

7

Demenz – und was nun?

**Dokumentation der Fachtagung
am 8. Juli 2004 im DRK-Zentrum, Bochum**

Impressum

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

ISBN: 3-935299-86-9

Vorbemerkung	5	
Einladung	7	
Programmübersicht	9	
Begrüßung	11	
Carl Gerhard Rohm		
Begrüßung	13	
Sophie Graebisch-Wagener		
Statement	15	
Horst Vöge: Bedeutung des Modellprogramms „Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter Menschen“ für die Stiftung		
Impulsreferat 1	19	
Dr. Angelika Abt-Zegelin: Neue Betreuungs- und Pflegekultur für demenzkranke Menschen aus wissenschaftlicher Sicht		
Impulsreferat 2	23	
Dr. Willy Rückert: Zukunftsweisende Praxisansätze in der Betreuung demenzkranker Menschen in Europa		
Impulsreferat 3	33	
Prof. Dr. Ursula Henke: Fokus Demenz in der Freiwilligenkultur		
Workshops		39
Praktische Erfahrungen aus Beratungs- und Betreuungsprojekten – Leitlinien und Rahmen- bedingungen zur Nachhaltigkeit und Übertrag- barkeit der einzelnen Projekte		
Workshop I		41
Offene Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Familien mit Demenzkranken		
Workshop II		47
Beratung als Ausgangspunkt für Case-Management (Clearing/Vernetzung)		
Workshop III		55
Praxisfeld „Demenz“ in der ambulanten Altenarbeit		
Workshop IV		61
Arbeitsfeld „Demenz“ in der stationären Altenarbeit		
Podiumsdiskussion		69
Literaturhinweise		89
Verzeichnis der Referentinnen und Referenten ..		93

Vorbemerkung

Der vorliegende 7. Band der Veröffentlichungsreihe der Landesinitiative Demenz-Service in Nordrhein-Westfalen widmet sich der Veranstaltung „Demenz – und was nun?“. Sie wurde am 8. Juli 2004 von der Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz, Gesellschaft für Betreuung im Kreisverband Bochum im DRK-Zentrum in Bochum durchgeführt. Es handelt sich um eine leicht gekürzte Fassung der vom DRK Bochum herausgegebenen Tagungsdokumentation.

Die Veranstaltung ist auf ein außerordentlich großes Interesse gestoßen. Nur etwa die Hälfte der Anmeldungen konnte berücksichtigt werden. Es verwundert daher nicht, dass die von den Veranstaltern herausgegebene Tagungsdokumentation schon nach kurzer Zeit vergriffen war. Dies war auch deshalb zu erwarten, weil die Veranstaltung und ihre Dokumentation einen profunden Überblick nicht nur über die Vielschichtigkeit der Herausforderungen durch die Zunahme von Demenzerkrankungen auch in Nordrhein-Westfalen bietet. Durch die Beschreibung der Ansätze einer Vielzahl von Modellprojekten, die von der Stiftung Wohlfahrtspflege gefördert werden, vermittelt die Dokumentation auch einen Eindruck von der enormen Kreativität, die überall in Nordrhein-Westfalen entwickelt wird, um Menschen mit Demenz aber auch den sie begleitenden Familienangehörigen und freiwillig Engagierten die Unterstützung zukommen lassen zu können, die nötig ist, um ein größtmögliches Maß an Lebensqualität für alle Beteiligten zu gewährleisten. Bis dato sind einige neue Projekte in die Modellförderung aufgenommen worden. Insgesamt 40 Projekte werden inzwischen von der Stiftung Wohlfahrtspflege unterstützt. Eine Übersicht über die Modellprojekte befindet sich auf der Website (www.modellprojekte-demenz.de) der wissenschaftlichen Begleitung beim Institut für Sozial- und Kulturforschung e.V., (ISK).

Inzwischen hat die Entwicklung in Nordrhein-Westfalen weiter an Dynamik gewonnen. Durch die Etablierung der Landesinitiative Demenz-Service NRW als gemeinsame Plattform verschiede-

ner Akteure zur Weiterentwicklung vor allem der häuslichen Versorgung demenziell Erkrankter und der Unterstützung der sie pflegenden Angehörigen konnten die Angebote für die Betroffenen sowie Vernetzung und Erfahrungsaustausch zwischen den Beteiligten in den Regionen erheblich intensiviert werden. Einen Einblick in die Aktivitäten der Landesinitiative bietet die Website www.demenz-service-nrw.de.

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

Oktober 2005

30 Jahre Stiftung Wohlfahrts- pflege NRW – Einladung zur Fachtagung „Demenz“ am 8. Juli 2004 in Bochum

von **Wolfgang Heiliger und Carl Gerhard Rohm**

*Wolfgang Heiliger, Geschäftsführender Vorstand der
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW*

Carl Gerhard Rohm, Geschäftsführer, Deutsches Rotes Kreuz Bochum

Als im Jahre 2001 die doppelte Botschaft aus der Bundespolitik kam, alle an der Betreuung demenziell Kranker Beteiligten mögen ihre Kräfte bündeln, um Ressourcen für eine Verbesserung der Situation freizusetzen, und eine neue individuelle Geldleistung solle der Finanzierung in Anspruch genommener Leistungen dienen und auch Entlastung von Angehörigen bewirken, da war schnell klar, dass sich die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW aufgerufen fühlte zu handeln. Im September 2001 legte die Stiftung das Modellprogramm zur „Verbesserung der Begleitung und Betreuung demenziell erkrankter alter Menschen“ auf.

Seither sind 70 Anträge auf Förderung nach diesem Modellprogramm eingegangen. Inzwischen sind Entscheidungen zugunsten von Projektansätzen getroffen worden, die alle Arbeitsfelder betreffen, in denen Leistungen für Demenzkranke erbracht werden.

Welche Konzepte der sozialen Arbeit bewähren sich nun in der Praxis und wie wirkt sich deren Umsetzung auf die Lage Demenzkranker aus?

An dieser Fragestellung wird sich die Fachtagung orientieren.

Drei **Referate** beleuchten, was die Wissenschaft der Praxis empfiehlt, was von anderen europäischen Ländern gelernt werden kann und welche Bedeutung dem Ehrenamt zukommt.

In **Workshops** stellen sich Projekte vor, die von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW gefördert werden. Die bereits vorliegenden Erfahrungen, Erfolge und Probleme werden zur Diskussion gestellt.

Eine **Podiumsdiskussion** wird die Veranstaltung abrunden. An ihr nehmen Vertreterinnen und Vertreter der Landespolitik, der Fachbereiche Gerontopsychiatrie, der Kostenträger, Praktiker und Angehörige teil.

Programmübersicht

Veranstaltung am 8. Juli 2004 im DRK-Zentrum, Bochum

9.30 Uhr:

Stehkaffee

10.00–10.30 Uhr:

Begrüßung

Carl Gerhard Rohm, Geschäftsführer
DRK-Bochum

Sophie Graebisch-Wagener, Sozialdezernentin
der Stadt Bochum

Statement

**Bedeutung des Modellprogramms „Verbesserung der
Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter
Menschen“ für die Stiftung**

Horst Vöge, Vorsitzender des Stiftungsrates der
Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, MdL

10.30–11.30 Uhr

Impulsreferate

**Neue Betreuungs- und Pflegekultur für demenzkranke
Menschen aus wissenschaftlicher Sicht**

■ *Dr. Angelika Abt-Zegelin*, Private Universität
Witten/Herdecke: Zukunftsweisende Praxis-
ansätze in der Betreuung demenzkranker
Menschen in Europa

■ *Dr. Willy Rückert*, Kuratorium Deutsche Al-
tershilfe, Köln: Fokus Demenz in der Freiwilli-
genkultur

■ *Prof. Dr. Ursula Henke*, Ev. Fachhochschule
Bochum

11.30–12.30 Uhr

Mittagspause

12.30–14.30 Uhr

Workshops

**Praktische Erfahrungen aus Beratungs-
und Betreuungsprojekten**

**Leitlinien und Rahmenbedingungen zur Nachhaltigkeit
und Übertragbarkeit der einzelnen Projekte**

(Beginn der Workshops zeitgleich)

Workshop I

**Offene Entlastungs- und Unterstützungsangebote
für Familien mit Demenzkranken**

Moderation: *Ulrich Pannen*, AOK-Rheinland

- Forum Demenz, Trägerverbund Duisburg
- Stadtteilprojekt Domino, Alzheimer Gesell-
schaft Bochum
- Besuchs- und Betreuungsdienst für Senioren,
Mütterzentrum Beckum

Workshop II

**Beratung als Ausgangspunkt für Case-Management
(Clearing/Vernetzung)**

Moderation: *Klaus Wingefeld*, PWI Bielefeld

- Gerontopsychiatrischer Verbund Soest, Piz
Lippstadt e.V.
- Häuslicher Betreuungsdienst „Türen öffnen“,
DRK-Bochum
- VerO – Ein Konzept zur Systematisierung des
Pflegeprozesses, Johanniter-Akademie Mün-
ster

Workshop III

Praxisfeld „Demenz“ in der ambulanten Altenarbeit

Moderation: *Dr. Agnes Klein*, Stadt Münster

- Zugehende ambulante Ergotherapie für De-
menz Erkrankte, Ev. Stiftung Tannenhof, Rem-
scheid
- Netzwerk Demenz, Caritas-Verband Arns-
berg-Sundern e.V.
- Demenz bei MigrantInnen, AWO Bezirk
Westliches Westfalen e.V.

Programmübersicht

Workshop IV

Arbeitsfeld „Demenz“ in der stationären Altenarbeit

Moderation: *Katharina Benner*, DPWV Wuppertal

- Menschen mit Demenz brauchen Begegnungen, AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.
- Esskultur für Menschen mit Demenz, Ev. Altenkrankenheim, Essen-Steele gGmbH
- Wohlbefinden und Sicherheit bei Demenzerkrankten, Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

15.00–16.00 Uhr

Podiumsdiskussion

Betreuung von Demenzkranken heute und morgen – Wohin geht die Reise?

Moderation: *Dr. Gerhard Jahn*, VHS Duisburg

- *Horst Vöge*, Stiftung Wohlfahrtspflege NRW
- *Birgit Fischer*, Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW
- *Meinolf Moldenhauer*, BKK-Pflegekasse
- *Dr. Barbara Höft*, Rheinische Landesklinik Düsseldorf
- *Dr. Eckhard Schnabel*, Universität Münster
- *Helga Kempers*, Angehörige
- *Angelika Krafft*, AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.
- *Eva-Maria Matip*, DRK-Bochum

16.00 Uhr

Kulturprogramm

„Herbstzeit“

Ein Theaterstück von Marion Schüller Schüller-Theater, Essen

17.00 Uhr

Verabschiedung

Carl Gerhard Rohm, Geschäftsführer DRK-Bochum

Begrüßung

von **Carl Gerhard Rohm**

Geschäftsführer DRK-Bochum

Guten Morgen!

Seit Beginn dieser Woche verfolgen wir die aktuelle Medienberichterstattung über die Reform der Pflegeversicherung. Ich habe ein Problem damit: Die Meldungen sind weitgehend reduziert auf den Aspekt der Beitragserhöhung – etwa, ob nun Kinderlose künftig mehr in die Pflegeversicherung einzahlen. Es sei dahingestellt, ob dies ein Problem der Politik oder ein Problem der Darstellung durch die Medien ist! In Randbemerkungen hört und liest man dann auch, dass die Verhandlungen noch stocken, weil ein Koalitionspartner noch inhaltliche Nachbesserungen fordert, u. a. auch die Betreuung demenziell Erkrankter im Leistungskatalog fest verankert sehen möchte.

Und hier sind wir genau beim Thema, das uns heute hier zusammenführt. Heute treffen hier im Zentrum des Deutschen Roten Kreuzes Bochum Menschen, Institutionen, Verbände, Wissenschaftler, Praktiker, Entscheidungsträger und Politiker zusammen, die eine gemeinsame Botschaft haben – nicht besserwischerisch – aber ich glaube sagen zu dürfen, kompetent, verbindlich und konstruktiv.

Eine Botschaft, die gründet in Forschung und Lehre, aber insbesondere auch in erprobter Erfahrung. Ich verweise auf unsere Workshops!

Antworten auf die Frage „Demenz – und was nun?“ sollen hier und heute aus Theorie und Praxis gegeben und auch mit der Politik und Betroffenen diskutiert werden. So freue ich mich – und darf wohl auch sagen, dass ich für den Kreisverband des Roten Kreuzes in Bochum stolz bin – Sie heute hier zu der Fachtagung „Demenz – und was nun?“ begrüßen zu dürfen.

Die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW feiert nicht nur ihren 30. Geburtstag in diesem Jahr. Neben der Förderung unzähliger richtungsweisender Modellprojekte in den vergangenen 30 Jahren hat sie aber insbesondere den betroffenen Menschen mit dem Modellprogramm „Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter Menschen“ ein besonderes Geburtstagsgeschenk gemacht.

Wir erhielten zu dieser Fachtagung rund 400 Anmeldungen, von denen wir leider nur die Hälfte berücksichtigen konnten.

Der häusliche Betreuungsdienst „Türen öffnen“ des heute gastgebenden Kreisverbandes ist wie 11 andere Projekte, die heute hier vorgestellt und sicher auch unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit betrachtet werden, unter diesen Modellen.

Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW und freue mich sehr, dass Mitglieder des Gutachterausschusses des Modellprogramms heute bei den Referaten und der Moderation der Workshops mitwirken. Ich freue mich, dass Herr Heiliger, geschäftsführender Vorstand der Stiftung, uns gleich die Bedeutung des Modellprogramms noch näher bringen wird.

Ich begrüße – auch im Namen von Präsidium und Vorstand alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Vertreter aus Wissenschaft und Politik – ob Stadt oder Land – Repräsentanten der Wohlfahrtsverbände, natürlich auch des eigenen Spitzenverbandes, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Ministerien, aus Städten und Gemeinden. Mein Gruß gilt Ihnen allen, besonders den Praktikern, die hier an dieser Botschaft und der Antwort auf die Frage „Demenz und was nun?“ mitwirken wollen. Ich begrüße auch die Medien- und Pressevertreter, die wir und die Betroffenen so dringend brauchen, damit diese Botschaft hinausgeht und zu denen gelangt, die sie hören sollen!

Ich hoffe, dass Sie alle heute hier einen angenehmen und weiterführenden Tag erleben und dass sie uns als gute Gastgeber erfahren. Ich möchte Sie jetzt schon bitten, wirklich den ganzen Tag hier zu bleiben, denn auch der Nachmittag mit der Podiumsdiskussion, zu der wir u. a. auch unsere Sozialministerin Frau Birgit Fi-

Begrüßung

scher erwarten, und das abschließende Kulturprogramm sind wesentliche Bausteine dieser Fachtagung.

Gestatten Sie mir noch einige Hinweise: dass sich die Projekte draußen vor dem Saal präsentieren, dass in der Kapelle ein Kreativmarkt für die Betreuungspraxis aufgebaut ist und dass eine örtliche Buchhandlung einen Überblick über die einschlägige Fachliteratur anbietet. Die Veranstaltung wird dokumentiert mit Aufnahmen in Bild und Ton. Wir erhielten zu dieser Fachtagung rund 400 Anmeldungen, von denen wir leider nur die Hälfte berücksichtigen konnten.

Und nun freue ich mich, unserer Sozialdezernentin das Mikrophon zu überlassen.

Herzlich Willkommen, Frau Graebisch-Wagner. Sie haben das Wort!

Begrüßung

von **Sophie Graebisch-Wagener**

Sozialdezernentin der Stadt Bochum

Sehr geehrter Herr Rohm,
sehr geehrter Herr Heiliger,
meine sehr geehrten Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Namen des Oberbürgermeisters der Stadt Bochum begrüße ich Sie ganz herzlich zu der heutigen Veranstaltung.

Zunächst eine gute, dann eine schlechte Nachricht: die Lebenserwartung von uns allen steigt. Eine gute Nachricht für uns. 1975 lag der Anteil der Einwohner/-innen über 60 Jahre bei 20,5 %, 2004 bei 25,9 %.

Die Kehrseite dabei ist für uns alle, dass ein erheblicher Anteil von uns verstärkt an Alzheimer erkranken wird oder auch an anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen leiden wird, einfach deshalb, weil wir wesentlich älter werden.

Zunächst hieß das Motto der heutigen Veranstaltung: „Leben mit einer Demenz“ – das ist sicherlich schwer, aber wir wissen sehr wenig darüber, was ein Patient/eine Patientin mit Demenz dabei empfindet. Es gibt wenig Mitteilungsmöglichkeiten zwischen dementen alten Menschen und ihrer Umwelt. Wir wissen allerdings, was wir tun können, um Menschen so lange wie möglich Orientierungshilfen zu geben. Dazu gehört insbesondere, sie in den vertrauten Räumlichkeiten zu lassen, damit sie sich zurechtfinden, im wahrsten Sinne des Wortes.

Wir wissen auch, dass Menschen mit gerontopsychiatrischen Veränderungen im wesentlichen durch ihre Gefühle zu erreichen sind und dass diese Gefühle häufig sehr weit in die Ver-

gangenheit zurückreichen und es manchmal gelingt, sie über diese Gefühle wieder zu erreichen und mit ihnen positiv in Beziehung zu treten.

Nun aber heißt ihre Tagung: „Demenz – und was nun?“

Ich denke, es ist wesentlich schwieriger, als Verwandtschaft mitzubekommen, wie ein Angehöriger oder eine Angehörige an Demenz erkrankt und für diese Person Sorge zu tragen. Immer wieder höre ich von Angehörigen, wie belastend es ist, wenn ein lieber Mensch sich plötzlich gefühlsmäßig völlig verändert, teilweise aggressiv auf die Angehörigen zugeht oder sie überhaupt nicht mehr erkennt. Immer wieder höre ich auch, dass tiefe Schuldgefühle bei den Angehörigen entstehen, wenn sie nicht in der Lage sind, immer sehr freundlich auf das Verhalten ihrer Angehörigen reagieren zu können.

Erschütternd sind Fälle, wenn Angehörige nicht rechtzeitig die Überlastung sehen und dann entweder der Gepflegte zu kurz kommt oder der Angehörige unter der Pflege zusammenbricht.

Wir brauchen einen professionellen Umgang mit Demenz. Dies hat zunächst etwas – wie jede professionelle Arbeit – mit Geld zu tun. Ich glaube wir sind uns alle einig, dass die Pflegeversicherung bezogen auf demenzkranke Patienten eindeutig zu wenig an Unterstützung bietet. Es ist mühsam, sich mit dementen Menschen auseinander zu setzen, ihre Biographie kennen zu lernen, um evtl. Kontakte zu ihnen zu knüpfen, es ist mühsam, sie immer wieder anzusprechen und zu versuchen, Lösungen zu finden, wie sie noch in Kontakt mit der Außenwelt umgehen können. Dazu ist ganz viel persönlicher Einsatz nötig und es wird vor allen Dingen Zeit gebraucht, die häufig durch die Pflegeversicherung nicht honoriert wird.

Aber es ist noch sehr viel mehr nötig. Es gibt Diskussionen um die Frage, wie können Familien unterstützt werden, wie müssen Einrichtungen ausgestattet sein bis hin zu der Frage, ob es nicht für solche Menschen die noch nicht schwer pflegebedürftig, aber sehr wohl demenzkrank sind, sinnvoll ist, in Wohngemeinschaften zu wohnen. In Wohngemeinschaften, wo sie so weit

Begrüßung

wie möglich an ihr früheres Zuhause erinnert werden, um sich orientieren zu können.

Sie werden heute hoffentlich sehr viele anregende Diskussionen zu diesem Thema erfahren. Sie werden aufzeigen, welche Praxisansätze es gibt, wie Angehörige unterstützt werden können und was Professionelle tun können, um mit diesem Thema: „Leben mit einer Demenz“ besser umgehen zu können.

Sie werden sich auch mit den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dazu auseinandersetzen können und hoffentlich viel in den Alltag mitnehmen.

Es ist sehr wichtig, wie gesagt – wir werden alle älter – und ein Großteil von uns wird an Demenz erkranken. Ich hoffe, wir werden die Belastung für unsere Angehörigen so gering wie möglich gestalten können und trotzdem noch ein lebenswertes Leben leben können.

Für Sie heute gute Fragen und gute Antworten.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bedeutung des Modellprogramms „Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter Menschen“ für die Stiftung

Referent: Horst Vöge

*Horst Vöge, Vorsitzender des Stiftungsrates
der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, MdL*

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ihnen allen ist bekannt und nicht wenige leiden unter den Konsequenzen: Der Pflegebegriff der Pflegeversicherung greift zu kurz!

Man mag es „Strickfehler“ oder Ausgabe bzw. beitragsbeschränkende Maßnahme nennen. Das Ergebnis bleibt dasselbe: Demenzkranke können nicht so betreut werden, wie es ihrem Krankheitsbild und ihrem Bedarf entspricht. Umsichtige haben bereits frühzeitig das Manko erkannt.

Betroffene, also auch die Angehörigen, haben es zunehmend nach Einführung der Pflegeversicherung erfahren.

Viel Diskussion hat es daher seit 1994 insbesondere um diesen Punkt gegeben.

Gelegentlich flaute diese Auseinandersetzung infolge mahnender Hinweise auf die beitragsseitige Stabilisierung der neuen fünften Säule des Systems der sozialen Sicherung in Deutschland ab. Doch nie ist es ganz ruhig um die Frage geworden, wie die heute geistig verwirrten Menschen zu betreuen und zu begleiten sind und wie dies in ansteigender Dimension für die Zukunft anzugehen ist. Zweifellos!

Bereits heute und erst recht in der Perspektive des demographischen Wandels erscheint eine Antwort auf die Frage einer angemessenen Betreuung Demenzkranker objektiv klar und eindeutig nur durch die Verfügbarkeit zusätzlicher finanzieller Mittel gegeben werden zu können.

Solche zusätzlichen Finanzmittel kommen nur durch höhere Beiträge zustande, zumal es sich bei der Betreuung von demenzkranken alten Menschen nicht um die Überbrückung eines akuten Engpasses sondern um die Bewältigung einer andauernden Aufgabenstellung handelt.

Wer nun behauptet, die Pflegeversicherung sei nur durch Beitragssatzstabilität zu retten oder es seien sogar Senkungen erforderlich, der löst mit diesem vermeintlich fürsorglichen Bestreben womöglich die tiefgreifende Existenzkrise eben dieser Pflegeversicherung selbst aus.

Bereits heute kommen Demenzkranke nicht oder nur partiell in den Kreis der Leistungsbezieher, und wenn doch, dann eben nicht vorwiegend als Demenzkranke.

Je mehr Betroffene aber draußen sind und künftig absehbar zunehmend draußen bleiben, umso weniger Legitimation genießt diese Veranstaltung insbesondere bei denen, die draußen bleiben müssen aber auf Hilfe angewiesen sind und trotzdem zu zahlen haben.

„Man kann auch kaputt sparen!“ Dieses Schicksal sollte der Pflegeversicherung erspart bleiben. Ihr bleibt dieses Schicksal aber nur erspart, wenn es gelingt, das befürchtete Defizit von einer Milliarde Euro zu bewältigen und der Bevölkerung Vertrauen in das System und seine Leistungen zu geben.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Beschluss einen sozialen Ausgleich bei der Beitragsbelastung bestimmt, der nun mehr systemkonform in der Umlagefinanzierung zu berücksichtigen ist. Das ist ein erster, ein wichtiger Schritt.

Weitere Schritte werden folgen müssen!

Denn zur Neugestaltung der Pflegeversicherung gehören unter anderem die Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen sowie die Auf-

Statement

hebung der faktisch seit 1995 geltenden Deckelung. Diese Deckelung lässt das System zunehmend erstarren; sie führt zu Leistungsausgrenzungen und bewirkt eine Verschiebung der Kosten in die Sozialhilfe.

Vertrauen in die Leistungen des Systems der Pflegeversicherung bedingt – Sie wissen es und ich weiß es auch – dass alle, die in diesem System Verantwortung tragen, dieser gemeinsamen Zielsetzung der Vertrauensbildung sich verpflichtet fühlen und zusammen wirken.

Im Jahre 2000 forderte das zuständige Bundesministerium eine konzertierte Aktion zur Verbesserung der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und kündigte in eigener Verantwortung ein Gesetz an, dass die Finanzierung von Betreuungsleistungen für Demenzkranke regeln würde: Das spätere Pflegeleistungsergänzungsgesetz.

Parallel dazu diskutierte damals der Stiftungsrat über die Möglichkeiten der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, der Verbesserung der Betreuung Demenzkranker Impulse zu geben und hierfür Fördermittel bereit zu stellen.

Im Herbst des Jahres 2001 hat die Stiftung das „Modellprogramm zur Verbesserung der Betreuung und Begleitung demenziell erkrankter alter Menschen“ ausgeschrieben.

Mit diesem Modellprogramm wird die Zielsetzung verbunden, vorbildliche Konzepte der Betreuung Demenzkranker zu realisieren, um somit Beispiele zu schaffen und einen Multiplikationseffekt zu bewirken.

Die Laufzeit des Programms ist auf vier Jahre festgelegt. Die finanzielle Größenordnung liegt bei etwa 12 Mio. Euro.

Seither sind 69 Anträge auf Förderung nach diesem Modellprogramm aus allen Teilen NRWs bei der Stiftung eingegangen.

Über 33 Projekte wurden bereits positiv entschieden. Für deren Förderung wird jetzt schon ein Betrag von rd. 8 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. Die Kosten der Projekte liegen im Durchschnitt bei 240.000 Euro.

Die geförderten Projekte kommen aus allen Bereichen der Sozialarbeit und Pflege, in denen die Betreuung und Versorgung demenziell erkrankter alter Menschen eine wichtige Rolle einnimmt:

- offene Altenarbeit mit Tagesstätten und niedrigschwelligen Gruppenangeboten;
- Beratung und Vermittlung;
- Entlastungsangebote für pflegende/betreuende Angehörige;
- ambulante Dienste;
- Tagespflege;
- stationäre Einrichtungen;

Im Kreis Minden sowie in der Stadt Duisburg kümmern sich Modellprojekte um Struktur übergreifende, eine ganze Region erfassende Ansätze zur Netzwerkentwicklung.

Von der explizit individuellen Seite wird in einem anderen Projekt zunächst einmal gefragt, wen habe ich konkret vor mir, wie hat dieser Mensch bisher gelebt, was sagen diejenigen über ihn, die ihn bereits kennen, was diejenigen, die professionell medizinisch oder pflegerisch mit ihm zu tun hatten und was ist dann auf der Grundlage dieses gesammelten Wissens konkret zu tun, welche Handlungserfordernisse zu sehen, welche Zielsetzung zu formulieren?

Aus anderen Zusammenhängen bekannte therapeutische Maßnahmen werden speziell auf Demenzkranke zugeschnitten und in ihrer Wirkung überprüft. Dabei handelt es sich bspw. um Motoragogik oder Ergotherapie.

Einige Projekte konzentrieren sich bei der Verfolgung ihrer Zielsetzung auf eine einzelne Methode, wie bspw. Dementia-Care-Mapping oder Validation. Andere bevorzugen eine variable Anwendung oder setzen sogar auf den Methodenmix. Eines der geförderten Projekte befasst sich mit der Rolle des Humors, ein anderes mit der Esskultur als wichtiger Faktor der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Die Modellprojekte konzentrieren sich auf sehr verschiedene Zielgruppen.

Neben den Demenzkranken spielt die Gruppe der Angehörigen eine herausragende Rolle, weil es in vielen Projekten um die Erhaltung und Stützung der Pflegebereitschaft und -fähigkeit geht.

Natürlich ist die Gruppe der professionellen Pflegekräfte sehr wichtig, wenn Demenz besser erkannt, richtig entschieden und gehandelt werden soll.

Nicht zuletzt stehen Ehrenamtliche und Freiwillige oft im Zentrum der Überlegungen der Projektträger, weil sich viele Menschen engagieren möchten, sie jedoch Anleitung und Qualifizierung benötigen.

Sehr geehrte Damen und Herren, die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW hat sich diesem Thema zugewandt, weil alte Menschen zur Zielgruppe der Stiftung gehören und Projekte und Vorhaben zu unterstützen sind, die ohne die finanzielle Förderung durch die Stiftung nicht verwirklicht werden können.

„Projekte fördern“ bedeutet jedoch nicht, sich flächendeckend zu betätigen bzw. in eine Dauerfinanzierung ein und desselben Projektes hinein zu wachsen.

Begrenzung ist daher auch ein Thema der Stiftung, um als Stiftung Impulsgeber bleiben zu können.

Das Modellprogramm ist daher auf vier Jahre zeitlich begrenzt worden. Wir sind jetzt im vier-

ten Jahr der Förderung. Der Abschluss des Programms steht in einigen Monaten an. Zumindest der Abschluss modellhafter Förderung.

Wie es danach weitergehen wird, das ist Sache der Entscheidung im Stiftungsrat. Ich bin sicher, dass auch die Erfahrungen dabei mit einbezogen werden, die aus der heutigen Fachtagung vermittelt werden können. Wir werden Ihnen während der Fachtagung allerdings heute noch keine fertigen Ergebnisse aus den Projekten liefern können. Die Dinge sind noch zu sehr im Fluss.

Die heutige Tagung ist aufgrund der berechtigten Forderung der in den Projekten beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entstanden sowie auf Wunsch des Gutachterausschusses.

Ohne die Organisation durch das DRK-Bochum wäre sie nicht zustande gekommen. Ich danke Herrn Rohm, Frau Matip und Frau Ignazi vom DRK hier am Ort.

Bochum liegt ziemlich günstig, nämlich mitten in NRW. Das DRK hat eigene Pläne mit dem Haus zu unseren Gunsten geändert durch zeitliches Aufschieben. Sie als Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten wissen, dass die Einrichtung, die uns als Tagungsstätte dient, kurz vor einem Umbau steht.

Ein besonderer Dank ist den Gutachterinnen und Gutachtern auszusprechen. Sie haben seit der Ausschreibung des Modellprogramms in 14 Sitzungen die inhaltlichen Konzepte der beantragten Projekte beraten. Diese wichtige und unverzichtbare Arbeit wird völlig ohne Honorare und Fahrtkostenerstattung erbracht und hilft der Stiftung, jeden Cent in Projekte zu investieren. „Was nix kostet is' auch nix!“ kann hier nicht gelten, denn es hat wirklich viel Arbeit gekostet und wir sind auch noch nicht ganz mit dieser Beratungsarbeit zum Abschluss gekommen.

Die Gutachterinnen und Gutachter begegnen Ihnen hier während der Fachtagung auf Schritt und Tritt. Sie sind Impulsgeber, Workshop-Moderatoren und Podiumsteilnehmer. Damit tragen sie auch hier in der Fachtagung einen Hauptteil der inhaltlichen Mitwirkung, wovon alle, die gekommen sind, profitieren werden.

Statement

Sehr geehrte Gutachterinnen und Gutachter, bisher gab es keine Gelegenheit für eine Danksagung vor öffentlichem Forum und ich weiß auch nicht, ob dazu noch jemals Gelegenheit bestehen wird! Daher nutze ich Ort und Stunde, um Ihnen meinen Dank auszusprechen.

Ihre Kompetenz ist mit Geld nicht zu bezahlen. Ihre uneigennützigte Mitwirkung hat die Stiftung Wohlfahrtspflege NRW aus dieser Klemme befreit.

Vielen Dank, besonders an Sie!

Allen Teilnehmerinnen und allen Akteuren der Fachtagung wünsche ich gutes Gelingen, neue Erfahrungen und fruchtbaren Austausch!

Neue Betreuungs- und Pflegekultur für demenzkranke Menschen aus wissenschaftlicher Sicht

Referentin: Dr. Angelika Abt-Zegelin

*Dr. Angelika Abt-Zegelin,
Private Universität Witten/Herdecke*

Danke für die Möglichkeit, hier einige Gedanken vortragen zu können.

Wahrscheinlich werde ich den Vertrauensvorschuss gleich wieder enttäuschen, indem ich an der Überschrift herummäkele, die ist mir nämlich vorgegeben worden.

„Aus wissenschaftlicher Sicht? ...“ Da kann ich nur sagen, kaum etwas ist in diesem Bereich aus wissenschaftlicher Sicht beleuchtet. Dafür ist alles viel zu neu, hat sich lawinenartig bewegt, oft sogar ohne einfachste Auswertungsstrategien. Die Szene ist für mich nicht mehr zu überblicken. Vieles ist in diesem Bereich schwierig zu beforschen, langfristige und umfangreiche Projekte sind erforderlich um wirklich Veränderungen durch neue Konzepte zu evaluieren (und dafür ist in der Regel kein Geld da).

Aber ich kann natürlich aus der Sicht einer Pflegewissenschaftlerin hier Stellung nehmen und dies will ich gerne tun.

Dabei stört mich gleich die Trennung von Pflege und Betreuung, aus Pflegesicht gibt es diese Trennung nicht. Wir haben Konzeptionen von Pflege, die schließen selbstverständlich Kommunikation, Beschäftigung, Wahrnehmung von Gefühlen, soziale Aktivitäten, Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, emotionaler Unterstützung und vieles mehr mit ein. Und dies gibt es

nicht nur in Modellen sondern in der Realität. Pflege ist gar nicht vorstellbar ohne Arbeit mit der Person um die es geht. Pflegende machen diesen Anteil nicht deutlich genug. Oft fehlen ihnen einfach die Worte dafür und die Verrichtungsorientierung in der Pflegeversicherung degradiert die beruflich Pflegenden zu den „Körperwäschern der Nation“. Tatsächlich haben viele den engen Pflegebegriff übernommen (waschen, ausscheiden, bewegen, ernähren).

In diesem Sinne wäre mein Arbeitsgebiet die Wissenschaft vom Waschen. Nein! Pflege ist Alltagsvollzug in der Verschränkung von körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten. Gerade bei dementen Menschen sind diese Trennungen ungut. Hier sind konstante Beziehungen wichtig, vertraute Personen, Alltagsgestaltung und Therapie durchdringen sich.

Folgende „Binsenweisheiten“ leiten meine weiteren Ausführungen:

Das Erleben einer jeden Person ist einzigartig

Demenz ist individuell und subjektiv, deswegen brauchen wir folgende Elemente einer „Neuen Kultur“:

Neue Kultur I

- Vielfalt zulassen
- Unordnung aushalten
- Grenzen überwinden
- Familienorientierung aufbauen

Vielfalt zulassen

Wir brauchen eine differenzierte Versorgungslandschaft, nicht für alle Menschen ist alles gleich gut. Für manche ist Tagespflege eine Katastrophe, für andere ein Segen. Genauso die Kurzzeitpflege, ich habe gerade eine Dame erlebt, die darin aufblühte, weil sie sich in einem feinen Hotel wähnte.

Ebenso ist es mit Heimen. Für manche Menschen ist es gut aus der engen Häuslichkeit und eventuellen Isolation herauszukommen, sie wirken fast wie Gäste einer Kurklinik.

Von Heimen habe ich natürlich bestimmte Vorstellungen: überschaubare lebensweltlich orientierte Wohneinheiten, keinesfalls klinikähnliche Massenversorgungsanstalten.

Manchmal überlege ich, wie ich wohl in der Demenz wäre. Kuschelige Familienstrukturen wären nichts für mich. Bei mir ginge es sicher um Kilimandscharo und Cocktails, um Bücher, Studenten, Aktenberge, Projekte und Gartenarbeit.

Ich glaube solche Überlegungen sind für jeden von uns hilfreich. Und wenn meine Generation ins „Demenzalter“ kommt, wird die Vielfalt der Lebensstile uns noch vor ganz andere Herausforderungen stellen. Auch die heutige Diskussion um segregativ oder integrativ, um Böhm oder Biographie, um Hirnpathologie oder Validation sind müßig. Die Vielfalt des menschlichen Daseins erfordert unterschiedliche Herangehensweisen. Ich muss den anderen in seiner Skurrilität kennen lernen (wollen). Wir sollten nicht aus jeden Ansatz gleich ein Dogma machen.

Unordnung aushalten

Ebenfalls ein schwieriges Unterfangen, gerade in institutionellen Abläufen. Die Freiheit zu haben, dass Menschen sich irgendwann anziehen, irgendwie essen, Spielräume zu entdecken, stets zu überlegen, was ist hier und jetzt möglich – das erfordert viel Gelassenheit und Humor. Das ist für Pflegende nicht einfach. Manche versuchen ja gerade die Unberechenbarkeit des Alltags durch ein festes Zeitgerüst zu regulieren. Mit Mühe und Not haben wir in den letzten Jahrzehnten daran gearbeitet, Pflege als zielführenden Prozess, als planbares und ergebnisorientiertes Geschehen zu etablieren. Das ist sicher weiter wichtig, damit Pflegearbeit sich nicht als zufälliges Geschehen vollzieht. In der Pflege dementer Menschen geht die Professionalität nun noch weiter, eine Begleitung, ein absichtsloses Dasein ist vielerorts gefordert, eine nicht restriktive Einstellung, von Wertschätzung getragen. Ich bin davon überzeugt, dass sich nicht alle Berufspersonen gleichermaßen für dieses Gebiet eignen.

Grenzen überwinden

Bedeutet hier, interdisziplinäre Arbeit, aber fast noch anspruchsvoller: auch die Grenzen der Träger zu überwinden. Sich umzusehen in einem Radius von 10, 20 km und sich zu fragen, welche Angebote werden hier vorgehalten, wie kann man zusammenarbeiten.

Familienorientierung ist wichtig

Priorität hat zunächst die Stabilisierung der häuslichen Situation, die Begleitung und Stützung der Familien, lange bevor institutionelle Angebote in Anspruch genommen werden. Wir haben gerade einen kleinen Auftrag übernommen, das Einschätzungsinstrument „Carenap“ zu übersetzen. Das englischsprachige Assessment fokussiert den Hilfebedarf zuhause, nimmt gleichzeitig den dementen Menschen und die Angehörigen in den Blick (wird in Schottland inzwischen breit eingesetzt). Wir profitieren ja sehr von den Vorarbeiten der englischen Kollegen/Kolleginnen – nur wird aber immer wieder klar, dass durch die unterschiedlichen Kulturen manches nicht adaptierbar ist. Wir haben in Deutschland keine gemeinwesenorientierte Gesundheitsarbeit, zugehend schon gar nicht. Wir setzen auf Markt (und das wiederum nicht richtig, denn der Markt wird durch viele Regelungen eingeschränkt), in diesem Mischsystem bleiben viele Lücken. Zum präventiven Hausbesuch gibt es ein paar Veröffentlichungen, eine Umsetzung ist aber nicht in Sicht. Insbesondere die Arbeiten von Kitwood aus Großbritannien haben die Ablösung vom rein medizinischen Modell gefördert, den Blick auf das Personsein gelenkt und die Bedeutung von Umwelt und Beziehungen deutlich gemacht.

Neue Kultur II

- Abkehr vom medizinischen Modell
- Sozialpsychologische Orientierung
- Lernen aus der Behindertenarbeit

Ich glaube, dass wir vieles auch aus der Behindertenarbeit lernen können: Lebensweltorientie-

rung, Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten sind vor allen in der Heilpädagogik schon lange thematisiert.

Der personenzentrierte Ansatz hat sich ja wie ein Lauffeuer verbreitet. Noch vor vier Jahren war er nahezu unbekannt. Nun wird landauf – landab im DCM-Verfahren gemappt, Hunderte von Kursen wurden gehalten, Projekte durchgeführt – oft habe ich aber den Eindruck, dass sich das als Maßnahme „obendrauf setzt“, ohne substanzielle Veränderung.

Überhaupt scheint die Beschäftigung mit „Demenz“ im Moment ein Gradmesser für eine moderne und humane Orientierung zu sein.

Wohlfahrtsverbände, Stiftungen, Parteien und Kommissionen – kaum eine Organisation, die unberührt bleibt, vieles steht unverbunden nebeneinander. Nach dem langen Dornröschenschlaf kocht das Thema nun hoch und wir dürfen gespannt sein, was nach dem Aktionismus übrig bleibt.

Neue Kultur III

- Barrieren lockern
- Konzepte weiterentwickeln
- Netzwerke schaffen
- Rechtlich-organisatorische Rahmen verändern

Um wirkliche Veränderungen umzusetzen braucht es eine Lockerung von Barrieren. Oft werden neue Impulse verunmöglicht durch Bestimmungen, Aufsichtsbehörden und Zuständigkeitsdünkeleien. Wie damit umzugehen ist weiß ich auch nicht. Es scheint ja ein deutscher Charakterzug zu sein, dass Hygienebestimmungen, Brandschutz und Bauvorschriften den Alltag in Einrichtungen regulieren.

Da werden aufgestellte Obstschalen wieder weggeräumt, weil ein dementer Mensch in einen Apfel gebissen und ihn in die Schale zurückgelegt hat.

Gerne gießen wir auch Konzepte fest und ruhen uns auf Erreichtem aus. Dabei ist die Variation, die Weiterentwicklung eigentlich das Geheimnis erfolgreichen Vorgehens. Die Bedingun-

gen ändern sich, neue Erkenntnisse müssen integriert werden. Es können unterschiedliche Schwerpunkte entstehen, aber wir brauchen Netzwerke um ein breites Angebot vorzuhalten, wir benötigen Offenheit um uns auszutauschen. Mit Netzwerken meine ich Verschiedenes:

Austausch der Experten

Bildung von Kompetenzzentren, eventuell ähnlich den DSDCs an den britischen Universitäten zuständig für Forschung, Entwicklung, Praxis-transfer und Service. Schaffung von interdisziplinären gerontopsychiatrischen Netzwerken. Aber auch innerhalb der Einrichtungen brauchen wir **mehr interdisziplinäre Arbeit**, aber auch die Freiwilligenarbeit muss sinnvoll integriert werden. Über Freiwilligenarbeit habe ich in den letzten Jahren viel nachgedacht:

Ich bin zutiefst überzeugt, dass in sozialen und schwierigen Situationen ehrenamtliche Arbeit dazu gehört. Sie repräsentiert die gemeinsame Sorge einer Gruppe, eine Verantwortung die in vorindustrieller Zeit und Kultur völlig selbstverständlich ist und war.

In unserer arbeitsteiligen Gesellschaft mit spezialisierten Gruppen ist Freiwilligenarbeit so etwas wie ein gesellschaftliches Korrelativ. Sie ergänzt ein Spektrum, das niemand anders so erbringen kann – ebenso wie Angehörigenarbeit kein „Laienbeitrag“ ist, sondern einen wichtigen und speziellen Fokus beinhaltet. Ich habe ja häufiger mit Freiwilligenprojekten zu tun gehabt.

Mir wird dort Angst und Bange, wo die Professionellen nicht in der Lage sind, den ehrenamtlichen Anteil sinnvoll zu integrieren, wo das Ganze Gefahr läuft, ein Billig-Ersatz des beruflichen Angebotes darzustellen. Dort greift dann ein ähnlicher Mechanismus zur Reduktion des Berufsbilds Pflege wie durch die Verrichtungsorientierung des SGB XI: die stillschweigende Entsorgung des personenorientierten Kernes und der psychosozialen Anteile von beruflicher Pflege. Unwohl ist mir auch, wenn in der Freiwilligenarbeit die argumentativ starken und ausgehenden Mittelstandsbürger ihre Ansprüche artikulieren, Fortbildung, Supervision und eine Art

„Professionalisierung“ fordern und die beruflich Pflegenden stumm daneben stehen, ausgepumpt durch die rein körperlichen Belastungen.

Oft ist die berufliche Pflege überfordert und die Einrichtungen sind noch nicht „reif“ genug, die Freiwilligenarbeit zu organisieren. Die Durchmischung mit Ehrenamtlichen ist notwendig und sinnvoll, aber gerade in diesem Bereich wünsche ich mir sensible und gute Begleitung, Evaluation und die Entwicklung guter Konzepte.

Zum letzten Punkt, dem rechtlich-organisatorischen Rahmen. Ich glaube, darüber sind wir uns alle klar: Eine neue und bessere Kultur kann sich nur in einem bestimmten Rahmen entfalten. Dazu gehört die gesellschaftliche Antwort auf die Frage, was uns ein menschenwürdiges Altern wert ist. Dazu gehört, dass demente Menschen rechtlich nicht mehr diskriminiert werden. Wenn wir von den Arbeitenden Phantasie und Kreativität fordern, muss das System mehr Flexibilität hergeben!

Zwei Dinge zeigen sich mittlerweile deutlich:

- Die Probleme der betroffenen Menschen lassen sich nicht starren Grenzen zuordnen, sie liegen quer zu den Systemen (übergreifend)
- Durch Regelwerke und aufgeblähte Bürokratie sind die Mängel nicht zu beseitigen.

Auf der organisatorischen Ebene brauchen wir Konzepte der Personal- und Organisationsentwicklung. Wir brauchen verschiedenen Bildungsangebote von kurzen Inhouse-Seminaren, über gerontopsychiatrische Weiterbildungen, Stärkung der mittleren Leitungsebenen, über Coaching-Funktionen bis hin zu Pflegeexperten auf wissenschaftlicher Basis.

Um Weiterbildung und Reflektion überhaupt möglich zu machen, eine neue Kultur zu entfalten, bedarf es guter Personalbemessungsverfahren die eine anspruchsvolle Pflege dementer Menschen begünstigen.

Wenn ich zum Schluss aus dem Nähkästchen plaudern darf; ich habe mich einerseits gefreut über die guten Ideen, die dem Gutachterausschuss vorgelegt wurden: Assessment, Vernetzung, Lebenswelt, Bildung, Garten, Kochen, Be-

ziehungen ... – andererseits habe ich „gefroren“ wegen der Unterschiedlichkeit der Verhältnisse in unserem Land. Ich weiß gleichzeitig von Einrichtungen, die am unteren Limit agieren, in denen demente Menschen fixiert werden, nie an die frische Luft kommen, keinerlei Pflegekonzepte existieren.

Ich würde ein knallhartes Vorgehen präferieren, weit über die MDK-Prüfungen hinaus, einen Mindestkatalog anlegen und darüber hinaus „Sterne“ verteilen wie in Hotels.

Ich wünsche mir, dass die Pflegenden endlich aufstehen, bei katastrophalen Verhältnissen ihre Mitarbeit im Interesse der zu Pflegenden verweigern.

Im Zwischenbericht an den Stiftungsrat heißt es, dass der Gutachterausschuss oft den Eindruck hatte, dass der Aufwand in den Einrichtungen sich verdichtet hat. Vom kritischen Zustand ist die Rede, von „... Entlastungsmomenten, Linderung einer als defizitär empfundenen Situation, die in ihrem wahren Dilemma erkennbar wird ...“, heißt es da. Unter steigenden Anforderungen und weniger Personal, an Zahl und Qualität, da entfaltet sich gar nichts.

Es ist inzwischen einiges an Erfahrung und Wissen da, auch durch internationalen Austausch und ich hoffe, dass es uns gemeinsam gelingt, diese Ansätze vielfach handlungswirksam werden zu lassen.

Die Domäne der Pflege ist die Beziehung zu dementen Menschen und seinen Angehörigen, dazu möchten wir in den nächsten Jahren einen Schwerpunkt bei uns bilden und Sie schon jetzt für den Sommer 2005 ganz herzlich zu einer Tagung an die Universität Witten/Herdecke einladen.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Zukunftsweisende Praxisansätze in der Betreuung demenzkranker Menschen in Europa

Referent: Dr. Willi Rückert

*Dr. Willi Rückert,
Kuratorium Deutsche Altershilfe*

Vielen Dank Herr Rohm für die freundliche Begrüßung. Sehr geehrte Frau Graebisch-Wagener, lieber Herr Heiliger, meine sehr verehrten Damen und Herren,

zukunftweisende Praxisansätze aus Europa ist mein Thema – mit anderen Worten: was können wir von ausländischen Praktikern und Wissenschaftlern lernen?

Das Lernen vom Ausland fing für uns im KDA schon vor über vierzig Jahren mit Essen auf Rädern an – darauf werde ich noch kurz eingehen. Beginnen möchte ich aber mit einem anderen Beispiel, das sehr viel mit Bochum zu tun hat. Daran bin ich erinnert worden, als ich vorhin – wie wahrscheinlich viele von Ihnen – in der Innenstadt mir mühsam den Weg nach hier erfragte. Da bin ich an einem Hinweisschild zum Pflegeheim Am Glockengarten vorbeigekommen und da wurden in mir sehr gute Erinnerungen wach an unsere arbeitswissenschaftlichen und wohnmilieubezogenen Untersuchungen. Mitte der 1970er Jahre haben wir im Auftrag des damaligen Bundesfamilienministeriums Untersuchungen zum Pflegepersonalbedarf in Heimen durchgeführt – eine auch heute noch hochaktuelle Problematik. Dabei haben wir nicht nur die

Pflegebedürftigkeit mit den damals verfügbaren Instrumenten gemessen und mit Hilfe eines elektronischen Erfassungssystems auch die Pflegezeit, die für die einzelnen Mitarbeiter aufgewendet wurde.

Weiterhin haben wir die Arbeitszufriedenheit erfragt und vor allem auch versucht, die Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner zu erfragen. Drei Wochen waren wir Tag und Nacht auf der ausgewählten Pflegestation hier in Bochum im Haus am Glockengarten. Die Mitarbeiter und die Bewohner haben ganz toll mitgemacht – es hat Ihnen Freude gemacht, einmal im Mittelpunkt des Interesses zu stehen. Ich erinnere mich noch gut daran, wie einzelne Bewohnerinnen zu den Pflegemitarbeitern, die das elektronische Erfassungsgerät mit Zufallsgenerator für eine methodisch saubere Studie mit sich führten, sagten: „Ich habe die Code-Nummer 007“.

Und Pflegende, die wir gebeten hatten, uns bei der Befragung der Bewohnerinnen nach ihrer Lebenszufriedenheit zu helfen mit einem einfachen halbstrukturierten Fragebogen, sagten uns, sie hätten noch nie ein so gutes und intensives Gespräch gehabt mit den Bewohnern wie bei dieser Gelegenheit. Das hat uns damals sehr betroffen gemacht.

Nun zum Bezug dieser Personalbemessungsuntersuchung von Mitte der 70er Jahre hier in Bochum und in gleicher Weise im ganzen Bundesgebiet zu heute. Frau Abt-Zegelin hat vorhin eindringlich auf Qualitätsmängel in der Pflege hingewiesen. Damals in den 70er Jahren war die Situation noch viel schlimmer – nicht im Haus am Glockengarten, das damals als „Bochumer Modell“ republikweit bekannt war, aber in den meisten anderen Heimen in Deutschland. Dennoch wurde selbst von Fachleuten die Situation verharmlost. Sie sprachen davon, dass mit einer Personalausstattung nach den gängigen Personalanhaltzahlen nur eine „bewahrende Pflege“ möglich sei – für eine „aktivierende Pflege“ brauche man mehr Personal.

Wir haben damals mit Schrecken erkannt, dass das Begriffspaar „bewahrende Pflege – ak-

tivierende Pflege“ nicht ausreichte, um die Wirklichkeit in den Heimen zu beschreiben. Da wurden wir per Zufall aufmerksam auf eine Schweizer Studie¹ in der ein Vierstufen-Schema zur Einschätzung der Pflegequalität dargestellt war.

Darin wird unterschieden

- optimale Pflege
- angemessene Pflege
- sichere Pflege und
- gefährliche Pflege,

und zwar in den Bereichen „Grundpflege“² – „Behandlungspflege“ – Pflegeplanung – und Eingehen auf psychische Bedürfnisse. Mit dem aus der Schweiz importierten Vierstufen-Schema zur Pflegequalität haben wir den Begriff der „gefährlichen Pflege“ in die deutsche Diskussion gebracht³. Damals sind wir dafür auch von Fachleuten als „Nestbeschmutzer“ beschimpft worden.

Mit Hilfe dieser neuen Begrifflichkeit und der aus unserer Untersuchung resultierenden Empfehlungen⁴ konnten dann allmählich bessere Personalanhaltszahlen erreicht werden, die aber bei Einführung der Pflegeversicherung abgeschafft worden sind. In dieser Situation haben wir wiederum über die Grenzen nach einem rationalen Personalbemessungsverfahren geschaut⁵.

Als derzeit bestes rationales Personalbemessungsverfahren, das zugleich die Personaleinsatzplanung optimiert, hat sich nach derzeitigem Stand der Künste das in Kanada entwickelte PLAISIR-Verfahren erwiesen, das von individuellen Pflegeplänen ausgeht, die von Pflegeexperten auf ihre Angemessenheit überprüft werden, bevor sie zur Grundlage für die Ermittlung des erforderlichen Pflegezeitbedarfs gemacht werden. Unsere Überprüfungen haben ergeben, dass PLAISIR auch den zusätzlich erforderlichen Zeitbedarf von Heimbewohnern mit Demenz angemessen berücksichtigt.

Ein gutes Assessment-Instrument ist auch das RAI – Resident Assessment-Instrument, das wir vom KDA mit Hilfe der Robert Bosch Stiftung aus

dem Amerikanischen übersetzen und in Deutschland bekannt machen konnten. Durch die Anwendung von RAI werden frühzeitig 18 schwerwiegende geriatrische Probleme erkannt u. a. ob bei einem Patienten ein Delir droht oder nicht. Das nützt aber nur dann etwas, wenn die Pflegenden wissen oder ihnen gesagt wird, wie sie richtig darauf reagieren. Dazu sage ich später noch etwas.

Nun möchte ich kurz darauf eingehen, was Frau Abt-Zegelin von den Menschen mit Demenz gesagt hat. Etwa eine Million Menschen mit einer schwereren Ausprägung von Demenz leben derzeit in Deutschland. Und alle sind verschieden – jede einzelne Frau mit Demenz und jeder Mann mit Demenz ist einzigartig. Ein Patentrezept für alle gibt es nicht. Ideal sind maßgeschneiderte Lösungen in jedem Einzelfall.

Es gibt aber unter den Menschen mit Demenz bestimmte Problemlagen, von denen viele betroffen sind und die eng verbunden mit den Orten, wo der einzelne lebt oder sich gerade aufhält – und diese Orte und Problemlagen können und sollten auch Ansatzpunkte für Verbesserungen sein.

Vielleicht beachten wir zu wenig, wo Menschen mit Demenz vorwiegend leben – dauerhaft oder auch nur stunden- oder tageweise.

1 Exchaquet, N.F.;Züblin, L.: Wegleitung zur Berechnung des Pflegepersonalbedarfs. Bern 1975.

2 Heute sprechen wir statt von „Grundpflege“ von „direkter Pflege“ um einer Geringschätzung dieser wichtigen pflegerischen Aufgaben nicht Vorschub zu leisten.

3 Vgl. Das KDA und die Wandlung des Begriffes „Pflegequalität“. In: Pro Alter. Heft 4/2004. S. 42-50, insbes. Seiten 43 und 44.

4 Vgl. Mybes, Ursula : Zur Organisation pflegerischer Dienste in Altenpflege-/Altenkrankenheimen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie. Kohlhammer Verlag. 1980.

5 Vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Zeitbedarf für die Pflege älterer Menschen. GeroCare-Report 6/97.

Viele leben allein in ihrer Mietwohnung oder ihrem Einfamilienhaus – oft überfordert, relativ isoliert, von Fehlernährung und Verwahrlosung bedroht. Als Mieter sind sie zusätzlich von Kündigung bedroht, weil Brandunfälle und anderes befürchtet werden.

Andere leben mit (genervten) Familienangehörigen – nicht selten in konflikthaften Situationen.

Einige wenige im so genannten Betreuten Wohnen – ebenfalls von Kündigung bedroht, aus Furcht, dass sie die anderen Mieter und das Bild der Einrichtung stören könnten.

Nur wenige haben bislang das Glück in einer Wohn- oder Hausgemeinschaft für Menschen mit Demenz zu leben zu können wie es sie mit der Villa Hittorfstraße z. B. in Münster gibt, und zwar im Bereich der ambulanten Pflege.

In der stationären Altenpflege leben ungefähr 350.000 Menschen mit Demenz – und die allerwenigsten davon in einem relativ normalen Umfeld in kleinen Wohngruppen mit einer Wohnküche und einer hauswirtschaftlichen Präsenzkraft.

Dort und auch in den Wohngemeinschaften mit ambulanter Pflege herrscht schon weitgehend eine neue Kultur der Pflege – in der mehr zugelassen wird, mehr Normalität gelebt wird, die Ordnungsvorstellungen der nicht Kranken nicht oberste Priorität haben, es insgesamt gelassener zugeht, die Menschen mit Demenz sich sichtbar wohler fühlen und die Mitarbeiter zufriedener.

Sehr viele Menschen mit Demenz müssen zeitweise ins Krankenhaus – und das – so ein Sachverständiger gestern (am 7. Juli 2004) bei der Anhörung im Landtag in Düsseldorf – ist häufig ein gefährlicher Ort für Menschen mit Demenz, weil die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oft nicht Demenz, Delir, Depressionen unterscheiden und nicht hinreichend auf die Bedürfnisse dieser Patienten eingehen können, die dann nicht selten zusätzlich verstört, mit Beruhigungsmitteln vollgestopft oder gar mit Dekubitus wieder nach Hause kommen oder nicht selten auch direkt in einem Heim „untergebracht werden“.

Gut wäre für die meisten, wenn sie ab und an ihre Wohnung oder ihr Pflegezimmer verlas-

sen könnten, sich im Freien aufhalten, im Garten, in Geschäften, bei öffentlichen Veranstaltungen, in Restaurants und vielleicht auch einmal mit jemandem verreisen oder gar ein paar Tage Urlaub machen könnten.

Zusammen leben mit Demenz – in Familie – Freundeskreis – Nachbarschaft – und Wohnquartier – das ist ein Ziel des Projektes der „Demenz-Service-Unterstützungszentren“.

Frau Abt-Zegelin hat vorhin von einer stärkeren Familienorientierung der Pflege gesprochen. Das ist sehr richtig – das Konzept der familienorientierten Pflege liegt auch unserem Qualitätsbandbuch „Häusliche Pflege in Balance“ zu Grunde. Familienorientierung wird in die Zukunft gesehen allein nicht ausreichen.

Ich möchte an dieser Stelle Professor Dörner aus Gütersloh zitieren, der vehement und mit Erfolg völlig zutreffend einer Wiederbelebung des Nachbarschaftsgedankens vorschlägt und fordert. Neue Nachbarschaften stiften und stützen und sie zum Zusammenleben mit Demenz zu befähigen, könnte ein wichtiges Ziel sein.

Das wäre eine weitere sinnvolle Ergänzung des immer noch vorherrschenden Medizinmodells der Demenzbewältigung, die vorhin auch Frau Abt-Zegelin angesprochen hat. Wir vom KDA vertreten die Auffassung, dass wir Demenz – zumindest solange sie nicht ursächlich behandelt und geheilt werden kann –, dass wir Demenz als eine Art Behinderung auffassen müssen und es darauf ankommt, die mit dieser Form der Behinderung verbundenen Handicaps soweit als möglich zu verringern und den Betroffenen und den sie Pflegenden zu einem relativen Wohlbefinden zu verhelfen. Und dies ist öfter möglich, als es derzeit geschieht. Da sind auch die Massenmedien gefordert. Sie sollen Skandale anprangern, aber auch über Beispiele gelingender Formen des Zusammenlebens von und mit Menschen mit Demenz berichten. Wünschenswert wäre z. B. gelingende Pflegebeziehung auch in Soaps einfließen zu lassen. Ansatzweise geschieht das z. B. in der Serie „Golden Girls“. Wichtig ist, dass wir in der Öffentlichkeit mehr Wissen über Demenz, vor allem aber mehr Infor-

mationen darüber verbreiten, wie man trotz Demenz noch ein bisschen Lebensqualität erhalten kann. Das muss schon im Kindesalter beginnen.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf einen sehr gut gemachten Videofilm der Alzheimer-Gesellschaft der holländischen Provinz Limburg hinweisen, den die holländischen Kollegen zum diesjährigen Treffen der europäischen Demenz-Service-Entwicklungs-Zentren mitgebracht haben. Der Film zeigt eine Unterrichtseinheit für Grundschulen. Eine junge Schülerin berichtet ihren Mitschüler(inne)n darüber, wie sich ihr Opa durch Demenz verändert hat und wie sie mit ihm zurecht kommt. Die Robert Bosch Stiftung will mit der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft eine deutsche Version dieses Videos uns zur Verfügung stellen.

Ich möchte nun noch weitere Problemlösungen aus dem Ausland kurz ansprechen. Anfangen möchte ich mit dem großen Problem der Mangel- und Fehlernährung, durch das viele andere Pflegeprobleme entstehen oder verstärkt werden.

Gleich zu Beginn seines Wirkens vor über vierzig Jahren hat das KDA aus England das Konzept „Meals on Wheels“ – Essen auf Rädern importiert und über Jahrzehnte mit Mitteln aus der ARD-Fernsehlotterie finanziell und durch Erarbeitung von Planungshilfen gefördert.

Inzwischen ist Essen auf Rädern fest eingeführt – es gibt aber immer noch erhebliche Ernährungsprobleme, insbesondere für allein lebende Menschen mit Demenz.

Gerade ist in Schottland in Zusammenarbeit mit dem Demenz-Service- und Entwicklungszentrum ein Projekt „Rezept für Leben“ gestartet worden, bei dem es darum geht, alleinlebenden Menschen mit und ohne Demenz zu helfen gut zu essen. Dabei geht es darum, herauszufinden und besser zu verstehen

- die Gründe, die Alleinlebende veranlassen, nicht gut zu essen
- die Probleme herauszufinden, die Organisationen haben, die ältere Menschen mit Essen versorgen

- im eigenen Land und im Ausland – also auch in Deutschland – nach guten Ideen und Praktiken Ausschau zu halten
- Das geschieht dadurch, dass direkt mit den Alleinlebenden gesprochen wird
- Die Einschätzungen der Pflegenden erfasst werden
- Treffen mit Professionellen, die verantwortlich sind für die Erfassung der Essensbezogenen Bedürfnisse und das Arrangieren oder Organisieren der Essensdienste.

Zurzeit wird eine Datenbasis aufgebaut, in die wir uns und Sie sich einklinken können. **Kontaktadresse: Chris Jones, e-mail: cjones@qmuc.ac.uk.**

Sicher ist Ihnen das Mangelernährungsproblem bei Demenz auch schon aufgestoßen. Eine Arbeitsgruppe des Runden Tisches Pflege, empfiehlt, eine Kampagne zur Abstellung dieser Mängel zu organisieren.

Was die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in Heimen betrifft, so erhoffen wir uns wesentliche Erkenntnisse aus dem von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderten Projekt „Esskultur für Menschen mit Demenz mehr Lebensqualität im Alter“, das im Ev. Altenkrankenheim Essen-Steele unter maßgeblicher Beteiligung eines Heimkochs aus der Schweiz durchgeführt wird. Draußen im Flur präsentiert sich Ihnen dieses Projekt u. a. auch durch Fotos.

Im Herbst diesen Jahres hoffen wir mit Hilfe der Robert Bosch Stiftung eine deutsche Version einer schottischen Broschüre „Essen und Trinken“ bei Demenz herausbringen zu können.

Diese Broschüre ist von Frau Dirksen von der Beratungsstelle in Münster als sehr gut beurteilt worden. Wir sehen die Verbreitung dieser Broschüre als Teil einer Kampagne „Gut essen, gut trinken“. Am liebsten würden wir diese Kampagne erweitern zu „Gut essen, gut trinken, gut abführen, gut bewegen“ – Wenn wir es schaffen, dass mehr Menschen mit Demenz – in Privathaushalten oder Heimen – gut essen und trinken, dann haben sie nicht nur mehr Lebensqualität, sondern sie sind auch weniger anfällig für viele

Krankheiten. Die Förderung von Kontinenz ist wichtige Voraussetzung für „gut trinken“, und körperliche Bewegung beugt nicht nur Sturzgefahren vor, sondern fördert zusammen mit bestimmten Formen des Gedächtnistrainings auch die geistige Gesundheit.

In diesem Zusammenhang erhoffe ich mir viel von dem Projekt „Motogeragogische Förderung im Pflegealltag“ das – von der Stiftung gefördert – in Bethel, Bielefeld durchgeführt wird.

Ein Schlüssel zur Verbesserung des Zusammenlebens mit Menschen mit Demenz sind unsere kommunikativen Fähigkeiten.

Da sind wir zum Glück auf eine ganz vorzügliche Broschüre aus England aufmerksam gemacht worden, die wir mit Hilfe der Robert Bosch Stiftung unter dem Titel „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ veröffentlichen und in 2000 Exemplaren kostenlos an alle Alzheimer-Gesellschaften, Gedächtnissprechstunden und Medizinische Dienste in Deutschland verteilen konnten – auch an viele Beratungsstellen und pflegewissenschaftlichen Studiengänge. Die Engländer haben anscheinend eine größere Erfahrung als unsere deutschen Verlage in der Gestaltung von Lehr- und Lernmitteln. Hätten wir auf deutsche Psychologen und Pflegewissenschaftlerinnen warten wollen, hätten wir noch lange auf ein ähnlich gutes Lehrmittel warten müssen.

Die Broschüre „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ verführt durch ihre aufgelockerte Gestaltung mit treffend gelungenen Cartoons auch des Lesens ungewohnte Pflegenden zum Weiterlesen und vermittelt dabei Handlungswissen darüber, wie ich kritische Gesprächssituationen entkrampfen und erträglich machen kann z. B. „sie fragt immer wieder dasselbe“ oder „sie ruft ständig nach ihrer Mutter“, „sie beschuldigt mich, etwas gestohlen zu haben“ usw. Es wird aber auch gezeigt, wie man ein Erinnerungsalbum anlegen kann, wie man Fernsehen so nutzen kann, dass es nicht Angst macht, was man bei Schwerhörigkeit und Demenz tun kann usw.

Sehr anregend auch im Anhang die Anleitung zur Erfassung dessen, was der an Demenz leidende Mensch mag und was nicht, was man

vielleicht häufiger tun und was man unterlassen sollte.

Gottseidank gibt es inzwischen auch in Deutschland bessere deutsche Lehr- und Lernmittel – hinweisen möchte ich z. B. auf ein Buch von Dr. Stuhlmann, dem Vorsitzenden der Alzheimer-Gesellschaft NRW mit dem Titel „Bindung – eine sichere Basis für demente Menschen“, das im September erscheinen wird.

Beim Thema „Kommunikation mit Menschen mit Demenz“ komme ich zurück auf die von mir eingangs erwähnte Untersuchung zum Personalbedarf, die wir u. a. im Haus am Glockengarten in Bochum durchgeführt haben. Sie erinnern sich vielleicht, dass wir nicht nur die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, sondern auch die Lebenszufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner erfragt haben. Dazu muss ich leider sagen, dass wir seinerzeit bei der Befragung von Menschen mit Demenz gescheitert sind. Wir haben dann versucht mit Bildchen die lachende und weinende Gesichter zeigten etwas über ihren Gemütszustand zu erfahren. Vergeblich.

Daher war ich elektrisiert, als ich das in England entwickelte Verfahren zur systematischen Beobachtung des Verhaltens und des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz, das so genannte „Dementia Care Mapping – DCM“ näher kennenlernte. Inzwischen koordinieren wir vom KDA aus die beiden vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Modellprojekte zur DCM-gestützten regionalen Qualitätsentwicklung der Pflege von Menschen mit Demenz in je zehn (Tages-)Pflegeheimen. Einen Bericht über die Präsentation des Verfahrens und wie allmählich eine neue Kultur der Pflege entstehen kann, können Sie kostenlos gegen Einsendung von 1,44 Euro beim Landratsamt des Main-Kinzig-Kreises in Hanau bestellen (solange der Vorrat reicht).

Ich freue mich, dass das Dementia Care Mapping auch in einigen Projekten der Stiftung Wohlfahrtspflege eingesetzt wird und ohne öffentliche Förderung dank Herrn Dr. Köster auch in Aachen. In der Erzdiözese Köln hat sich ebenfalls eine Anwendergruppe gebildet. Damit werden weitere Erfahrungen über Realisierbarkeit,

Kosten und Nutzen dieses Verfahrens gewonnen.

Besonders interessante Erfahrungen mit dem Dementia Care Mapping hat übrigens das Regienhaus in Hamm-Rhynern gemacht. Dort wurden nicht nur professionell Pflegende, sondern auch Ehrenamtlerinnen in der Anwendung dieses Verfahrens geschult und jetzt erfolgt die Verhaltens- und Wohlbefindensbeobachtung der Menschen mit Demenz auf Wunsch des jeweiligen Pflorgeteams gemeinsam durch je eine professionell Pflegende und eine Ehrenamtlerin. Die Ergebnisse werden dem Pflorgeteam mitgeteilt, das dann seine Maßnahmen bestätigt findet oder anpassen kann.

Erfreulich aus NRW-Sicht ist, dass ein Dozent aus Nordrhein-Westfalen, Herr Müller-Hergl vom Meinwerk-Institut in Paderborn Partner der englischen Psychologen ist, die den Einsatz des Dementia Care Mappings weltweit begleiten und es durch die weltweit gewonnenen Erfahrungen der Praxis weiter entwickeln.

Neben Verfahren zur Beobachtung des Verhaltens und des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz z. B. mit Hilfe des Dementia Care Mappings gibt es inzwischen auch methodische Befragungen. Aus amerikanischen Studien wissen wir, dass entgegen früheren Annahmen Menschen mit Demenz durchaus sinnvoll befragt werden können.

Die Alzheimer-Gesellschaft Bochum hat dies im Rahmen des Programmes Altenhilfestrukturen der Zukunft bewiesen durch Interviews mit Menschen mit Demenz über das, was sie wünschen. Dabei kam heraus, dass sie sich u. a. wünschen, andere Menschen an ganz normalen Treffpunkten im Wohnquartier zu sehen. Das könnte z. B. die ehemalige Stammkneipe sein, so ein Teilnehmer beim ersten Treffen der Düsseldorfer Gesundheits- und Pflegekonferenz zur Demenzproblematik, dem dieses Bedürfnis auf Anhieb einleuchtete. Sie kennen sicherlich viele andere Beispiele.

Wir vom KDA werben sehr dafür, auch die Personen mit Demenz ernst zu nehmen, sie nach Möglichkeit auch nach ihren Bedürfnissen zu fra-

gen. Wir werden daher die Bochumer Interviews veröffentlichen.

In der Schweiz ist man noch einen Schritt weitergegangen. Dr. Kneubühler, ein ehemaliger Assistent des deutschen Experten für Methoden der empirischen Sozialforschung Professor Atteslander, hat einen methodisch geprüften Fragebogen entwickelt, mit dessen Hilfe unter Einhaltung bestimmter Vorgaben Menschen mit Demenz sinnvoll befragt werden können. Er hat dies im April beim diesjährigen Treffen europäischer Demenz-Service-Entwicklungs-Zentren in Stuttgart vorgetragen. Auch dies werden wir der Praxis zur weiteren Erprobung in Deutschland durch Veröffentlichung zur Verfügung stellen.

Mit Interesse warten wir auf die Ergebnisse eines Projektes der Stiftung Wohlfahrtspflege, bei der das von der holländischen Pflegewissenschaftlerin Cora van der Kooij entwickelte Konzept der erlebnisorientierten Pflege – sie nennt es das mäeutische Konzept – erprobt wird. Cora van der Kooij ist in NRW keine Unbekannte. Das pflegewissenschaftliche Institut der Universität Witten-Herdecke arbeitet mit ihr zusammen und auch die Alzheimer-Gesellschaft NRW hat sie schon eingeladen.

Aus den Niederlanden haben wir vom Anton-Pieck-Hofje wesentliche Anregungen erhalten zur Konzeption des Hausgemeinschaftskonzeptes. In Schweden gibt es inzwischen 3000 kleine überschaubare Wohnhäuser für Menschen mit Demenz – so wie sie in der vom KDA ins deutsche übertragenen Broschüre „Zu Hause in Balzaarden“ beschrieben sind. Auch von Cantou-Wohngruppen für Menschen mit Demenz in Frankreich und vom Kachelofle in Straßburg kann man vieles lernen. Sehr anregend ist auch das Lebensstilkonzept, das im gerontopsychiatrischen Pflegeheim Hoogewey bei Amsterdam kleine Wohngruppen für Menschen mit ähnlichem Lebensstil anbietet – da gibt es eine Gruppe für den gehobenen Amsterdamer Lebensstil, für kolonialen Lebensstil, für religiösen Lebensstil u. a. Dabei wird nicht streng sortiert und zugewiesen, sondern nach Abklärung mit den Betroffenen und ihren Angehörigen ausprobiert.

Inzwischen entstehen auch in Deutschland und in NRW – nicht zuletzt angeregt durch unsere Architektur-Abteilung – Heime, die wir einer vierten Heimgeneration zurechnen, bestehend aus miteinander verbundenen Hausgemeinschaften mit hauswirtschaftlichen Präsenzkräften, die für ein hohes Maß an Normalität sorgen sollen. Solche Heime bestehend aus mehreren Hausgemeinschaften könnten auch geeignet sein, wenn in Zukunft mehr und mehr Menschen mit Migrationshintergrund in Heimen leben.

Die meisten Heime in Deutschland haben einen Garten – in München z. B. hat von 65 Heimen nur eines keinen Garten. Aber haben Sie den Eindruck, dass diese Gärten häufig auch von Menschen mit Demenz genutzt werden? Wir nicht! Dabei wäre es sicher für viele – nicht für alle – ich verweise noch einmal auf die Verschiedenheit der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, die auch Frau Abt-Zegelin mehrfach betont hat – für viele Heimbewohnerinnen mit Demenz wichtig, wenigstens ab und an einmal heraus zu kommen aus dem engen Wohnbereich.

Ich freue mich daher, Ihnen sagen zu können, dass wir demnächst eine vom schottischen Demenz-Service-Entwicklungs-Zentrum erstellte wunderschöne Planungshilfe „Entwurf von Gärten für Menschen mit Demenz“ mit Unterstützung der Bosch Stiftung veröffentlichen können.

Sehr froh bin ich auch, dass die Robert Bosch Stiftung dem Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten-Herdecke die Übersetzung des Ihnen von Frau Abt-Zegelin gezeigten Assessment Instruments CarNap D ermöglicht.

Es wäre noch manche Idee aus dem Ausland zu benennen, die uns weiterhelfen kann. Ich will nicht näher eingehen auf „Die Roten Nasen kommen“ – Humor nutzen in der Betreuung von Menschen mit Demenz, wie in dem Projekt der Stiftung Wohlfahrtspflege bei der Alzheimer Gesellschaft Mönchengladbach erprobt wird.

Eingangs habe ich die Akutkrankenhäuser als einen oftmals gefährlichen Ort für Menschen mit Demenz bezeichnet. Das schottische Demenz-Service-Entwicklungs-Zentrum hat ein spezielles Schulungsprogramm entwickelt für die

Fortbildung von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften in Akutkrankenhäusern. In der geriatrischen Klinik Bethanien in Heidelberg arbeitet man an einer Übersetzung. Wichtig wäre sicherlich, auch in NRW das Thema „Menschen mit Demenz in Akutkrankenhäusern“ zu thematisieren. Gleiches gilt für die Fortbildung der Hausärzte, auch hierfür gibt es im Ausland Lehrmittel und Konzepte, die uns viel Entwicklungsarbeit sparen können.

Hoffentlich habe ich jetzt nicht Eindruck erweckt, das Ausland sei uns weit überlegen, dort kocht man in der breiten Praxis auch nur mit Wasser. Auch bei uns in NRW und in Deutschland gibt es sehr gute Konzepte und Ansätze, die auch noch zu wenig bekannt sind und die auf vielen Wegen gesucht und bekannt gemacht werden sollten z. B. durch die Demenz-Service- und Unterstützungszentren.

Hier noch ein Hinweis für Sie auf neue Fördermöglichkeiten der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Im Rahmen des neuen Programmes „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz“ fördert die Robert Bosch Stiftung Demenzstudiengänge im Ausland und Hospitationen z. B. zwischen 1 und 3 Monaten im Ausland für alle mit der Demenzproblematik befassten Berufsgruppen. Eine schriftliche Ausschreibung liegt noch nicht vor. Ich darf Ihnen aber sagen, dass Sie sich bereits jetzt an die Robert Bosch Stiftung in Stuttgart wenden können.

Zum Schluss noch eine kleine Bemerkung zu den von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderten Projekten und dem vorhin kritisierten Motto dieser Veranstaltung.

Ich finde es toll, was die Stiftung Wohlfahrtspflege bisher auf den Weg gebracht hat. Unter anderem können manche der im Ausland entwickelten und bewährten Konzepte auf ihre Brauchbarkeit unter deutschen Rahmenbedingungen erprobt werden. Auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung sind wir sehr gespannt – sie sollten und müssen u. a. über die Demenz-Service- und Unterstützungszentren möglichst schnell allen Interessierten im Land verfügbar gemacht werden. Dazu bieten wir der wis-

senschaftlichen Begleitung auch unsere Möglichkeiten an. Zusammen mit den Ergebnissen der vom Ministerium geförderten Projekte und den aus Eigeninitiative entstandenen Entwicklungen wie z. B. der DCM-Anwendung in der Stadt Aachen und in der Erzdiözese Köln können wir uns hoffentlich so fit machen für die Bewältigung der Demenzproblematik, damit die Demenz einen Teil ihres Schreckens verliert, weil wir gelernt haben, dass auch bei Demenz ein relatives Wohlbefinden für Betroffene und ihre Angehörigen möglich ist, so dass wir in vielleicht zehn Jahren das Motto einer weiteren Tagung „Demenz – was nun? so abwandeln können wie das in einer Kampagne im Landkreis Esslingen geschehen ist in „Demenz – na und!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit

Anhang

Kurzstellungnahme zu einigen Fragen des umfangreichen Fragenkatalogs des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge zum Thema „Demenz-erkrankungen“

Am 7. Juli 2004, in Raum E 3 – A 02 des Landtages von NRW

Dr. Willi Rückert, Kuratorium Deutsche Altershilfe – KDA

Aus der Problemsicht des KDA sind nahezu alle Einschätzungen in den Landtagsdrucksachen 13/5052 und 13/5554 zutreffend und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sinnvoll. Entscheidendes Problem dürften die Finanzierbarkeit und die Prioritätensetzungen angesichts weitgehend leerer Kassen sein.

Unter diesen Umständen setzt das KDA in erster Linie auf intelligentere Lösungen und effizientere Nutzung der verfügbaren Ressourcen z. B. dadurch dass nicht jeder viel Zeit darauf verwendet, „das Rad neu zu erfinden“. Natürlich ist es auch notwendig, für bessere leistungsrechtliche Lösungen und die notwendigen Rahmenbedingungen zu sorgen z. B. durch Einsatz rationaler Personalbemessungsverfahren. Im KDA sprechen wir von einer Doppelstrategie, die notwendig ist: intern für Effizienzsteigerungen sorgen und extern Einsatz für bessere Rahmenbedingungen.

Ich will hier nur auf Möglichkeiten der Effizienzsteigerung näher eingehen und bei einigen Fragen deutlich machen.

Wir sollten verstärkt regionale Zusammenarbeit fördern und Bundesländer übergreifende und internationale Zusammenarbeit nutzen, um gute Lösungen zu finden und bekannt zu machen. NRW hat durchaus gute Beispiele zu bieten, was jenseits der Landesgrenzen als Vorbild genommen werden kann z. B. die Dementia-Care-Mapping-Ausbildung des Meinwerk-Instituts in Paderborn, die Interviews von Menschen mit Demenz durch die Alzheimer-Gesellschaft in Bochum im Rahmen des Programms „Altenhilfe-

strukturen der Zukunft“. Auch die Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz in Münster und eine ganze Reihe von Demenz-Projekten, die vom Land und der Stiftung Wohlfahrtspflege gefördert werden, sind beispielgebend auch jenseits der Landesgrenzen.

Umgekehrt können uns manche Lösungsansätze aus anderen (Bundes-)Ländern helfen, Entwicklungskosten zu sparen und schneller zu besseren Lösungen zu kommen. Das soll im folgenden im Hinblick auf einige der im Fragenkatalog angesprochenen Themen veranschaulicht werden.

zu Frage 4:

Zusammenspiel bei Erkennung und Therapie

In Norwegen wurde unter Federführung durch das norwegische Demenz-Service-Entwicklungszentrum ein sehr interessantes multidisziplinäres Diagnose- und Assessment-Prozedere entwickelt mit einem Satz von sieben aufeinander abgestimmten Assessment-Instrumenten, durch die die Perpektiven der wichtigsten Disziplinen verschränkt werden⁶. Nach norwegischen Erkenntnissen machen die Kosten für das Diagnose- und Assessment-Prozedere nur 0,2 % der Gesamtkosten aus. Durch ein besseres Zusammenspiel von Allgemeinärzten, Geriatern, Psychiatern, Psychologen, Beschäftigungstherapeuten und Pflegefachpersonen können mit Sicherheit erhebliche Behandlungskosten gespart und viel Leid vermieden werden.

zu Frage 5:

Möglichkeiten von Prävention und Reha-Maßnahmen

Hier nur zwei Beispiele.

- a) Eine Kombination einer bestimmten Form des Gedächtnistrainings und des körperlichen Trainings bewirken deutliche Verbesserungen der kognitiven Leistungen, in der Alltagsbewältigung und bezüglich einer leichten demenziellen Symptomatik.⁷
- b) Eine Reihe von Studien belegen, dass Erinnerungspflege (Reminiscence-Therapie) nützlich ist, insbesondere in der Einschätzung durch Pflegende.^{8,9}

zu Frage 7:

Einfluss von Umwelteinflüssen, Wohnsituation und menschliche Beziehungen

Die Leiderfahrungen und das relative Wohlbefinden der Menschen mit Demenz und ihrer Bezugspersonen hängen in hohem Maße ab von ihrem physischen und sozialen Umfeld. Daher ist es dringend geboten, das Medizinmodell der Demenzbewältigung zu ergänzen durch ein psychosoziales und bürgerschaftliches Modell.

Sehr anregend sind z. B. die Ergebnisse der Arbeitsschwerpunkte „Demenz und Design“ des schottischen Demenz-Service-Entwicklungs-Zentrums und die Konzepte für eine personenzent-

- 6 Vgl. Is it dementia? Assessment of dementia in the primary and specialist health services. Knut Engedal Ed. Working group connected with development programme for dementia The Ministry of Health and Social Affairs. Norwegian Centre for Dementia Research 2000. Folgende sieben Instrumente sind beschrieben.
 1. Angehörigenfragebogen zur Entwicklung der kognitiven Einschränkungen.
 2. Mini Mental Status Examination.
 3. Montgomery-Aasberg Depression Rating Scale.
 4. Lorensen Self-care Capability Scale.
 5. OBS Dementia (Beobachtungsskala zur Anpassung des Umfeldes an jeweilige Leistungsvermögen)
 6. Barthel ADL Index.
 7. Fragebogen zur Erhebung der notwendigen Sicherheitsvorkehrungen.
- 7 Festgestellt im Projekt SIMA – Selbständigkeit im höheren Lebensalter. Vgl. Oswald, Wolf D.: Prävention und Intervention zum Erhalt von Selbständigkeit. In: Bewahren und Gestalten. Ergebnisse aus dem BMG-Modellprogramm. Dokumentation der Fachtagung vom 3. bis 5. Mai 2000. ISO-Institut, Saarbrücken. 2001. S. 11-18.
- 8 Vgl. Orrell, Martin: Evaluierung der Erinnerungspflege für Menschen mit Demenz. In: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Vom Wert der Erinnerungen bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Köln 2003. S. 56-58. Woods, Bob: Evaluierung von Erinnerungsarbeit mit Menschen mit Demenz. In: KDA (Hrsg.): Vom Wert der Erinnerungen bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Köln 2003. S. 59-64.
- 9 Tom Kitwood: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern u.a.2000.

trierte Pflege (von Tom Kitwood) aus England und (Cora van der Kooij) aus den Niederlanden.

zu Frage 8:

Änderungsnotwendigkeiten in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte, Therapeut(inn)en und Ärzt(inn)en?

Der Aus-, Fort- und Weiterbildung – auch und nicht zuletzt des Managements der Leistungserbringer – kommt eine Schlüsselrolle zu. Gerade für die notwendige Effizienzsteigerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung bietet ein Know-how-Transfer aus Nachbarländern große Kostenvorteile und Zeitgewinne. Wir sind bei unseren Auslandskontakten – insbesondere durch unsere Mitwirkung bei den jährlichen Arbeitstreffen der nordeuropäischen Demenz-Service-Entwicklungszentren auf Lehr- und Lernmittel und Lehrmethoden aufmerksam geworden, die den in Deutschland weit überlegen sind.

Mit Hilfe der Robert Bosch Stiftung haben wir z. B. eine von der Memory-Klinik in Cardiff erarbeitete Broschüre „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ herausbringen können, die sich durch Inhalt und Aufmachung mit Cartoons hervorragend für Aus-, Fort- und Weiterbildung eignet, auch für Menschen, die im allgemeinen nicht oder nicht gerne lesen. Diese Broschüre ist der Renner unter unseren Veröffentlichungen.

Auszüge daraus werden von der AOK-Rheinland in ihren Fortbildungskursen eingesetzt. Professor Hirsch von der Rheinischen Landeslinik Bonn versichert uns immer wieder, wie hilfreich diese aus dem Englischen übersetzte Broschüre ist.

Unter den Nachfragern finden sich zunehmend auch viele pflegende Familienangehörige – wahrscheinlich weil sie durch Pflegekurse darauf aufmerksam gemacht wurde und es nichts vergleichbar Gutes auf dem deutschen Markt gibt.

Einen ähnlichen Erfolg in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte könnte eine vom irischen Demenz-Service-Information- und Entwicklungszentrum haben. Ihr Titel „Understanding Dementia“.

Beim diesjährigen Treffen der nordeuropäischen Demenz-Service-Entwicklungszentrum haben wir einen sehr schönen Videofilm aus den Niederlanden erhalten. „Mijn opa raakt de weg kwijt“. Es handelt sich um eine Unterrichtseinheit für Schülerinnen und Schüler. Eine junge Schülerin berichtet in einem Vortrag vor ihrer Klasse, wie sich ihr Opa durch die Krankheit verändert hat. Daraus ergibt sich eine lebhaftige Diskussion in der Klasse. Erstellt wurde der Film von der Alzheimer-Gesellschaft in der Provinz Limburg. Die Robert Bosch Stiftung ist bereit, eine deutsche Version zu fördern, die dann in unseren Schulen eingesetzt werden kann und vielleicht ein klein wenig dazu beiträgt, die in Frage 9 angesprochene Problematik einer gesellschaftlichen Tabuisierung der Demenz etwas zu verringern.

zu Frage 9:

Informationsdefizite und Tabuisierung

Wahrscheinlich können wir auch einiges lernen von einer Informationskampagne im Landkreis Esslingen mit dem provokanten Motto: Demenz – na und!

Viel bewirken kann möglicherweise auch das in England entwickelte Konzept „Hearing the voice of people with dementia“ – Menschen mit Demenz eine Stimme geben – ihre oft erstaunlichen (kreativen) Fähigkeiten sichtbar oder auch hörbar zu machen. Für die Betroffenen bedeutet dies eine Stärkung ihres Selbstwertgefühls – für ihre Umwelt vielleicht die Erkenntnis, dass auch Menschen mit Demenz wertvolle Menschen sind.

Fokus Demenz in der Freiwilligenkultur

Referentin: Prof. Dr. Ursula Henke

Prof. Dr. Ursula Henke,
Ev. Fachhochschule Bochum

Allgemein

In der Bundesrepublik Deutschland sind ca. 1,2 Mio. Menschen an Demenz erkrankt (vgl. Hasse-ler 2003, Bundesministerium, 2002). Etwa 5 bis 8 % der über 65-Jährigen sind von Demenz des Typus Alzheimer betroffen. Dies entspricht circa 1 Million Erkrankter. „Das Risiko, eine Demenz vom Alzheimer-Typ zu entwickeln, steigt exponentiell mit dem Lebensalter an. Beginnend mit dem 60sten Lebensjahr verdoppelt sich das Risiko, an einer Demenz vom Alzheimer-Typ zu leiden, etwa alle fünf Jahre. Bei den über 90-Jährigen kann man davon ausgehen, dass 40 bis 50 % dieser Altersstufe an einer Demenz vom Alzheimer-Typ leiden.“ (Frölich, L.)

Und 60 % der Demenzkranken werden zu Hause gepflegt. In 90 % aller Fälle ist die Hauptpflegeperson eine/ein Familienangehörige/r. Überwiegend sind es Töchter, die eine Pflege übernehmen (26 %, Söhne: 3 %), gefolgt von Ehefrauen, die ihren Partner pflegen (24 %). Über 85 % der Pflegenden sind 45 Jahre und älter, 56 % sind in der Altersgruppe der 45 bis 64 Jährigen und 20 % sind zwischen 65 und 74 Jahre alt, 9 % sind 75 Jahre und älter. Knapp die Hälfte aller Pflegepersonen leistet Pflege zwischen ein und fünf Jahre lang, etwa ein Viertel über die Dauer von fünf bis zehn Jahren (vgl. Frauengesundheitsbericht).

Pflegende Angehörige übernehmen diese Arbeit z.T. bis zur Grenze ihrer Belastbarkeit.

Untersuchungen haben ergeben, dass 41 % der pflegenden Angehörigen sich stark bis sehr stark belastet fühlen. 71 % weisen ausgeprägte körperliche Beschwerden auf (vgl. Graessel/Schirmer 2003). „37 % erleiden gesundheitliche Schäden, 59 % haben Einschränkungen in der Freizeit, 28 % haben finanzielle Einbußen, 33 % verbringen täglich mehr als sechs Stunden am Pflegebett, 60 % erbringen nächtliche Hilfeleistungen“ (vgl. Pflegende Angehörige).

Pflegende Angehörige schaffen es, Strategien zur Anpassung der eigenen Lebensumstände an die Krankheit des Familienangehörigen zu entwickeln, allerdings sind Konflikte eingeschlossen (vgl. Hejda, 2002). „In den meisten Fällen bleiben bei der Entwicklung von Strategien die eigenen Interessen von pflegenden Angehörigen unberücksichtigt.“ (Hejda, 2002, S. 211) Vielfach verändert sich das soziale Umfeld bis hin zu Beziehungsabbrüchen von Freunden und Bekannten, Aufgabe von Hobbies, Sportaktivitäten oder beruflichen Aktivitäten.

Und überwiegend sind es ältere pflegende Ehefrauen, die aus moralischer Verpflichtung die Pflegesituation auch über Jahre hin akzeptieren. Aber in ihrem eigenen Interesse und im Interesse des Erkrankten muss vermieden werden, dass sie sich bei der Pflege selbst aufopfern. (vgl. Wettsein)

Eine Behandlung von Demenzkranken darf nicht nur auf die Patienten bezogen sein, sondern muss zweigleisig fahren, um erfolgreich zu sein. Patienten und Angehörige müssen als eine Einheit betrachtet werden.

Bei den pflegenden Angehörigen raten US-Forscher insbesondere auf Zeichen von Depressionen zu achten. Die Angehörigen benötigen auch Hinweise wie sie sich z. B. bei aggressiven Kranken am besten verhalten (vgl. Ärzte Woche). Es ist dringend notwendig, neue Versorgungsstrukturen bei der Betreuung und Pflege demenziell Erkrankter auch und gerade für pflegende Angehörige zu entwickeln (vgl. Fink 1990; Boeger und Pickartz 1998, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002).

**Projekt DRK Bochum:
„Ambulante Tagesbetreuung für verwirrte
ältere Menschen zu Hause“**

Oder „...wie motiviert eine Gesellschaft Familienmitglieder, Nachbarn, Freunde und professionelle Pflegekräfte, sich den aufreibenden und belastenden Bedingungen häuslicher, ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege zu stellen?“

(Boeckh/Huster, 2003, 20): Es scheint, dass die qualifizierte Freiwilligenarbeit als „dritte Säule“ (J. Rifkin) neben der Angehörigenarbeit und den professionellen Systemen in der Arbeit mit Demenzkranken immer mehr an Bedeutung gewinnen wird (vgl. Bühring, 2002). Das DRK Bochum hat für dieses Modellprojekt des häuslichen Betreuungsdienstes geeignete Bewerber und Bewerberinnen über die örtliche Presse gesucht und sie in einem dreimonatigen Qualifizierungskurs auf diese Aufgabe vorbereitet. Der häusliche Betreuungsdienst ist angebunden an die Alzheimer-Beratungsstelle des DRK Bochum. Erbracht werden sollen Leistungen im Rahmen des ATL-Modells. Vor allem sollen die Verrichtungen des täglichen Lebens begleitet werden, wie z. B. Mahlzeiten, Gang zu Ärzten oder zu öffentlichen Einrichtungen, Einkaufen. Angebote zur Tagesstrukturierung etc. Ausgeschlossen sind Leistungen der Behandlungspflege bzw. die Übernahme der täglichen Grundpflege. In einer qualitativen prospektiven Studie haben wir 59 Freiwillige, 15 davon zwei Mal, 10 Angehörige und 3 Hauptamtliche bzw. 3+1 Hauptamtliche nach einem Jahr befragt.

Anhand eines Gesprächsleitfadens wurden die Befragten aufgefordert, ihre Sicht der Dinge frei zu formulieren, ohne durch Antwortvorgaben geprägt zu werden:

- Familie
- Beruf
- Qualifizierung/Arbeit
- Patient
- Angehörige
- Hauptamtliche

Insgesamt haben wir 59 freiwillige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in unsere Untersuchung einbeziehen können, es sind 8 Männer und 51 Frauen, die Mehrzahl ist entweder römisch-katholisch oder evangelisch. Es sind aber auch drei Musliminnen und sieben konfessionslose Freiwillige beteiligt. Der Familienstand und das Alter verteilen sich wie folgt:

Geschieden	4
Getrennt lebend	2
Ledig	22
Verheiratet	29
Verwitwet	2
<hr/>	
unter 30 Jahre	13
30–50 Jahre	27
über 50 Jahre	19

Die Älteste ist 66 Jahre alt. Allerdings zeigt sich in der letzten Qualifizierungsmaßnahme eine deutliche Zunahme jüngerer Mitarbeiterinnen. Mit über 50% haben die Mitarbeiterinnen Abitur/FOS-Reife oder Mittlere Reife. Hier zeigt sich in den letzten Qualifizierungsmaßnahmen allerdings auch eine Zunahme arbeitsloser/arbeitssuchender Teilnehmerinnen. Die Mehrzahl war vorher schon ehrenamtlich/freiwillig tätig.

Die befragten Freiwilligen verteilen sich auf vier Qualifizierungsmaßnahmen in den Jahren 2002 und 2003.

Vor einem konkreten Einsatz nahmen sie an einer Hospitation teil (z. B. in der Kurzzeitpflege). Ihre Tätigkeit wird durch regelmäßig stattfindende Zirkel begleitet.

Die Beurteilung der Qualifizierungsmaßnahme

Die überwiegende Mehrzahl der Freiwilligen berichtete hinsichtlich der Qualifizierungsmaßnahme nur Positives. „Die Fortbildung hat mir den richtigen Blick auf die Dinge gegeben.“ Sowohl die theoretisch ausgerichteten Anteile als auch die praxisbezogenen (hier wurden vorgenommene Rollenspiele hervorgehoben) Elemente erleb-

ten die Teilnehmerinnen als interessant, lehrreich und vor allem als gute Grundlage für ihre Arbeit vor Ort.

Die Sicht auf den Patienten

Hinsichtlich der Arbeit mit den Patienten/Klienten – also in der Praxis – sei die Qualifizierung sehr hilfreich gewesen.

Anfängliche Biographiearbeit und auch erlernte Techniken – wie beispielsweise die basale Stimulation – gaben Anregungen und Unterstützung bei der Betreuung. Schwierigkeiten mit den Patienten traten kaum auf, weil z. B. auch der Umgang mit Aggressionen eingeübt wurde. Hier wurde nur teilweise von Anfangsschwierigkeiten/-ängsten berichtet. Die Patienten selbst schienen positiv auf die Betreuung zu reagieren, und es entstanden – je nach Zustand des Patienten – auch leichte, persönliche Beziehungen. „Es kommt was rüber. Man sieht, wie dankbar die Betroffenen sind. ... Wie oft wird man da gedrückt und gestreichelt.“ (EJ)

Die Beziehung zu den Angehörigen

„Man merkt schon, dass ihnen das gut tut.“ (E8). Über die Beziehung zu den Angehörigen wurde ebenfalls positiv berichtet.

So entwickelten sich zum Teil auch noch längere Gespräche mit ihnen nach der eigentlichen Betreuung. Einige Angehörige erlebten die Situation zunächst etwas skeptisch, was sich aber sehr schnell legte. Wenige Angehörige konnten zunächst ihre freie Zeit nicht voll genießen bzw. für Erledigungen auch ausgiebiger nutzen, was von den Mitarbeiterinnen einerseits als schlechtes Gewissen seitens der Angehörigen und andererseits als Schwierigkeit im Umgang mit der neuen Situation interpretiert wurde. Diese Anfangsschwierigkeiten legten sich jedoch nach kurzer Zeit. In der Regel fühlten die Mitarbeiterinnen sich von den Angehörigen gut akzeptiert und erfuhren auch Dankbarkeit. Insgesamt sehen

die Hauptamtlichen in diesem Projekt eine Entlastung für die pflegenden Angehörigen, die im häuslichen Umfeld eine Hilfe angeboten bekommen. „Ein zugehender Dienst, ja, der passt sich dann der Situation zu Hause an, nicht umgekehrt.“

„Jetzt haben wir den Jüngsten, der erst 45 ist, die Ehefrau ist 46 und die ist dann glücklich, dass sie dann ein paar Stunden in der Woche jemanden hat.“ „Den Mann löse ich sozusagen ab. ... Er geht in die Sauna oder in die Rheumaliga zum Schwimmen. Dann bleib ich eben bei dieser alten Dame.“ (EJ)

Die Angehörigen selbst bewerten das Angebot insgesamt auch als sehr positiv. „Was ich so gut finde, ist die Dame, die hier kommt, dass die sehr viel Fingerspitzengefühl und Verständnis hat. Sie weiß, mit meinem Mann umzugehen.“ „Da freu ich mich auch drüber ... Damit ich mal hin und wieder raus komme.“ (A2) ... „dann gehe ich zum Markt.“

Die Sicht auf die eigene Tätigkeit

Es liegen z. T. erhebliche Motivationsunterschiede vor. Neben der Idee, helfen zu wollen ist auch die Motivation zu finden, einen Weg aus der Arbeitslosigkeit oder aber auch einen Weg in die Berufstätigkeit zu finden. Auffällig ist ein häufiger Bezug der freiwilligen Arbeit zu eigenen Berufen oder auch zu ähnlicher Betroffenheit innerhalb der eigenen Familie.

So engagieren sich viele Freiwillige, die selbst aus medizinischen/pflegerischen Berufen kommen bzw. in der Ausbildung zu diesen sind (Krankenschwester/Ergotherapeutin/Studentin der Heilpädagogik u. a.). Auch ist teilweise eine eigene Betroffenheit vorhanden, weil Eltern, Großeltern oder Bekannte an Alzheimer erkrankt sind. Andere wiederum engagieren sich eher aus Nächstenliebe, aus Kenntnis der großen Lücken in der Betreuung und Pflege älterer Menschen, aber auch, um durch diese Tätigkeit einen evtl. Berufseinstieg zu finden.

Die Beziehung zu den Hauptamtlichen

Die Beziehung zu den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen wurde durchgehend als gut bzw. sehr gut beurteilt. Bei Schwierigkeiten sei es jederzeit möglich diese telefonisch oder auch über ein Beratungsgespräch zu erreichen. In diesem Zusammenhang wurde auch die große Notwendigkeit der regelmäßigen Begleitzirkel genannt. Hier können die Freiwilligen Probleme zur Sprache bringen, sich untereinander austauschen und auch Anregungen seitens der hauptamtlich Angestellten erhalten. Zudem fördern diese Zirkel ein Gemeinschaftsgefühl. Ein Hauptproblem besteht jedoch nach Ansicht der Hauptamtlichen darin, dass die Freiwilligen den angebotenen Begleitzirkel nur teilweise oder gar nicht annehmen.

Fazit:

„Also, ich finde, das Projekt ist nötig, auf jeden Fall!“

Sichergestellt werden müssen für weitere Qualifizierungsmaßnahmen:

- die zeitliche Koordination der Qualifikation/Anzahl der Qualifikation pro Jahr
- die Auswahlkriterien für die Qualifizierungsmaßnahme
- die Grenzen der freiwilligen Arbeit/Ehrenamtlichkeit
- die Kontrolle des Einsatzes der Freiwilligen
- die Kontinuität des Einsatzes
- die Struktur des Begleitzirkels
- die Kommunikation zwischen Hauptamtlichen, Freiwilligen und Angehörigen im Hinblick auf den Patienten (Pflegedokumentation!)

Qualitätsstandards

Das Projekt des DRK Bochum „Ambulante Tagesbetreuung für verwirrte ältere Menschen zu Hause“ ist auf der Grundlage der freiwilligen Arbeit/Bürgerarbeit konzipiert. Im Gegensatz zum Ehrenamt, das sich u. a. durch eine Organisa-

tionsbindung und als Tätigkeit zum Wohle Anderer auszeichnet, kann die freiwilligen Arbeit durch folgende Kriterien gekennzeichnet werden

- partielles Engagement
- Motivations- statt Organisationsbindung
- Planbarkeit
- temporäre Überschaubarkeit
- breit gestreute Verantwortung
- Flexibilität
- Selbstverwirklichung (vgl. Wienken, C.)

Die Bürgerarbeit fußt auf vergleichbaren Merkmalen, richtet sich aber überwiegend an Langzeitarbeitslose und Sozialhilfeempfänger, die zusätzlich eine stundenweise Aufwandsentschädigung erhalten. Im Gegensatz zum Ehrenamt muss bei der Freiwilligenarbeit bedacht werden, dass der/die Freiwillige vielleicht nur ein halbes Jahr Zeit hat, kein Mitglied des DRK ist und es auch nicht werden möchte, eine klare Vertragsgrundlage für die Tätigkeit erwartet und insbesondere auch eigene Interessen, z. B. über die freiwilligen Tätigkeit einen Einstieg in die Berufstätigkeit zu finden, verwirklicht sehen möchte.

Aus diesen Grundmerkmalen und den Ergebnissen der Evaluation lassen sich folgende Qualitätsstandards formulieren:

Qualifikation

Eine Grundforderung lautet hier, Qualifikation unbedingt, aber in einem zeitlich klar benannten Rahmen. Es darf keine zeitliche Überforderung sowohl der Freiwilligen als auch der Hauptamtlichen entstehen. Wochenendblöcke wurden eher negativ bewertet. Eine kontinuierliche wöchentliche Veranstaltung stärkt einerseits das Gruppengefühl, zum anderen wird das Vermittelte besser verstanden und konnte leichter umgesetzt werden.

Zudem sollte die Auswahl der Freiwilligen nach festgelegten Standards erfolgen (Fragen der Vorerfahrung, der eigenen Betroffenheiten sind hier unbedingt zu berücksichtigen). Eine spätere Arbeitsaufnahme mit Mindeststunden-

zahl sollte vor Qualifikationsbeginn vertraglich abgesichert werden.

Freiwillige Tätigkeit

Die freiwillige Tätigkeit muss seitens der Hauptamtlichen koordiniert und kontrolliert werden. Gleichzeitig ist zum Wohl des Patienten/der Patientin, aber auch der Angehörigen ein kontinuierliches verlässliches Arbeiten zwingend notwendig. Auch dies sollte vertraglich zugesichert werden.

Begleitkreis

Sowohl aus der Sicht der Hauptamtlichen als auch aus der Sicht der Freiwilligen muss die Struktur des Begleitkreises neu bedacht werden. Einerseits ist er Pflicht, andererseits sollte er eventuell fallbezogener durchgeführt werden. Gruppensitzungen könnten als Fortbildungsveranstaltung konzipiert werden, um den Gruppenzusammenhalt zu stärken. Auch hier gilt der Grundsatz: Keine zeitliche Überforderung. Der zeitliche Rahmen muss vorab geklärt sein.

Pflegedokumentation

Zur besseren Koordination und Kontrolle des freiwilligen Einsatzes, aber auch um die Kommunikation zwischen Freiwilligen, Hauptamtlichen und Angehörigen zu verbessern, ist eine Pflegedokumentation zwingend notwendig.

Insgesamt kann geschlussfolgert werden:

„Nicht immer sind professionelle Pflegeleistungen allein gefragt. Viel höher in der Gunst der meisten Kunden und Angehörigen stehen häufig die einfachen Hilfeleistungen und Handreichungen.“ (Forum Sozialstation 126/2004)

Literatur

Ärzte Woche, 16. Jg., Nr. 21, 2002

Boeckh, J., Huster, E.-U., Entwicklungsperspektiven im Bereich Pflege und Gesundheit, in : Auch in Zukunft würdig pflegen, Evangelische Kirche von Westfalen Münster 2003, S. 13-23

Boeger, A., Pickartz, A., Die Pflege chronisch Kranker in der Familie, in Pflege 11/1998, S. 319-323

Bühning, P., Große Bereitschaft zur freiwilligen Hilfe, in Deutsches Ärzteblatt, 33/2002, S. C1713-C1714

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin 2002

Fink, U., Die neue Kultur des Helfens, München Zürich 1990

Forum Sozialstation, 126/2004, http://www.forum-sozialstation.de/indices/index_ah_2.htm

Frauengesundheitsbericht Bremen 2001, <http://www.bremen.de/info/frauengesundheitsbericht/chap2/24.htm>

Frölich, L., Krankheitsbilder – Die Ätiologie und Pathogenese der Demenzen, in: <http://www.ifap-index.de/bda-manuale/demenz/krankheitsbilder/alzheimer.html>

Graessel, E., Schirmer, B., Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken, in: Pflege, 4/2003, S. 216–221

Hasseler, M., Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen auf die ambulante Pflege in Deutschland, in: Pflege 4/2003, S. 222–229

Hejda, M., Was belastet pflegende Angehörige demenzierender alter Menschen, in: Schnepf, W., Angehörige pflegen, Bern Göttingen, Toronto, Seattle 2002, S. 197–218

Pflegende Angehörige – Was sie leisten , was sie brauchen! Tagungsbericht vom 26. November 2003 http://www.senioren-online.net/lsv-nrw/docs/doku_pflgende_angehoerige.pdf

Wettstein, A., Senile Demenz, Bern 1991

Wienken, C., Vom klassischen Ehrenamt zum bürgerschaftlichen Engagement, <http://www.uni-vechta.de/studium/gerontologie>

Praktische Erfahrungen aus Beratungs- und Betreuungsprojekten

Leitlinien und Rahmen- bedingungen zur Nachhaltig- keit und Übertragbarkeit der einzelnen Projekte

Vorwort

Der folgende Teil beinhaltet die Ergebnisse der Workshops. Um dem Leser eine schnelle Einsicht in die Projekthintergründe zu verschaffen, wurde die Protokolldarstellung mit konzeptionellen Inhalten ergänzt. Die stichwortartige Darstellung der Projekte ist so individuell, wie die Projekte selbst. Somit ist eine authentische Wiedergabe des Praxisteils entstanden, die jedoch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Sollten sich inhaltliche Fragen ergeben, können Sie jederzeit den Träger des Projektes direkt kontaktieren. Eine Adressenliste aller Träger befindet sich im hinteren Teil der Dokumentation.

Die vorgestellten Projekte

Workshop I

Offene Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Familien mit Demenzkranken

- Forum Demenz, Trägerverbund Duisburg
- Stadtteilprojekt Domino, Alzheimer Gesellschaft Bochum
- Besuchs- und Betreuungsdienst für Senioren, Mütterzentrum Beckum

Workshop II

Beratung als Ausgangspunkt für Case-Management (Clearing/Vernetzung)

- Gerontopsychiatrischer Verbund Soest, Piz Lippstadt e.V.
- Häuslicher Betreuungsdienst Türen öffnen, DRK-Bochum
- VErO – Ein Konzept zur Systematisierung des Pflegeprozesses, Johanniter-Akademie Münster

Workshop III

Praxisfeld „Demenz“ in der ambulanten Altenarbeit

- Zugehende ambulante Ergotherapie für Demenzerkrankte, Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid
- Netzwerk Demenz, Caritas-Verband Arnsberg-Sundern e.V.
- Demenz bei Migranten/innen, AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V.

Workshop IV

Arbeitsfeld „Demenz“ in der stationären Altenarbeit

- Menschen mit Demenz brauchen Begegnungen, AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.
- Esskultur für Menschen mit Demenz, Ev. Altenkrankenheim Essen-Steele gGmbH
- Wohlbefinden und Sicherheit bei Demenzerkrankten, Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

Offene Entlastungs- und Unterstützungsangebote für Familien mit Demenzkranken

Moderation: Ulrich Pannen, AOK Rheinland

Projekt: FORUM Demenz Trägerverbund Duisburg

- Beginn: Oktober 2003
- Laufzeit: 3 Jahre
- Träger: Getragen wird das FORUM Demenz von der AWO-Duisburg, dem Evangelischen Christophoruswerk und der Gesellschaft Paritätischer Sozialarbeit. Die Projektträger kooperieren eng mit der Alzheimer Gesellschaft Duisburg
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Pflegende Angehörige tragen häufig die Hauptlast der Betreuung und Pflege. Vor diesem Hintergrund hat sich das FORUM Demenz das Ziel gesetzt, zur Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen bedarfsorientierte Beratungs- und Unterstützungsangebote aufzubauen.

Bestehende Angebote werden ergänzt und gestärkt. Damit soll zur Erhaltung und Verbesserung von Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein Beitrag geleistet werden.

Projektziele

Hauptziel des Projektes ist die Entwicklung und Erweiterung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen. Ein Schwerpunkt der Arbeit liegt in Duisburg.

- Vernetzung der an der Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen beteiligten Institutionen, fachlicher Austausch und Förderung der Kooperation
- Aufbau eines tragfähigen Versorgungs- und Hilfenetzes in Duisburg
- Intensive Öffentlichkeitsarbeit zum Thema Demenz
- Gewinnung von Freiwilligen für die Betreuung von Menschen mit Demenz
- Ermittlung der Versorgungsstruktur in Duisburg, Aufdeckung von Bedarfslücken und Anregung von ergänzenden Angeboten

Projektumsetzung im Trägerverbund

Aufgaben der AWO Duisburg:

Die zentrale Informations-, Vermittlungs- und Beratungsstelle für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen sowie für haupt- und ehrenamtliche Anbieter von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten bildet den Schwerpunkt des Teilprojekts der AWO-Duisburg. Neben der Information (z. B. zum Krankheitsbild sowie zum Leistungs- und zum Betreuungsrecht) und der Vermittlung von Unterstützungsangeboten erhalten pflegende Angehörige nach einer Erstberatung mit einer ausführlichen Anamnese und einer individuellen Hilfeplanung eine Begleitung im Sinne eines Case-Managements. Orientiert am konkreten Unterstützungsbedarf wird mit dieser Methode ein zielgerichtetes Hilfsnetz organisiert und eine dauerhafte Unterstützung gewährleistet.

In den ersten acht Monaten des Projekts wurden auf diese Weise ca. 80 Angehörige bzw. Familien dauerhaft begleitet. Insgesamt nahmen in diesem Zeitraum ca. 160 Angehörige erstmalig Kontakt mit der Beratungsstelle auf.

Für Träger und Institutionen bietet die AWO-Duisburg Beratungsleistungen (z. B. bei der Konzeption von Demenzstationen in stationären Einrichtungen) und Mitarbeiterschulungen zum Umgang mit Demenzkranken an. In Kooperation mit dem Amt für Soziales und Wohnen sowie dem Gesundheitsamt der Stadt Duisburg erstellt die

AWO einen Demenzbericht für Duisburg, in dem die kommunale Versorgungs- und Unterstützungsstruktur für Demenzkranke und die aktuelle und zukünftige Bedarfssituation erfasst und evaluiert werden.

Aufgaben der Gesellschaft Paritätischer Sozialarbeit und des evangelischen Christophoruswerkes:

Das Evgl. Christophoruswerk, die Gesellschaft für paritätische Sozialarbeit und die Alzheimer Gesellschaft bauen gemeinsam einen häuslichen Unterstützungsdienst mit Freiwilligen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen auf. Die Freiwilligen werden durch hauptamtliche Mitarbeiter begleitet und durch eine 30-stündige Schulung und Hospitation auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Dieser Unterstützungsdienst bezieht sich auf den gesamten Duisburger Raum. Die erste Schulungsmaßnahme ist beendet. Zwanzig geschulte freiwillige Mitarbeiter können ihre Tätigkeit aufnehmen.

Überregionale Tätigkeiten

Das Evgl. Christophoruswerk bietet im Rahmen des Modellprojektes an:

- eine Schulung für Initiatoren aus NRW zum Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten
- trägerübergreifende Beratung und Unterstützung von Initiatoren niedrigschwelliger Angebote in NRW
- trägerübergreifende Schaffung von Vernetzungsstrukturen

Die Initiatorenschulung mit 13 TeilnehmerInnen aus NRW läuft seit Mai 2004 und wird im Februar 2005 beendet sein.

In fünf Modulen wird zu den Themen Ehrenamt, Öffentlichkeitsarbeit, Finanzierung, Integrative Validation, Bewegungs- und Kreativitätsangebote, Biographiearbeit und Gestaltungshilfen, Pflegehilfen, Notfallversorgung und Dokumentation niedrigschwelliger Angebote gearbeitet.

Das erste Vernetzungstreffen NRW hat am 1. 4. 2004 mit 48 KollegInnen stattgefunden. Ein zweites Treffen ist für Herbst 2004 geplant. Ne-

ben dem kollegialen Austausch, sind weitere Schwerpunkte der Arbeit: Öffentlichkeitsarbeit, Austausch von Arbeitsmaterialien und Informationen.

Zurzeit werden 25 KollegInnen und Institutionen aus NRW, trägerübergreifend, beim Aufbau niedrigschwelliger Angebote beraten und unterstützt.

Gesellschaft paritätischer Sozialarbeit

Über die Entwicklung des häuslichen Unterstützungsdienstes für Duisburg Mitte/Süden und den westlichen Stadtteil Rheinhausen, werden in einem weiteren Schritt Freiwillige mit Erfahrungswissen angesprochen. Ihre Kompetenz soll für den Aufbau von niedrigschwelligen Beratungs- und Betreuungsangeboten genutzt werden. Sie werden neben der Teilnahme an einer spezifischen Schulung bei dem Aufbau eines niedrigschwelligen Angebotes fachlich beraten und begleitet. Das Projektangebot richtet sich an Einrichtungen der Altenhilfe in Duisburg und in Nachbarstädten, die niedrigschwellige Angebote mit Hilfe freiwilliger Mitarbeiter initiieren möchten.

Inhalte der Diskussion

- Angehörige kommen schlecht an Informationen zu niedrigschwelligen Angeboten. Wie sollte eine effektive Beratungs- und Versorgungsstruktur zur Entlastung der Angehörigen in einer Kommune aussehen?
- Soll die Trägerschaft in den Hintergrund gestellt werden und Konkurrenz zwischen den Trägerschaften aufgehoben werden?
- Die Vielfalt der Anbieter ermöglicht es die unterschiedlichen Ressourcen von verschiedenen Trägern zu nutzen. Notwendig ist jedoch eine gute Kooperation untereinander. Konkurrenz wird immer vorhanden sein, aber man sollte den gemeinsamen Nutzen betonen.
- Eine neutrale Vermittlung durch Kommunen ist sinnvoll.
- Sollte die Vernetzungsarbeit eine Pflichtaufgabe der Kommunen sein?

- Kommunen sollen die Angebote koordinieren, da ein professionelles Management der Versorgung erforderlich ist.
- Beratung über die Angebote soll trägerunabhängig in den Kommunen durchgeführt werden.
- Die verantwortliche Leitung des Moderationsprozesses sollte bei der Kommune liegen.
- Kommunen sollten keine eigenen Beratungsangebote anbieten, sondern nur koordinieren.

Stadtteilprojekt Domino Alzheimer Gesellschaft Bochum

- Beginn: Mai 2003
- Laufzeit: 3 Jahre
- Träger: Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

In Bochum leben etwa 6000 Menschen, die an der Alzheimerkrankheit oder einer anderen Form der Demenz leiden. Etwa zwei Drittel leben zu Hause. Die Versorgung in der angestammten Wohnumgebung entspricht dem Wunsch der meisten Betroffenen und ihrer Angehörigen. Im vertrauten häuslichen Bereich lassen sich am längsten Kompetenzen erhalten, die wichtig für die Bewältigung der alltagspraktischen Belange sind. Zusätzlich hat die Versorgung der kranken Menschen in ihrer angestammten Wohnumgebung ökonomische Vorteile für das Sozialleistungssystem und für die wirtschaftliche Belastung der Betroffenen selbst bzw. ihrer unterhaltspflichtigen Angehörigen.

Demenziell erkrankte Menschen geraten häufig in die gesellschaftliche Isolation. Es ist für sie zunächst eingeschränkt, später gar nicht mehr möglich aktiv zu anderen Kontakt zu halten oder aufzunehmen. Auch die pflegenden Angehörigen erfahren nicht selten gesellschaftliche Ausgrenzung infolge von Irritationen, Missverständnissen und Rückzugstendenzen außenstehender Menschen. Hinzu kommt die zeitliche, physische und psychische Belastung, der die Pflegenden zu Hause ausgesetzt sind und so ihre Möglichkeiten der Kontaktpflege stark eingrenzen.

In Bochum bestehen relativ gleichmäßig verteilt im gesamten Stadtgebiet einschließlich Watterscheid Begegnungsstätten für Senioren, die in der Regel größeren Seniorenwohnanlagen angegliedert sind. Sie stehen unter der Leitung der Stadt Bochum sowie den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege. Diese Begegnungsstätten sind gut im jeweiligen Wohnumfeld integriert. Sie ver-

fügen über großzügige Gemeinschaftsräume, die für Veranstaltungen möbliert und mit einer kleinen Küche und sanitären Anlagen ausgestattet sind. Teilweise wird eine Gastronomie vorgehalten. Diese so genannten Stützpunkte sind bereits durch vielfältige Aktivitäten, die dort für ältere Menschen regelmäßig stattfinden, bekannt und angenommen worden. Der demente Mensch und seine pflegenden Angehörigen finden in dem Angebot der Anlagen und deren Wohnumfeld (ca. drei km Umkreis) keine Berücksichtigung.

Projektziele

Es werden folgende Zielbereiche zu verwirklichen gesucht:

1. Im Umfeld der Seniorenwohnanlagen werden Netzwerke entwickelt, in denen demenziell erkrankte Menschen unter verbesserten Bedingungen leben können.
2. Die im Umfeld der Seniorenwohnanlagen tätigen Personen sollen im Umgang mit den kranken Menschen und ihren Angehörigen qualifiziert werden.
3. In den Gemeinschaftsräumen werden niedrigschwellige Gruppenangebote für den genannten Personenkreis entwickelt und bleiben über das Ende des Projektes hinaus bestehen.

Projektumsetzung

- Öffentlichkeitsarbeit zur Information
- Angebot von Beratung
- Aufbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten für demenziell erkrankte Menschen
- Gewinnung und Qualifizierung von ehrenamtlichen Mitarbeitern (Anlehnung an die Curricula der Deutschen Alzheimer Gesellschaft)
- Weitere fachliche Begleitung und Fortbildung der Betreuungskräfte
- Angebot der psychosoziale Begleitung
- Aufbau von Gesprächskreisen für Angehörige

Probleme in der Praxis

Wenn man in seinem Stadtteil das „Cafe Domino“ aufsucht, ist man nicht mehr anonym bzgl. seiner Krankheit. Dies bedeutet für Angehörige eine große Hemmschwelle, sich dort zu zeigen. Hier ist viel Überzeugungsarbeit notwendig.

Angehörige würden ihren Demenzkranken gerne in den Betreuungscafes „abgeben“, aber wie sieht es mit den Bedürfnissen der Betroffenen aus? Deswegen wird häuslicher Betreuungsdienst mit der individuellen Aktivierung mehr nachgefragt.

Inhalte der Diskussion

- Warum veröffentlichen die Zeitungen so wenige Artikel über Demenz?
- Viele Angehörige wollen wegen der zusätzlichen psychischen Belastung mit ihren Problemen nicht an die Presse gehen.
- Die betroffenen Familien wissen viel zu wenig über die unterschiedlichen Beratungsangebote in ihren Gemeinden.
- Hausärzte sollten sich ihrer wichtigen Vermittlungsrolle bewusster werden und zur Unterstützung und Ergänzung ihrer Behandlung an Beratungsstellen für Demenzkranke verweisen und mit ihnen zusammenarbeiten.
- Tipps und Anregungen: Nutzung des Hörfunks zur Öffentlichkeitsarbeit (auch seitens der Kommunen).
- Aufklärung und Einbeziehung der Hausärzte in das Thema „Demenz“, um weiter an Beratungsstellen verweisen zu können.

Projekt Besuchs- und Betreuungsdienst für Senioren Mütterzentrum Beckum

- Beginn: Mai 2004
- Laufzeit: 3 Jahre
- Träger: Mütterzentrum Beckum e.V.
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Das Projekt „Pflegeunterstützender Besuchs- und Betreuungsdienst für Demenzerkrankte“ definiert sich als ein Angebot im Bereich der Altenhilfe, das als ein Baustein kommunaler Altenhilfestrukturen zur Abdeckung eines tatsächlichen Bedarfs beiträgt. Im Rahmen einer komplementären Versorgung ergänzt dieser niederschwellige Dienst bestehende Pflegeleistungen und greift im Vorfeld einer reinen Pflegebedürftigkeit ein.

Projektziele

Im Rahmen dieses niederschweligen Angebotes und mit einer starken kommunalen Anbindung wird ein Netz von konkreten Hilfeleistungen aufgebaut die:

- Familienstrukturen unterstützt und fördert
- Senioren die Möglichkeit einer weiteren selbstbestimmten Lebensführung ermöglicht
- zur Vermeidung einer im Alter häufig festzustellenden Isolation und Vereinsamung beiträgt
- in Stellvertretung für pflegende Angehörige eine verantwortliche und qualifizierte Betreuung gewährleistet
- eine Heimunterbringung mittelfristig verzögert
- langfristig den Betreuungs- und Pflegebedarf als ein Baustein im Netzwerk der Altenhilfe abdeckt

Grundsätzlich bietet der Pflegeunterstützende Besuchs- und Betreuungsdienst Hilfestellung und Begleitung, speziell für demenzerkrankte Senioren in ihrem Lebensalltag an und trägt somit einer veränderten Altenhilfestruktur Rechnung.

Eine zusätzliche Leistung des Projektes ist das seit 1999 bestehende Angebot „Jugend hilft Alter“. Dieser generationsübergreifende Dienst, ermöglicht im Bereich der so genannten „kleinen Alltagshilfen“ eine Unterstützung von Senioren durch Jugendliche. Sozial engagierte Jugendliche werden auf ihren Einsatz vorbereitet, und die jeweiligen Einsätze werden mit professioneller Unterstützung geplant, vorbereitet und begleitet.

Projektumsetzung

Die Aufgabenschwerpunkte des Projektes beinhalten:

- den Aufbau und die Koordination des Besuchs- und Betreuungsdienstes
- die Übernahme von Beratungs- und Vermittlungsaufgaben
- die Qualifizierung und Fortbildung der Betreuer
- den Ausbau von Vernetzungen mit anderen Diensten und Institutionen
- die Beobachtung, Dokumentation und Auswertung der Angebote

Die konkreten Aufgabenstellungen in der Betreuung ergeben sich aus den spezifischen Lebenssituationen der jeweiligen Senioren bzw. ihrer Familien.

Sie sind im Rahmen eines zu erstellenden Hilfeplans festzulegen. Die im Besuchs- und Betreuungsdienst tätigen Personen übernehmen bzw. begleiten dabei folgende Aufgaben:

- Einfacher Besuchsdienst unter Berücksichtigung kommunikativer und sozialer Aspekte
- Entlastung von Angehörigen (aus beruflichen Gründen, emotionaler Abstand zu Pflegebedürftigen)
- Stärkung und Förderung der vorhandenen kognitiven, motorischen, kreativen und sozialen Möglichkeiten
- Unterstützung im lebenspraktischen Alltagsbereich (gemeinsames Kochen, Essen, Hilfestellung im Haushalt und in der Pflege)
- Initiieren einer Freizeitgestaltung

Workshop I

- Verantwortliche Übernahme von Betreuungsaufgaben
- Begleitung zu bestimmten Anlässen (Arztbesuch, Seniorennachmittag, Ausflug, Einkaufen etc.)

Qualitätskriterien des Projektes

Zur Qualitätssicherung und Gewährleistung einer hohen Fachlichkeit ist ein Qualifizierungs- und Fortbildungsanteil für die in diesem Dienst tätigen Personen vorgesehen, der ausgehend von der Koordinationsstelle des Projektes und in Zusammenarbeit mit der Seniorenberatungsstelle und dem Weiterbildungswerk des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes initiiert und organisiert wird.

Mit dieser Qualifizierung sollen die Betreuer befähigt werden, im Umgang mit den zu betreuenden Senioren die unterschiedlichen Aufgabenstellungen verantwortlich und mit einem hohen Maß an Kompetenz auszuführen.

- Seniorenbetreuer werden gewonnen, individuell begleitet, vorbereitet und vermittelt
- Voraussetzung ist die Teilnahme an einer Qualifizierung
- Freiwillige erhalten ein Entgelt von ca. 8 Euro die Stunde
- Möglichkeit zur Schaffung von neuen Arbeitsplätzen im Betreuungsdienst soll geprüft werden.

Inhalt der Diskussion

- Gefordert wird von der Politik eine schlichte Regelung für Aufwandsentschädigung, Honorare und Entgelte in der Ehrenamtlichen- und Freiwilligenarbeit.

Beratung als Ausgangspunkt für Case-Management (Clearing / Vernetzung)

Moderation: Klaus Wingefeld, PWI Bielefeld

Projekt „Errichtung eines Gerontopsychiatrischen Verbundsystems für den Kreis Soest“

- Beginn: Januar 2004
- Laufzeit: 3 Jahre
- Projektträger: PIZ Lippstadt e.V., ein gemeinnütziger Verein, der dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband angeschlossen ist
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

- Für die Zukunft ist eine deutliche Zunahme gerontopsychiatrischer Erkrankungen – zu denen in erster Linie Demenzen, Depressionen, Angstzustände, Halluzinationen und Abhängigkeitserkrankungen gehören – zu erwarten. Eine bedarfsgerechte Versorgung und Betreuung hängt von der Existenz spezifischer Angebote ab.
- Oftmals stellt jedoch die fehlende Vernetzung – beispielsweise zwischen der stationären medizinischen Versorgung und der hausärztlichen Betreuung – sowie das weitgehend fragmentierte Handeln der verschiedenen Professionen und Dienstleister im ambulanten Bereich das Hauptproblem dar.
- Verbreitete Unkenntnis der regionalen Strukturen im Hilfesystem.
- Es fehlt an Transparenz über das vorhandene Angebot. Selbst die Versorgungseinrichtungen untereinander kennen die Strukturen in

der jeweiligen Region nicht hinreichend genug.

- Dies führt zu Brüchen, Diskontinuität und letztlich zu einer mangelhaften Versorgung der Betroffenen.
- Für die Betroffenen hat dies häufig dramatische Folgen wie u. a. wiederholte Krankenhausaufenthalte, mangelnde Rehabilitationserfolge, Heimübersiedlung und Pflegebedürftigkeit.

Projektträger PIZ

Ziel des PIZ ist es, die Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der Menschen für gesundheitliche Belange zu stärken. Der Verein PIZ Lippstadt e.V. betreibt in Lippstadt das Patienten-Informations-Zentrum. Das Herzstück der Einrichtung bildet eine multimediale Bibliothek, in der sich Ratsuchende umfassend und laienverständlich über Gesundheit und Krankheit informieren können. Zudem können zahlreiche Schulungs- und Beratungsangebote wahrgenommen werden.

Projektziele

Das Förderprojekt der Stiftung Wohlfahrtspflege hat es sich zum Ziel gesetzt, die Vernetzung des professionellen Hilfesystems in der Region zu fördern und die Versorgungssituation von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen im Kreis Soest zu verbessern. Es soll eine größere Transparenz des Versorgungssystems sowie eine verbesserte Vernetzung des professionellen Hilfesystems entstehen.

Erreicht werden soll dies durch die beiden Kernelemente des Projektes, die Koordinierungsstelle und das Case-Management. Weitere Ziele sind die finanzielle Stärkung des ambulanten Bereiches, die Entlastung des stationären Bereiches, vor allen die Vermeidung von „unnötigen“ Krankenhauseinweisungen.

Projektumsetzung

■ Das Case-Management

Im Case-Management liegt das eigentlich innovative Potenzial des Projektes. Case-Management bedeutet wörtlich übersetzt soviel wie „Fallbearbeitung“, d. h. es ist eine auf die einzelne betroffene Person ausgerichtete Methode. Das Case-Management erarbeitet auf der Ebene des direkten Versorgungsgeschehens. Es dient der langfristigen Begleitung Betroffener und ihrer Familien durch das regionale System des Gesundheits- und Sozialwesens. Gemeinsam wird ein individuell zugeschnittener Versorgungsplan erarbeitet, umgesetzt und evaluiert. Dabei sollen Selbsthilfemöglichkeiten erkannt und genutzt werden. Nicht die Schaffung neuer Abhängigkeiten, sondern die Förderung eines selbstbestimmten Lebens stehen im Vordergrund.

Das Case-Management arbeitet

- aufsuchend
- direkt mit Familien und Betroffenen
- als langfristige Begleitung
- mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe

Die Koordinierungsstelle

In der Koordinierungsstelle findet der Aufbau, die Vernetzung und die Pflege des Verbundes statt. Die Gewinnung von Kooperationspartnern ist eine zentrale Aufgabe. In gemeinsamen Arbeitstreffen sollen Vernetzungsinstrumente entwickelt und Problematiken der gerontopsychiatrischen Versorgung aufgearbeitet werden.

Eine weitere Aufgabe liegt in der breiten Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit über gerontopsychiatrische Erkrankungen.

Dadurch sollen Tabus, mit denen diese Krankheiten häufig belegt sind, aufgebrochen werden. Für die Kooperationspartner gibt es Fachseminare und Weiterbildungsveranstaltungen zu Themen der Gerontopsychiatrie.

Praktische Probleme

Der Begriff des Case-Management und seine Funktion sind neu und ungewohnt.

Schwerpunkt der Arbeit ist zurzeit der Aufbau von Kontakten mit pflegenden Angehörigen durch öffentliche Vortragsveranstaltungen und über Hausärzte etc .

Inhalte der Diskussion

- Wie werden die Angehörigen für die Beratung in häuslicher Umgebung erreicht und motiviert?
- Menschen, die zur Beratung kommen, haben ein mittleres bis hohes Bildungsniveau. Ein denkbarer Lösungsansatz wäre die Klienten/ Angehörigen über die Arbeitsstätte aufzusuchen und das Angebot darzustellen. Auch kirchliche Institutionen müssen mit einbezogen werden.
- Wie sieht die Hilfeplan-Erstellung mit Angehörigen aus?
 - Die Hilfeplanerstellung ist ein systematisches konzeptbegleitendes Arbeiten
 - Der erste Kontakt findet im Haus der Angehörigen mit einer Situationseinschätzung und Erhebung der Problemlage statt.
 - Dabei werden Belange von Betroffenen, Angehörige oder rechtlichen Betreuern getrennt analysiert
 - Die Angehörigen werden auf die Beratungsstelle mit den Angeboten der Koordination und Begleitung hingewiesen.
 - Über Betreuungsangebote durch Freiwillige wird informiert und bei Bedarf organisiert.
 - Die Angehörigen werden aufgeklärt über den Unterschied zur herkömmlichen Beratung. Die Erfassung von Wünschen und Bedarf der Betroffenen und Angehörigen steht im Mittelpunkt. Im Bedarfsfall werden andere Institutionen hinzugezogen.
 - Nach ca. zwei Monaten erfolgt eine Evaluation der Beratung (Zufriedenheit, Erhebung von weiterem Bedarf) bevor das Case-Management abgeschlossen wird. Die Zeitspanne ist jedoch recht unterschiedlich.

- Angestrebt ist eine langfristige überinstitutionelle Entwicklung der Hilfe. Dabei ist die Aufnahme der Betroffenen-Perspektive entscheidend.
- Case-Manager stellen die Kontakte zu Einrichtungen her

Die Zusammenarbeit mit Verbundpartnern, viele persönliche Besuche, große Infoveranstaltungen tragen zur Bildung eines Netzwerkes bei. Parallel wird an der Erstellung eines Handbuchs zur Dokumentation gearbeitet.

Das Case-Management hat für den Bereich der Pflege einen zentralen Stellwert, da hier praxisorientiert gearbeitet wird und trägt so zur Professionalisierung der Pflege bei. Aus diesem Grund sind im Projekt keine Sozialpädagogen beschäftigt.

Projekt: „Türen öffnen“ Der Häusliche Betreuungsdienst des DRK Bochum

- Beginn: Oktober 2001
- Laufzeit: 3 Jahre
- Träger: Deutsches Rotes Kreuz Bochum
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Seit 1991 gibt es beim DRK Bochum eine Beratungsstelle für ältere Menschen und deren Angehörige. Zur expliziten Zielgruppe gehören Familien/Angehörige, die einen Menschen mit einer Demenz versorgen und professionelle und freiwillige Mitarbeiter.

Die DRK-Alzheimerhilfe hat seit 13 Jahren ausgehend von der Gedächtnissprechstunde und der aufsuchenden Beratung (Hausbesuche) eine Vielzahl an Entlastungshilfen und Begleit- und Schulungsangeboten für die pflegenden Angehörige entwickelt und unterschiedliche Therapie- und Betreuungsangebote für Menschen mit einer Demenz aufgebaut. Dabei hat sie sich immer an den Bedürfnissen und Wünschen der Familien orientiert.

Projektziele

Angehörige von altersverwirrten Menschen sollen regelmäßig und kontinuierlich durch geschulte, freiwillige Mitarbeiter von ihren Pflege- und Betreuungsaufgaben stundenweise entbunden und somit entlastet werden. Dabei steht die individuelle psychosoziale Alltagsbegleitung im Mittelpunkt.

Bei den pflegenden (Ehe-)Partnern und Kindern ist die stundenweise Entlastung als Hauptpflegeperson notwendig, um die Pflegebereitschaft zu erhalten und die Betreuungsfähigkeit zu stärken. Besonders die punktuelle Entlastung aus der exklusiven Pflegebeziehung hat eine stabilisierende Wirkung. Die Unterstützung durch freiwillige Helferinnen dient der Gesundheitsprävention und der Erhaltung von Lebensqualität, denn der Kontakt mit anderen Menschen tut An-

gehörigen und Erkrankten gut. Eine weitere Zielgruppe stellen alleinlebende Menschen mit einer Demenz dar. Der Einsatz von Helferinnen kann hier einen Beitrag leisten, den Alltag zu Hause zu strukturieren und sicherzustellen und den Verbleib in der eigenen Wohnung zu verlängern.

Projektumsetzung

Der häusliche Betreuungsdienst für demenzkranke Menschen ist angebunden an die Fachberatungsstelle, da sich besonders beim Krankheitsbild „Demenz“ ein erhöhter, kontinuierlicher Beratungs- und Betreuungsbedarf für die Angehörigen in der praktischen Arbeit gezeigt hat.

Das Angebot der häuslichen Tagesbetreuung ist gedacht als Ergänzung zu anderen Angeboten wie Tagespflege, Kurzzeitpflege, ambulante Pflege, der häuslichen Einzelförderung und den ambulanten Betreuungsgruppen, um den unterschiedlichen Bedürfnissen und Lebenswelten von Angehörigen mit Demenzkranken Rechnung zu tragen.

Im dritten Jahr des Projektes wurde das Konzept der Tagesbetreuung auf die häusliche Nachtbetreuung durch das Angebot eines Nacht-Cafés ausgeweitet.

Die Projektarbeit wird begleitet durch einen Projektbeirat, der von kompetenten Vertretern der Alten- und Gesundheitshilfe gebildet wird.

Die wissenschaftliche Begleitung wird von der Evangelischen Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Fachbereich Pflege) in Bochum geleistet.

Ausgehend von der aufsuchenden psychosozialen Beratung wird mit Betroffenen und Familien gemeinsam ein Hilfeplan entwickelt und umgesetzt. Neben der Beratung und Begleitung durch Fachkräfte setzt das Projekt auf den wichtigen Beitrag durch den Einsatz von Freiwilligen Mitarbeitern.

Die Freiwilligenarbeit

- Gewinnung von Freiwilligen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Werbung
- Auswahl der Bewerber nach festgelegten Kriterien

- Qualifizierung der Freiwilligen in Kursen (ca. 45 Std.) Vermittlung von Grundlagenwissen und Entwicklung einer angemessenen Haltung für Menschen mit einer Demenz
- Hospitation (20 Std.) in verschiedenen Pflegegruppen (Tages-, Kurzzeitpflege, Betreuungsgruppen etc., parallel zum Kurs)
- Vermittlung in langfristige Betreuungen und kontinuierliche Begleitung der freiwilligen Mitarbeiter

Anforderungsprofil für freiwillige Mitarbeiter

- Kommunikations- und Interaktionsfähigkeit (Wahrnehmung)
- Empathie- und Distanzierungsfähigkeit
- psychische Stabilität und Humor
- Gelassenheit und Kreativität im Umgang mit Chaos und Hilflosigkeit
- Reflexions- und Teamfähigkeit
- Zuverlässigkeit

Durch den Einsatz der Freiwilligen wird die belastende Exklusivität der Beziehung zwischen Angehörigen und erkrankten Betroffenen geöffnet.

Vor der Vermittlung eines Betreuers werden mindestens zwei Hausbesuche (1 bis 2 Std.) von den Fachkräften durchgeführt zur intensiven Beratung, zur Erhebung der Bedarfssituation (ausführl. Anamnese, Belastungssituation, Biographie, Ressourcen) und zur Erfassung der Betreuungswünsche der Familie.

Die Freiwilligen bestimmen durch die Angaben ihrer zeitlichen Ressourcen ihren Einsatz mit. Die Vermittlung von Freiwilligen zu einem Erkrankten und deren Angehörigen basiert auf der Passung von zeitlichen, inhaltlichen und persönlichen Wünschen und Angeboten der beiden Partner.

Jeder Betreuungseinsatz wird dokumentiert, um die beobachteten Auswirkungen der Betreuung für den Erkrankten, die Kommunikation mit Angehörigen und das Erleben des Betreuers festzuhalten und zu reflektieren, um so die Betreuung den Bedürfnissen anzupassen.

Begleitung der Angehörigen

Parallel zur Beratung wird den Angehörigen Unterstützungen angeboten. Im Rahmen der individuellen Einzelfallhilfe begleiten die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen die Pflegenden und initiieren und vermitteln weitere notwendige Hilfen. Neben dem Gesprächskreis, dem Angehörigen-Cafè, der Teilnahme an einem Schulungskurs (Pflegekurs) werden die Familien regelmäßig zu jahreszeitlichen Festen, Gottesdiensten und Ausflügen eingeladen.

Inhalte der Diskussion

- Es wurden positive Erfahrungen damit gemacht, dass Freiwillige aus unterschiedlichen Qualifizierungskursen und Jahrgängen in gemeinsamen Begleitkreisen ihre Erfahrungen untereinander austauschen (Tutorenfunktion der Erfahrenen).
- Ein Freiwilliger betreut ein bis zwei Familien im Sinne von langfristigen Partnerschaften. Nur in Ausnahmefällen wird eine Vertretung bei Urlaub und Krankheit organisiert.
- Derzeit sind 48 Freiwillige im Einsatz. Die Auswahl der Bewerber und die verbindliche Zusammenarbeit wird über folgende Instrumente gesteuert.
- Ein Viertel der betreuten Menschen lebt allein, die anderen im Haushalt von Angehörigen.
- Die Finanzierung ist über Leistungen der Pflegeversicherung oder privat möglich.
- In der wissenschaftlichen Begleitung wurde die Motivation der Freiwilligen untersucht.
- Bewerber werden im Einzelgespräch auf Eignung und Motivation befragt (keine finanziellen Interessen).
- Besonders soziale Kompetenzen sind wichtig, daneben die Verständigung in der Muttersprache der Erkrankten (z. B. für den Einsatz in türkischen Familien), Mobilität und zeitliche Flexibilität sind bedingt wichtig.
- Es wird eine schriftliche Vereinbarung getroffen (Verfügbarkeit für den Dienst für mindestens ein Jahr), die jedoch rechtlich nicht bindend ist.

- Die hauptamtlichen Mitarbeiter werden kontinuierlich über die Betreuungssituation informiert (keine vollständige Verselbstständigung des Betreuungsverhältnisses).
- Die Einsatzbereiche der Freiwilligen, neben reinen Betreuungsaufgaben auch kleine hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Alltag (z. B. gemeinsam Frühstück vorbereiten, gemeinsam einkaufen, usw.) werden von der Einsatzleitung festgelegt in klarer Abgrenzung zu pflegerischen Versorgung.

Freiwilligenstatus

Ergebnis der wissenschaftlichen Begleitung

- sehr hoher Frauenanteil
- zwischen 30 und 50 Jahren, zur (Neu-)Orientierung zwischen Familie, Ausbildung und Arbeit
- Frauen aus sozialen Berufen (ein Drittel) im pflegerischen psychosozialen Bereich tätig
- Freiwillige erhoffen sich in der Betreuung einen Umgang mit den Klienten (viel Zeit, persönlicher Einzelkontakt), den ihre berufl. Tätigkeit nicht bietet
- durch die eigene Biografie mit Demenz in Verbindung gekommen (eigene Pflegetätigkeit oder Erkrankte in der Familie)
- junge Menschen, die nach einer beruflichen Orientierung suchen
- Menschen aus ganz anderen Tätigkeitsfeldern, die einen sozialen Ausgleich suchen

Projekt: VErO – Ein Konzept zur Systematisierung des Pflegeprozesses durch Differenzierung der Beobachtung

- Beginn: Februar 2003
- Laufzeit: 2 Jahre
- Träger: Johanniter-Akademie in Münster
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Professionell Pflegenden sind im Berufsalltag häufig mit Menschen konfrontiert, bei denen z. B. aufgrund demenzieller Erkrankungen ein zunächst unverständliches Verhalten und Kommunizieren festzustellen sind und deren jeweils subjektive Lebenssituation nur schwer zu verstehen ist. Diese Situation wird von Pflegenden als problematisch empfunden und führt nicht selten einerseits zu Überforderung und andererseits zu einer Ignorierung bis hin zur Depersonalisierung des Pflegebedürftigen.

Darum ist es bei der Pflege dieser Menschen das zentrale professionelle Anliegen, einen Zugang zur Wirklichkeit des Betroffenen zu schaffen, um seine uns zunächst fremden und unverständlichen Lebensäußerungen besser zu verstehen und Hinweise für eine professionelle Deutung zu erhalten. Da die verbale Kommunikation bei dieser Gruppe der Pflegebedürftigen nur eingeschränkt als Zugang nutzbar ist, muss die besondere Aufmerksamkeit auf die nonverbalen Ausdrucksmöglichkeiten wie Verhalten gelenkt werden. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgt durch Pädea, Institut für Bildung, Beratung und Forschung im Sozial- und Gesundheitswesen (ebenfalls Münster).

Projektziele

Das VErO Projekt will eine Lücke schließen, indem ein wissenschaftlich fundierter Praxis-Leitfaden entwickelt wird, der die Pflegenden unterstützt bei der professionellen Beobachtung und Deutung der Lebensäußerungen des Pflegebedürftigen und ihnen so einen Zugang zur erlebten Wirklichkeit des Anderen ermöglicht.

VErO ist als Praxisprojekt aus pflegewissenschaftlicher Perspektive konzipiert. Das Projekt will eine Antwort auf ein Problemfeld der pflegerischen Praxis an folgenden Schnittpunkten entwickeln.

Ziel pflegerischen Handelns ist, die Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Betroffenen zu erhalten, vorhandene Fähigkeiten des Menschen zu fördern und durch angemessene Hilfen zu ergänzen. Um dies zu erreichen muss professionelle Pflege als Dialog in der Interaktion mit dem Pflegebedürftigen geschehen.

Diese übergeordneten Ziele beruhen unter anderem auf der Grundannahme, dass die jeweils subjektiv erlebte Lebenssituation für jeden Menschen die für ihn gültige Wirklichkeit darstellt. Aussagen und Verhalten Betroffener können jedoch oft nicht von den Pflegenden verstanden werden. Der erkrankte Mensch erlebt seine subjektive Realität, auch wenn der Pfleger sie nicht nachvollziehen kann. Notwendig ist eine unvoreingenommene Analyse der Situation, d. h. der zwei Realitäten innerhalb der Beziehung (Erkrankter – Pflegenden) unter Einbeziehung der Umweltfaktoren. Die Pflegenden müssen versuchen, einen Perspektivwechsel vorzunehmen und den eigenen Standpunkt verlassen. Allgemeine Erklärungsansätze sowie Handlungspläne helfen in der Pflege der individuellen Patienten nur bedingt weiter. Notwendig ist eine klare Deutung, Bewertung und Kommunizierung aller beobachteten/erlebten Perspektiven. Sie machen die Professionalität der Pflege aus.

Projektumsetzung

- Erstellung eines pflegewissenschaftlich fundiertes Rahmenkonzept zur Einschätzung der Situation Betroffener
- Entwicklung eines Leitfadens zur professionellen Beobachtung und Deutung für die Pflegepraxis; Instrument differenziert für unterschiedliche Schwerpunkte (was soll erhoben werden, welche Situation, welches Verhalten wird beobachtet?)
Wie erlebt eine Person diesen Moment?
Was bedeutet dies für den Pflegebedürftigen?

- Erste Erprobung von Bausteinen des Instrumentes (Elemente zur Differenzierung, Erkennung und Deutung) in der Praxis.
- Erprobung und Evaluation des Instrumentes im Rahmen eines Kooperationsprojekt (Vorbereitung und Einweisung der beteiligten Mitarbeiter).
- Kooperationspartner aus der Praxis, die unterschiedliche Settings einbringen (Tagespflege, Altenheim, Sozialstation...) sind eingebunden.
- Verknüpfung von Theorie und Praxis ist durch die Rückmeldung der Kooperationspartner gewährleistet. Der Einsatz des Instrumentes hat sich als sinnvoll erwiesen, aufgrund der Reflektionsanteile für die Pflegenden (Horizontenerweiterung durch den Perspektivwechsel).
- Dies ermöglicht ein anderes Zugehen auf den Betroffenen, z. B. als Hilfe für den Umgang mit Aggressivität.
- Bereits erstelltes Messinstrument muss verschiedenen Settings nur noch geringfügig angepasst werden.

Inhalte der Diskussion

- Im vorliegenden Projekt steht der Betroffene und seine Erlebniswelt im Vordergrund. Diese Perspektive fehlt häufig in der Altenpflege. Auch Case-Management orientiert sich oft an der Situation der Angehörigen.
- Obwohl das Projekt sehr theoretisch aufgebaut ist, kommt die Motivation zu dieser Arbeit aus der Praxis.
- Die Entwicklung des Instrumentes ist noch nicht abgeschlossen. Das Ergebnis soll ein anwendbares funktionsfähiges Instrument sein. Durch die Dokumentation der Erfahrungen mit dem Instrument und den persönlichen Reflektionen in der Erprobung wird der Leitfaden weiterentwickelt und evaluiert, dann folgt die Implementierung.
- Der Entwurf ist noch kein Leitfaden und kann daher noch nicht zur Diskussion veröffentlicht werden, da die praktische Fundierung noch nicht abgeschlossen ist.

Praxisfeld „Demenz“ in der ambulanten Altenarbeit

Moderation: Dr. Agnes Klein, Stadt Münster, Stiftung Wohlfahrtspflege

Projekt: Zugehende ambulante Ergotherapie für Demenzerkrankte, Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid

- Beginn: Oktober 2003
- Laufzeit: 2 Jahre
- Träger: Evangelische Stiftung Tannenhof in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Remscheid
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Seit Oktober 2003 bietet die Evangelische Stiftung Tannenhof in Kooperation mit dem Gesundheitsamt der Stadt Remscheid für 25 Demenzerkrankte und ihre Angehörigen eine zugehende ambulante Ergotherapie an. Die Evangelische Stiftung Tannenhof hat als Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Neurologie den Versorgungsauftrag für die Städte Remscheid und Wuppertal. Die Gerontopsychiatrie umfasst ca. 100 vollstationäre sowie 15 teilstationäre Behandlungsplätze.

Seit neun Jahren besteht in Remscheid die Alzheimer-Angehörigengruppe der evangelischen Stiftung Tannenhof und des Gesundheitsamtes der Stadt Remscheid. Unter professioneller Leitung werden Angehörigen demenzerkrankter Menschen Informationen, konkrete Hilfe im Einzelfall, sowie die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch gegeben. Die Erfahrungen verdeutlichen immer wieder das hohe Ausmaß körperlicher und psychischer Belastung und die persön-

liche Betroffenheit der Angehörigen im fortschreitenden Krankheitsverlauf. Die Angehörigen sind oft mit alltagsrelevanten Problemen wie Unruhe, Angst, Weglauftendenz, aggressiven Verhaltensweisen des Erkrankten konfrontiert. Sie müssen sich den Veränderungen der gemeinsamen Lebensbedingungen anpassen und stellen bei zunehmender Überforderung eigene Bedürfnisse und Wünsche zurück. Im Lebensmittelpunkt steht häufig die Demenzerkrankung mit dem zunehmenden Verlust von Alltagsfähigkeiten und Veränderungen im Denken, Erleben und Verhalten des Betroffenen.

Die ambulante Ergotherapie im häuslichen Umfeld des Erkrankten bezieht in besonderer Weise die Angehörigen in den Behandlungsverlauf ein.

Projektziele

Ziel des Projektes ist es, für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen eine ambulante Einzelfallberatung im häuslichen Milieu des Betroffenen mit ergotherapeutischem Behandlungsschwerpunkt anzubieten, um damit die Betreuung demenzerkrankter Menschen zu verbessern.

Inhaltlich sollen ressourcenorientiertes Denken, Selbständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Mobilisierung interner und externer Kompensationsmöglichkeiten, gedächtnistrainierende und kompetenzerweiternde Verfahren vermittelt werden mit dem Ziel, die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit des Betroffenen zu erhalten und den pflegenden Angehörigen durch konkrete Hilfe im Einzelfall emotional zu entlasten und sie in den Behandlungsverlauf mit einzubeziehen.

Inhaltliche Beschreibung

Das Ziel jeder Intervention ist die konkrete Alltagshilfe im Einzelfall und die Unterstützung der Angehörigen im häuslichen Umfeld des demenzerkrankten Menschen mit ergotherapeutischem Schwerpunkt. Das Aufsuchen der häuslichen Umgebung ist bei demenzerkrankten Menschen besonders wichtig, da ein fremdes Umfeld den Verlust der Sicherheit des Gewohnten bedeutet und Ängste auslösen kann.

Ergotherapeuten haben eine besondere Qualifikation die Selbständigkeit und Individualität des Erkrankten zu erhalten, wiederherzustellen und zu fördern. Neben gezieltem Haushalts- und Selbsthilfetraining können bestimmte Alltagsfähigkeiten geübt und lebenspraktische Tätigkeiten durchgeführt werden. Geistige, soziale und körperliche Fähigkeiten werden gefördert und stabilisiert.

Der ergotherapeutische Behandlungsschwerpunkt liegt nicht im Bereich der Pflege, sondern auf sinngebender, kreativ anregender, strukturierender, bewegungsfördernder, kommunikativer und aktivierender Beschäftigung unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte des Betroffenen und seines Angehörigen.

Dazu gehört auch das Wahrnehmen und Verstehen der Gefühle des Demenzerkrankten. Was der Erkrankte äußert und empfindet hat eine Ursache und ist in der Welt, in der er lebt, sinnvoll. Mit Validation, also dem Wertschätzen, Annehmen und Akzeptieren, gilt es einen Schlüssel für die Welt des Erkrankten zu finden, für sein Verhalten, mit seinen Gefühlen und Gedanken.

Im Behandlungsverlauf werden Angehörigen regelmäßig einbezogen. Ein wichtiges Ziel ist dabei die Aufmerksamkeit des Angehörigen auf die Fähigkeiten und Ressourcen des Erkrankten zu richten. Der Blick im Alltäglichen bleibt beim betroffenen Angehörigen häufig bei den Defiziten stehen und kann aus professioneller Sicht anders wahrgenommen und fähigkeitsbezogen vermittelt werden.

Praktische Durchführung

Die ambulante Ergotherapie wird einmal wöchentlich 45 Minuten lang im Haushalt des Erkrankten durchgeführt. Sie kann für 25 demenzerkrankte Menschen angeboten werden.

Nach der Phase der Kontaktaufnahme zum Demenzerkrankten und seinen Angehörigen folgt die Diagnostikphase. Hier wird mit Hilfe des DemTect (kurzes Demenzscreening) des Clock-Drawing Tests (Uhrentest – CDT) und des Barthel-Index (Ausmaß der Pflegebedürftigkeit) die Einschätzung des Schweregrades der demenziellen Erkrankung vorgenommen.

Danach erfolgt die Behandlungsphase, die über den Projektzeitraum von zwei Jahren möglich ist. Die Einbeziehung der Angehörigen erfolgt, auf den Einzelfall bezogen, nach jeder dritten bis fünften ergotherapeutischen Intervention.

Die Anmeldung erfolgt im Rahmen der Alzheimer-Angehörigen-Gruppe oder im Anschluss an die stationäre Behandlung in der Gerontopsychiatrie oder Neurologie der Evangelischen Stiftung Tannenhof sowie über die AWO-Demenzberatungsstelle, Remscheid. Die Ergotherapeutin erhält vierteljährlich Supervision.

Stand Mai 2004

Seit Oktober 2003 haben 31 demenzerkrankte Menschen die ambulante Ergotherapie in Anspruch genommen. Vier Erkrankte sind bereits verstorben. Zwei Erkrankte haben die Therapie wegen Umzug in ein Altenheim abgebrochen. Zehn Personen stehen derzeit auf der Warteliste.

Einteilung der bisherigen Teilnehmer nach Schweregrad der Erkrankung:

- Leicht = 10
- Mittel = 8
- Schwer = 13

Inhalte der Diskussion

- Im Mittelpunkt der ambulanten Ergotherapie steht der Erkrankte und seine psychosoziale Situation (physisches und psychisches Wohlbefinden, soziale Kontakte, etc.)
- Die ambulante Ergotherapie verfolgt das Ziel, dem Erkrankten den Verbleib in seiner vertrauten Umgebung zu ermöglichen und seine Fähigkeiten zu sensibilisieren. Im Blickpunkt der Therapie steht das Selbsterhaltungskonzept und die Berücksichtigung des sozialen Kontextes des Erkrankten aus systemischer Sicht.
- Ein Fallbeispiel aus der Praxis verdeutlicht die einzelnen Arbeitsschritte der ergotherapeutischen Intervention.
 1. Schaffung eines angstfreien, entspannten Settings
 2. Förderung der Konzentration und motorischer Fähigkeiten durch spielerische Aufgaben, handwerkliches Arbeiten
- Es gibt keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse bezüglich des Wohlbefindens des Erkrankten vor und nach der Ergotherapie (Prä-/Post-Vergleiche).
- Aus der Sicht der Ergotherapeutin wurde die individuelle und soziale Situation des Erkrankten durch die Ergotherapie positiv beeinflusst.

Projekt: Netzwerk Demenz, Caritas Verband Arnsberg-Sundern e.V.

- Beginn: August 2003
- Laufzeit: 3 Jahre
- Projektträger: Caritas-Verband Arnsberg-Sundern e.V.
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Der Caritas-Verband Arnsberg-Sundern möchte mit diesem Projekt die Angebote für Demenzerkrankte und deren Familien in Zusammenarbeit mit örtlichen Kooperationspartnern ausbauen und erweitern, um damit die Bedingungen für die Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten in deren eigener Häuslichkeit zu verbessern.

Hauptanliegen dieses Projektes ist die Entlastung der pflegenden Angehörigen, die dieses Angebot dringend benötigen. Überträgt man die statistischen Werte der an Demenz erkrankten Menschen auf die Bevölkerung in Arnsberg und Sundern so ist davon auszugehen, dass ca. 2.800 Menschen in der Region von einer demenziellen Erkrankung betroffen sind.

Das Projekt „Netzwerk Demenz“ wird in den Städten Arnsberg und Sundern mit zusammen 109.000 Einwohnern durchgeführt. Der Caritas-Verband ist hier bereits mit verschiedenen Einrichtungen und Diensten vertreten u. a. drei Seniorenheime, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen für Senioren, Hospiz und vier Sozialstationen.

Die Motivation des Caritas-Verbandes, ein solches Projekt zu initiieren, lässt sich im Wesentlichen darauf zurückführen, dass durch konkrete Anfragen nach speziellen Hilfs- und Entlastungsangeboten, sowie durch eher informelle Informationen aus verschiedenen Richtungen und durch Beobachtungen deutlich wurde, dass zunehmend die Familienangehörigen, die Demente pflegen und betreuen, unter den Belastungen dieser Pflege sehr leiden.

Eine gleichzeitige Tabuisierung des Themas „Demenz in der Familie“ belastet die Situation für die Betroffenen noch zusätzlich.

Projektziele

- Verständnis für die Betroffenen und deren Angehörige in der Gesellschaft wecken
- Das soziale Umfeld für das Thema „Demenz“ in der Familie sensibilisieren
- Ausbau vorhandener und Aufbau neuer, dezentraler Angebote
- Isolation der Betroffenen und ihrer Angehörigen entgegenwirken
- Überforderung der Angehörigen vermeiden
- Demenzkranken möglichst lange den Verbleib in einer ihnen vertrauten und damit Sicherheit und Lebensqualität vermittelnden Umgebung ermöglichen

Projektumsetzung

Um ein hohes Maß der Sachkompetenz einerseits und „Nähe“ zu den Betroffenen andererseits bereits bei der Planung dieses „Netzwerk-Demenz“ zu bündeln, wurde eine Projektgruppe berufen. Diese setzt sich zusammen aus Vertretern des Caritasverbandes (Vorstand, Geschäftsführung und dem Qualitätsmanagement), den Dekanatsvorsitzenden der Caritas-Konferenzen und des Chefarztes der geriatrischen Abteilung eines örtlichen Krankenhauses.

Das gesamte Projekt lässt sich in vier Bausteine gliedern, in der ersten zeitlichen Phase in der Stadt Arnsberg und in der zweiten Phase in der Stadt Sundern.

Baustein 1

Information der Öffentlichkeit und Interessierter

■ *Expertentelefon*

Neben dem Chefarzt der geriatrischen Abteilung standen den Anrufern der Leiter einer Sozialstation und ein Sozialarbeiter des Krankenhauses für Fragen rund um das Thema Demenz zur Verfügung.

■ *Themenabend*

An diesem Abend referierten zum Thema: „Leben mit Demenz – die Herausforderung annehmen“ eine Pflegewissenschaftlerin und der Chefarzt der geriatrischen Abteilung.

■ *Wegweiser*

In einer Broschüre wurden alle Angebote für Demenzkranke und deren Angehörige – von der Möglichkeit spezieller Urlaubsangebote, über die verschiedenen medizinisch und beratenden Angebote bis hin zu den unterschiedlichsten Pflegeeinrichtungen mit ihren entsprechenden Besonderheiten zusammengestellt und an öffentlichen Stellen ausgelegt.

■ *Internetpräsenz*

Um möglichst vielen Menschen die Informationen zum Thema „Demenz“ zugänglich zu machen, richtete der Caritas-Verband eine eigene Internet-Präsenz unter der Adresse www.netzwerk-demenz.de ein.

Baustein 2

Qualifizierung von Helfer/-innen für den häuslichen Entlastungsdienst „Aus-Zeit“

Es wurden Helfer/-innen geworben und in 33 Unterrichtsstunden qualifiziert. Neben der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild war vor allem der praktische Umgang mit Demenzkranken ein besonderer Schwerpunkt. In 15 Stunden der Hospitation in verschiedenen Altenhilfeeinrichtungen konnte das vorhandene Wissen angewendet, erprobt und vertieft werden. Vertiefungsseminare und Supervision dienten der kontinuierlichen Schulung und Entlastung der Helfer/innen.

Baustein 3

Häuslicher Entlastungsdienst „Aus-Zeit“

Die Helfer/-innen betreuen die Demenzkranken sowohl in deren eigenen Häuslichkeit als auch im Rahmen eines Gruppenangebots. Individuell können Angehörige von Demenzkranken zeitlich begrenzt und ortsnah die Helfer/-innen anfordern. Zur Entlastung der Angehörigen wur-

de das Angebot des häuslichen Entlastungsdienstes an die Sozialstation in einem Stadtteil angegliedert.

Baustein 4

Informationen und Gespräche für Angehörige

In dieser Phase folgte der Ausbau eines Gesprächskreises von Angehörigen, die ihre demenzkranken Familienmitgliedern pflegen und betreuen. Neben der Möglichkeit sich mit Betroffenen auszutauschen werden den Angehörigen in diesem Gesprächskreis Informationen zu verschiedenen Aspekten und Problemen rund um das Thema Demenz angeboten.

Inhalte der Diskussion

- Beim Aufbau des „Netzwerkes Demenz“ wurden folgende Aspekte berücksichtigt:
 - Zielgerichtete Bündelung des Expertenwissens
 - Differenzierte Öffentlichkeitsarbeit
 - Nutzung der bereits vorhandenen Strukturen und Angebote
 - Gewinnung von freiwilligen Mitarbeiter/-innen
 - Schaffung finanziell tragbarer Angebote für die Angehörigen
 - Bedarfsgerechte Planung von Angeboten
- Kosten für Angehörige und Aufwandsentschädigung für die Freiwilligen:
Für den Einsatz der Freiwilligen werden 12,50 Euro/Stunde den Angehörigen in Rechnung gestellt, wovon die Helferinnen 7,50 Euro/Stunde als Aufwandsentschädigung erhalten.

Projekt: Demenz bei MigrantInnen, AWO Bezirk Westliches Westfalen e.V.

- Beginn: Februar 2004
- Laufzeit: 2 Jahre
- Projektträger: AWO Bezirksverband Westliches Westfalen e. V.
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Die demografische Entwicklung in Deutschland zeigt, dass viele MigrantInnen der 1. Generation bereits das 70. Lebensjahr erreicht haben. Aufgrund dieser Entwicklung und der Kenntnis, dass die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken mit zunehmenden Alter wächst, ist in den kommenden Jahren mit einem starken Anstieg demenzerkrankter MigrantInnen zu rechnen. Auf diese Situation sind jedoch weder die Institutionen der Altenhilfe, noch die Migrantenfamilien vorbereitet.

Die wenigen heute vorliegenden Erfahrungen verweisen darauf, dass diese Alterserkrankung bei MigrantInnen häufig unbekannt ist und somit nicht erkannt wird. Dieses Informations- und Wissensdefizit sowie weitere bekannte Zugangsbarrrieren ver- oder behindern die Inanspruchnahme bestehender Unterstützungsleistungen. Um frühzeitig spezifische Unterstützungsmaßnahmen zu entwickeln, wird im Internationalen Migrantenzentrum der AWO Unterbezirk Gelsenkirchen/Bottrop eine muttersprachliche Fachstelle für demenzerkrankte MigrantInnen und deren Familienangehörige aufgebaut.

Zielgruppe

Erkrankte Migrantinnen und Migranten türkischer und „ex-jugoslawischer“ Herkunft sowie deren Familienangehörige.

Projektziele

Vor dem Hintergrund des bestehenden Forschungsdefizits und mangelnder Aufnahme vorliegender Praxiserfahrungen, leistet das Modellprojekt Grundlagenarbeit, aus der Handlungs-

empfehlungen zur Unterstützung an Demenz erkrankter MigrantInnen und deren Familienangehörigen abgeleitet werden sollen.

- Entwicklung und Umsetzung muttersprachlicher Informationsmaterialien und Angebote über Demenz
- Entwicklung und Umsetzung muttersprachlicher Beratungs- und Unterstützungsangebote für an Demenz erkrankte MigrantInnen und deren Familienangehörige
- Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen zur transkulturellen Orientierung und Öffnung spezifischer Einrichtungen, die Unterstützungsleistungen für an Demenz erkrankte Menschen und deren Familienangehörigen bereit stellen

Projektumsetzung

Projektstandort ist der AWO Unterbezirk Gelsenkirchen/Bottrop mit dem Internationalen Migrantenzentrum in Gelsenkirchen. Das Modellprojekt besteht aus zwei Modulen. Im ersten Projektmodul (1. 2. 2004 bis 31. 1. 2005) werden die auf Bundesebene vorliegenden Erkenntnisse und Praxiserfahrungen recherchiert und ausgewertet. Auf der Grundlage dieser Erkenntnisse werden Informations- und Unterstützungsangebote für die ausgewählten Zielgruppen entwickelt und erste Maßnahmen in der Praxis umgesetzt. Die gewonnenen Ergebnisse, insbesondere aus der Biographiearbeit mit MigrantInnen vor Ort, werden mit einem Kooperationspartner (Altenheim) in der Türkei analysiert. Aufgrund dieser fachkompetenten Beratung und Bewertung, können weitere grundlegende Erfahrungswerte kulturspezifischer Zugänge in das Projekt einbezogen werden.

Parallel werden fachspezifische Maßnahmen zur transkulturellen Orientierung der Dienste und Einrichtungen der offenen, ambulanten und zu einem späteren Zeitpunkt der stationären Altenhilfe vor Ort entwickelt. Diese Maßnahmen sollen dazu dienen, dass die modellhaft zu entwickelnden und umzusetzenden Informations- und Unterstützungsangebote Nachhaltigkeit erfahren

und Zugangsbarrieren für ältere MigrantInnen zu den Institutionen abgebaut werden.

Inhalte der Diskussion

- Das Projekt leistet Pionierarbeit im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung der demenzerkrankten Migranten der 1. Generation in Deutschland. Speziell bei dieser Zielgruppe müssen folgende Aspekte berücksichtigt werden:
 - Information und Beratung zum Thema Demenz in eigener Muttersprache
 - Notwendigkeit der Entwicklung von neuen zielgruppengerechten diagnostischen Instrumenten (unter Berücksichtigung der Tatsache, dass es sich bei dieser Zielgruppe zum großen Teil um Analphabeten handelt)
 - Berücksichtigung des individuellen biographischen Hintergrundes der Migranten
 - Entwicklung spezifischer Fachdienste für demenzerkrankte MigrantInnen und deren Angehörige (Ambulante Pflegedienste, Fachberatungsstellen, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen) um der häuslichen Versorgung dieser Zielgruppe gerecht zu werden (95 % der Erkrankten werden in den Familien gepflegt)
 - Entwicklung einer kultursensiblen Altenpflege

Forderungen und Anregungen der Workshopteilnehmer des Workshops III „Praxisfeld Demenz in der ambulanten Altenarbeit“ an die Vertreter/-innen aus den Bereichen der Sozialpolitik, Wissenschaft und Gesundheit

- Stärkung der ambulanten Finanzierungsstrukturen für die Nachhaltigkeit der Projekte
- Veränderung und Erweiterung der Rahmenrichtlinien für ärztliche Verordnungen bezüglich der Leistungen
- Ausbau der Vernetzung zwischen Land/Bund und Region und die Forderung nach mehr Einheitlichkeit in der Gesetzgebung

Arbeitsfeld „Demenz“ in der stationären Altenarbeit

Moderation: Katharina Benner, DPWV Wuppertal

Projekt: „Menschen mit Demenz brauchen Begegnungen“, AWO in Ostwestfalen-Lippe e.V.

- Beginn: Mai 2002
- Laufzeit: 3 Jahre
- Träger: AWO Ostwestfalen Lippe e.V.
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projektziele

- Verbesserung der Lebensqualität der an Demenz erkrankten Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe durch die Einbeziehung von Freiwilligen
- Begleitung und Unterstützung der Freiwilligen durch die Entwicklung von Fortbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen
- Erprobung neuer Ansätze für die Partizipation von Freiwilligen
- Verankerung der Zusammenarbeit von engagierten Freiwilligen und hauptamtlich Beschäftigten in der stationären Altenhilfe

Zielgruppen

- Angehörige
- Ehemalige Mitarbeiter/-innen
- Frauen und Männer nach der Familienphase
- Auszubildende aus dem Altenhilfebereich
- Schulen
- Studierende
- MigrantInnen
- Vereine
- TierhalterInnen

Projektumsetzung

Im Projektteam arbeiten neben der Projektleitung zwei Regional Koordinatorinnen, die den Kontakt zu den Freiwilligen und den neun Seniorenzentren der Region gestalten sowie eine Mitarbeiterin für die wissenschaftliche Begleitung. Alle Stellen sind Teilzeitstellen.

Die gezielte **Öffentlichkeitsarbeit** verfolgt zwei Anliegen. Zum einem werden über das bekannt machen des Projektes „Begegnungen“ Freiwillige gewonnen, zum anderen sollen Informationen zum Thema Demenz Verbreitung finden, um Ängste abzubauen und Verständnis zu wecken. Es werden unterschiedliche Formen der Öffentlichkeitsarbeit angewandt.

Im Jahr 2003 wurden zwei Fachtagungen mit den Themen:

- „Freiwillige und Menschen mit Demenz-Möglichkeiten und Grenzen“
- „Menschen mit Demenz und Freiwillige Begegnungen ermöglichen und gestalten“ durchgeführt.

Die **Qualifizierung und Begleitung von Freiwilligen und Hauptamtlichen** ist wesentlicher Bestandteil des Projektes. Es werden gemeinsame Fortbildungen für Freiwillige und Hauptamtliche zu demenzspezifischen Themen angeboten. Für Freiwillige werden grundlegende Schulungen durchgeführt, die Basiswissen vermitteln. Durch Arbeitskreise, „Werkstätten“ und Fortbildungen für Hauptamtliche werden Voraussetzungen für eine gelingende Einbeziehung des freiwilligen Engagements in die Strukturen der Einrichtung geschaffen. Ein weiteres Angebot für Freiwillige ist der Grundkurs „Seniorenbegleiter/-in“. Er besteht aus einer theoretischen Einführungsphase und einem Praxisteil. Der Kurs schließt mit einem Nachweis ab.

Prozess der Einbindung von Freiwilligen

- Erstkontakt über Hotline
- Beratungsgespräch
- Kontaktaufnahme zu der Einrichtung
- Grundlegende Informationsveranstaltung
- Einweisung und Begleitung in den Tätigkeitsbereich

Workshop IV

- Anbieten von regelmäßigen Austauschtreffen
- Spezielle Seminare zu vertiefenden Fragestellungen
- Begleitung der Freiwilligen

Einsatzmöglichkeiten

- Besuchsdienst
- Handwerkliche Aktivitäten
- Kreative Tätigkeiten
- Umgang mit Tieren
- Außenaktivitäten
- Koch- und Backangebote
- Nadel und Faden
- Kulturelle Angebote
- Sportliche Aktivitäten
- Geschlechtsspezifische Angebote

Schulung engagierter Freiwilliger

Zielsetzungen

- Interessen und Möglichkeiten der Menschen mit Demenz erkennen und fördern
- Kompetentes und selbstsicheres Handeln der engagierten Freiwilligen ermöglichen
- Gewinn an Qualifikation und Erfahrung für die Freiwilligen

Grundinformationsveranstaltung

- Kennen lernen des Lebens im Altenheim
- Menschen mit Demenz verstehen lernen
 - aus neurologischer Perspektive
 - aus sozialpsychologischer Perspektive
- Hilfreiche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen
- Zusammenarbeit mit den Hauptamtlichen
- Unterstützung für Freiwillige

Schulung für hauptamtliche Mitarbeiter/-innen

Zielsetzungen

- Voraussetzungen schaffen für die Einbindung von engagierten Freiwilligen in die Demenzbetreuung
- Bedarfe erkennen
- Ehrenamt als Chance erkennen
- Einbindung in Kooperationsstrukturen

- Akzeptanz schaffen
- Einbindung von engagierten Freiwilligen in die Teamstrukturen
- Forum zum Thema „Demenz“

Um den Gedanken der **Partizipation** aufzugreifen wurde die Projektgruppe „**Wir schaffen Begegnungen**“ gegründet. In der Projektgruppe treffen sich Freiwillige, die sich in einem der Seniorenzentren der AWO engagieren. Die Gruppe dient dem Erfahrungsaustausch, dem Kennenlernen Freiwilliger aus anderen Häusern der AWO und dem gemeinsamen Einsatz für die Enttabuisierung des Themas Demenz.

Zurzeit engagieren sich ca. 250 Freiwillige in der stationären Altenhilfe der AWO. Dieses Engagement kommt rund 900 Senior/-innen in den neun Einrichtungen der stationären Altenhilfe der AWO zugute. Vier der Altenhilfeeinrichtungen befinden sich im Großraum Bielefeld, jeweils eine in Minden, in Kirchlengern, in Extertal, in Oberlinghausen und in Bad Salzuflen.

Die Freiwilligen, die sich in der stationären Altenhilfe engagieren, tun dies in einer Vielfalt von Projekten. Rund 90 solcher Projektangebote gibt es in den Einrichtungen.

Einige Beispielprojekte zeigen die Angebotsvielfalt:

- Erinnerungspflege
- Friedenshort
- Schülerprojekt „Jung trifft alt“
- Besuchsdienst
- Kulturcafé
- Spaziergruppe

Wissenschaftliche Begleitung

- Begleitung des Projektprozesses: Auswertung einzelner Maßnahmen
- Begleitforschung im Hinblick auf die Projektziele mit qualitativem Zugang, um die Sichtweise der „Insider“ zu erfassen
- Bildung von Erfahrungswissen, das auf handlungsrelevante Fragestellungen abzielt

Evaluation

Verbesserung der Lebensqualität

- Was bedeutet Lebensqualität?
- Spezifizierung für Menschen mit Demenz
- Einschätzung der Lebensqualität vor dem Einsatz von Freiwilligen
- Einschätzung der Lebensqualität nach dem Einsatz von Freiwilligen

Inhalte der Diskussion

- Was ist der innovative Ansatz des Projektes und wie macht er sich im Lebensalltag der Bewohner bemerkbar?
- Der wichtigste Aspekt ist der Aufbau neuer Kontakte zwischen Demenzkranken und Freiwilligen. „Das Haus öffnet sich, die Außenwelt wird stärker wahrgenommen“.
- Die Anzahl der Freiwilligen konnte von nur „einigen“ auf rund 200 gesteigert werden.

Projekt: „Esskultur für Menschen mit einer Demenz – mehr Lebensqualität im Alter“, Ev. Altenkrankenheim Essen-Steele gGmbH

- Beginn: April 2004
- Laufzeit: 2 Jahre
- Träger: Ev. Altenkrankenheim Essen-Steele gGmbH
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege

Projekthintergrund

Der Ernährungszustand von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen steht in Deutschland schon seit längerem in der Kritik. Dies hat sicherlich mehrere Gründe. Ein entscheidender Grund ist, dass zu wenig auf die speziellen, durch Erkrankungen hervorgerufenen Probleme beim Essen und Trinken eingegangen wird. Ein weiterer ist, dass die Bedeutung von Essen und Trinken als Lebenswelt gestaltendes Element zu wenig wahrgenommen wird.

Ausgerechnet für die große Anzahl demenziell veränderter Bewohner mit ihren vielfältigen Einschränkungen und daraus resultierenden Problemen liegen noch die wenigsten Erkenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Ernährung vor.

Auf der Grundlage von Bedürfnissen und noch vorhandenen Fähigkeiten der Bewohner wird nach Lösungen gesucht, welche diese Probleme beheben oder verbessern. Im Mittelpunkt steht, die selbstständige Nahrungsaufnahme der Bewohner. Dies ist nicht nur für den Ernährungszustand, sondern gerade auch für das Selbstwertgefühl, für sinnlichen Genuss und ein „sich wohl und gesund fühlen“ von entscheidender Bedeutung. Um diese Aufgabe ausreichend zu erfüllen, müssen Küche und Hauswirtschaft als kompetente Partner mit Pflege und Therapie zusammenarbeiten. Sie dürfen nirgends länger nur als Zulieferer oder Erfüllungsgehilfen gesehen werden. Die gemeinsame Aufgabe sollte sich wiederfinden in einem gemeinsamen „ganzheitlichen Konzept“.

Projektziele

- Verbesserung der Lebensqualität durch bewohnerorientierte Ansätze
- Steigerung des Wohlbefindens über spezifische Formen der Zubereitung und Darbietung von Essen und Trinken
- Veränderung der Esskultur im Heim unter dem Aspekt der Selbständigkeit und Normalität

Übergeordnetes Ziel

Den Menschen ein Zuhause schaffen. „ So wie ich für dich koche und dir das Essen reiche, zeige ich dir, was du mir wert bist.“

Projektumsetzung

Am Anfang steht zu erkennen, wie wichtig Essen und Trinken nicht nur für den Ernährungszustand, sondern auch für die Gestaltung der Lebenswelt des Bewohners sind. Das beinhaltet auch die gemeinsame zielgerichtete Arbeit von Küche, Hauswirtschaft, Pflege und Therapie unter Berücksichtigung von Fähigkeiten und Bedürfnissen der Bewohner.

Voraussetzungen für das Gelingen eines „ganzheitlichen Konzeptes“

- Wertschätzende, empathische, von Respekt geprägte Grundeinstellung aller Beteiligten dem Bewohner gegenüber
- Der Umgang der Mitarbeiter bzw. Berufsgruppen untereinander sollte von eben dieser Grundeinstellung geprägt sein
- Gemeinsame Fortbildung für Mitarbeiter aus den Bereichen: Pflege, Therapie, Küche und Hauswirtschaft zu folgenden Themen:
- Was bedeutet Demenz und wie wirkt sie sich auf das Leben der betroffenen Bewohner aus? Probleme wie: Messer und Gabel nicht mehr richtig benutzen können, reduzierter Appetit, innere Unruhe, Angst zu versagen.
- Welche besonderen Bedürfnisse resultieren daraus und wie gehen wir darauf ein? Selbstwertgefühl erhalten, Sicherheit geben, Überforderung vermeiden, Nahrung interessant machen, etc.

- Welche Ressourcen sind in der Regel noch vorhanden und können genutzt werden? Manuelle Fähigkeiten, Riechen, Schmecken, Tasten, Erinnern, etc.
- Wie kann ich den dementen Bewohner in seiner Welt erreichen? Sich einfühlen, sich einlassen, validierend, kommunizieren, biographisch orientiert arbeiten, etc.
- Wie machen wir aus Schnittstellen Nahtstellen?
- Was bedeutet wertschätzende kooperative Zusammenarbeit?
- Wie können wir gemeinsam zielgerichtet arbeiten?
- Was bedeutet Esskultur im Heim insbesondere auch für demente Bewohner?
- Wie setzen wir sie um?
- Wie überprüfen wir gemeinsam, ob unsere Ziele und Maßnahmen zu einer Verbesserung der Bewohnersituation geführt haben?

Die Ansätze der gemeinsamen Entwicklungsarbeit innerhalb des Projektes

- Intensive Wahrnehmung der Essgewohnheiten und des Essverhaltens durch die Mitarbeiter
- Positive Veränderung von Umfeld und Atmosphäre
- Die soziale Komponente von Essen und Trinken positiv nutzen und ausweiten
- Essen und Trinken als Ausdruck von Wertschätzung
- Selbständigkeit erhalten und fördern
- Trotz Demenz ausgewogene Ernährung und ausreichende Flüssigkeitszufuhr gewährleisten, d.h. Essen und Trinken interessant machen

Konzeptinhalte

- Heimbewohner und soziale Kontakte
- Menüplanung mit den Bewohnern

Essbiografie

Die gewohnte Esskultur des Einzelnen trifft auf die Esskultur der anderen Patienten und diejenige des Krankenhauses.

Essen mit den Fingern

Es wird Fingerfood aus den Bestandteilen des normalen Menüs hergestellt. Diese Art der Darbietung ist besonders geeignet für Patienten, die nicht mehr mit Messer und Gabel essen können, um so ihre Selbstständigkeit zu erhalten.

Essen beim Gehen

Essen soll ständig wie zu Hause erreichbar sein (z. B. Kühlschrank) Fingerfood ist besonders gut geeignet. Ständig erreichbarer Korb mit Obst, Gemüse und Kräutern.

Esskulturelles Umfeld

Raum, Tisch, Geschirr, Atmosphäre etc.

Essen als basale Stimulation

Zum Beispiel im Zimmer kochen.

Kostformen

Es soll möglichst lange normale Kost gereicht werden, evtl. in anderer Form.

Mitarbeiterschulung

Alle Bereiche, die das Essen von alten Menschen betreffen werden angesprochen.

Einbeziehen der Angehörigen

Es wird gemeinsam gegessen und Kaffee getrunken oder ein Sektfrühstück mit den Angehörigen organisiert.

Geplant ist der Einsatz eines Qualitätsbeauftragten sowie eine Dokumentation und Auswertung des Projektes.

Inhalte der Diskussion

- Was ist der innovative Ansatz des Projektes und wie macht er sich im Lebensalltag der Bewohner bemerkbar?
- Durch Präsenz der Mitarbeiter aus der Küche bei der Essensausgabe und Menüplanung
- Angenehmere Gestaltung des Umfeldes (Speiseraum, Tablett, Darbietung der Speisen)
- Größere Auswahl durch gemeinsame Menüplanung und ständige Erreichbarkeit von Essen (Obstkorb, Kühlschrank ständig zugänglich)
- Mehr Zeit und Zuwendung durch die Mitarbeiter/innen während der Mahlzeiten
- Mehr Selbständigkeit durch das Anbieten von Fingerfood
- Einbeziehung der Angehörigen z. B. bei der Fingerfoodgabe oder beim gemeinsamen Essen

Projekt: Sicherheit und Wohlbefinden im Alter – trotz Demenz – Cellitinnen zur hl. Maria, Köln

- Beginn: Januar 2003
- Laufzeit: 35 Monate
- Träger: Cellitinnen zur hl. Maria, Köln
- Finanzierung: Stiftung des Landes Nordrhein-Westfalen für Wohlfahrtspflege, Stadt Köln, Cellitinnen zur hl. Maria, Köln, Firma Merz

Projekthintergrund

Die zunehmende Bedeutung der Demenzerkrankungen in den Seniorenhäusern und die besonderen Anforderungen an Angehörige und Pflegende, den jeweiligen Bedürfnissen von Demenzerkrankten gerecht zu werden, wirft die dringliche Frage auf, wie es gelingen kann, eine Betreuung zu garantieren, die den spezifischen Anforderungen gerecht wird. Aus dieser Fragestellung entwickelten einige MitarbeiterInnen des St. Maria Seniorenhauses das Konzept für das Modellprojekt. In einem Zeitraum von 18 Monaten beschäftigten sich die MitarbeiterInnen ausführlich mit Themen rund um die Demenz, mit Verfahren, um das relative Wohlbefinden zu messen und nicht zuletzt mit Überlegungen, wie die Betreuung von Demenzerkrankten weiterentwickelt werden kann.

Projektumsetzung

Inhalte

- Mäeutik: Erlebensorientierte Pflege
- DCM – Dementia Care Mapping

Unterstützende Angebote

- Biografiearbeit
- Basale Stimulation
- 10-Minuten-Aktivierung
- Kommunikation, Validation
- Fortbildungsangebote für Angehörige
- Supervision (Projektteam)

Mäeutik – Erlebensorientierte Pflege

griechisch: erlösend, befreiend

Die Mäeutik wurde in den Niederlanden als erlebensorientiertes Pflegekonzept für Menschen mit Demenz entwickelt.

Ziel der Mäeutik ist es, der vom Versinken bedrohten Persönlichkeit der BewohnerIn qualitativ mehr Aufmerksamkeit in Form von Nähe, Wärme und Geborgenheit zu bieten und somit der BewohnerIn ein emotionales Gleichgewicht und ein positives Selbstbild zu ermöglichen. Die Mäeutik soll dabei den Pflegenden klar machen, was sie innerlich und intuitiv bereits wissen, um dieses methodisch und bewusst in der Betreuung und Pflege der BewohnerIn umzusetzen.

In regelmäßig durchgeführten Bewohnerbesprechungen steht der einzelne Bewohner im Mittelpunkt. Dabei werden alle Aspekte, wie die MitarbeiterInnen den Bewohner erleben, zusammengetragen und eine Charakteristik erstellt. Letztlich wird eine Umgangsempfehlung formuliert, in die alle positiven Erfahrungen der Mitarbeiter/-innen mit dem Bewohner einfließen, mit dem Ziel den Bewohner in seinem Selbstwertgefühl zu stärken und dessen Bedürfnissen nach Nähe und Geborgenheit gerecht zu werden. Die Bewohnerbesprechung ermöglicht den MitarbeiterInnen eine ganzheitliche Sicht, wobei die Kernqualitäten des Bewohners deutlich werden. Die MitarbeiterInnen lernen über den Austausch ihrer Erfahrungen neue Möglichkeiten kennen, Kontakt und Austausch mit dem Bewohner herzustellen. Zudem wirkt sich in der Regel diese Art der Kommunikation positiv auf die Zusammenarbeit im Team aus, weil sehr darauf geachtet wird, dass alle MitarbeiterInnen in das Gespräch integriert sind. Das mäeutische Pflegekonzept wurde von Dr. Cora van der Kooij entwickelt (IMAZ, Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk, Niederlande)

Mäeutik verbindet verschiedene Konzepte

- Validation
- Realitäts-Orientierungstraining
- Snoezelen
- Biografiearbeit

Biografiearbeit

Die biografischen Daten bilden die Basis für die Arbeit mit demenzkranken Menschen. Sie bieten sowohl Erklärungsansätze für „merkwürdige“ Verhaltensweisen von Bewohner/-innen, die von den Pflegenden nicht verstanden werden als auch Anknüpfungspunkte für eine individuelle Aktivierung der BewohnerIn. Biografische Informationen sind beispielsweise in der Anwendung der 10-Minuten-Aktivierung sehr wichtig, um gezielt Angebote mit den Erinnerungen und Erfahrungen des Bewohners zu verknüpfen.

Für die Erhebung einer Biografie wurden vorhandene Instrumente weiterentwickelt. Eine MitarbeiterIn erarbeitet mit dem Bewohner (wenn möglich) und seinen Angehörigen die Biografie. Diese Gespräche verlaufen in der Regel sehr intensiv und wecken Erinnerungen an die „gelebte Geschichte“. Insbesondere für die Angehörigen ist das Biografiegespräch oftmals eine Gelegenheit die Lebensgeschichte des

Vaters oder der Mutter zu reflektieren. Ein besseres Verständnis für den demenzkranken Menschen und sein Verhalten ist dabei oft zu beobachten. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und/oder BetreuerInnen ist ein wichtiger Bestandteil innerhalb der Projektarbeit.

Dementia Care Mapping (DCM)

Das Dementia Care Mapping (DCM) ist eine in England entwickelte Methode, die ermittelt, wie zufrieden altersverwirrte Menschen sind. Sinn und Zweck des DCM ist es, die Betreuung und Pflege darauf auszurichten „personen-zentriert“ das relative Wohlbefinden der an Demenz leidenden Menschen zu steigern und die Phasen des Unwohlbefindens zu verringern.

Die gezielte Beobachtung der Bewohner/-innen über einen Zeitraum von ca. sechs Stunden ermöglicht es, bestimmte Verhaltensweisen zu kategorisieren und zu bewerten. Die Ergebnisse werden dem Team in einem Feedbackgespräch dargestellt. In einem Handlungsplan werden von den MitarbeiterInnen Maßnahmen entwickelt, mit dem Ziel das Wohlbefinden der Bewohner/-innen zu verbessern.

Somit ist das DCM-Verfahren als ein Instrument zur Qualitätssicherung einsetzbar, welches dazu dient die bisherige Pflegekultur zu hinterfragen, das Verständnis für demenzkranke Menschen aus Sicht der Betroffenen zu entwickeln und schließlich praktische Schritte zur Verbesserung der Betreuungssituation zu vereinbaren.

Vorgehen bei der Implementierung

Die Implementierung des mäeutischen Pflegekonzeptes erfolgt über Schulungen in Basiskursen, an denen alle Berufsgruppen der Seniorenhäuser teilnehmen. An den Aufbaukursen nehmen Wohnbereichsleitungen, Seniorenpflegeleitung und Projektmitarbeiter teil. Hier geht es vor allem darum, dass die Leitungen lernen, mäeutisches Wissen selbst zu vermitteln und in ihrem Bereich „zu leben“. Der Einführungsprozess ist nicht standardisiert, sondern wird regelmäßig an die tatsächlichen Erfordernisse der Organisation angepasst. Die regelmäßige Begleitung der Mitarbeiter in ihrer Pflegepraxis durch Mäeutik-Dozenten und Projektmitarbeiter erweist sich als sehr effektiv, weil durch ein direktes Feedbackgespräch die Herangehensweise und die Umsetzung des mäeutischen Konzeptes sehr gut vermittelt werden kann.

Das DCM-Verfahren wird in basicuser Kursen an Mitarbeiter vermittelt, die eine Leitungsfunktion haben, um den Sinn und Zweck der Methode zu verstehen sowie an Mitarbeiter die das Verfahren in der Praxis anwenden sollen.

Weitere Fortbildungen zu den Themen: Basale Stimulation, Biografiearbeit, 10-Minuten-Aktivierung, Kommunikation mit demenzkranken Menschen komplettieren die Qualifizierung der Mitarbeiter.

Alle Neuerungen werden als reguläre Arbeitsinstrumente in das Qualitätshandbuch aufgenommen, so dass verbindliche Aussagen über deren Handhabung die Umsetzung sichern und dadurch letztlich auch überprüfbar sind.

Inhalte der Diskussion

- Was ist der innovative Ansatz des Projektes und wie macht er sich im Lebensalltag der Bewohner bemerkbar?
- Das mäeutische Pflegekonzept fördert die Gruppenaktivitäten. Es würdigt und begleitet den Bewohner in verstärktem Maße und führt zur mehr Gelassenheit sowohl bei den Bewohnern als auch Mitarbeitern.
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Verknüpfung des mäeutischen Konzeptes mit dem medizinischen werden in der Fortbildung „Mäeutik“ und den „Bewohnerbesprechungen“ erörtert.
- Als Projektmitarbeiter sind Sozialarbeiter und Pflegekräfte eingesetzt.
- Die kritische Haltung der Mitarbeiter gegen das DCM-Verfahren wird von erfahrenen Pflegefachkräften, durch das sofort anschließend erfolgende Feedback, aufgefangen.
- Die Umsetzung des mäeutischen Konzeptes erfordert zusätzliche finanzielle Ressourcen.
- Alle Modellprojekte müssen langfristig angelegte und selbsttragende Strukturen schaffen, damit sie auch nach Ablauf der Projektförderung weiter bestehen können.

Betreuung von Demenzkranken heute und morgen – Wohin geht die Reise?

Moderation: Dr. Gerhard Jahn, VHS Duisburg

Podiumsteilnehmer

- Birgit Fischer
- Dr. Barbara Höft
- Helga Kempers
- Angelika Krafft
- Eva-Maria Matip
- Meinolf Moldenhauer
- Dr. Eckhard Schnabel
- Horst Vöge

Statements zur Podiumsdiskussion

Was wir als Land tun können, ist zum einen, über solche Modellprojekte, die wir ja mit unterstützen auch durch die wissenschaftliche Begleitung, praktische Erfahrungen zu sammeln. Diese Erfahrungen müssen als Ergebnis genutzt werden, um die Behandlung demenzkranker Patienten und Patientinnen weiter zu entwickeln. *Birgit Fischer, Sozialministerin NRW*

Demenz ist eine lang andauernde, schwere Krankheit. Mit kurzem Atem ist da nichts zu erreichen. Die Krankheit bedarf der frühzeitigen qualifizierten Diagnostik und einer individuellen medizinisch/pflegerischen Gesamtplanung. *Dr. Barbara Höft, Institutambulanz Gerontopsychiatrie Heinrich Heine Universität Düsseldorf*

Familien brauchen Betreuung von Anfang an! Psychotherapie für jeden Pflegenden! Benötigt werden kompetente Ansprechpartner bei den Pflegekassen und anderen Anlaufstellen. Einrichtung eines „Pflegejahrs für Angehörige“ – Vereinbarkeit von Berufs- und Pflegetätigkeit? *Helga Kempers, Angehörige*

Menschen mit Demenz in einer stationären Pflegeeinrichtung sind zweifach eingeschränkt in ihren Möglichkeiten Kontakte zu haben: Einmal dadurch, dass sie in einer „Institution“ leben, zum anderen durch ihre Erkrankung. Mit dem Projekt Begegnungen wollen wir ihnen ein Stück Normalität zurückgeben, ihnen Begegnungen mit Menschen ermöglichen, die über die berufliche Pflege und die familiären Kontakte hinausgehen. Das freiwillige Engagement ist kein Ersatz für berufliche Pflege oder für familiäre Bindungen. Es ergänzt diese. *Angelika Krafft, AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.*

Für jeden demenzkranken Menschen, jeden Angehörigen muss das Recht auf zugehende persönliche Beratung gewährleistet werden. Familien brauchen individuelle Unterstützungsangebote und kontinuierliche Begleitung. Demenzkranke und Angehörige bestimmen welche Entlastung hilfreich ist. *Eva-Maria Matip, DRK Bochum, Alzheimerhilfe*

Der Pflegebegriff sollte unter Einbeziehung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs neu definiert werden. Für den auf der Grundlage dieses neuen Pflegebegriffes festgestellten Pflege- und Betreuungsbedarf sollte den Betroffenen ein frei verfügbares Pflegebudget zur Verfügung gestellt werden. Die bisherigen komplexen Differenzierungen des Leistungsrechts könnten dann weitgehend entfallen. *Meinolf Moldenhauer, Bundesverband der Betriebskrankenkassen*

Demenzerkrankungen und ihre sozialen, gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte müssen zu einer prioritären Aufgabe sowohl gesundheits- und sozialpolitischer Anstrengungen als auch im Hinblick auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen werden.

Es müssen Anstrengungen unternommen werden, Maßnahmen der Früherkennung, entsprechende Interventionen und Unterstützungsmöglichkeiten stärker in das (fach-)öffentliche Bewusstsein zu rücken. *Dr. Eckhard Schnabel, Universität Münster – FB Erziehungs- und Sozialwissenschaften, FFG Dortmund*

Bei der Reform der Pflegeversicherung ist die Frage der Betreuung Demenzkranker zentral. Eine in erster Linie dem Spargebot verpflichtete Reform droht der Pflegeversicherung die Legitimation in der Bevölkerung zu entziehen. Demenzielle Erkrankungen dürfen, wenn Pflege neu gedacht wird, nicht dem Vergessen überlassen werden. *Horst Vöge, Vorsitzender des Stiftungsrates der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW, MdL Mitglied des Landtags Nordrhein-Westfalen*

Beginn der Podiumsdiskussion

– Wiedergabe der Tonbandaufnahme –

Herr Dr. Jahn: Mit etwas Verspätung kommen wir nun zum letzten Teil, soweit ich das sehe; zum letzten informativen Teil dieser Fachtagung, bevor das Kulturprogramm dann die Tagung beendet. Zur Podiumsdiskussion; Sie haben heute im Verlaufe des Tages sehr intensiv gearbeitet, wie ich gehört habe. Sie haben sehr informative Eingangstatements gehört, und daraus haben sich mit Sicherheit sehr viele Fragen auch in den Arbeitsgruppen ergeben, da wo die Projekte sich in ihren Arbeitsansätzen vorgestellt haben. Unter dem Stichwort Vorstellung würde ich mich ganz gerne selber ganz kurz vorstellen. Mein Name ist Gerhard Jahn. Ich habe sozusagen mit dem Thema unmittelbar zurzeit nichts zu tun; ich bin Leiter der Volkshochschule Duisburg; ich war aber mal in gewisser Weise in dieser Thematik drin, als ich Leiter des Instituts für soziale Kulturforschung war.

Vor diesem Hintergrund haben die Herren und Damen der Stiftung Wohlfahrtspflege gemeint, dass ich zumindest nicht soviel vergessen habe, dass ich die Moderation dieser Podiumsdiskussion übernehmen kann – nun, man wird sehen, ob das funktioniert. Wir haben ein ganz, ganz enges Zeitraster. Sie haben gehört, nach einer Stunde ist Schluss. Nach einer Stunde müssen alle Ihre Fragen gestellt sein, nach einer Stunde müssen all diejenigen, die hier oben sitzen, etwas gesagt haben. Wir haben uns das so vorgestellt, dass ich ganz kurz die Teilnehmer an dieser Podiumsdiskussion in ihrer Professionalität vorstelle; dass Sie auch visuell bestimmte Kernaussagen mitbekommen, die diese Teilnehmer der Podiumsdiskussion vor dem Hintergrund ihrer Profession oder ihrer Beteiligung aufgestellt haben. Ich werde sie jetzt nicht vorlesen, sondern Sie können sie erkennen, vielleicht gehe ich kurz darauf noch ein, und danach gehen wir in eine erste Fragerunde hier oben im Podium, und wenn wir dann noch Zeit haben, was ich sehr hoffe, können Sie Fragen stellen; ich habe gehört, dass Fragen formuliert wurden in den Ar-

beitsgruppen, dass Sie Fragen stellen wollen, an mindestens den einen oder anderen Teilnehmer, und wir wollen das dann auch, so weit es möglich ist, zulassen.

Ich fange mal ganz links außen von mir, rechts von Ihnen, an mit der Vorstellung; Frau Dr. Barbara Höft; sie ist Medizinerin und Diplomspsychologin, sie ist Landesärztin für Gerontopsychiatrie an den Rheinischen Kliniken; ich glaube, ich habe das richtig betitelt. Frau Höft ist Mitautorin von Empfehlungen für Standards in der Gerontopsychiatrischen Pflege, was das letztendlich heißt, das kann sie glaube ich gleich vielleicht sehr viel besser vortragen und sagen als ich. Es hört sich möglicherweise kompliziert an, ist aber glaube ich eine echte Arbeitshilfe für den Pflegealltag.

Frau Angelika Krafft; Frau Krafft ist Projektleiterin des Projektes ‚Begegnungen‘, ich glaube, diejenigen, die in der Arbeitsgruppe waren, haben sie kennen gelernt, und ist Mitarbeiterin des AWO-Bezirksverbands Ostwestfalen-Lippe; richtig.

Zum Projekt haben Sie einiges gehört; zu der Frage, wie es sich verhält, haben wir heute morgen schon so einiges gehört zu der Frage, Freiwilligenarbeit auf der einen Seite, Hauptamtliche auf der anderen Seite. Also das Verhältnis, Spannungsverhältnis vielleicht oder auch nicht, zu thematisieren, ist glaube ich auch eine der Aufgaben von Frau Krafft.

Herr Dr. Eckhard Schnabel, ehemals Leiter der Abteilung gesundheitliche und pflegerische Versorgung bei der Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund, jetzt in einer Vertretungsprofessur in Münster. Auf jeden Fall stecke Sie in dem Themenschwerpunkt drin, Ihre Arbeitsschwerpunkte sind und waren gesundheitliche und pflegerische Versorgung älterer Menschen, Theorie und Praxis, Praxis der Qualitätssicherung. Also jemand der zum Thema Pflege, denke ich, sehr fachkundig Stellung nehmen kann.

Herr Meinolf Moldenhauer zu meiner unmittelbaren Linken, ich kann sagen stellvertretend für die Pflegekassen, Sie sind der Referatsleiter

Pflege des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, und Sie sind derjenige, der das Standard-Pflegesatz-Modell entwickelt hat, nur das zu Ihrer beruflichen Biographie. Da sind Sie sehr fachkundig!

Zu meiner Rechten und ganz herzlich begrüßt, dass sie die Zeit hat, heute an dieser Podiumsdiskussion teilzunehmen, Frau Ministerin Birgit Fischer; Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie. Sie sind, was mir sehr sympathisch ist; weil ich es auch bin, Erziehungswissenschaftlerin, Diplompädagogin, und auch in der Erwachsenenbildung mal tätig gewesen, was mir auch sehr sympathisch ist, seit 1990 Mitglied des Landtages und seit 1998 Ministerin; zunächst Ministerin für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit, und jetzt heißt der Titel etwas anders: Ministerin für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie. Ich hoffe, ich habe es richtig formuliert.

Herr Horst Vöge; Herr Vöge ist Vorsitzender des Rates der Stiftung Wohlfahrtspflege. In dieser Eigenschaft ist er heute hier. Er ist gleichzeitig Landtagsabgeordneter, und von Beruf war er mal Koch, hat Geschichte, Theologie und Politik, Wirtschaftswissenschaft an der Uni Duisburg studiert, sein politischer Schwerpunkt ist die Sozialpolitik.

Frau Kempers, eigentlich sollte, und das ist auch ausgedrückt in Ihrem Programm, Frau Norbu an dieser Stelle sitzen; Frau Norbu ist, ich hätte fast gesagt, im Pflegealltag untergegangen, wir haben gehört, dass sie ganz, ganz große Probleme familiärer Art hat und deshalb leider nicht teilnehmen kann, Frau Kempers ist eingespungen, dafür danken wir, dass Sie das so kurzfristig haben möglich machen können. Auch Sie sind pflegende Angehörige, oder eine, die zuhause pflegt; Pflegende Angehörige ist der Begriff dafür, und ich denke, dass Sie doch sehr deutlich sagen können, was täglich so in der Pflege abgeht.

Ganz zum Schluss, zum Schluss, aber nicht zuletzt, Frau Matip, Mitveranstalterin dieser Tagung, Mitarbeiterin des DRK Bochum. Sie hat jahrzehntelange, hätte ich beinahe gesagt, ich

glaube, das stimmt sogar, Erfahrung, praktische Erfahrung in der Beratungsarbeit mit demenziell Erkrankten, ist gleichzeitig auch Mitautorin eines Handbuchs, in dem sie über diese praktischen Erfahrung auch berichtet. Dieses Handbuch hat den bezeichnenden Titel „Wege aus dem Labyrinth der Demenz“.

Dazu werden wir gleich einiges auch noch hören, hoffe ich. Ich habe die Kernaussagen jetzt nicht vorgestellt, sie sind erkennbar. Ich glaube, jeweils dann, wenn die Damen und Herren zu ihrer Profession aus ihrer Sicht Stellung nehmen werden und wollen, werden sie auch zu ihrer Kernthese etwas sagen, das begründet sozusagen auch ihr Beisein hier oben in der Podiumsdiskussion.

An Frau Kempers hätte ich zuerst eine Frage, eine Frage, die sich auf den Pflegealltag bezieht. Ich glaube wir sind alle Fachleute, in irgendeiner Weise mit dem Thema beschäftigt, ich wäre interessiert daran, von Ihnen einmal kurz einen solchen Pflegealltag skizziert zu bekommen.

Frau Kempers: Möchten Sie jetzt hören wie es morgens losgeht?

Herr Dr. Jahn: Ja, ich denke es werden im Laufe dieses Tages viele Probleme auftreten.

Frau Kempers: Also ... gehe ich den Alltag mal durch. Es fängt morgens an, um halb sieben, dann gehe ich zu meiner Schwiegermutter, die im selben Haus wohnt wie ich und sehe nach, was sie in der Nacht angestellt hat. Ist alles in Ordnung, oder muss ich ihr Bett frisch beziehen. Dann gebe ich ihr eine frische Windel, lege sie wieder ins Bett und dann kann sie noch eine Runde schlafen. Dann kommt der Teil, der meiner Familie gehört; also meinen Sohn zur Schule schicken, und auch mit meinem „Anwalt“ sprechen, ehe er zur Arbeit geht. Muss auch sein. Dann so gegen acht gehe ich wieder runter, wecke meine Schwiegermutter und mache sie fertig, ich wasche sie, ziehe sie an. Sie möchte zu jedem einzelnen Kleidungsstück aufgefordert werden, „und jetzt nehmen wir das linke Bein, und dann nehmen wir das rechte Bein“, alles einzeln, und manchmal will sie nicht, und dann muss man

noch mal auffordern oder erst was anderes machen und dann noch mal auffordern und dann geht's halt. Wenn sie soweit fertig ist, ja dann frühstücke ich mit ihr gemeinsam – und dann versuche ich meinen Haushalt zu machen. Und hab dann halt immer meine Johanna an mir dran, so am Rockzipfel. Und dann fragt sie immer, was machst du da und wie ist es da und neulich hatten wir doch auch dieses, und ich verstehe sie so schlecht, weil ich gar nicht verstehe, was gerade in ihrem Kopf abläuft. Sie denkt dann irgendwas, was ich überhaupt nicht nachvollziehen kann. Dann versuche ich halt, sie zu beruhigen, und, ja, dass ich halt voran komme, aber, ja, es ist halt sehr schlecht. Am besten geht's mit ihr halt, wenn wir einkaufen gehen, dann kann sie laufen, sie läuft sehr gerne, sie ist sehr mobil, ich kann mit ihr draußen lange rumlaufen, einkaufen, da hat sie viel Spaß dran. Ja, beim Essen muss ich sie ständig auffordern, „iss doch noch ein Löffelchen, und trink doch ein Schlückchen“, und es dauert alles sehr lange. Ja, soviel Geduld habe ich nicht immer, die geht mir oft ab. Da muss ich schon mal das Zimmer verlassen und sehen, dass ich mich wieder beruhige oder ich komm dann auch schon mal hier her, in diese Einrichtung und bekomme dann fachkräftige Unterstützung von Frau Matip und in den Gruppen. Und an manchen Tagen kann ich meine Schwiegermutter auch hier zur Tagespflege geben, das ist für mich dann wie Urlaub. Da hab ich dann den Tag richtig frei. Ja. So geht's durch den Tag. Mein Sohn kommt irgendwann aus der Schule, der möchte mit mir sprechen; mein Mann kommt von der Arbeit, wir wollen Familienleben zusammen haben; und immer haben wir die Johanna dazwischen, die uns ständig unterbricht. Sie findet es nicht schön, wenn ich mich mit anderen Leuten unterhalte und nicht mit ihr. Sie möchte immer im Mittelpunkt stehen, sie möchte immer die Nummer eins sein...gut, verstehe ich, möchte ich auch manchmal. Und das kann ich bei ihr überhaupt nicht. Mit ihr im Zusammenhang muss sie immer im Mittelpunkt stehen. Und ich muss immer gucken, was braucht sie gerade, was denkt sie gerade. Ich weiß es nicht, ich

muss so oft raten, was will sie, wie kann ich ihr helfen. Ja, man muss sich sehr hineinversetzen. Das ist sehr schwierig.

Das Schöne an der Johanna ist, sag ich jetzt mal so aus meiner ganz egozentrischen Sicht, dass sie abends früh schlafen geht, und einen weiter nicht mehr stört. Also, ab neun Uhr habe ich dann Feierabend. Ja, und dann habe ich noch ein Stündchen für meine Familie.

Das ist so ein typischer Alltag.

Herr Dr. Jahn: Ja, ich glaube, es ist sehr deutlich geworden, dass das ein Fulltime-Job ist, dass das etwas ist, das offensichtlich nicht nur handwerkliche Fähigkeiten erfordert. Aber wie wir heute so eindrucksvoll mitgeteilt bekommen haben, eine ganzheitliche Aufgabe ist.

Ich will anschließen, direkt bei Frau Matip. Frau Matip, ich habe es in der Vorstellung schon gesagt, Sie haben ein Buch geschrieben, „Wege aus dem Labyrinth der Demenz“. Was ist das eigentlich, das Labyrinth, wie würden Sie dieses Labyrinth beschreiben können, gibt es Wege aus diesem Labyrinth? Sie haben die praktische Erfahrung, dass möglicherweise auch den Teilnehmern hier zu vermitteln, was dies für ein Labyrinth sein soll.

Frau Matip: Wenn eine Demenz in das Leben einer Familie tritt, dann ändert sich alles, es bleibt nichts mehr so wie es war vorher. Und das ist, denke ich, das größte Problem für die Angehörigen, aber auch für die Menschen mit einer Demenz. Es ändert sich dauernd etwas, und es kostet unwahrscheinliche Kraft, sich immer wieder neu diesen Situationen anzupassen. Ja. Und dann gerät man als Angehöriger, als Mensch an einen Ort, da wollte man gar nicht hin, dann ist man plötzlich mitten drin im Labyrinth; im Labyrinth der vielen unterschiedlichen Gefühle, der Hilflosigkeit, der Verunsicherung, der Angst, und man sieht gar nichts mehr, man findet den Weg nicht hinaus. Dann muss es Menschen geben, die diesen Weg hineingehen, in das Labyrinth; die den Weg reingehen zu den Menschen, die eine Demenz haben, zu den Angehörigen, und deswegen ist mein Postulat und meine Forderung, dass jeder Mensch mit Demenz, jeder An-

gehörige das Recht hat, auf eine zugehende Beratung und Begleitung, und zwar von Anfang an, wenn die ersten Probleme auftauchen, und nicht erst, wenn eine Pflegestufe festgestellt wurde.

Beratung ist gut; Beratung ist wichtig, um Angehörige zu begleiten, aber Beratung allein genügt nicht. Angehörige und auch Demenzkranke, die brauchen die Hilfe, die Unterstützung im Alltag, und da möchte ich wirklich anknüpfen, an das, was Frau Abt-Zegelin heute morgen gesagt hat, es gibt so viele Möglichkeiten, Menschen zu helfen, wie es Menschen gibt. Und je individueller diese Hilfe, diese Entlastung ist, desto besser ist es. Und da ist es wichtig, ganz nahe bei den Angehörigen und bei den Menschen mit Demenz zu sein, genau hin zu gucken, hin zu hören; wir werden es wahrnehmen, ich denke, wenn wir aufmerksam sind. Weil nur sie selbst, nämlich Angehörige und Demenzkranke bestimmen, was gut für sie ist, was ihnen gut tut, und nicht wir Experten, die wir hier sitzen.

Herr Dr. Jahn: Sehr private, obwohl berufliche Erfahrungen, sehr emotional empfundene auch hier vorgetragene Erfahrungen.

Nun würde ich ganz gerne sozusagen die Nüchternheit der Wissenschaft bemühen wollen; heute morgen haben wir im Übrigen erfahren, dass Wissenschaft gar nicht so nüchtern sein muss. Aber ich glaube, dass es auch darum geht, das was man durch Fakten auch systematisch erfasst hat, deutlich zu machen. Herr Dr. Schnabel hat an einer Studie gearbeitet: Pflegebedarf in Einrichtungen der stationären Pflege, glaube ich, so heißt diese Studie. Und dort im Bereich der stationären Pflege sehr intensiv Daten und Fakten versucht zu erfahren. Wir wissen, dass der Anteil demenziell Erkrankter in den stationären Einrichtungen stetig steigt, immer noch steigt, vor dem Hintergrund der demographischen Situation auch steigen muss. Wie sieht das eigentlich aus, wenn man beide Gruppen miteinander mal vergleicht; ist der Aufwand hier nicht so enorm, dass die Gruppe der somatisch Erkrankten beziehungsweise Pflegebedürftigen darunter leiden müssen, wie sieht es eigentlich in den stationären Einrichtungen konkret aus?

Herr Dr. Schnabel: Herr Dr. Jahn, meine Damen und Herren, man muss kein Wissenschaftler und kein Experte sein, um zu wissen, dass das Belastungspotenzial in stationären Einrichtungen in Zusammenhang mit der Betreuung und Versorgung Demenzkranker natürlich sehr, sehr hoch ist. Und wir haben in der Tat in dieser Studie festgestellt, dass natürlich gerade das Zusammenreffen von somatischen und psychischen Problemlagen – ich würde diese beiden Gruppen gar nicht so gegen einander stellen, gerade heute – das Zusammenreffen von somatischen und psychischen Problemlagen, halt die großen Belastungspotenziale in der stationären Pflege sind. Wir haben festgestellt, dass wenn man sich mal die Pflegestufenverteilung anschaut, dass etwa in der Pflegestufe eins der Aufwand für die Betreuung Demenzkranker etwa, zweieinhalb mal so hoch liegt wie für nicht Beeinträchtigte, also von der Orientierung nicht beeinträchtigte Bewohner. Am Beispiel wird schon sehr deutlich, dass wir natürlich nicht nur, ich sag mal, ein großes Belastungspotenzial haben, sondern auch ein Systemproblem in der Pflegeversicherung haben, das heißt, was eigentlich die Konsistenz der Pflegestufen angeht. Hinzu kommt, und das betrifft natürlich nicht nur die personelle Belastung, sondern auch die Organisation in den Einrichtungen. Hier haben wir eine Versorgung, die eigentlich sehr stark auf die Reaktion, auf akuten Hilfebedarf ausgerichtet ist, und das heißt, die Menschen in Einrichtungen, die desorientiert sind, aber noch mobil sind, bei denen ist die Chance höher, dass sie Leistungen auch etwa aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung erhalten; bei denjenigen, die immobil sind, ist diese Gerechtigkeit in dem Sinne sicherlich nicht gegeben. Grundsätzlich denke ich, für die stationäre Pflege, gerade angesichts auch der begrenzten Therapieerfolge, die man halt mit Medikamenten noch erreichen kann, und es geht gerade eine neue Studie aus England durch die Medien, die noch mal deutlich gemacht hat, dass also die Wirkung dieser Acetyl-Cholinesterasehemmer ja doch sehr, sehr begrenzt ist, und vor dem Hintergrund kommt es eigentlich für

mich heute darauf an, in den Einrichtungen vor allen Dingen Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohner zu sichern und, ich sag mal, sich nicht zu stark auf die medikamentöse Behandlung zu stützen. Da weiß man schon sehr lange auch, ich sag mal, dass das auch nur eine begrenzte Wirkung hat. Und ein englischer Wissenschaftler hat mal provokativ gesagt, was ist eigentlich mit den ganzen kognitiven Tests, die man immer mit den Menschen macht, was erzählen die uns eigentlich über Lebensqualität? Und ich denke, das ist eigentlich genau der Punkt, den wir stärker in den Blick nehmen müssten. Aber ich möchte noch einen Satz sagen auch zum ambulanten Bereich, weil ich den für sehr, sehr wichtig halte. Wir haben mittlerweile, wenn man mal über die deutschen Grenzen hinausgeht, in Gesamteuropa circa vier Millionen Demenzkranke, das ist ein großes Problem in allen Ländern; jährlich kommen 600.000 dazu, und allein schon an diesen Zahlen sieht man, was das auch für eine gesundheits- und sozialpolitische Dimension hat. Und ich denke, gerade der ambulante Bereich, und die meisten werden eben von Angehörigen, wie gerade geschildert, gepflegt, bedarf einer besonderen, auch sozialpolitischen Aufmerksamkeit, denn wir wissen alle, wie hoch das Belastungspotenzial und auf Dauer die zum Teil unerträglichen Belastungen auch in der häuslichen Umgebung sind. Insofern bin ich sehr froh, dass es jetzt dieses Projekt auch der Stiftung Wohlfahrtspflege gibt, auch eine wissenschaftliche Begleitung dazu, wo ja dieser ambulante Bereich auch besonders fokussiert wird.

Herr Dr. Jahn: Vielleicht kommen wir gleich noch mal darauf zurück, welche möglichen Ver..., Änderungsmöglichkeiten in den stationären Einrichtungen es gibt; gibt es organisatorische Möglichkeiten der Veränderung, um die Situation dort zu verändern? – Aber lassen wir es erst mal so stehen, ich denke, darauf, können wir gleich noch mal zurückkommen.

Herr Vöge; Sie sind derjenige, der diese Tagung mit möglich gemacht hat, Sie sind derjenige, der als Stiftung, gemeinsam mit Ihren Mit-

streitern gute Ideen entwickelt hat, ein solches Modellprogramm aufzulegen. Was erwarten Sie eigentlich? Entschuldigung, ich meine, was haben Sie sich eigentlich dabei gedacht? Denn wir erleben das ja auch in vielen anderen Modellprojekten, dass unter dem Stichpunkt der Nachhaltigkeit bei der Frage, was wird danach, immer wieder Probleme erkennbar sind. Hat die Stiftung daran gedacht, dass dieses Projekt, oder dieses Modellprojekt, so angelegt ist, dass auch nachhaltige Strukturen geschaffen werden können? Sagen Sie doch ein bisschen noch was zu dem Modellprogramm und was Sie sich damit erwünschen.

Herr Vöge: Also, als erstes muss ich immer darstellen, dass ich nicht der Weihnachtsmann bin. Doch weil wir seitens der Stiftung seit dreißig Jahren fördern; wir sind die größte staatliche soziale Stiftung Deutschlands, wir fördern nur nordrhein-westfälische Projekte; wir fördern Behindertenprojekte, Altenprojekte und Kinder in Armut, das sich als ein großes Zukunftsprojekt zeigt, deshalb sind wir auch rangegangen. Aber jetzt zu dieser Frage. Also, wir tun es nicht, weil wir es tun, sozusagen, weil wir genügend Geld haben und, wie gesagt, als Weihnachtsmann so durch die Gegend gehen und sagen, jetzt machen wir mal so ein Modellprogramm; sondern der Sinn des Ganzen ist, dass wir sehr frühzeitig erkannt haben, dass die Pflegeversicherung einen grundsätzlichen Webfehler hat, und dieser grundsätzliche Webfehler ist, dass demenzielle Erkrankungen nicht zum Programm, zum Grundgesetzprogramm der Pflegeversicherung gehören und damit sozusagen schon eine mangelnde Perspektive von Anfang an in der Pflegeversicherung war und die Pflege somit grundsätzlich erschwert wurde. Damals waren es sicherlich auch finanzielle Gründe. Aber ich glaube, zehn Jahre seitdem, ist ja zehn Jahre her, dass die Pflegeversicherung geschaffen wurde, ist es Zeit, erheblich darüber nachzudenken: Wie geht es weiter mit der Pflegeversicherung?

Das war der Grundgedanke im Jahre 2001. Wir haben gesagt: Jawohl; wir haben schon im Bereich der Wohnheimförderung, der ambulan-

ten Förderung einiges gemacht, auch Modelle, sie sind auch in die Praxis mit eingegangen. Aber wie sieht es aus mit der Versorgung von demenziell Erkrankten? Und zwar in den unterschiedlichsten Facetten. Wir müssen uns das als Netzwerk vorstellen. Nur ein Modell für Einrichtungen gibt es nicht. Das, was eben gerade auch hier genannt worden ist, mit dem Labyrinth; wir waren auch der Meinung, es gibt ein Labyrinth der unterschiedlichen Vorstellungen, weil die Krankheit und das Erscheinungsbild und die Realität so ungeheuer unterschiedlich ist und jeder gefordert ist – von der Familie bis hin zum Profi, bzw. zur Profession. So, und da wollten wir insgesamt über 60 Modelle fördern. Wir haben für die vier Jahre 12 Millionen Euro eingesetzt, und stellen uns natürlich vor, und sind im übrigen dankbar, dass die wissenschaftliche Begleitung durch das Ministerium, durch das Sozialministerium erfolgt – meine These ist grundsätzlich, Modellprogramme ohne wissenschaftliche Begleitung ist absoluter Mist. Das muss gemacht werden, und deshalb bin ich dankbar, dass wir hier auch eine Verzahnung darstellen konnten mit dem Ministerium – dass diese Modelle ausgewertet werden und dann in eine zukünftige, erweiterte Pflegeversicherung, nämlich mit dem Begriff demenzielle Erkrankungen erweiterte Pflegeversicherung hineingehen. Sonst hat es keinen Zweck. Und deshalb sage ich ja auch ausdrücklich, das, was am Februar dahingeplappert wurde in Berlin, das war absoluter Blödsinn. Es muss weitergedacht werden in der Pflegeversicherung, und auch das, was in diesem Jahr gemacht wird, nämlich die Umsetzung des Bundesverfassungsurteils, ist richtig, aber: mittelfristig! Und mittelfristig heißt für mich in den nächsten zwei Jahren – aus finanziellen Gründen, aus inhaltlichen Gründen, muss die Pflegeversicherung weiterentwickelt werden, und sie darf nicht nur aus finanziellen Gründen weiterentwickelt werden, sondern wir müssen einen tiefgehenden Blick hin zu den Inhalten setzen, und wir müssen uns den Inhalten stellen.

Deshalb kann ich ja immer nur auffordern, dass wir solche Modelle diskutieren, auch außer-

halb der Fachwelt diskutieren. Es reicht mir nicht, wenn ich nur etwas erfahre über, Erweiterung der Pflegeversicherung in Fachzeitschriften. Ist gut und ist richtig, fast alles, was da steht. Wir müssen einen öffentlichen Druck erzeugen, damit die Veränderung der Pflegeversicherung, nicht nur Finanzaspekten dient, sondern auch gesehen wird als Hilfe für die betroffenen Menschen und deshalb war es wichtig und richtig, dass wir von der Stiftung aus einen Anfang gemacht haben.

Herr Dr. Jahn: Ich kann es mir nicht so ganz vorstellen, Herr Vöge, weil ich die Frage der Nachhaltigkeit ja nicht gestellt habe, und sie nicht beantwortet bekomme, aber wir kommen mit Sicherheit noch mal darauf zurück, weil ich glaube, dass ist eines der Probleme, die auch die laufenden Projekte haben. Was wird danach? Vielleicht können wir später darauf noch eingehen.

Frau Ministerin, ist meine These richtig, dass Sie relativ begrenzte Einflussmöglichkeiten, was die Frage der Pflege, des gesamten Pflegebereiches angeht, nur haben? Ich werde das begründen, bzw. sagen: Es ist angesichts der demokratischen Entwicklung ja deutlich geworden, auch anhand der Vorträge heute, dass es einen zunehmenden Bedarf an gerontopsychiatrischen Hilfen gibt, einen zunehmenden Betreuungsbedarf gibt, der gedeckt werden muss. Was kann das Ministerium tun, um hier aktiv zu werden, hier auch in Lücken zu stoßen, die wir heute Morgen hier alle erkannt haben? Was haben Sie bisher getan? Wir haben festgestellt, dass das Ministerium die wissenschaftliche Begleitung finanziert und durchführt; verantwortlich durchführen lässt. Im Publikum sind die Kollegen, glaube ich da. Sie sitzen da hinten in der Ecke. Für die Projekte, die tätig sind, wird das eine richtige und wichtige Adresse sein; Institut für Sozial- und Kulturforschung, Herr Heinz Altena, der die wissenschaftliche Begleitung durchführen wird.

Was haben Sie getan, was können Sie überhaupt tun, und was können wir in der Zukunft noch von Ihrem Ministerium erwarten?

Frau Fischer: Also, geringen Einfluss, weiß ich nicht, aber das Brett ist verdammt dick, durch das man wirklich bohren muss, insgesamt. Ich glaube, man muss grundsätzlich sagen, dass bei uns in Deutschland Pflege nicht den Stellenwert hat, die sie eigentlich braucht, das gilt für das gesamte Gesundheitswesen und ich glaube, in diesem Sinne ist in vielen Fällen die Demenzerkrankung und der Umgang mit Demenzerkrankungen so etwas, wie ein Eisbrecher, oder beispielhaft eine Entwicklung, die für diesen Fall besonders deutlich zeigt, dass wir uns nicht nur konzentrieren dürfen, auf somatische Erkrankungen, sondern das Pflege weit darüber hinaus geht. Wir sprechen hier nämlich nicht von Heilung, oder nur Pflege einer körperlichen Erkrankung, sondern, Demenz braucht Zuwendung, braucht Zeit, braucht Anerkennung, braucht das Fördern der Demenzkranken, eine Organisation des Alltags. Wir haben heute Morgen lang und breit darüber diskutiert. Eigentlich spiegelt es das wieder, was für viele andere Pflegesituationen auch gilt, was aber beispielsweise, als die Pflegeversicherung entstanden ist und überhaupt nicht berücksichtigt worden ist, was häufig aber auch in der Praxis nur eine geringfügige Rolle spielt. Wenn wir sehen, wie bei uns Pflegekräfte ausgebildet sind, auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, auch daran erkennt man, dass es einen geringeren Stellenwert hat, bei uns in Deutschland, als in anderen Ländern. Das heißt, wir haben also eine ganz breite Palette der unterschiedlichen, notwendigen Veränderungsnotwendigkeiten, was also angegangen werden muss.

Zum Thema Demenz: Was wir hier jetzt tun, auch als Land tun können, ist zum einen, über solche Modellprojekte, die wir ja mit unterstützen, auch durch die wissenschaftliche Begleitung, im Grunde praktische Erfahrungen zu sammeln, zu sagen: „Dies muss jetzt als Ergebnis weiter genutzt werden, für die Weiterentwicklung der Behandlung demenzkranker Patienten und Patientinnen“. Wir haben beispielsweise, es sind nur Ecksteine, die jetzt entstehen, wir haben inzwischen acht so genannte Servicecenter in

NRW, Servicecenter-Demenz, die genaue Beratung der Angehörigen, die Beratung der Demenzerkrankten, aber auch die Beratung unterschiedlicher Einrichtungen, sowohl Pflegekräfte, also aus Krankenhäusern, aus Altenheimen als Mitberatungen unterstützen. Das heißt, hier dieses Thema Demenz, zunächst einmal wirklich in den Focus zu nehmen und zu sagen: „Was heißt das denn praktisch an Veränderungsnotwendigkeiten, und wie können wir das Wissen, das Know-how, die neueren Entwicklungen, die es gibt, so transportieren, dass die Praktiker und Praktikerinnen auch tatsächlich hier eine Anlaufstelle bei uns haben, wo sie Informationen und Erfahrungen gleichermaßen abrufen können?“

Es geht weiter darum, dass wir bei der Landesregierungsvertretung ein neues Modellprojekt haben, „Pflegerische Angehörige“, wo speziell die pflegenden Angehörigen selbst als Person wahrgenommen werden, nicht nur vermittelt, durch diejenigen, die sie pflegen, sondern selbst, in welcher Situation stehen sie, was brauchen sie an Unterstützung, was brauchen sie an Begleitung? Über Projekte zur Unterstützung der Freiwilligenarbeit, die auch im Pflegebereich tätig sind, ist dies ein weiterer Mosaikstein, den wir also leisten, um einfach dieses Thema Pflege, als zukünftige Herausforderung, auch hier bei uns im Land NRW, doch stärker mit praktischen Handlungsmöglichkeiten zu unterlegen. Das waren einige Beispiele, die ich genannt habe. Eine Veränderung unserer Pflegeeinrichtungen, die wir haben, unsere Altenheime die wir haben, hin zu Beratungseinrichtungen für pflegende Angehörige, für die Nachbarschaft, als Anlaufstellen, auch dies ist ein weiterer Schritt, der zwingend notwendig ist, um ihn in die Wege zu leiten. Das heißt, wir haben ja viele Strukturen, die wir nutzen können in NRW, wir müssen sie nur auf die neuen Herausforderungen stärker einstellen und müssen diejenigen, die das alles leisten sollen, auch darin unterstützen, dass sie es tatsächlich leisten können. Das sind die Ansatzpunkte, die wir versuchen, konkret in NRW, auf den Weg zu bringen. Darüber hinaus gibt es dann indirekt die Einflussmöglichkeiten, auf die Weiterentwick-

lung der Pflegeversicherung. Das ist ja nichts, was mal irgendwo im fernen Berlin stattfindet, sondern je nachdem, was wir vor Ort in den einzelnen Städten, in den einzelnen Ländern, mit auf den Weg bringen, was wir an Forderungen mitbewegen, wird ihnen Niederschlag finden, auch in einer Veränderung der Pflegeversicherung. Und ich bin zutiefst davon überzeugt, dass wir eine stärkere Unterstützung, im ambulanten Bereich entwickeln müssen, dass wir, insbesondere Demenz zunächst mal überhaupt mit aufnehmen müssen, in die Pflegeversicherung. Wenn dies erreicht wäre, wenigstens als kleiner Anfangsschritt, dann wird sicherlich eine Entwicklung in Gang kommen, auch im Bereich der Pflegeversicherung, die insgesamt unsere Situation verbessern wird.

Wir müssen dazu unterschiedliche Netzwerke aufbauen, damit meine ich, unter anderem auch die Pflegeversicherung die, zum Beispiel, bei den acht Servicecentern mit im Boot sind, das heißt, dies sind gemeinsame Projekte der Pflegeversicherung mit dem Ministerium. Vergleichbare Netze brauchen wir einfach; die Stiftung Wohlfahrtspflege, wir brauchen die Pflegeversicherung selber, wir brauchen die einzelnen Sozialverbände, die dort ohnehin über ihre Trägerschaft auch mitwirken. Ich glaube, dann können wir zu einem anderen Verständnis, einem anderem Bewusstsein, auch in Deutschland, kommen und damit auch zu einer Veränderung der Praxis hier bei uns.

Herr Dr. Jahn: Ich will das Stichwort an Herrn Moldenhauer weitergeben. Veränderung der Pflegeversicherung hat die Ministerin gefordert. Sie haben ein sehr deutliches Statement abgegeben, in der Frage des Pflegebegriffs. Sie haben gefordert, dass der Pflegebegriff sich, unter Einbeziehung des allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarfs, neu definieren soll. Können Sie das ein wenig verdeutlichen, was Sie damit meinen und welches Spektrum Sie damit eigentlich auch meinen?

Herr Moldenhauer: Ja, wir haben ja eingestehen müssen, dass der Pflegebegriff der Pflegeversicherung, so wie er 1994 definiert worden

ist, zu kurz greift. Das Eingeständnis hat man gemacht, mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz, 1. 1. 2002 in Kraft getreten. Wobei das nur kleine Ergänzungsleistungen für den Personenkreis der, ich sag mal, Demenzen und geistig Behinderten und mittelschwer psychisch Kranken hergegeben hat, nämlich 460 Euro im Kalenderjahr, was wirklich nur sehr wenig Geld ist. Man hat ja diese Regelung getroffen, weil nicht mehr Geld vorhanden war, wissend, dass man eigentlich den Pflegebegriff erweitern muss. Wenn man das also im Jahre 2001 so entschieden hat und 2002 in Kraft gesetzt hat, so ist die Diskussion natürlich auch weitergegangen und ich kenne wirklich keine, im Grunde keine Reformidee, die eine Veränderung des Pflegebegriffes außer acht ließe. Die Frau Ministerin hat es gerade gesagt, Herr Vöge hat es gesagt, ich denke, wir müssen tatsächlich den Pflegebegriff umfassend neu definieren, so dass allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtungsleistungen pflegerelevant werden, bei der Einstufung. Ja, ich sage aber auch dazu, ich glaube, dass das nicht dazu führen würde, dass wir dann so viel Geld hätten, dass wir das alles bezahlen könnten, ich sage nur, dass wir bei der Einstufung die Gerechtigkeitsfrage zunächst mal beiseite hätten, und dieses so berücksichtigen würden, wie die klassische Pflegeleistung, wie Waschen, Lagern und dergleichen. Da muss man sich in einem zweiten Schritt überlegen, welche Leistungsbeträge stellen wir denn den Leuten zu Verfügung. Ich vertrete da wirklich den Ansatz, den man in Österreich gegangen ist. Wir schaffen dieses Verhältnis zwischen Sachleistungen und Geldleistungen ab und geben den Leuten tatsächlich ein Pflegebudget in die Hand, was natürlich nicht bedarfsdeckend sein wird, das kann ich mir nicht vorstellen, das ist eine Frage, die die Politik entscheiden müsste. Aber ich kann mir so eine bedarfsdeckende Budgetierung nicht vorstellen und da müssen die Leute entscheiden und da bin ich völlig bei Frau Matip, was die Familien denn am besten mit dem Geld machen. Und jetzt kann ich auch meine Brücke schlagen zu den Projekten, die sich hier vorgestellt haben, die Projekte, die

ich kenne, die finde ich alle ganz toll. Wenn hier auch die Frage gestellt wird, „Was passiert denn mit den Projekten, wenn die Projektförderung ausläuft?“ So sage ich: „Wenn wir die Pflegeversicherung im Sinne meiner Vorschläge reformieren, dann haben die Leute Geld zur Verfügung und die müssen dann entscheiden, ob sie ihre Angebote annehmen.“ Das ist für mich der härteste Indikator dafür, ob ihre Arbeit Erfolg haben wird. Ich glaube sehr wohl, dass wenn ich Geld zur Verfügung habe, ich Betreuungsangebote in der Form in Anspruch nehmen würde, wie sie, ich sage das jetzt als Beispiel, das DRK in Bochum anbietet. Das müssen die Leute entscheiden, nehmen sie diese Angebote in Anspruch, nehmen sie Pflegeleistungen in Anspruch? Wie hoch letztlich der Betrag ist, das ist eine Frage, die die Politik entscheiden muss, das können die Pflegekassen in keiner Weise entscheiden. Das ist auch eine Frage der gesellschaftlichen Diskussion: „Wie viel ist uns die Pflege wert in Deutschland?“

Herr Dr. Jahn: Ich hoffe, dass das, was Sie gerade gesagt haben, ein bisschen beruhigt und Perspektiven aufzeigt. Mit der Politik könnte man sehr optimistisch in die Zukunft schauen, inwieweit hier der Problematik, die wir heute hier zu behandeln haben, ein bisschen näher kommen können.

Frau Höft, Sie arbeiten, wie ich das hier sehe, an der Schnittstelle, zwischen Medizin, auf der einen Seite und Pflege auf der anderen Seite. Ich habe bei der Vorstellung Ihrer Person vorgetragen, dass Sie Empfehlungen geschrieben haben, Standards entwickelt haben. Sie haben allerdings, bevor Sie darauf kommen, auch in Ihrer These geschrieben, dass die Frage der Diagnosestellung, die frühzeitige Diagnosestellung, eine entscheidende Frage auch für den weiteren Umgang ist. Können Sie das bestätigen, dass in der Medizin das korrekt auch gemacht wird, dass auch korrekte Diagnosen gestellt werden, damit man auch richtig damit umgehen kann?

Frau Höft: Vielen Dank, ja Sie haben darauf angespielt, dass ich Standards entwickelt habe für die Pflege. In der Tat ist es so, dass wir aufgebrochen sind, im Auftrag des Landschaftsverbandes damals, die Situation in den Pflegeeinrichtungen zu verbessern und wir sind als Erste da aufgebrochen und wollten eigentlich die Pflege verbessern, das hat uns sensibilisiert dafür. Obwohl wir sicherlich ein Stück weiter gekommen sind, dass die Demenz als Krankheit noch zu wenig zugestanden bekommt, dass sie wirklich eine langfristige, so wie ich es geschrieben habe, eine langfristige und sehr schwere Krankheit ist und das, was anderen Krankheiten zugestanden wird – das hat einen Wert an sich, krank zu sein – dass das Demenzkranken oft vorenthalten wird, das spiegelt sich zum Beispiel oft darin wieder, dass Diagnosen, leider Gottes, nicht oft frühzeitig gestellt werden, wobei wir viele, viele Möglichkeiten haben. Heute, auch wenn Sie recht haben Herr Schnabel, dass der Wert der Medikamente, der Antidementiva, der neuen die wir haben, noch mal so ein bisschen relativiert worden ist. Aber wir haben wirklich auch viele medizinische Möglichkeiten. Der Wert „Krankheit Demenz“ ist auch deshalb wichtig, weil nach allem was wir heute über die Ursachen der Krankheit wissen, ist sie ja keine Krankheit, die aus dem eigenen Verschulden entsteht. Wir aber wissen, aus der Begleitung der Angehörigen, wie schwierig sich das vermengt, mit Gefühlen von Schuld und Scham zum Beispiel, und auch da ist es wichtig immer zu sagen: „Es ist eine Krankheit.“, und zu gucken, wo liegt da wirklich Schuld und was für eine Art von Schuld?

Das Letzte und was mir in dieser langen Arbeit auch immer was ganz Wichtiges gewesen ist, letztendlich stellt erst die Diagnose Demenz, die Eingangsvoraussetzung her, um Leistung zu bekommen Das heißt, finanzielle Anrechte leiten sich erst dann ab, wenn ich auch wirklich die Diagnose Demenz habe, wenn ich irgendwie nur verändert bin, auch dieses Wort ist leider heute immer wieder zwischendurch gefallen und nicht „krank“, sondern „irgendwie demenziell“ verändert, dann habe ich eigentlich, nach den Buch-

staben des Gesetzes, kein Recht auf Leistungen, weder aus der Krankenversicherung, noch aus der Pflegeversicherung.

Wir haben jetzt hier die ganze Zeit über Leistungen der Pflegeversicherung gesprochen. Das alles ist zu unterstützen, wir kennen gesundheitsökonomische Untersuchungen, aus den letzten Jahren, wir wissen, dass eine Demenzerkrankung im Jahr, im Endstadium, um die 50.000 Euro kostet, zwei Drittel davon tragen die Betroffenen selbst und ihre Angehörigen, vielleicht ein Drittel, eher weniger, als ein Drittel die Pflegeversicherung und von den 100.000 Euro sind 1.000 Euro Krankenversicherungsleistungen. Also von daher denke ich, ist auch da noch mal ein großer Bedarf! Ich finde es toll, was wir heute hier gehört haben, ich bin ja Mitglied im Gutachterausschuss, alle Projekte die uns vorgestellt wurden, befassen sich mit Pflege. Ich finde es ganz wichtig, dass da auch die Medizin noch mal ein bisschen mehr mit einbezogen wird, das kommt halt daher, weil das alles so zweigleisig ist. Das eine ist Pflege und das andere ist Krankenversicherung, also die Medizin gehört da durchaus hin. Auch wenn wir die Frage stellen nach dem: „Was nun?“ und „Wie geht es weiter?“, ganz wichtig die Ursachenforschung und für die Leistungsseite ganz wichtig: „Was können wir entwickeln?“, auch da gibt es leider nur Anfänge, was die medizinische Rehabilitation angeht, in den Frühstadien der Demenz und was zum Beispiel auch, im weitesten Sinne, psychotherapeutische Verfahren und Maßnahmen angeht, insbesondere auch in frühen Stadien der Demenz, da erwarte ich mir auch eine Menge Impulse für die Zukunft.

Herr Dr. Jahn: Frau Krafft, Sie sind jetzt zuletzt gefragt. Wir haben heute morgen sehr eindringlich die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, der Studie der Fachhochschule in Bochum gehört, in denen ja sehr positiv über das Zusammenspiel der Hauptamtlichen auf der einen Seite und der freiwilligen Arbeit auf der anderen Seite beschrieben wurde, auch untermauert wurde, durch die Ergebnisse, der wissenschaftlichen Begleitung oder Untersuchung, die

dort vorgestellt wurde. Ich glaube da noch nicht so richtig dran, dass dieses so reibungslos vonstatten geht. Sie arbeiten in einem konkreten Projekt, das dieses zum Ziel hat, Begegnungen zu stiften. Vor diesem Hintergrund noch mal von ihnen die Aussage, nicht nur über den Stellenwert von Freiwilligen zu reden, sondern auch das Verhältnis zwischen allen Beteiligten noch mal ein wenig zu skizzieren.

Frau Krafft: Ja, unser Projekt hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe zu verbessern. Wir sind davon ausgegangen, dass der Anteil von professioneller Pflege überhaupt nicht den Bedarf an Kontakten, an Begegnungen abdecken kann. Bei noch so guter Personalausstattung in den Einrichtungen, kann das schlechtestens überhaupt funktionieren, dass ausschließlich über professionelles Pflegepersonal die Kontakt- und Begegnungsbedürfnisse befriedigt werden. Das kann auch nicht funktionieren, da wo noch genügend Familienangehörige vorhanden sind, die noch, so zu sagen, ein weiteres Element dazu bringen.

Unser Ansatz war der, dass wir gesagt haben, jeder Mensch der in seiner normalen Wohnumgebung lebt, hat die Möglichkeit sich Kontakte selbst zu schaffen, selbst nach draußen zu gehen, einzukaufen, Kontakte zu pflegen, mit Nachbarn sich zu treffen, Feiern zu feiern, spazieren zu gehen, ins Theater zu gehen usw. Ein Mensch, der in einer Institution lebt, wie in einem Altenheim, kann das nicht mehr, erst recht kann das keiner mit Demenz, zu mindestens nicht alleine und zu mindestens nicht in der Form, wie wir das alle noch können, Gott sei Dank noch können. Wir wollten mit dem zusätzlichen Angebot von Freiwilligen-Engagement in der Altenhilfe dieses reduzierte Maß an Begegnungen etwas auffüllen und wollten das wieder zurückgeben, was zum Teil verloren gegangen ist. Das stößt natürlich in der Anfangsphase auf große Vorbehalte, heute Vormittag ist eine Untersuchung zitiert worden, wonach Hauptamtliche sehr offen mit freiwilligem Engagement umgehen, das kann ich für unser Projekt, zumindest

was die Startphase betrifft, nicht durchgängig bestätigen.

Es gibt sicherlich einzelne Hauptamtliche, die gerne mit Freiwilligen zusammenarbeiten, es gibt sicherlich einzelne Freiwillige, die gerne mit Hauptamtlichen zusammenarbeiten. Das waren aber dann sozusagen Ringeltauben und erst mit sehr viel mühevoller Kleinarbeit und sehr viel mühevолlem Schaffen von Begegnungen, zwischen Hauptamtlichen und Freiwilligen, ist es uns gelungen, das ein Stück weit aufzubrechen und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass es nur miteinander geht, dass nicht die Einen neben den Anderen arbeiten können, und im schlimmsten Fall die Einen gegen die Anderen arbeiten, sondern dass es darauf ankommt, das gemeinsam anzupacken. Dafür haben wir unterschiedliche Mittel und Methoden angewendet, wir haben versucht Gesprächskreise zu bilden, oder Fortbildungen in gemeinsamer Form zu organisieren, um dieses Miteinander zu gestalten, weil wir davon ausgegangen sind, dass nur da, wo man sich kennt und wo man sich versteht, auch gemeinsam miteinander arbeiten kann und nicht da, wo man nichts voneinander weiß und den Eindruck hat, der andere Mensch ist Konkurrenz für einen selber. Das vielleicht soweit zu ihrer Frage und zu dem Projekt.

Ich würde gerne aber auch die Gelegenheit nutzen, weil ich ja jetzt hier stellvertretend für die anderen Projekte, die durch die Stiftung Wohlfahrtspflege gefördert werden, sitze, zumindestens verstehe ich mich so, und ich es dann auch unfair finde, wenn ich nur zu meinem Projekt was sage. Ich finde, wir haben hier heute eine ganze Reihe an sehr positiven Projekten auf den Tisch bekommen. Das finde ich sehr gut, weil damit nämlich, jetzt greife ich die Frage nach der Nachhaltigkeit auf, die hatten wir glaube ich vorhin als Frage gestellt, weil ich denke, dass man da noch mal eine andere Form von Nachhaltigkeit schaffen kann. Wir versuchen alle in den Projekten, zumindest die Leute, die ich hier kennen gelernt habe, die jeweiligen Projekte auf Nachhaltigkeit anzulegen, dass also, zum Beispiel, wir in unserem Projekt nicht davon ausge-

hen, wenn die drei Jahre Stiftungsförderung abgelaufen sind, dass dann das Projekt zu Ende ist und das es dann keine Freiwilligen in unseren stationären Einrichtungen mehr geben wird. Wir versuchen das so zu organisieren, dass es überlebensfähig ist und auch danach noch weiter existiert. Das ist aber nur der eine Teil, aus meiner Sicht von Nachhaltigkeit. Der andere wäre der Grundsatz, der Nachhaltigkeit dieser Modellförderung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege, und ich finde, dies kann nur dann erreicht werden, wenn wir solche Austauschforen, wie dieses hier, in sicherlich nicht sehr kurzen, aber dennoch regelmäßigen Abständen planen. Und wenn wir, das was jetzt dankenswerterweise an wissenschaftlicher Auswertung über die gesamten Projekte verläuft, einer Allgemeinheit zugänglich machen. So dass die positiven Effekte, die mit den einzelnen Projekten erzielt werden, hier erstmal nur eine individuelle Wirkung, oder eine sehr regional eingegrenzte Wirkung haben, wenn das dann auf diese Art und Weise erweitert, verallgemeinert werden kann und damit eben der zweite Schritt an Nachhaltigkeit gegangen werden kann.

Herr Dr. Jahn: Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich würde Sie, weil ich glaube, dass die Reise noch nicht ganz zu Ende ist, bitten, wenn Sie Fragen an das Podium haben – wir haben noch ein kleines Zeitfenster zur Verfügung – wenn Sie Fragen an das Podium haben, an Podiumsteilnehmer haben, diese jetzt hier zu stellen.

Frage 1:

Danke schön. Mein Name ist Klein, ich komme aus der Stadt Münster und ich hatte das Vergnügen, den Workshop 3 zu moderieren. Wir haben einige Fragen, oder Bitten dort formuliert, haben einige Projekte kennen gelernt, ich kannte sie schon aus dem Beirat, aber für viele war das ganz beeindruckend, dass Vernetzungsprojekt, die ambulante Ergotherapie und auch das Projekt Migrantinnen und Migranten. Da ist noch mal ein ganz großes Neuland dazu getreten, das ist uns allen sehr bewusst geworden, und aus dem Workshop heraus kamen zwei Wünsche, zwei Forderungen könnte man auch sagen. Das eine ist, dass man auch mal stärker in den medizinischen Bereich hereinschaut und das Thema „Hausärzte“ und auch die Richtlinien zur Verordnung dort noch mal überarbeitet, dass es auch Möglichkeiten gibt, für Hausärzte, dass sie erstens die Problematik kennen und zweitens auch Möglichkeiten haben bestimmte therapeutische Dinge zu verordnen. Das war einfach noch mal mit auf den Weg zu geben.

Das zweite große Thema war natürlich, das was hier auch schon anklang, das Thema Nachhaltigkeit: Wie geht es denn weiter? Diese vielen Projekte, die hier auf den Weg gebracht worden sind, haben ja so eine kleine, kann man sagen, in NRW, Lawine in Gang gesetzt, die muss man natürlich auch jetzt katalysieren, wo geht die denn hin und gerade auf der Schnittstelle professioneller Hilfsangebote, Unterstützung Angehöriger, Unterstützung von freiwilliger Arbeit, wie kann das gelingen und wie kann man das möglicherweise in die Pflegeversicherung dann einbauen? Ein Ansatz wurde ja von Herrn Moldenhauer in die Diskussion gebracht. Stichwort Budget, das könnte ja ein Weg sein, es ist aber natürlich die Frage; wie hoch ist denn das Budget?

Also wenn ich einen Euro in die Hand bekomme und im Supermarkt einkaufen gehe, dann hab ich zwar eine gewisse Auswahlfreiheit, aber die ist natürlich sehr relativ, so dass es natürlich schwer denkbar ist, zu sagen, da wird was entwickelt?

*Aber die Hauptfrage war **Nachhaltigkeit**, wo kann man insbesondere im ambulanten Bereich, der ja bei Demenzerkrankten eine besondere Rolle spielt, wie kann man den Bereich denn stärken?*

Herr Dr. Jahn: Da Sie keine bestimmte Person angesprochen haben, will ich das jetzt mal ans Podium weitergeben, wer fühlt sich denn herausgefordert durch diese Frage? Herr Vöge!?

Herr Vöge: Zwei kurze Antworten. Erstens, ein Beispiel, an einer früheren modellhaften Tätigkeit der Stiftung. Es gab eine Zeit, da hatten wir keine Hospize in NRW. Die Stiftung hat das Modell Hospize angefasst und hat gesagt wir fördern unter ganz spezifischen Bedingungen Hospize. Also haben wir ein Netzwerk von Hospizen in NRW, wir haben die dichteste Hospizbewegung in der ganzen Bundesrepublik, weil wir über einen gewissen Zeitraum, angeregt haben, gefordert haben. Der Gedanke hat sich nicht nur bei uns, hat sich nicht nur bei der Landesregierung, hat sich auch bei den Kassen niedergeschlagen. An diesem Beispiel möchte ich jetzt fortfahren, wie gehen wir mit den Gedanken um. Wir haben in diesem Jahr 30 Jahre Stiftung NRW. Wir haben einen großen parlamentarischen Abend gehabt, wir waren überrascht, über den Anklang, es waren über 600 Menschen dort, die irgendwann und irgendwie mit der Stiftung eine Berührung hatten, in den letzten 30 Jahren. So, und was wir immer wieder gehört haben ist, dass man unter bestimmten Themen mal einen Austausch vorzieht, deshalb stelle ich mir vor, wenn wir das Modellprogramm hier haben und sehen, dass wir, wenn wir in die Abschlussphase kommen und die wissenschaftliche Auswertung vorliegt, dass wir noch mal zusammenkommen und einen Austausch machen. Das ist die eine Richtung.

Die zweite Antwort geht, das ist angeklungen, in Richtung Pflegeversicherung. Ähnlich wie bei der Hospizbewegung hoffe ich, dass wir hier die unterschiedlichen Projekte, die unterschiedlichen Sichtweisen, die unterschiedlichen Wirkungsweisen, dass die sich niederschlagen in einer veränderten Pflegeversicherung. Wie das im

Detail aussieht, das hängt von so vielen Dingen ab, die kann ich jetzt hier nicht ausformulieren. Aber wir denken positiv und deshalb machen wir auch diese Modellförderung. Dass, das noch kein Schlußstrich ist, sondern dass wir uns in der Nachhaltigkeit weiter austauschen und ganz gezielt weiter darauf zugehen, dass viele Facetten sich dann später niederschlagen, und von Politik und Fachpolitik aufgenommen werden.

Frau Fischer: Ja, ich bin Herrn Vöge sehr dankbar, dass das Thema „Hospiz“ in diesem Zusammenhang angesprochen wird. Die Grundlage bei der Hospizbewegung war; viele engagierte Menschen, die sehr ambitioniert dieses Thema angegangen sind, haben ein Rad in Gang gebracht, das nämlich nicht mehr rückdrehbar war, sondern was eine weitere Fortsetzung gefunden hat. Heute diskutieren wir beispielsweise über die Palliativmedizin, über erhebliche Veränderungen in diesem Bereich, ein wesentlicher Anstoß kommt aus der Hospizbewegung. Ähnlich sehe ich das bei diesem Thema auch. Das heißt, wir haben gerade die Beispiele schon gehabt; das was mittlerweile schon in Gang gesetzt worden ist, stellt automatisch die Frage nach den Hausärzten. Wie können die sich stärker auch darauf einstellen, dass sie demenzerkrankte Patienten und Patientinnen haben? Wie kommen wir zu einer Diagnostik, die sehr frühzeitig, aber auch qualifiziert ist? Gleichzeitig stellt sich auch die Frage, für Krankenhäuser, das heißt Krankenhäuser haben doch auch immer mehr, auf Grund irgendwelcher anderer körperlichen Gebrechen, demenzerkrankte Patienten und Patientinnen. Was machen die denn in der Zeit eigentlich mit denen, die hinterher noch verwirrt zurückkommen, oder im Krankenhaus rumlaufen und die gar nicht wissen, wie sie damit umgehen sollen.

Diese Frage stellt sich plötzlich allen, und dann gibt es wiederum andere Akteure, die wir ins Boot holen. Das heißt, ich als Gesundheitsministerin werde natürlich versuchen, darüber auch mit der Ärztekammer und mit der Kassenärztlichen Vereinigung jeweils Lösungen zu finden. Wie können wir dort Strukturen aufbauen, Qua-

lizierungen der dort Beschäftigten in die Wege leiten, damit hier eine bessere Qualität entsteht.

Das zweite Beispiel ist die ehrenamtliche Arbeit. Die macht doch sehr schnell deutlich, also erst mal steckt sehr viel Power darin, weil wir viele engagierte Menschen auch hier wieder haben und es wird sehr schnell deutlich, dass Ehrenamtliche nur dann ihre freiwillige Arbeit leisten können, wenn entsprechende Rahmenbedingungen da sind.

Bereits heute stellt sich die Frage und wir sind in NRW gerade dabei, wie wir z. B. die Probleme der Haftpflicht und Unfallversicherung der Ehrenamtlichen lösen können, über eine Landesversicherung.

Es stellt sich aber gleichzeitig auch die Frage, welche Qualifizierung und unterstützende Angebote Ehrenamtliche brauchen, damit sie in diesem Bereich überhaupt tätig sein können. Das heißt, ehrenamtliche Tätigkeit, Freiwilligenarbeit wird immer nur dann auf Dauer und auf längerer Sicht funktionieren, wenn wir im Grunde einer, ich sag das mal, ein Organisationsmanagement haben, das im Grunde dafür sorgt, dass das was es an Bereitschaft zur freiwilligen Arbeit gibt, auch zusammenführt, mit den Professionellen, die in den Einrichtungen tätig sind. Dies wiederum zu organisieren, darauf wird einfach durch so eine Entwicklung, durch so eine Bewegung, erstens Druck ausgeübt, es entstehen aber auch Ideen, es entstehen Vorstellungen, wie das denn praktiziert werden kann und das sind eigentlich die Ergebnisse der Modellprojekte, die dann wiederum weiter genutzt werden können.

Von daher glaube ich, dass jede Bewegung, ich nenne es einfach mal Bewegung, wie auch diese, sehr stark ehrenamtliches Engagement, Freiwilligenarbeit mit einbindet, so viel an Kraft entwickeln wird, dass daraus so viele Ideen entstehen, wie Weiterentwicklungen möglich sind. Es ist ein Unterschied, ob man sich theoretisch ausdenkt, was alles zur Weiterentwicklung notwendig ist, oder ob man Menschen hat, die dies letztendlich einfordern, aber auch die praktischen Lösungswege mit aufzeigen, wie es denn aussehen könnte. Es ist nämlich sehr viel schwie-

riger in der praktischen Weiterentwicklung, sich dem zu verweigern, im Gegenteil, da wird es eine große Bereitschaft geben, dies auch aufzugreifen und weiter mit zu entwickeln und weiter mit zu nutzen. Unsere gemeinsame Aufgabe ist es, diese einzelnen Erfahrungen, die gewonnen worden sind, diese guten Beispiele die es gibt, so strukturiert weiter zu entwickeln, dass daraus wirklich eine Strategie zur Veränderung, unter anderem auch der Pflegeversicherung, aber insbesondere auch der Praxis entsteht.

Herr Dr. Jahn: Herr Moldenhauer hatte das Bedürfnis, auch ein, zwei Sätze zu sagen.

Herr Moldenhauer: Die zusätzliche Betreuungsleistung, das sagt jeder „460 Euro sind ja ganz wenig Geld.“ Man hatte einkalkuliert 500 Millionen Euro pro Jahr. Ich habe mir gestern noch mal die Zahlen geben lassen und die sind ja erschreckend niedrig. Wir haben im ersten Jahr nur 4,5 Millionen und im zweiten Jahr nur ca. 14 Millionen Euro dafür ausgegeben. Ich sage das auch als Vertreter der Pflegekasse, wissend, wenn wir diesen Topf stärker ausschöpfen, wird das Defizit höher werden, aber es war politisch gewollt, diesen Betrag, für die bessere Versorgung der Demenzkranken herzugeben, deswegen kann ich das hier guten Gewissens sagen, dass hier noch Reserven sind.

Herr Dr. Jahn: Kurze und knappe, fast provokative Antwort geht an Sie zurück. Ich hoffe Sie fühlen sich provoziert. Bitte schön!

Frage 2:

Mein Name ist Frau Benner, ich habe den Workshop 4 moderiert, von dem Frau Krafft unter anderem die Ergebnisse vorgestellt hat. Ich möchte daran anknüpfen, was schon viel zum Thema Pflegebedarf und Leistungsgeschehen in der stationären Pflege, und ohne der wissenschaftlichen Begleitung vorgreifen zu wollen, ins Modellprojekt, das ist für mich in dem Workshop deutlich geworden, dass durch das zusätzliche Engagement, das durch die Projekte möglich wird, das was in der Studie festgestellt wurde, dass es Engpässe gibt, dass diese Engpässe gelöst werden können, durch zusätzliche Projekte,

durch zusätzliche Ressourcen und durch natürlich zusätzliches Engagement der Träger, dass aber in diesen Fällen natürlich sehr vorhanden ist, also an der Stelle würde ich vielleicht die Provokation zurück geben und sagen, wir wissen doch woran es hängt, lasst es uns angehen.

Frage 3:

Ja, ich reagiere allergisch, auf das Argument, die Leistungen 460 Euro sind nicht abgerufen, oder es ist noch so viel Geld im Topf. Ich komme vom gerontopsychiatrischen Zentrum in Münster, berate seit zwölf Jahren pflegende Angehörige, habe mehrere Projekte mit begleitet, habe Angebote mit aufgebaut, bin zusammen mit den beiden Kollegen in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beratungsstellen, wir hatten das Thema niedrigschwellige Angebote als letztes Hauptthema. Der Punkt ist der, die Menschen sind nicht informiert, über den § 45, die Pflegekassen informierten nicht über den § 45, die Sachbearbeiter wissen nicht, was der § 45 beinhaltet, die Beratungsstellen, es werden niedrigschwellige Angebote aufgebaut, aber es besteht kaum ein Bezug, zu Grundbausteinen, nämlich der notwendigen Beratung, psychosozialen Angehörigenberatung, Demenzkranke und Ihre Angehörigen nutzen diese Projekte überhaupt nicht, wenn sie nicht in einem längeren Prozess beraten worden sind, wenn sie auch – wenn sie das Angebot nutzen – im weiteren Prozess begleitet werden. Eine typische Situation: Eine Demenzkranke wird nach zwei Terminen von ihrem Ehemann rausgenommen, hat sich pudelwohl gefühlt, war sehr glücklich in der Betreuungsgruppe, und die Angehörige sagt: „Ich kann meinen Mann ihnen doch nicht zumuten.“ Und da braucht es Beratung, da braucht es wieder Anlauf, wieder Überzeugung. Die 460 Euro werden auch nicht genutzt, weil viele Träger gar nicht in der Lage sind ein niedrigschwelliges Angebot aufzubauen, weil es in NRW nur die Abrechnung als anerkannter Dienst über 460 Euro gibt. Wir haben keine Modellförderung zum Aufbau einzelner Angebote. Für die Träger ist es ein unglaublich hoher Einsatz, an Fachkompetenz,

an Vernetzungen, und an Qualifikationen, die sie darein bringen müssen. Alles aus ihrem bestehendem Budget; und das alles, es gibt bestimmt noch mehrere Gründe, aber das sind alles Gründe, warum das Geld nicht abgerufen wird und nicht, weil die 460 Euro nicht genutzt werden, oder nicht der Bedarf da ist, oder nicht genug geleistet wird. Es ist zu wenig Information und zu wenig Beratung und da bin ich dann bei meinem eigentlichen Wortbeitrag, warum ich mich vorhin gemeldet habe. Ich habe als Wunsch noch mal in die Runde, bei all diesen neuen Veränderungen, auch zum Beispiel dieses Thema „Pflegebudget“, vergessen Sie nicht die Angehörigenberatung, als Angebot, dass das regelfinanziert wird! Wir wissen seit vielen, vielen Jahren, seit 15 Jahren, dass es Fachberatung braucht, dass Angehörige psychosoziale Angehörigenberatung brauchen und da muss Finanzierung reingehen, weil sonst alle anderen Angebote nicht greifen werden.

Und noch ein Aspekt, vergessen sie die Depressiven nicht. Es gab 1988 schon das Bestreben, flächendeckend gerontopsychiatrische Zentren einzurichten, ich arbeite in einem und es ist eine gute Arbeit und ich denke, auch das muss man beachten, dass diese vernetzten Systeme mit in neue Projekte einfließen.

Herr Dr. Jahn: Ich habe jetzt noch drei Wortmeldungen, da ich fast die rote Karte bekomme, wegen der Zeit, würde ich bitten, dass wir dann auch die Fragen abschließen. Ich habe jetzt noch zwei Wortmeldungen. Wollen wir das dann abschließen bitte? Lassen Sie uns doch die Reihenfolge einhalten, und dann gibt es hier noch mal die Gelegenheit, abschließend vom Podium zu antworten und dann sind wir, glaube ich auch, im Zeitfenster drin.

Frage 4:

Ja, ich möchte auch noch mal kurz auf das Beratungsproblem eingehen. Wir erleben auch, in unserer täglichen Beratungspraxis, dass die besten, und seien sie noch so dünn gesät, Angebote der Pflegeversicherung nichts nutzen, wenn

sie kein Schwein kennt! So muss man es mal in aller Deutlichkeit formulieren. 460 Euro ist den meisten völlig unbekannt. Das erste Mal versagt die Hausarztpraxis, weil sie als erste mit diesem Problem konfrontiert wird und nichts passiert. Es werden noch nicht mal Beratungsangebote, die vielleicht bekannt sind weitergegeben und da denke ich, möchte ich ein Appell an das Podium richten, dort verstärkt Bemühungen zu betreiben, dass das Wenige, das bekannt ist, zumindest auch weitergegeben wird.

Der zweite Appell geht noch mal an die Pflegeversicherungen: Sie sollen sich vielleicht auch mal Gedanken machen, unter dem Stichwort „Nachhaltigkeit“, auf diese tollen Projekte, von denen wir heute den ganzen Tag gehört haben, ob nicht auch zu den gesetzlichen Verpflichtungen der Pflegekassen gehört, Beratung vorzuhalten.

Frage 5:

Mein Name ist Ulrich Pannen, von der AOK Rheinland und ich habe den Workshop 1 moderiert. „Entlastungs- und Unterstützungsangebote, für Familien mit Demenzkranken“. Zunächst mal möchte ich sagen, wir haben ja schon weit über 270 niedrigschwellige Angebote im Land und die sind in den letzten Monaten, in den letzten zwölf Monaten entstanden, und das, finde ich, ist schon ein respektables Ergebnis, das sich durchaus sehen lassen kann. Ich finde, man muss auch den Angeboten ein bisschen Raum und Zeit geben zu wachsen.

Aber das ist nicht das, was ich sagen wollte, sagen wollte ich, dass wir die Erfahrung gemacht haben, im Workshop heute, dass eigentlich die Betroffenen, nämlich die Pflegekassen, aber auch die einzelnen Leistungsträger und Einrichtungsträger, viel länger zusammenarbeiten sollten, um die gegenseitigen Leistungsressourcen zu nutzen. Wenn wir gemeinsam es uns zur Aufgabe machen, zu beraten und zu informieren, wenn wir als Pflegekassen jeden Bewilligungsbescheid zum Beispiel als Angebot aufnehmen und auch darauf hinweisen, sag ich mal, dann ist das überhaupt kein Problem, das Thema aus der Tabuisierung herauszuholen.

Aber meine Frage ging eigentlich an Herrn Vöge und Frau Fischer, denn wir haben heute festgestellt, dass die ehrenamtliche Arbeit ein schwieriges Ding ist, wenn man das Ganze auch noch in die Öffentlichkeit tragen möchte. Wir haben festgestellt, das Thema Demenz ist ein Thema der Umstrukturierungen. Wir müssen auf die Menschen zugehen, wir brauchen eine Transparenz und wir brauchen Informationen, und wenn Ehrenamtliche auf die Presse zugehen, auf die Medien zugehen, mit einzelnen, kleinen Veranstaltungen, dann findet das lange nicht so ein großes Echo, als wenn das Profis machen würden. Deswegen stellt sich die Frage: „Sieht sich das Land, oder die Landesregierung, sieht sich die Stiftung in der Lage, zum Beispiel Empfehlungen auszusprechen an die Kommunen, dass die Pressestelle der Kommunen die ehrenamtlichen Arbeiter der einzelnen Träger massiv unterstützt, so dass wir enger zusammenarbeiten, um die Probleme gemeinsam zu bewältigen?“

Frage 6:

Wir reden schon seit Jahren über dieses Problem und ob es die Defizite der Pflegeversicherung sind, seit dem Entstehen, im Grunde genommen ist es bekannt, sie waren von vorneherein in der Schusslinie. Und jetzt hat die Bundespolitik kurzfristig mit diesem Gesetz reagiert und hat gesagt, wir nehmen noch mal diese 460 Euro rein und schmeißen die auf den Markt und die Landespolitik und auch die Landesregierung war nicht in der Lage, die entsprechenden Gesetze und Vorschriften zu formulieren damit wir das in der Praxis auch anwenden können, und das ist dann auch ein Fehler, der an die Politik geht, es muss auch, wenn neue Konzepte auf den Tisch kommen, so durchgedacht sein, und so organisiert sein, dass es in der Praxis auch umsetzbar ist. Und wenn wir dann fragen, „Wo sind die Richtlinien? Wo können wir das Geld abrufen? Welche Voraussetzungen müssen geschaffen sein?“, „Ja daran arbeiten wir noch.“ Das hört man dann zum Teil auch aus den Ministerien, jedenfalls ist es mir so zugetragen worden. Es geht also nicht nur um die Pflegeversicherung.

Herr Dr. Jahn: Okay, wir haben uns geeinigt, dass wir jetzt dem Podium und diejenigen, die sich angesprochen fühlen, durch die Wortbeiträge, noch mal die Gelegenheit geben, dazu etwas zu sagen, auch die Bitten und Forderungen aufzunehmen, aus den Arbeitskreisen. Ich denke, dann haben wir auch unsere Zeit erschöpft, ich bekomme schon wieder einen warnenden Hinweis, dass wir jetzt schnell machen müssen, deshalb auch mein Appell, an diejenigen, die jetzt noch eine kurze Stellungnahme abgeben wollen, dies auch wirklich kurz zu halten!

Frau Krafft: Ich möchte noch mal kurz auf zwei Aspekte eingehen. Zum einen, dass was Sie angesprochen haben, mit den Hausärzten. Ich denke, natürlich ist es notwendig, dass wir diese Maßnahmen der Früherkennung, der Diagnose und der effektiven Behandlungsmöglichkeiten natürlich stärker in den Blick nehmen, aber wir wollen das deutsche System da nicht schlechter machen, als es ist. Wenn Sie sich das mal im internationalen Vergleich angucken, dauert es in der Tat noch zu lange, bis von den ersten Symptomen, bis zur Diagnosestellung, ich sag mal, in der Regel ein ganzes Jahr vergehen kann.

Wenn Sie mal nach England gehen, da vergehen drei Jahre, von den ersten Symptomen bis zur Diagnosestellung, also ich denke, das muss man auch ganz sicherlich noch mal relativieren. Ich denke, man würde auch der Arbeit von Frau Höft unrecht tun, wenn man da, ich sag mal, alle Ärzte und es gibt da auch viele Engagierte, über einen Kamm scheren würde.

Der zweite Punkt, was diese Beratungsfrage angeht: Ich möchte darauf hinweisen, dass, wenn wir heute von Kundenorientierung und Bürgerorientierung im Gesundheitswesen sprechen, dann sind Sie auch, als Betroffene, als Angehörige selbst gefragt, sich um die entsprechenden Möglichkeiten auch zu kümmern. Und wenn ich lese, dass mittlerweile auch 50 Prozent der über 65jährigen bereits auch das Internet nutzen, dann ist das eine Möglichkeit sich einfach auch zu informieren, über das was vor Ort da ist. Wenn ich an meine eigene Stadt denke, in Mün-

ster, ich denke es gibt eine von den Pflegekassen, es gibt die Alzheimer-Gesellschaft, es gibt das Pflegebüro, es gibt Möglichkeiten in den Kommunen, die man auch nutzen kann und man auch nutzen sollte.

Frau Höft: Ja, ich möchte doch auch noch mal auf diese ärztliche Position eingehen und in der Tat wissen wir ja, dass 70 Prozent aller Demenzkranken in dieses professionelle System eintreten, über den Hausarzt in dieses professionelle Hilfesystem eintreten, und ich will auch gar nicht verleugnen, dass es auch da noch einen dringenden Weiterbildungs- und Fortbildungsbedarf gibt, auch über die Verordnungsmöglichkeiten, obwohl da, gerade durch die letzten Veränderungen in der Heilmittelverordnung, da auch schon wieder dramatisch angezogen worden ist, was zum Beispiel die Kontinuität von Verordnung von Ergotherapien angeht.

Ich denke, wir haben die Kollegin gehört, aus dem gerontopsychiatrischen Zentrum. Klug wird es sein, auf Dauer, die Hausärzte ein Stück zu entlasten, von dieser Beratungstätigkeit, die ja automatisch mit der Diagnosestellung einsetzt. Ich selber arbeite auch in einem Institut für Gerontopsychiatrie der Universität Düsseldorf und da haben wir eben über diese Institutsambulanz Möglichkeiten, multiprofessionell die Möglichkeit auch zu beraten, umfassend zu beraten. Das ist das eine. Was bei allem immer im Blick gehalten werden muss ist, dass ganz individuell die Hilfen zusammengestellt werden müssen, sowohl die medizinischen Hilfen, die wir heute kennen, als auch die ganzen pflegerischen und niedrigschwelligen Angebote und wie das so alles heißt. Das denke ich mir, ist etwas ganz Wichtiges, für die Zukunft und das man wirklich bei allem auch wirklich den langfristigen Effekt und der langfristige Einsatz aller Maßnahmen im Kopf behalten soll. Kurzer Atem führt zu gar nichts.

Herr Dr. Jahn: Ich weiß nicht, ob jetzt noch weitere Statements gefordert werden, Frau Fischer, bitte.

Frau Fischer: Ich bin froh, dass es die niedrigschwelligen Angebote gibt. Es ist im Grunde für die Pflegeversicherung systemwidrig und wirkt daher positiv, weil wir nämlich genau diese Systemwidrigkeit brauchen, weil wir so die Pflegeversicherung insgesamt auch weiterentwickeln wollen.

Und das diese Probleme in der Umsetzung mit Schwierigkeiten auftreten, liegt im Grunde in der Natur der Sache. Genau diese Schwierigkeiten zu überwinden, zeigt den Weg, wie es funktionieren kann. Stichwort „Informationen fehlen“. Diese praktischen Beispiele, über die wir reden, die Umsetzung 460 Euro in niedrigschwellige Angebote, zunächst mal die Genehmigung hier bei uns auf der Landesseite und jetzt die Praxis, die dort entsteht. Dass, was jetzt hier in den Modellprojekten entsteht, das wird überzeugen und das schafft Informationen und das schafft Nachfrage, weil andere sagen: „Ja warum gibt es denn bei uns so etwas nicht?“ Man braucht einfach eine gewisse Zeit, man braucht auch ein großes Engagement dazu, bis sich

die Dinge tatsächlich rumsprechen und dann wiederum die Praxis weiter verändern werden. Und ich glaube, dass wir diesen Kreislauf wirklich nutzen sollten, um weiter voranzukommen, ich glaube damit bietet sich eine riesengroße Chance, die wir wirklich bei der Weiterentwicklung der Pflege insgesamt berücksichtigen sollten.

Herr Dr. Jahn: Vielen Dank, das wäre schon ein schönes Schlusswort. Ist es sogar gewesen.

Ich fasse es kurz zusammen:

Es gibt noch viel zu tun, das ist Ihr Statement gewesen, die Projekte haben einen positiven Schub entwickelt, Ihr Statement, aber es gibt auch noch viele Informations- und Beratungsdefizite zu verzeichnen. In der Angehörigenberatung heute Morgen hat Herr Rückert, glaube ich, etwas sehr Schönes gesagt. „Wir haben diese Tagung mit einem Fragezeichen versehen“. Vielleicht haben wir ein wenig das Fragezeichen auflösen können, und können bzw. müssen nicht mehr sagen „Demenz – und was nun?“ sondern vielleicht „Demenz, na und!“.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit, vielen Dank an das Podium. Ich glaube wir haben uns das Kulturprogramm jetzt verdient.

Literaturhinweise

- Albrecht, K.; Oppikofer, S.** (2000). Die Käferberg-Besucher-Studie. Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich
- Aldrige, D.** (Hrsg.) (2003). Music Therapy World. Musiktherapie in der Behandlung von Demenz. Witten
- Alzheimer Europe** (1999). Liebe Oma. Luxemburg: Edition Guy Binsfeld
- Alzheimer Europe** (Hrsg.), (1999). Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten. Stuttgart/New York: Thieme Verlag
- Backes, G.** (1997). Alter(n) als „gesellschaftliches Problem“? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Opladen
- Bäurle, P. et al.** (Hrsg.) (2004). Psychotherapie im Alter. 1. Jhrg. Heft 1. Gießen
- Bayley, J.** (2002). Elegie für Iris. Dtv Verlag
- Becker, D.** (2003). Ernährungsrisiken erkennen und beheben. Vincenz-Verlag
- Bell, V.; Troxel, D.** (2004). Personenzentrierte Pflege bei Demenz. München
- Biedermann, M.** (2004). Kreatives aus der Heimküche. Vincenz-Verlag
- Biedermann, M.** (2003). Essen als basale Stimulation. Vincenz-Verlag
- Biedermann, M.** (2004). Der Heimkoch. Vincenz-Verlag
- Bienstein, Ch.; Zegelin, A.** (Hrsg.) (1999). Handbuch Pflege. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben
- Bischoff, G.** (2000). Ergotherapeutische Arbeitsweise in der Geriatrie. Idstein: Schulz Kirchner Verlag
- Blanckenburg von, A.** Freude am Singen. Idstein: Schulz Kirchner Verlag
- Blinzler, A.; Loobes, A.** (1998). Snoezelen in der Altenarbeit. Evangelischer Verband für Altenarbeit im Rheinland
- Blom, M.; Duijnste, M.** Wie soll ich das nur aushalten? Eicanos im Huber Verlag
- BMFSFJ** (2003). Lotsendienst im Hilfenetz. Case - Management – eine neue Form der sozialen Dienstleistung für Pflegebedürftige. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
- BMFSFJ** (2002). Case – Management für ältere Hausarztpatientinnen und –patienten und ihre Angehörigen: Projekt ambulantes Gerontologisches Team – PAGT. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin
- Böhm, E.** (1998). Verwirrt nicht die Verwirrten. Psychiatrie-Verlag
- Borker, S.** (1996). Essenreichen in der Pflege. Vincenz-Verlag
- Bosch, Corry, F. M.** (1998). Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Braun, H.** (1999). Solidarität als sozialstaatliches Strukturprinzip und als soziale Praxis. Die neue Ordnung (2) Klages, H. (2000). Engagement und Engagementpotential in Deutschland. Frankfurt: Suhrkamp
- Broich, J.** (1997). Seniorenspiele. Köln: Maternus
- Brühl, J.** (1998). Alt, aber Hut ab! Dortmund: Verlag modernes lernen
- Bundesverband Gedächtnistraining e.V.** (2003). Ganzheitliches Gedächtnistraining. Anregung für die geistige Aktivierung von ungeübten Gruppen. Olpe-Dahl
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz** (Hrsg.) (2004). Mit-Gefühl. Curriculum zur Begleitung Demenzkranker in ihrer letzten Lebensphase. Wuppertal: Hospiz-Verlag
- Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.) (1998). Wenn das Gedächtnis nachlässt. Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker alter Menschen. Bezugsadresse: Am Probsthof 78 a, 53123 Bonn
- Burgheim, W.** (Hrsg.) (2004). Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden. Mering
- Daneke, S.** (2003). Freiwilligenarbeit in der Altenhilfe. München/Jena
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.** (2002). Technische Hilfen für Demenzkranke. Orientierungshilfe für den Umgang mit technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Betreuung Demenzkranker. Berlin
- Dirksen, W.; Matip, E.-M.; Schulz, Ch.** (1999). Wege aus dem Labyrinth. Projekte zur Beratung und Unterstützung von Familien mit Demenzkranken. Ein Praxishandbuch für Profis. Münster: Druckwerkstatt Hafen GmbH.
- Dürmann, P.** (Hrsg.). Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vincenz Verlag
- Elsbernd, A.** (2002). Laienhelfer können viel Schaden anrichten. In: Pflege Aktuell, 10/02, S. 530-531
- Ewers, M.; Schaeffer, D.** (2000). Case-Management in Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber
- Fenske-Deml, S.** (2000). Alternativen und Altbewährtes für alte Menschen. Dortmund: Verlag modernes Leben
- Flemming, D.** Mutbuch für pflegende Angehörige und professionell Pflegenden altersverwirrter Menschen. Beltz Verlag
- Forster, M.** (1992). Ich glaube ich fahre in die Highlands. Frankfurt a.M.
- Füsgen, I.; Hallauer, J.; Frölich, L.** (2003). Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm? Frankfurt/M.: Zukunftsforum Demenz
- Gatz, S.; Schäfer, L.** (2002). Themenorientierte Gruppenarbeit mit Demenzkranken. Weinheim/Basel

Literaturhinweise

- Gräßel, E.; Schirmer, B.** (2003). Motivation und Erfahrungen ehrenamtlicher Helferinnen in der Betreuung von Demenzkranken. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. (Hrsg.) (2003): *Gemeinsam Handeln*. Tagungsreihe Band 4, S. 437–446
- Gröning, K. et al.** (2004). In guten wie in schlechten Tagen. Frankfurt a. M.
- Grond, E.** (1996). Die Pflege verwirrter alter Menschen und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. Freiburg i. B.: Lambertus Verlag
- Großhaus, L.** (2003). Und wo bleibt mein eigenes Leben? Hilfe für pflegende Angehörige. Stuttgart: Kreuz Verlag
- Hallauer, J.; Kurz, A.** (Hrsg.) (2002). Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland. Thieme Verlag
- Hamberger, M.** (2002). Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. : Mit Musik Demenzkranke begleiten. Band 3. Berlin
- Hamburgische Brücke** (Hrsg.) (2004). Gemeinsame Verantwortung für Menschen mit Demenz – Handbuch zum Pflegebündnis. Hamburg
- Heinrich, A.** (2003). „Zeit haben“. Ehrenamtliche Lebensbegleitung für Menschen mit Demenz im Heim. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2003): *Gemeinsam Handeln*. Tagungsreihe Band 4, S. 429-436
- Held, Ch.; Ermini-Fünfschilling, D.** (2003). Das demenzgerechte Heim. Karger
- Hils, S.** (2001). Spiele für SeniorInnen. Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag
- Hipp, S.** (2003). Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V.: Betreuungsgruppen für Alzheimerkranke. Band 1. Berlin
- Hirsch, R. D.** (2002). Supervision, Teambesprechung, Balintgruppe – Professionalisierung in der Altenarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Hirsch, R.D.; Kortus, R.; Loos, H.; Wächter, C.** (1995). Gerontopsychiatrie im Wandel: Vom Defizit zur Kompetenz. Melsungen: Bibliomed-Verlag
- Hömann, U.; Müller-Mundt, G.; Schulz, B.** (1998). Qualität durch Kooperation. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag
- Hoffmann, A.; Biedermann, M.** (1995). Esskultur im Heim. Vincentz Verlag
- IMOZ** (2002). Reader: Mäeutik und integrierte, erlebensorientierte Pflege. Niederlande: IMOZ Apeldoorn
- Kasten, E.** (2002). Lesen, merken und erinnern. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Kasten, E.** (2002). Übungsbuch Hirnleistungstraining. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Kitwood, T.** (2000). Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber Verlag
- Klessmann, E.** (1996). Wenn Eltern Kinder werden und doch die Eltern bleiben: Die Doppelbotschaft der Altersdemenz. Bern: Hans Huber Verlag
- Klie, Th.; Schmidt, R.; Entzian, H.; Giercke, K.-I.** (1999). Die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in der Kommune. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag
- Klie, Th.; Schmidt, R.** (1999). Die neue Pflege alter Menschen. Bern: Hans Huber Verlag
- Klie, Th.; Schmidt, R.** (2002). Demenz und Lebenswelten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, S. 177–180
- Klie, Th.** (2003). Ein Zugewinn für Heim und Bewohner. In: *Altenheim*, 9, S. 31–33
- Knies, B.; Michels, F.; Lindenfelser, C.** (1997). MEKS – Methodenkartei für die pädagogisch-therapeutische Arbeit mit Senioren. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Koch-Straube, U.** (2001). Beratung in der Pflege. Bern: Verlag Hans Huber
- Koch-Straube, U.** (1997). Fremde Welt Pflegeheim. Verlag Hans Huber
- Kolb, Ch.** (2004). Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. Mabuse Verlag
- Krämer, G.** Alzheimer-Krankheit. Antworten auf häufige Fragen. Trias Verlag
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (2001). Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: KDA
- Lambrecht, E.** (2004). Jule – Geschichten. Wie die heute alten Menschen ihre Kindheit erlebten. Hannover
- Lind, S.** (2000). Eine angemessene Lebenswelt. *Altenheim*, 39. Jg., Heft 7, S. 14–17
- Mace, N. L.; Rabins, P. V.** (2001). Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. Bern
- Matjugin, I.** (1995). Tastgedächtnis. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Matjugin, I.** (1996). Visuelles Gedächtnis. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Matjugin, I.** (1998). Zahlengedächtnis. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Matjugin, I.** (1994). Geruchsgedächtnis. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Matjugin, I.** (1995). Behalten von Gesichtern und Namen. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Matter, Ch.; Freter, H.-J.** (2003). Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.: Leben mit Demenzkranken. Band 5. Berlin
- Matthes, W.** (2003). Ergotherapie in der Geriatrie. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Mertens, K.** (1997). Aktivierungsprogramme für Senioren. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Miesen, B.** (1998). Leben mit verwirrten älteren Menschen. Stuttgart: Trias Verlag
- Morton, I.** (2002). Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta
- Motel-Klingbiel, A.; Konradowitz, H.J.; Tesch-Röhmer, C.** (2001). Lebensqualität im Alter – Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Opladen: Leske u. Budrich Verlag

- Müller, D.** Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. Kuratorium Deutsche Altenhilfe. Bezugsadresse: 50677 Köln, Tel.: 02 21 / 93 18 47-0
- Müller, E.** Duft der Orange. Kösel Verlag
- Müller-Hergl, Ch.** (1997). De-menz und Re-menz: Positive Personenarbeit und dementia care mapping. Geriatrie Praxis 6/98
- Müller-Hergl, Ch.** (1998). Positive Personenarbeit. In: Altenpflege, 23. Jg. Heft 6, S. 35–37
- Nübel, G.; Kuhlmann, H. P.** (1998). Die ungepflegten Alten. Realitäten, Perspektiven, Visionen. Gütersloh: Jakob von Hoddis Verlag
- Oppolzer, U.** (1994). Der phantasievolle Weg zum guten Gedächtnis. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Oppolzer, U.** (1996). Ganzheitliches Gehirntraining mit K.O.P.F.. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Oppolzer, U.** (2002). Gehirntraining mit Phantasie und Spaß! Dortmund: Verlag modernes lernen
- Oppolzer, U.** (1995). Wortspielekartei WOSPI. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Oppolzer, U.** (1998). Hirntraining mit ganzheitlichem Ansatz. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Petzold, H.; Stöckler, M.** (1988). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen – Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers. Paderborn: Junfermann Verlag
- Pigorsch, M.; Kleeberg, B.; Sohn, N.** (2002). Rück-Schau-Arbeit. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Pilgrim, K.; Tschainer, S.** (1988). Für ein paar Stunden Urlaub. Nürnberg
- Powell, J.** (2000). Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA
- Rest, F.** (1998). Sterbebeistand, Sterbebegleitung, Sterbegeleit. Berlin/ Köln
- Rigling, P.** (2002). Hirnleistungstraining. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Roggmann, B.** (1991). Ergotherapie in der Altenpflege. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Rosenkranz, D.; Weber, A.** (Hrsg.) (2002). Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der sozialen Arbeit. München
- Ruhe, H. G.** (1998). Methoden der Biographiearbeit. Beltz Edition Sozial
- Saup, W. et al.** (2004). Demenzbewältigung im betreuten Seniorenheim
- Schaier, A.** (1986). Gartenarbeit für Körperbehinderte und Senioren. Dortmund: Verlag modernes lernen
- Schaller, A.** (1999). Umgang mit chronisch verwirrten Menschen – Leitfaden und Ratgeber für die tägliche Praxis. Hagen: Kunz Verlag
- Schindler, U.** (Hrsg.) (2003). Die Pflege dementiell Erkrankter neu erleben: Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag
- Schmidt-Hackenberg, U.** (1996). Wahrnehmen und Motivieren: Die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter. Hannover: Vincentz-Verlag
- Schmidt-Hackenberg, U.** Zuhören und Verstehen. Hannover: Vincentz Verlag
- Schmitt, E. M.; Wojnar, J.** (1999). Leitlinien zum Umgang mit Verwirrten. Schwierigen Situationen sicher begegnen. Hannover
- Schreier, M. M.; Bartholomeyczik, S.** (2004). Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Schlütersche
- Schröppel, H.** (1992). „... von wegen Rabentöchter“ – der Pflegenotstand in Familien mit altersverwirrten Angehörigen. Augsburg: Waschzettel Verlag
- Schützendorf, E.** (1996). Das Recht der Alten auf Eigensinn. Ernst Reinhard Verlag
- Schützendorf, E.** (2000). Biotope und Schleusen im Meer der Ver-rücktheit. Evangelischer Verband für Altenarbeit im Rheinland
- Schützendorf, E.; Wallrafen-Dreisow, H.** (1996). In Ruhe verrückt werden. Ratgeber Fischer
- Schulz, Ch.; Heinrichs, A.; Kempf, M.** (2003). Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.: Helferinnen in der häuslichen Betreuung von Demenzkranken. Band 4. Berlin
- Schumacher, J.; Stiehr, K.** (2002). Handbuch für die Freiwilligenarbeit von und mit älteren Menschen. Stuttgart
- Sonnweid Campus** (1999). Gedanken wie Blätter im Wind. Leitfaden für die Betreuung verwirrter Menschen
- Steiner-Hummel, I.** (1997). Bürgerschaftliches Engagement und die Entwicklung einer neuen Pflegekultur. In: Braun, U.; Schmidt, R. (Hrsg.) : Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Transfer Verlag
- Stiehr, K.** (2003). Ehrenamtlich helfen. München
- Straub-Rohner, S.** (2002). Biografisch orientierte Sozialarbeit für das Alter. Bern: Edition Soziothek
- Stuhlmann, W.** (1994). Möglichkeiten zur Aktivierung und zur Beschäftigung demenzkranker alter Menschen. Aachen: Mainz Verlag
- Suter, M.** (1999). Small World. Zürich
- Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A.** (Hrsg.) Demenz und Pflege. Eine inter-disziplinäre Betrachtung. Frankfurt a. M.: Mabuse Verlag
- Trilling, A. et al.** (2001). Erinnerungen pflegen: Unterstützung und Entlastung für Pflegenden und Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz-Verlag
- Vilsen, L.** (2000). Die versunkene Welt der Luise B. Stuttgart
- Volkert, D.** (1997). Ernährung im Alter. Quelle und Meyer
- Weakland, J. H.; Herr, J. J.** (1988). Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Bern
- Weritz-Hanf, P.** (2003). Möglichkeiten und Grenzen ehrenamtlicher Betreuung. Erfahrungen aus dem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2003): Gemeinsam Handeln. Tagungsreihe Band 4, S. 447–455. Berlin
- Zsolnay-Wildgruber, H.** (1997). Alzheimer-Kranke und ihr primäres Bezugssystem. Freiburg i. B.

Literaturhinweise

Videos

Demente Menschen pflegen. (2004) Hannover: Vincentz Network

Dementielles Verhalten verstehen. (2000). Hannover: Vincentz Verlag

Interaktionen mit dementen Menschen. (1999). Margraf, K.; Ulmer, Prof. Dr. E.-M. AXIS Kommunikation GmbH. Hamburg

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Dr. Abt-Zegelin, Angelika, M.A.

Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke
Stockumerstr. 10–12
58453 Witten
zegelin@uni-wh.de
Sekretariat: Tel. 0 23 02 / 6 69-3 58

Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.

Universitätsstraße 77
44789 Bochum
Frau Rüschemschmidt
info@alzheimer-bochum.de
Telefon: 02 34 / 33 77 72

Arbeiterwohlfahrt Bezirk Westfalen e.V.

Kronenstraße 63–69
44139 Dortmund
Frau Klatt-Schikowsky
klatt@awo-ww.de
Herr Streibel
streibel@awo-ww.de
Telefon: 02 31 / 54 83 32 55

AWO-Duisburg e.V.

Ernst-Ermert-Seniorenzentrum
Wintgensstr. 63–71
47058 Duisburg
forum.demenz@awo-duisburg.de
Telefon: 02 03 / 30 95-4 44

AWO Ostwestfalen-Lippe e.V.

Detmolder Str. 280
33605 Bielefeld
Frau Krafft
a.krafft@awo-owl.de
Telefon: 05 21 / 9 21 62 63

Caritas-Verband Arnsberg-Sundern e.V.

Hellefelder Str. 27–29
59821 Arnsberg
Herr Eickhoff
Telefon: 0 29 31 / 80 66 35
Herr Schulte
stvgf@caritas-arnsberg.de
Telefon: 0 29 31 / 80 66 33
Frau Thießen
stvgf@caritas-arnsberg.de
Telefon: 0 29 31 / 80 66 24

Deutsches Rotes Kreuz

Kreisverband Bochum
An der Holtbrügge 8
44795 Bochum
Frau Matip
Frau Ignazi
alzheimerhilfe@kv-bochum.drk.de
Telefon: 02 34 / 94 45-1 45 / 1 43

Ev. Altenkrankenheim Essen-Stelle gGmbH

Augenerstr. 36
45279 Essen
Frau Kolditz
Telefon: 02 01 / 50 23-4 18
Frau Iding
kolditz@akh-steele.de
Telefon: 02 01 / 50 23-4 36

Ev. Christophoruswerk e.V.

Bonhoefferstraße 6
47138 Duisburg
Herr Toennesen
Frau Hartmann-Preiß
Frau Linke
forum.demenz@christophoruswerk.net
Telefon: 02 03 / 4 10 10 03

Verzeichnis der Referentinnen und Referenten

Ev. Stiftung Tannenhof

Remscheider Str. 76
42899 Remscheid
Frau Wilhelmi
lemowi@gmx.de
Telefon: 0 21 91 / 12 31 02

Fischer, Birgit

Ministerium für Gesundheit,
Soziales, Frauen und Familie
des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf
Sekretariat: 02 11 / 8 55-5

Gesellschaft paritätischer Sozialarbeit e.V.

Krins-Weber Servicezentrum
Mevissenstr. 16
47059 Duisburg
Telefon: 02 03 / 3 18 14-31
forum.demenz@parisozial.de

Prof. Dr. Henke, Ursula

Evangelische Fachhochschule
Rheinland-Westfalen-Lippe
Immanuel-Kant-Str. 18-20
44803 Bochum
henke@efh-bochum.de
Sekretariat: 02 34 / 3 69 01 – 0

Dr. Höft, Barbara

Rheinische Landeslinik Düsseldorf
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 9 22-42 45

Dr. Jahn, Gerhardt

VHS Duisburg
Am König-Heinrich-Platz
47053 Duisburg
g.jahn@stadt-duisburg.de
Sekretariat: Tel. 02 03 / 2 83 26 16

Johanniter Unfall-Hilfe e.V.

Johanniter-Akademie Münster
Weißenburgstraße 48
48151 Münster
Frau Rustemeier-Holtwick
rustemeier@juh-akademie.de
Telefon: 02 51 / 9 72 30 31

Moldenhauer, Meinolf

BKK Pflegekasse
Kronprinzenstr. 6
45128 Essen
MoldenhauerM@bkk-bv.de
Verwaltung: Tel. 02 01 / 1 79 01

Mütterzentrum Beckum e.V.

Antoniusstraße 8
59269 Beckum
Frau Heese
muetterzentrumB@compuserve.de
Telefon: 0 25 21 / 57 63

Patienten-Informations-Zentrum Lippstadt e.V.

Quellenstraße 60
59556 Lippstadt
Frau Bücker
christa.buecker@piz-lippstadt.de
Frau Rüsing
Herr Laible
Telefon: 0 29 41 / 24 66 60

Dr. Rückert, Willi

Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
willi.rueckert@kda.de
Sekretariat: Tel. 02 21 / 93 18 47-0

St. Maria Seniorenhaus

Schwalbengasse 3-5
50667 Köln
Frau Lemeke
e_lemcke@web.de
Herr Nauroth
Telefon: 02 21 / 27 25 17-0

Demenz-Service 7

Dr. Schnabel, Eckhard

Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Schlossplatz 2
48149 Münster
schnabel@pop.uni-dortmund.de
Sekretariat: 02 51 / 83-0

Stiftung Wohlfahrtspflege NRW

Horionplatz 10
40190 Düsseldorf
Herr Vöge
Herr Heiliger
Sekretariat: Tel. 02 11 / 86 18-50

