

6

Demenzforschung in NRW und Praxisanforderungen

**Dokumentation eines Workshops
am 16. Dezember 2004 in Witten-Herdecke**

Impressum

© 2005 Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
Textkorrektur: Karin Bergmann, Köln
Umschlaggestaltung und Layoutkonzept: Heidi Bitzer, Köln
Satz: Sabine Brand, typeXpress, Köln
Druck: farbo print + media GmbH Köln

ISBN: 3-935299-79-6

Vorwort	5
Demenzforschung und Praxisanforderungen – Stand und künftige Erfordernisse der Kooperation	9
– Leitlinie – Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke	
– Assessment – CarenapD (care needs assessment package for dementia): ein personenzentriertes Assess- ment für Personen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld	
– Ermittlung der Bedürfnisse von Demenzkranken – Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung des „patient-view“ von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege	
– Rahmenempfehlungen für die Pflege – Entwicklung wissensbasierter Rahmenempfehlungen zur Weiterent- wicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte	
– Entwicklung von Familien mit Demenz – Qualitätssiche- rung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter – vorläufige Ergebnisse des Projektes	
– Musiktherapie – Musiktherapie in der Behandlung von Demenz	
– Kompetenznetz Demenzen – Vorstellung des „Kompetenznetzes Demenzen“	
Landesinitiative Demenz-Service NRW	67
– Projekt zur Erarbeitung von Eckpunkten eines Curriculums zur Qualifizierung freiwillig engagierter Helferinnen und Helfer niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote für Demenzerkrankte – Workshop vom 10. und 11. Dezember 2004	
– Wissenschaftliche Begleitung der Landesinitiative Demenz-Service NRW	
Teilnehmerinnen und Teilnehmer	83
Programm	85
Weiterführende Adressen	87

In Nordrhein-Westfalen leben derzeit mehr als 300.000 demenziell erkrankte Menschen, die überwiegend von ihren häufig bis an die Grenze der physischen und psychischen Belastung engagierten Angehörigen zu Hause betreut werden.

Die Kenntnis über Krankheitsbilder und -verläufe sowie Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bei demenziellen Erkrankungen ist nach wie vor bei pflegenden Angehörigen, ehrenamtlich und professionell in der gesundheitlichen Versorgung Tätigen nicht ausreichend. Ebenso werden Kenntnisse benötigt über angemessene Formen der Kommunikation, Ernährung, Bewegung, Wohnumfeldgestaltung und der sozialen Integration von Erkrankten.

Die oft bei Betroffenen und Angehörigen anzutreffende Tabuisierung demenzieller Erkrankungen trägt ebenfalls dazu bei, dass viele Betroffene und ihre Familien nicht die Unterstützung erhalten bzw. in Anspruch nehmen, die sie benötigen. Darüber hinaus kann durch mehr Erfahrungsaustausch, Kooperation und Vernetzung zwischen privaten und beruflichen Helferinnen und Helfern sowie allen Institutionen, Diensten und Initiativen, die an der Unterstützung von „Familien mit Demenz“ beteiligt sind, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen wesentlich verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund ist die „Landesinitiative Demenz-Service NRW“ als gemeinsame Plattform entstanden, in deren Zentrum die Verbesserung der häuslichen Versorgung demenziell Erkrankter und die Unterstützung der sie pflegenden Angehörigen steht. Mit der Landesinitiative Demenz-Service NRW soll der Erfahrungsaustausch und die Vernetzung der Projekte in Nordrhein-Westfalen untereinander gefördert werden.

Die Landesinitiative wird finanziell getragen vom Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie, von der Stiftung Wohlfahrtspflege und den Pflegekassen.

Die Koordinierung der Landesinitiative erfolgt durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA).

Die wissenschaftliche Begleitung der zur Landesinitiative gehörenden Maßnahmen und Projekte wird durch das Institut für Sozial- und Kulturforschung in Duisburg e.V. (isk) durchgeführt.

Die Wohnberatungsstellen werden wissenschaftlich begleitet vom Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung GmbH (InWIS) der Ruhr-Universität Bochum.

Kooperation und Aufbau eines organisierten Erfahrungsaustausches

Ein Baustein der Landesinitiative Demenz-Service NRW besteht aus der Entwicklung eines Kooperationsangebotes zwischen Universitäten, Fachhochschulen und Instituten, die mit den Fragen der Versorgungsforschung für Demenzkranke befasst sind und dem Aufbau eines organisierten Erfahrungsaustausches mit reflektierenden Praktikern (z. B. in den Demenz-Servicezentren, mit Planern bei Kommunen und Verbänden etc.) mit dem Ziel des Wissenstransfers.

Zur Untermauerung und Weiterentwicklung des Wissens über angemessene Umgangsformen mit Demenzkranken werden bundesweit immer wieder Forschungsprojekte durchgeführt. Auch an verschiedenen Fachhochschulen und Hochschulen in Nordrhein-Westfalen werden zurzeit (Forschungs-)Projekte zum Thema „Demenz“, insbesondere im Rahmen der Versorgungsforschung, durchgeführt. Diese unterschiedlichen Aktivitäten und vielfältigen Erkenntnisse sind für Außenstehende außerhalb der Hochschulen oft nicht zugänglich. Ferner fehlt eine Bestandsaufnahme der zurzeit durchgeführten Projekte und Publikationen.

Im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW soll langfristig eine Bestandsaufnahme der aktuellen Forschungsaktivitäten zum Thema „Demenz“ in Nordrhein-Westfalen vorgenommen werden.

Vorwort

Ziel ist es, dazu beizutragen, dass stärker als in der Vergangenheit, aktuelle Forschungsergebnisse Eingang in praktisches Handeln der Akteure vor Ort finden und so die Arbeit der in die Landesinitiative Demenz-Service NRW eingebundenen Projekte (z. B. Demenz-Servicezentren, Initiatoren und Akteure in niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten, demenzspezifische Projekte der Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege) bereichert werden kann. Umgekehrt geht es aber auch darum, dass von Seiten der Praxis Anforderungen an Forschung und Wissenschaft formuliert werden können, um entsprechende Forschungsvorhaben auf den Weg zu bringen. Es soll also nicht nur der so genannte „Theorie-Praxistransfer“ einseitig weiterentwickelt werden, sondern dieser um einen „Praxis-Theorietransfer“ ergänzt werden.

Workshop an der Universität Witten/Herdecke

Im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW wurde die Möglichkeit geschaffen, die wesentlichen mit den Fragen der Versorgungsforschung für Demenzkranke befassten Akteure an einen Tisch zu holen. Dies ermöglicht den direkten Austausch der Forscherinnen und Forscher über bereits gewonnene Erkenntnisse.

Hierzu hat am 16. Dezember 2004 – organisiert durch die Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe – mit dem Pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Witten/Herdecke kurzfristig ein erster Workshop stattgefunden. Beteiligt waren ca. 20 Expertinnen und Experten aus NRW, die sich im Rahmen von Versorgungsforschungsprojekten mit dem Thema „Demenz“ beschäftigen. Darüber hinaus haben sich weitere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für diesen Workshop interessiert, welche allerdings aus terminlichen Gründen nicht teilnehmen konnten.

Der Workshop, die vorbereitenden Recherchen und diese Dokumentation wurden von der Koordinierungsstelle der Landesinitiative De-

menz-Service NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe in Zusammenarbeit mit dem Pflegewissenschaftlichen Institut der Universität Witten/Herdecke unter der Leitung von Frau Dr. Angelika Zegelin und Mitarbeit von Herrn Detlef Rüsing durchgeführt. Herr Christian Müller-Hergl von der IN VIA Akademie des Meinwerk-Institutes war ebenfalls an den Vorbereitungen und der Durchführung des Workshops beteiligt.

Im Rahmen dieses Workshops wurden aktuelle Forschungsprojekte vorgestellt und diskutiert und Möglichkeiten der Etablierung eines kontinuierlichen Diskussionsprozesses auf der Ebene der Versorgungsforschung sowie Möglichkeiten des „Theorie-Praxistransfers“ und dessen Ergänzung um einen „Praxis-Theorietransfer“ erörtert.

Um diesen Erfahrungsaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis weiter zu forcieren und für diese wachsende Gruppe Betreuungsbedürftiger spezielle Versorgungskonzepte zu erforschen und in die Praxis einzuführen, nimmt an der privaten Universität Witten-Herdecke jetzt im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW das neue „Wissenschaftszentrum Demenz – Transfer Wissenschaft Praxis“ seine Arbeit auf. Das Wissenschaftszentrum soll einen Wissensaustausch von Wissenschaft mit Praktikern der Pflege sowie den Angehörigen von Demenzerkrankten organisieren.

Nicht nur das neu geschaffene Wissenschaftszentrum Demenz – Transfer Wissenschaft Praxis steht Interessierten für Rückfragen und Anregungen zur Verfügung, sondern auch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieses Workshops. Darüber hinaus können die unter „Weiterführende Adressen“ aufgelisteten acht Demenz-Servicezentren ihnen bei Fragen zum Thema „Demenz“ weiterhelfen.

**Koordinierungsstelle der
Landesinitiative Demenz-Service NRW
im Kuratorium Deutsche Altershilfe**

Mai 2005

**Kontaktadresse des „Wissenschaftszentrum Demenz
– Transfer Wissenschaft Praxis“:**

Dr. Angelika Zegelin
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumer Str. 12
58453 Witten
Tel.: 0 23 02 / 9 26-3 58 (Sekretariat)
Fax: 0 23 02 / 9 26-3 18

Demenzforschung und Praxisanforderungen – Stand und künftige Erfordernisse der Kooperation

von **Dr. Angelika Zegelin und Detlef Rüsing**

Dr. Angelika Zegelin, M.A., Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Pflegewissenschaftlerin und Curriculum-Beauftragte an der Universität Witten/Herdecke

Detlef Rüsing, Altenpfleger, Pflegewissenschaftler, Approved-DCM-Trainer (B)

Im Rahmen des hier vorgestellten Workshops wurde Forschenden von Universitäten und Fachhochschulen im Bereich der Versorgungsforschung Demenzerkrankter die Möglichkeit gegeben, abgeschlossene, laufende oder zukünftige Forschungsaktivitäten voneinander und vor Vertretern des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie zu präsentieren und zu diskutieren. Zur Identifizierung der in Frage kommenden Personen wurde im Vorfeld der Tagung eine Internetrecherche zur „Versorgungsforschung Demenzerkrankter in NRW“ durchgeführt, und auf der Basis dieser Recherche wurden die entsprechenden Einrichtungen und Personen kontaktiert. Da zwischen der ersten Idee und der Durchführung der Tagung lediglich vier Wochen lagen, erhebt die Auswahl der Teilnehmer und der vorgestellten Forschungsprojekte keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Aus diesem Grunde war ein erklärtes Ziel der Veranstaltung, das Wissen der Teilnehmer um andere Forschungsvorhaben im selben Feld zu nutzen und darauf aufbauend, die Leiter empfohlener weiterer Projekte zu weiteren Veranstaltungen einzuladen. Insofern sollte diese Tagung

keinesfalls der Beginn der Arbeit einer „Closed Group“ sein, sondern die Konstituierung einer offenen, moderierten Gruppe, in der Forschungsvorhaben aus dem Bereich „Versorgungsforschung von Demenzerkrankten“ vor dem Hintergrund von Praxisanforderungen und -bedürfnissen diskutiert werden.

Nach der Vorstellung der Landesinitiative Demenz-Service NRW durch Herrn Borosch vom nordrhein-westfälischen Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie und einer kurzen Begrüßung durch die weiteren Initiatoren der Veranstaltung, Frau Dr. Zegelin (Universität Witten/Herdecke) und Frau Sowinski (Kuratorium Deutsche Altershilfe), stellten die weiteren Teilnehmer des Workshops ihre Forschungsprojekte vor. Jeweils nach der kurzen Präsentation eines Projektes gab es Raum für Fragen und Anmerkungen zu dem Gesagten.

Der letzte Teil der Veranstaltung war für eine offene Diskussion reserviert. In dieser sollte sich herauskristalisieren, ob die Anwesenden die Notwendigkeit zur Konstitution einer solchen Gruppe sähen und gegebenenfalls Aufgabenfelder für die Gruppe formulieren könnten. Zudem sollte dieser Teil auch dazu genutzt werden, weitere mögliche feste Mitglieder oder zukünftige Gäste der Gruppe vorzuschlagen.

Die in dieser Dokumentation abgedruckten Materialien sind die Originalfolien und -texte der Teilnehmer, die den Herausgebern dieser Tagungsdokumentation zur Verfügung gestellt wurden. Zur Erläuterung sind hinter einigen der Präsentationen kurze Texte der Vortragenden angehängt. Das für diese Dokumentation zur Verfügung stehende Material war so unterschiedlich wie die in der Kürze der Zeit vorbereiteten Präsentationen selbst. Es reichte von Folienvorträgen und Zeitschriftenartikeln bis hin zu Mitschriften von mündlichen Vorträgen. Aus diesem Grunde gibt es keine homogene Darstellungsform der einzelnen Projekte.

Die Tagung „Demenzforschung und Praxisanforderungen – Stand und künftige Erfordernisse der Kooperation“ stellt einen weiteren, aus-

zubauenden Schritt der Landesinitiative Demenz zu einer adäquaten und wissensbasierten Versorgung von Personen mit einer Demenzerkrankung dar ... darüber waren sich die Beteiligten einig.

Zum Abschluss des Workshops waren sich die Anwesenden des Workshops schnell darüber einig, dass die Tagung ausgesprochen produktiv und wiederholungsbedürftig sei. Der Wunsch aller Beteiligten bestand darin, dass der Workshop in eine Konstituierung einer festen Gruppe mündet. Das Zusammentreffen von Forschung und Politik, der Austausch der in der Versorgungsforschung Demenzerkrankter Tätigen untereinander und die damit verbundene kritische Betrachtung der eigenen Arbeit zum Wohle der an einer Demenz erkrankten Menschen wurden von allen Anwesenden als ausgesprochen bereichernd empfunden.

Die Gruppe beschloss, sich in unregelmäßigen Abständen unter der Moderation der Universität Witten/Herdecke und des Kuratoriums Deutsche Altershilfe im Rahmen der Offensive der Landesinitiative Demenz-Service NRW zur besseren Versorgung Demenzerkrankter als festes Gremium zu treffen, um den Gedankenaustausch fortzuführen. Als wesentlich wurde angesehen, dass die Gruppe weiterhin offen für im Bereich der Versorgung Demenzkranker Forschende, aber auch für „reflektierende Praktiker“ ist. Diese sollen jeweils durch die Koordinierenden zu den Treffen eingeladen werden, da durch den kurzen Vorlauf dieser Tagung nicht sämtliche angefragten Personen teilnehmen konnten.

Reflektierende Praktiker sollen hinzugezogen werden, um nicht nur den Austausch Forscher untereinander, sondern auch zwischen den an der Versorgung beteiligten Disziplinen in beide Richtungen zu fördern. Die die Treffen der Gruppe koordinierenden Institutionen wurden damit beauftragt, die Recherche zu beiden genannten Gruppen in Nordrhein-Westfalen auszuweiten und neue Treffen vorzubereiten. Des Weiteren verpflichteten sich die Anwesenden, Hinweise auf weitere Teilnehmer an die Verantwort-

lichen weiterzuleiten und auf diese Weise die Ausweitung der Recherche zu unterstützen.

In der Diskussion um das weitere Vorgehen in der Gruppe wurden einige Kernpunkte einer weiteren Zusammenarbeit angedeutet. Die im Folgenden genannten Punkte sind zum jetzigen Zeitpunkt lediglich erste Anregungen und Ideen der Teilnehmer bezüglich einer weiteren Entwicklung des Austausches. Sie sind keine vom Gremium verabschiedeten und bindenden Beschlüsse zur weiteren Vorgehensweise.

Am Beginn des gemeinsamen Weges soll ein Name, ein gemeinsames Dach für die Gruppe gefunden werden, unter dem sich alle Beteiligten wiederfinden und in der Folge gemeinsam Schritte und Ziele formulieren können.

Ein entscheidender Auftrag der Gruppe könnte es sein, durch gemeinsamen Austausch und kritische Diskussion „Forschungslücken“ zu identifizieren und in der Folge in Zusammenarbeit mit der Politik zur Beforschung derselben beizutragen.

Ein weiterer Gedanke zur Schließung von Versorgungslücken ist das moderierte Zusammenführen von Forschern und Praktikern. Ein solcher, gut vorbereiteter Dialog ermöglicht Forschenden, die Praxisrelevanz ihrer Forschung zu überprüfen; den Praktikern gibt es die Möglichkeit, ihre Anliegen und Wissenslücken vor Experten auszubreiten, zu diskutieren und als Auftrag an die Forschung zu formulieren. Eine Möglichkeit des Austausches bestünde durch die Herstellung des moderierten Kontaktes zwischen der Gruppe und einigen Vertretern der neu gegründeten acht „Demenz Servicezentren“ in NRW.

Eine weitere Anregung zur Diskussion in der Gruppe bestand darin, adäquate Wege der Vermittlung von Wissen in die Praxis zu formulieren und Wege in der Qualifizierung von Praktikern und Lehrenden zu diskutieren. Zu diesem Zwecke sollen weitere Experten der beteiligten Disziplinen in die Gruppe eingeladen werden. Neben der Diskussion der möglichen Vorgehensweise des Transfers von Informationen von der Forschung zur Praxis und umgekehrt wurde eine

wissenschaftliche Evaluation dieses Transfers angedacht. Aus der Evaluation könnten die so eruierten Erkenntnisse wiederum in den Transferprozess einfließen.

Der Ausbau des Kontaktes mit im gleichen Gebiet tätigen Institutionen auf Landes- oder Bundesebene soll verstärkt werden. Auf der Bundesebene wäre ein solcher Partner das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte „Kompetenzzentrum Demenzen“. Der gezielte Blick über den „Tellerrand NRW“ zur inhaltlichen Stärkung der Landesinitiative Demenz-Service NRW könnte ein weiterer Pfeiler zur Stützung des Verbundes von Demenzforschung und Praxisanforderungen sein.

Einige weitere Ideen in der geführten Diskussion beschäftigen sich mit der Qualitätssicherung in der Beratung der am Versorgungsprozess beteiligten Personen. So wurden als Kernpunkte die Beschäftigung in der Gruppe mit der Qualifizierung von Hausärzten und weiteren direkt beratenden Organen angesprochen. Basis dieses Gedankens war die Idee, nicht neue Strukturen aufzubauen, sondern bereits bestehende Strukturen in der Beratung durch Qualifizierungsmaßnahmen zu verändern und in der Folge zu qualifizierterer und für die Betroffenen effektiverer Begleitung zu leiten. In den genannten Bereichen soll die Gruppe nicht ausführendes, sondern an der Entwicklung und Begleitung von Veränderungen beteiligtes Gremium sein.

Rückblickend lässt sich sagen, dass das erste Treffen der Gruppe von einem offenen, gegenseitigen Austausch von Gedanken, Kritik und auch eigenen Interessen geprägt war. Auf der Basis einer ersten Recherche im Feld der Versorgungsforschung und dem daraus entstandenen Workshop im Rahmen der Landesinitiative Demenz-Service NRW wurde durch Mitwirkung aller Beteiligten die Basis für ein die Entwicklung der Versorgung Demenzerkrankter begleitendes und beförderndes Gremium geschaffen.

„Die oft anzutreffende Tabuisierung demenzieller Erkrankungen bei Betroffenen und Angehörigen hat in Verbindung mit dem noch mangelnden Wissen bei Medizinern, aber auch professionell Pflegenden dazu geführt, dass bislang weniger geschieht als geschehen könnte.“ (NRW-Sozialministerin Birgit Fischer)

An der Lösung dieses Problems mitzuarbeiten ist ein Teil der möglichen zukünftigen Tätigkeiten, den sich die am 16. Dezember 2004 gegründete Gruppe zur Aufgabe gemacht hat.

Leitlinie – Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/ Herdecke

von Dr. med. Horst Christian Vollmar

*Dr. med. Horst Christian Vollmar, Facharzt für Allgemeinmedizin,
Sportmedizin und Medizinische Informatik, Tauchmedizin, Medizini-
sches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herde-
cke, Bereich Online-Fortbildung (CME/CPD), Universität Witten/
Herdecke, Fakultät für Medizin, Bereich Allgemeinmedizin*



**Demenz bei evidence.de:
Leitlinie und mehr...**

Witten 16.10.2004

Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de
der Universität Witten/Herdecke

Dr. Horst Christian Vollmar




Startseite Leitlinien

Willkommen auf den **Leitlinien Seiten der Universität Witten/Herdecke**.
 Dieser Bereich ist Gesundheitsfachleuten und Medizinern vorbehalten. Sie finden hier die
 evidenzbasierten medizinischen Leitlinien des Wissensnetzwerkes evidence.de.
 Bitte beachten Sie das [Copyright](#).
 Patienten, Betroffene oder deren Betreuer wählen bitte den Zugang über Patientenleitlinien.de.

- Start Leitlinien
 - » Asthma
 - » Kopfschmerzen
 - » Hypertonie
 - » Otitis media
 - » Gallensteine
 - » Herzinsuffizienz
 - » Demenz
 - » Harnwegsinfekt
 - » HR-Korperarm
 - » Dekubitus
 - Ihre Meinung?
 - Interne Infos

Über [lokale Anmerkungen](#) freut sich:



Leitlinien, fertiggestellt:

Leitlinie	Version:	In Vorbereitung:
Asthma	01/04	KHK
Demenz	10/03	Kreislauferkrankungen
Kopfschmerzen und Migräne	04/03	Herzinsuffizienz Update
Hypertonie	01/03	
Otitis media	11/02	
Gallensteine	03/02	
Dekubitusprävention	11/01	
Herzinsuffizienz	05/01	
Kolonrektales Karzinom, Prävention & Screening	04/01	
Harnwegsinfekt	08/00	

Seite durchsuchen:

...entwickelt evidenzbasierte Leitlinien seit 1999
 ...publiziert diese frei im Internet: www.evidence.de




patientenleitlinien.de

Willkommen

Willkommen

- » Asthma
- » Kopfschmerzen
- » Bluthochdruck
- » Mittelohrentzündung
- » Rückenschmerz
- » Demenz
- » Herzinsuffizienz
- » Gallensteine
- » Harnwegsinfekt
- » Dickdarmkrebs
- » Dekubitus
- Über uns/ Impressum
- Disclaimer/ Copyright
- Ihre Meinung?

Herzlich Willkommen auf der Seite für
Patientenleitlinien der Universität Witten/Herdecke!
 Patientenleitlinien sind laienverständliche, medizinische Informationen, die
 Ihnen helfen sollen, Krankheiten, Untersuchungs- und
 Behandlungsmethoden besser zu verstehen.

Die Patientenleitlinien dieser Seite werden von einem Team von Ärzten
 und Gesundheitsfachleuten entwickelt. Die Inhalte sind evidenzbasiert -
 das heißt anhand von wissenschaftlichen Studien entwickelt - und werden
 regelmäßig aktualisiert. Die entsprechenden Fachinformationen sind unter
www.evidence.de für Mediziner und Gesundheitsfachleute zugänglich.

**Bisher wurden Patientenleitlinien zu folgenden Themen
 für Sie entwickelt:**

- [Asthma](#)
- [Kopfschmerzen und Migräne](#)
- [Bluthochdruck = Hypertonie](#)
- [Mittelohrentzündung = Otitis media](#)
- [Rücken- und Krebsschmerzen =
 lumbales, Hexenschuss oder \(Lumbo\)ischialgie](#)
- [Herzinsuffizienz = Herzschwäche](#)
- [Demenz = Alzheimer, Hirnleistungsstörung im Alter](#)

Neuigkeiten

1/04: Patientenleitlinie
 Asthma ist online. [mehr...](#)

10/03: Neufassung der
 Patientenleitlinie
 Demenz. [mehr...](#)

10/03: *Medica 2003*
 Online-Fortbildung für
 Mediziner. [mehr...](#)

4/03: *Kopfschmerz-*
 Leitlinie [mehr...](#)

Neuigkeiten im
[evidence-Magazin](#)
 abonnieren

Wir freuen uns über
 Kommentare und
 Verbesserungsvorschläge.
 Ihre Beiträge sind über

...eigene Patientenversion: www.patientenleitlinien.de

Warum eine Demenz-Leitlinie?

Prävalenz: ca. **eine Million** Demenzkranke in Deutschland, davon ca. 700.000 mit Alzheimer Demenz
Bickel, 2000.

Inzidenz: jährlich **200.000** Neuerkrankungen, davon ca. 125.000 mit Alzheimer Demenz
Bickel, 2000.

Mittlere Überlebenswahrscheinlichkeit: 3,3 Jahre
Wolfson et al., 2001.

Kosten: ca. **30 Milliarden Euro** jährlich, Einzelfallkosten pro Patient und Jahr von rund 25.000 Euro
Hallauer et al., 2000.

 **Versorgungsdefizit**

Beteiligte Disziplinen

- Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen:
 - » Allgemeinmedizin (Uni)
 - » Geriatrie (Uni)
 - » Pharmakologie (Uni)
 - » Public Health (Uni)
 - » Neurologie (extern)
 - » Psychiatrie (extern)
 - » Psychologie (extern)
- Pflege- und Musikwissenschaften (Uni)
- Patientenorganisation (Deut. Alzheimer Ges.)

Hilfsmittel bei der Entwicklung

- Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“, ÄZQ
- Autorenmanual, DEGAM
- Agree-Instrument
- Discern für die Patientenleitlinie

**Suche nach der besten Evidenz...
... in anderen Leitlinien!**

Aktuelle Entwicklungen – „Conflicting Evidence“ bei AChE

Pro (Ia)	Contra (Ia)
<ul style="list-style-type: none">• alle aktuellen LL (CMA, AKDÄ, BDA, NICE)• HTA-Reports (z.B. AOK-Bundesverband)• Cochrane• alle bisherigen Studien	<ul style="list-style-type: none">• bisher 2 veröffentlichte Reviews (AD2000 Collaborative Group, Kaduszkiewicz et al.)

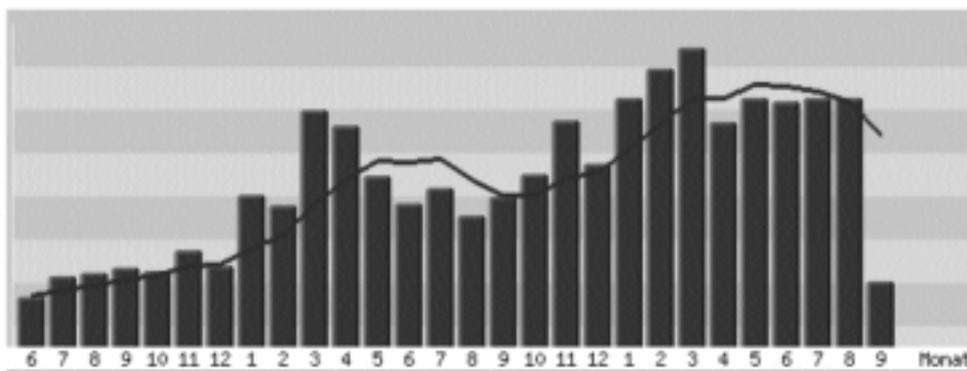
**Keine wirksamen Pharmaka vorhanden?
➔ Neue Versorgungskonzepte sind nötig!**

Update Planungen

- „Kleines“ Update/Revision im 1.HJ 2005
 - ▷ „Conflicting evidence“ bei Cholinesterasehemmern
 - ▷ „Übersetzung“ der LL in das DEGAM-Format
 - ▷ Evaluation durch Hausärzte (Stufenprozess)
 - ▷ Basis für Disease Management Programm?
- Weitere Themen für die Zukunft:
 - ▷ Modul Pflege-/Altenheim
 - ▷ Kosten
 - ▷ Prävention
 - ▷ „Akute Verwirrtheit“
 - ▷ Direkte Einbindung von Angehörigen

Nutzung der Internet-Seiten

- Gesamtzahl: knapp 900.000 eindeutige Besuche (Visits)
- Pro Monat: 250.000 Seitenzugriffe (Page Impressions)
- Gute Platzierung bei Google („Demenz“ auf Platz 1)



Anstieg der Zugriffszahlen von Juni 2002 bis August 2004



Leitlinien und Wissenstransfer

Im Idealfall spiegeln Leitlinien den aktuellen Stand des medizinischen Wissens wider.

Aber: Sie werden in den meisten Ländern nur unzureichend genutzt!
Grimshaw, G. M., et al. 2002.

➔ Neue Wege zur Implementierung sind nötig!



medizinerwissen.de

Demenz I

Aufgabe Nummer: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

Leistung in % : 52% 100%

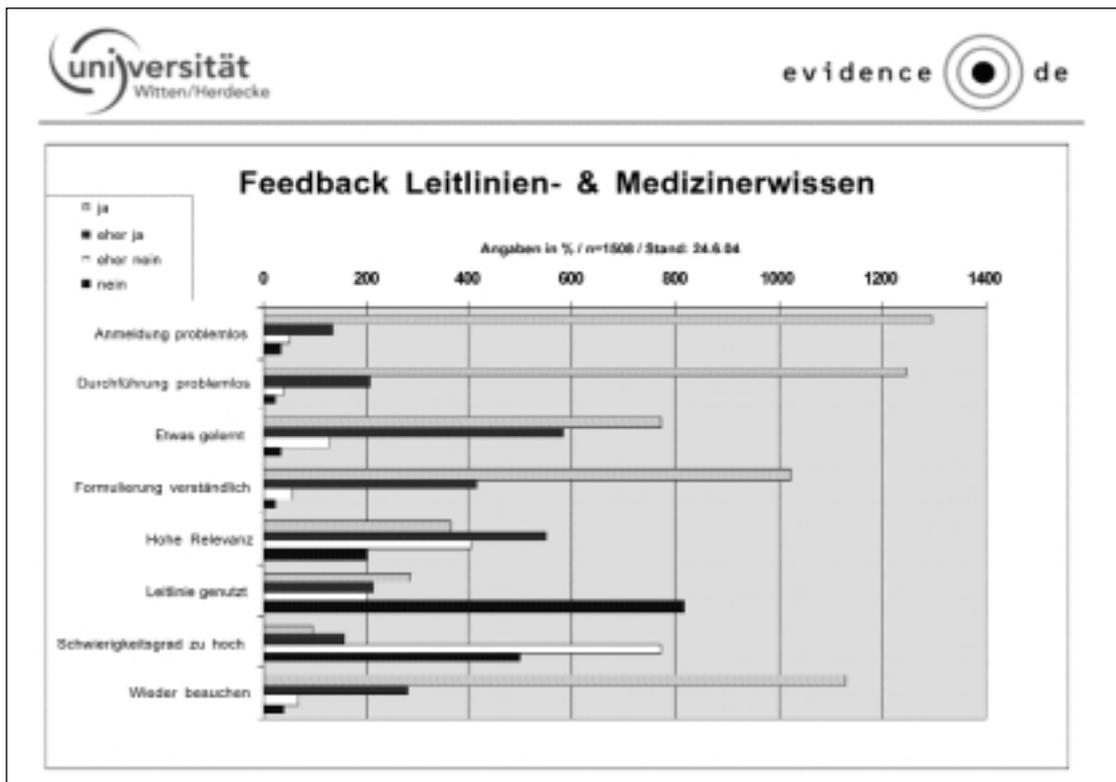
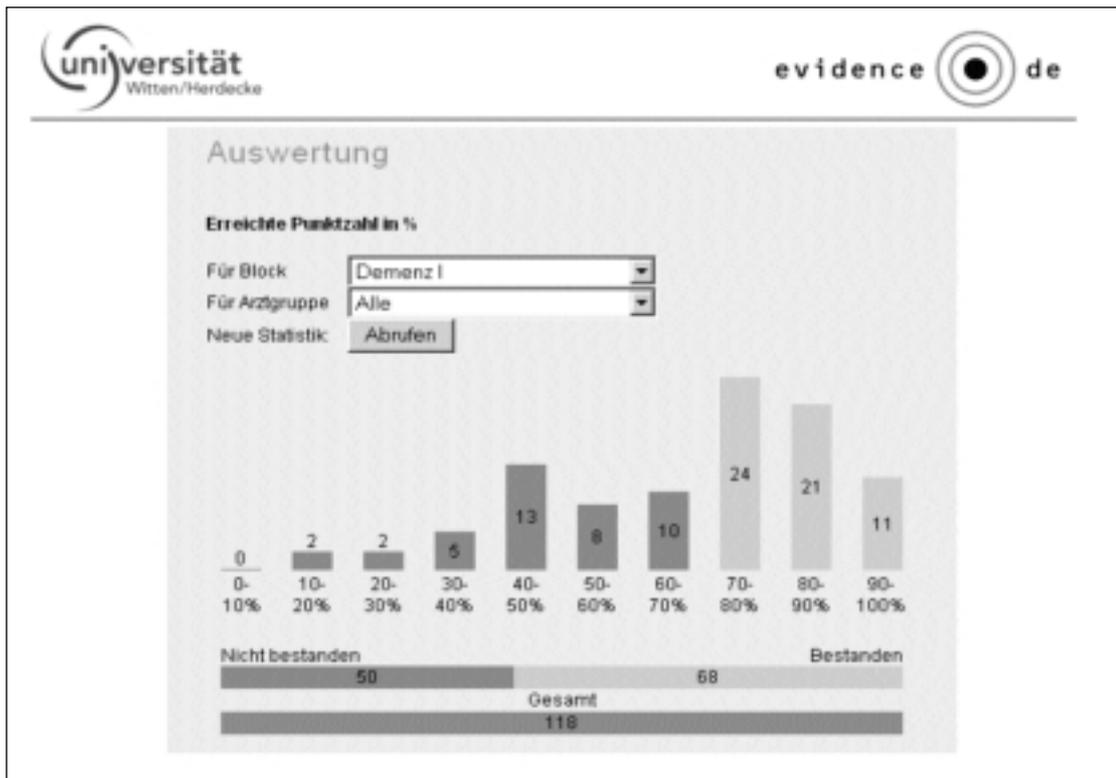
Aufgabe 3:

Wann wird ein Computertomogramm des Kopfes in der Demenz-Diagnostik empfohlen? Ein Schädel-CT...

Bitte markieren Sie die richtigen Lösungen (Mehrfachauswahl)

... ist verzichtbar, wenn der Patient über 65 Jahre alt ist.	<input checked="" type="checkbox"/>
... ist verzichtbar, wenn EEG und PET eingesetzt werden.	<input type="checkbox"/>
... wird empfohlen bei allen Patienten unter 65 Jahre.	<input checked="" type="checkbox"/>
... wird empfohlen bei allen Patienten über 65 Jahre.	<input type="checkbox"/>
... wird empfohlen, wenn sich die Symptomatik rasch entwickelt hat.	<input checked="" type="checkbox"/>

Weiter



Fallgeschichte Demenz I

Seite:  2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18

Seite 1:

Kurz vor Ende der Sprechstunde betritt das Ehepaar Nager Ihr Behandlungszimmer. Die Biologielehrerin kommt wegen ihres Diabetes regelmäßig zu Ihnen. Heute kommt sie nicht nur zum ersten Mal über eine Stunde zu spät, sie bringt auch ihren Mann mit ins Sprechzimmer.



Den deutlich älteren Ehemann kennen Sie nicht so gut. Der jetzt 72-Jährige war vor Jahren wegen einer Lumbalgie zuletzt bei Ihnen.

Warum hat sich Frau Nager diesmal Unterstützung mitgebracht? Das entspricht eigentlich gar nicht der Art Ihrer ausgesprochen resoluten Patientin.

Aber bei der Begrüßung der beiden stellt sich schnell heraus, dass es diesmal um Herrn Nager geht.

Seite 2: 

Bei der weiteren Unterhaltung mit Herrn Nager erkundigen Sie sich gezielt nach möglichen Risikofaktoren für die Entstehung einer Demenz. Wonach fragen Sie?

Bitte klicken Sie alle Fragen an. Sie bekommen über die Kommentare eine gezielte Rückmeldung.

"Sind Sie schon einmal psychiatrisch behandelt worden?"

"Hat in Ihrer Familie jemand Alzheimer-Erkrankung oder Geschwister zum Beispiel?"

"Trinken Sie viel Alkohol oder haben Sie früher viel Alkohol getrunken?"

"Waren Sie in letzter Zeit im Ausland?"

"Hat unter Ihren nahen Verwandten jemand Durchblutungsstörungen, Diabetes, Bluthochdruck, erhöhte Blutzucker oder sonstige Stoffwechsellstörungen, die ein Risiko für eine Arterienverkalkung darstellen?"

Nehmen Sie Medikamente ein, vor allem Beruhigungstabletten oder Mittel, die auf die Stimmung wirken?"

Gute Frage. Nach Aussage einiger Studien können geringe Mengen Alkohol zwar vor einer Demenz schützen, Alkoholabusus kann jedoch die Entstehung einer Demenz fördern.



"Ah und zu mal ein Glas Rotwein. Das soll doch gesund sein."



"Na, manchmal werden es zwei, drei Gläschen."

Zielgruppen für die Demenz-Fortbildung:

- Ärzte
- Patienten

In Planung:

- Pflegende
- Apotheker
- Studierende

Assessment – CarenapD (care needs assessment package for dementia): ein personzentriertes Assessment für Personen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen im häuslichen Umfeld

von **Christine Riesner, Meinwerk-Institut, Paderborn**

Christine Riesner, Pflegewissenschaftlerin, Bachelor of Science in Nursing (BScN), Krankenschwester, Approved-DCM-Trainerin, DCM-Evaluatorin, Bildungsreferentin Meinwerk-Institut mit Schwerpunkt personzentrierte Pflege bei Demenz und Dementia Care Mapping

Das Assessment CarenapD wurde im Dementia Care Development Centre an der Universität Stirling, UK Mitte der 90er Jahre entwickelt. Es erfasst Unterstützungsbedarfe der Person mit Demenz und der pflegenden Angehörigen aus multiprofessioneller Perspektive.

CarenapD wird als Monitoring prozesshaft eingesetzt, um frühzeitig adäquate Interventionen planen zu können und den Unterstützungsprozess zu evaluieren. Durch die strukturierte Erfassung von Bedarfen in diesem Sektor stehen dem Gesundheitssystem ebenfalls Daten zur Verfügung, die eine Anpassung der kommunalen Strukturen und eine datengestützte Budgetierung ermöglichen.

Die inhaltliche Struktur des Assessments blieb unverändert, einige Sequenzen wurden ergänzt, um die Nutzbarkeit im deutschen ambulanten Pflegesektor zu erreichen. Die Übersetzung wurde von Frau Christine Riesner BScN in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Angelika Zegelin im

Rahmen eines Projektes der Robert-Bosch-Stiftung an der Freien Universität Witten/Herdecke durchgeführt.

Zum Hintergrund

Der größte Anteil von Menschen mit Demenz lebt in der häuslichen Umgebung, sie werden hauptsächlich durch Angehörige gepflegt. Dieser Gruppe hat sich der ambulante Pflegesektor heute noch nicht adäquat gewidmet, es sind keine Unterstützungsstrukturen vorhanden, es stehen keine Assessments zur Erfassung des Unterstützungsbedarfs zur Verfügung.

Eine längerfristige Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation hätte verschiedene positive Effekte. Die Lebensqualität der Personen mit Demenz und ihrer Angehörigen wird verbessert, dadurch wird eine Heimunterbringung der Person mit Demenz verzögert oder vermieden. Gesundheitliche Belastungen und somatische Erkrankungen der Angehörigen, die durch Überlastung entstehen, werden frühzeitig erfasst und ausgeglichen.

Mit dem Einsatz von CarenapD wird für den ambulanten Sektor bei Demenz das Prinzip „ambulant vor stationär“ realisierbar.

Der Aufbau

Die deutsche Übersetzung des Assessments besteht aus folgenden inhaltlichen Anteilen:

1. Einem Vorwort mit Hinweisen zur Definition und Übersetzung des englischen Begriffs „need“ und zur Anwendung des Assessments
2. Einer Nutzerinformation, die durch den Assessmentprozess mit CarenapD leitet
3. Einem Basis-Informationsteil, der personenbezogene Daten erfasst, und einer Prüfsequenz für Demenzsymptome
4. Dem Bedarfsassessment für die Person mit Demenz, gegliedert in die Bereiche:

Assessment CarenapD

- Gesundheit und Mobilität
- Selbstpflege und Toilettengang
- Soziale Interaktion
- Verhalten und mentale Befindlichkeit
- Haushalt
- Leben in der Gemeinde
- Ernährung inkl. Risikoeinschätzung

Jeder Bereich enthält eine Anzahl Items, in jedem Item wird erfasst, ob ein Unterstützungsbedarf nicht vorhanden ist, kompensiert ist oder unkompensierter Unterstützungsbedarf besteht.

Wird ein unkompensierter Unterstützungsbedarf identifiziert, stehen eine Anzahl vorgegebener Hilfen zur Verfügung:

- Soziale Anregung/Aktivität
- Anleitung/Beaufsichtigung
- Physische Pflegeübernahme oder Unterstützung der Person
- Hilfsmittel und Anpassungen
- Assessment durch Spezialisten
- Beratung der Person mit Demenz
- Verhaltensmanagement
- Information/Anleitung für die Pflegeperson
- Weiß nicht; kann nicht entschieden werden

5. Einer Erfassung der Biographie der Person mit Demenz
6. Dem Bedarfsassessment für den/die pflegenden Angehörigen, gegliedert in die Bereiche:
 - Gesundheit
 - Alltagsbelastung
 - Unterstützung
 - Pflegeunterbrechung
 - Gefühle
 - Information
 - Interventionen

Das Assessment liegt komplett in deutscher Fassung vor, diese wurde durch Experten gesichtet und bearbeitet. Die Bearbeitung der Übersetzung fand im Hinblick auf die korrekte sprachliche Übersetzung und inhaltliche Logik statt sowie

im Bereich der formalen Anpassung an die deutsche Struktur des Gesundheitswesens.

Die Einschätzung der Experten über Nutzen und Einsatzgebiet von CarenapD besagt,

- dass kulturelle Brüche nicht erkennbar sind,
- dass das Assessment sehr gut tauglich ist, um Bedarfe der Person mit Demenz umfassend aufzuzeichnen,
- dass das Assessment für pflegende Angehörige Unterstützungsbedarfe frühzeitig erfasst und Überforderung/Überlastung dadurch vermieden werden können (Gesundheitsförderung). Der pflegende Angehörige wird in CarenapD als Ressource für die häusliche Pflege bei Demenz gesehen.

Die kritischen Hinweise zur Nutzung von CarenapD durch die Experten lautet:

- Beachtet werden muss, dass das Assessment nicht als Fragebogen angewendet werden darf.
- Die Arten der Hilfe müssen durch die Praxis definiert werden, dies entspricht auch der britischen Arbeitsweise mit dem Assessment.
- Als multiprofessionelles Assessment muss die Praxis sicherstellen, dass die Einschätzungen des Assessors nachvollziehbar sind. Die Implementierung bedarf einer intensiven Begleitung. Ebenso müssen Fragen der Interraterreliabilität bearbeitet werden.

Um Erkenntnisse über die Einsatzfähigkeit des Assessments im deutschen ambulanten Pflegesektor zu erhalten, soll CarenapD im Rahmen eines Pretests in unterschiedlichen Einrichtungen der ambulanten Pflege über einen Zeitraum von zwei Jahren getestet werden.

Veröffentlichung von Christine Riesner:

Riesner, Christine (2004): Personenzentrierte Pflege im Spiegel von Broschüren zur Demenz. Eine Beurteilung kostenlos zugänglicher Schriften aus pflegewissenschaftlicher Sicht. KDA-Schriftenreihe thema 187. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Ermittlung der Bedürfnisse von Demenzkranken – Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung des „patient-view“ von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege

von Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. an der Universität Dortmund

Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss, Diplom-Psychologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gerontologie, Arbeitsschwerpunkte: Lebensqualität und Demenz/Nutzerperspektive in der Pflege

Ein Großteil der Klientel stationärer Einrichtungen leidet unter demenziellen Erkrankungen, und ihr Anteil wird im Zuge des demographischen Wandels in Zukunft steigen. Vor diesem Hintergrund gewinnt das für die Bundesrepublik zu konstatierende Forschungsdefizit bezüglich der Ergebnisqualität aus der Nutzerperspektive demenziell Erkrankter besondere Bedeutung. Im Umgang mit demenziellen Erkrankungen liegen hierzulande noch deutliche Kompetenz- und Konzeptdefizite vor, wobei internationale Forschungsergebnisse jedoch darauf hinweisen, dass der Krankheitsverlauf durch Pflege und Umfeld (positiv) beeinflusst werden kann (Sixsmith et al. 1993).

Für die von Strauss und Glaser (1975) beschriebenen Probleme und Bewältigungsstrate-

gien chronischer Krankheiten, zu denen auch die Demenzerkrankungen zählen, bestehen für demenziell erkrankte Bewohner/-innen in vollstationären Einrichtungen gesondert zu betrachtende Bedingungen. So haben Bewohner/-innen ihre häusliche Umgebung und somit ihren „major workplace“ der Krankheitsbewältigung verlassen (müssen) (Strauss & Corbin 1988, Schaeffer & Moers 2000). Ihre bis zum Heimübergang häufig lange Zeit funktionierenden Normalisierungsstrategien sind i. d. R. nicht mehr ausreichend. Strategien der Normalisierung erscheinen für Demenzerkrankte aber von besonderer Bedeutung, da ihre Krankheit eine Auflösung des Ichs und damit einhergehend den Verlust von Normalität bedeutet. Normalität im Sinne von vertrauter, Orientierung bietender Umgebung, (lieb gewonnenen) Handlungsrouninen sind für demenziell erkrankte Bewohner/-innen besonders wichtig (u. a. Bölicke & Steinhagen-Thiessen 2002) und stellt eine pflegerische Handlungsmaxime dar.

Das hier vorgestellte Projekt soll einen Beitrag zur Aufrechterhaltung von Normalität bei demenziell Erkrankten in vollstationären Einrichtungen leisten, indem ein Instrument zur Informationserhebung entwickelt und erprobt wird, das die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen erfasst und für Unterstützung im Sinne von Normalisierungsstrategien nutzbar macht.

Forschungsstand zur Nutzerperspektive von demenziell Erkrankten

Während Daten zur Epidemiologie demenziell Erkrankter vorliegen, bestehen Forschungsdefizite im Hinblick auf die „Mikroperspektive“ (Tickenberg & Abt-Zegelin 2001), die u. a. die Lebenswelt, die Bedürfnisse und die Perspektive dieser Menschen umfasst. Bei der Berücksichtigung der „Mikroperspektive“ steht demnach die Fokussierung der Patientenperspektive bezüglich der Lebens- und Versorgungssituation im Vordergrund.

Spricht man in der Pflegewissenschaft vom „patient view“, so ist damit allgemein die Wahrnehmung und Beurteilung von Versorgungsleistung gemeint; d. h., das Versorgungserleben seitens der Patienten steht hier im Vordergrund. Das Erfassen des „patient view“ dient dabei der Analyse des Verhältnisses zwischen Versorgungsge-schehen und Patientensituation. Häufig wird in diesem Kontext von der „Nutzerperspektive“ oder auch „Kundenzufriedenheit“ gesprochen. Damit werden die Befragten, z. B. Altenheimbe-wohner/-innen, aber auf marktwirtschaftlich orientierte Aspekte reduziert, nämlich auf die von Rezipienten von (Pflege-)Dienstleistungen. Da das Leben in einer vollstationären Einrichtung aber mehr als nur die Inanspruchnahme von Pfl-egeleistungen beinhaltet, sollte das Erfassen der Patientenperspektive über das reine Versor-gungserleben hinausgehen.

Hinsichtlich der Erhebung des „patient view“ von demenziell erkrankten Bewohnern potenzieren sich aufgrund der multiplen somatischen und kognitiven Beeinträchtigungen methodische Probleme. Aus diesem Grund wird diese Personen-gruppe von direkten Bewohnerbefragungen aus-geschlossen (u. a. Binder 1998), und stattdessen werden Bewertungen von Stellvertretern (z. B. Angehörige, Betreuer) erhoben. Stellvertreterur-teile sind aber weder in sich konsistent, noch spiegeln sie die Urteile der Bewohner/-innen wi-der (Gebert & Kneubühler 2001), so dass dies nicht als der richtige Weg erscheint, Informatio-nen aus Sicht der Bewohner/-innen zu erhalten.

Auch wenn demenziell Erkrankte in späteren Krankheitsphasen unter zahlreichen kognitiven Beeinträchtigungen leiden, die später zum Ver-lust um das Wissen der eigenen Person führen können, und sie im fortgeschrittenen Verlauf der Krankheit i. d. R. die Fähigkeit zur verbalen Kom-munikation verlieren (Sprachrezeption und -ex-pression), gibt es doch Erkenntnisse, die darauf hinweisen, dass Befragungen zumindest im frü-hen und mittleren Stadium möglich sind (u. a. So-berman et al. 2000).

Kritik an den bisherigen Erhebungsinstrumenten

Die meisten bislang entwickelten Lebensquali-tätsskalen basieren auf einem nomothetischen Ansatz; d. h., dem Entwicklungsprozess dieser Instrumente liegen allgemeingültige Konzepte zur Lebensqualität zugrunde. Solche vollstandar-disierten Erfassungen sind durch eine Merkmals-orientierung gekennzeichnet. Den Befragten, z. B. Altenheimbewohnern/-bewohnerinnen, werden Bereiche vorgegeben, die z. B. in Exper-tenrunden als relevant für eine Beurteilung der Lebensqualität im Kontext der Lebens- und Ver-sorgungssituation aus Sicht der Bewohner/-in-nen definiert werden. Regelmäßig führen solche Befragungen zu bemerkenswert positiven Beur-teilungen der erlebten Lebensqualität, deren Aus-sagekraft in Kenntnis der fragwürdigen methodi-schen Vorgehensweise gering ist. Ein Qualitäts-urteil sagt so lange nichts aus, wie nicht bekannt ist, ob die Dimension oder der Gegenstand, zu dem das Urteil abgegeben wird, für die Befrag-ten überhaupt von Bedeutung ist.

Der Leitsatz für die Entwicklung eines Instru-ments zur Erfassung der Patientenperspektive von dementen Altenheimbewohnern ist demzu-folge auch: „Quality of life is what the patient says it is.“ (Joyce 1991). Das heißt, den in dem hier beschriebenen Projekt durchgeführten Befra-gungen zur Messung der Lebensqualität von de-menten Altenheimbewohnern/-bewohnerinnen liegt ein individualisierter Ansatz zugrunde. Die Patientenperspektive bezüglich der erlebten Le-bensqualität wird dabei im Vergleich der Zeit vor bzw. seit Einzug ins Heim (Prä-Post-Vergleich) von den Betroffenen selbst erfragt.

Eine individualisierte Vorgehensweise be-sagt aber nun auch, dass jede(r) demente Be-wohner/-in offen zu seiner/ihrer Lebenssituation im Heim befragt werden muss. Dies bedeutet aber für die Pflegenden, für die dieses Instrument entwickelt werden soll, eine zeitliche Mehrbelas-tung, die in der Praxis kaum realisierbar ist. Wie ist nun der Spagat zwischen einem individuali-sierten Ansatz und einer in der Praxis ökonomi-

schen Erfassung der Lebensqualität von demen- ten Altenheimbewohnern/-bewohnerinnen voll- ziehbar? Diese Frage soll im Folgenden beant- wortet werden:

Empirisches Vorgehen

In einem ersten Schritt wurden mit 25 vorher dia- gnostizierten dementen Bewohnern/-bewohne- rinnen narrative Interviews durchgeführt, in de- nen sie aufgefordert wurden, über ihre Lebens- und Versorgungssituation und deren Bewertung im Heim zu berichten. Mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgte eine Kate- gorisierung des Datenmaterials durch die Analy- se von Gemeinsamkeiten, die schließlich zu Schlüsselkategorien verdichtet wurden. Es erga- ben sich folgende Schlüsselkategorien:

1. Privatsphäre und Wohnsituation
2. Soziale Kontakte
3. Pflege und Betreuung
4. Berücksichtigung früherer Gewohnheiten
5. Autonomie und Wahlmöglichkeiten
6. Ernährung und Hauswirtschaft
7. Konfrontation mit demenziellen Erkrankungen von Mitbewohnern/-bewohnerinnen

Diese Schlüsselkategorien dienten dann in einem zweiten Schritt der Fragebogenkonstruktion. Der Fragebogen („DemView“) besteht aus den ge- nannten sieben Bereichen mit insgesamt 37 Fra- gen. Die Fragen sind leicht verständlich formu- liert (z. B. aus dem Bereich Privatsphäre und Wohnsituation: „Fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer wohl?“). Die Antworten sollen mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Die Befragten kön- nen aber bei Bedarf weitere Anmerkungen vor- nehmen. Die Bewohner/-innen werden nach dem Beantworten einer Frage nach der Bedeu- tung oder Wichtigkeit des Bereiches befragt, der Gegenstand der Frage ist.

In einem 3. Schritt erfolgt in der gegenwärtig noch nicht abgeschlossenen Phase die Über- prüfung des Fragebogens in der Pflegepraxis.

Zu erwartende Ergebnisse

Mit einem geprüften, in der Praxis anwendbaren Instrument zur Erfassung des „patient view“, also der Patientenperspektive, von demenziell er- krankten Bewohnern/-innen soll der Informa- tionsstand über deren Versorgung in stationären Einrichtungen verbessert werden. Dieses Instru- ment soll zur Erweiterung des Pflegehandelns beitragen, indem es den mit der Pflege betrauten Mitarbeitern/-innen ermöglicht, Informationen über das Krankheitserleben und die Versor- gungssituation aus Sicht der Bewohner/-innen zu erhalten. Weiterhin kann mit Hilfe eines sol- chen Instruments eine Überprüfung der Ergebnis- qualität in Einrichtungen der Altenhilfe vorge- nommen werden. Ein weiteres Ziel ist die Weiter- entwicklung evidenzbasierter Grundlagen für den Umgang mit dieser chronischen Krankheit und zur Entwicklung patientenorientierter Pflege- konzepte. Letzten Endes soll ein solches Instru- ment zur Verbesserung der Versorgungssituation demenziell Erkrankter beitragen bzw. die Förde- rung von Normalität als Handlungsmaxime in der Versorgung Demenzkranker im vollstationä- ren Bereich als Ziel haben.

Literatur

- Binder, R.** (1998): Bewohner geben die Richtung an. Al- tenheim 6, S. 8–14.
- Bölicke, C. & Steinhagen-Thiessen, E.** (2002): Qualität in der Pflege dementierender alter Menschen. In: G. Igl, D. Schiemann, B. Gerste & J. Klose (Hrsg.): Qualität in der Pfl- ege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart: Schattauer. S. 179–188.
- Gebert, A. J. & Kneubühler, H. U.** (2001): Qualitätsbeur- teilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegehei- men. Bern: Huber.
- Joyce, C. R. B.** (1991): Entwicklung der Lebensqualität in der Medizin. Aktuelle Onkologie, 63, S. 11–22.
- Schaeffer, D. & Moers, M.** (2000): Bewältigung chroni- scher Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: B. Rennen-Allhoff & D. Schaeffer (Hrsg.): Handbuch Pflegewis- senschaften. Weinheim: Juventa. S. 447–484.
- Sixmith A, Stilwell J, Copeland J.** (1993): Dementia: chal- linging the limits of dementia care. International Journal of Ge- riatric Psychiatry 8, 993–1000.

Ermittlung der Bedürfnisse von Demenzkranken

Soberman, L. R.; Murray, M.; Norton, P. G.; van Maris, B. (2000): The Domains of Satisfaction in Long-Term Care. In: Cohe-Mansfield J, Ejaz FK, Werner P (eds.): Satisfaction Surveys in Long-Term Care. New York: Springer Publishing Company, 29–52.

Strauss, A. & Corbin, J. (1988): Shaping a new health care system. The explosion of chronic illness as a catalyst for change. San Francisco: Jossey Bass.

Strauss, A. & Glaser, B. (1975): Chronic illness and the quality of life. Saint Louis : The C.V. Mosby Company.

Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (2001): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main: Mabuse.

Weitere ausgewählte Veröffentlichungen von Adelheid Schulz-Hausgenoss:

Schulz, A.; Wittgens, W.; Wippermann, V.; Trenckmann, U. (2001): Differentialdiagnose Depression versus Demenz. Zeitschrift für Neuropsychologie, 12 (Suppl.), S. 40–41.

Nicolson, R.; Daum, I.; Fawcett, A.; Schulz, A. (2002): Abnormal eyeblink conditioning for dyslexic children. Experimental Brain Research, 143, 42–50.

Schulz, A. (2003): Gedächtnistäuschungen bei Alkoholikern und Patienten mit dem Korsakow-Syndrom: Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Naturwissenschaften: Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum.

Schulz-Hausgenoss, A. (2004): Die Bedeutung der Sozialen Arbeit in der Behandlung von Demenzerkrankungen. Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 6, S. 27–33.

Erfassen des „patient view“ von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss

Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund
www.uni-dortmund.de/ffg



Ziel des Projektes

**Ermittlung der Bedürfnisse von Demenz-
kranken in vollstationären Einrichtungen durch
Befragung der Betroffenen**



Beitrag zur Optimierung der Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten

Entwicklung eines Instrumentes zur Befragung von
demenziell Erkrankten hinsichtlich ihres „patient view“
im Altenheim

- X Fokussierung der „Mikroperspektive“
- X Erforschung des Erlebens der Krankheits- und
Versorgungssituation demenziell Erkrankter
- X ***Grundlagen schaffen für eine
patientenorientierte und Ressourcen
erhaltende Pflege***



Patient view

- X Allgemein: Wahrnehmung und Beurteilung von Versorgungsleistung

- X Hier: Patientenperspektive hinsichtlich Lebensqualität (LQ) im Prä-Post-Vergleich



Herausforderungen

- X Resultieren kognitive Defizite (Gedächtnis, Einsicht, Urteilsvermögen, Sprache) bei Demenzkranken in ungünstigen self-reports?

- X Nehmen Demente LQ in der gleichen Weise wahr wie Nicht-Demente?



Def. von Lebensqualität (WHOQoL-Group):

„Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“



Probleme bei der Erfassung des „patient view“ von Dementen in vollstationären Einrichtungen:

X Stellvertreterbefragungen

X Merkmalsorientierung von vollstandardisierten Erfassungen



Leben und Wohnen im Altenheim St. Johannisstift

“Die Würde des älteren Menschen zu achten und zu bewahren, ist der Leitsatz unserer Arbeit. **Lebensqualität** heißt für uns: ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung und Privatsphäre für jeden Bewohner. In unseren Einzel- und Doppelzimmern sowie 11 Wohnungen bieten wir 120 Menschen Platz. Jedes unserer Zimmer ist mit Dusche und WC ausgestattet, fast alle haben einen Balkon. Unsere Bewohner können die Räume mit eigenen Möbeln einrichten.”



FFG

Probleme bei den Skalen

- X Oft liegen dem Entwicklungsprozess dieser Instrumente theoretische Konzepte zur Lebensqualität im Alter zugrunde

- X **Wichtig:** Ein Qualitätsurteil sagt solange nichts aus, wie nicht bekannt ist, ob die Dimension oder der Gegenstand, zu dem das Urteil abgegeben wird, für die Befragten überhaupt von Bedeutung ist.

- X Erfassung funktioneller, kognitiver oder psychosozialer Variablen



FFG

Beitrag zur Optimierung der Lebens- und Versorgungsqualität der Patienten

X Individueller Umgang mit krankheitsbedingten Einbußen

Leitsatz:

„Quality of life is what the patient says it is.“

_ Individualisierter Ansatz zur Messung der LQ



Entwicklung unseres Instrumentes

Frage:

Wie ist der Spagat zwischen einem individualisierten Ansatz und einer in der Praxis ökonomischen Erfassung der LQ von dementen Altenheimbewohnern vollziehbar?



Entwicklung unseres Instrumentes

1. Schritt:

X Durchführen von narrativen Interviews

**X Aufnahme der Interviews –
Transkription – Qualitative
Inhaltsanalyse: Kategorisierung des
Datenmaterials durch die Analyse von
Gemeinsamkeiten – Verdichtung zu
Schlüsselkategorien**



Schlüsselkategorien: zentrale Bedürfnisse

X Privatsphäre und Wohnsituation

X Soziale Kontakte

X Pflege und Betreuung

X Berücksichtigung früherer Gewohnheiten

X Autonomie und Wahlmöglichkeiten

X Ernährung und Hauswirtschaft

**X Konfrontation mit Demenz-Erkrankungen von
Mitbewohnern**



Entwicklung unseres Instrumentes

2. Schritt: Fragebogenkonstruktion

- X Fragebogen besteht aus den genannten sieben Bereichen mit insgesamt 37 Fragen.
- X Leicht verständlich formulierte Fragen (z.B. aus dem Bereich Privatsphäre und Wohnsituation: „Fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer wohl?“).



3. Schritt

Anwendung in der Pflegepraxis

- X Anwendung des Fragebogens in der Pflegepraxis erfolgt in der gegenwärtig noch nicht abgeschlossenen Phase



Bedeutung der zu erwartenden Ergebnisse

- **Erweiterung des Pflegehandelns** der mit der Pflege betrauten Mitarbeiter
- **Entwicklung** patientenorientierter **Pflegekonzepte**
- **Weiterentwicklung** evidenzbasierter Grundlagen für den Umgang mit dieser chronischen Krankheit
- **Überprüfung** der **Ergebnisqualität** in Einrichtungen der Altenhilfe;
- **Verbesserung** der **Versorgungssituation** Demenzkranker
- **Förderung** von „**demenzspezifischer Normalität**“ als Leitkonzept in der Versorgung Demenzkranker im Heimbereich“ (Lind, 2002)



Fazit:

Zur Beurteilung und Verbesserung der Versorgungssituation für Demenzkranke ist es erforderlich, die spezifischen Bedürfnisse und Hilfsbedarfe der Betroffenen zu kennen.



Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss
Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund
www.uni-dortmund.de/ffg
A.Schulz-Hausgenoss@gmx.de



Literatur zum Thema:

Schulz-Hausgenoss, A.; Schönberg, F.; Naegele, G. (2004): Erfassen des „patient view“ von Demenzkranken in vollstationären Einrichtungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37 (1), S. 30.

Schnabel, E.; Schönberg, F. (2003): Qualitätssicherung und Nutzerperspektive. In: E. Schnabel/F. Schönberg (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger – Bilanz und Perspektiven. Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik. Münster: Lit Verlag. S. 168–190.

Rahmenempfehlungen für die Pflege – Entwicklung wissensbasierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte

von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik und Margareta Halek

*Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik, Krankenschwester, Dipl.-Soziologin, Lehrstuhlinhaberin am Pflegewissenschaftlichen Institut an der Universität Witten/Herdecke: Epidemiologie-Pflegewissenschaft
Margareta Halek, Altenpflegerin, Pflegewissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Epidemiologie – Pflegewissenschaft im Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke*

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) hat im Juli 2003 ein Forschungsvorhaben zur „Entwicklung standardisierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte (Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter)“ ausgeschrieben. Ziel des Vorhabens ist laut Ausschreibung die Ermittlung von effektiven pflegerischen Interventionsmaßnahmen, um die Pflegequalität für Demenzkranke mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern. Dabei sollen auf der Grundlage einer nationalen und internationalen Literaturexpertise standardisierte Rahmenempfehlungen zur Pflege demenziell Erkrankter im vollstationären Pflegebereich erarbeitet werden. Die Rahmenempfehlungen sollen die häufigsten und be-

sonders pflegerelevanten Verhaltensstörungen berücksichtigen und Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität pflegerischen Handelns beinhalten. Die Laufzeit des Projektes beträgt zwei Jahre (1. 6. 2004 bis 31. 5. 2006).

Den Auftrag für das Projekt erhielten das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke und die KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH im Oktober 2003. Die Leitung des Projektes übernahm Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik. Das Institut für Pflegewissenschaft ist vor allem für die Literaturanalyse und Berichterstattung verantwortlich. Mitarbeiterinnen sind Dr. Angelika Zegelin, Margareta Halek, MScN. Der Beitrag der KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH, vertreten durch Dipl.-Psych. Christine Sowinski und Dipl.-Volkswirt Klaus Besselmann liegt in erster Linie bei der Organisation und Moderation der Expertengruppe und der Öffentlichkeitsarbeit sowie der umfangreichen jeweiligen Protokollerstellung.

Das Vorgehen bei der Entwicklung der Rahmenempfehlungen folgt den vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) erarbeiteten methodischen Empfehlungen, die eine hohe Qualität sichern sollen. Aus diesem Grunde ist eine Kooperation zu qualitätsmethodischen Fragen mit dem DNQP vereinbart.

Das Vorgehen gliedert sich im Wesentlichen in zwei Phasen: Die erste, ein Jahr andauernde Phase ist vorrangig der Literaturanalyse gewidmet. Zur Schwerpunktsetzung und möglichen Ergänzung der Literaturanalyse wird bereits zu Beginn eine Expertengruppe hinzugezogen. Ergebnisse der Recherche werden in engem Austausch mit der Expertengruppe diskutiert. Zum Ende des ersten Jahres soll das Ergebnis der Literaturanalyse vorliegen.

Die Expertengruppe besteht aus ausgewiesenen Experten aus der pflegerischen Praxis und der Wissenschaft zum Thema „Demenz“, außerdem aus Fachvertretern der wichtigsten Disziplinen, die für die qualifizierte Pflege demenziell Erkrankter eine bedeutende Rolle spielen, sie ist

also interdisziplinär zusammengesetzt. Die Hauptaufgabe der Expertengruppe, besteht in der genannten Beratung bei der Literaturanalyse, in der praxisorientierten Bewertung (Praxisrelevanz, Machbarkeit und Akzeptanz) der Ergebnisse aus der Literaturanalyse, in der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Rahmenempfehlungen, deren Präsentation bei der Fachkonferenz und der anschließend evtl. notwendigen Revision der Rahmenempfehlungen unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Fachdiskurses bei der Präsentation.

Nach einem groben allgemeinen Überblick über die Themenbereiche und den Umfang der nationalen und internationalen Literatur erfolgt die Literaturrecherche in Schwerpunkten, die mit den Experten abgestimmt werden. Für die Literaturrecherche und die anschließende Formulierung der Rahmenempfehlungen werden englisch- und deutschsprachige wissenschaftliche Arbeiten einbezogen, bewertet nach Qualitätsstufen der Wissensbasierung („evidence based“). Ebenfalls werden vorhandene Standards und Leitlinien anerkannter nationaler und internationaler Organisationen sowie sehr gute Praxis- und Modellprojektberichte bewertet, auch wenn sie eventuell nicht den wissenschaftlichen Kriterien entsprechen, aber interessante und bedeutsame Hinweise für die pflegerische Praxis enthalten. Die Begründung der Rahmenempfehlungen machen die möglicherweise unterschiedlichen Ebenen der Wissensbasierung transparent.

In der zweiten Phase werden die Rahmenempfehlungen unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Ergebnisse und Expertenmeinungen formuliert. Aufgrund der Breite des Themas werden neben wissenschaftlichen Empfehlungen für die direkte Pflege weitere Empfehlungen zu erwarten sein, die sich auf Wohnformen und die Rahmenorganisation für die Unterstützung Demenzkranker in der stationären Altenpflege beziehen.

Die Fachpräsentation hat zum Ziel, die formulierten Rahmenempfehlungen inklusive der Begründungen einem ausgewählten Fachpublikum

vorzustellen und zu einer Fachdiskussion zu gelangen, die eine Konsentierung ermöglicht. Neben der breiten Fachöffentlichkeit werden sowohl ausgewählte Fachvertreter aus der Pflegepraxis und -wissenschaft als auch Vertreter von Organisationen und Gesellschaften eingeladen, die für das Thema der Versorgung demenziell Erkrankter im stationären Bereich über einschlägige Expertise verfügen (z. B. Patienten- und Verbraucherverbände, Vertreter der Bundes- und Länderärztekammern, Kranken-, Pflegeversicherungsträger, Vertreter der Politik und demenzspezifischer Organisationen und anderer mit dem Thema befasster Berufsgruppen). Durch die strukturierte Moderation der Präsentation und die sich daran anschließende Diskussion soll ein breiter Diskurs ermöglicht werden. Die eingeladenen Fachvertreter erhalten daher vorab den Empfehlungsentwurf zugesandt.

Da der zu bearbeitende Themenbereich ein außerordentlich breites Spektrum an empfohlenen Maßnahmenarten erwarten lässt, kann das Ergebnis – wie in der Ausschreibung formuliert – nur in Rahmenempfehlungen bestehen. Aus diesen Rahmenempfehlungen könnte ein Nationaler Expertenstandard für die direkte Pflege bei demenziell Erkrankten entwickelt werden.

Entwicklung standardisierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte

- ◆ **Ausschreibung des BMGS vom Juli 2003**
- ◆ **Laufzeit: 01.06.2004 bis 31.05.2006**

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut für Pflegewissenschaft

Beteiligte

Durchführung im Projektverbund:

- Leitung Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
- Institut für Pflegewissenschaft der U W/H
 - Dr. Angelika Zegelin, Margareta Halck, MScN
 - Schwerpunkt in der Literaturanalyse und Berichterstattung
- KDA Beratungs- und Forschungsgesellschaft für Altenhilfe mbH
 - Dipl.-Psych. Christine Sowinski, Dipl.-Volkswirt Klaus Besselmann
 - Schwerpunkt in der Organisation und Moderation der Expertengruppe, Öffentlichkeitsarbeit

Schwerpunkte

- ◆ vollstationäre Pflege
- ◆ sog. „Verhaltensauffälligkeiten“
- ◆ häufigste und besonders pflegerelevante Verhaltensweisen
- ◆ wissensbasierte Empfehlungen

Vorgehen

In Anlehnung an DNQP:

- ◆ Auswahl einer Expertengruppe
- ◆ Literaturrecherche in Abstimmung mit den Experten
- ◆ Entwicklung von Rahmenempfehlungen
- ◆ Öffentlicher Diskurs und Konsentierung
- ◆ Stillschweigen während der Bearbeitung



Expertengruppe

- ◆ **Expertengruppe:**
 - Interdisziplinär mit
 - Schwerpunkt Pflege
- ◆ **Aufgaben:**
 - Bewertung der Literaturanalyse
 - Mitarbeit an Rahmenempfehlungen
 - Präsentation bei Fachkonferenz
 - Überarbeitung

Ausgewählte Veröffentlichungen von Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik:

Bücher

Gordon, M.; Bartholomeyczik, S. (2001): Pflegediagnosen. Theoretische Grundlage. Urban & Fischer, München.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Koch, V.; Zegelin-Abt, A. (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Mabuse, Frankfurt am Main.

Bartholomeyczik, S.; Dielmann, G.; DV Pflegewissenschaft (Hrsg.) (2003): Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen. Fachtagung 2002. Mabuse, Frankfurt am Main.

Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche, Hannover.

Schreier, M.M.; Bartholomeyczik, S. (2004): Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Schlütersche, Hannover.

Bartholomeyczik, S.; Schrems, B. (2004): Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. KDA-Schriftenreihe Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.

Bartholomeyczik, S.; Nonn, C. R. (Hrsg.) (2005): Fokus: Epidemiologie und Pflege, Wittener Schriften. Schlütersche, Hannover.

Buchbeiträge

Bartholomeyczik, S.; Ulmer, E.M.; Linhart, M.; Schumann, G.; Tuschen, P.: Analyse des Bedarfs an häuslicher und stationärer Pflege nach SGB XI – Auswertungen von Begutachtungsdaten des MDK in Hessen. In: Steppe, H.; Ulmer, E.M.; Saller, R.; Tuschen, P.; Weinand, B. (Hrsg.) (1998): Pflegebegutachtung – besser als ihr Ruf? Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main, S. 65–105.

Bartholomeyczik, S.: Der Bedarf an professioneller Pflege in der Zukunft. In: Balk, L., Klein, H., Schmidtke, A. (Hrsg.) (1998): Grundlagen der Bedarfsermittlung in der psychiatrischen Versorgung. Irseer Gespräche. Eicanos, Bocholt, S. 103–114.

Bartholomeyczik, S.: Versorgungsleistungen durch Pflege. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hrsg.) (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim, S. 659–682.

Bartholomeyczik, S. (1998): Pflegestandards. In: Alten- und Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis (Hrsg.): Altenhilfe – Geschäft oder Nächstenliebe? Baumann, Kulmbach, S. 36–43.

Bartholomeyczik, S.; Ulmer, E.-M.; Linhart, M.: Pflegebedarf nach Begutachtung – eine Analyse von MDK-Daten aus Hessen. In: Schmidt, R.; Entzian, H.; Giercke, K.-I.; Klie, T. (Hrsg.) (1999): Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Mabuse, Frankfurt am Main, S. 100–114.

Bartholomeyczik, S.: Pflege als Frauenberuf. In: Martin, B. (Hrsg.) (2000): Frauen in der Gesundheitsversorgung. Hans Jacobs, Lage, S. 31–53.

Bartholomeyczik, S.: The necessity of a common standardised language in nursing and the use for research. In: 5te udviklings- og forskningskonference i klinisk sundheds- og sygepleje, Aarhus Universitet, 2000, p. 47–56.

Bartholomeyczik, S.: Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa, Weinheim, S. 67–106.

Bartholomeyczik, S.: Pflegediagnosen aus einer Perspektive der Pflegewissenschaft. In: Etzel, B. (Hrsg.) (2000): Pflegediagnosen und die Internationale Klassifikation Pflegerischer Praxis (ICNP Beta-Version). Kohlhammer, Stuttgart, S. 53–70.

Bartholomeyczik, S.: Erforderliche Pflege vor dem Hintergrund der DRG-Diskussion. In: Deutsche Sektion der Internationale Ärzte für die Verhütung eines Atomkriegs (IPPNW), Kolb, S. et al. (2002): Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde... Kongressdokumentation. Mabuse, Frankfurt/Main.

Bartholomeyczik, S.: Pflegezeitbemessung als Grundlage für die Pflegestufen. In: von Kardoff, E.; von Kondratowicz, H.-J. (Hrsg.) (2002): Personalbemessung in der Altenhilfe. Wissenschaftliche, praxisbezogene und sozialpolitische Verständigungsversuche. Transfer, Regensburg, S. 31–41.

Bartholomeyczik, S. (2002): Analyse des Pflegebedarfs Schwerstpflegebedürftiger im außerstationären Bereich. In: Schaeffer, D., Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationäre. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Huber, Bern, S. 199–217.

Bartholomeyczik, S. (2003): Zur Formalisierung der Sprache in der Pflege. In: ICNP Internationale Klassifikation für Pflegenden (International Council of Nursing, ICN). Huber, Bern, S. 77–87.

Bartholomeyczik, S. (2003): Pflegebedürftigkeit oder die Schwierigkeiten, einen komplexen Begriff zu operationalisieren. In: Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Schlütersche, Hannover, S. 7–14.

Mühlum, A.; Bartholomeyczik, S.; Göpel, E. (2004): Auf dem zu „Humanwissenschaften zweiter Ordnung“: Sozialarbeitswissenschaft – Pflegewissenschaft – Gesundheitswissenschaft. In: Mühlum, A. (Hrsg.): Sozialarbeitswissenschaft. Wissenschaft der Sozialen Arbeit. Lambertus, Freiburg, S. 204–217.

Bartholomeyczik, S. (2003): Pflegediagnostik als Prinzip. In: Pflegediagnostik und Pflegeklassifikationssysteme. Entwicklung und Anwendung. Kohlhammer, Stuttgart, S. 11–26.

Bartholomeyczik, S. (2004): Vorwort zur deutschen Ausgabe: Pflegeforschung: Entwicklung und Perspektiven in deutschsprachigen Ländern. In: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Huber, Bern, S. 25–34.

Bartholomeyczik, S. (2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessments in der Pflege. Schlütersche, Hannover, S. 11–20.

Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (2004): Assessmentverfahren in der Altenpflege. In: Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche, Hannover, S. 131–139.

Bartholomeyczik, S. (2004): Standardisierung, Klassifizierung und die Pflegesprache. In: Wieteck, P. (Hrsg.): ENP – European Nursing care Pathways. Recom, Bad Emstal, S. 12–16.

Bartholomeyczik, S. (2005): Zur Epidemiologie und ihrer Bedeutung für die Pflege. In: Bartholomeyczik, S.; Nonn C. R. (Hrsg.): Fokus: Epidemiologie und Pflege. Schlütersche, Hannover, S. 18–31.

Zeitschriftenbeiträge

Schaeffer, D.; Bartholomeyczik, S. (1999): Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland. In: Mabuse, Heft 117, S. 40–42.

Bartholomeyczik, S.; Ulmer, E.-M.; Linhart, M. (1999): Pflegebedarf nach Begutachtung. In: Altenpflege Forum, Heft 3, S. 9–18.

Bartholomeyczik, S. (1999): Klinische Pflegeforschung und juristische Argumente. In: Pflege und Gesellschaft, Heft 1, S. 17–19.

Bartholomeyczik, S. (1999): Zur Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Pflege, Heft 3, S. 158–162.

Bartholomeyczik, S. (1999): Alles nach Schema F? Über Sinn und Unsinn von Pflegestandards. In: Pflegen Ambulant, Heft 3, S. 33–36.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2000): Erforderliche Pflege – Zu den Grundlagen einer Personalbemessung. In: Pflege & Gesellschaft, Heft 4, S. 105–109.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001): Pflege nach Minuten: Zeitkorridore in der Begutachtung nach SGB XI auf dem Prüfstand. In: Mabuse, Heft 29, S. 34–38.

Bartholomeyczik, S. (2001): Professionelle Kompetenz in der Pflege. In: Pflege Aktuell. Teil 1: Heft 5, S. 284–287; Teil 2: Heft 6, S. 344–347; Teil 3: Heft 7/8, S. 412–414.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2001): Die Messung von Pflegezeiten – methodische und inhaltliche Probleme. In: Pflege, Heft 4, S. 259–266.

Bartholomeyczik, S. (2001): Aufgabenverteilung – Qualifikation in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, Heft 8, S. 694–697.

Bartholomeyczik, S. (2001): Probleme und Aufgaben: Warum, womit und wie ist das „pflegewissenschaftliche Vakuum“ zu beleben? In: Zeitschrift für Humanontogenetik, Heft 1, S. 13–21.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D.; Abt-Zegelin, A. (2002): Kann PLAISIR halten, was es verspricht. In: Altenheim, Heft 4, S. 20–25.

Bartholomeyczik, S.; Hunstein, D. (2002): PLAISIR: Kritische Anmerkungen zu einem Personalbemessungsinstrument für die stationäre Altenpflege. In: Die BKK. Zeitschrift der betrieblichen Krankenversicherung, Heft 5, S. 189–194.

Bartholomeyczik, S. (2002): Sinn und Unsinn von Pflegestandards. In: Heilberufe, Heft 5, S. 12–16.

Bartholomeyczik, S. (2002): Editorial: Zum Stand der Akademisierung der Pflegeausbildung in Deutschland. In: Pflege, Heft 6, S. 281–283.

Bartholomeyczik, S. (2003): Pflegeforschung zwischen Theorie und Praxis. In: Mabuse, Heft 28, S. 45–48.

Bartholomeyczik, S. (2003): Zusammenhänge zwischen Personal- und Bewohnerstruktur in Altenpflegeheimen. PR-Internet 5, S. 73–81.

Bartholomeyczik, S. (2004): Assessment als Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit. In: Pflege Aktuell, Heft 1, S. 8–13.

Bartholomeyczik, S.; Schrems, B. (2004): Bewohner wünschen sich mehr Selbstbestimmung. In: Altenheim, Heft 43, S. 14–18.

Bartholomeyczik, S.; Metzging, S. (2004): Dekubitusprophylaxe: Neue Ergebnisse aus der Pflegeforschung. In: Zeitschrift für Wundheilung, Heft 9, S. 166–169.

Bartholomeyczik, S., Hunstein D. (2004): Time distribution of selected care activities in home care in Germany. Journal of Clinical Nursing 13: 97–104.

Bartholomeyczik, S. (2004): Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit. Pr-Internet 6, S. 389–395.

Bartholomeyczik, S. (2004): Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: Pflege, Heft 17, S. 187–195.

Bartholomeyczik, S. (2004): Von den Anfängen der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Symposium „Pflege schafft Wissenschaft“ am 14. 11. 2003, ed. Evangelische Fachhochschule Darmstadt. Darmstadt: Hochschulbrief 30/2004.

Bartholomeyczik, S. (2005): Es geht nicht um die Farbe des Waschlappens. Standards in der Pflege. In: Mabuse, Heft 30, S. 20–23.

Bartholomeyczik, S. (2005). Professionelle Pflege und Entscheidungsverantwortung: Ist pflegerisches Handeln heilkundliches Handeln? PflegeMagazin, 6: 20–28.

Ausgewählte Veröffentlichungen von Margareta Halek:

Halek, M. (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Schlütersche, Hannover

Bartholomeyczik, S.; Halek, M. (Hrsg.) (2004): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche, Hannover

Entwicklung von Familien mit Demenz – Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter – vorläufige Ergebnisse des Projektes

von Prof. Dr. Katharina Gröning und Elisabeth Rensing

*Prof. Dr. Katharina Gröning, Erzieherin, Erziehungswissenschaftlerin (M.A.), Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik (Pädagogische Diagnose und Beratung unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse, Netzwerkprofessur), Dekanin der Fakultät für Pädagogik der Universität Bielefeld, Arbeitsschwerpunkte Beratung unter besonderer Berücksichtigung der gesellschaftlichen Geschlechterverhältnisse, Psychoanalyse sozialer Institutionen, Generationsbeziehungen, häusliche Pflege
Elisabeth Rensing, Diplom-Pädagogin; Ergotherapeutin, Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik*

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter“ legt seinen Fokus auf die innerfamiliäre Entwicklung von Familien, die einen demenziell erkrankten Menschen versorgen. Es bezieht dabei die Perspektive der Geschlechterforschung ein, integriert sozialpsychologische und Netzwerktheorien, die häusliche Pflegeverhältnisse stabilisieren und verlängern und beschreibt die Lebensphase der Versorgung alter Eltern als Entwicklungsaufgaben des Lebenslaufs und ethische Praxis.

In Anlehnung an die empirischen Ergebnisse von Hans Bertram (2000) über die multilokale Mehrgenerationsfamilie haben wir die häusliche Pflege als Lebensphase der Verantwortung für die alten Eltern definiert und diese Lebensphase im Sinne der Entwicklungspsychologie des Lebenslaufs als Abfolge von intergenerationalen

Entwicklungsaufgaben beschrieben. Zum Zweiten haben wir in diesen Kontext die moralische Kategorie der innerfamiliären Gerechtigkeit eingefügt. Wichtig war für uns schließlich das Thema der Verhandlung über die Pflegeverantwortung. Deshalb gehörte zum Projekt die Einrichtung einer Kompetenzwerkstatt Beratung.

Politisch ist das Projekt im Gegenwind des Zeitgeistes anzusiedeln, weshalb zunächst Diskursanalyse und Diskurskritik vonnöten war.

Auf der Ebene der Wissenschaft haben wir vier Diskurse vorgefunden, deren Gegenstand die angenommene Erosion häuslicher Pflegeverhältnisse ist:

- Modernisierungsdiskurs
- Belastungsdiskurs
- Therapeutischer Diskurs
- Feministischer Diskurs

Wegen der Kürze der Zeit: Im Kontext des Modernisierungsdiskurses wird angenommen, dass die häusliche Pflege aus eben diesen Gründen erodiert, wobei Modernisierung mit Individualisierung gleichgesetzt wird: Im Kern der Gesellschaft fänden Auflösungsprozesse statt, Ende der Solidarität etc. Die Argumentation folgt den Entwürfen von Beck, Giddens und Lash. Generationenfürsorge wird als Tradition bzw. Ausdruck traditioneller Lebensverhältnisse betrachtet. Im Sinne der Formel von Schultheis (1993) zerbricht die Generationenfürsorge dann, wenn der traditionelle Geschlechtervertrag zerbricht. Die theoretischen Überlegungen zur Erosion der Generationenfürsorge vernachlässigen unserer Ansicht nach nicht nur die empirische Tatsache der familialen Altenfürsorge. Sie setzen sich ebenfalls darüber hinweg, dass die moralischen Potenziale der traditionellen Formen der Generationenbeziehungen, die bekanntlich über das Erbe geregelt sind, nicht besonders ausgeprägt sind. Alterssozialpolitisch bedeuten sie die Forcierung eines Konzeptes staatlicher Daseinsfürsorge, die wiederum als wenig effizient und zielführend abgelehnt wird, da der Sozialstaat „seine Versprechen zur Lösung sozialer Probleme nicht gehalten

ten habe“. So bleibt nur der Verweis auf den Markt und die private Daseinsfürsorge, die aber gerade im Bereich der Demenz kaum befriedigende Lösungen verspricht, geht sie doch von einem Altersleitbild souveräner Seniorität aus.

An zweiter wichtiger Stelle steht der Diskurs, der die familiäre Altenfürsorge vor allem unter der Perspektive der Belastung aufnimmt. Hier lassen sich mehrere Positionen unterscheiden: zum einen die Position klassischer Belastungsforschung und stresstheoretischer Forschung in der Tradition von Lazarus. Hier richtet sich der Fokus allerdings weniger auf die Frage, wie können die Bedingungen der häuslichen Pflege so verbessert werden, dass Belastungen gesenkt werden können, sondern es geht um allgemeine stress- und belastungstheoretische Forschungsperspektiven. Zum Zweiten bedeutend sind Forschungen zu Belastungsfaktoren und zum Belastungserleben. Bei den Belastungsfaktoren zeichnen sich sehr deutliche Hinweise zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation ab.

Bei den Forschungen zum Belastungserleben hingegen ist eine Tendenz zu verzeichnen, die ich als Therapeutisierung bezeichnen möchte und die den Pflegediskurs um die familiäre Altenfürsorge zunehmend mitbestimmt. Das Bild der in infantile Konflikte verstrickten Pflegeperson, die sich nicht vom Elternhaus abgelöst hat und in der Pflege späte Anerkennung, Entschädigung oder Rache sucht, schiebt sich einschließlic klinischer Bezeichnungen – Rollenumkehr, Parentifizierung etc. – in den Vordergrund und erkennt der familiären Altenfürsorge das moralische Potenzial ab. Die infantile Verstrickung münde in rigide Pflegeverhältnisse und schade letztlich nicht nur der Pflegeperson, sondern auch dem demenziell Erkrankten.

Im Rahmen des Frauenforschungsdiskurses wird die familiäre Altenfürsorge entweder über die feministische Sozialpolitikanalyse beschrieben: Hier ist Pflege dann nicht Fürsorge, sondern unbezahlte und privatisierte Arbeit, die in die Familie zurückverlagert wird. Es pflegt auch nicht die Tochter, die Mutter, um das häufigste Pflege-

verhältnis zu charakterisieren, sondern die Frauen pflegen zwangsweise aufgrund der gesellschaftlichen Arbeitsteilung die Alten. Sie tun dies als „doing gender“, das heißt: Aufgrund von tief verinnerlichten Konditionierungen hat sich im Verlauf der Lebensgeschichte ein weiblicher Habitus herausgebildet, im Rahmen dessen die Frauen die Gesten ihrer Unterwerfung ganz allein vollziehen. Pflege und Fürsorge ist damit Ausdruck eines traditionellen, nicht aufgeklärten Habitus und irgendwie gegen die „political correctness“.

Kommen wir zur zweiten Ebene der Kritik – dem Verhältnis von Experten und dem familialen Pflegeverhältnis unter besonderer Berücksichtigung der Beratung. Im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung habe ich in mehreren Publikationen den unterlegenen Status der Pflegepersonen problematisiert. Zwar hat der Gesetzgeber der häuslichen Pflege Vorrang eingeräumt, er folgt mit dem Gesetz aber dem Altersleitbild der souveränen Seniorität, so wie es von Ursula Lehr geprägt worden ist. Gleichzeitig benachteiligt das Gesetz die Pflegepersonen in einer unangemessenen Weise. Ihr Status ist der einer bescheidenen Dienstleisterin gegenüber dem alten Souverän, um dessen Wohlbefinden dann alle konkurrieren. Wer kann es besser – Fachkraft oder Tochter? Zuhause oder Heim? Gestärkt wurde vor allem die Rolle des alten Menschen, während die Pflegeperson weitgehend verpflichtet wird. Aus der Pflege wird eine bescheidene häusliche Rolle, ein gewisses Geld, eine gewisse Absicherung, eine gewisse Entlastung durch Verhinderungs- und Urlaubspflege. Eine Generalverdacht, der sich in verschiedenen Varianten zeigt:

1. Überforderte Laien
2. Pflege um des Geldes willen,
3. Potenzielles Gewaltrisiko oder auch große Dunkelziffer häuslicher Gewalt

Beratungsstellen für pflegende Angehörige sagen dazu, dass sich die Pflegepersonen mit dem relativ niedrigen Geld und der großen Pflicht, für einen alten Verwandten zu sorgen, arrangiert

hätten. Was sie aber wirklich kränkt ist das Ritual der Begutachtung (Pflege um des Geldes willen), der Umgang mit den Experten (überforderte Laien) und schließlich im Rahmen der Qualitätsbesuche der Verdacht der Gewalt.

Überall dort, wo die Versorgungsforschung forscht, entdeckt sie nicht wenige dieser Probleme. In Bezug auf die Beratung, von der ich am meisten verstehe, dominiert immer noch die alte Sozialberatung, das heißt eine bürokratische Form der Beratung, die aus meiner Sicht auch nicht besser wird, wenn hier managerielle Elemente eingefügt werden. Daneben platzieren sich psychologische Beratungsformen, die aber mehr oder minder davon ausgehen, dass die Pflegepersonen geschult und erzogen werden müssen – psychoedukative Ansätze platzieren sich neben die Sozialberatung.

Das Bild, welches die Experten von der häuslichen Pflege haben müssen ist, folgt man den Beratungskonzepten, weitgehend verrichtungsorientiert, sonst würden Sachberatung und technische Information sowie funktionalistische Methoden nicht so dominieren. Es stellt zum Zweiten vor allem die Interessen des Pflegebedürftigen sowie das allgemeine sozialpolitische Interesse der häuslichen Pflege in den Mittelpunkt der Beratung, denn es fehlen Formen der Aushandlung, das heißt Arbeit mit der Familie als Ganzem, mit Geschwistern, mit den Partnern, deren Einstellung die Bedingungen der Pflege zu Hause maßgeblich bestimmt – dies alles fehlt.

Selten reflektieren Berater beim Beraten im Zusammenhang mit häuslichen Pflegesettings ihre eigenen Familienbilder und -vorstellungen. Sie verstärken damit unbeabsichtigt jene familiäre Entwicklung, die zur innerfamilialen Isolation und Totalisierung der Lebenswelt von Angehörigen beigetragen hat. Indem zum Beispiel Ehemänner und Partner, anstatt diese aufzufordern, mehr zu helfen und zu entlasten, dazu ermuntert werden, ihre Grenzen und Bedürfnisse zu kommunizieren und als Forderungen an die eh schon überarbeiteten Frauen zu stellen. „Sie müssen ihre Grenzen bestimmen und dann muss eine Lösung gesucht werden.“ Die Reaktion der Pflegeper-

ersonen ist dann das bekannte „Dann-schaff-ich-das-allein“ – eine Einstellung, mit der Frauen zu meist auf Entsolidarisierung reagieren. In den verschiedenen Interviews, die wir geführt haben, und auch in den von uns publizierten Pflegegeschichten fällt immer wieder auf, dass die Intervention der Experten zur Polarisierung des Pflegeverhältnisses führt und die Institutionalisierung der Pflegebedürftigen vorantreibt. Beraten wird eben meist auf der Folie von individueller Selbstverwirklichung und affektiver Zustimmung des Beraters zum Klienten.

Bereits zu Beginn unserer Forschung haben wir die Belastung, die im Zusammenhang mit der Versorgung demenziell Erkrankter in der Familie entsteht, als Ausdruck gescheiterter Entwicklungsaufgaben betrachtet. Fast alle Pflegepersonen haben berichtet, dass Geschwister sich zumeist vollständig aus der Verantwortung zurückziehen, dass die Ehedynamik dem Muster folgt: Einverständnis, Duldung, verdeckte Missbilligung, offene Missbilligung. Die erwachsenen Familienmitglieder reagieren auf die Entwicklung in der häuslichen Pflege mehrheitlich symmetrisch – je mehr sie gebraucht werden, desto weniger helfen sie. Zumeist wendet sich die Pflegeperson dann an die eigene Tochter. Diese wird zur Co-Madre, zur Gefährtin der Mutter, die ihr bei der täglichen Pflege hilft. Je nach Alter der Kinder und nach dem Grad der Einbeziehung ist dies dann wirklich eine Form der Parentifizierung, die nicht zu vertreten ist. Beginnt dieses Arrangement zu scheitern, das heißt, produzieren die Kinder Widerstand oder gar Symptome, ist der Schuldige schnell ausgemacht.

Perspektiven

Aus den Ergebnissen unseres Projektes fügen wir derzeit diagnostische und konzeptionelle Bausteine für die Beratung von Familien mit demenziell Erkrankten zusammen. Dem Diskursblick und dem Expertenblick haben wir zunächst andere Perspektiven des Blicks auf die häusliche Pflege gegenübergestellt:

Bei den pflegeverantwortlichen Frauen haben wir verschiedene Einstellungen zur Sorgearbeit gefunden. Frauen, die sich von der Sorgearbeit befreien möchten, erleben die familiäre Altenfürsorge zumeist als Falle und bestehen tendenziell darauf, dass der demenziell Erkrankte nichts mehr merkt, dass alles Bemühen sinnlos ist.

Bei den Frauen, die die Sorgearbeit in ihren Lebenszusammenhang integrieren wollen und können, haben wir das Phänomen der Alltagskunst gefunden. Diese Frauen verbinden auch auseinander driftende Lebensbereiche und sind in der Lage, die dementen Angehörigen zu beschäftigen und in ihrer Nähe zu haben. Sie sehen in den demenziell Erkrankten in erster Linie ihre Angehörigen und sprechen intuitiv die Identität der Dementen an. Sie vermeiden Kämpfe und Schamsituationen und sind in der Lage, ihre Lebensperspektiven kurzfristig anzulegen. Eine typische Formel dieser Frauen ist: „Solange es noch so geht ...“

Seltener haben wir wirkliche innerfamiliäre Gerechtigkeit gefunden, Verwandte, die sich helfen, Ehemänner, die mitpflegen oder ihre Frauen bei der Kindererziehung und Hausarbeit entlasten, wenn diese pflegt. Mehrheitlich haben wir Geschlechterverhältnisse vorgefunden, die lauten könnten: modern denken und traditionell handeln. Die Überzeugungen und Denkweisen sind hier von Gleichheit und Partnerschaftlichkeit geprägt, und die Solidarität der Frauen zu den Ehemännern ist groß. Unterhalb der Rhetorik haben sich aber die alten Verhältnisse eingeknistet.

Als Schultheis 1993 seinen genialen Satz formuliert: „Der Generationenvertrag ruht auf einem Geschlechtervertrag“, meinte er, dass die Altenfürsorge auf der traditionellen Arbeitsteilung aufbaut. Ich möchte heute sagen: „Generationensolidarität geht nur mit Geschlechtersolidarität.“ Die Herausforderung der Altenfürsorge wirft ein Schlaglicht auf die moralischen Potenziale der Ehe oder Partnerschaft und des Geschwisternetzwerkes. Beratung hat dies zu berücksichtigen.

Ausgewählte Veröffentlichungen von Prof. Dr. Katharina Gröning

Bauer, A.; Gröning, K. (Hrsg.) (1995): Institutionsanalysen und Institutionsgeschichten. Edition Diskord, Tübingen.

Gröning, K. (1998): Entweihung und Scham – Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Mabuse, Frankfurt a. M.

Haus Neuland (Hrsg.) (2001): Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Haus Neuland. Werkstattbericht 20. Bielefeld.

Bauer, A.; Gröning, K.; Grohs-Schulz, M. (2002): Psychoanalytische Perspektiven. Ein Lesebuch. Wolfgang Schmidbauer als Festschrift zum 60. Geburtstag. Frankfurt a. M.

Bauer, A.; Gröning, K. (1998): Organisation als Kultur: zur soziologischen Begründung psychoanalytischer Organisationsberatung. In: Forum Supervision, Sonderheft 2, Tübingen, S. 83–90.

Bauer, A.; Gröning, K. (2000): Supervision als angewandte Ethnopschoanalyse. In: Hamburger, F. u. a. (Hrsg.): Pädagogische Praxis und erziehungswissenschaftliche Theorie zwischen Lokalität und Globalität. Lang, Frankfurt.

Bauer, A.; Gröning, K. (2000): Der verborgene Bereich: Gefühle in der sozialen Dienstleistungsarbeit und als Thema der Supervision. In: Forum Supervision, Heft 16, S. 20–34.

Gröning, K. (2000): Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika: Demenz und Pflege – Eine interdisziplinäre Betrachtung. Mabuse, Frankfurt a. M.

Gröning, K. (2000): Über Gewalt in der Pflege. In: Neue Praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Heft 6, S. 587–597.

Gröning, K.; Plößer, M. (2002): Mädchen- und Frauenarbeit. In: Otto, H.-U., u. a. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft: Arbeitsmarkt und Beruf. Opladen.

Gröning, K. (2002): Häusliche Pflege und familiäre Entwicklung. In: Neue Praxis, Zeitschrift für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik, Heft 6, S. 595–601.

Gröning, K. (2003): Das zerbrochene Ideal – Über Ethik und Gewalt in der Pflege. In: Wiesemann, C. u. a. (Hrsg.): Pflege und Ethik – Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart.

Ausgewählte Veröffentlichungen von Elisabeth Rensing:

Haus Neuland (Hrsg.) (2001). Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Ergebnisse und Erfahrungen aus einem Modellprojekt. Haus Neuland. Werkstattbericht 20. Bielefeld.

Musiktherapie – Musiktherapie in der Behandlung von Demenz

von Prof. Dr. phil. David Aldridge

Prof. Dr. phil. David Aldridge, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Medizin, Lehrstuhl für Qualitative Forschung in der Medizin, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten, Institut für Musiktherapie an der Universität Witten/Herdecke

Musik kann soziale/emotionale Fähigkeiten von Alzheimer-Patienten fördern und problematische Verhaltensweisen verringern. Sie übt auch einen positiven Einfluss auf ihr autobiographisches Gedächtnis aus und könnte ihnen daher helfen, einen Zugang zu ihren Erinnerungen zu finden.

Beim Schreiben dieses Textes ging mir ein alter Liedtext durch den Kopf. Während ich nach einer Überschrift suchte, die meine Gedanken prägnant zusammenfasste, erappte ich mich plötzlich dabei, wie ich vor mich hinsummte: „Es kommt nicht darauf an, was man tut, sondern wie man's tut. Es kommt nicht darauf an, was man sagt, sondern wie man's sagt.“ Und, wie alle verantwortungsbewussten Verfasser wissenschaftlicher Artikel – und sicher als Forschungsbeauftragter und Mentor, der seinen Studenten immer wieder einhämmert, wie wichtig es ist, seine Quellen anzugeben – versuchte ich, mich zu erinnern, woher ich dieses Lied kannte. Aber es wollte mir einfach nicht einfallen. Wie frustrierend ist dieses Versagen des Gedächtnisses.

Dennoch ging mir die Melodie nicht mehr aus dem Kopf. Und genau das ist auch die Botschaft dieses Artikels. Obwohl man sich an die Quelle nicht erinnern kann, geht einem die Melodie nicht aus dem Kopf. Wenn wir singen, können Wörter, Gefühle und Situationen zurückgerufen werden. Vielleicht sprechen wir deshalb davon, uns etwas ins Gedächtnis zurückzurufen.

Als gäbe es eine Stimme, die die Erinnerungen zurückruft. Wenn diese Erinnerungen zurückkehren, werden sie neu geordnet. Wir ordnen sie, damit sie einen Sinn ergeben. Sinn wird „gemacht“ – das ist eine Aktivität, genau wie Musik machen. Und wir werden sehen, dass dasselbe auch für das Erzählen von Geschichten gilt. Alte Geschichten werden, genau wie alte Lieder, vom Damals ins Heute zurückgerufen und mit der Realität verknüpft.

Es gibt ein wichtiges Element, das Musik mit Sprache gemein hat. Wenn ich jemandem etwas sagen will, kann ich ihn informieren, indem ich ihm Inhalte mitteile. So werden beispielsweise Verabredungen getroffen: „Freitagabend um acht, unter der Uhr am Busbahnhof.“ Wenn ich aber etwas Wichtiges sagen möchte, wie „Du fehlst mir“, dann sind nicht nur die Worte wichtig, sondern auch die Art, wie der Inhalt vermittelt wird – etwas, das jeder Liebende sofort bestätigen wird. Worte können lügen, erst der Ausdruck gibt Aufschluss darüber, wie das Gesagte zu verstehen ist. Es kommt nicht darauf an, was, sondern wie man's sagt (der Ton macht die Musik). Das ist der Punkt, an dem Musik ins Spiel kommt, Musiktherapie. Praktizierenden Musiktherapeuten ebenso wie Wissenschaftlern liegt vor allem daran, die nutzbringenden Möglichkeiten von Musiktherapie für Demenzpatienten aufzuzeigen. Wie die Musiktherapie diese Effekte erzielt, ist bislang aber nur wenig untersucht worden.

Musik bietet eine alternative Form an, um Zeit zu strukturieren, wenn die unmittelbare Handlungserinnerung versagt, Kinder mit Entwicklungsstörungen entwickeln ein solches Erinnerungsvermögen, das ihre kognitiven Fähigkeiten vergrößert. Bei Patienten mit Demenz findet der umgekehrte Prozess statt.

Während einige Teile des Gedächtnisses betroffen sein mögen, sind nicht notwendigerweise alle Aspekte des zentralen Ausführungsmechanismus beeinträchtigt. Die Fähigkeit, Töne zu erkennen, bleibt intakt, während mit fortschreitender Alzheimer-Demenz eine stetige Verschlechterung der Aufnahmekapazität für akustische non-

verbale Informationen auftritt. Bei einem Test sind ähnliche Verschlechterungen auch für akustisch präsentierte verbale Information festgestellt worden. Diese Befunde stimmen mit dem überein, was wir über Hörschwächen wissen. Sie unterstützen die Forderung nach Hörtests und legen zugleich die Vermutung nahe, dass Musiktherapie eine Verbesserung des Hörvermögens fördern könnte.

Zeitliche Kohärenz

Musiktherapie bietet den Patienten von außen einen Sinn für zeitliche Kohärenz an, der ihm innerlich nicht mehr zur Verfügung steht. Mit fortschreitender Krankheit verlieren die Äußerungen von Alzheimer-Patienten ihre grammatikalischen Strukturen und werden zunehmend vom Wortschatz geleitet und von sinngebenden Momenten gestützt. Der zeitliche Zusammenhang fehlt. Der beschädigte semantische Prozess ist um das Bindeglied, den „Klebstoff“, reduziert, der hilft, eine strukturierte Phonemsequenz im Kurzzeitgedächtnis zu bilden. Ich behaupte, dass diese zeitliche Kohärenz, der metaphorische „Klebstoff“, durch die musikalische Form ersetzt wird. Wie wir alle wissen, bleiben manche Lieder in unserem Gedächtnis „haften“.

Kein Verlust des semantischen Gedächtnisses

Verschiedene Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bei der Alzheimer-Demenz eine fortschreitende Verschlechterung der hierarchischen Organisation des semantischen Gedächtnisses stattfindet. Die Anordnung und Umstellung von Worten in Aufgaben, die die phonematische und semantische Gewandtheit prüfen, korrelieren mit der Anzahl der korrekten Wörter, die in beiden Tests hervorgebracht wurden. Allerdings war bei der semantischen Aufgabe die Leistung in der Bildung von Wortfeldern besser. In beiden Tests bildeten Alzheimer-Patienten weniger korrekte Wörter als die Vergleichspersonen. Der

durchschnittliche Umfang ihrer Wortfelder war kleiner und die Möglichkeit der Bildung von Wortgruppen geringer als bei der Kontrollgruppe. Die Schwere der Demenz korrelierte mit der Anzahl korrekter Wörter und der Gewandtheit beim Wechsel von Wortfeldern, aber nicht mit der Größe der Wortfelder.

Vielleicht wird die Struktur des semantischen Gedächtnisses durch die Alzheimer-Demenz beeinträchtigt, aber es gibt keinerlei Hinweis darauf, dass dieser Prozess fortschreitet. Im Gegenteil scheint die fortschreitende Verschlechterung der Redegewandtheit vielmehr mit der Verschlechterung von Mechanismen zusammenzuhängen, die die Suche nach passenden Subkategorien steuern. Dieses Ergebnis kann als Beispiel für die Beeinträchtigung prozessualer Funktionen interpretiert werden, bei der die Struktur des semantischen Gedächtnisses jedoch relativ unversehrt bleibt.

Kein Verlust der Wiedererkennungsfähigkeit

Patienten mit dem Verdacht auf Alzheimer-Demenz und hirnnorganisch gesunden Kontrollpersonen wurden Testaufgaben vorgelegt, bei denen alltägliche Objekte entweder vom Leiter des Experiments oder vom Teilnehmer selbst gebraucht wurden. Um eine vergleichbare Ausgangsposition für die allgemeine Wiedererkennungsfähigkeit beider Gruppen zu schaffen, wurde die zeitliche Verzögerung der Testintervalle für die Kontrollgruppe verlängert. Beide Gruppen zeigten ähnliche Ergebnisse von richtigen und falschen Antworten. Darüber hinaus zeigten sich bei beiden Gruppen deutliche Generationsunterschiede und ein Vorsprung bei Themen, die wiederholt wurden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass bei einem bestimmten Niveau von Ereignissen die Gedächtnisleistung für den Ursprung dieser Ereignisse von älteren hirnnorganisch gesunden Menschen und Menschen mit Alzheimer-Demenz vergleichbar ist.

Kontextuelle Hinweise

In zwei Experimenten wurde untersucht, ob Beeinträchtigungen im Wiedererkennungsgedächtnis im Frühstadium der Alzheimer-Demenz auf Defizite in der Verschlüsselung kontextueller Informationen zurückzuführen sind. Hirnorganisch gesunde alte Menschen und Patienten mit leichter Alzheimer-Demenz mussten eine der beiden folgenden Aufgaben ausführen. Bei der ersten Aufgabe mussten die Teilnehmer Gegenstände wiedererkennen und angeben, wann sie sie gesehen hatten. Beim zweiten Versuch mussten die Teilnehmer sich nur daran erinnern, was sie gesehen hatten – und nicht wann sie etwas gesehen hatten. Beim ersten Experiment, das zeitliche Orientierung verlangte, gab es in der Wiedererkennungsleistung große Unterschiede zwischen den Alzheimer-Patienten und der Kontrollgruppe. Bei der zweiten Aufgabe, bei der keine Angabe des Zeitpunkts verlangt wurde, war die Wiedererkennungsrate beider Gruppen gleich hoch. Erinnerungslücken im frühen Stadium der Alzheimer-Demenz könnten also zum Teil auf eine gestörte Verarbeitung kontextueller Hinweise zurückzuführen sein, die entscheidende Hinweise darauf geben, wann Dinge sich ereignet haben.

Während der Einsatz von Hintergrund-Musik keine Auswirkungen auf die Erinnerung der gesunden Kontrollgruppe hat, lässt sich ein durchgehend positiver Einfluss von Musik auf das autobiographische Gedächtnis von Patienten mit Alzheimer-Demenz nachweisen. Dabei war die Musik den Betroffenen weder bekannt, noch reduzierte sie ihre Ängste. Dieser erhöhte Einfluss von Musik auf kognitiv geschädigte Teilnehmer ist ein weiteres Argument für musikgestützte Behandlungen. Aldridge [1] befürwortet ebenfalls den Einsatz von Musik bei Untersuchungen.

Als Teil einer Studienreihe, die das Erinnerungsvermögen für alltägliche Handlungsabläufe erforscht, untersuchten Rusted u. a. [2] das Potenzial akustischer und olfaktorischer Sinnesreize, um bei Patienten mit demenzieller Erkrankung vom Typ Alzheimer die Erinnerung an eine Aktivität (zum Beispiel ein Omelett backen) zu-

rückzurufen. Beide Versuchsgruppen, gesunde alte Menschen und Freiwillige mit Alzheimer-Krankheit, konnten sich an mehr einzelne Handlungsabläufe erinnern, wenn sie zuvor ein Tonband mit Geräuschen gehört hatten, die mit der Aktivität verbunden waren. Zusätzliche olfaktorische Reize fügten dem positiven Einfluss der auditiven Reize nichts hinzu. Die Ergebnisse zeigen, dass auditive Reize nicht nur die Erinnerung an den speziellen Handlungsablauf stützen, zu dem das jeweilige Geräusch gehört, sondern dass sie die Erinnerung an die gesamte Aktivität verstärken. Menschen mit Alzheimer-Demenz scheinen fortwährend verschiedene Sinne einzusetzen, um Erfahrungen zu verschlüsseln und diese sensorische Information anschließend zur Unterstützung des Gedächtnisses einzusetzen. Diese Erkenntnisse haben für eine Vielzahl therapeutischer Aktivitäten, die sensorische Fähigkeiten mit Hilfe von kreativer Kunst fördern, praktische Implikationen hinsichtlich der Aktivierung des verbleibenden Gedächtnisses.

Kommunikation ist ihrem Wesen nach musikalisch

Die charakteristischen Merkmale von gestörter Kommunikation zwischen Menschen mit einer demenziellen Erkrankung vom Typ Alzheimer und ihren Betreuern sind beschrieben worden [3]. Die Autoren untersuchten das Wesen von Kommunikationsstörungen, die Mechanismen, durch die sie erkannt und „repariert“ werden, und das Ergebnis des Wiederherstellungsprozesses, das sich als vom Krankheitsstadium abhängig erwiesen hat. Trotz nachlassender kognitiver, linguistischer und sozialer Fähigkeiten des einen Partners, bewältigen Paare kommunikative Störungen im frühen oder mittleren Stadium der Krankheit mit großem Erfolg. Daraus ergeben sich wichtige Einsichten hinsichtlich des Einflusses, den der Krankheitsverlauf auf die Gesprächsführung hat und hinsichtlich der Entwicklung von Kommunikationstrainingsprogrammen für pflegende Angehörige von Alzheimer-Patien-

ten. Da Kommunikation ihrem Wesen nach musikalisch ist, wird Musiktherapie hierbei eine wichtige Rolle spielen. Demenzpatienten sind für musikalische Reize empfänglich und reagieren auf Musizieren. Daher kann der Einsatz musikalischer Elemente mit fortschreitender Krankheit helfen, Kommunikation und Ausdruck zu erleichtern. Wenn Musik die kommunikativen Fähigkeiten fördert, wenn sie die Basis von Kommunikation ist – und pflegenden Angehörigen im Krankheitsverlauf eine wichtige Aufgabe zukommt, dann folgt daraus, dass es letztlich auch die Helfer sind, die von der Musiktherapie profitieren. Medizinische Versorgung findet nicht im luftleeren Raum statt. Nur wenige von uns leiden alleine. Unser Leiden hat Einfluss auf die, die wir lieben und die uns lieben. Vielleicht gelingt es uns, die singenden Duos wieder herzustellen und die Tanzpartner von einst wieder zusammenbringen. In einer Zeit der wirtschaftlich bestimmten Gesundheitsfürsorge wird dies für kreative Kunsttherapeuten eine große Herausforderung sein.

Singen als vitales, wirkungsvolles Mittel

In vielen Kulturen wird die Bedeutung von Singen für alte Menschen übersehen. Es scheint, dass Singen allmählich zum reinen „Zeitvertreib“ degradiert worden ist – eine Rolle, die im Vergleich zu anderen eher bedeutungslos ist. Klinische Ergebnisse der Musiktherapie widerlegen diese Auffassung und lassen Singen als vitales, wirkungsvolles Mittel erscheinen, um die Teilnahme alter Menschen an geeigneten Behandlungen zu fördern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Singen kann den funktionalen Bedürfnissen alter Menschen über ein breites Spektrum von Fähigkeiten und Störungen hinweg entsprechen. Dadurch ist die Teilnahme am Singen, als Form aktiven Musizierens, für die Gesundheit und das Wohlbefinden alter Menschen wichtig. Auch bei Patienten, deren Stimmumfang und -qualität begrenzt sind, kann aktives Singen durch seine positiven physiologischen, psychologischen und sozialen Auswirkungen gesundheitsfördernd wir-

ken. Das vielleicht größte Hindernis für die Teilnahme am Singen ist die kulturelle Befangenheit, die Singen ablehnt oder sogar verbietet. Bis zu dem Tag, an dem Singen als Form aktiven Musizierens für jeden – ungeachtet seines Alters oder seines Könnens – kulturelle Billigung findet, wird die Teilnahme von jenen ermutigt und unterstützt, die seinen Wert zu schätzen wissen. Musiktherapeuten und Mediziner müssen den Nutzen von Singen für die Betreuung von alten und jungen Menschen berücksichtigen. Dabei ist es wichtig, alte Menschen gut vorzubereiten, um Verletzungen zu vermeiden und bestmögliche Ergebnisse zu erzielen. Für alte Menschen, die an einer progressiven Krankheit leiden, kann Singen ein integraler Bestandteil des Behandlungsprogramms werden. Ist die Krankheit so weit fortgeschritten, dass Palliativpflege notwendig wird, bietet Singen Erleichterung und menschlichen Kontakt. Darüber hinaus trägt es zur Symptombekämpfung bei. Menschen, deren funktionale Fähigkeiten von Alter und/oder Krankheit geschwächt sind, reagieren immer noch auf Gesang. Singen ermöglicht es dem Betreuten, bis zum letzten Moment dazuzugehören, und bietet dem Betreuenden zugleich einen Berührungspunkt.

Singen kann einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden und zur therapeutischen Behandlung alter Menschen leisten, ganz gleich, ob die Teilnahme aktive Partizipation oder passives Zuhören ist. Singen schafft Verbindungen zur persönlichen Geschichte und stellt Kontakt zu anderen Menschen in der Gegenwart her, wobei es stets die persönliche Identität und Würde anerkennt. Es hat zweifellos einen starken Einfluss und ist für alle zugänglich, die es als Trost und Beruhigung wünschen. Folglich ist Singen ein wichtiger Faktor in der Lebensqualität alter Menschen, und eine weitere Beschäftigung mit der Entwicklung und Evaluation musiktherapeutischer Anwendungen und Methoden ist sehr wünschenswert.

Fazit

Die Sichtung von 36 klinischen empirischen Studien [4], die zwischen 1986 und 1998 durchgeführt wurden, bietet ausreichende Beweise dafür, dass wirkungsvoll strukturierte Musik soziale/emotionale Fähigkeiten fördern und problematische Verhaltensweisen verringern kann. Außerdem kann Musik als Stimulanz/Hinweis für die Merkfähigkeit und die sprachlichen Leistungen von Menschen mit Alzheimer-Demenz dienen. Zusammengefasst ergeben sich folgende Erkenntnisse:

- Alte Menschen mit wahrscheinlicher Alzheimer-Demenz können bis in die Spätstadien der Krankheit hinein an strukturierten Musikaktivitäten teilnehmen.
- Instrumentales Spiel und Tanz/Bewegung scheinen die bevorzugten Live-Musik-Aktivitäten von Menschen mit Alzheimer-Demenz zu sein – an diesen Aktivitäten können die Erkrankten am intensivsten und am längsten teilnehmen, sogar noch in den Spätstadien der Krankheit. Obwohl Singen eine beliebte und in der Geriatrie vielfach eingesetzte Aktivität ist, nimmt die Fähigkeit hierzu bei Demenzkranken im Laufe der Zeit ab. Nichtsdestotrotz können sie sich an einer Anzahl musikalischer Aktivitäten beteiligen, sofern diese sorgfältig an ihr Leistungsniveau angepasst werden – sogar solche Aktivitäten, die mehr Spontaneität und Kreativität erfordern, wie Komposition/Improvisation, Spiele und Schreiben von Liedern.
- Das Vormachen der erwarteten Reaktion – entweder von einem Gruppenmitglied mit höherem Leistungsniveau oder vom Musiktherapeuten – scheint ein wichtiges Element zu sein, um die Beteiligung zu stimulieren und zu fördern.
- Einzelsitzungen und Kleingruppen (35 Teilnehmer) eignen sich am besten für die Musiktherapie mit Alzheimer-Patienten.
- Soziale/emotionale Fähigkeiten, einschließlich Interaktion und Kommunikation, können durch strukturierte Live-Musik-Aktivitäten

unterstützt und sogar verbessert werden. Musiktherapeutische Interventionen können die Interaktion zwischen Alzheimer-Patienten und deren Betreuern fördern. Die Anwesenheit von kleinen Kindern in Musiktherapiesitzungen wirkt sich ebenfalls positiv auf soziale und kommunikative Fähigkeiten der Patienten aus.

- Musik kann kognitive Fähigkeiten, wie beispielsweise die Merkfähigkeit, erhöhen. Gesungene Informationen werden besser behalten und erinnert (Tab. 1).
- Musikalische Interventionen haben sich als wirkungsvolle Alternative zur medikamentösen Behandlung und Heimeinweisung von Alzheimer-Patienten mit Verhaltensstörungen erwiesen. Die Ergebnisse dieses Literaturüberblicks zeigen, dass die musikalische Vorliebe einer der Schlüssel für eine erfolgreiche musiktherapeutische Behandlung ist.

Alles zusammengenommen beweisen diese Resultate, dass Menschen für Musik empfänglich sind, und legen die Vermutung nahe, dass Musik ein Medium sein könnte, mit dessen Hilfe Alzheimer-Patienten kommunizieren und Zugang zu den Erinnerungen finden können, die mit traditionellen verbalen Mitteln nicht rückrufbar sind. Der Grund für diese Reaktion ist noch nicht bekannt. Liegt es an der ästhetischen Natur der Musik, die noch erhaltene Gehirnstrukturen aktiviert und es diesen Menschen dadurch ermöglicht, sich für bestimmte Zeitspannen mit der Außenwelt zu verbinden? Oder ist die zwischenmenschliche, fürsorgliche Beziehung zwischen Patient und Therapeut für diese Reaktionen verantwortlich? Auf jeden Fall ist weitere Forschung auf diesem Gebiet wünschenswert.

Tab. 1: Eigenschaften medizinischer und ...

Medizinische Evaluierungselemente	musikalischer Evaluation
Medizinische Evaluierungselemente	Musikalische Evaluierungselemente
Kontinuierliche Beobachtung des intellektuellen und funktionellen Zustandes	Kontinuierliche Beobachtung des intellektuellen und funktionellen Zustandes
Prüfung der sprachlichen Fähigkeiten einschließlich Sprachgewandheit	Prüfung der musikalischen Fähigkeiten: Rhythmus, Melodie, Harmonie, Lautstärke, Phrasierung, Artikulation
Prüfung der kortikalen Fehlfunktionen, visuell-räumlicher Fähigkeiten und der Fähigkeit, komplexe motorische Aufgaben auszuführen (inkl. Greifen und Rechts/Links-Koordination)	Prüfung der kortikalen Fehlfunktionen, visuell-räumlicher Fähigkeiten und der Fähigkeit, komplexe motorische Aufgaben auszuführen (inkl. Greifen und Rechts/Links-Koordination)
Test für progredientes Gedächtnisversagen	Test für progredientes Gedächtnisversagen
Motivation, Tests zu Ende zu führen, gesetzte Ziele zu erreichen	Motivation, Improvisation zu Ende führen, musikalische Ziele zu erreichen und die musikalische Form beizubehalten
„Intentionalität“ schwer zu testen (obwohl wünschenswert)	„Intentionalität“ ist Eigenschaft der musikalischen Improvisation
Konzentration und Dauer der Aufmerksamkeit	Konzentration in der Improvisation und Aufmerksamkeit gegenüber (auch instrumentalen) Veränderungen
Flexibilität bei wechselnden Aufgaben	Flexibilität bei musikalischen (auch instrumentalen) Veränderungen
Mini-Mental-State-Examination Ergebnisse werden vom Bildungsniveau beeinflusst	Fähigkeit zur Improvisation unter Berücksichtigung musikalischer Vorkenntnisse
Unempfindlichkeit gegenüber geringen Veränderungen	Empfindlichkeit gegenüber geringen Veränderungen
Fähigkeit, die Umgebung zu interpretieren	Fähigkeit, musikalischen Kontext zu interpretieren und die Kommunikation innerhalb der therapeutischen Beziehung auszuwerten

Literatur zum Thema:

Aldridge, D.: Music and Alzheimers disease – assessment and therapy: discussion paper. Journal of the Royal Society of Medicine 1993; 86 (2): 93–5.

Rusted, J.; Marsh, R.; Bledski, L.; Sheppard, L.: Alzheimer patients' use of auditory and olfactory cues to aid verbal memory. Aging & Mental Health 1997; 1 (4): 364–371.

Orange, J. B.; VanGennep K. M.; Miller, L.; Johnson, A. M.: Resolution of communication breakdown in dementia of the Alzheimers type: A longitudinal study. Journal of Applied Communication Research 1998; 26 (1): 120–138.

Aldridge, D.: Music therapy in dementia care. London: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Aldridge, D. (Hrsg.): „Musik Therapy World – Musiktherapie in der Behandlung von Demenzen“, 192 Seiten, erschienen bei Books on Demand GmbH, Norderstedt 2003.

Ausgewählte Veröffentlichung von Prof. Dr. David Aldridge:

Aldridge, D. (2000): Music therapy in dementia care. London: Jessica Kingsley Publishers.

Aldridge, D. (2000): Beiträge zur Musiktherapie in der Medizin. Kairos, Band V. Huber, Bern.

Aldridge, D. (2002) (Hrsg.): Music Therapy World. Musiktherapie – Diagnostik und Wahrnehmung. Institut für Musiktherapie, Universität Witten/Herdecke (Books on Demand).

Aldridge, D. (1999): Musiktherapie in der Medizin. Forschungsstrategien und praktische Erfahrungen. Huber, Bern.

Petersen, P.; Aldridge, D.; Brockmann, A. (2002): Forschungsmethoden künstlerischer Therapien. Grundlagen – Projekte – Vorschläge. Johannes-Mayer-Verlag.

Kompetenznetz Demenzen – Vorstellung des „Kompetenz- netzes Demenzen“

von Prof. Dr. Ralf Ihl

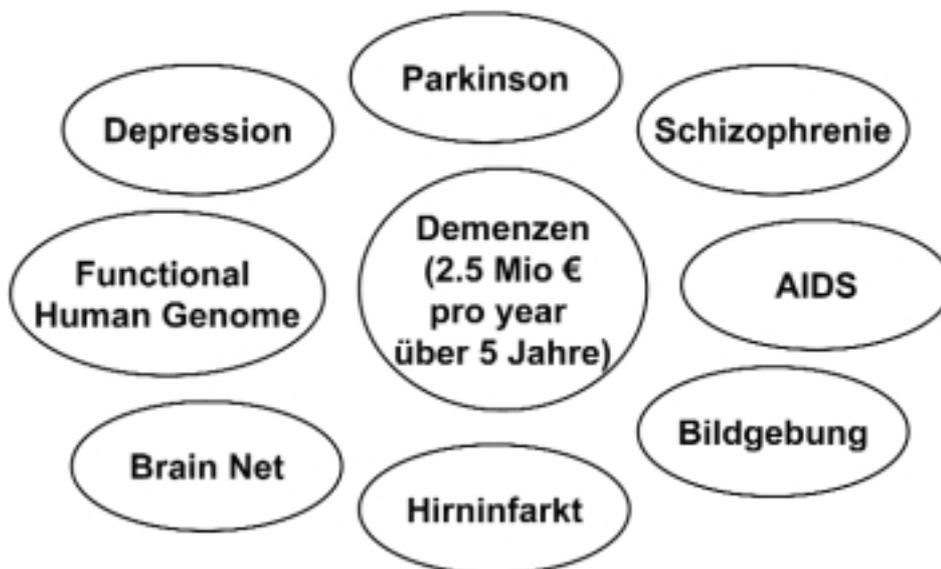
*Prof. Dr. Ralf Ihl, Dr. med. Dipl.-Psych., ehemals Psychiatrische Uni-
klinik Düsseldorf, seit 1. April 2005 Chefarzt mit dem Schwerpunkt
Gerontopsychiatrie im Alexianer Krankenhaus Köln*

Struktur des Kompetenznetzes

Ralf Ihl



BMBF-geförderte klinische Forschung zu neuropsychiatrischen Erkrankungen



Regionale Verteilung der Kernzentren in Deutschland



4. Altenbericht

Empfehlungen Forschung

1. **Multidisziplinär angelegte Forschungsstruktur** von z. B. mit Kooperation von Epidemiologie, Pflegewissenschaften, Molekulargenetik, Geriatrie, Gerontopsychiatrie, Neurowissenschaft, Psychologie und Ökonomie
2. **Schaffung universitärer gerontopsychiatrischer Einrichtungen**
3. Optimierung medikamentöser und psychosozialer Therapien
Entwicklung von Instrumenten zur Messung der Lebensqualität
Entwicklung neuer Betreuungsformen und nicht-medikamentöser Therapieangebote bei Verhaltensauffälligkeiten

Empfehlungen Beratung

11. **Früherkennung** und Gesundheitsvorsorge mit Erhöhung des Stellenwerts **präventiver Maßnahmen**
14. **Breite Aufklärung** über normale und pathologische Veränderungen der kognitiven Funktionen im Alter
56. Einrichtung einer **integrierten Beratung** unter kommunaler Trägerschaft

Empfehlungen Therapie

51. **Leitliniengestützte Therapie** darf nicht verhindert werden.
Verfügbar sein müssen:
 - Sozio- und Psychotherapie
 - Antidementiva
 - Nebenwirkungsarme Medikamente bei Verhaltensauffälligkeiten
52. **Ausstattung der psychiatrischen Krankenhäuser** entsprechend den Mindestanforderungen der Psychiatrie-Personalverordnung. Die Schlechterstellung der Gerontopsychiatrie gegenüber der Allgemeinpsychiatrie bezüglich Arzt- und Psychologenstellen sollte beseitigt werden. **Die Behandlung älterer Menschen erfordert zumindest das gleiche Maß an Personalaufwand wie die Behandlung jüngerer Menschen.**

Aufgaben des Netzwerks

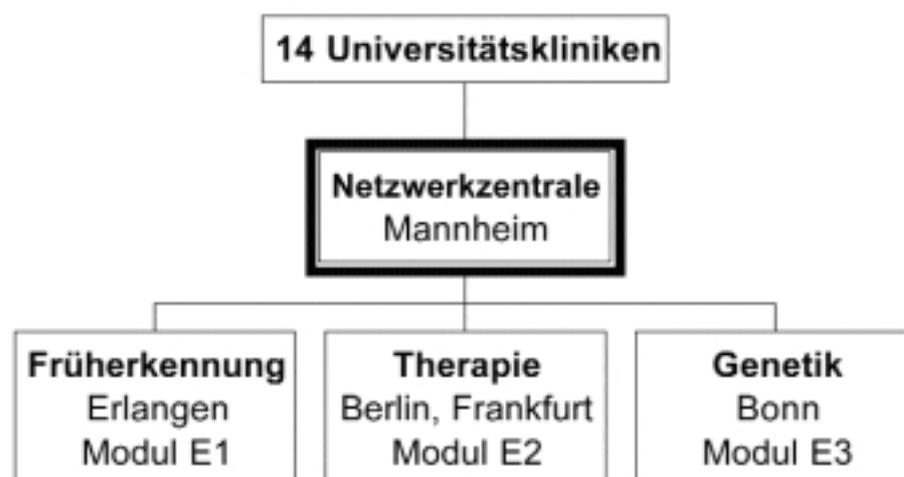
Wissenschaft

Entwicklung einer Infrastruktur zur wissenschaftlichen Kooperation

Identifizieren von gesellschaftlich relevanten Forschungsfragestellungen

Durchführung von Studien zu Diagnostik
Therapie
Versorgung

„Rumpfstruktur“

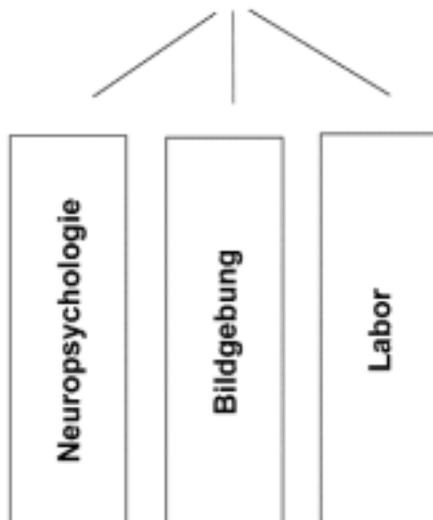


Kompetenznetz Demenzen

Modularer Aufbau

E1	Früherkennung und Diagnostik	E2	Therapie	E3	Epidemiologie und Genetik
E1.1	Psychopathologie- Demographische und Neuropsychologische Untersuchung	E2.1 E2.2	MCI Alzheimer	E3.1 E3.2 E3.3	Epidemiologie Genetik Versorgung
E1.2	Neurochemische Marker				
E1.3	Neuroimaging				

E1: Früherkennung und Diagnostik, Erlangen

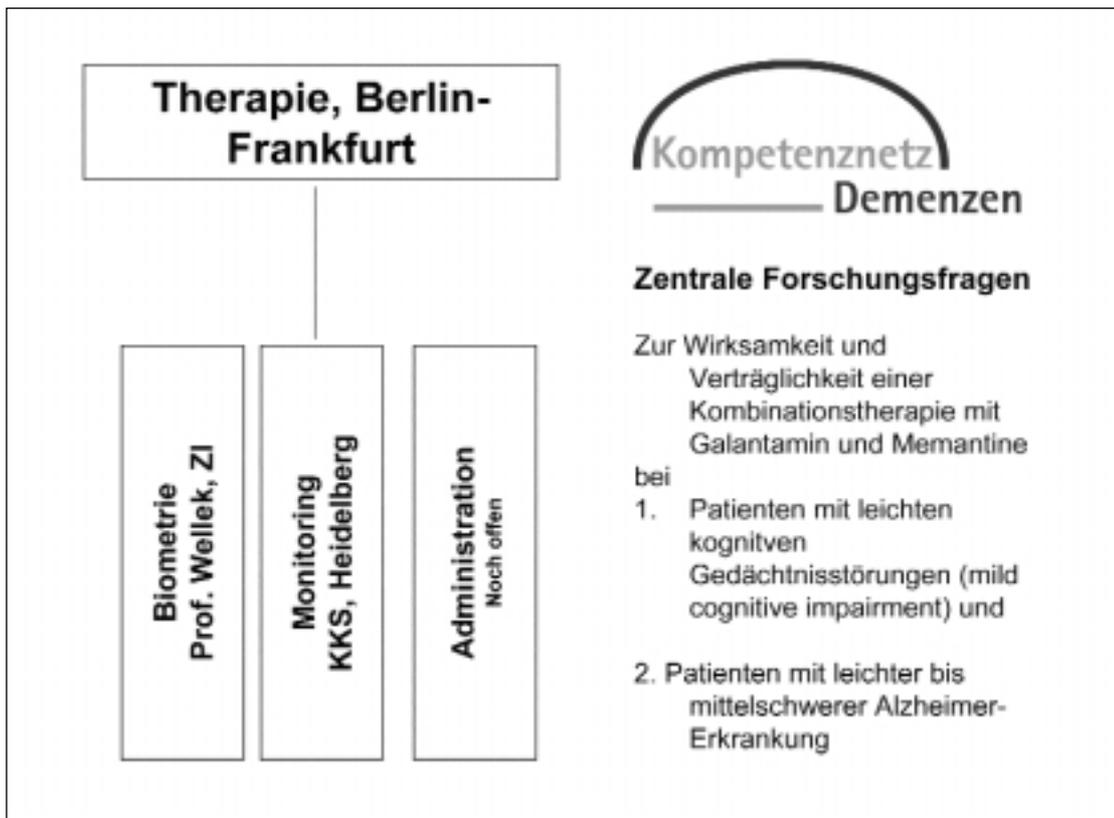


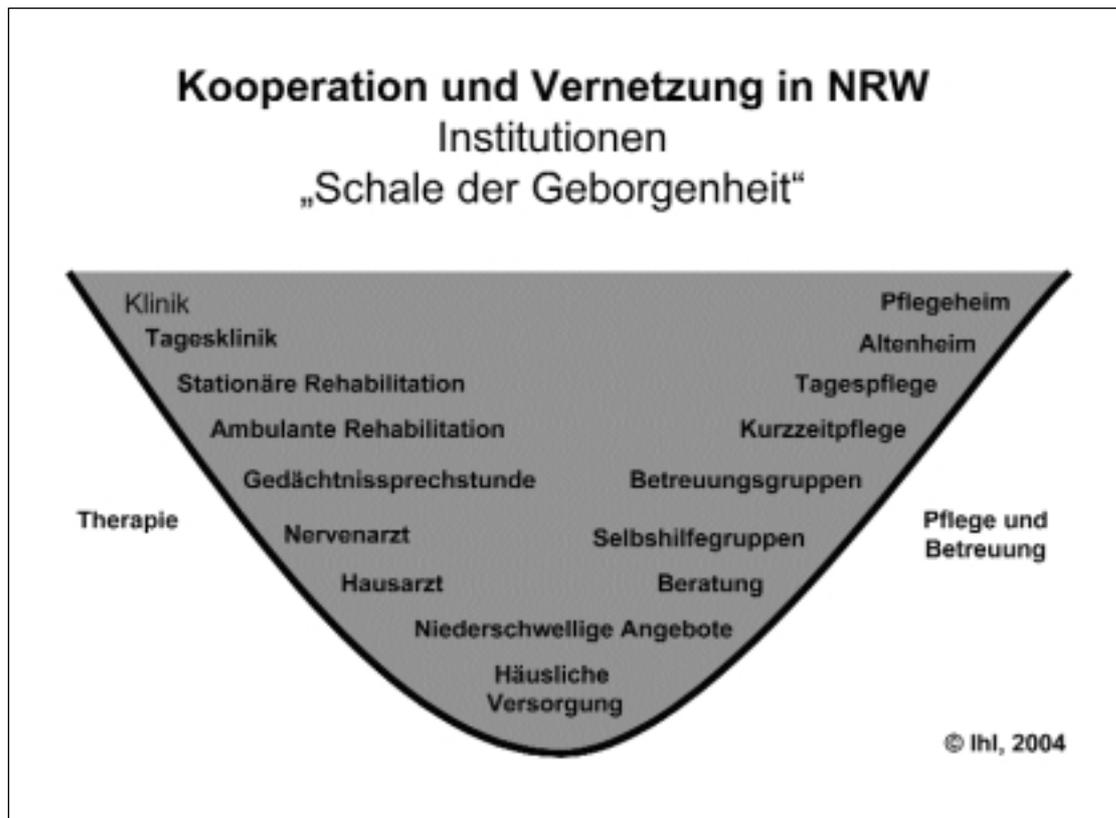
Zentrale Forschungsfragen:

Kann die Sensitivität und Spezifität verschiedener klinischer Verfahren verbessert werden

Sind biologische Marker zu einer verbesserten Frühdiagnostik der Demenzen nutzbar

Wie kann die häufigste Demenzform, die Alzheimer Krankheit, von anderen Demenzformen abgegrenzt werden kann.





Vorteile für Mitwirkende

1. Versorgung auf dem aktuellen Wissensstand
2. Kenntnis der Netzwerkpartner
3. Rückmeldung über eigene Arbeit
4. Möglichkeit zur Weitergabe eigener Erfahrungen
5. Möglichkeit zur Optimierung und Qualitätssicherung

Zusammenfassung

- Das Kompetenznetz Demenzen ist eingebettet in einen Strauß gezielter Förderungsmaßnahmen.
- Es bietet eine Chance, alle Beteiligten zum Wohl der Kranken und Pflegenden zusammenzuschließen.
- Im Idealfall werden die Beteiligten mehr voneinander wissen, den aktuellen Kenntnisstand besitzen und damit Kranken unabhängig von ihrer Wohnregion die optimale Behandlung zukommen lassen können.
- Zum Erreichen dieser Ziele ist die Mithilfe aller Beteiligten notwendig. Wie eine erste Mithilfe möglich ist, erfahren Sie in den nachfolgenden Vorträgen.

Ausgewählte Veröffentlichung von Prof. Dr. Ralf Ihl:

Frölich, Lutz; Schramm, Uta; Müller, Ruth; Zandig, Michael;
Müller, Walter E; Kurz, Alexander; Ihl, Ralf; Zimmer, Bernd
(1999): Dementielle Erkrankungen – Erkennen und Behandeln. LinguaMed Verlag.

Landesinitiative Demenz-Service NRW

Die Landesinitiative Demenz-Service NRW beinhaltet neben dem Projekt zur Entwicklung eines Kooperationsangebotes zwischen Universitäten, Fachhochschulen und Instituten, die mit den Fragen der Versorgungsforschung für Demenzerkrankte befasst sind und dem Aufbau eines organisierten Erfahrungsaustausches mit reflektierenden Praktikern (z. B. in den Demenz-Servicezentren, mit Planern bei Kommunen und Verbänden etc.) mit dem Ziel des Wissenstransfers, noch folgende sieben Bausteine:

1. Verbesserung der Informationsmöglichkeiten durch Bereitstellung von Printmedien und Darstellung der in der Landesinitiative zusammengefassten Initiativen, Projekte, Informationsmaterialien zur Verbesserung der Lebenssituation Demenzerkrankter und ihrer Angehörigen im Rahmen des im Aufbau befindlichen Internetportals „Pflege“
2. Derzeit acht im Aufbau befindliche regionale Demenz-Servicezentren
3. Organisation regelmäßiger Trägerkonferenzen und des damit in Verbindung stehenden Erfahrungsaustausches für die rd. 380 niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangebote in NRW
4. Projekt zur Erarbeitung von Eckpunkten eines Curriculums zur Qualifizierung freiwillig engagierter Helferinnen und Helfer niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote für Demenzerkrankte
5. Rund 40 von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderte Modellprojekte zur Weiterentwicklung der Unterstützung demenziell erkrankter Menschen und der sie pflegenden Angehörigen
6. Rund 20 gemeinsam von Landesregierung und Pflegekassen geförderte Modellprojekte zur Vernetzung von Hilfeangeboten für demenziell Erkrankte und die sie Pflegenden

7. Weiterentwicklung des im Landesprojekt Wohnraumberatung und -anpassung organisierten Beratungsangebotes im Hinblick auf den besonderen Unterstützungsbedarf demenzerkrankter Menschen und ihrer Angehörigen

Darüber hinaus wird im Projekt „Referenzmodelle zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege“ in 20 Pflegeheimen des Landes u. a. die Entwicklung solcher Qualitätskriterien für die stationäre Pflege erprobt, die die Verbesserung der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen, insbesondere unter Berücksichtigung der besonderen Problemlagen der in zunehmendem Maße stationär versorgten Demenzerkrankten, zum Ziel haben.

Projekt zur Erarbeitung von Eckpunkten eines Curriculums zur Qualifizierung freiwillig engagierter Helferinnen und Helfer niedrigschwelliger Hilfe- und Betreuungsangebote für Demenz-erkrankte – Workshop vom 10. und 11. Dezember 2004

von **Christian Müller-Hergl**

Christian Müller-Hergl, Meinwerk-Institut, Paderborn, Diplom-Theologe, Bachelor of Philosophy (Bphil), staatlich anerkannter Altenpfleger, Supervisor, DCM-Trainer, Bildungsreferent am Meinwerk-Institut mit Schwerpunkt: Gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung, Dortmund/Paderborn

Die Anerkennung niedrigschwelliger Angebote erfordert unter anderem die Durchführung einer Schulung für alle in der Initiative tätigen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer. Dazu hat das Land NRW inhaltliche Vorgaben festgelegt. Um die Qualität dieser Schulungen zu sichern, wurde angeregt, dass alle an diesen Schulungen im Lande NRW maßgeblich beteiligten Personen wesentliche Eckpunkte zusammentragen. Diese Eckpunkte sollen eine Orientierung für die Entwicklung von Rahmenempfehlungen für inhaltlich und methodisch vergleichbare Schulungen geben. Angezielt ist die Entwicklung von Schulungsmaterialien und Lehrmitteln, die unterschiedliche Bildungsträger zur Grundlage ihrer Schulungen verwenden können.

Einige wichtige Diskussionen während der Tagung betrafen die Einbettung der Schulung in ein Gesamtkonzept von Begleitung und Bera-

tung. Hierbei stellt sich schon die Frage, in welchem Umfang und mit welcher Qualität diese Begleitung ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer erfolgen kann und soll. Initiatoren oder hauptamtliche Kräfte benötigen umfassende Beratungskompetenzen und Kenntnisse über das Feld „Demenz“, um dieses tun zu können. Der zeitliche Aufwand wird als nicht unerheblich eingeschätzt und die Wahrscheinlichkeit, dass dies nicht zu leisten ist und Freiwillige doch recht unbegleitet ihren Auftrag wahrnehmen, eher hoch eingeschätzt.

Anforderungen und reale Möglichkeiten bewegen auch die Frage nach den Qualifikationen der Fortbildenden bzw. der fortbildenden Institutionen, welche die Schulungen durchführen sollen. Die Fähigkeit, komplexe Sachverhalte methodisch geschickt, rollengerecht, in der Kürze der Zeit mit möglicherweise sehr unterschiedlich vorgebildeten und motivierten Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchzuführen, dabei methodische Basiskompetenzen und grundlegendehaltungen zu vermitteln, sind erheblich. Dabei muss bedacht werden, dass es sich ja nicht um berufliche Fortbildungen handelt und die Möglichkeit der Fortbildungsträger, kompetente aber eben auch teure Fachreferenten hinzuzuziehen, kaum gegeben ist. – Demenz ist ein sehr komplexes Geschehen und der Umgang mit dem Gesamtfeld (Personen mit Demenz, Familien, Pflegende) anspruchsvoll.

Es ist nicht möglich, sich auf eng umrissene funktionale Aspekte zu begrenzen, also „technisch“ vorzugehen. Diese Komplexität der Demenz, die sich in dem Anspruch an Fortbildungen widerspiegelt, ist nicht einfach zu „hintergehen“. Wird dies in Hinblick auf Umfang der Schulung, Kosten, Motivation der Interessierten verkürzt, ist mit problematischen Wirkungen zu rechnen: Konflikte mit Angehörigen, Motivations-einbrüche der Freiwilligen, Überforderung der Initiatoren. Dies um so mehr, wie Beratung mangelhafte Schulungen nicht auffängt.

Der dritte Strang der Überlegungen führt zum Kern der Sache: zur Rolle der Freiwilligen. Sie sollen zwar keine Altenpfleger oder Thera-

peuten sein, nehmen aber doch Aufgaben wahr, die in etwa dem Aufgabenprofil des „Gruppenübergreifenden, sozialen Dienstes (GüD)“ in Institutionen der stationären Altenhilfe entsprechen. Um was für eine „freiwillige Professionalität“ handelt es sich hier eigentlich? Es dürfte unstrittig sein, dass in den Schulungen an professionellen Konzepten angeknüpft werden muss und soll und damit die Arbeit der Freiwilligen auch einen professionellen, wenn auch nicht beruflichen Zug bekommt. Es drängt sich eine Parallelität auf zwischen GüD und Pflege im Heim sowie den Rollen von freiwilligen Helfern auf der einen und Angehörigen und beruflich Pflegenden auf der anderen Seite: GüD wie Freiwillige sollen beruflich Pflegenden oder Angehörige entlasten und die Anteile der Pflege kompensieren, die gesellschaftlich als nicht prioritär, also finanzierbar aufgefasst werden. Im Falle des GüD hat diese Entwicklung u. a. zu einer vertieften Spaltung zwischen Pflege und Betreuung geführt und die anteilnehmenden, psychosozialen Anteile der Pflege auf Dauer ausgegrenzt.

Freiwillige nehmen die psychosozialen Anteile der Pflege wahr, die berufliche und professionelle Pflege zu leisten sich kaum mehr imstande sieht. Oder anders: Da der psychosoziale Aufgabenbereich zur Humanisierung der Pflege wesentlich beiträgt, dieser aber zunehmend aus dem verrichtungsorientierten Aufgabenfeld der Pflege ausgegliedert wurde (im Wesentlichen ist das Privatsache), kompensieren niedrigschwellige Angebote die Fragmentierungstendenzen beruflicher Pflegearbeit. Dies ist besonders deswegen beachtenswert, wenn man sich Diskursen um beruflich Pflegenden bewusst ist, die in ihrer Freizeit niedrigschwellige Betreuungsarbeit leisten. Diese versuchen dann dort ihr berufliches Charisma zu leben, um das sie sich auf der Bühne ihres Arbeitslebens beraubt sehen. Seltsamerweise erfahren sie dann dort eine Schulung, von der sie im Rahmen ihres Arbeitslebens nur träumen könnten und die sie in der Regel nur im Rahmen von Sonderprojekten erfahren würden.

Es besteht also eine Gefahr, dass unfreiwillig im Bereich freiwilliger Helferinnen und Helfer ei-

ne Kompetenz entsteht, die wegen der Ausbildung und Freiräume bezüglich des Handlungsfeldes „Demenz“ sehr wohl diejenige beruflich Professioneller übertreffen kann. In diesem Zusammenhang wären dann die Beschwörungen einer Sonderrolle der Freiwilligen nicht ganz korrekt: De facto leben diese dann zusammen mit den Angehörigen die notwendige und professionelle Beziehungsarbeit, wogegen beruflich Pflegenden funktional begrenzte Hilfsdienste wahrnehmen. Damit verschiebt sich die Professionalität auf die Laien und die funktional reduzierte Entlastung auf die beruflich und professionell Tätigen.

Unbeantwortet bleibt dann die Frage, wodurch genau sich professionell berufliche Betreuung und Begleitung von professionell freiwilliger Betreuung und Begleitung soll unterscheiden können. Auf die Antworten zu dieser Frage darf man gespannt sein.

Literatur zum Thema

Landesinitiative Demenz-Service NRW (Hrsg.) (2005), Rahmenempfehlung zur Weiterentwicklung von Schulungskursen für freiwillig Engagierte in niedrighschwelligigen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW – Dokumentation eines Workshops am 10. und 11. Dezember 2004 in Paderborn, Köln.

Ausgewählte Veröffentlichungen von Christian Müller-Hergl:

Müller-Hergl, C. (1998a): De-mens und Re-mens: Positive Personenarbeit und Dementia Care Mapping. In: Geriatrie Praxis 10(1998)6, 18–23.

Müller-Hergl, C. (1998b): Positive Personenarbeit. In: Altenpflege (1998)6, S. 35–37.

Müller-Hergl, C. (1999a): Beziehungspflege messbar machen- Die Methode des Dementia Care Mapping. In: Gesundheit aktuell (1999)2, S. 51–54.

Müller-Hergl, C. (1999b): Oft trägt der Schein. In: Heim und Pflege 30(1999)3, S. 98–103.

Müller-Hergl, C. (2000): Demenz zwischen Angst und Wohlbefinden. Positive Personenarbeit und das Verfahren des Dementia Care Mapping. In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelein, A. (Hrsg.): Demenz und Pflege. Mabuse, Frankfurt a.M.

Müller-Hergl, C. (2002): Dementia Care Mapping, eine Antwort auf Frau Re. In: Alzheimer Info, Heft 2.

Müller-Hergl, C. (2003): Dementia Care Mapping. In: Schindler, U. (Hrsg.): Die Pflege dementiell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Pflegealltag. Vincentz, Hannover, S. 83–97.

Müller-Hergl, C. (2003): Die Herausforderung sozialer Beziehungen. In: Schindler, U. (Hrsg.): Die Pflege dementiell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Pflegealltag. Vincentz, Hannover, S. 109–122.

Wissenschaftliche Begleitung der Landesinitiative Demenz- Service NRW

von Rolf Bäumer

Rolf Bäumer, Krankenpfleger, Soziologe, Kommunikationspsychologe (SvT), wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Sozial- und Kulturforschung Duisburg (isk), Präsident der KOK der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.



institut für sozial- und kulturforschung
e.V. Duisburg

Landesinitiative Demenz-Service NRW

Wissenschaftliche Begleitung

ISK Landesinitiative Demenz-Service NRW
Wissenschaftliche Begleitung

Landesinitiative Demenz-Service NRW

Gesamtkoordination (Federführung: MGSFF)

Modellprojekte gefördert durch die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW	Modellprojekte gefördert durch das Land NRW und die Pflegekassen (§ 45c Pflegeleistungsergänzungsgesetz)
Zur Zeit 37 Projekte	Zur Zeit 13 Projekte

Tagungen NN Exkursionen Workshops PR

Niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote (nach § 45b
Pflegeleistungsergänzungsgesetz)
Zur Zeit über 300 Angebote

Demenz-Servicezentren gefördert nach § 45c
Landespflegeergänzungsgesetz - Zur Zeit 7 Projekte
Koordination durch das KDA

ISK Landesinitiative Demenz-Service NRW
Wissenschaftliche Begleitung

Wissenschaftliche Begleitung

Systematische Erkundung
Informations- und Bedarfsermittlung
Systematisierung und Clusterung

Support <ul style="list-style-type: none">• Koordination/Kooperation• Website/Newsletter• Fachknoten/Workshops• Informationstransfer• Tagungen/Exkursionen	Evaluation <ul style="list-style-type: none">• Konzeptevaluation• Prozessevaluation• Ergebnisevaluation mittels verschiedener Methoden empirischer Sozialforschung
---	--

Dokumentation und Evaluationsbericht



Evaluationsziele

Die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation verfolgt mehrere Ziele (multi goal)

- Unterstützung der Träger bzw. der MitarbeiterInnen
- Beitrag zur Professionalisierung/Qualifizierung
- Möglichkeit der Anpassung / Veränderung
- Feststellen der Wirksamkeit und der Effekte
- Erkenntnisse für sozialpolitische Empfehlungen



Evaluationsgegenstand

- **Einzelprojekte (Schwerpunkt)**
- **Gesamt-Modellprogramm der Stiftung**
- **Landesinitiative Demenz**



Evaluationskriterien

- **Effektivität**
- **Effizienz**
- **Lernfähigkeit / Anpassungsfähigkeit**
- **Grad der Zielerreichung**



Evaluationsformen/-funktionen

- **Evaluation der Programm- bzw. Projektkonzeption(en)**
rückblickend
- **Evaluation der Prozesse**
begleitend
- **Evaluation der Programm- bzw. der Projektwirkung(en)**
 - bewertend



Konzeptevaluation

- **Dokumentenanalyse**
- **Zielermittlung und Operationalisierung im konstruktiven Dialog häufig im Rahmen der Prozess- bzw. Ergebnisevaluation**



Prozessevaluation

Evaluative Beratung

- **Zieloperationalisierung**
- **Informationsaustausch/Vernetzung**
- **Unterstützungs- u. Beratungsangebote**
- **Gruppendiskussionsverfahren**
- **Bewertung der Prozessentwicklung**



Ergebnisevaluation

outcome- und impactevaluation

- **Schriftliche Befragungen (teilstandardisiert)**
- **Expertengespräche**
- **Auswertung von Schriftgut/Erfahrungsberichte**
- **Berücksichtigung von Evaluationen**



Laufzeiten der Projekte

Pioniere	2001 – Mitte/Ende 04	4 Projekte
1. Welle	Kurzläufer: Anfang 03 – Ende 04	5 Projekte
	Langläufer: Anfang 03 – Ende 05/Anfang 06	7 Projekte
2. Welle	Kurzläufer: Ende 03/Anfang 04 – Mitte 05/Anfang 06	4 Projekte
	Langläufer: Ende 03 – Ende 06	12 Projekte
3. Welle	Mitte 04 – Mitte 07	5 Projekte + 20 Projekte



Projektschwerpunkte I

- **Pflegepraxis**

- Mitarbeiter/innenqualifizierung
- Unterstützung von Angehörigen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Gewinnung und Einsatz von freiwilligen Helfern
- Erprobung spezieller therapeutischer Maßnahmen



Projektschwerpunkte II

- **Beratung**

- Information/Weiterleitung
- Angehörigen/Betroffenenberatung
- Case-Management

- **Betreuung und Unterstützung**

- Gruppenangebote; Betreuung durch Freiwillige
- Häusliche Unterstützung durch Freiwillige
- Vermittlungsagentur (Passgenaue Vermittlung)
- Schulung von Freiwilligen
- Gewinnung von Freiwilligen
- Aufbau niederschwelliger Angebote



Projektschwerpunkte III

- **Kooperation und Vernetzung**
 - im Rahmen des Case-Management
 - als eigenständige Aufgabe
- **Fort-und Weiterbildung/Schulung**
 - für professionelle
 - für ehrenamtliche
 - für gemischte Gruppen



Projektschwerpunkte IV

- **Öffentlichkeitsarbeit**
 - Lobbyarbeit, Aufklärung
 - Informationsveranstaltungen, Werbung
- **Verstetigung/Nachhaltigkeit**
 - Sponsoring
 - Implementierung in die Regelversorgung
 - Integration in die Versorgungskette



Wünsche und Erwartungen an die wissenschaftliche Begleitung I

- **Austausch, Workshops zu den Themen**
 - Case-Management
 - Öffentlichkeitsarbeit (Gewinnung von „Kunden“)
 - Nachhaltigkeit
- **Qualitätssicherung**
 - Kundenzufriedenheit
 - Kriterien / Skalen zur Messung von Verbesserungen
- **Schulungs- und Weiterbildungsbedarf**
 - Beratung
 - Case-Management



Wünsche und Erwartungen an die wissenschaftliche Begleitung II

- **Nachhaltigkeit**
 - Nachweis der Kostenreduzierung
 - Beratung bei Altenhilfeplanung
- **Kritische Dialoge**
 - Beratung zu bestimmten Fragestellungen
 - Aufdeckung von „Betriebsblindheit“
- **Vermittlung von „guten“ Erfahrungen anderer Projekte (best practice)**
 - Projektmesse
 - Hospitation, Kollegiale Beratung

Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Workshops am 10. und 11. Dezember 2004 in Paderborn

Prof. Dr. phil. David Aldridge

Institut für Musiktherapie
Private Universität Witten-Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten
E-Mail: davida@uni-wh.de
Internet: www.uni-wh.de

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten-Herdecke
Stockumer Str. 12, 58443 Witten
Tel.: 0 23 02/9 26-1 47
Fax: 0 23 02/9 26-3 18
E-Mail: sbartholo@uni-wh.de
Internet: www.uni-wh.de

Rolf Bäumler

Institut für Sozial- und Kulturforschung e.V.
Bismarckstraße 67, 47057 Duisburg
Tel.: 02 03/31 77-1 13
Fax: 02 03/31 77-71 29
E-Mail: rolf.baeumer@isk-duisburg.de
Internet: www.isk-duisburg.de

MR Roland Borosch

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
des Landes NRW (Ref. V4, Pflegepolitik, Heimgesetz)
Fürstenwall 25, 40190 Düsseldorf
Tel.: 02 11/8 55-34 71
Fax: 02 11/8 55-30 50
E-Mail: roland.borosch@mgsff.nrw.de
Internet: www.mgsff.nrw.de

Heiko Fillibeck

Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service
NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Tel.: 02 21/93 18 47-42
Fax: 02 21/93 18 47-6
E-Mail: koordinierungsstelle@landesinitiative-demenz-service-nrw.de
Internet: www.kda.de

Prof. Dr. Katharina Gröning

Universität Bielefeld
Fakultät für Pädagogik/AG 7
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Tel.: 05 21/1 06-31 40
Tel.: 05 21/1 06-31 39 (Sekretariat)
Fax: 05 21/1 06-80 43
E-Mail: katharina.groening@uni-bielefeld.de
Internet: www.uni-bielefeld.de

Margareta Halek

Margareta Halek
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH
Institut für Pflegewissenschaft
Lehrstuhl für Epidemiologie – Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12, 58453 Witten
Tel.: 0 23 02/9 26-1 08
Fax: 0 23 02/9 26-3 18
E-Mail: margah@uni-wh.de
Internet: www.uni-wh.de

Prof. Dr. Ralf Ihl

Alexianer Krankenhaus GmbH
Kölner Straße 64, 51149 Köln
Tel.: 0 22 03/9 17 00
Fax: 0 22 03/9 17 17 19
Internet: www.alexianer.de

Christian Müller-Hergl

Meinwerk-Institut, IN VIA -Akademie
Giersmauer 35, 33098 Paderborn
Tel.: 0 52 51/29 08-0
Fax: 0 52 51/29 08-68
E-Mail: HerglBoecklin27@aol.com
Internet: www.meinwerk.de

Elisabeth Rensing

Universität Bielefeld
Fakultät für Pädagogik/AG 7
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Tel.: 05 21/1 06-33 07
Fax: 05 21/1 06-80 43
E-Mail: elisabeth.rensing@uni-bielefeld.de
Internet: www.uni-bielefeld.de

Christine Riesner

Meinwerk-Institut, IN VIA-Akademie
Giersmauer 35, 33098 Paderborn
Tel.: 0 52 51/29 08-0
Fax: 0 52 51/29 0868
Internet: www.meinwerk.de

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

AR Gerhard Rothkopf

Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
des Landes NRW
Fürstenwall 25, 40190 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 8 55-31 11
Fax: 02 11 / 8 55-30 50
E-Mail: gerhard.rothkopf@mgsff.nrw.de
Internet: www.mgsff.nrw.de

Dr. Angelika Zegelin

Universität Witten/Herdecke
Institut für Pflegewissenschaft
Stockumer Str. 12, 58453 Witten
Tel.: 0 23 02 / 9 26-3 79
Fax: 0 23 02 / 9 26-3 18
E-Mail: zegelin@uni-wh.de
Internet: www.uni-wh.de

Dr. Willi Rückert

Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Tel.: 02 21 / 93 18 47-27
Fax: 02 21 / 93 18 47-6
E-Mail: koordinierungsstelle@
landesinitiative-demenz-service-nrw.de
Internet: www.kda.de

Detlef Rüsing

Postfach 14 39, 59357 Werne
Tel.: 01 78 / 7 30 79 31
Fax: 0 23 89 / 92 72 82
E-Mail: druesing@t-online.de
Internet: www.pflegen-mit-wissen.de

Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss

Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.
Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund
Evinger Platz 13, 44339 Dortmund
Tel.: 02 31 / 72 84 88-29
Fax: 02 31 / 72 84 88-55
E-Mail: aschulz@pop.uni-dortmund.de
Internet: www.uni-dortmund.de

Christine Sowinski

Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service
NRW im Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3, 50677 Köln
Tel.: 02 21 / 93 18 47-30
Fax: 02 21 / 93 18 47-6
E-Mail: koordinierungsstelle@
landesinitiative-demenz-service-nrw.de
Internet: www.kda.de

Dr. med. Horst Christian Vollmar

Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de
der Universität Witten/Herdecke
Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten
Tel.: 0 23 02 / 9 26-0
E-Mail: vollmar@evidence.de
Internet: www.evidence.de

Demenz-Service 6

Programm

Donnerstag, 16. Dezember 2004

**Workshop zum Thema
„Demenzforschung und Praxisanforderungen –
Stand und künftige Erfordernisse der
Kooperation“**

**Eine Veranstaltung der
Koordinierungsstelle der
Landesinitiative Demenz-Service NRW
im Kuratorium Deutsche Altershilfe**

und dem

**Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Witten-Herdecke**

am 16. Dezember 2004
im
Forschungs- und Entwicklungszentrum
Witten GmbH
Konferenzraum VI
Alfred-Herrhausen-Str. 44
58455 Witten
Telefon: 0 23 02 / 9 15-1 11
Telefax: 0 23 02 / 9 15-1 10

12.30 Uhr **Stehkaffee**

13.00 Uhr **Begrüßung**

Dr. Angelika Zegelin
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Witten/Herdecke

**Vorstellung der Landesinitiative
Demenz-Service NRW**

MR Roland Borosch
Ministerium für Gesundheit,
Soziales, Frauen und Familie des
Landes NRW, Düsseldorf
Christine Sowinski, Heiko Fillibeck
Koordinierungsstelle der Landes-
initiative Demenz-Service NRW im
Kuratorium Deutsche Altershilfe,
Köln

Vorstellung der Begleitforschung

Rolf Bäumer
Institut für Sozial- und Kultur-
forschung, Duisburg

**Kurzreferate zu Demenz-
Forschungsprojekten**

Einführung

Dr. Angelika Zegelin
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Witten/Herdecke
Christian Müller-Hergl
Meinwerk-Institut, Paderborn
Detlef Rüsing
Institut für Pflegewissenschaft der
Universität Witten-Herdecke

• Leitlinie Demenz

Medizinisches Wissensnetzwerk
evidence.de der Universität
Witten/Herdecke
Dr. med. Horst Christian Vollmar

- **Entwicklung wissensbasierter Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung und Sicherung einer qualifizierten Pflege für demenziell Erkrankte**

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke
Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Margareta Halek

- **Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur Erfassung des „patient view“ von Demenzkranken in vollstationären Pflegeeinrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege**

Institut für Gerontologie, Dortmund
Dr. Adelheid Schulz-Hausgenoss

- **Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen (DEMIAN)**

Kuratorium Deutsche Altershilfe,
Köln
Dr. Willi Rückert

Kaffeepause

- **Musiktherapie**

Institut für Musiktherapie
Private Universität Witten/
Herdecke GmbH
Prof. Dr. phil. David Aldridge

- **Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege demenziell Erkrankter**

Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik
Prof. Dr. Katharina Gröning
Elisabeth Rensing

Diskussion und Überlegungen zur weiteren Zusammenarbeit:

Wie könnte ein kontinuierlicher Austausch von Erfahrungen, Erkenntnissen und Forschungsfragen zwischen Wissenschaft und Experten in Beratungszentren und anderen Einrichtungen aussehen?

18.00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

Weiterführende Adressen

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Aachen/Eifel

Ansprechpartner: Hasan Alagün und
Johanna Zieger
Bahnhofstr. 36–38, 52477 Alsdorf
Tel.: 0 24 04 / 94 83 47
Fax: 0 24 04 / 2 02 33
E-Mail: dsz@vz-nrw.de
Öffnungszeiten: Montag 14.00 Uhr bis 16.00
Uhr, Donnerstag 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr und
14.00 Uhr bis 16.00 Uhr, weitere Termine nach
vorheriger Absprache
Ansprechpartner beim Träger Verbraucher-
zentrale NRW: Heike Nordmann, Mintropstraße
27, 40215 Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 38 09-
2 04, Fax: 02 11 / 38 09-3 57, E-Mail:
heike.nordmann@vz-nrw.de

Kernaktivitäten

- Individuelle Unterstützung von Betroffenen
und Familien bei der Suche nach passenden
Hilfeangeboten
 - Beratung zu Finanzierungsmöglichkeiten
 - Beratung zu örtlichen Angeboten
 - Kontaktvermittlung an Hilfsangebote
 - Information durch Öffentlichkeitsarbeit
- Initiierung, Unterstützung und Vernetzung
niedrigschwelliger Hilfeangebote
 - Erfassung und Bekanntmachung der be-
stehenden Angebote
 - Information von Initiativen und Vereinen
über die Möglichkeit des § 45 SGB XI
und das Zulassungsverfahren
 - Entwicklung bedarfsgerechter Schulungs-
angebote

- Verbesserung der Vernetzung der örtlichen
Hilfestrukturen
 - enge Zusammenarbeit mit Ärzten
 - Erstellung von Infomaterial
 - Durchführung von und Teilnahme an
Fach- und Fortbildungsveranstaltungen für
Ärzte
 - Publikationen (z. B. „Wegweiser
Demenz“)
 - Erstellung von Anbieterlisten
 - Vortragsreihe zum Thema „Demenz“
 - Durchführung von Infotagen, Fachtagun-
gen

- Nutzung der Erfahrungen von Nachbarlän-
dern in der Euregio zum Aufbau von Infra-
strukturen

Einzugsbereich

- Krfr. Stadt Aachen
- Kreis Aachen
- Kreis Euskirchen
- Kreis Düren
- Kreis Heinsberg

Weiterführende Adressen

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Dortmund

Ansprechpartner: Bert Schulz, Brigitte Heller,
Dr. med. Elisabeth Mignolet
Hoher Wall 5–7, 44122 Dortmund
Tel.: 02 31 / 5 02 56 94
Fax: 02 31 / 5 02 60 16
E-Mail: bertschulz@stadtdo.de oder
bheller@stadtdo.de
www.demenzservicezentrum.dortmund.de
Öffnungszeiten: Dienstag 13.00 Uhr bis 17.00
Uhr, Donnerstag 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr
Ansprechpartner beim Träger Stadt Dortmund,
Sozialamt: Reinhard Pohlmann, Hoher Wall
5–7, 44122 Dortmund, Tel.: 02 31 /
5 02 25 05, Fax: 02 31 / 5 02 60 16; E-Mail:
rpohlmann@stadtdo.de

Kernaktivitäten

- Beratung für Menschen mit Demenz und deren Familie (Beratungsstelle Demenz)
- Fortbildungen für pflegende Angehörige, Ehrenamtliche und Fachkräfte
 - Schulungen und Gesprächskreise für Angehörige
 - Kurse zur Schulung freiwillig Engagierter
- Aufbau eines Informationsservices
 - Internetportal
 - Broschüren, Faltblätter
- Initiierung und Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten
 - Betreuungsgruppen
 - häuslicher Entlastungsdienst
- Informationsangebote und Austausch mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten
- Netzwerkbildung mit Trägern in der Region

Einzugsbereich

- Krfr. Stadt Dortmund
- Kreis Unna
- Krfr. Stadt Hagen
- Südl. Ennepe-Ruhr-Kreis
- Märkischer Kreis
- Hochsauerlandkreis

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Düsseldorf

Ansprechpartner: Silke Lua, Birgit Meyer
Kölner Str. 186, 40227 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 89-2 22 28 oder 89-2 22 24
Fax: 02 11 / 89-2 93 89 oder 89-2 93 92
E-Mail: Demenz-Servicezentrum@stadt.duesseldorf.de oder pflegebuero@stadt.duesseldorf.de
Öffnungszeiten: Montag bis Freitag 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr und nach Vereinbarung
Ansprechpartner beim Träger Stadt Düsseldorf, Sozialamt: Jutta Giersch, Willi-Becker-Allee 6–8, 40200 Düsseldorf, Tel.: 02 11 / 89-9 52 97, Fax: 02 11 / 89-9 60 21, E-Mail: Jutta.Giersch@stadt.duesseldorf.de

Kernaktivitäten

- Initiierung und Unterstützung niedrigschwelliger Angebote
- Vernetzung von bestehenden Angeboten, Konzepten und Erfahrungen in der Region und Weiterentwicklung von Hilfsangeboten gemeinsam mit allen Anbietern, die Demenzkranke betreuen
- Aufbau einer Agentur zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für zu Hause lebende Demenzkranke
- Beratung und Unterstützung von Angehörigen und Pflegenden
- Kooperation und Koordination im Hilfesystem
- Entwicklung eines Demenz-Wegweisers, der später auch im Internet abrufbar ist
- Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Demenz“
- Planung, Organisation und Durchführung von Fachtagungen und Veranstaltungen zum Thema „Demenz“

Einzugsbereich

- Stadt Düsseldorf
- Kreis Mettmann
- Rhein-Kreis Neuss
- Stadt Mönchengladbach

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und das südliche Rheinland

Ansprechpartner: Stefan Kleinstück,
Verena Höke
Kölner Str. 64 – „Chefarztvilla“
51149 Köln
Tel.: 0 22 03 / 9 17-00
Fax: 0 22 03 / 9 17-19 09
E-Mail: demenz-servicezentrum@
alexianer-koeln.de
Ansprechpartner beim Träger:
Prof. Dr. med. Ralf Ihl, Kölner Str. 64,
51149 Köln, Tel.: 0 22 03 / 9 17 12 70
E-Mail: a.mons@alexianer-koeln.de

Einzugsbereich

- Krfr. Stadt Köln
- Krfr. Stadt Leverkusen
- Rheinisch-Bergischer Kreis
- Krfr. Stadt Bonn
- Rhein-Sieg-Kreis
- Oberbergischer Kreis
- Kreis Olpe
- Rhein-Erft-Kreis
- Krfr. Stadt Remscheid
- Krfr. Stadt Wuppertal
- Krfr. Stadt Solingen

Kernaktivitäten

- Trägerübergreifende Kooperation und zentrale Koordination (Erst- und weiterführende Kontakte) im Hilfeverbund der Stadt Köln und von dort ausstrahlend in die Region
- Erfassung der in der Region vorhandenen Hilfsangebote für Menschen mit Demenz (Demenz-Servicezentrum als Dienstleister)
- Vernetzung von bestehenden Angeboten, Konzepten und Erfahrungen in der Region sowie Weiterentwicklung von Hilfsangeboten gemeinsam mit allen Anbietern, die Menschen mit Demenz betreuen
- Aufbau einer vernetzten Informations- und Beratungsstruktur. Mittler sein für Betroffene, Angehörige, Selbsthilfegruppen und das professionelle Hilfesystem
- Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung von Demenzerkrankungen
- Initiierung, Unterstützung und Vernetzung niedrigschwelliger Angebote
- Schulungs- und Qualifizierungsangebote für freiwillige Helferinnen und Helfer, Angehörige, Laien und Profis
- Entlastungsangebot: Café Offerte

Weiterführende Adressen

■ Demenz-Servicezentrum Münsterland

Ansprechpartner: Annette Wernke,
Anja Niedermeier
Wilhelmstr. 5, 59227 Ahlen
Tel.: 0 23 82 / 94 09 97-10
Fax: 0 23 82 / 40 28
E-Mail: annette.wernke@
alzheimer-warendorf.de
oder anja.niedermeier@alzheimer-warendorf.de
Öffnungszeiten: 9.00 Uhr bis 17.00 Uhr,
Freitag 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr
www.alzheimer-warendorf.de
Ansprechpartner beim Träger Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf e.V.: Martin Kamps,
Wilhelmstr. 5, 59227 Ahlen, Tel.:
0 23 82 / 40 90, Fax: 0 23 82 / 40 28
E-Mail: info@alzheimer-warendorf.de

- Förderung des fachlichen Austausches durch den Aufbau themenbezogener Arbeitsgruppen
- Kontinuierliche, gezielte, themenbezogene kreisweite Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit

Einzugsbereich

- Kreis Soest
- Krfr. Stadt Hamm
- Krfr. Stadt Münster
- Kreis Coesfeld
- Kreis Steinfurt
- Nördl. Kreis Borken
- Südl. Kreis Gütersloh

Kernaktivitäten

- Aufbau und Weiterentwicklung niedrigschwelliger, ortsnaher Unterstützungsangebote für Demenzerkrankte und deren Angehörige
- Entwicklung und Erprobung neuer Betreuungsformen und -konzepte unter besonderer Berücksichtigung ländlicher Strukturen
- Vernetzung der bestehenden und geplanten Angebote unterschiedlicher Versorgungsebenen
- Unterstützung der Träger bei:
 - der Entwicklung und Durchführung von praxisorientierten Schulungs- und Fortbildungsangeboten für ehrenamtlich Engagierte und pflegende Angehörige
 - Aufbau von Gesprächskreisen und Selbsthilfegruppen
- Weiterentwicklung des Informationsangebotes durch
 - Erfassung und Bekanntmachung der bestehenden Angebote in einer dezentralen Informationsstruktur
 - Verbreiten von Informationsmaterial
 - Durchführung von Informations- und Fachveranstaltungen etc.

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Niederrhein

Ansprechpartner: Ulrich Schiebel, Petra Gollor, Dorothea Behma

Karl-Leisner-Haus

Herzogenring 6, 46483 Wesel

Tel.: 02 81 / 3 38 76-0

Fax: 02 81 / 3 38 13-33

E-Mail: demenzberatung@caritas-wesel.de

Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr, nach telefonischer Absprache bis 16.30 Uhr

www.caritas-dinslaken.de oder

www.caritas-wesel.de

Ansprechpartner beim Träger Caritasverband für die Dekanate Dinslaken und Wesel e.V.:

Michael van Meerbeck, Duisburger Str. 101, 46535 Dinslaken, Tel.: 0 20 64 / 44 93-0

Fax: 0 20 64 / 44 93-17, caritasdirektor@caritas-dinslaken.de

Kernaktivitäten

- Entlastung von betreuenden Angehörigen durch
 - Beratungsangebote (Beratungsstelle)
 - Niedrigschwelliges Hilfe- und Betreuungsangebot („Blaues Café“, häuslicher Unterstützungsdienst durch ehrenamtliche Mitarbeiter)
 - Gesprächs- und Schulungskurse für betreuende Angehörige
 - Urlaubsmaßnahmen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
 - Qualifizierung und Begleitung von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Koordinierungsstelle
 - aufsuchende Beratung und Vernetzung anderer Dienstleister, wie z. B. Krankenhäuser, soziale Dienste, Pflegeberater der Kommunen
 - Unterstützung und Vernetzung von niedrigschwelligem Hilfe- und Betreuungsangeboten

- Koordinierung neuer Projekte (alternative Wohnformen für Menschen mit Demenz, „Grüne Schwestern“ für Menschen mit Demenz)

- Einrichtung, Förderung und Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen
- Internetseite „Pflegeportal“
- Öffentlichkeitsarbeit

Einzugsbereich

- Kreis Wesel
- Kreis Kleve
- Krfr. Stadt Duisburg
- Krfr. Stadt Krefeld
- Kreis Viersen
- Teile des Kreises Borken

Weiterführende Adressen

■ Demenz-Servicezentrum für die Region Ostwestfalen-Lippe

Ansprechpartner: Sabine Wadenpohl,
Anja Kölkebeck
Detmolder Str. 280, 33605 Bielefeld
Tel.: 05 21 / 92 16-4 59 oder 05 21 / 92 16-4 56, Fax: 05 21 / 92 16-1 50
E-Mail: demenz-service@awo-owl.de
Montag bis Donnerstag von 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr, Freitag von 9.00 Uhr bis 14.00 Uhr
Ansprechpartner beim Träger Arbeiterwohlfahrt Ostwestfalen-Lippe e.V.: Angelika Krafft,
Detmolder Str. 280, 33605 Bielefeld, Tel.: 05 21 / 92 16-2 65, Fax: 05 21 / 92 16-1 50, a.krafft@awo-owl.de

Kernaktivitäten

- Forum für Fortbildungen, Schulungen und Workshops (Kompetenzwerkstatt)
 - berufsbegleitende Weiterbildung zur familienorientierten Beratung in gerontopsychiatrischen Versorgungskontexten für Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen
 - Schulungen und Kurse für Freiwillige, Angehörige und interessierte Bürgerinnen und Bürger zu den Themen „Erkrankung Demenz“, „rechtliche Fragen“, „Formen der Begegnung und des Zusammenlebens mit demenziell erkrankten Menschen“
 - Der Grundkurs „Seniorenbegleiter/in“ für Freiwillige, die sich im Rahmen anerkannter niedrigschwelliger Hilfeangebote engagieren wollen
- Unterstützung des Auf- und Ausbaus anerkannter niedrigschwelliger Hilfeangebote durch Information und Beratung
- Erhebung aller bisherigen Angebote im Einzugsbereich zur Erstellung eines regionalen „Wegweisers Demenz“
- Aufbau einer vernetzten Informations- und Beratungsstruktur
- Öffentlichkeitsarbeit (z. B. einer Rubrik „Demenz“ in einem regionalen Wochenblatt)

Einzugsbereich

- Krfr. Stadt Bielefeld
- Kreis Minden-Lübbecke
- Kreis Herford
- Kreis Lippe
- Kreis Höxter
- Kreis Paderborn
- Kreis Gütersloh

■ Demenz-Servicezentrum Ruhr

Ansprechpartner: Christel Schulz und
Maren Niebuhr-Rose
Universitätsstr. 77, 44789 Bochum
Tel.: 02 34 / 33 77 72
Fax: 02 34 / 33 24 43
E-Mail: info@alzheimer-bochum.de
Öffnungszeiten: 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr und
nach Vereinbarung
www.alzheimer-bochum.de
Ansprechpartner beim Träger Alzheimer Gesell-
schaft Bochum e.V.: Jutta Meder, Universitätsstr.
77, 44789 Bochum, Tel.: 02 34 / 33 77 72,
Fax: 02 34 / 33 24 43, E-Mail: info@alzheimer-bochum.de

Kernaktivitäten

- Beratung und Information zum Krankheits-
bild Demenz
- Beratung und Information zu rechtlichen und
finanziellen Fragen
- Schulungen, Seminare und Pflegekurse für
Angehörige von Demenzkranken
- Qualifizierung und Fortbildung für Fach-
kräfte und Institutionen
- Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise für
Angehörige
- Betreuungsgruppen für Demenzkranke
- Schulungen und fachliche Begleitung für
Ehrenamtliche
- Vermittlung von Ehrenamtlichen für häusliche
Besuchsdienste
- Vermittlung von Kontakten zu Tages-, Kurz-
zeit- und Nachtpflegeeinrichtungen, ambu-
lanten Pflegediensten und Alten- und Pflege-
heimen mit einer spezialisierten Pflege für
Demenzkranken, Wohngemeinschaften oder
Wohngruppen für Demenzkranke, Rehabili-
tationseinrichtungen
- Tanz- und Kulturveranstaltungen
- Weitere Informationsveranstaltungen (z. B.
Filmabende zum Thema „Demenz“)
- Verleih von Fachmedien zum Thema „De-
menz“ (Bücher, Zeitschriften, Videos)

Einzugsbereich

- Krfr. Stadt Bochum
- Krfr. Stadt Herne
- Krfr. Stadt Essen
- Krfr. Stadt Gelsenkirchen
- Krfr. Stadt Bottrop
- Krfr. Stadt Mülheim a. d. Ruhr
- Krfr. Stadt Oberhausen
- Nördl. Ennepe-Ruhr-Kreis
- Krfr. Stadt Recklinghausen

