsvereine im Rahmen ihres Zweckbetriebs bei der Führung von Betreuungen umsatzsteuerbegünstigt sind und insoweit staatliche Förderung erfahren. Daneben ist jedoch auch eine unmittelbare staatliche Förderung der Querschnittsarbeit der Betreuungsvereine im Interesse der Gewinnung und Unterstützung ehrenamtlicher Betreuerinnen und Betreuer geboten:

2012 gab es in Bayern 134 anerkannte Betreuungsvereine, von denen 89 eine staatliche Förderung beantragt haben. Die freiwillige staatliche Zuwendung betrug insgesamt rund 310.000 Euro. Damit die Betreuungsvereine ihre Arbeit kontinuierlich fortsetzen und ausbauen können, ist eine Erhöhung der staatlichen Zuwendung anzustreben. So wird den Vereinen eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit ermöglicht, die das Einrichten von Vorsorgevollmachten fördert und dadurch Betreuungen verhindert. Ebenso können die Betreuungsvereine dadurch in die Lage versetzt werden, mehr ehrenamtliche Betreuerinnen und Betreuer zu gewinnen und mittels Fortbildung und Beratung zur Fortführung des Ehrenamts zu motivieren.

- **Stärkung des Erforderlichkeitsgrundsatzes in der rechtlichen Betreuung**

Der Erforderlichkeitsgrundsatz ist die wesentliche Maxime des Betreuungsrechts. Eine rechtliche Betreuung darf nur angeordnet werden, soweit der betroffene Mensch auf Grund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung nicht in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen. Die Betreuung darf jeweils nur diejenigen Aufgabenkreise (z.B. Vermögenssorge, Gesundheitssorge, Vertretung vor Behörden) erfassen,

in denen die/der Betroffene im konkreten Einzelfall nicht mehr zurechtkommt. Kann die/der Betroffene durch anderweitige soziale Hilfen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich für sich zu handeln, ist für eine rechtliche Betreuung kein Raum. Die Zahl der rechtlichen Betreuungen hat sich bundesweit in der Zeit von 1995 (rd. 600.000 Betreuungen) bis 2010 (rd. 1,25 Mio. Betreuungen) mehr als verdoppelt. In Bayern stieg die Zahl der rechtlichen Betreuungen in diesem Zeitraum von 98.810 auf 189.258. Im Jahr 2011 war erstmals ein leichter Rückgang der Zahl der rechtlichen Betreuungen in Bayern (189.137) feststellbar. Wesentlicher Grund für den Anstieg der Betreuungszahlen ist die demografische Entwicklung. Die Zahl von Demenzerkrankungen, die eine rechtliche Betreuung erforderlich machen können, nimmt mit steigendem Lebensalter zu.

Ziel ist es angesichts der gestiegenen Fallzahlen weiterhin besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass rechtliche Betreuungen nur dann angeordnet werden, wenn keine anderweitigen Hilfsmöglichkeiten bestehen.

Dies gebietet auch die UN-Behindertenrechtskonvention, die - wie das deutsche Betreuungsrecht - Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen nur zulässt, soweit und solange dies erforderlich ist. Eine beim Bundesministerium der Justiz gebildete interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat sich in den Jahren 2010/2011 unter Beteiligung Bayerns mit möglichen Verbesserungen des Betreuungsrechts befasst. Im Abschlussbericht vom 20. Oktober 2011 schlägt die Arbeitsgruppe u.a. vor, die Funktion der (kommunalen) Betreuungsbehörden im Vorfeld des gerichtlichen Betreuungsverfahrens zu stärken. Die Betreuungsgerichte sollen künftig verpflichtet sein, vor jeder Anordnung einer rechtlichen Betreuung einen Bericht der Betreuungsbehörde zum sozialen Umfeld der/des Betroffenen und zur Möglichkeit anderer Hilfen einzuholen („obligatorischer Sozialbericht“). Die Betreuungsbehörde soll betroffenen Menschen ein Beratungsangebot mit Informationen über betreuungsvermeidende Hilfen unterbreiten. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis setzt eine ausreichende personelle Ausstattung der Betreuungsbehörden voraus. Die Konferenz der Justizministerinnen und Justizminister hat das Bundesministerium der Justiz gebeten, einen Gesetzentwurf zu erarbeiten, der die Vorschläge der Arbeitsgruppe umsetzt. Ein entsprechender Gesetzesentwurf der Bundesregierung liegt inzwischen vor.

- **Vorsorge durch Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung**

Jede Volljährige und jeder Volljährige hat die Möglichkeit, frühzeitig durch Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung Vorsorge für den Fall zu treffen, dass er künftig wegen einer Erkrankung oder Behinderung nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenhei-

ten selbst zu regeln. Besondere Bedeutung kommt dabei der Vorsorgevollmacht zu. Durch die Erteilung einer Vorsorgevollmacht kann die spätere Anordnung einer rechtlichen Betreuung vermieden werden, soweit die Bevollmächtigte oder der Bevollmächtigte die Angelegenheiten des Vollmachtgebers ebenso gut besorgen kann wie eine Betreuerin oder ein Betreuer.

Ziel ist es, die Bevölkerung durch Aufklärung zu bewegen, rechtzeitig Vorsorge für den Fall einer späteren Erkrankung oder Behinderung zu treffen.

Häufig ist es sinnvoll, eine Vorsorgevollmacht mit einer Patientenverfügung, in der man seinen Willen über die Art und Weise ärztlicher Behandlung niederlegt, zu kombinieren. Die Bevollmächtigte oder der Bevollmächtigte kann dann die Behandlungswünsche als Vertreterin oder Vertreter mit Rechtsmacht zur Geltung bringen, wenn die/der Betroffene selbst hierzu nicht mehr in der Lage ist. Das Bayerische Justizministerium klärt im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit durch Veranstaltungen und die inzwischen bundesweit bekannte Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ intensiv über die bestehenden Möglichkeiten rechtlicher Vorsorge auf. Die Öffentlichkeitsarbeit zeigt Wirkung. Beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer sind inzwischen mehr als 1,9 Mio. Vorsorgevollmachten registriert.

- **Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB (FEM)**

Die steigende Zahl älterer Menschen mit Demenz stellt das Personal in Pflegeeinrichtungen vor besondere Herausforderungen. Gebrechliche und verwirrte Menschen sind besonderen Sturz- und Verletzungsrisiken ausgesetzt, denen häufig durch freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs. 4 BGB (z.B. Bettgitter, Fixierungsgurt) entgegengewirkt werden soll. Pro Jahr werden bundesweit in etwa 98.000 Fällen derartige Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen durch die Betreuungsgerichte genehmigt. Menschen mit Demenz sind damit überdurchschnittlich oft Einschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit ausgesetzt.

Freiheitsentziehende Maßnahmen werden zum Schutz der Betroffenen eingesetzt, wenn die Gefahr besteht, dass sie sich selbst töten oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügen. Es gibt aber nur wenige Situationen, in denen freiheitsentziehende Maßnahmen in Betracht kommen können, zum Beispiel bei aggressivem Verhalten, durch das sich die Betroffenen selbst gefährden, oder bei Gesundheitsgefahren infolge der Entfernung von Infusionen.

Gründe für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen sind oft Haftungsängste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und Pflegeeinrichtungen bei Sturzverletzungen, mangelnde Kenntnisse über Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen (Be-

wegungstraining, Sturzmatten, Schutzkleidung, Niederflurbetten und vieles mehr) und eine Unterschätzung der Risiken freiheitsentziehender Maßnahmen insbesondere durch mechanische Fixierungen.

Freiheitsbeschränkungen stellen massive Eingriffe in die Würde und das Wohlbefinden der betroffenen Menschen dar. Sie sind nur als ultima ratio in unabwendbaren Fällen zulässig. Besonders ist darauf zu achten, dass vor dem Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen eingehend geprüft wird, ob der Betroffene durch alternative Maßnahmen vor Verletzungsrisiken geschützt werden kann.

Ziel ist es deshalb, die Zahl der freiheitsentziehenden Maßnahmen zu reduzieren.

Das Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen hat in Zusammenarbeit mit der Betreuungsstelle beim Landratsamt Garmisch-Partenkirchen den so genannten „Werdenfelser Weg“ entwickelt. Er setzt auf die Vermeidung von Freiheitsbeschränkungen durch intensive Prüfung pflegerischer Alternativen. Zu diesem Zweck werden vom Gericht speziell geschulte Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger mit eigener pflegerischer Berufserfahrung eingesetzt, die in jedem Einzelfall gemeinsam mit allen Beteiligten prüfen, ob durch vorbeugende Maßnahmen, wie Niederflurbetten, Schutzkleidung oder Bewegungstraining, eine Fixierung des Betroffenen vermieden werden kann. Bayern hat den Werdenfelser Weg auf der Justizministerkonferenz 2011 vorgestellt und dafür geworben, möglichst viele Gerichte für eine Umsetzung dieses Modells zu gewinnen. In Bayern haben sich zwischenzeitlich zahlreiche Gerichte dem Werdenfelser Weg angeschlossen. Zuletzt haben die drei größten bayerischen Amtsgerichte – München, Nürnberg und Augsburg- diesen Weg eingeschlagen. Die bayernweite Verfahrensstatistik belegt, dass der Werdenfelser Weg greift. In den letzten vier Jahren seit 2009 ist die Zahl der Genehmigungen um mehr als 20 % zurückgegangen.

Auch das Bayerische Sozialministerium setzt sich bereits seit vielen Jahren kontinuierlich für eine Bewusstseinsveränderung in Bezug auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen bei Einrichtungsträgern, Pflegekräften, Hausärztinnen und Hausärzten, Betreuungsrichterinnen und Betreuungsrichter und Angehörigen ein.

Der 2006 veröffentlichte Leitfaden „Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege“, der inzwischen in der 4. Auflage zur Verfügung steht, zeigt allen am Entscheidungsprozess Beteiligten (Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Betreuerinnen und Betreuern, Angehörigen, Justiz) Entscheidungshilfen auf. Immer wieder bestätigen Einrichtungen, die die darin genannten Grundsätze in ihre tägliche Arbeit integrierten, dass sie nicht nur die

Zahl der Fixierungen reduzieren konnten, sondern inzwischen vollständig darauf verzichten können.

Die Anwendung insbesondere mechanischer Fixierungen ist ein wesentlicher Aspekt bei der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen durch die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht – (FQA). So haben die bayerischen FQA'en im Zeitraum von 2008 bis 2009 hierzu insgesamt 928 Beratungen durchgeführt und insgesamt 664 Mängel festgestellt.

Mit dem Landeswettbewerb „FreiMut" wurden 2007 bewährte und neue Konzepte zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen in stationären Pflegeeinrichtungen prämiert und einer breiten Fachöffentlichkeit vorgestellt.

Durch Fachtagungen für unterschiedliche Zielgruppen aus der Pflege, dem Betreuungswesen und der Angehörigenberatung konnten Leitfaden und „Freimut" mit Fachkräften an der Basis diskutiert werden. Gleichzeitig wurden und werden pflegefachliche Fortbildungen zur Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen als ein Fortbildungsschwerpunkt gefördert.

Mit der Kampagne „Eure Sorge fesselt mich." wurde 2011 insbesondere das Bewusstsein dafür geschärft, dass Fixierungen oder ruhig stellende Medikamente keine Mittel der Wahl sind. Herzstück der Kampagne ist eine vom Bayerischen Sozialministerium mit fachlicher Unterstützung des Projekts Redufix produzierte DVD, die über das Thema freiheitsentziehende Maßnahmen informiert und in zwei Kurzfilmen – zur häuslichen und zur stationären Pflege – in anschaulicher Art konkrete Hilfestellungen zur Vermeidung solcher Maßnahmen gibt. Die DVD und weiteres Informationsmaterial zu dem Thema hat das Bayerische Sozialministerium den rund 3.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern kostenlos zur Verfügung gestellt. Zudem haben die bayerischen Hausärztinnen und Hausärzte Informationsmaterial erhalten, das sie an pflegende Angehörige weiterreichen können. Die DVD sowie zusätzliches Informationsmaterial können weiterhin kostenlos unter www.eure-sorge-fesselt-mich.de bestellt werden.

D. Bundesgesetzliche Initiativen der Bayerischen Staatsregierung

Gesetzliche Sozialleistungen (soweit nicht bereits in o.g. Punkten erörtert)
Bayerische Grundsätze und Zielvorstellungen zur Sozialversicherung im Hinblick auf die Demenzversorgung

SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Der umfassende Leistungsanspruch in der GKV beinhaltet auch die erforderliche Behandlung und medizinische Rehabilitation von Demenzerkrankungen sowie Leistungen zur Prävention.

Die Bayerische Staatsregierung setzt sich auf Bundesebene dafür ein, dass in einem solidarischen Gesundheitssystem die Versicherten den notwendigen Zugang zu den benötigten Leistungen sowie dem erforderlichen Versorgungsmanagement erhalten und dabei keine Patientengruppe vom medizinischen Fortschritt ausgeschlossen wird.

SGB VI: Gesetzliche Rentenversicherung

Berücksichtigung von Pflege-/Betreuungszeiten im Rahmen der Rente

Nach geltendem Recht zahlen die Pflegekassen für Pflegepersonen Beiträge zur Rentenversicherung. Deren Höhe – und damit auch die Höhe der späteren Rentenzahlung – ist abhängig von der Pflegestufe des Pflegebedürftigen und vom zeitlichen Umfang der Pflege. Der Höchstsatz an monatlicher Rente aus einem Jahr Pflege beträgt derzeit 21,37 EUR[16], der Mindestsatz[17] 7,12 EUR.

Allerdings können gerade ältere pflegende Angehörige, soweit sie bereits eine Altersvollrente beziehen, keine solchen Rentensteigerungen erwarten. Denn nach geltendem Recht werden für Bezieher einer Altersvollrente – aufgrund der Versicherungsfreiheit dieses Personenkreises – keine Rentenversicherungsbeiträge gezahlt. Dies ist besonders misslich, wenn die Altersrente,

---

[16] Bei Pflegestufe III und mindestens 28 Stunden wöchentlicher Pflegezeit. Zum Vergleich: Aus einem Jahr Kindererziehung resultiert momentan ein monatlicher Rentenanspruch von 28,07 EUR.

[17] Bei Pflegestufe I und mindestens 14 Stunden wöchentlicher Pflegezeit.

gerade um mehr Zeit für die Pflege zu haben, vorzeitig in Anspruch genommen wird und deshalb Abschläge hinzunehmen sind.

Die Bayerische Staatsregierung setzt sich auf Bundesebene dafür ein, dass die häusliche Pflege, insbesondere auch für bereits ältere Pflegende, zukünftig höhere Renten nach sich zieht.

Nach den Plänen der Bayerischen Staatsregierung soll eine Rentenversicherungspflicht wegen häuslicher Pflege neben dem Bezug einer vorgezogenen Altersvollrente bis zur Regelaltersgrenze eingeführt werden. Davon begünstigt wären ältere Pflegepersonen, die eine Altersrente etwa gerade deshalb vorzeitig in Anspruch genommen haben, um Angehörige pflegen zu können. Dies käme gerade auch den älteren pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz zu gute, da der überwiegende Teil von Menschen mit Demenz zu Hause im familiären Umfeld versorgt und betreut wird.

Weiter fordert die Bayerische Staatsregierung, dass die rentenrechtliche Bewertung von Pflegezeiten im Gleichklang mit Kindererziehungszeiten erfolgen solle. Im Ergebnis würden die Beitragszahlungen der Pflegekassen und die entsprechenden Rentenanwartschaften der pflegenden Personen um ca. 30 % erhöht. So erhielte ein pflegender Angehöriger für ein Jahr Betreuung etwa eines Pflegebedürftigen der Pflegestufe III und mit einem zeitlichen Betreuungsaufwand von mindestens 28 Stunden pro Woche eine Rentengutschrift von monatlich 28,14 EUR (statt derzeit 21,37 EUR).

SGB XI: Soziale Pflegeversicherung

Die soziale und die private Pflegeversicherung leisten seit ihrer Einführung im Jahr 1995 einen wichtigen Beitrag zur finanziellen Entlastung der Pflegebedürftigen, ihrer Angehörigen sowie der Sozialhilfeträger und haben als leistungsfähige Säule des Sozialversicherungssystems das Vertrauen der Bevölkerung gewonnen. Die soziale und die private Pflegeversicherung stehen nun aber vor neuen demografischen und fachlichen Herausforderungen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und der gesellschaftlichen Veränderungen wird sich der gesundheitliche und pflegerische Unterstützungsbedarf sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht massiv verändern. Dies gilt insbesondere in Bezug auf Menschen mit Demenz, deren Bedürfnisse sich von denen rein somatisch erkrankter Pflegebedürftiger unterscheiden. Neben den klassischen

körper- und verrichtungsbezogenen Pflegeleistungen stehen für Menschen mit Demenz vor allem soziale Betreuung, Beschäftigung sowie Beaufsichtigung im Vordergrund.

Neben den daraus resultierenden Herausforderungen im Bereich der Pflegeinfrastruktur (z.B. Anpassung der Einrichtungskonzepte an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Ausbau der teilstationären Pflege, vgl. unter Punkt IV) besteht auch Änderungsbedarf bei den gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere im Bereich des SGB XI.

1. - Menschen mit Demenz müssen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit besser berücksichtigt werden und das Leistungsrecht muss an ihre Bedürfnisse angepasst werden.

   Ein solcher Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie das zugehörige Begutachtungsverfahren wurden seitens des vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten „Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs“ (Expertenbeirat) bereits im Jahr 2009 entwickelt. Dieser neue Pflegebedürftigkeitsbegriff zielt auf eine umfassende Berücksichtigung der Pflegebedürftigkeit ab und nimmt als Maßstab für die Beurteilung den Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung bestimmter Aktivitäten oder Gestaltung verschiedener Lebensbereiche.

   Vorrangiges Ziel Bayerns sowie aller anderer Bundesländer ist daher, eine schnellstmögliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Momentan arbeitet der wieder eingesetzte Expertenbeirat an den für die Umsetzung erforderlichen offenen Fragen, z.B. der künftigen Ausgestaltung des Leistungsrechts. Noch vor dem Ablauf der laufenden Legislaturperiode soll der Beirat seine Ergebnisse vorlegen, damit diese im Deutschen Bundestag diskutiert werden können. Bayern ist als Ländervertreter mit Gaststatus im Expertenbeirat und seinen Arbeitsgruppen vertreten und wird sich dort weiterhin mit aller Kraft für eine schnellstmögliche Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie eine „demenzgerechte“ Ausgestaltung des Leistungsrechts einsetzen. Hierbei sollte das Hauptaugenmerk auf der Regelung von geeigneten Betreuungsleistungen sowie einer stärkeren Flexibilisierung der Leistungsinanspruchnahme liegen.

   Zur Überbrückung der Zeit bis zur Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sieht das am 30. Oktober 2012 in Kraft getretene Pflege-Neuausrichtungsgesetz ab dem 1. Januar 2013 Leistungsverbesserungen für Menschen mit Demenz vor.

Um dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen und damit auch der an Demenz Erkrankten nach einem möglichst langen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit nachzukommen, **wird sich die Bayerische Staatsregierung dafür einsetzen**, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ im Leistungsrecht weiter gestärkt wird. Hierbei wird Bayern seine Tätigkeit im o.g. Expertenbeirat entsprechend nutzen und sich schwerpunktmäßig für folgende Maßnahmen einsetzen:

- **Flexibilisierung der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege**

  Die Flexibilisierung der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege spielt für Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle. Insbesondere bei Menschen mit Demenz besteht bei Ortswechseln – z.B. durch den Aufenthalt in einer stationären Kurzzeitpflegeeinrichtung – die Gefahr, dass sich das Krankheitsbild verstärkt und die Orientierungslosigkeit weiter voranschreitet. Die Möglichkeit, Verhinderungspflege für einen längeren als den bisher möglichen Zeitraum von vier Wochen im Jahr in Anspruch zu nehmen, wäre somit für eine Vielzahl von Betroffenen von großem Vorteil. Auf der anderen Seite kann – gerade für Menschen mit Demenz in einem besonders späten Stadium – auch die stationäre Kurzzeitpflege die einzige Möglichkeit einer sachgerechten Betreuung im Falle der Abwesenheit der Pflegeperson darstellen. Auch hier wäre eine Flexibilisierung des Anspruchs von Vorteil.

  Bayern wird daher seine bereits im Gesetzgebungsverfahren zum Pflege-Neuausrichtungsgesetz unternommenen Anstrengungen, eine Flexibilisierung der Kurzzeit- und Verhinderungspflege zu erreichen und ein flexibles Budget von acht Wochen Verhinderungs- bzw. Kurzzeitpflege durchzusetzen, auf Bundesebene fortsetzen. Zudem wird sich Bayern für die Streichung der sechsmonatigen Wartefrist bei der Verhinderungspflege einsetzen.

- **Verbesserung der Kombinationsleistungen bei Inanspruchnahme von Tages- und Nachtpflege**

  Teilstationäre Angebote stellen gerade für Menschen mit Demenz eine wichtige Alternative bzw. Ergänzung zur häuslichen Pflege dar. Zum einen ermöglichen sie eine umfassendere Beaufsichtigung der Betroffenen als es bei der Pflege zu Hause der Fall ist. Dies ist insbesondere für an Demenz Erkrankte mit Weglauftendenz von Bedeutung. Zum anderen wird eine gewisse soziale Integration des ansonsten zu Hause gepflegten Menschen mit nur wenigen Bezugspersonen sichergestellt. Nicht zu vergessen ist auch die hierdurch erreichte Entlastung pflegender Angehöriger.

Ziel bayerischer Pflegepolitik auf Bundesebene ist daher die Tages- und Nachtpflege weiter zu stärken. Bayern wird sich auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die Kombinationsleistungen bei Inanspruchnahme von teilstationären Leistungen weiter erhöht werden. Nur durch eine bessere Finanzierung kann die Inanspruchnahme dieser wichtigen Leistungen erhöht und damit die Infrastruktur der teilstationären Pflege weiter ausgebaut werden.

- **Schrittweise Anpassung der ambulanten Sachleistungen der Pflegeversicherung unter proportionaler Anhebung des Pflegegeldes in den Pflegestufen I und II an die Leistungen der Pflegeversicherung im Falle stationärer Leistungen.**

  Die häusliche Versorgung von Menschen mit Demenz ist besonders zeit- und damit kostenintensiv. Um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit insbesondere auch für Menschen mit Demenz zu erleichtern, ist eine Anhebung der ambulanten Sachleistungen bzw. des Pflegegeldes erforderlich. Es sollte eine Annäherung an die Leistungshöhe für stationäre Sachleistungen erfolgen. Nur durch eine Annährung der Leistungsbeträge kann sichergestellt werden, dass die Pflege zu Hause – gerade unter den bereits dargestellten gesellschaftlichen Entwicklungen – leistbar bleibt.

  Die Bayerische Staatsregierung wird sich auf Bundesebene für eine schrittweise Annäherung der ambulanten Sachleistungen an die stationären Sachleistungen unter proportionaler Anhebung des Pflegegeldes in den Pflegestufen I und II einsetzen.

- **Erweiterte Finanzierung der wohnumfeldverbessernden Maßnahmen gem. § 40 SGB XI**

  Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz geht mit der Abschaffung der Eigenbeteiligung bei Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfelds in die richtige Richtung. Allerdings muss auch der Finanzierungsbetrag von derzeit nur bis zu 2.557 Euro merklich erhöht werden.

SGB XII: Sozialhilfe

- **Soziale Sicherung**

Personen, die durch eine Behinderung wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII, wenn und solange nach den Besonderheiten des Einzelfalls (insbesondere Art und Schwere der Behinderung) Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern. Das bedeutet insbesondere, den Menschen mit Behinderung die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Behinderung bedeutet, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit einer Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX). Geistig wesentlich behindert sind Personen, die infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte in erheblichem Umfange in ihrer Fähigkeit zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind (§ 2 Eingliederungshilfe-Verordnung). Seelische Störungen, die eine wesentliche Einschränkung der Teilhabefähigkeit zur Folge haben können, sind körperlich nicht begründbare Psychosen, seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten und Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (§ 3 Eingliederungshilfe-Verordnung). Entsprechend dieser Definitionen muss Demenz (abhängig vom Stadium) als geistige oder seelische Behinderung eingeordnet werden. Auch entsprechend der „Orientierungshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) zum Behinderungsbegriff nach SGB IX und XII“ wird eine Demenzerkrankung ab Vorliegen des Stadiums 4 von 7 nach Reisberg als Behinderung anerkannt. Nach BAGüS zählen zu den seelischen Störungen auch demenzielle Erkrankungen. Es ist nach Auffassung der BAGüS allerdings zu prüfen, ob die Ziele der Eingliederungshilfe noch erreicht werden können (Orientierungshilfe v. 24.11.2009, S. 16 und Anhang 1).

Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII erhalten Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Hilfe zur Pflege

erhalten auch Personen, die geringeren Bedarf haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen als die in § 61 SGB XII genannten bedürfen.
Wie eine Umfrage unter den Ländern gezeigt hat, werden die aufstockenden Sozialhilfeleistungen für Menschen mit Demenzerkrankung in der Regel als Leistungen der Hilfe zur Pflege erbracht (so auch in Bayern). Nur in Ausnahmefällen werden Eingliederungshilfeleistungen gewährt.

Die Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird erhebliche Auswirkungen auf die Schnittstelle zwischen Pflegeversicherung nach SGB XI und Sozialhilfe nach SGB XII haben. Es ist darauf zu achten, dass diese Schnittstellen nicht zu Abgrenzungsproblemen führen, sondern die Leistungen ineinander greifen. Es muss sichergestellt werden, dass Menschen mit Demenz die nötige Hilfe erhalten. Leistungen, die die Pflegeversicherung abdeckt, müssen nicht von der Sozialhilfe als unterstem Netz der sozialen Sicherung erbracht werden. Wenn Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe notwendig werden, sind diese bedarfsdeckend ausgestaltet, so dass auch Menschen mit Demenz die nötigen Leistungen erhalten.
Je nach Ausgestaltung des künftigen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden Leistungen für Menschen mit Demenz von der Pflegeversicherung erbracht. Dazu kommen gegebenenfalls aufstockende Leistungen der Sozialhilfe. Eingliederungshilfeleistungen müssen auch für Menschen mit Demenz schon nach dem geltenden Recht erbracht werden.

Zusammen mit den anderen Ländern und dem Bund arbeitet Bayern an einer grundlegenden Reform der Eingliederungshilfe, mit der u.a. die UN-Behindertenrechtskonvention umgesetzt, die Hilfen personenzentriert ausgestaltet und die Partizipationsmöglichkeiten der Betroffenen gestärkt werden sollen. Das Bayerische Sozialministerium hat zudem am 6. Juli 2012 im Bundesratsplenum eine Bundesratsinitiative vorgestellt, die auf die Schaffung eines eigenen Bundesleistungsgesetzes für Menschen mit Behinderung abzielt und den Bund in die Finanzierungsverantwortung für die Eingliederungshilfe einbinden will. Dieser Bundesratsantrag wurde am 22. März 2013 vom Bundesratsplenum beschlossen. Er nimmt auch auf die Verhandlungen von Bund und Ländern zum Fiskalpakt am 24. Juni 2012 und die Zusage des Bundes, ein Bundesleistungsgesetz zu schaffen, Bezug. Bund und Länder werden unter Einbeziehung der Bund-Länder-Finanzbeziehungen in der nächsten Legislaturperiode ein Bundesleistungsgesetz erarbeiten und In-Kraft setzen, das die aktuellen rechtlichen Vorschriften ablöst. Die inhaltliche Reform der Eingliederungshilfe soll mit der Schaffung eines Bundesleistungsgesetzes verbunden werden. Sofern für den Personenkreis der Menschen mit Demenz nach Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der sozialen und privaten Pflegeversicherung noch Versorgungslücken bestehen sollten, ist zu prüfen, ob auch Unterstützungsleistungen für Menschen mit Demenz in einem Bundesleistungsgesetz berücksichtigt werden können.

- **Neue Wohnformen**

Bayerischer Landkreistag und Bayerischer Städtetag haben Empfehlungen zur Einordnung ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten nach dem PfleWoqG und dem SGB XII veröffentlicht. Die Empfehlungen geben den Landkreisen und Kreisfreien Städten wertvolle Hilfestellung bei der Gewährung bei Leistungen nach dem SGB XII an die Bewohnerinnen und Bewohner von ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Sie haben damit die Situation von Initiatoren von ambulant betreuten Wohngemeinschaften deutlich verbessert.

Die Empfehlungen enthalten keine Aussagen zur Abgrenzung von Leistungen des ambulant betreuten Wohnens der Eingliederungshilfe zu Leistungen des ambulant betreuten Wohnens in der Pflege. Dazu konnte keine Einigung mit dem Verband der bayerischen Bezirke erzielt werden. Durch diese Angrenzungs- und Zuständigkeitsproblematik wird in der Praxis teilweise die Planung und Durchführung ambulant betreuter Wohnformen erschwert.

E. Einbindung in Nationalen und Europäischen Kontext

I. Einbindung in Nationalen Kontext / Maßnahmen des Bundes

Das Bundesministerium für Gesundheit hat in den Jahren 2008 – 2009 mit dem „Leuchtturmprojekt Demenz“ 29 Modellprojekte gefördert, die mit den unterschiedlichsten Ansätzen der Frage nachgegangen sind, wie die Versorgung demenziell erkrankter Menschen verbessert werden kann. Die thematischen Schwerpunkte waren: 1. Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert, 2. Was hilft Angehörigen? 3.Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz und 4. Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten.

Das nun aufgelegte Förderprogramm "Zukunftswerkstatt Demenz des Bundesministeriums für Gesundheit" ist darauf ausgerichtet, bisher gewonnene Erkenntnisse aus dem Leuchtturmprojekt Demenz - wo notwendig - zu ergänzen und das vorhandene Wissen adäquat in der Routineversorgung umzusetzen. Für die Unterstützung der Umsetzung erfolgreicher Modellprojekte und Initiativen ergibt sich besonderer Handlungsbedarf in den folgenden Bereichen: 1. Regionale Demenznetzwerke und 2. Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz

Im Rahmen der Schwerpunktmaßnahmen ihrer jüngst veröffentlichten Demografiestrategie „Jedes Alter zählt“ hat die Bundesregierung eine Nationale Allianz für Menschen mit Demenz gegründet. Neben dem Bundesfamilien- und dem Bundesgesundheitsministerium sind Vertreter der Länder, Verbände und Organisationen wie z.B. die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz-, der Deutsche Pflegerat und die Bundesärztekammer Mitglieder der Allianz. In einer gemeinsamen Erklärung will die Allianz bis Ende 2013 konkrete Maßnahmen in verschiedenen Handlungsfeldern beschließen, um beispielsweise die gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen zu verbessern und Erkrankte wie auch ihre Angehörigen besser zu unterstützen. Die Allianz auf Bundesebene unterstützt in einem weiteren Schritt die Bildung von regionalen Hilfenetzen (lokale Allianz). Durch die Nationale Allianz soll ein breites gesellschaftliches Verständnis für Demenz und den Umgang mit dieser Erkrankung geweckt und die Autonomie Betroffener gestärkt werden. Im Rahmen der Allianz wird es ein Förderprogramm geben, das bis zum Jahre 2016 500 lokale Allianzen für Menschen mit Demenz mit bis zu 10.000 Euro unterstützt. Lokale Allianzen sollen auf kommunaler Ebene entstehen und konkrete Vereinbarungen zur Verbesserung der Einbeziehung, Hilfe und Unterstützung von Menschen mit Demenzerkrankung und ihrer Angehörigen treffen.

II. Einbindung in Europäischen Kontext / gemeinsame Strategien

- **Maßnahmen / Förderungen der EU**

Themen mit Bezug zur Demenzstrategie bzw. allgemein zum Bereich „Altsein / Senioren im ländlichen Raum“ können auch im Rahmen von Leader – allgemein im Regionalen Entwicklungskonzept oder bei konkreten Projekten - eine Rolle spielen. Das EU-Programm Leader ist ein Förderinstrument zur selbst bestimmten Entwicklung ländlicher Gebiete. Zentrale Elemente sind Vernetzung, Nachhaltigkeit, Wertschöpfung und Bürgerbeteiligung. Es geht hier vor allem um neue Wege und kreative Ansätze zur nachhaltigen Nutzung in der Region vorhandener Potentiale und um eine partnerschaftliche Zusammenarbeit verschiedener Bereiche und Akteure. Der Mehrwert von Leader liegt dabei vor allem in der Bildung von Netzwerken und der Bündelung von Kräften durch den Sektoren übergreifenden Ansatz. Im Mittelpunkt stehen bei Leader die Lokalen Aktionsgruppen (LAGs), Partnerschaften zwischen engagierten Vertreterinnen und Vertretern von Kommunen, Wirtschaft, Landwirtschaft, Vereinen, Verbänden und anderen Akteure der Region. Sie sind verantwortlich für die Erarbeitung und Umsetzung der regionalen Entwicklungsstrategie in ihrem Gebiet und entscheiden dabei auch selbst, für welche Projekte eine Leader-Förderung beantragt werden soll. Voraussetzung für eine Leader-Förderung solcher Projekte ist dabei immer, dass sie die Leader-Kriterien und Fördervoraussetzungen erfül-

len, im Gebiet einer Lokalen Aktionsgruppe liegen und von dieser befürwortet werden. Zudem ist eine Leader-Förderung nur möglich, wenn es keine andere Fördermöglichkeit bzw. ausschließliche Zuständigkeit für das jeweilige Projekt gibt.

In der Förderperiode 2007 – 2013 stehen für den Leader-Ansatz in Bayern rd. 73,4 Mio. Euro an EU-Mitteln zur Verfügung. Hinzu kommen nationale Kofinanzierungsmittel. Die Gebiete der ausgewählten 58 LAGs in Bayern umfassen 63 % der Landesfläche, 41 % der Einwohner, 62 % der Gemeinden und Städte. Der Freistaat Bayern unterstützt die Umsetzung von Leader finanziell und mit erfahrenem Fachpersonal der Landwirtschaftsverwaltung. Hierzu gehören neben den Leader-Förderstellen v.a. die Leader-Manager als zentrale Ansprechpartner, Berater und Koordinatoren. Leader wird es in ähnlicher Form – mit weitem Förderspektrum, der zentralen Rolle der LAGs und der Unterstützung durch die Leader-Manager – auch in der Förderperiode 2014 bis 2020 wieder geben.

- **Maßnahmen der europäischen Partner**

In Europa ist die Situation in den Ländern unterschiedlich. Es gibt teilweise Demenzpläne, -strategien, teilweise sind diese in Vorbereitung. Übereinstimmend ist jedoch festzuhalten, dass in allen Ländern die Wichtigkeit des Themas „Demenz“ erkannt wurde und eine Auseinandersetzung mit diesem Thema stattfindet.

National Aktionspläne Demenz existieren beispielsweise in Frankreich, England, Norwegen, Schottland und Dänemark. Die Aktionspläne bilden den Rahmen für das Vorgehen aller Akteure. Schwerpunkte in den festgelegten Handlungsfeldern sind dabei durchgängig: Verbesserung der Lebenssituation der Menschen mit Demenz, eine frühzeitige Diagnose, Bewusstseinswandel in der Gesellschaft, Unterstützung der Pflegepersonen und Vernetzung der verschiedenen Akteure.

Bereits im Januar 2011 forderte das Europäische Parlament im Rahmen der Europäischen Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen (2010/2084 (INI)) u.a. „den Rat auf, Demenz zu einer gesundheitspolitischen Priorität zu erklären, und drängt die Mitgliedstaaten, spezifische nationale Pläne und Strategien für die Alzheimer-Krankheit aufzustellen, um den Folgen von Demenzerkrankungen für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen Rechnung zu tragen und Dienstleistungen und Unterstützung für Menschen mit Demenzerkrankungen und ihre Familien bereitzustellen (…).“
Im April 2012 haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Alzheimers Disease International (ADI) ihren Report „Dementia: a public health priority“ veröffentlicht. In dem Report

werden Regierungen, Politiker und alle sonstigen Beteiligten aufgefordert, Demenzerkrankungen weltweit als Schwerpunkt in der Gesundheitspolitik anzuerkennen und entsprechend zu handeln.

Der Report wurde von internationalen Experten ausgearbeitet und enthält die derzeit umfassendste Zusammenstellung des Wissens über Häufigkeit von Demenzerkrankungen und die Versorgungssituation weltweit. Er gibt Empfehlungen und zeigt Beispiele guter Praxis. Um Verbesserungen zu erreichen, hält der Demenz-Report koordiniertes Handeln aller Beteiligten in den einzelnen Ländern für erforderlich

F. Ausblick

Solange es keine wirksame medizinische Heilung gibt, wird sich das Leben mit einer Demenzerkrankung dann besser gestalten lassen, wenn wir die Krankheit kennen und verstehen lernen und lernen, damit zu leben und umzugehen. Wenn alle Bürgerinnen und Bürger das Gefühl haben, sie können sich im Falle der Erkrankung an einer Demenz darauf verlassen, dass sie in der Gesellschaft und in ihrem Umfeld gut aufgenommen und aufgehoben sind, dann sind wir den entscheidenden Schritt weitergekommen.

Dieser Satz umschreibt am besten das Fazit der intensiven Zusammenarbeit der verschiedenen Ressorts zur Erarbeitung einer Bayerischen Demenzstrategie. Schnell hat sich in der interministeriellen Arbeitsgruppe gezeigt, dass das Thema Demenz alle politischen und gesellschaftlichen Bereiche betrifft. Es gibt in allen Ministerien bereits jetzt Maßnahmen und Förderungen, um die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu verbessern.

Um der gemeinsamen Vision näher zu kommen, wird es für die Zukunft insbesondere in den Handlungsfeldern Aufklärung, Prävention, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Häusliche Versorgung – Entlastung pflegender Angehöriger, ambulante und stationäre Versorgung, Vernetzung und Forschung im Rahmen der vorhandenen Stellen und Mittel weitere wichtige Maßnahmen geben müssen. Die Bayerische Demenzstrategie eröffnet erstmalig einen umfassenden Überblick über bestehende Maßnahmen, Projekte und Handreichungen und über alle Ziele und Maßnahmen, deren Umsetzung noch erforderlich ist, um die Leitziele zu erreichen.

Mit der Veröffentlichung der Bayerischen Demenzstrategie stellt die Bayerische Staatsregierung klar, dass sie das Thema Demenz als tagesaktuelles Thema begreift und in allen politischen Bereichen im Fokus hat.

Die Bayerische Demenzstrategie soll kein zeitlich begrenztes Projekt sein, sondern einen langfristig angelegten Prozess einläuten, der auf einen Bewusstseinswandel in der Gesellschaft hinwirkt. In Bayern wird mit Veröffentlichung der Demenzstrategie eine interministerielle Steuerungsgruppe eingerichtet. Neben Vertreterinnen und Vertretern aller Ministerien werden die Kommunen, Verbände, die Regierungen und Fachleute in ihre Arbeit eingebunden.

Aufgabe der interministeriellen Steuerungsgruppe ist es, die bestehenden und zukünftig erforderlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu bündeln, gemeinsam weiterzuentwickeln und insbesondere dafür zu sorgen, dass die Informationen in der Gesellschaft ankommen und die Bürgerinnen und Bürger erreichen. Im Sinne einer Ergebniskontrolle wird sie bis zum Jahre 2020 die Umsetzung der Leitziele regelmäßig überprüfen und begleiten.

Die erarbeiteten Ziele und Maßnahmen in der Demenzstrategie zeigen aber deutlich, dass eine dauerhafte Verbesserung der Situation für die Menschen mit Demenz und deren Angehörige nur gelingen kann, wenn der Bundesgesetzgeber langfristig die gesetzlichen Sozialleistungen an deren Bedürfnisse und Bedarfe anpasst. Dafür wird sich Bayern weiterhin mit Nachdruck einsetzen.

Auch die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit, dass ein gemeinsames, abgestimmtes Handeln erforderlich ist, um der Herausforderung Demenz wirkungsvoll begegnen zu können. Eine Expertengruppe „Allianz für Menschen mit Demenz“ erarbeitet derzeit einen Maßnahmenkatalog mit dem Ziel, die Lebensqualität und insbesondere die gesellschaftliche Teilhabe für Menschen mit Demenz nachhaltig zu verbessern. Bayern setzt hier auf gemeinsame, zielgerichtete Maßnahmen.

Das Handeln der Bayerischen Staatsregierung steht unter dem Motto, wenn alle an einem Strang ziehen, dann geht es auch voran!