

# **Diakoniestation Frankfurt am Main gemeinnützige GmbH**

**Battonnstraße 26-28, 60311 Frankfurt am Main**

## **Frankfurter Programm Würde im Alter**

### **Projekt**

**„Begleitung und Unterstützung  
von dementiell und psychisch erkrankten  
Menschen und ihren Angehörigen“**

**Jahresbericht**

**Januar – Dezember 2009**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Präambel .....</b>	<b>3</b>
<b>2. Schwerpunktsetzung der Fördermaßnahme .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Adressatengruppe.....</b>	<b>4</b>
<b>4. Ziel der Maßnahme im Frankfurter Programm.....</b>	<b>4</b>
<b>5. Arbeitsmethoden.....</b>	<b>7</b>
<b>6. Statistische Daten.....</b>	<b>14</b>
<b>7. Qualitätsmanagement .....</b>	<b>16</b>
<b>8. Ablaufplan.....</b>	<b>17</b>

## **1. Präambel**

Gemäß der Förderrichtlinie „Sofortprogramm für stationäre und ambulante Altenpflege, hier: Ambulante Altenpflege zur Umsetzung des Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung § 7384 aus der 39. Sitzung vom 14.12.2000“, erstellt vom Jugend- und Sozialamt Frankfurt am Main 51.F16 Besondere Hilfen (2002) sowie § 1470 der Beschlussausfertigung aus der 10. Sitzung der Stadtverordnetenversammlung am 01.03.2007, stellt die Stadt Frankfurt am Main Mittel in Höhe von insgesamt 1.150.000 Euro zur Verbesserung der psychosozialen Beratungs- und Begleitungsstrukturen im Bereich der ambulanten Altenpflege zur Verfügung. Es wird die Implementierung zugehender Beratungs- und Unterstützungsangebote angestrebt für älter werdende und alte Menschen, deren Zugangsmöglichkeiten aufgrund eines multiplen Hilfebedarfs erschwert sind.

Mit dieser Zielsetzung sind psychosoziale Angebote auf der Grundlage fachwissenschaftlich anerkannter Erkenntnisse und Methoden aus den Bereichen Soziale Gerontologie, Geriatrie, Soziale Arbeit und Pflege qualitätsgesichert zu entwickeln. Der Aufbau, die Weiterentwicklung sowie die sozialräumliche Vernetzung niedrigschwelliger und zugehender Begleitungsangebote, die zu einer erkennbaren Verbesserung der sozialen Infrastruktur im Bereich der ambulanten Altenpflege führen und auf diese Weise älteren Bürgerinnen und Bürgern den Zugang zum Hilfesystem in der Stadt Frankfurt erleichtern und ermöglichen, stellen die zentrale Zielsetzung der Projektförderung dar. Die Konzeption barrierefreier, psychosozialer Unterstützungsleistungen soll im Sinne einer adressatenorientierten Beratung und Begleitung den Zugang zu Hilfestellungen erheblich erleichtern.

## **2. Schwerpunktsetzung der Fördermaßnahme**

Der Schwerpunkt der Angebote dieses Projekts der Diakoniestation Frankfurt am Main gemeinnützige GmbH beinhaltet die Psychosoziale Begleitung bei Demenz, eine umfassende Hilfeplanung im häuslichen Pflegeumfeld und die Vermittlung notwendiger Hilfen zum Verbleib im eigenen Heim.

### **3. Adressatengruppe**

Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen von sozialer Isolation betroffen sind, repräsentieren die Zielgruppe der Projektmaßnahmen des Frankfurter Programms. Sie weisen einen besonderen Begleitungs- und Betreuungsbedarf auf. Die Einschränkungen ihrer Alltagskompetenzen resultieren aus einem demenzbedingten Nachlassen/Verschwinden ihrer Fähigkeiten, aus psychischen Erkrankungen und seelischen Beeinträchtigungen und – als Ergebnis davon – aus Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen (sog. dissoziale Verhaltensweisen).

Die Bedarfslage älterer Menschen, deren Situation durch Behinderungen und schwierige Problemlagen gekennzeichnet ist, wird besonders berücksichtigt. Entsprechend werden im Rahmen des Angebotes aktivierende, psychosoziale und pflegeergänzende Maßnahmen aufgebaut und weiterentwickelt. Ressourcenorientierte, kompetenzfördernde und qualitätsgesicherte psychosoziale Angebote tragen zur Verbesserung der Lebenssituation und Lebensqualität der Personengruppe durch partizipativ orientierte Unterstützungsformen bei.

### **4. Ziel der Maßnahme im Frankfurter Programm**

Ziel der Maßnahme ist, dementiell und psychisch erkrankten Menschen so lange wie möglich ein Leben in Würde in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Das Angebot richtet sich an erkrankte Menschen und die Personen, von denen sie betreut werden bzw. andere Hilfen erhalten. Wöchentliche Besuche durch eine feste Bezugsperson sollen die Adressaten an bereits bestehende Hilfesysteme heranführen.

Das Projekt korrespondiert mit dem Leitbild der Diakoniestation Frankfurt. Es nimmt auf der Grundlage eines christlichen Menschenbildes den Menschen als Körper-Geist-Seele-Einheit wahr. Der Mensch wird in seiner individuellen Persönlichkeit, ohne Einschränkung seiner religiösen oder weltanschaulichen Anschauung geachtet. Besonderes Anliegen ist es, für persönliche Bedürfnisse Zeit zu haben, lebensgeschichtliche Erfahrungen einzubeziehen und Gewohnheiten aus dem sozialen Umfeld zu berücksichtigen. Angehörige werden als Menschen mit ganz eigenständigen Bedürfnissen, Sehnsüchten und Schwierigkeiten wahrgenommen. Beide Gruppen brauchen personelle Kontinuität und bedarfsorientierten Beistand.

## **Vernetzung**

Voraussetzung für effektive Hilfsmaßnahmen ist eine gute Vernetzung des Projektes innerhalb und außerhalb der Diakoniestation.

Seit der Zentralisierung der vormals sechs für das gesamte Stadtgebiet zuständigen Diakoniestationen werden alle Dienste zentral vom Evangelischen Pflegezentrum in der Battonnstraße aus gesteuert. Dies bringt den Vorteil der kurzen Wege mit sich – die verschiedenen Dienste können direkt miteinander Kontakt aufnehmen, schnelle Absprachen und der Austausch von Informationen gestalten sich unkompliziert. Wird z. B. vom Pflegedienst (Evangelische Hauskrankenpflege) oder dem Diakonischen Betreuungsdienst bei Patienten Vereinsamung oder Bedarf von psychosozialer Begleitung von Demenzkranken festgestellt, wird die Fachkompetenz der Mitarbeiterinnen des Projektes nachgefragt.

Umgekehrt können auf dem gleichen Weg die notwendigen pflege- oder hauswirtschaftlichen Leistungen schnell organisiert und auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden.

Gerade im ambulanten Bereich ist es wichtig, das Augenmerk auf die Vereinsamung der Klienten zu richten. Im Heim wird Vereinsamung leichter sichtbar und ihr kann schneller entgegengewirkt werden als im ambulanten Bereich. Hier ist die Problematik noch längst nicht adäquat ins öffentliche Bewusstsein gedrungen, Menschen können viel eher „unbemerkt“ vereinsamen, und die entsprechenden Hilfsmaßnahmen erfordern einen deutlich größeren Aufwand an Organisation.

Sehr wichtig ist auch die Vernetzung außerhalb des Hauses. Mit den anderen Projekten des Frankfurter Programms „Würde im Alter“ besteht eine sehr enge Verzahnung, die es erleichtert, die passenden Angebote für die Bedürfnisse der Klienten zu finden.

Vor allem alleinlebende Menschen haben häufig keine ausreichende Diagnose. Unsere Kooperation mit der *Memory Clinic* am Diakonissen-Krankenhaus gewinnt hierbei große Bedeutung. Die Kooperation ermöglicht eine unbürokratische Aufnahme, die Untersuchungen finden an drei Tagen – in Anbindung an die Geriatriische Tagesklinik – statt. Die Patienten werden von zu Hause abgeholt und wieder zurück gebracht. Im Anschluss an die Diagnose werden die Patienten dann über das Projekt ambulant weiter betreut.

Auf Anfrage der *Memory Clinic* werden auch Patienten, die vorher noch keinen Kontakt zu uns hatten, in das Projekt aufgenommen, wenn ihre häusliche Situation noch ungeklärt oder eine ausreichende Weiterbetreuung noch nicht ausreichend gewährleistet ist.

## **Nachhaltigkeit**

Durch die Projektarbeit wird gerade auch für die Lebenszusammenhänge dementer, insbesondere auch allein lebender, Menschen ein breiteres Bewusstsein geschaffen. Dabei spielt vor allem die Zusammenarbeit und der Austausch mit Institutionen (Betreuern, Sozialrathäusern, Betreuungsgericht etc.) eine große Rolle. Durch Aufklärung und die Vermittlung von Informationen kann neues Verständnis für die Situation Demenzkranker geschaffen werden. Das gleiche gilt für die Arbeit mit Angehörigen.

An dieser Stelle muss auf die Bedeutung des Frankfurter Programms „Würde im Alter“ hingewiesen werden. Ohne die städtischen Mittel wären solche Hilfen nicht denkbar, denn sie kommen sehr oft solchen Menschen zu gute, die von unserem sozialen Netz nicht erfasst werden bzw. die gesetzlich geregelten Unterstützungen (noch) nicht annehmen können oder wollen.

## **Entwicklung im Projektjahr**

Die Anzahl von Beratungs- und Betreuungsnachfragen im ambulanten Bereich steigt stetig. Gleichzeitig verändert sich der Hilfebedarf. Neben der Nachfrage nach komplexen Hilfemaßnahmen im Sinne eines Case-Managements wächst auch der Bedarf an niedrigschwelligen Betreuungsleistungen.

Im vergangenen Projektjahr wurde das Angebot an niedrigschwelligen Betreuungsleistungen ausgebaut. Derzeit betreuen acht Frauen in nebenberuflicher Tätigkeit<sup>1</sup> demenzkranke Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Unterstützung und Begleitung erfahren sie in einem verbindlichen Gesprächskreis, der im sechswöchentlichen Turnus stattfindet und von den hauptamtlichen Projektmitarbeitern geleitet wird, die den nebenberuflichen Mitarbeiterinnen auch jederzeit für individuelle Gespräche zur Verfügung stehen. In Krisensituationen oder bei komplexen Veränderungen übernehmen die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen, falls erforderlich, die Betreuung vor Ort.

Innerhalb der Diakoniestation ist die Abstimmung mit anderen Bereichen durch Bildung der Arbeitsgruppe „AG-Vernetzung“ (Demenzprojekt und Evangelischer Hauskrankenpflege,

---

<sup>1</sup> gegen Aufwandsentschädigung gem. § 3 Nr. 26 Einkommensteuergesetz (EStG)

Diakonischer Betreuungsdienst, Beratung pflegender Angehöriger) zur Optimierung der Versorgung gemeinsamer Klienten weiter vorangeschritten.

In 2009 wurde als Alternative zum jährlichen Sommerausflug eine gemütliche Weihnachtsfeier ausgerichtet. Bei Kaffee, Tee, Saft und Süßgebäck wurden – mit Gitarrenbegleitung – bekannte Advents- und Weihnachtslieder gesungen.

## **5. Arbeitsmethoden**

### **Schwerpunkt der zugehenden Beratung**

Unser Ansatz zugehender Beratung beinhaltet Hilfeplanung und Leistungserbringung vor Ort – das häusliche Umfeld der Betroffenen bietet zum Teil sehr schwierige und komplexe Bedingungen. Die wesentlichen Bestandteile der Angebote sind eine umfassende Beratung, psychosoziale Begleitung und Hilfe zur Selbsthilfe.

Die besonderen Möglichkeiten zugehender Beratung liegen im direkten Zugang zu den für die Hilfeplanung wichtigen Informationen. Vor Ort kann ein Eindruck von den psychosozialen Bedingungen, dem häuslichen Umfeld, aber auch von bereits bestehenden Hilfestrukturen gewonnen werden. Dieser ganzheitliche Blick erleichtert die Anleitung der Angehörigen und ermöglicht zeitnahe und ressourcenorientierte Interventionen, die direkt auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt werden können.

Die psychosoziale Begleitung erfolgt immer durch ein und dieselbe Bezugsperson. So kann schneller eine Vertrauensbasis geschaffen und auf die Bedürfnisse des Erkrankten und seines Pflegeumfelds eingegangen werden. Angestrebt werden die Förderung und der Erhalt von Lebensqualität sowohl bei den Erkrankten als auch bei ihren Angehörigen.

Eine besondere Herausforderung stellt die Zusammenarbeit mit den Betreuenden (Angehörigen oder anderen Personen) in Bezug auf Zielplanung und Zielumsetzung dar. Dieser Prozess muss immer wieder überprüft und gegebenenfalls neu vereinbart werden. Für die Pflegepersonen ist die Beratung durch professionelle Kräfte oft mit Ängsten verbunden, da fast immer Befürchtungen anzutreffen sind, trotz unermüdlichen Engagements nicht gut genug zu pflegen oder weil ein allgemeines Unbehagen besteht, fremden Personen Einblick in die problematischen Bereiche der Familie zu geben.

Der Kommunikation zwischen Angehörigen und Erkrankten kommt der psychosozialen Begleitung eine zentrale Rolle zu. Die Beratungssituation ist in der Regel durch die gleichzeitige Anwesenheit von Berater, Angehörigen und Erkrankten geprägt und fordert deshalb vom Berater die Fähigkeit zum Rollenwechsel: einmal als „Sprecher“ des Angehörigen und dann wieder als der des Erkrankten. Diese Konstellation bietet aber auch die Möglichkeit, in der Rolle als Moderator Probleme in der alltäglichen Kommunikation herauszuarbeiten und Lösungsvorschläge anzubieten. Durch die professionelle Betreuung des Demenzkranken werden – neben den meist im Vordergrund wahrgenommenen Defiziten – häufig wieder Kompetenzen beim Erkrankten und seinem Umfeld sichtbar, die Raum für neue Impulse geben und Perspektiven aufzeigen.

Am Beginn psychosozialer Begleitung stehen meist alltagsbegleitende Gespräche und Entlastungsangebote durch die Betreuung des Erkrankten. Im weiteren Verlauf helfen gezielte Informationen, das Krankheitsverständnis zu fördern sowie anstehende Entscheidungen zu planen und dann auch zu treffen. Die Optimierung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung hat hier ebenso ihren Platz wie sekundärpräventive Maßnahmen, wie z.B. Sturzprophylaxe oder Wohnraumberatung. Der Aufbau eines tragfähigen Hilfenetzes ist gleichermaßen Ziel und Mittel zum Verbleib im eigenen Heim.

Den Schwerpunkt des vorliegenden Berichts bildet die Beschreibung der Situation alleinlebender, sozial isolierter alter Menschen. Durch individuelle Hilfe- und Betreuungsangebote soll der Verbleib im eigenen Zuhause ermöglicht werden. Ziele und Methoden werden durch ein exemplarisches Fallbeispiel veranschaulicht.

### **Alleinlebende Menschen mit Demenz**

Im Rahmen der Erhebung unserer statistischen Daten für das Jahr 2009 fiel die große Gruppe alleinlebender Menschen mit Demenz auf. Diese Gruppe machte mit 45% nahezu die Hälfte der vom Projekt betreuten Klienten aus. Die Einleitung von Hilfemaßnahmen und der Aufbau eines tragfähigen Hilfenetzes sind fast immer dringend erforderlich, scheitern aber ganz oft daran, dass die dazu notwendigen verbindlichen Absprachen vom Demenzkranken nicht eingehalten werden (können). Mitunter führt dies zu unerwarteten Komplikationen.

## **1. Fallbeispiel**

*Fr. J. ist 86 Jahre alt und lebt allein in einer Zweizimmerwohnung. Sie leidet an einer ausgeprägten vaskulären Demenz, weitere Diagnosen sind Zöliakie und Herzinsuffizienz. Eine gesetzliche Betreuung wurde angeregt, ist aber vom Betreuungsrichter abgelehnt worden. Fr. J. hat Kontakt zur Nachbarin und ihren Brüdern, die in Dresden leben.*

*Im Mai 2009 wird uns Fr. J. von unserem Diakonischen Betreuungsdienst vorgestellt, der sich seit September 2008 um die Reinigung ihrer Wäsche kümmert und glutenfreie Lebensmittel einkauft.*

*Die Folgen der dementiellen Erkrankung von Fr. J. sind in der ganzen Wohnung sichtbar: Briefe und Dokumente liegen in der Badewanne, abgelaufene Lebensmittel lagern sowohl im Kühlschrank als auch auf dem Balkon, ein stromführendes durchgeschauertes Kabel liegt auf dem Fußboden, der Tischgrill zeigt deutliche Brandspuren. Fr. J. hat zwei Abonnements derselben Wochenzeitschrift abgeschlossen und entsprechende Abbuchungsaufträge unterschrieben.*

*Fr. J. ist ausgesprochen freundlich und erzählt gern. Bei den Gesprächen geht die Mitarbeiterin validierend auf ihr emotionales Erleben ein. Über einen Zeitraum von vier Wochen entwickelt sich ein Vertrauensverhältnis, das sich darin ausdrückt, dass Fr. J. die Mitarbeiterin mit dem Namen ihrer früheren Freundin anspricht.*

*Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, weitere Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Die Projektmitarbeiterin organisiert den Pflegedienst der Diakoniestation für die tägliche Medikamentengabe nach SGB V. Zur Unterstützung der zeitlichen Orientierung von Fr. J. bringt sie der Klientin einen Tischkalender mit. Bei ihren regelmäßigen Besuchen und bei Telefongesprächen mit dem Bruder beschreibt sie die Vorteile einer Tagespflegeeinrichtung, z. B. Tagesstrukturierung, mehr Ansprache, gemeinsame Angebote. Als geselliger Mensch reagiert Fr. J. auf das Angebot spontan sehr positiv. Beim Besuch des Bruders in Frankfurt wird der Wunsch, eine Tagespflegeeinrichtung zu besuchen, gemeinsam besprochen und geplant.*

*Die Mitarbeiterin arrangiert einen Probetag in einer, für Demenzkranke geeigneten, Einrichtung. Sie informiert alle bei der Klientin involvierten Dienstleister, die Nachbarin und den Bruder. Einen Tag vor dem Termin erhält die Mitarbeiterin vom Pflegedienst die Nachricht, Fr. J. wolle den Probetag nicht wahrnehmen, der Termin müsse verschoben werden.*

*Wieder müssen die eingebundenen Hilfsdienste über den neuen Termin informiert werden. Am betreffenden Tag möchte Fr. J. den Termin aber wieder nicht wahrnehmen. Als Grund gibt sie an, sich nicht wohl zu fühlen.*

*Zum dritten Mal muss der Termin umorganisiert werden. Trotz der Absagen beteuert Fr. J. gegenüber der Mitarbeiterin, weiterhin großes Interesse am Besuch der Einrichtung zu haben, zumal sich zwischenzeitlich ein positiver Telefonkontakt zwischen der Leitung der Tagespflege und Fr. J. entwickelt hat.*

*Als endlich der Probetag stattfinden soll, ist Fr. J. noch nicht fertig angezogen. Den Termin hat sie trotz telefonischer Erinnerung am Morgen vergessen. Der Fahrdienst muss fast eine Stunde auf sie warten. Während der Fahrt bekommt Fr. J. Angst. Sie ist der Meinung, entführt zu werden und will wieder nach Hause. Durch ruhiges Zureden kann sie vom Fahrer überzeugt werden, im Auto sitzen zu bleiben.*

*Der Tag in der Einrichtung gefällt Fr. J. sehr gut. Begeistert berichtet sie ihrem Bruder und der Mitarbeiterin darüber. Ungeachtet dessen lehnt sie weitere Besuche in der Tagespflege ab. Ein junger Arzt sei bei ihr zu Besuch gewesen und habe ihr ausdrücklich verboten, außer Haus zu gehen. Um Fr. J. eine Alternative zur Tagespflege zu bieten und um der weiter drohenden Vereinsamung entgegenzuwirken, gelingt der Mitarbeiterin die Einarbeitung einer nebenberuflich tätigen Betreuerin, die eine sehr gute Beziehung zur Klientin aufbauen kann.*

Der Versuch, Fr. J. eine professionelle Betreuung in einer Tagespflege nach SGB XI zu vermitteln, erstreckte sich über 3 Monate. Die Vorbereitungen und die Organisation erforderten sieben aufwendige Telefonate mit der Tagespflege und jeweils sechs mit dem Bruder, dem ambulanten Pflegedienst und der Nachbarin. Dazu kamen jeweils noch die Zeiten für Dokumentation, sowie die wöchentlichen ambulanten Besuche zu Etablierung weiterer Hilfen.

Um Versorgungslücken alleinlebender Demenzkranker zu schließen, braucht es zunächst eine stabile Vertrauensbasis. Nicht immer können die Hintergründe zu den komplexen Problemlagen vor Ort erfragt werden, sondern müssen durch Beobachtung und Schlussfolgerung ermittelt werden.

Da rationale Argumente Demenzkranke selten erreichen, können Veränderungen der aktuellen Lebensgewohnheiten eher über die emotionale Bindung zwischen den Bezugspersonen und dem

Erkranktem erreicht werden. Daher steht der Beziehungsaufbau im Vordergrund, die Hilfemaßnahmen sind ihm nachgeordnet.

Für alleinlebende Demenzkranke stellt der Kontakt zu den Mitarbeitern im Projekt oft die einzig stabile Beziehungsform dar. Dem Kranken begegnet in den Mitarbeitern ein Mensch, der ihm mit der Zeit vertraut wird und der ihn – entsprechend den Erfordernissen der fortschreitenden Erkrankung – fachlich und individuell berät. Insbesondere die emotionale Zuwendung baut bei den Klienten Angst und Stress ab. Im dem auf diese Weise entstehenden Gefühl eines „Miteinander“ können Probleme leichter angegangen werden, die die Klienten zwar wahrnehmen, für die sie alleine jedoch keine Entscheidungen mehr treffen können. Durch das neu aufgebaute Vertrauen werden notwendige Veränderungen akzeptiert oder in Momenten der Krankheitseinsicht sogar aktiv mitgetragen.

## **2. Fallbeispiel**

*Fr. D. ist 92 Jahre alt, unverheiratet und lebt allein, seit sie von Zuhause auszog, früher arbeitete sie als Krankenschwester. Nachbarn ist die ausgezehrt wirkende Frau auf dem Balkon aufgefallen, auch weil seit Tagen die Rollläden nicht hochgezogen worden sind, haben sie sich um Hilfe bemüht, schließlich ist die Information an unser Projekt gelangt.*

*Fr. D. öffnet zögernd die Tür. Höflich bittet sie hereinzukommen und lädt ein an ihren Tisch. Ihre Körperhaltung ist abgewandt, sie spricht nicht. Manchmal zischelt sie „Die ist ja immer noch da“, meidet aber jeden Blickkontakt. Auf die Frage, ob die Mitarbeiterin gehen solle, antwortet sie jedoch „Nein!“.*

*Nach Wochen erfolgloser Versuche gelingt es, Kontakt herzustellen. Das gemeinsame Hören von Volksliedern öffnet die Tür zu der einsamen Frau, die sich durch Misstrauen und Ablehnung schützt. Über Wochen entsteht ein Ritual. Dem Hören von Liedern folgen Erzählungen der Klientin über ihre Familie. Jeder Besuch festigt die Rolle der Mitarbeiterin als Vertrauensperson. Erste Hilfen werden angeboten und akzeptiert. Ein Pflegedienst darf kommen und beim Waschen, Anziehen und im Haushalt helfen. Zunehmend freut sich Fr. D. über das tägliche gemeinsame Frühstück mit einem jungen Zivildienstleistenden, in dem sie ihren früheren Verlobten „wiedererkennt“. Der hinzugezogene Fußpflegedienst befreit sie von ihren eingewachsenen Nägeln, so dass sie nach Monaten wieder schmerzfrei spazieren gehen kann. Arztbesuche mit der Mitarbeiterin werden problemlos akzeptiert.*

*Als schließlich trotz aller Bemühungen der Verbleib in der eigenen Wohnung nicht mehr möglich ist, begleitet die Mitarbeiterin sie nach einem gemeinsamen Ausflug in das Pflegeheim. Als Fr. D. in das zwischenzeitlich mit ihren eigenen Möbeln ausgestattete Zimmer tritt ist ihr erster Satz „Ist das schön hier, hier möchte ich nie mehr weg!“.*

Im Krankheitsverlauf kommt es zunehmend zur Fehleinschätzung der eigenen Lebenssituation. Sehr oft fehlt bei alleinlebenden Erkrankten eine ausreichende ärztliche Diagnose, Defizite werden gerade in der Anfangsphase einer Demenzerkrankung häufig bagatellisiert. Aufgrund des Verlustes des Kurzzeitgedächtnisses mischt sich vergangenes und gegenwärtiges Erleben. Konkrete Hilfsangebote können aus Sicht des Demenzkranken nicht angenommen werden, weil sie seiner Gefühlswelt widersprechen. Er zieht sich argumentativ an einen Punkt seiner Biografie zurück, an dem er sein Leben selbstbestimmt und kompetent regeln konnte. Aus dieser Perspektive stellen professionell notwendige Hilfen eine Bedrohung der Autonomie dar. Veränderungen können oft nur in Situationen umgesetzt werden, wenn die Fassade einbricht und der Klient seine Defizite kurzzeitig erkennt, d.h. er sie in dieser Situation auch spüren kann.

### ***3. Fallbeispiel***

*Fr. S. ist 83 Jahre alt, sie leidet unter chronischen Schwindelanfällen, die bereits zu häufigen Stürzen mit anschließenden Krankenhausaufenthalten führten. Sie erzählt, dass sie Schwierigkeiten beim Wäsche aufhängen habe. Das Angebot der Mitarbeiterin, eine hauswirtschaftliche Hilfe zu organisieren, lehnt sie empört ab. Sie käme wunderbar allein zurecht und wolle keine fremden Menschen in ihrer Wohnung um sich haben. Nach einem erneuten Sturz besucht die Mitarbeiterin Fr. S. in der geriatrischen Reha. Aufgrund der aktuell erlebten Hilflosigkeit, stimmt Fr. S. „übergangsweise“ einer Haushaltshilfe zu.*

Alleinlebende Menschen mit einer Demenzerkrankung haben häufig gemeinsam, dass sie bereits vor Ausbruch der Krankheit längere Zeit auf sich allein gestellt waren und gewohnt sind, ihr Leben ohne Einflußnahme von außen zu gestalten. Im Gegensatz zu dieser Personengruppe erfährt z.B. ein Demenzkranker, der in einer Partnerschaft lebt, durch die zunehmende Übernahme von Aufgaben durch den gesunden Partner das Fortschreiten seiner Erkrankung und den Verlust von Fähigkeiten viel deutlicher.

Beim alleinlebenden Demenzkranken existiert ein solcher „Spiegel“ in seiner gewohnten Umgebung zumindest bis zu dem Moment nicht, wo ein für ihn fremder Mensch in sein Umfeld „eindringt“. Anders als bei der Betreuung innerhalb einer Partnerschaft – der Angehörige ist dort der Auftraggeber – fehlt es hier am Auftrag des Betroffenen. Die angebotene Hilfe in der zugehenden Beratung wird deshalb zu Anfang oft als ein Einbrechen in den persönlichen Bereich, als eine Einschränkung der Freiheit empfunden.

#### **4. Fallbeispiel**

*Fr. A. ist 84 Jahre und leidet unter einer Depression. Starke Einbußen beim Kurzzeitgedächtnis machen sich bemerkbar. Sie wird von der Enkeltochter versorgt, die schwerwiegende Defizite bei der Körperpflege, in der Ernährung und im Bereich der sozialen Kontakte sieht. Fr. A. nimmt dies gegenteilig wahr. Sie versteht nicht, warum ihre Enkeltochter ihr einfach einen fremden Menschen in die Wohnung schickt.*

*Bei dem Besuch durch die Mitarbeiterin des Demenzprojekts verhält sie sich freundlich, auch nach einer Stunde des lebendigen Gesprächs scheint sie die Gesellschaft noch zu genießen. Als das Gespräch auf den nächsten Besuch kommt, verlangt sie, dass die Mitarbeiterin ihre Telefonnummer aufschreibt, sie (Fr. A.) würde sich bei Bedarf schon bei ihr melden. Als die Mitarbeiterin in der darauffolgenden Woche bei ihr anruft, kann sie sich an den Besuch nicht mehr erinnern. Sie fühle sich heute nicht wohl und wolle keinen Besuch.*

Jede Hilfeplanung geht mit Veränderungen im Leben des Klienten einher. Abweichungen von bekannten Gewohnheiten verunsichern Demenzkranke, da es ihnen zunehmend schwer fällt, neue Verhältnisse zu überschauen.

Die Mitarbeiter können ohne Einverständnis bzw. die Unterschrift des Erkrankten nicht für ihn handeln, deshalb können präventive Maßnahmen nur gemeinsam mit dem Klienten realisiert werden. Das Wesen der Krankheit bedingt, dass die geplanten Hilfsmaßnahmen nie einen gradlinigen Verlauf nehmen, sondern regelmäßig Phasen der Stagnation auftreten. Einzelne Maßnahmen müssen immer wieder aufs Neue ausgehandelt werden. Dabei ist es wichtig, die noch vorhandenen Kompetenzen auch einzusetzen, um die Ressourcen der Klienten möglichst lange zu erhalten. Gleichzeitig müssen Schwachstellen erkannt und Hilfemöglichkeiten benannt werden. Der professionell begleitete Weg geht die Umwege mit dem Betreuten mit.

Der Wunsch des Erkrankten, möglichst lange im eigenen Heim zu leben, findet dort seine Grenzen, wo Selbst- und/oder Fremdgefährdung drohen. Bei dem Versuch, Autonomie und Würde des Betroffenen zu schützen und dennoch notwendige Hilfen umzusetzen, bewegen sich die Projektmitarbeiter in einem ständigen Spannungsfeld. Diese Form der Begleitung ist äußerst zeitintensiv, kann aber auch dann, wenn letztlich doch sichernd eingegriffen werden muss, noch in eine für alle Beteiligten zufriedenstellende Lösung münden, wenn die Betroffenen Vertrauen gefasst haben und die Erfahrung machen konnten, dass ihre Bedürfnisse ausreichend Berücksichtigung finden. Der Schluss der Fallbeispiels 2 belegt dies.

## 6. Statistische Daten

<b>Anzahl der Klienten</b>	<b>72</b>
Ambulant betreute Klienten	46
Beratungsgespräche zu Hause	15
Unregelmäßige Kontakte	11
<b>Alter der ambulant betreuten Klienten</b>	
Klienten von 56 – 65 J.	03
Klienten von 66 – 75 J.	09
Klienten von 76 – 85 J.	17
Klienten von 86 – 95 J.	16
Klienten von 96 – 100 J.	01
<b>Geschlecht der ambulant betreuten Klienten</b>	
Weibliche Klientinnen	36
Männliche Klienten	10
<b>Diagnosen, Klienten mit:</b>	
Depressionen	06
Morbus Alzheimer	09
Vaskuläre Demenz	27
Frontotemporale Demenz	01
Morbus Parkinson	03

<b>Ausgeschiedene Klienten</b>	<b>17</b>
Verstorben	06
Vermittlung in Pflegeheim/Wohngemeinschaft	05
Sonstige Gründe	06
<b>Neuaufnahmen von Klienten</b>	<b>41</b>

Im Zeitraum vom 01.01.2009 bis zum 31.12.2009 wurden 72 Klienten betreut. Die ambulant betreuten Klienten wurden in einem zeitlichen Umfang von drei Monaten bis zu 69 Monaten regelmäßig zu Hause besucht. Die durchschnittliche Betreuungszeit pro Klient liegt im Mittel bei 18 Monaten bei einer durchschnittlichen Betreuungszeit von 13 Stunden im Monat.

<b>Betreuungszeiten</b>	<b>Anzahl Klienten</b>
Bis 3 Monate	03 Klienten
Bis 12 Monate	10 Klienten
Bis 24 Monate	12 Klienten
Mehr als 24 Monate	05 Klienten

Von insgesamt 2.532 geleisteten Stunden machte die Betreuungszeit der Erkrankten vor Ort 1393 Stunden aus. Davon entfielen auf die psychosoziale Begleitung 865 Stunden und 528 Stunden auf die Anleitung und Motivation zu Aktivitäten.

In Berichtsjahr wurden 41 Klienten aufgenommen. Dennoch konnte auf eine Warteliste weitgehend verzichtet werden. Die Mitarbeiterinnen führten zeitnah zu den Anfragen beratende Hausbesuche durch, bei denen Bedarfe ermittelt wurden. Neben der Organisation von anderen Diensten konnten nebenberuflich Tätige für ambulante Betreuungen eingesetzt werden, die eine fest angestellte Mitarbeiterin begleitete.

In Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft Frankfurt e. V. boten die Projektmitarbeiterinnen die Betreuung dementiell erkrankter Menschen an, deren Angehörige so die Möglichkeit hatten, das zeitgleich laufende Seminar „Hilfe beim Helfen“ zu besuchen. Die Nachfrage beschränkte sich in diesem Jahr auf eine erkrankte Frau mit einem komplexen Krankheitsbild. Die intensive und

individuelle Begleitung der Erkrankten in einer für sie fremden Umgebung erforderte den Einsatz einer hauptamtlichen Mitarbeiterin.

## **7. Qualitätsmanagement**

Innerhalb des „Frankfurter Programms Würde im Alter“ ist über die Förderrichtlinie das Ziel der Qualitätssicherung und Förderung für alle teilnehmenden Projekte vereinbart. Dazu gehören:

- Projektsitzungen der Stadt Frankfurt im sechswöchentlichen Turnus
- Planung im Bereich Casemanagement/Frankfurter Hilfeplan
- Schulung: Einführung einer systematischen Fallberatung „Kollegiale Fallberatung“ im Frankfurter Programm Würde im Alter, 11.–12.03.2009
- Zusatzmodule der Kollegialen Beratung, 22.09.2009
- Verbindliche Teilnahme an den Sitzungen der Kollegialen Fallberatungsgruppen

Ergänzend zum städtischen Angebot:

- Fachtagung Versorgungsbrüche in der Altenarbeit, 17.06.2009
- Fachtagung „Reaktivierung von Traumata“, 24.06.2009
- Frankfurter Demenzforum „Wenn die Demenz beginnt“, 10.09.2009
- Teambesprechungen im Turnus von sechs Wochen
- Supervision im Turnus von sechs Wochen
- Bei akuten Problemlagen: interne Fallbesprechungen oder Einzelgespräche mit der Projektleitung (qualifizierte Ausbildung im therapeutischen und rechtlichen Bereich).

## **8. Ablaufplan**

Die Förderung ist etabliert. Art und Dauer der Maßnahmen orientieren sich nicht (mehr) an dem Zeitrahmen des jeweiligen Förderjahres, viele Betreuungen erstrecken sich über einen deutlich längeren Zeitraum als zwölf Monate.

Begründet ist dies durch die Komplexität der Problemlagen, die bei der Betreuung im häuslichen Umfeld anzutreffen sind, und das Bemühen, die Klienten soweit wie möglich in die Entscheidungsprozesse mit einzubinden.

Der Verlauf dieser Prozesse ist nur bedingt planbar, viele Ziele entwickeln sich erst während des Weges, der gemeinsam mit den Klienten gegangen wird.

Das erfordert auch immer wieder Veränderungen in den Angeboten. So wurde z. B. erstmals in diesem Jahr der gemeinsame Sommerausflug zugunsten einer Weihnachtsfeier für die Klienten des Demenzprojekts in den Räumen der Diakoniestation aufgegeben. Die Mitarbeiter hatten bemerkt, dass sich die Demenzkranken bei den Ausflügen (Zoo, Palmengarten, Schiffstour etc.) immer wieder etwas verloren gefühlt hatten, obwohl für jeden Teilnehmer eine vertraute Bezugsperson zur Verfügung stand.

Dagegen spricht eine Weihnachtsfeier anscheinend so viele vertraute Erinnerungen an, dass bereits nach kurzer Zeit – dem Singen der ersten Weihnachtslieder – die ersten Klienten Kontakt untereinander aufnehmen und ein starkes Gefühl von Zusammengehörigkeit spürbar wird.

Frankfurt am Main, im Dezember 2010

gez.

Monika Czechowicz – Projektmitarbeiterin

Claudia Narotam – Projektmitarbeiterin

Helmut Täuber – Projektleitung

Diakoniestation Frankfurt am Main  
gemeinnützige GmbH  
Battonnstraße 26-28  
60311 Frankfurt am Main