

Diakoniestationen gGmbH

Evangelische Hauskrankenpflege

Frankfurt am Main

Battonnstraße 26-28, 60311 Frankfurt am Main

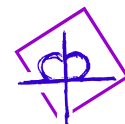
Frankfurter Programm Würde im Alter

Projekt

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

Gesamtbericht

November 2001 – Oktober 2007



PROJEKT „BEGLEITUNG UND UNTERSTÜTZUNG VON DEMENTIELL UND PSYCHISCH ERKRANKTEN MENSCHEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN“
– GESAMTBERICHT VON NOVEMBER 2001 BIS OKTOBER 2007 – **2**

EINLEITUNG **2**

1. STRUKTUR UND ORGANISATION **2**

- 1.1 PROJEKTBESCHREIBUNG** **2**
- 1.2 PROJEKTTEAM** **3**

2. ANGEBOTE UND ZIELE IM PROJEKT **4**

- 2.1 BESTANDTEILE UNSERES ANGEBOTES** **4**
- 2.2 ZIELE DER PSYCHOSOZIALEN BETREUUNG** **4**

3. ZIELGRUPPE **4**

- 3.1 KONTAKTAUFNAHME ZUM PROJEKT** **5**
- 3.2 DEMENTIELL ODER PSYCHISCH ERKRANKTE MENSCHEN** **5**
 - 3.2.1 ALLEIN LEBENDE MENSCHEN** **5**
 - 3.2.2 MENSCHEN MIT MAßGEBLICH EINER BEZUGSPERSON** **6**
 - 3.2.3 MENSCHEN IN BEREITS BESTEHENDEN HILFENETZWERKEN** **6**
- 3.3 CHARAKTERISTISCHE PROBLEMLAGE** **7**
 - 3.3.1 BESONDERHEIT „AKUTER HANDLUNGSBEDARF OHNE KONKRETEN AUFTRAG“** **7**
 - 3.3.2 BESONDERHEIT „HÄUSLICHER BEZUGSRAHMEN“** **8**
 - 3.3.3 BESONDERHEIT „PSYCHOSOZIALE BETREUUNG“** **8**
 - 3.3.4 DER PFLEGENDE ALS EXPERTE** **9**

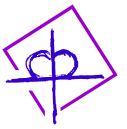
4. BESONDERHEITEN DER PSYCHOSOZIALE BERATUNG UND BEGLEITUNG **10**

- 4.1 HILFEPLANUNG** **10**
 - 4.1.1 BEZIEHUNGSAUFBAU – METHODEN DES „TÜR-ÖFFNENS“** **10**
 - 4.1.2 BEDARFSANALYSE** **11**
 - 4.1.3 AUFBAU VON HILFENETZWERKEN** **11**
- 4.2 BEGLEITUNG DEMENTIELL UND PSYCHISCH ERKRANKTER** **14**
- 4.3 BEGLEITUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER** **15**
- 4.4 ANGEBOTE IN DER GRUPPE** **17**
 - 4.4.1 GRUPPENAUFLÜGE** **17**
 - 4.4.2 BETREUUNGSGRUPPE** **17**

5. ENTWICKLUNGEN IM BETREUUNGSVERLAUF **18**

- 5.1 KLIENTENBEZOGEN (DEMENZKRANKE UND ANGEHÖRIGE)** **18**
- 5.2 AUS DER SICHT DER BETREUER** **19**
- 5.3 PROJEKTBEZOGEN** **19**

6. AUSBLICK **20**



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

– Gesamtbericht von November 2001 bis Oktober 2007 –

Einleitung

Das Projekt wurde im November 2001 im Rahmen des Sofortprogramms für stationäre und ambulante Altenpflege – ab 2007: „Frankfurter Programm Würde im Alter“ – der Stadt Frankfurt am Main eingerichtet. Ziel des Programms ist, durch den Einsatz städtischer Mittel Hilfen für Menschen bereitzustellen, die in Folge ihrer Lebenslage (dementielle und/oder psychische Erkrankung) einen besonderen psychosozialen Betreuungsbedarf haben. Die angebotenen Hilfen dürfen nicht Bestandteil des Leistungskatalogs nach SGB XI sein, da dies einen verdeckten Betriebskostenzuschuss darstellen würde.

„Betreuung“ wird dabei nicht als rechtliche Betreuung im Sinne der §§ 1896 ff. BGB verstanden, sondern in einem allgemeinen Sinne, d. h. als ein „sich kümmern“. Dieser Begriff der Betreuung umfasst zwei Aspekte, den der Hilfeleistung (Unterstützung durch praktische, konkrete Tätigkeiten) und den der Begleitung (Unterstützung durch „Gesellschaft leisten“, beistehen, einfach da sein).

Der Schwerpunkt, der in unserem Projekt erbrachten Leistungen liegt in der Begleitung der Betroffenen in ihrem Alltag. Da pflegerische Tätigkeiten durch Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) abgedeckt werden, erbringen die Projektmitarbeiter ihre Leistungen vor allem in den Bereichen Beratung und Begleitung, aber auch in Form praktischer Hilfen im administrativen Bereich, etwa beim Umgang mit Behörden, Kassen etc., dem Formulieren von Schreiben, dem Beschaffen von Hilfsmitteln usw..

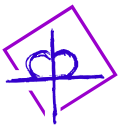
1. Struktur und Organisation

1.1 Projektbeschreibung

Projektname: Begleitung und Unterstützung von dementiell und psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen

Dauer des Projektes (Berichtszeitraum): 1. November 2001 bis 31. Oktober 2007

Inhalt des Projektes: Schwerpunkt unseres Angebotes ist die psychosoziale Betreuung der Erkrankten mit dem Ziel, ihnen so lange wie möglich einen Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Sie werden in der Regel in ihrer Wohnung wöchentlich für jeweils zwei Stunden besucht. Die Angehörigen werden beraten, umfassend (über Demenz, Hilfsangebote etc.) informiert und durch die Betreuungsangebote entlastet. Eine telefonische Beratung wird angeboten. Im Verlauf der Betreuung wird der Hilfebedarf für eine optimale Versorgung eruiert und die notwendigen Hilfen vermittelt.



Ansatz: Die Arbeit im Projekt stützt sich im wesentlichen auf die theoretischen Grundlagen der Validation (Naomi Feil), der personen- bzw. klientenzentrierten Gesprächsführung (Tom Kitwood) und des Pflegemodells nach Erwin Böhm.

Validation bedeutet wörtlich „widerstandsfähig“ machen. Insbesondere Naomi Feil hat diesen Begriff im Zusammenhang mit der Pflege von Demenzkranken geprägt. Grundlegende Ziele der Validation nach Naomi Feil sind: Vertrauen aufzubauen, die Kranken darin zu unterstützen, ihre Gefühle zu verbalisieren und ihnen Würde und Selbstwertgefühl zurückzugeben. Basierend auf dem Gedanken der Wertschätzung des Betroffenen und der Akzeptanz seiner „subjektiven Wirklichkeit“ kann ein Beziehungsaufbau stattfinden. Das „Einfühlen“ in die Biographie des Betroffenen und das Verstehen seiner inneren Beweggründe ermöglicht es dem Betreuer, die Gefühle des anderen zu erkennen und mit eigenen Emotionen zu antworten. Eine mögliche Lösung von früheren Konflikten kann somit herbeigeführt werden und reduziert Stress- und Angstgefühle des Erkrankten. Das Würdigen der Situation des Dementen ist Ausdruck unseres empathischen Verhaltens.

Empathie ist jedoch nicht nur bei Naomi Feil ein wesentlicher Bestandteil im Umgang mit dementen Menschen. Die personen- bzw. klientenzentrierte Gesprächsführung nach Tom Kitwood (basierend auf den Ansätzen der Gesprächstherapie von Carl Rogers und der Transaktionsanalyse) beschäftigt sich ebenfalls mit diesem Ansatz. Neben dem einführenden Verstehen (Empathie) stehen auch hier die Aspekte Akzeptanz und Kongruenz im Vordergrund des Handelns. Die Wertschätzung des Betreuers sowie seine Echtheit und Glaubwürdigkeit ermöglichen es dem Erkrankten, Vertrauen zu finden.

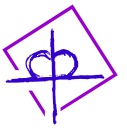
Das psychobiographische Pflegemodell nach Erwin Böhm integriert beide Methoden. Der Ansatz von Böhm berücksichtigt den psychobiographischen Hintergrund, die Gewohnheiten und die individuelle Art, wie die Erkrankten bisher ihr Leben bewältigt haben. Die Menschen und ihre Bewältigungsstrategien sind besser zu verstehen, wenn wir wissen, was sie meinen und was sie wirklich bewegt. Dieses Wissen ist Voraussetzung für die so genannte reaktivierende Pflege. Durch sie soll die Selbstständigkeit und die soziale Kompetenz der Senioren gefördert und so lange wie möglich erhalten werden.

Kooperationspartner: Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main e.V.;
(Maßnahmen: Angehörigenberatung/-schulung)

1.2 Projektteam

Das Projekt wurde vom Beginn im November 2001 bis Ende Dezember 2006 von der Fachberaterin (Krankenschwester mit langjähriger Leitungserfahrung) der Diakoniestationen gGmbH geleitet. Im Januar 2007 wurde die Leitung vom stellvertretenden Geschäftsführer – Dipl.-Pädagoge, Dipl.-Sozialpäd. (FH), therapeut. Zusatzausbildung – übernommen.

Zum festen Mitarbeiterstamm zählen eine Dipl.-Pädagogin (20 Wochenstd.) mit musiktherapeutischer Ausbildung und eine Heilpädagogin (24 Wochenstd.), die zugleich auch eine Ausbildung als Krankenschwester hat. Seit Januar 2007 arbeitet darüber hinaus auch noch die Fachkraft für die Beratung von pflegenden Angehörigen und Patienten (Dipl.-Psychologin, 5 Wochenstd.) im Projekt mit.



Im Verlauf des Projekts wurden insgesamt zehn nebenberuflich tätige Helferinnen (gegen Aufwandsentschädigung), darunter auch mehrere erfahrene Krankenschwestern sowie mehrere Zivildienstleistende bei der Begleitung der Erkrankten eingesetzt.

Die ehemalige Projektleiterin arbeitet seit ihrem Ausscheiden ehrenamtlich in der Betreuung mit.

Im Team findet ein intensiver Austausch über die Arbeit im Projekt statt. Fachliche Fragen werden in den Dienstbesprechungen erörtert. In sechs- bis achtwöchigen Abständen findet eine Fallsupervision statt. Die Mitarbeiter nehmen an Fortbildungen und Fachtagungen teil.

2. Angebote und Ziele im Projekt

Ziel des Projekts ist es, dementiell und psychisch erkrankten Menschen ein Leben in Würde in ihrer gewohnten häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Das Angebot richtet sich sowohl an die Betroffenen als auch an die Angehörigen.

2.1 Bestandteile unseres Angebotes

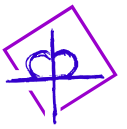
- ambulante psychosoziale Betreuung
- zugehende Beratung
- Telefonberatung
- Gruppenangebot in Kooperation mit der Alzheimer Gesellschaft
- Gruppenausflüge mit Betroffenen und ihren Angehörigen
- Nachbetreuung und Trauerbegleitung
- Überleitungsbesuche bei Wohnungswechsel

2.2 Ziele der psychosozialen Betreuung

- Förderung des Krankheitsverständnisses
- Verbesserte Kommunikation zwischen Erkrankten und betreuenden Menschen
- Entscheidungshilfen durch gezielte Informationen
- Förderung und Erhaltung der Lebensqualität bei den Erkrankten
- Entlastung pflegender Angehöriger
- Optimierung der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung
- Aufbau eines tragfähigen Hilfenetzes unter Mitwirkung und Kooperation bei Vernetzungsmodellen im Stadtgebiet

3. Zielgruppe

Das Hilfeangebot richtet sich an dementiell und psychisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige. Im Verlauf des Projekts wurden Menschen aller gesellschaftlicher Schichten, unterschiedlicher finanzieller Möglichkeiten, alleinstehend, im großen und kleinen Familienverbund lebend, erreicht. Die meisten Erkrankten sind weit über 70 Jahre. Die Hauptlast der Pflege tragen primäre Bezugspersonen wie Ehepartner, Töchter, Schwieger-



töchter, seltener Söhne, Nachbarn, Freunde. Viele der Klienten sind multimorbid, jedoch nur wenige haben stark einschränkende körperliche Behinderungen.

Bei der Art der Kontaktaufnahme, den Fragestellungen und Problemlagen konnten keine geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt werden. Auffällig dagegen war die hohe Individualität der Bedarfe.

Menschen mit Migrationshintergrund wurden während der Projektzeit nur vereinzelt versorgt. Gründe dafür liegen vermutlich darin, dass viele Migranten noch gut in einen funktionierenden Familienverbund bzw. intakte Großfamilien integriert sind.

3.1 Kontaktaufnahme zum Projekt

Dementiell oder psychisch erkrankte Menschen kommen in aller Regel nicht aus eigener Initiative zum Projekt. Der Kontakt erfolgt meist über Familienangehörige, Nachbarn und Institutionen, die Informationen über unser Projekt aus Broschüren, Presse, Fachveranstaltungen und zunehmend dem Internet werden genutzt. Besonders freuen wir uns, dass wir immer wieder von zufriedenen Klienten weiter empfohlen werden.

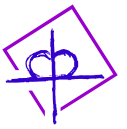
Da die Verweildauer der Klienten im Projekt hoch ist, werden Anfragende auf eine Warteliste gesetzt. Bei dringenden Anliegen geben wir telefonisch Informationen zur Selbsthilfe. Häufig führt der erste, zu nichts verpflichtende Telefonkontakt dazu, dass Angehörige oder Nachbarn sich die täglichen Schwierigkeiten von der Seele reden können und uns gegenüber bereits das Gespräch als große Hilfe bezeichnen. Bei Bedarf nutzen wir das interdisziplinäre Netz der Diakoniestationen gGmbH. Dazu gehören die Evangelische Hauskrankenpflege, der Diakonische Betreuungsdienst, und die Beratung für pflegende Angehörige und Patienten. Zudem stellen wir Kontakt zu anderen Projektträgern, Sozialdiensten, Seniorenberatungsstellen und zuständigen Sozialrathäusern her.

3.2 Dementiell oder psychisch erkrankte Menschen

Eine Vielzahl der von uns besuchten dementiell oder psychisch erkrankten Menschen ist sozial isoliert. Das Verhalten der Erkrankten – und häufig auch das ihres näheren Umfelds – ändert sich. Schamgefühle entstehen und das Gefühl, keine Hilfe von außen erbitten zu können. Aus dieser Haltung – „Ich möchte niemand damit belästigen!“ oder „Wem kann ich das zumuten?!“ – resultiert der Rückzug der Familie aus dem bisher tragenden Bezugssystem. Hiervon verunsichert ziehen sich dann auch Verwandte, Freunde und Kollegen zurück. Ein Teufelskreis der Isolation beginnt.

3.2.1 Allein lebende Menschen

In unserem Projekt betreuen wir überwiegend allein lebende Menschen. Nachbarn, Ärzte, Kirchengemeinden oder entfernt lebende Verwandte rufen verzweifelt an und sprechen von unhaltbaren Zuständen, die in der Regel mit der Weigerung des Betroffenen einhergehen, Hilfen anzunehmen. Diese Personengruppe ist stark isoliert, oft misstrauisch und depressiv. Das Haus wird nicht mehr ohne Begleitung verlassen, eine Tagesstruktur ist kaum erkennbar. Die Betroffenen ernähren sich nicht mehr ausreichend, Appetitlosigkeit und Mangelernährung, auch Fehlernährung (eine Dame aß gelegentlich Melkfett als Butterersatz) sind die Folge.



Das Vorliegen einer dementiellen Erkrankung in diesen Fällen ist wahrscheinlich, jedoch fehlt meist eine entsprechende ärztliche Diagnose. Naturgemäß ist auch die Krankheitseinsicht der Betroffenen gering. Verwandte oder Bekannte möchten Hilfen anbieten, werden aber zurückgewiesen. Da die Betroffenen nicht mehr zum Verlassen ihrer Wohnung zu bewegen sind, liegt die einzige Möglichkeit der Hilfe darin, auf sie zuzugehen.

Die Projektmitarbeiter haben hier die ersten „Barrieren“ zu überwinden. Sie benötigen die Erlaubnis der Betroffenen, die Wohnung zu betreten und bleiben zu dürfen. Da jedoch das Bedürfnis der Betroffenen nach Beziehung und Hilfe sehr groß ist, können die Mitarbeiter durch den Einsatz von Methoden der Validation (Naomi Feil) oder der personenzentrierten Gesprächsführung (Carl Rogers) – insbesondere durch Empathie, also Eingehen auf die Situation und Befindlichkeit der Klienten – schnell Kontakt aufbauen. So gelingt es trotz starker Widerstände und zur Verwunderung der Bezugsperson immer, Zugang zu dem Erkrankten zu bekommen.

3.2.2 Menschen mit maßgeblich einer Bezugsperson

Erkrankte, die im eigenen Haushalt leben und durch eine Bezugsperson betreut werden, sind die zweitstärkste Gruppe der Betroffenen. Bei den Betreuungspersonen handelt es sich meist um Ehepartner, oft sind es Töchter, seltener Söhne.

Anlass für die Kontaktaufnahme sind fast immer Probleme, die sich im häuslichen Pflege- und Betreuungsalltag ergeben. Die krankheitsbedingten Veränderungen im Verhalten des Erkrankten führen bei den Betreuenden zu hoher physischer und psychischer Belastung. Insbesondere führt das Gefühl, den Betroffenen nicht mehr allein bzw. ohne Aufsicht lassen zu können, dazu, dass die eigenen Lebensbereiche stark eingeschränkt und zuletzt ganz aufgegeben werden. Kräftemangel und Antriebsarmut machen es den Angehörigen schwer, sich zu informieren und aus eigener Kraft ein funktionierendes Hilfesystem aufzubauen. Der Wunsch und Anspruch, dem Erkrankten das Verbleiben im eigenen Heim und in der Familie zu ermöglichen, wird fast immer über das eigene körperliche und seelische Wohl gestellt.

Der Verlust kognitiver Fähigkeiten beim Erkrankten führt zur Veränderung der bislang gelebten Rollen. Der Angehörige muss sich nun auch um die Aufgaben kümmern, die der Betroffene vor seiner Erkrankung übernommen hatte – Ehemänner müssen kochen und sich dem Haushalt widmen, Ehefrauen die gemeinsamen Finanzen verwalten. Diese zusätzlichen Belastungen hemmen die Entscheidungsfähigkeit der Bezugsperson und erschweren die Annahme angeratener Hilfen.

Während die Ehepartner bei der Betreuung weniger mit dem Problem konfrontiert sind, von ihrem erkrankten Partner nicht akzeptiert zu werden, ist dieses Phänomen häufiger zu beobachten, wenn Kinder sich um einen Elternteil kümmern. Nach den Erfahrungen der Projektmitarbeiter haben es Söhne hier oft etwas leichter.

3.2.3 Menschen in bereits bestehenden Hilfenetzwerken

Erkrankte in bereits bestehenden Hilfenetzwerken werden selten und dann meist nur für eine kurze Zeit in das Projekt aufgenommen. Zu ihnen gehören Menschen, die im größeren Familienverband leben oder von gesetzlichen Betreuern begleitet werden. Die gezielten Fragen der Angehörigen oder Betreuer werden über telefonische oder persönliche Gespräche geklärt. Gegebenenfalls informieren wir über passende Hilfen anderer Dienste und stellen entsprechende Kontakte her.



Dabei zeigt sich häufig, dass es den Betroffenen leichter fällt, Hilfen anzunehmen, wenn im Vorfeld bereits Kontakt zu unseren Projektmitarbeitern bestanden hat. Die Klienten sind anscheinend durchwegs in der Lage, positive Erfahrungen aus der Betreuungssituation zu übertragen. So fällt der Einstieg für andere Dienste leichter, aber auch die Vermittlung in eine Tagesklinik oder – wenn es nicht mehr zu vermeiden ist – der Umzug in ein Pflegeheim.

3.3 Charakteristische Problemlage

Im Folgenden wird erläutert, warum eine reguläre Finanzierung durch Krankenversicherung (SGB V), Rentenversicherung (SGB XI) oder Sozialhilfe (SGB XII – früher BSHG) in dieser speziellen Beratungssituation schwierig oder undurchführbar ist.

Die Haushaltslagen der im Projekt betreuten Klienten umfassen die ganze Spanne von kritisch bis komfortabel. Aber auch eine gute finanzielle Ausgangslage hat meist nur geringe Auswirkungen auf eine der Erkrankung angemessene und würdevolle Pflegesituation vor Ort. Die Gründe für eine nicht ausreichende Versorgung sind vor allem Verleugnung der Erkrankung sowie Verarmungs- und Verlustängste. Eine wichtige Rolle spielen auch „Erbversprechen“ – damit ist gemeint, dass die Betreuungsperson es vermeidet, an sich vorhandene finanzielle Mittel einzusetzen, weil sie zumindest einen großen Teil des vorhandenen Vermögens in ihre weitere Lebensplanung fest einkalkuliert hat. Maßnahmen zu einer Verbesserung der Situation, die in der Folge das Ersparte aufzubrechen drohen, werden daher häufig nicht akzeptiert.

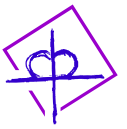
Dazu kommt, wie sich häufig herausstellt, eine Fehleinschätzung der Kosten einer die Bedürfnisse aller Beteiligten angemessenen Versorgung. So wird oft die Höhe von Zuzahlungen oder die Wahrscheinlichkeit einer Inanspruchnahme durch das Sozialamt falsch eingeschätzt und aus Angst, die Ersparnisse vor Ämtern und Institutionen offen legen zu müssen, wird eine notwendige Klärung vermieden. Im Laufe der Beratung können durch Beziehungsbildung und Vertrauensgewinn diese Ängste aber oft abgebaut werden.

Die nachfolgenden Aspekte verdeutlichen die Besonderheiten des Angebotes und seine Wechselwirkung in der Beratung und Hilfeplanung.

3.3.1 Besonderheit „Akuter Handlungsbedarf ohne konkreten Auftrag“

Zu Beginn nehmen Pflegende und Erkrankte eine sondierende und abwartende Haltung ein. Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes sind sie meist am Rande ihrer Kräfte. Zielgerichtete Fragen und Offenheit gegenüber Hilfen sind die Ausnahme. Die Erfahrung mit sozialen Diensten fehlt. Das über die Leistungen sozialer Träger hinausgehende Angebot der psychosozialen Betreuung wird nicht verstanden. Die angebotene Zeit für Gespräche und Betreuung von erkrankten Angehörigen wird zu Beginn eher als befremdlich erlebt. Es besteht Angst vor Einmischung, Verurteilung und Entmündigung. Daher sind vor einer Beratung viel Geduld, Verständnis und Einfühlungsvermögen nötig, um einen vertrauensvollen gemeinsamen Weg zu ebnen.

Der Beginn der Pflegebeziehung ist somit durch die paradoxe Besonderheit einer „Auftragslage ohne konkreten Auftrag“ gekennzeichnet. Anders formuliert: Es besteht – mit Blick auf die Würde von Pflegenden und Erkrankten – ein Handlungsbedarf, der erst erschlossen werden muss.



3.3.2 Besonderheit „Häuslicher Bezugsrahmen“

Häufig ist es sinnvoll, die Betreuung durch mehrere telefonische Kontakte vorzubereiten. Auch wenn von Seiten der Klienten ein gewisses Interesse spürbar ist, herrschen doch in aller Regel Zweifel vor. So beschwerlich die Situation auch sein mag, die Betroffenen und ihre Angehörigen haben sich damit arrangiert und möchten ihre Probleme nicht „öffentlich machen“. Die mit einem Besuch einhergehenden Veränderungen lösen bereits im Vorfeld Ängste aus. Sätze wie „Und was machen wir dann zwei Stunden lang?“ oder „Mein Mann duldet niemanden außer mich in seiner Nähe!“ oder „Sie wird Sie nicht an sich heranlassen!“ verdeutlichen dies und zeigen darüber hinaus die bisher gemachten Erfahrungen auf.

Die psychosoziale Betreuung findet in einem Familiensystem statt, das zwar stark belastet ist, sich jedoch noch immer in einem gewissen Gleichgewicht befindet. Durch die Aufnahme der Betreuung wird dieses Gleichgewicht zusätzlich gestört und der Beginn der Beratung wird unter diesen Umständen nicht immer als entlastend erlebt. Die prozessuale Begleitung dieser ambivalenten Situation – bei gleichzeitigem Vertrauensaufbau – führt mit der Zeit jedoch dazu, dass ein Abgeben von Aufgaben und Funktionen überhaupt als möglich erlebt und später als wohltuend und hilfreich verstanden werden kann.

Die Betreuung durch die Fachkräfte des Projekts trägt neue Impulse in das bestehende System. Gleichzeitig vermittelt die Vertrautheit des häuslichen Umfelds den Klienten Sicherheit, und durch den Einsatz von Methoden der Validation und personenzentrierten Gesprächsführung erfahren die Klienten Akzeptanz und Empathie. Auf diese Weise erleben sie die Beratung vor allem als bestätigende Begleitung.

Diese neuen Erfahrungen lassen die Betroffenen häufig mit hohem Autonomiebestreben reagieren. Für die Mitarbeiter entsteht dadurch der Auftrag einer begleitenden und gefahrenabwendenden Vorgehensweise.

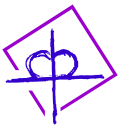
Die Verwirklichung des Wunsches, in der vertrauten Wohnung verbleiben zu können, stellt die erste Stufe der Umsetzung des Hilfeplanes dar. Durch das langsam entstehende Vertrauen – als Kernstück der Betreuung – wird der Prozess von den Klienten im Nachhinein deutlich positiv bewertet. Das Erleben dieses Prozesses in der vertrauten häuslichen Umgebung ermöglicht ihnen Akzeptanz und Annahme der Interventionen. Die Betreuung wird damit weniger als Eingriff in die eigene Autonomie, sondern mehr als eine Bereicherung erlebt. Dankeschreiben und Spenden bestätigen dies.

3.3.3 Besonderheit „psychosoziale Betreuung“

Das Angebot der psychosozialen Betreuung ist in dem Sinne niedrigschwellig, dass es von den Angehörigen oder anderweitig eingebundenen Helfern keine weiteren – zusätzlich belastenden – Aktivitäten fordert, sondern sie durch die Betreuung der Erkrankten entlastet.

Durch die regelmäßigen zweistündigen Besuche entwickelt sich rasch ein Vertrauensverhältnis. Für die Angehörigen ergeben sich aus den Alltagsgesprächen heraus Fragen und Beratungsanliegen. Zum dem ursprünglichen Wunsch, Betreuung für den Erkrankten und mehr Zeit für sich zu haben, kommt ein Bedürfnis nach Beratung bzw. oder eine Mischform aus Beratung und Betreuung hinzu.

Die Mitarbeiter im Projekt orientieren ihre Interventionen an den Methoden der Validation (Naomi Feil) und der personenzentrierten Gesprächsführung (Carl. Rogers, Tom Kitwood) sowie dem psychobiographischen Pflegemodell (Erwin Böhm).



Die einzelnen Ansätze sollen hier nicht weiter ausgeführt werden, da dies den Rahmen dieses Berichts sprengen würde. Gemeinsam ist allen drei Ansätzen, dass sie ein hohes Maß an Akzeptanz und Empathie erfordern. Der Pflegende bzw. der Betreuer muss gleichsam in die Welt des desorientierten Menschen eintauchen, versuchen, „mit dessen Augen zu sehen“ um zu ergründen, was die Betroffenen wirklich meinen und was sie bewegt. Hierzu sind auch Informationen aus der Biographie der Erkrankten nötig. Die Sammlung einschlägiger Daten erfolgt im *Frankfurter Hilfeplan 1.0* (vgl. unten 4.1), der im Projekt entwickelt wurde.

Die beschriebenen Grundsätze ermöglichen es den Projektmitarbeitern, leichter Zugang zu den Erkrankten zu bekommen. Ein wichtiges Merkmal stellt in diesem Zusammenhang auch der Faktor Zeit dar. Nicht zuletzt mit Hilfe der Finanzierung des Projekts durch die Stadt Frankfurt steht für die Klienten ausreichend Zeit zur Verfügung. So wird ein behutsames Vorgehen und eine Ausrichtung am „Tempo“ des Ratsuchenden ermöglicht. Die Interventionen werden weniger als von außen kommend, d.h. als Einmischung erlebt, sondern eher als willkommene Hilfe in dem Moment, wo sie aktuell vom Ratsuchenden benötigt und entsprechend akzeptiert werden kann. Misstrauen und krankheitsbedingte Ängste werden auf diese Weise gemindert. Durch dieses zunächst offene und nach Bedarf zu vertiefende Angebot steht der Mensch mit seiner Würde im Mittelpunkt.

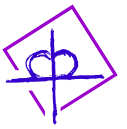
In der Gruppe der Erkrankten treten in vielen Fällen unverarbeitete Traumata zu Tage. Durch das ‚offene Ohr‘, das die psychosoziale Betreuung dem Klienten bietet, drängen Themen von Vertreibung, Verfolgung, Gewalterfahrungen in Gefangenschaft oder sexuellem Mißbrauch an die Oberfläche. Manchmal werden bislang unverarbeitete persönliche Verlusterfahrungen aufgedeckt. Biographisch orientierte Interventionen sollen die dementiell Erkrankten unterstützen, mit diesen Erlebnissen verbundene Gefühle – verbal und nonverbal – auszudrücken. Die aus Isolation und Vereinsamung heraus misstrauisch, aggressiv oder depressiv gewordenen Menschen tragen im gemeinsamen Gespräch so ein Stück der Mauer des Schweigens und des Eigenschutzes ab und lassen – oft zum ersten Mal – Nähe und Hilfen zu.

3.3.4 Der Pflegende als Experte

Den Angehörigen ist der Beratungsbedarf in der Regel zunächst nicht bewusst, da sie sich zwar belastet, aber auch kompetent erleben. Die Pflegesituation wird daher oft nicht hinterfragt. Erst im Besuchskontext entstehen beim Angehörigen, z.B. durch den anderen Umgang der Fachkraft mit dem Erkrankten, Fragen.

Prozessorientierte Begleitung von Pflegenden oder Erkrankten ermöglicht es, in herausfordernden Situationen die dann „brennenden“ Fragen zu beantworten. In dem pro Besuch der Projektmitarbeiter zur Verfügung stehenden Zeitraum von zwei Stunden können schwierige Situationen kontextbezogen begleitet werden und alternative Vorgehensweisen besprochen und erprobt werden.

Die Angehörigen als Pflegende sind einerseits „Experten“ für die Situation des Erkrankten, erkennen aber andererseits, bedingt durch die Nähe und Dichte der Pflegebeziehung, wichtige Problematiken nicht. Zeit und das wachsende Vertrauen helfen dabei, sich und anderen Fehler zuzugestehen und die alleinige Verantwortung mit gutem Gewissen Stück für Stück abzugeben. Durch diesen Prozess wird die Voraussetzung geschaffen, ein Hilfenetzwerk zu errichten, das dem Kranken ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung sichern kann.



4. Besonderheiten der psychosoziale Beratung und Begleitung

Der kontinuierliche Kontakt zu den Klienten und den Erkrankten ermöglicht eine intensive Begleitung des Pflegeprozesses und kann bis zum Ende der Pflege bestehen bleiben. Nach dem Tod des Erkrankten erweist die Betreuungsperson durch die Teilnahme an der Beerdigung Respekt gegenüber den zurück gebliebenen Angehörigen. Pflegende Angehörige empfinden nach dem Ende der Pflege eine Leere in ihrem Leben. Sie sind dankbar, für eine gewisse Zeit von der vertrauten Betreuerin in ihrer Trauer begleitet zu werden.

4.1 Hilfeplanung

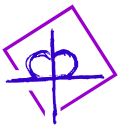
Von den Mitarbeitern wird der im Verlauf des Projekts entwickelte Frankfurter Hilfeplan[©] (z. Zt. Version 1) verwendet. Grundlegende Informationen über die aktuelle gesundheitliche Situation der Erkrankten und über ihre soziale Lage werden darin durch den Betreuer erhoben. Mittels dieser Anamneseerhebung, die aus einem allgemeinen Teil (Mantelbogen), einem biographischen Teil, einem Assessment und einer Bestandsaufnahme besteht, wird die IST-Situation der Klienten festgestellt. Wünsche des Klienten und das Formblatt „Ziele und Prioritäten“ legen die SOLL-Situation dar. Vergleicht man den Frankfurter Hilfeplan[©] mit dem Regelkreis nach Deming (Plan, Do, Check, Act), so kann diese Phase als Plan-Phase bezeichnet werden. Unterstützt durch eine speziell erstellte Maßnahmenplanung können die erhaltenen Informationen für alle Beteiligten transparent dargestellt werden und verhelfen zu einer einheitlichen Vorgehensweise bei der Betreuung. Betreuer und Klienten sind gleichberechtigte Partner bei dieser gemeinsamen Maßnahmenplan-Erstellung. Die Durchführung des Geplanten findet sich in der Do-Phase (*Deming*) wieder. Hier werden nun konkrete Handlungen vorgenommen.

Der Frankfurter Hilfeplan[©] ermöglicht aber auch eine differenzierte Evaluation der geplanten und durchgeführten Maßnahmen. Diese sogenannte Check-Phase (*Deming*) spiegelt sich in dem Kapitel „Hilfeplan“ wider. Die Betreuer können schriftlich festhalten, welche Ziele erreicht und wie diese erreicht wurden. Einzelne Situationen werden detailliert hinterfragt und können dementsprechend auch, bei einem Nichterreichen der Ziele, neu geplant werden (Act-Phase, Verbesserungen werden durchgeführt).

Evaluation und Reflexion führen somit zu einer ständigen Verbesserung der Versorgung und Betreuung der Klienten.

4.1.1 Beziehungsaufbau – Methoden des „Tür-Öffnens“

Vor dem ersten persönlichen Treffen werden meist mehrere Telefongespräche geführt. Dies soll es dem Klienten ermöglichen, bereits vor dem ersten Besuch Vertrauen aufzubauen. Nicht selten wünschen sich die Klienten Unterstützung, stehen aber dem Besuch einer fremden Person in ihrer Wohnung skeptisch gegenüber. Das Angebot, sich zum Kennenlernen in einem Café zu treffen oder einer Person des Vertrauens zu dem Treffen hinzu zu bitten, wird manchmal erleichtert angenommen. Der Termin für den Erstkontakt wird häufig mehrmals verschoben – dies zeigt die Unsicherheit der Klienten. Die Erfahrungen aus der Arbeit im Projekt haben gezeigt, dass Empathie, in diesem Fall das Sich-einlassen auf das vorgegebene Tempo des Klienten – ausreichend Geduld bei den wiederholten Terminvereinbarungen – wesentlich zum Gelingen einer professionellen Begleitung beitrug.



Von elementarer Bedeutung für die Hilfeplanung und ihre Umsetzung ist der Aufbau einer tragfähigen professionellen Beziehung zu den Klienten. Dieser Prozess kann sich über einen längeren Zeitraum erstrecken. Die Erfahrungen aus der Arbeit im Projekt haben gezeigt, dass langfristig bessere Ergebnisse erzielt wurden, wenn vor allem in den Prozess des Kennenlernens und Vertrautwerdens ausreichend Zeit investiert wurde. Zu schnelles Vorgehen überfordert die Klienten und löst Rückzug aus.

Die Projektmitarbeiter orientieren sich dabei an den Grundhaltungen *Akzeptanz, Empathie und Kongruenz* der klientenzentrierten Gesprächsführung. Maßstab ist das Erleben der Situation aus der Sicht der Klienten; ihre Ängste und Vorbehalte und ihr Unbehagen den notwendigen Veränderungen gegenüber sind ernst zu nehmen. Diese meist eher undeutlich erlebten Gefühle müssen von den Mitarbeitern oft erst verbalisiert werden. So wird den Klienten das Gefühl vermittelt, in ihrer Situation und mit ihren Bedürfnissen ernst genommen zu werden. Sich am „Tempo“ der Klienten zu orientieren heißt, anfängliche Ablehnung und Distanz zu akzeptieren und genügend Zeit zu geben, damit sich die Klienten erst einmal mit der Notwendigkeit einer Veränderung vertraut machen können.

Von den Mitarbeitern wird dabei sehr viel Geduld gefordert, sie dürfen sich nicht selbst unter Zeitdruck stellen. Eine Fallsupervision und viele Gespräche unter den Kollegen sollen dies ermöglichen.

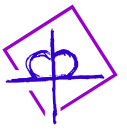
4.1.2 Bedarfsanalyse

Eine erste Einschätzung des Hilfebedarfs entsteht bei Kontaktaufnahme. Beim ersten Hausbesuch wird dieser vorläufige Eindruck überprüft. Hier kann sich akuter Handlungsbedarf ergeben, wenn bedrohliche Versorgungslücken festgestellt werden. Dann ist die schnelle Organisation von Hilfen, wie z. B. das Einschalten eines Arztes oder das Anfordern eines Pflegedienstes, erforderlich.

In nicht bedrohlichen Situationen wird im Gespräch mit dem Klienten der Bedarf an Hilfen zur optimalen Versorgung ermittelt. Dabei ist der Hilfeplan ein geeignetes Instrument, um die Komplexität der Pflegesituation detailliert zu überblicken. Die Analyse zeigt, ob ein Hilfenetz bereits besteht, welche Funktionen es erfüllt und wo es ergänzt werden muss. Es gilt zu klären, in wie weit die involvierten Angehörigen selbst Unterstützung brauchen, um einer Überlastung vorzubeugen. Die Überschätzung der eigenen Kräfte führt zu Zeitmangel und Kontaktarmut. Dadurch werden selbstschädigende Prozesse bei den Pflegenden begünstigt. Es gilt diese Problematik zu erkennen und beim Aufbau des Hilfenetzes einzubeziehen.

4.1.3 Aufbau von Hilfenetzwerken

An die Bedarfsanalyse schließt sich die Phase der Umsetzung an. Wenn durch das installierte Hilfenetz die Versorgung des Erkrankten gewährleistet ist, wird der Pflegealltag weiter begleitet und dort, wo es nötig ist, optimiert. Hilfreiche Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation nehmen Angehörige und Erkrankte nicht immer vorbehaltlos an. Erneuerungen bedeuten Veränderungen und verunsichern die Klienten. Bestehende Abläufe und Gegebenheiten sind nur mühsam zu verändern, ein solcher Prozess erfordert sowohl von den Projektmitarbeitern als auch von den Klienten sehr viel Zeit und Geduld.



Im Nachfolgenden schildert eine Projektmitarbeiterin ein typisches Fallbeispiel:

Frau S. ist 81 Jahre alt und pflegt seit sechs Jahren ihren Ehemann. Sie ist ein sehr kritischer Mensch und braucht Zeit, Angebote zu überdenken, das Für und Wider abzuwägen. Der Ehemann leidet an einer fortgeschrittenen vaskulären Demenz nach einem Apoplex, verbunden mit zunehmender Einschränkung der Mobilität. Nachts ist er beim Aufsuchen der Toilette schon mehrmals gestürzt, und seine Ehefrau hatte große Mühe, ihn wieder in sein Bett zu bringen. Die Ehefrau war dadurch, zusätzlich zu der ohnehin anstrengenden Pflege, stark körperlich belastet. Den Vorschlag, einen Hausnotruf zu installieren, lehnte sie trotz fundierter Aufklärung über einen längeren Zeitraum ab. Die Angst, ihr Ehemann würde bei einer Inanspruchnahme des Notrufes in ein Krankenhaus eingewiesen werden, konnte ihr auch in zahlreichen Gesprächen nicht genommen werden. Frau S. hat schon lange Kontakt zum Projekt und vertraut der professionellen Betreuerin. Die Betreuerin begleitete Frau S. kontinuierlich, gab ihr Infomaterial und sprach das Thema Hausnotruf wiederholt an, ohne sie dabei zu einer Entscheidung zu drängen. Frau S. reagierte jedoch lange Zeit nicht. Erst als der für sie „richtige“ Zeitpunkt gekommen war, übernahm sie eigenverantwortlich die Organisation des Hausnotrufes. Frau S. berichtete der Betreuerin davon und lobte die netten Einsatzkräfte.

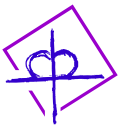
Erfahrungsgemäß wirken sich prozessorientiert installierte Hilfen positiv auf den Pflegealltag aus. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, dass die Klienten den Zeitpunkt der Hilfeannahme selbst wählen können.

Die Projektmitarbeiter können während dieses Prozesses in einen Gewissenskonflikt geraten. Werden lebenswichtige Hilfen zu lange oder auf Dauer abgelehnt, muss geprüft werden, ob dies nicht eine konkrete Gefahr für die Gesundheit und das Wohl des Erkrankten darstellt. Es ist also zu befürchten, dass die pflegende Person die Verantwortung gegenüber dem Erkrankten nicht mehr in ausreichendem Maße wahrnehmen kann. Als Folge davon wäre die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung anzulegen, d. h. die zuständigen Behörden wären zu benachrichtigen.

Als professionelle Helfer haben die Mitarbeiter ihren Klienten gegenüber eine Garantstellung, d. h. die Verpflichtung, Gefahren von ihnen abzuwenden, wenn sie dazu selbst nicht mehr in der Lage sind. Kommen sie dieser Verpflichtung nicht nach, müssten sie unter Umständen sogar mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen, § 323c StGB (Unterlassene Hilfeleistung).

In der beschriebenen Situation müssten die Mitarbeiter also im Interesse des Erkrankten die Behörden informieren. Gleichzeitig würde das Verhältnis zu dem Angehörigen dadurch sicher schwer belastet, als weitere Folge davon wäre auch ein völliger Abbruch des Kontakts zu befürchten.

Präventive Maßnahmen stoßen erfahrungsgemäß auf noch stärkere Widerstände. Durch massive Belastungen der Angehörigen in der Pflege und festgefahrene Sichtweisen werden Entscheidungen zu lange hinausgeschoben. Beratungsgespräche dienen dazu, den pflegenden Angehörigen Informationen zur Verfügung zu stellen, die helfen sollen, neue Perspektiven zu entwickeln. Besuche von Angehörigenseminaren oder die Teilnahme an Gesprächskreisen helfen dabei, die eigene Situation neu zu reflektieren und erleichtern somit eine Entscheidungsfindung.



Bevor Hilfsdienste organisiert werden, ist es sinnvoll, deren Finanzierung zu klären. Nicht immer liegt eine Pflegeeinstufung vor. Bei demenzkranken Menschen ist eine Einstufung in die Pflegeversicherung besonders problematisch.

Die Erkrankten zeigen bei einer beginnenden bzw. mittelschweren Demenz oftmals noch keine körperlichen Defizite. Der Pflegeaufwand wird im wesentlichen durch den Abbau der kognitiven Fähigkeiten verursacht. Beim Besuch des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der die eine Einstufung begründenden Umstände feststellen soll, fühlt sich der Erkrankte oft in einer Art Prüfungssituation, in der er sich besonders gut darstellen will. Da gerade in den Anfangsstadien einer Demenz die Erkrankten noch recht gut auf stereotype Verhaltensweisen wie Redewendungen, Höflichkeitsfloskeln etc. zurückgreifen können, gelingt es ihnen meist recht gut, eine Fassade aufrecht zu erhalten, die eine noch ausreichende Orientierung vortäuscht. Der tatsächliche Gesundheitszustand wird vom MDK dann häufig verkannt, und es kommt zu einer Ablehnung der Pflegeeinstufung. Sinnvolle präventive und/oder ergänzende Maßnahmen können deshalb wegen fehlender Finanzierung nicht installiert werden. Als Folge kann es für die Erkrankten zu schweren Konsequenzen kommen und langfristig werden hohe Kosten verursacht werden.

Zur Verdeutlichung hierzu ein weiteres Fallbeispiel:

Frau C. ist 84 Jahre alt und lebt, seitdem ihr Mann vor zwei Jahren verstorben ist, alleine. Frau C. pflegte ihren an Morbus Alzheimer erkrankten Mann bis kurz vor seinem Tod zu Hause. Der Ehemann wurde von uns psychosozial betreut. Nach dem Tod des Mannes wurden auch bei Frau C. dementielle Ausfälle deutlich und nahmen im Lauf der Zeit zu.

Frau C. hat drei Töchter und einen Sohn. Eine der Töchter und der Sohn leben in Frankfurt und kümmern sich um die Mutter. Frau C. war bislang körperlich ohne Einschränkungen, sie machte nach eigenen Angaben täglich Gymnastikübungen und klagte nie über Langeweile. Sie gab an bei den Aktivitäten des täglichen Lebens keine Hilfen zu brauchen.

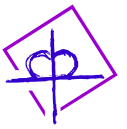
Auffällig war, dass Frau C. abgenommen hatte und ihre Kleidung zusehends verschmutzt war. Ebenso waren Defizite bei der Körperhygiene erkennbar. In Gesprächen verleugnete Frau C. ihren zunehmend schlechten Allgemeinzustand und bagatellierte die an sie heran getragenen Bedenken. Hilfen von außen wollte Frau C. nicht annehmen.

Im Beratungsgespräch mit der Tochter wurde entschieden, die Pflegestufe I für die Mutter zu beantragen, um einmal täglich einen Pflegedienst zu finanzieren. Frau C. war mit dem Besuch des MDK einverstanden.

Beim Besuch des medizinischen Dienstes empfand Frau C. die Anwesenheit des netten, jungen Mannes als angenehm und gab sich die größte Mühe, alle an sie gestellten Aufgaben auszuführen. Ein Mini Mental State Test (ein Kurztest zur Einschätzung des Grades der dementiellen Erkrankung) wurde vom MDK nicht durchgeführt.

Eine Einstufung wurde abgelehnt. Die Tochter wollte keinen Einspruch erheben, da sie ihrer Mutter eine solche „Testsituation“ nicht noch einmal zumuten wollte. Aus finanziellen Gründen organisierte die Tochter keinen Pflegedienst.

Kurze Zeit später wusch sich Frau C. am Abend in ihrem engen Bad die Füße. Sie ließ Wasser in das Waschbecken einlaufen und versuchte anscheinend auf einem Bein stehend den anderen Fuß im Waschbecken zu waschen. Dabei hat sie vermutlich das Gleichgewicht verloren und ist gestürzt.



Bis zum nächsten Tag lag Frau C. auf dem Boden in ihrem Bad. Sie hatte sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen, in dessen Folge sie nicht mehr ohne Hilfe gehen konnte. Durch das traumatische Erlebnis hat sich die Demenz deutlich verschlechtert. Damit die Versorgung von Frau C. gewährleistet ist, ist jetzt eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung erforderlich. Frau C. hat jetzt Pflegestufe III und erhält ergänzende Sozialhilfeleistungen.

4.2 Begleitung dementiell und psychisch Erkrankter

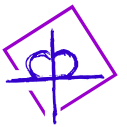
Die wöchentlichen, jeweils zweistündigen Besuche bieten eine gute Gelegenheit, die Erkrankten in ihrer häuslichen und familiären Umgebung kennen zu lernen. Die Daten für den Hilfebedarf können so in einer entspannten Atmosphäre ermittelt werden, ohne dass der Charakter einer Interviewsituation entsteht.

Die recht umfangreiche Datensammlung des Frankfurter Hilfeplans ermöglicht es, individuell ausgerichtete Angebote zu entwickeln und anzubieten. Dabei spielt besonders die Biographie der desorientierten Menschen eine große Rolle. Die im Laufe ihres Lebens entwickelten Interessen und Vorlieben sollen so weit wie möglich berücksichtigt werden. Dadurch sollen bei den Erkrankten vertraute Erinnerungen geweckt werden, um ihnen wieder etwas mehr Sicherheit in der – durch die Demenzerkrankung – so fremd gewordenen Umgebung zu vermitteln. Die Mitarbeiter setzen unter anderem heil- und musikpädagogische Angebote, biographische Gespräche, Alltagsgespräche, Vorlesen, Spielen, Malen, gemeinsames Tee- oder Kaffeetrinken (einschließlich Zubereitung) ein, sehen mit den Klienten Fotos an, machen mit ihnen Spaziergänge oder unternehmen gemeinsam Ausflüge zu einstigen Lieblingsorten.

Die wöchentlichen Besuche haben für die demenzkranken Menschen einen hohen Stellenwert. Die Projektmitarbeiter können sich Zeit nehmen und auf die Bedürfnisse des Erkrankten einlassen. In ihrer professionellen Rolle können sie sich leichter in die demenzkranken Menschen einfühlen (und angemessen auf deren Äußerungen reagieren), als es dies pflegenden Angehörigen möglich ist. Sie haben nicht nur die Last einer Rund-um-die-Uhr-Pflege zu tragen, sondern müssen vor allem mit dem Verlust fertig werden, den es bedeutet, dass der ihnen ein Leben lang vertraute Partner (der Elternteil) nicht mehr in seiner gewohnten Rolle existiert, sondern nur noch versorgt werden muss.

Die Gestaltung der Betreuungszeit ist nicht an Vorgaben geknüpft, auf die aktuellen ganz individuellen Bedürfnisse wird in aller Regel auch ganz spontan reagiert. Ziel ist es, die Besuche auch dazu zu nutzen, dem Erkrankten Gelegenheit zur Entspannung zu bieten, eine Zeit, in der er vertraute Situationen wiedererleben, sich über angenehme Erinnerungen freuen kann.

Die meist betagten Menschen haben Verluste und Trauer zu bewältigen. Sei es durch ihre schwindenden Fähigkeiten, selbständig das eigene Leben zu bewältigen oder durch den Tod geliebter Partner. Eine Demenzerkrankung, gleich welcher Genese, verläuft schleichend. Im Anfangsstadium sind sich die Menschen des Verfalls der kognitiven Fähigkeiten zeitweise schmerzlich bewusst, manche kämpfen dagegen an, andere werden depressiv und ziehen sich zurück. Sie spüren, dass sie von der Umwelt nicht mehr als vollwertiger Mensch angenommen werden. Sie erleben das Gefühl, nichts mehr Wert zu sein. In diesen verzweifelten Situationen gilt es, sensibel auf den Erkrankten zu reagieren und ihn bei seinen Belangen sowohl einfühlsam zu begleiten, als auch durch Wertschätzung neuen Mut zu geben.



Demenzkranke mit herausfordernden Verhaltensweisen bedürfen einer besonders intensiven Begleitung und werden auf der Grundlage der Theorie der Validation (Naomi Feil) betreut. Basierend auf der Grundhaltung der Validation, empathisch auf den Menschen einzugehen, ihn in seinem gesamten Bezugsrahmen zu verstehen, sollen Demenzkranke Vertrauen zur Betreuungsperson finden und erfahren, dass sie in ihrem Bemühen um Klärung unverarbeiteter Ereignisse unterstützt und verstanden werden.

4.3 Begleitung pflegender Angehöriger

Pflegende Angehörige befinden sich häufig an der Grenze ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit. Nicht selten sind sie rund um die Uhr mit dem Erkrankten alleine. Termine außer Haus werden unter enormem Zeitdruck wahrgenommen, begleitet von einem schlechten Gewissen und Ängsten. Zeit für die Ausübung von Freizeitbeschäftigungen sowie eigenen Interessen nachzugehen, ist nicht mehr vorhanden. Gespräche und Kontakte zu anderen finden kaum mehr statt, die eigene Person tritt in den Hintergrund. Der Lebensinhalt beschränkt sich auf die Verantwortung dem Erkrankten gegenüber.

Eines der Ziele des Projekts ist es – durch die Betreuung der Erkrankten und die Vermittlung von zusätzlichen Hilfsangeboten – den Angehörigen Freiräume zu schaffen, die ihnen helfen sollen, wieder Kraft für den Alltag zu tanken.

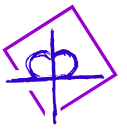
Es liegt nahe, die pflegenden Angehörigen zunächst durch die Übernahme von einigen Betreuungsleistungen zu entlasten. Dieses Angebot bringt manche Angehörige, besonders zu Beginn der professionellen Betreuung, oft in eine Konfliktsituation. Es ist für sie schwierig, Verantwortung abzugeben. Sie haben das Gefühl, „unersetzbar“ zu sein und wollen gegebene Versprechen, immer für den anderen da zu sein, um jeden Preis einhalten. Das Beziehungsgefüge verändert sich mit Eintreten der Betreuung durch das Projekt. Pflegende Angehörige befürchten, dass die professionelle Bezugsperson vom Erkrankten mehr Anerkennung, Zuneigung oder Lob erhalten könnte. Sie bedürfen in dieser Phase einer besonderen Unterstützung. Gespräche, in denen diese Befürchtungen verbalisiert, aber vor allem auch die bisher erbrachten Leistungen gewürdigt werden sind für das Fortbestehen der helfenden Beziehung – für eine kontinuierliche Entlastung – von elementarer Wichtigkeit.

Die Pflegekassen ermöglichen Pflegenden durch das Instrumentarium der Kurzzeitpflege § 42 SGB XI – pro Jahr wird ein Aufenthalt im Pflegeheim für eine Dauer von bis zu vier Wochen finanziert – in bestimmten (Krisen-)Situationen „Urlaub von der Pflege“.

Die Praxis zeigt, dass Pflegende von demenzkranken Menschen dieses Angebot nur relativ selten annehmen. Gründe dafür sind meistens Ängste, den Gesundheitszustand des Erkrankten durch eine stationäre Betreuung zu verschlimmern, die Pflege an Fremden abzugeben oder durch einen Ortswechsel die dementiellen Ausfälle beim Erkrankten zu verstärken. Angehörige sind unsicher, welche Maßnahmen während eines Heimaufenthaltes und in damit ihrer Abwesenheit durchgeführt werden, wie z. B. Legen eines Blasenkatheters. Während der gesamten Projektzeit hat bei pflegenden Ehepartnern kein einziger „Urlaub von der Pflege“ in Anspruch genommen. Sie befürchten, eine längere Abwesenheit wäre für sie nicht erholend, da sie in diesem Zeitraum von Gedanken an den „abgeschobenen“ Erkrankten und von Schuldgefühlen gequält würden.

Ein Fallbeispiel:

Frau S. und ihr Ehemann pflegen ihre inzwischen 99 Jahre alte an Krebs erkrankte Schwiegermutter bzw. Mutter seit 20 Jahren. Neben der Krebserkrankung



entwickelte die Mutter vor vielen Jahren eine vaskuläre Demenz. Die Pflege war äußerst aufwendig, da die Erkrankte unter anderem wegen Selbst- und Fremdgefährdung quasi rund um die Uhr beaufsichtigt werden musste. Obwohl sie über die Möglichkeit der Kurzzeitpflege informiert waren, haben sich Herr und Frau S. seit 20 Jahren keinen Urlaub mehr gegönnt.

In diesem Jahr ist Herr S. selbst an Krebs erkrankt.

Pflegende Kinder tendieren eher dazu, das Angebot zu nutzen. Im Verlauf des Projekts wurden in einem Fall beide Elternteile über einen Zeitraum von drei Wochen im Rahmen von Kurzzeitpflege im Pflegeheim betreut, um dem pflegenden Sohn eine Reise in seine Heimat zu ermöglichen. In einem anderen Fall konnte eine dementiell erkrankte Mutter für drei Tage in einer Wohngemeinschaft für Demenzerkrankte versorgt werden. Und eine pflegende Tochter hatte für drei Tage eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung für die erkrankte Mutter organisiert, um selbst eine Auszeit zu nehmen.

Auch ein gemeinsamer Urlaub mit integriertem Betreuungsangebot wird gerne angenommen, ist allerdings wegen der hohen Kosten nicht für alle realisierbar.

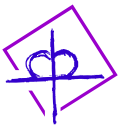
Ein weiteres Angebot zielt auf die psychische Entlastung der pflegenden Angehörigen.

Die Mitarbeiter bemühen sich, das Verständnis der Angehörigen für die Krankheit zu fördern, stoßen dabei jedoch immer wieder an Grenzen. Bedingt durch die enge Beziehung und das Zusammenleben im Alltag ist es für Angehörige grundsätzlich sehr schwer, das Verhalten der Erkrankten mit der erforderlichen Distanz zu betrachten. So sind ihre Reaktionen im Alltag sehr stark emotional geprägt. Sie gehen oft davon aus, das Verhalten der an Demenz Erkrankten sei willentlich gesteuert oder sogar zum eigenen Vorteil eingesetzt, d. h. die krankheitsbedingten Verhaltensweisen seien durch den Charakter bedingt. Fehlinterpretationen auf Grund von Unkenntnis über den Verlauf einer Demenz verstärken Konflikte, führen zu Familienkrisen und erschweren den Pflegealltag für alle Beteiligten.

Um das Verhalten sinnvoll interpretieren und verstehen (validieren) zu können, ist ein ausreichendes Wissen um biographische Ereignisse zwingend notwendig. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen für den Umgang mit herausforderndem Verhalten erleichtern dann den Pflegealltag. Die Betreuungsleistungen im Projekt sind in den (Pflege-)Alltag integriert. Die Angehörigen können auf diese Weise an dem einen oder anderen Beispiel im Umgang des professionellen Helfers mit dem Erkrankten erleben, dass eine angemessene – d. h. mögliche Ursachen des problematischen oder herausfordernden Verhaltens berücksichtigende – Reaktion durchaus zu einer Entspannung der Situation beiträgt.

Zusätzlich entsteht durch die regelmäßigen Besuche der Projektmitarbeiter, d.h. einer festen Bezugsperson, in den meisten Fällen ein tragfähiges Vertrauensverhältnis, das den Pflegenden die Möglichkeit verschafft, die Belastung, die der tägliche Umgang mit den Erkrankten darstellt, anzusprechen. Der Kontakt mit den Mitarbeitern bietet die Gelegenheit, die Gefühle, die mit diesen Belastungen verbunden sind und die in der Regel mit niemand sonst besprochen werden, zu reflektieren. Stützende Gespräche sollen der Bewältigung, psychischen Entlastung und aufbauenden Motivation dienen. Werden diese Gefühle nicht zugelassen, tragen sie zur Belastung und Überforderung der Angehörigen bei.

Häufig existiert für die Demenzerkrankung keine gesicherte ärztliche Diagnose. Erkrankte und Angehörige scheuen den Weg zum Neurologen aus unterschiedlichen Gründen, wie z. B. Scham oder Angst vor eventuellen Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung. In der Beratung muss auf die Wichtigkeit der Klärung und Sicherung der Diagnose zur Optimierung



der medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung aufmerksam gemacht werden. Das Angebot, die Klienten beim Gang zum Arzt zu begleiten und als „Übersetzer für Angehörige und/oder Erkrankte“ zu fungieren, wird oft mit Erleichterung angenommen.

4.4 Angebote in der Gruppe

Die im Projekt betreuten Personen leben häufig isoliert. Die sozialen Kontakte sind meistens eingeschränkt. Freizeitangebote oder die Teilnahme an Gruppenaktivitäten werden kaum genutzt. Für eine Abwechslung im Pflegealltag sorgen die im Projekt einmal jährlich stattfindenden Gruppenausflüge zu traditionellen Orten.

4.4.1 Gruppenausflüge

Bei den Ausflügen können auf Wunsch auch die Angehörigen teilnehmen. Ein Besuch im Zoo, oder eine Schifffahrt auf dem Main weckten bei den Teilnehmern angenehme Erinnerungen. Die Angehörigen konnten sich während der Ausflüge entspannen, da die Erkrankten von einer, meist vertrauten Bezugsperson betreut wurden. Die Stimmung bei den Ausflügen war ausgelassen und fröhlich, die Beteiligten fühlten sich offensichtlich wohl und sicher.

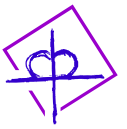
4.4.2 Betreuungsgruppe

Der Kooperationspartner der Diakoniestationen gGmbH, die Alzheimer Gesellschaft Frankfurt am Main e.V., veranstaltet an der Universitätsklinik Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie regelmäßig ein halbjährliches Seminar mit dem Thema „Hilfe beim Helfen“ für Angehörige von Demenzkranken. Um ihnen eine Teilnahme an diesem Seminar zu ermöglichen, findet parallel zu dieser Veranstaltung eine Betreuungsgruppe für dementiell Erkrankten statt, deren Angehörige am Seminar teilnehmen. Auch hier fällt es manchen Angehörigen schwer, ihre Demenzkranken an Fremde abzugeben und sie sind über die meist positive Rückmeldungen nach der Gruppenbetreuung angenehm überrascht.

In der Regel findet unter Einsatz von ehrenamtlichen Helfern eine „Eins-zu-eins-Betreuung“, d.h. für jeden Erkrankten ist auch ein Betreuer vorhanden – statt, da sich unter den Gruppenteilnehmern immer wieder Erkrankte mit Weglauftendenz befinden.

Die Gruppenangebote orientieren sich an den Interessen der Betroffenen, die nach Möglichkeit telefonisch in Vorgesprächen mit den Angehörigen eruiert werden. Für fast alle Erkrankten ist die Teilnahme an der Betreuungsgruppe eine willkommene Abwechslung. Zunächst haben die Teilnehmer Gelegenheit, am Kaffeetisch in Ruhe „anzukommen“ und sich zu orientieren. Dabei finden die ersten Kontakte zu anderen Teilnehmern und zu den Betreuern statt. Wünsche für die Gestaltung der Betreuungszeit werden nach Möglichkeit besprochen.

Neben den Aktivitäten wie Singen, Bewegungs- oder Brettspielen, entwickeln sich mit den Teilnehmern auch Gespräche über die eigene Erkrankung. Die Tatsache, dass sich die Angehörigen in dem Seminar über Demenz informieren, konfrontiert die erkrankten Teilnehmer oft schmerzlich mit ihrem Schicksal. Die Reaktionen der Erkrankten sind unterschiedlich. Die professionellen Betreuer reagieren personenbezogen und situationsspezifisch auf die Bedürfnisse der Erkrankten.



5. Entwicklungen im Betreuungsverlauf

5.1 Klientenbezogen (Demenzkrankte und Angehörige)

- *Welche Einflussfaktoren verbesserten die Lebenssituation?*

Die Erfahrung aus sechs Jahren Arbeit im Projekt zeigt, dass Kontinuität und Vertrauensbildung sowie ein hohes Maß an Fachlichkeit bei den Projektmitarbeitern die wesentlichen Faktoren für den Aufbau einer Beziehung darstellen, die auf die Verbesserung der Lebenssituation der Demenzkranken und ihrer Angehörigen ausgerichtet ist. Kontinuität bedeutet, dass dieselbe Mitarbeiterin über einen langen Zeitraum – einige Klienten werden schon über fünf Jahre betreut – die Betroffenen wöchentlich für zwei Stunden aufsucht und sich ihnen widmet.

Eine Faustregel besagt, dass ein an Demenz erkrankter Mensch ca. acht Monate braucht, um sich, etwa in der Pflege, an neue Bezugspersonen zu gewöhnen. Das Verhalten der Erkrankten zeigt durchwegs, dass ihnen die Projektmitarbeiter vertraut geworden sind. Sie werden wiedererkannt und geschätzt. Indem sie den Betroffenen das Gefühl geben, ernst genommen und akzeptiert zu werden (vgl. oben 4.2), vermitteln sie ihnen mehr Sicherheit und Ruhe. Dies stellt eine deutliche Entlastung in der häuslichen Situation dar.

Auch für die Angehörigen sind Verlässlichkeit und Vertrauen wichtige Faktoren. Oft sind die Projektmitarbeiter die einzigen Personen, denen gegenüber sie ihre Gedanken und Nöte im Umgang mit ihren desorientierten Angehörigen wirklich auszusprechen wagen. Der Stellenwert der Mitarbeiter erschließt sich aus der immer wieder getroffenen Aussage: „Sie sind mir zu einer Freundin geworden!“

Eine wichtige Rolle spielen auch flankierende Maßnahmen. Ihre Bandbreite reicht von der Anregung eines Arztbesuchs bis zur Vermittlung von Pflegehilfsmitteln. Die Information, dass der Einsatz von Medikamenten den Verlauf einer Demenz günstig beeinflussen kann, hierfür aber eine genaue ärztliche Diagnose erforderlich ist, ist oft der Anlass für eine Wendung nach außen, der erste Schritt aus der Isolation. Die Vermittlung eines Pflegedienstes und von Hilfsmitteln (Pflegebett etc.) ermöglicht in vielen Fällen erst ein Verbleiben im häuslichen Umfeld.

Wichtig für die Angehörigen sind auch Kontakte nach außen. Sie werden angeregt, sich zu informieren, z. B. am Seminar „Hilfe zum Helfen“ unseres Kooperationspartners Alzheimer Gesellschaft teilzunehmen oder die Angehörigengruppe der Beratung für pflegende Angehörige zu besuchen.

- *Bewertung von Entwicklungen, z. B. Veränderungen im Verlauf des Projektes durch Umzug ins Heim, zu Verwandten etc.*

Die Betreuung im Rahmen des Projekts verbessert die Lebenssituation und verringert die Belastung von Erkrankten und Angehörigen. Flankierende Maßnahmen ermöglichen ein deutlich längeres Verweilen im häuslichen Umfeld bis hin zum Sterben in der gewohnten Umgebung. Wird – in einigen wenigen Fällen – ein Umzug ins Pflegeheim schließlich doch unumgänglich, können die Projektmitarbeiter hilfreich sein, indem sie eine geeignete Einrichtung ausfindig machen, den Umzug vorbereiten und sowohl die Betroffenen in der Einrichtung als auch die Angehörigen noch eine Zeit lang weiter begleiten.

Es bleibt festzuhalten, dass die beschriebenen Hilfen unserer Erfahrung nach gut geeignet sind, demenzkranken Menschen ein Verweilen in ihrer gewohnten Umgebung zu ermög-



lichen und gleichzeitig die Angehörigen spürbar zu entlasten. Die im Verlauf des Projekts gewonnenen Erkenntnisse und die daraus abgeleiteten Maßnahmen müssten allen Betroffenen zur Verfügung gestellt werden.

5.2 Aus der Sicht der Betreuer

- *Was war schwer?*

Angesichts der hohen Belastung, die die Projektmitarbeiter häufig in den Familien wahrnehmen, die sie besuchen, fällt es besonders schwer, die Geduld für die oft recht lange dauernden Entscheidungsprozesse aufzubringen. Ablehnendes Verhalten wird zwar in der Regel im Verlauf der Betreuung abgelegt, aber die Mitarbeiter müssen immer wieder erfahren, dass die Betroffenen (Angehörige und Erkrankte) nicht in der Lage sind Entscheidungen treffen, sei es aus finanziellen Erwägungen oder weil sie ganz einfach, ihr Unbehagen, das sie vor einer Veränderung empfinden, überwinden können.

Besonders das „Eindringen“ in das Familiensystem bringt vielfältige Schwierigkeiten mit sich. So sehen sich die Projektmitarbeiter mit verschiedenen Rollen konfrontiert. Sie sind „Anwalt des Dementen“, sollen die Angehörigen entlasten, und bringen oft bereits durch ihre bloße Anwesenheit das bestehende Rollengefüge in der Familie aus dem Gleichgewicht. Die Betreuer laufen Gefahr, „zwischen die Fronten“ zu geraten, wenn sie vermittelnd eingreifen und versuchen, den Angehörigen die Verhaltensweisen zu erklären d. h. zu validieren. Die Erkrankten tendieren dazu, die Betreuer zu vereinnahmen und zum Teil ist bei den Angehörigen eine Art Eifersucht zu spüren, wenn sie erleben, dass sich der Erkrankte den Betreuern gegenüber anders verhält.

Der Umgang mit Erkrankten, die zu (körperlichen) Aggressionen neigen ist immer wieder problematisch. Im Verlauf des Projekts kam es jedoch noch zu keinen Zwischenfällen. Die Bedenken und die Gefühle (Ängste, Verletzsein, Wut etc.) der Betreuer konnten in Teamgesprächen und besonders in der Fallsupervision so bearbeitet werden, dass die Mitarbeiter der Situation angemessen auf die Erkrankten zugehen und „die Lage entschärfen konnten.“

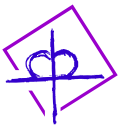
- *Begleitung durch die Stadt (Arbeitsgruppen, Fortbildungen)*

Die von der Stadt organisierten, in Abständen von sechs bis acht Wochen stattfindenden Besprechungen bieten eine gute Gelegenheit zum Informationsaustausch zwischen einzelnen Projekte und zur Reflexion von Problemen und Besonderheiten, die im Verlauf des Projektes auftreten, Verschiedene, teils mehrtägige Fortbildungen wurden angeboten. In diesem Rahmen wurden auch die Grundlagen für den Frankfurter Hilfeplan erarbeitet.

5.3 Projektbezogen

- *Was hat sich im Projekt, z.B. in der Vorgehensweise verändert*

In der Anfangszeit des Projekts stand die Entlastung der Angehörigen durch Betreuungsleistungen für den Erkrankten im Vordergrund. Relativ rasch hat sich der Blick der Mitarbeiter jedoch auf das Familiensystem gerichtet, d. h. der Aufgabenkreis hat sich deutlich erweitert, es mussten Hilfsmittel organisiert, andere Dienste vermittelt. aber auch



sozialarbeiterische Tätigkeiten, z.B. Schriftkontakt mit Kranken-/Pflegekassen, Versorgungsamt etc., übernommen werden. Das Aufgabenfeld nähert sich also langsam dem eines Casemanagers an.

In diesem Zusammenhang ist eine insgesamt verstärkte Vernetzung festzustellen. Dies betrifft zum einen die Vernetzung der im Frankfurter Programm „Würde im Alter“ organisierten Projekte, vor allem aber auch die Zusammenarbeit mit den übrigen Diensten der Diakoniestationen gGmbH – hier vor allem das ebenfalls von der Stadt geförderte Projekt „Beratung für pflegende Angehörige und Patienten“, aber auch die Evangelische Hauskrankenpflege und den Diakonischen Betreuungsdienst. Letzterer bietet soziale Dienstleistungen für Senioren, Kranke, Pflegebedürftige und Behinderte an, also für Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, die wiederkehrenden Aktivitäten des täglichen Lebens ohne fremde Hilfe zu bewältigen.

Aber nicht nur die Art der Aufgaben, auch die Anzahl der Anfragen hat im Verlauf des Projektes stark zugenommen – aufgrund der Etablierung des Projekts aber nicht zuletzt auch wegen vieler Empfehlungen, so dass inzwischen eine Warteliste angelegt wurde.

- *Welche Erfolge gibt es?*

Der wichtigste Erfolg ist nach wie vor in der konkreten Hilfeleistung, d. h. in einer Verbesserung der Lebenssituation von Erkrankten und Angehörigen, zu sehen.

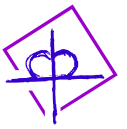
Die Vernetzung zu anderen Projektträgern wurde mit dem Verlauf des Projektes intensiviert. So kann nach einer ersten Klärung mit anderen Projekten Kontakt aufgenommen und den Klienten ein für ihre Problemlage geeignetes Angebot vermittelt werden. Die Vernetzung wirkt damit auch wieder positiv auf die Versorgungssituation der Klienten zurück.

6. Ausblick

Während der Blick der Öffentlichkeit noch immer fast ausschließlich auf die Probleme in der stationären Altenpflege gerichtet ist, belegen die im Zusammenhang mit dem Frankfurter Programm „Würde im Alter“ gewonnenen Erfahrungen, dass auch im Bereich der ambulanten Versorgung akuter Handlungsbedarf besteht.

Auch wenn der Gesetzgeber anscheinend dazu tendiert, die für die Betreuung von demenzkranken Menschen erforderlichen Leistungen stärker als bisher in die Pflegeversicherung (SGB XI) einzubinden, ist nicht zu erwarten, dass in absehbarer Zeit eine ausreichende Versorgung dieses Klientels durch Leistungen nach SGB XI erreicht werden kann. Die Angehörigen, die noch immer die Hauptlast bei der Versorgung ihrer Angehörigen tragen, bleiben somit auch weiterhin von Überlastung und Überforderung bedroht.

Auch wenn die Stadt Frankfurt für das Programm „Würde im Alter“ finanzielle Mittel in einem nicht unerheblich Umfang zur Verfügung gestellt hat, stellen die Leistungen, die damit finanziert werden können, bezogen auf das gesamte Stadtgebiet, trotzdem nur einen Tropfen auf den heißen Stein dar. Das bedeutet, dass die zusätzlichen Leistungen, die mit Hilfe der Stadt angeboten werden, letztlich nur einigen wenigen Bürgern zugute kommen. Vor dem Hintergrund, dass die demographische Entwicklung eine weitere Steigerung des Betreuungsbedarfs für Demenzkranke erwarten lässt, wird es daher eine Aufgabe im Projekt sein, die zugeteilten Mittel noch effektiver einzusetzen.



Eine zusätzliche Möglichkeit wäre der verstärkte Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern. Diese könnten vornehmlich im Bereich der Begleitung eingesetzt werden, während die fest angestellten Mitarbeiter wären dann in der Lage, sich mehr auf die schwierigen Aufgaben, z. B. Trauerbegleitung, Übergangsbegleitung ins Heim, Nachsorge sowie die Schulung und Anleitung der Ehrenamtlichen zu fokussieren.

Ein weiteres Angebot zur Entlastung von Angehörigen könnte auch in der Bildung von Kleingruppen liegen, in denen Angehörige – analog zu den Pflegekursen für Angehörige – in der Kommunikation mit Demenzkranken geschult werden.

Frankfurt am Main, im Februar 2008

gez. Helmut Täuber – Projektleitung

Diakoniestationen gGmbH
Battonnstraße 26-28
60311 Frankfurt am Main