

Allein leben mit Demenz

Herausforderung für Kommunen

Allein lebende Demenzkranke kommen zu Wort

Schulung in der Kommune

Erfahrungen aus der Praxis



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

Allein leben mit Demenz

Herausforderung für Kommunen



Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz

© 2. Auflage 2011

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Berlin

Gestaltung: signs for communication, Berlin

Druck: Druckerei Conrad GmbH, Berlin

Fotografien: Einführung/ Erfahrung aus der Praxis: Christina Schwarzfischer;

Interviews/ Teilhabe und Versorgung/ Schulung: carasana Videoproduktion GmbH

Filme: carasana Videoproduktion GmbH, Köln

Alle Rechte vorbehalten

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einführung	
Allein leben mit Demenz – Herausforderung für Kommunen	9
2. Hintergrund	
Der demographische Wandel und seine Folgen für die Kommunen	15
Allein lebende Demenzkranke	19
3. Interviews	
Allein lebende Menschen mit Demenz im Interview	25
Vorgehensweise und Interviewpartner	26
Kurzbeschreibungen der Interviewpartner	27
Herr Adler.....	27
Frau Blume.....	29
Frau Carsten	31
Frau Jakob	33
Frau Koch	35
Gesamtauswertung der Interviews.....	36
Angehörige allein lebender Demenzkranker kommen zu Wort	53
4. Teilhabe und Versorgung	
Teilhabe und Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz – eine neue Herausforderung für die kommunale Daseinsfürsorge	63
Ausgangslage	63
Rolle und Handlungsmöglichkeiten der kommunalen Ebene	64
Zusatzmaterial.....	68
5. Schulung in der Kommune	
Schulungsmaterialien	77
Organisatorische Hinweise.....	77
Basisteil.....	81
Polizei	91
Feuerwehr	103
Banken	113
Einzelhandel.....	125
Nachbarschaft.....	135
Zusatzmaterial.....	146
Schulungen in der Modellkommune Schwerin	169
Erfahrungen aus den Modellkommunen	173
Organisation	173
Nachhaltigkeit.....	174

6. Erfahrungen aus der Praxis

Erfahrungen aus der Praxis	179
Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit	181
Unterstützungsangebote für allein lebende Menschen mit Demenz.....	185
Kommunen machen sich auf den Weg – Vorhandene Ressourcen nutzen	191
Anwendung von Assessment-Verfahren.....	197
Vernetzung und Kooperation	201
Technische Hilfen	205

7. Anhang

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz	213
Veröffentlichungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.....	214
Adressen der regionalen Mitgliedsgesellschaften.....	215

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat in ihrer Satzung die Verbesserung der Situation Demenzkranker und ihrer Angehörigen verankert. Zunehmend wurden wir in der Beratung mit der Situation allein lebender Menschen mit Demenz konfrontiert, auch mit der Sorge von Angehörigen, die weit entfernt wohnen und sich um kranke Eltern nicht kümmern können.

Die Idee, etwas für allein lebende Menschen mit Demenz zu tun, sich dieser Herausforderung zu stellen und systematisch Kontakte zu Berufsgruppen zu suchen, die sich bisher nicht zwangsläufig mit dem Thema Demenz beschäftigten, stieß im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bei Frau Weritz-Hanf und ihrem Team auf offene Ohren. Dank der wichtigen finanziellen Förderung, aber auch der ideellen Unterstützung wurde es möglich, das Projekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ umzusetzen.

In dem dreijährigen Projekt konnten wir viele Erfahrungen sammeln, aber auch reichlich von den Erfahrungen profitieren, die Andere an einzelnen Orten in Deutschland bereits gemacht hatten. Unser Dank gilt daher den vielen Akteuren vor Ort und ganz besonders den Kooperationspartnern in Schwerin, Wismar, Güstrow, Wiesbaden, Berlin, Maintal, Wangen und Augsburg, die bereit waren, sich mit uns neuen Zielgruppen und Erfahrungen zuzuwenden. Auch den Mitarbeitern der Polizei und Feuerwehr, den Bankangestellten, Einzelhändlern und Nachbarn, die bereit waren, sich schulen zu lassen, sei gedankt. Sie haben uns Mut gemacht und gezeigt, dass es möglich ist, auch für allein lebende Menschen ein aufmerksames Umfeld zu schaffen und Selbständigkeit auch jenseits von familiären Bindungen durch einen achtsamen Umgang miteinander zu unterstützen.

Viele haben mitgewirkt, mit einem weiteren Baustein für ein lebenswertes Leben mit Demenz beizutragen. Wir danken den Mitgliedern des Arbeitsausschusses „Häusliche Versorgung“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, den Experten aus Kommunen und Verbänden sowie den Autoren, die Beiträge für das Handbuch geschrieben haben.

Zum Schluss sei besonders den Projektmitarbeiterinnen Saskia Weiß, Ute Hauser, Helga Schneider-Schelte und Beatrice Bayer (bis April 2008) gedankt, die die Ideen zu Beginn des Projektstarts in handfeste Handlungen umgesetzt und nun im Sinne der nachhaltigen Fortführung des Projekts dieses Handbuch vorgelegt haben.

Heike von Lützau-Hohlbein
1. Vorsitzende

Sabine Jansen
Geschäftsführerin



1. Einführung

Allein leben mit Demenz – Herausforderung für Kommunen

Allein leben mit Demenz – geht das überhaupt? Sind Menschen mit Demenz in der Lage, zu Hause allein zu leben, wenn sie keine Angehörigen in ihrer unmittelbaren Umgebung haben, die sie unterstützen und betreuen? Gefährden sie nicht zunehmend sich selbst und andere? Diese Fragen werden oft gestellt, sie führen jedoch häufig nicht zu befriedigenden Antworten. Im Rahmen des Projektes „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ wurde daher der Blickwinkel verändert: Was ist den Menschen mit Demenz, die allein leben, wichtig und wo liegen ihre Ressourcen? Welche Gefährdungen sehen sie im Alltag? Wann und wie viel Hilfe benötigen sie im Einzelfall und wie muss diese Unterstützung gestaltet sein? Wie muss ihr Umfeld beschaffen sein, damit auch für sie das Wohnen in den eigenen vier Wänden möglich ist?

War vor einigen Jahren das Thema „Alzheimer“ und „Demenz“ fast ausschließlich ein Thema für Ärzte, die die Diagnose stellten, sowie für Angehörige und Pflegekräfte, die die Betreuung übernahmen, so kommen jetzt neue Adressaten hinzu. Insbesondere die Situation allein lebender Demenzkranker macht deutlich, dass Demenz eine Herausforderung ist, die alle angeht und die nur gemeinsam bewältigt werden kann.

Das Projekt

Ein wichtiges Ziel der Deutschen Alzheimer Gesellschaft ist, die Versorgung Demenzkranker und ihrer Angehörigen zu verbessern. Mit dem Projekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ rückten die allein lebenden Demenzkranken in den Fokus. Die Kommunen, als Ort an dem die Kranken leben, als Verwaltungseinheit (Dorf, Stadt, Landkreis) und als Gemeinschaft der Bürger und Bürgerinnen sind angesprochen. Ein konkretes Anliegen ist, gezielt Personengruppen in der Kommune zu identifizieren und zu schulen, die aus beruflichen Gründen Kontakt mit Demenzkranken haben, wie z. B. Mitarbeiter der Polizei oder Feuerwehr.

Die Durchführung des Projektes, das am 1.1.2007 startete und mit der Abschlussveranstaltung am 15.4.2010 endete, wurde durch die finanzielle Förderung des Bundesministeriums

für Familien, Senioren, Frauen und Jugend möglich. Während dieser Zeit wurden Demenzkranke interviewt, Schulungsmaterialien entwickelt und evaluiert sowie gelungene Beispiele aus anderen Kommunen und weiterführende Literatur zusammengetragen. Das vorliegende Handbuch fasst die Ergebnisse zusammen und stellt sie interessierten Kommunen zur Verfügung.

Das Handbuch

Hintergrund

Die Zahl Demenzkranker wird steigen und damit auch die Zahl der Menschen mit Demenz, die allein leben

Bereits heute leben in Deutschland ca. 1,2 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Die häufigste Ursache einer Demenzerkrankung ist dabei die Alzheimer-Krankheit. Der größte Risikofaktor, an einer Demenz zu erkranken, ist das hohe Lebensalter. Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung gehen Hochrechnungen davon aus, dass sich die Zahl der Demenzkranken in Deutschland bis zum Jahr 2050 verdoppeln wird (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2010, S. 5).

Demenzerkrankungen liegen Veränderungen im Gehirn zugrunde, die einen Untergang von Nervenzellen und Nervenzellverbindungen verursachen. In der Folge zeigt sich ein Muster von Symptomen wie Störungen des Gedächtnisses, des Denk- und Urteilsvermögens sowie der Orientierung, der Sprache und der Aufmerksamkeit. Auch Persönlichkeitsveränderungen gehören zum Krankheitsbild.

Ein großer Teil der alten und hochaltrigen Menschen lebt allein. Zwar werden bislang nahezu zwei Drittel aller Demenzkranken zu Hause von ihren Angehörigen versorgt, doch das Unterstützungspotenzial in den Familien wird abnehmen. Damit stehen die Kommunen vor der Herausforderung, Angebote zu schaffen, die es den Betroffenen ermöglichen, trotz Demenzerkrankung und Pflegebedarf so lange wie möglich selbständig in der eigenen Wohnung leben zu können (siehe Kapitel „Hintergrund“).

Allein lebende Demenzkranke im Interview Menschen mit Demenz möchten selbst- bestimmt und selbständig zu Hause leben

Im Rahmen des Projektes kamen allein lebende Demenzkranke selbst zu Wort. In zehn Interviews wurden Menschen mit Demenz befragt, wie sie über das Alleinleben denken, nachdem sie die Diagnose „Demenz“ erhalten haben, auf welche Ressourcen sie zurückgreifen, welche Wünsche sie haben, aber auch mit welchen Ängsten sie sich auseinander setzen. Alle Interviewten waren sich darin einig, dass sie in der vertrauten Umgebung bleiben möchten, selbst wenn der Ehepartner gestorben ist, die Kinder weit entfernt wohnen und sie zunehmend auf Hilfe im Alltag angewiesen sind.

Das bekannte Umfeld vermittelt den Menschen Geborgenheit und Sicherheit, die eigenen vier Wände sind voll von Erinnerungen. Die Vergangenheit wird lebendig und die eigene Identität gestärkt. Hier können Demenzkranke ihren Rhythmus leben, der sich zunehmend verlangsamt, weil alles viel mehr Zeit in Anspruch nimmt. „Ich bleib meine Person. Ich bin mein eigener Herr hier“, gibt eine der Befragten zur Antwort auf die Frage, was ihr die eigenen vier Wände bedeuten.

Die Auswertung der Interviews sowie fünf Kurzporträts finden Sie im Kapitel „Allein lebende Demenzkranke und Angehörige im Interview“. Zusätzlich erhalten Sie Einblick in die Wünsche und Sorgen von Angehörigen allein lebender Demenzkranker, die im Rahmen einer Diplomarbeit befragt wurden.

Teilhabe und Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz können allein leben, dies ist jedoch an Bedingungen geknüpft

Die Unterstützung (allein lebender) Demenzkranker stellt Kommunen und Akteure im Sozial- und Gesundheitswesen vor große Herausforderungen. Der kommunalen Ebene kommt dabei eine initiierende, moderierende und steuernde Rolle zu.

Der Themenbereich Demenz sollte in Vorhaben der integrierten Sozialplanung und in der kommunalen Altenhilfeplanung Berücksichtigung finden. Darüber hinaus gilt es, in den Kommunen die Öffentlichkeit für (allein lebende) Menschen mit Demenz zu sensibilisieren und bürgerschaftliches Engagement zu fördern. Eine an den Bedürfnissen von (allein lebenden)

Demenzkranken orientierte Pflegeinfrastruktur kann u. a. dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz länger in der gewohnten Umgebung versorgt werden können.

Der Zugang zu allein lebenden Demenzkranken ist fast ausschließlich durch aufsuchende und kontinuierliche Hilfen möglich. Da die Betroffenen keine Angehörigen haben bzw. keine Angehörigen, die in der näheren Umgebung wohnen oder für sie eine umfassende Unterstützung organisieren können, braucht es professionelle Dienste, die koordinieren und Verantwortung übernehmen. Diese sind jedoch nur hilfreich, wenn sie auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen können, noch vorhandene Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen fördern und ausgerichtet sind an größtmöglicher Selbstbestimmung und Wahrung der Selbständigkeit.

Es sollte der Vergangenheit angehören, dass z. B. ein Mensch mit Demenz, der aufgrund eines Sturzes ins Krankenhaus muss, automatisch nach der Behandlung in ein Heim „entlassen“ wird, ohne dass überprüft wird, inwieweit das Unterstützungssystem noch trägt. Dazu gehört, dass die Behandlung sich an dem Ziel orientiert, die Menschen zu stabilisieren und ihre Ressourcen zu stärken, sodass sie eine Chance haben, wieder zu Hause leben zu können (siehe Kapitel „Teilhabe und Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz“).

Schulung in der Kommune

Zu einem stabilen Unterstützungssystem gehört auch ein achtsames und informiertes Umfeld

Menschen mit Demenz, die allein leben, haben Nachbarn, sie gehen einkaufen, holen Geld bei der Bank oder rufen die Polizei, weil sie ihr Portemonnaie nicht finden und sicher sind, dass ihnen dieses gestohlen wurde.

Das alltägliche Umfeld, die Kassiererin im Supermarkt, der Mitarbeiter in der Bankfiliale, die Nachbarn und der Vereinskollege sind daher wichtige Adressaten, denen auffallen kann, dass jemand sich über die Zeit verändert, verwirrt ist und Hilfe braucht. Das Aufmerksamsein und Erkennen von Veränderungen ist wichtig, damit Unterstützung angeregt werden kann.

Als wichtige Adressaten wurden Berufs- und Bevölkerungsgruppen identifiziert, die in ihrem (Arbeits-) Alltag mit Demenzkranken in Berührung kommen, deren Wissen bezüglich der Erkrankung sowie des Umgangs bislang jedoch

zumeist begrenzt ist. Als bedeutsame Gruppen wurden Polizei und Feuerwehr, Banken, der Einzelhandel sowie die Nachbarschaft/ Vereine exemplarisch ausgewählt und zielgruppenspezifische Schulungen erarbeitet, die in der Praxis erprobt und evaluiert wurden (siehe Kapitel „Schulung in der Kommune“).

Erfahrungen aus der Praxis

Vieles ist möglich

Inzwischen gibt es mehrere gute Beispiele von Kommunen, Projektträgern und Bürgerinnen und Bürger, die sich engagieren, neue Ideen entwickelt haben und aktiv wurden. Es entstanden Netzwerke und eine stärkere Sensibilität der Öffentlichkeit.

Einige dieser Projekte und Angebote finden Sie in diesem Handbuch näher beschrieben, andere sind mit Kontaktdaten aufgeführt. Sie erfahren u. a. mehr über die Demenzkampagne „Verstehen sie Alzheimer?“ in München, über eine Betreuungsgruppe speziell für allein lebende Demenzkranke, über die Aktivitäten in der Kommune Arnsberg, die sich den Herausforderungen des demographischen Wandels stellt, sowie über den praktischen Nutzen von Hilfskonferenzen und technischen Hilfsmitteln (siehe Kapitel „Erfahrungen aus der Praxis“).

Die Entscheidung gegen das Alleinleben

Im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, wenn die Menschen in vielen Bereichen auf Hilfe angewiesen sind, kann ein Umzug in eine betreute Wohnform wie in ein Heim oder in eine Wohngemeinschaft die bessere Lösung sein. Dies trifft auch zu, wenn Menschen mit dem Alleinsein nicht zurecht kommen, Ängste entwickeln und z. B. Besucher nicht mehr gehen lassen wollen.

Einen allgemeingültigen Zeitpunkt, wann die Grenze des Alleinlebens erreicht ist, gibt es nicht. Dies muss jeweils im Einzelfall entschieden werden. Jedoch sollte die Entscheidung nicht nur abhängig gemacht werden von Kriterien wie: Kann der Kranke seine Wohnung noch sauber halten? Ist das regelmäßige Essen gewährleistet? Wird die angebotene Hilfe angenommen? Diese Fragen sind zwar alle wichtig und berechtigt, doch allein greifen sie zu kurz. Es sollte z. B. auch danach gefragt werden, was die betroffene Person möchte, so wie dies in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen gefordert wird: Möchte sie allein

leben? Welche Ressourcen hat sie? Ist die angebotene Hilfe darauf ausgerichtet, Selbständigkeit und Selbstbestimmung zu fördern? Hat die Person Zugang zu Angeboten, die dem Bedürfnis nach Gemeinschaft nachkommen?

Manchmal geht es allein zu Hause tatsächlich nicht mehr – doch diese Entscheidung sollte nicht vorschnell getroffen werden. Das Handbuch will zum Nachdenken anregen, herausfordern, ein Weiterdenken bewirken und gangbare Wege und Möglichkeiten aufzeigen.

Hinweis:

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf eine geschlechterzuweisende Bezeichnung von Personen verzichtet und die männliche Schreibweise angewandt. Grundsätzlich sind beide Geschlechter gemeint, wenn z. B. von dem „Demenzkranken“ oder dem „Schulungsteilnehmer“ die Rede ist. Eine geschlechtsspezifische Wertung ist nicht gewollt.

Die Projektmitarbeiterinnen

Ute Hauser

Helga Schneider-Schelte

Saskia Weiß

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009). *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2010). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen*. Berlin.



2. Hintergrund

Der demographische Wandel und seine Folgen für die Kommunen

Bevölkerungsvorausrechnungen legen nahe, dass es immer mehr allein lebende Demenzkranke geben wird. Kommunen sind daher herausgefordert, sich der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker zuzuwenden.

Wie genau wird sich die Zahl der alten und hochaltrigen Menschen in Deutschland entwickeln? Was bedeutet dies bezogen auf die zu erwartende Anzahl von Menschen mit einer Demenz? Wie leben alte Menschen heute und morgen? Welche Auswirkungen hat diese Entwicklung auf die Kommunen?

Um einen Einblick in die zukünftige demographische Entwicklung zu geben, werden diese Fragen im Folgenden kurz beantwortet.

Die Lebenserwartung und die Zahl alter Menschen steigt

Im Jahr 2060 werden bei einer gleich bleibenden demographischen Entwicklung und je nach Wanderungssaldo nur noch 65 bis 77 Millionen Menschen in Deutschland leben. Im Jahr 2008

waren es 82 Millionen Menschen (Statistisches Bundesamt, 2009, S. 12).

Während die Zahl der Kinder und Jugendlichen (Gruppe der unter 20-Jährigen) sowie die Zahl der erwerbsfähigen Personen (Gruppe der 20- bis 65-Jährigen) dabei deutlich abnehmen, wird die Zahl der alten Menschen stark ansteigen. 2008 waren 20 % der Bevölkerung 65 Jahre und älter. Im Jahr 2060 wird der Anteil dieser Altersgruppe auf 34 % anwachsen (vgl. Abbildung 1).

Auch die Zahl der Hochaltrigen, d. h. der Personen, die 80 Jahre und älter sind, steigt fortwährend an. Im Jahr 2008 gehörten ca. 4 Millionen Menschen dieser Altersgruppe an, im Jahr 2060 werden es 9 Millionen Menschen sein. Dies entspricht dann einem Anteil an der über 65-jährigen Bevölkerung von mehr als 40 % (ebd., 2009, S. 16f.).

Auf eine detaillierte Darstellung der Ursachen dieser Entwicklung, wie die steigende Lebenserwartung oder der Geburtenrückgang, soll an dieser Stelle verzichtet werden. Nähere Informationen zu diesen Themen erhalten Sie zum Beispiel über die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes sowie der statistischen Landesämter.

Die Lebensbedingungen der Menschen in den Industrienationen haben sich im Verlauf der letzten beiden Jahrhunderte stetig verbessert, so dass die Lebenserwartung stieg. Dass wir immer älter werden, ist eine positive Entwicklung. Doch damit verbunden sind Risiken, von denen zwei hier näher benannt werden sollen.

Mit dem Alter steigt das Risiko demenzkrank zu werden

Bereits heute leben in Deutschland 1,2 Millionen Menschen mit einer Demenz. Zwei Drittel der Erkrankten sind dabei von der Alzheimer Krankheit betroffen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2010, S. 5).

Das Alter ist der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenzerkrankung (vgl. Abbildung 2). Nur 1,2 % der Menschen im Alter von 65 bis 69-jährigen leiden an einer Demenz. Bei den 85 bis 89-jährigen ist dagegen jeder Vierte und bei den über 90-jährigen sogar jeder Dritte

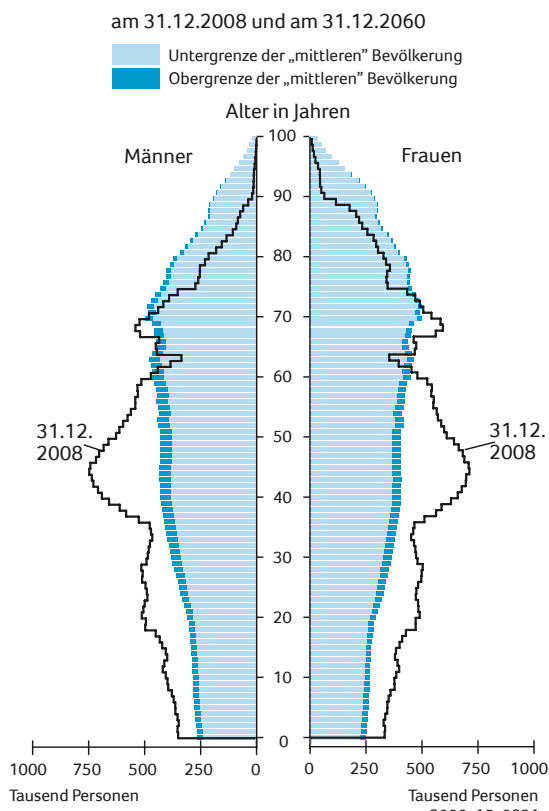


Abbildung 1: Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland

von einer Demenz betroffen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2008, S. 1).

Die Zahl der Demenzkranken nimmt also infolge der Bevölkerungsalterung kontinuierlich zu. So treten jährlich mehr als 280.000 Neuerkrankungen auf. Wissenschaft und Forschung gehen davon aus, dass sich die Krankenzahl bis zum Jahr 2050 mindestens verdoppeln wird, sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2010, S. 5).

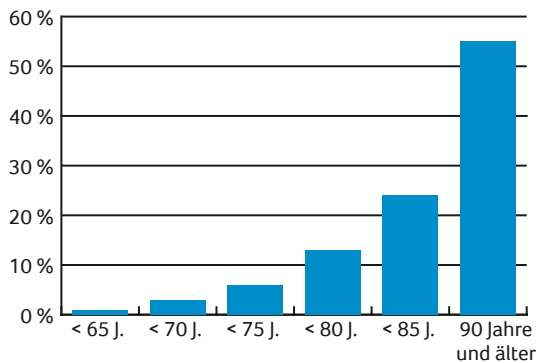


Abbildung 2: Prävalenz von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit vom Alter

Mit dem Alter steigt das Risiko pflegebedürftig zu werden

Die Ausgangslage für diese Aussage bilden die Zahlen der Pflegestatistik aus dem Jahr 2007. Während nur 4,8 % der 70 bis 75-jährigen pflegebedürftig sind, sind es bei den über 90-jährigen mit 61,6 % deutlich mehr als die Hälfte aller Menschen dieser Altersgruppe. In Abbildung 3 sind dabei „nur“ die Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI dargestellt. Nicht mitbetrachtet werden die Hilfebedürftigen, d. h. jene Menschen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, jedoch einen Hilfebedarf z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich aufweisen.

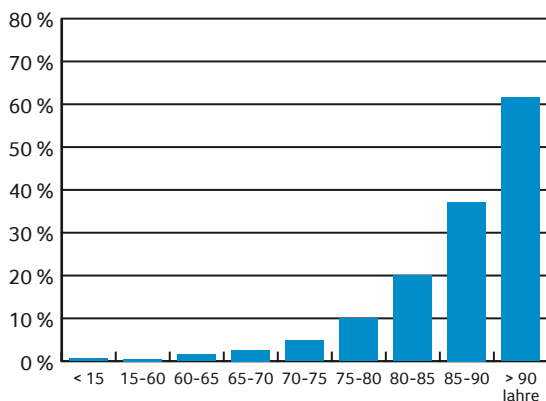


Abbildung 3: Anteil der Pflegebedürftigen in den Altersgruppen der Bevölkerung im Jahr 2007

46 % und damit fast die Hälfte aller am Jahresende 2007 pflegebedürftigen Menschen lebten zu Hause und wurden ausschließlich durch Angehörige versorgt. Bei weiteren 22,4 % der Pflegebedürftigen wurde die häusliche Pflege durch ambulante Pflegedienste unterstützt oder komplett von diesen übernommen. Damit leben über zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit und werden dort von Angehörigen, Verwandten oder Freunden sowie zum Teil professionellen Helfern betreut (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008a, S. 4, 13).

Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren stark ansteigen. Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder berechnen bei einer gleich bleibenden Pflegequote einen Anstieg von 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 2,4 Millionen im Jahr 2010, 2,91 Millionen im Jahr 2020 und 3,36 Millionen im Jahr 2030. Dies entspräche einem Wachstum um 58 % innerhalb von 25 Jahren (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008, S. 24).

Das Risiko pflegebedürftig zu werden steigt im Zusammenhang mit einer Demenz, da die Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags im Krankheitsverlauf nach und nach verloren gehen.

Ein stetig wachsender Anteil der Bevölkerung, der älter als 65 Jahre, demenzkrank und pflegebedürftig ist, stellt nicht nur die Betroffenen und ihre Angehörigen, sondern vor allem auch die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie die Kommunen als Hauptverantwortliche für die soziale Daseinsfürsorge ihrer Bürger vor große Herausforderungen.

Im Jahr 2006 entfielen 47,1 % der gesamten Krankheitskosten, die Kosten für Pflegemaßnahmen einschließen, auf die Gruppe der über 65-jährigen. 19,5 % der Bevölkerung verursachten demnach Krankheitskosten in Höhe von 111,1 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt, 2008, Allg. Überblick).

Immer mehr alte Menschen leben allein

Die sinkende Bevölkerungszahl geht in Deutschland nicht einher mit einer Abnahme der Privathaushalte. Ganz im Gegenteil wird sich deren Zahl insgesamt laut Berechnungen des Statistischen Bundesamtes sogar von etwa 39,6 Millionen im Jahr 2007 auf ca. 40,5 Millionen im Jahr 2025 erhöhen. Die dominierende Haushalts-

größe ist dabei der Einpersonenhaushalt, dessen Anteil sich von 38,5 % (2007) auf 41,2 % (2025) erhöhen wird, gefolgt vom Zweipersonenhaushalt, dessen Anteil ebenfalls wachsen wird (von 33,7 % im Jahr 2007 auf 37,1 % im Jahr 2025). Haushalte, in denen mehr als zwei Personen leben, wird es dagegen immer seltener geben (Statistisches Bundesamt, 2007, Tabelle 1).

Bereits heute leben Senioren zumeist in Ein- oder Zweipersonenhaushalten. Dieser Trend wird sich auch zukünftig fortsetzen und sogar verstärken. Als Gründe hierfür sind die „sinkende Alterssterblichkeit, die immer noch höhere Lebenserwartung der Frauen sowie die schneller als bei Frauen zunehmende Lebenserwartung der Männer“ zu nennen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007, S. 28).

Einpersonenhaushalte

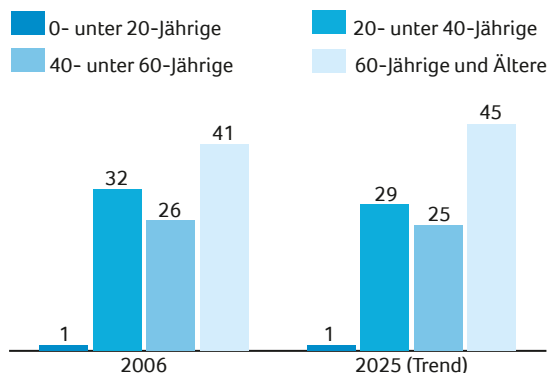


Abbildung 4: Bevölkerung in Privathaushalten nach Altersgruppen (in Prozent)

Lebten im Jahr 2006 in 41 % aller Einpersonenhaushalte Menschen, die 60 Jahre und älter waren, werden es im Jahr 2025 45 % sein, wie Abbildung 4 zeigt.

Untenstehende Abbildung 5 zeigt, wie viele Generationen in den Haushalten älterer Menschen zusammen leben. Hervorgehoben sei an dieser Stelle, dass von den 60- bis 64-Jährigen 18,2 % in einem Einpersonenhaushalt leben. Deren Anteil steigt kontinuierlich an und liegt bei den über 90-Jährigen bei 66,4 %.

Die Folgen für die Kommunen

Die demographischen und soziokulturellen Veränderungen unserer Gesellschaft haben weit reichende Auswirkungen auch für die Kommunen.

Vordergründig betrifft dies zunächst die Seniorenpolitik, Altenhilfe und soziale Sicherung. Wenn sich das Ausmaß familiärer Unterstützung, Betreuung und Pflege im Fall einer Demenzerkrankung verringert, stellt sich die Frage, wer die Pflege und die Kosten, deren größten Anteil momentan die Familien tragen, übernimmt. Rechtzeitige und kreative Lösungen sind notwendig, denn das Unterstützungspotenzial in den Familien wird vermutlich in steigendem Maß eingeschränkt sein, einerseits durch die zunehmende Berufstätigkeit der Frauen, andererseits durch die Veränderung der familiären Strukturen (z. B. mehr kinderlose und/ oder allein stehende Personen, größere räumliche Trennung

Alter	60–64 J.	65–69 J.	70–74 J.	75–79 J.	80–84 J.	85–89 J.	> 90 J.
Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten mit 1 Generation (vor allem Ehepaare)	61,5	64,1	60,6	51,3	35,8	23,5	13,8
Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten mit 2 Generationen	15,7	10,3	8,1	6,6	6,7	8,0	13,8
Bevölkerung in Mehrpersonenhaushalten mit 3 und mehr Generationen	1,0	0,9	1,0	1,6	2,1	2,8	4,2
Bevölkerung in Einpersonenhaushalten	18,2	21,4	27,4	38,3	53,4	63,7	66,4
Bevölkerung in sonstigen Haushalten	3,7	3,2	2,9	2,2	2,0	2,0	1,8
Bevölkerung in privaten Haushalten insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Abbildung 5: Bevölkerung in Haushalten nach Generationen (in Prozent)

zwischen Kindern und Eltern) und die sinkende Geburtenrate (vgl. Böhm et al., 2008, S. 197f.).

Darüber hinaus erstrecken sich die Auswirkungen auch „auf die Wohnungsbau-, Stadtentwicklungs- und Verkehrspolitik, auf Steuer-, Wirtschafts- und Beschäftigungspolitik, auf die Politik in Bildung, Kultur und Sport sowie natürlich auf die verschiedenen Facetten der Sozialpolitik und Infrastrukturversorgung.“ (Bertelsmann Stiftung, 2006, S. 10).

Wie dargestellt, wird die Zahl kleiner Haushalte weiter zunehmen. Dies hat z. B. direkten Einfluss auf die Anzahl und Größe der benötigten Wohnungen und damit auf die Wohnungsbau- und Stadtentwicklungspolitik sowie auf die Konzeption der privaten und öffentlichen Wohnungsbaugesellschaften.

Wenn immer mehr alte Menschen allein in ihrem Haushalt leben, wirkt sich dies darüber hinaus stark auf die Planung und Gestaltung der Infrastruktur im Wohnumfeld aus. Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte oder der öffentliche Nahverkehr müssen fußläufig gut und schnell erreichbar sein. Bildungs-, Sport- und Kulturangebote müssen zunehmend den Bedürfnissen der älter werdenden Nutzer angepasst werden und auch sie müssen erreichbar sein. Nicht zuletzt bedarf es quartiersbezogener Beratungs- und Unterstützungsangebote, um den Senioren das Alleinleben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen.

Diese kurze Skizzierung verdeutlicht, welche komplexe Auswirkungen die demographische Entwicklung auf Politik, Wirtschaft und das Gemeinwesen in den Kommunen in Zukunft haben wird (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2006, S. 19f.; Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2007, S. 34).

Allein lebende Demenzkranke

In diesem Abschnitt soll es um eine allgemeine Beschreibung der Lebenssituation „allein lebend und demenzkrank“ gehen. Auf die Wünsche, Bedürfnisse und Belastungen allein lebender Demenzkranke, die in Zusammenhang mit deren Erkrankung stehen, wird in Kapitel 3 ausführlich eingegangen.

Umgangssprachlich wird „allein“ oft mit „einsam“ gleichgesetzt. „Allein“ bedeutet jedoch zunächst nur, dass eine Person ohne Gesellschaft ist. Dies beinhaltet also nicht zwingend negative Gefühle.

In diesem Zusammenhang bietet sich ein Verweis auf Nazim Hikmet an, der uns in seinem Gedicht *Davet* (deutsch: *Die Einladung*) mit einem Baum in einem Wald vergleicht: „*Leben wie ein Baum, einzeln und frei, doch brüderlich wie ein Wald, das ist unsere Sehnsucht.*“ Wir stehen zwar einzeln, genießen gleichzeitig aber auch den Schutz und die Gesellschaft der Gemeinschaft.

In der amtlichen Statistik, besonders in der Bevölkerungsstatistik, wird die Anzahl der Personen, die in einer Wohnung oder einem Haus leben in „Haushaltsgrößen“ erfasst. Es wird laut Statistischem Bundesamt unterschieden in allein stehende und allein lebende Menschen. Unter alleinstehenden Personen werden Menschen ohne Partnerschaft und ohne ledige Kinder im Haushalt verstanden. Laut Statistischem Bundesamt werden Alleinstehende in „Einpersonenhaushalten“ auch als Alleinlebende bezeichnet.

Für unser Projekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ haben wir diese Definition erweitert und den Terminus „allein lebend“ wie folgt definiert:

Demenzkranken sind allein lebend, wenn sie allein im Haushalt leben und entweder keine Angehörigen haben oder aber deren Angehörige, Verwandte bzw. Freunde nicht im selben Haushalt wohnen und sich aus unterschiedlichen Gründen nicht oder nur eingeschränkt um die Erkrankten kümmern können.

Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt dargestellt, nimmt sowohl die Zahl der Demenzkranken als auch die Zahl der allein lebenden älteren Menschen stetig zu. Aufgrund dessen ist davon auszugehen, dass auch die Zahl allein lebender Demenzkranker weiter steigen wird.

Momentan existieren leider keine Untersuchungen oder Studien zur genauen Bezifferung allein lebender Demenzkranker sowie ihrer zahlenmäßigen Entwicklung.

Um trotzdem einen kurzen Einblick in deren Lebenssituation geben zu können, stützen sich die folgenden Aussagen auf Untersuchungen zu den Lebensverhältnissen älterer, allein lebender Menschen. Diese entstammen repräsentativen Studien und können daher auch für allein lebende Demenzkranke als gültig angesehen werden.

Familiale Lebensform und Familienstand

Es sind vor allem Frauen, die im Alter allein leben.

Abbildung 6 zeigt, dass mehr als die Hälfte der über 65-jährigen Frauen allein lebt, während es bei den gleichaltrigen Männern nur 18,6 % sind. Damit stellt das Alleinleben für ältere Frauen die häufigste, für Männer die zweithäufigste Lebensform dar.

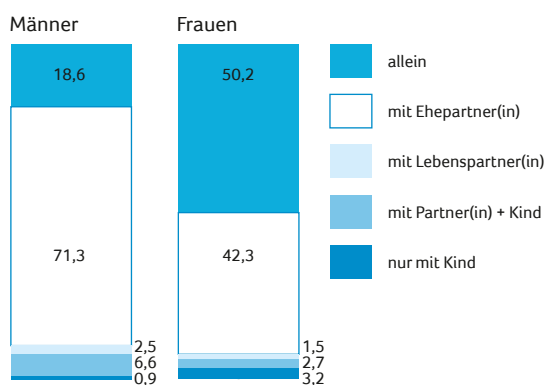


Abbildung 6: Lebensformen der über 65-Jährigen in Privathaushalten

Je älter sowohl Männer wie Frauen werden, desto größer wird die Bedeutung des Alleinlebens als Lebensform. Deutlich wird dies, wenn man sich die sinkende Zahl der verheirateten und die gleichzeitig wachsende Zahl der verwitweten Personen im sechsten, siebten und achten Lebensjahrzehnt anschaut (vgl. Abbildung 7). Aufgrund der höheren Lebenserwartung ist die absolute Zahl verwitweter Frauen sehr viel höher als die verwitweter Männer. Weit mehr als 70 % der verwitweten Frauen und Männer, die älter als 65 Jahre sind, leben allein. Das heißt, sie gehen keine neue Partnerschaft ein und leben auch nicht mit einem erwachsenen Kind zusammen.

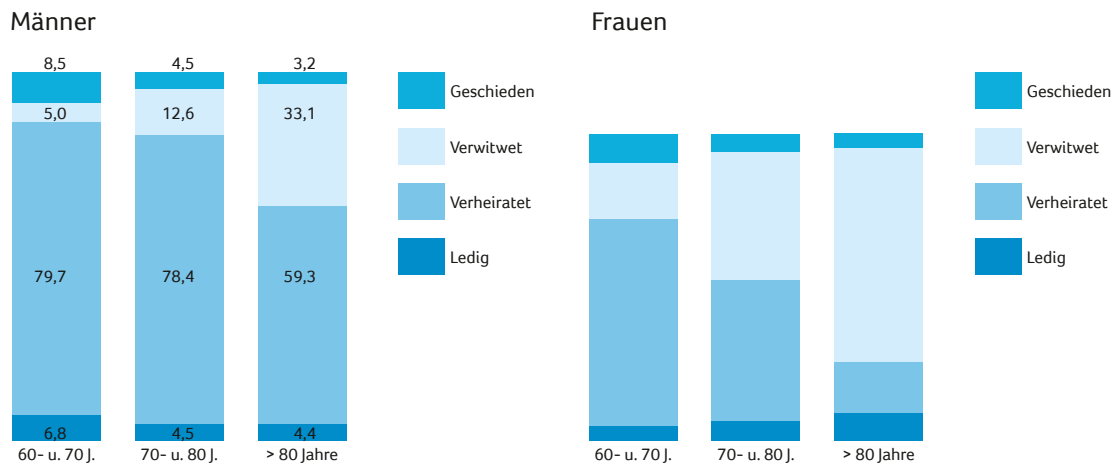


Abbildung 7: Familienstand nach Geschlecht und Altersgruppe (in Prozent)

Pflegebedarf - Pflegerische Versorgung

Es wurde bereits angedeutet: Je älter wir werden, desto größer wird das Risiko, auf Hilfe und Pflege angewiesen zu sein.

29 % der Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI lebten im Jahr 2002 allein. Im Jahr 1991 waren es dagegen nur 20 %. Als eine Ursache für diesen Anstieg um fast ein Drittel kann die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahr 1995 angesehen werden. Die damit verbundenen Leistungen ermöglichen es auch Alleinlebenden, trotz Pflegebedarf länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben.

40 % der Menschen, die zwar einen Hilfebedarf bei den alltäglichen Verrichtungen, jedoch keinen Pflegebedarf im Sinne des SGB XI aufweisen, leben zudem allein. Das Statistische Bundesamt benennt den Anteil der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die allein leben, mit insgesamt ebenfalls 40 % (Statistisches Bundesamt, 2004, S. 4).

Die Zahl der allein lebenden Pflegebedürftigen ist in Städten und Ballungsräumen sehr viel größer als in ländlichen Regionen, wo mehr Menschen mit Pflegebedarf bei ihren erwachsenen Kindern leben (vgl. Schneekloth/ Wahl, 2005, S. 69f.).

Pflegebedürftige, die zu Hause leben, werden sowohl privat, zumeist von Angehörigen, als auch professionell, z. B. durch ambulante Pflegedienste, unterstützt.

Schäufele et al. stellten dabei fest, dass allein lebende Demenzkranke durchschnittlich mehr Pflegepersonen haben als Demenzkranke, die in häuslicher Gemeinschaft mit einem Ehepartner leben (Schneekloth/ Wahl, 2005, S. 116).

Allein lebende Männer erhalten zudem früher und, gemessen am Zeitaufwand, mehr Hilfen

als Frauen. Ein Grund hierfür könnten tradierte Rollenvorstellungen und Rollenzuschreibungen sein (ebd., 2005, S.153).

Die Hauptpflegepersonen sind zumeist ältere, weibliche, verheiratete, nicht erwerbstätige Menschen. Die Unterstützungsleistungen der Hauptpflegeperson werden bei 43,5 % der zu Hause lebenden Demenzkranken von professionellen Diensten oder privat engagierten Helfern ergänzt.

Die Hauptpflegepersonen von Demenzkranken stammen fast durchweg aus dem familiären Umfeld. Bei über 90 % handelt es sich dabei um den Ehepartner oder ein (Schwieger-)Kind (vgl. ebd., 2005, S. 121f.). Auch wenn ihr Anteil steigt, spielen nicht-verwandte Personen wie Nachbarn oder ehrenamtlich engagierte Menschen als Hauptpflegeperson eine untergeordnete Rolle (vgl. Böhm et al., 2008, S. 197). Dieser Aspekt ist schon seit Anfang der 1990er Jahre bekannt, als im Rahmen einer Studie in Großbritannien herausgefunden wurde, dass allein lebende Demenzkranke im Durchschnitt täglich einen Besuch von mindestens einer Person erhielten. Diese Kontakte bestanden jedoch eher zu Angehörigen als zu Freunden, Nachbarn oder örtlichen Gruppen (Gilmour et al., 2003, S. 404).

Da allerdings Studien und Berechnungen gleichzeitig immer wieder zeigen, dass das familiäre Pflegepotenzial aus verschiedenen Gründen abnehmen wird (BMFSFJ, 2002, S. 207), erscheint es umso wichtiger, außerfamiliäre Beziehungen und Bezüge zu schaffen, zu unterstützen und zu festigen. Kommunen können hier z. B. durch die Unterstützung von ehrenamtlichem Engagement oder die Gestaltung generationenübergreifender Angebote einen großen Beitrag leisten.

Soziales Umfeld

Die vertraute Umgebung und das soziale Umfeld sind von entscheidender Bedeutung sowohl für das Wohlbefinden älterer Menschen als auch für den Erhalt von Fähigkeiten und Kompetenzen (Galliker/ Klein, 1998, S. 109).

Verfügt eine ältere allein lebende Person über ein soziales (Unterstützungs-)Netzwerk, hat sie eine größere Chance so lange wie möglich und trotz Pflegebedarf im vertrauten Umfeld leben zu können. So haben Studien in Großbritannien z. B. gezeigt, dass allein lebende Demenzkranke nicht stärker gefährdet sind als Demenzkranke, die in häuslicher Gemeinschaft mit Angehörigen leben. Je mehr Sozialkontakte allein lebende Menschen mit Demenz haben, desto sicherer leben sie. Im Rahmen der Gefahrenreduktion und -prävention kommt dem näheren und weiteren Bekanntenkreis deshalb eine große Bedeutung zu, weil Kontaktpersonen durch ihre Beobachtungen bestimmte Gefahren erkennen und eine Lösungssuche initiieren können, bevor ein größerer Schaden entsteht (Gilmour, 2004, S. 23).

Schneekloth und Wahl kommen im Rahmen ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Alleinlebende in der Regel auch bei zunehmendem Pflegebedarf länger zu Hause leben können, wenn sie die erforderlichen Hilfen erhalten. Zusammenfassend kann gesagt werden: Je größer das soziale Netzwerk und damit die Verfügbarkeit von Unterstützern ist, desto länger können allein lebende Menschen in der vertrauten Umgebung verbleiben (Schneekloth/ Wahl, 2005, S. 153f).

Nach wie vor haben jedoch vor allem allein lebende Senioren und Seniorinnen bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit ein höheres Risiko, in eine stationäre Pflegeeinrichtung umziehen zu müssen. 60 % der Bewohner lebten vor dem Heimeinzug allein in einem Privathaushalt. Als Gründe für diesen Umzug werden u. a. der schlechte Gesundheitszustand, das Fehlen von Hilfspersonen oder die Überlastung der Angehörigen sowie eine nicht alters- bzw. pflegerechte Wohnform angegeben (Schneekloth/ Wahl, 2007, S. 97 ff.).

An dieser Stelle zeigt sich eine große Diskrepanz zwischen dem Wunsch der meisten älteren Menschen und der Versorgungsrealität.

Da die Kommunen an den Kosten für die stationäre Unterbringung Pflegebedürftiger als örtlicher Träger der Sozialhilfe beteiligt werden, werden sie daran interessiert sein, vorzeitige

Umzüge in stationäre Pflegeeinrichtungen zumindest hinaus zu zögern.

„Ein möglichst langer Verbleib in der eigenen Wohnung, verbunden mit Aktivität und sozialen Kontakten sowie der Einsatz ambulanter Pflege und hauswirtschaftlicher Betreuung wird auch künftig ein ökonomisch sinnvoller und zugleich menschenwürdiger Weg für das Alter bleiben.“ (Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, 2006, S. 6).

Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006). *Demographie konkret – Seniorenpolitik in den Kommunen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Böhm, K./ Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*. o. V.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation*. Bonn.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz*. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2010). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen*. Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (DV) (Hrsg.) (2006). *Empfehlungen zur Gestaltung der sozialen Infrastruktur in den Kommunen mit einer älter werdenden Bevölkerung*.
- Galliker, M./ Klein, M. (1998). *Konstante soziale und räumliche Umwelt im Alter: Gedächtnistheorie, Fallbeispiele und Praxisrelevanz*. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31, S. 104–111.
- Gilmour, H./ Gibson, F./ Campbell, J. (2003). *Living Alone with Dementia: A Case Study Approach to Understanding Risk*. In: *Dementia*, 2(3), S. 403–420.
- Gilmour, H. (2004). *Living alone with dementia: risk and the professional role*. In: *Nursing Older People*, 16(9), S. 20–24.
- Menning, S. (2007). *Haushalte, familiäre Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin.
- Münnich, M. (2007). *Einnahmen und Ausgaben von Rentner- und Pensionärshaushalten*. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.). *Wirtschaft und Statistik 6/2007*. Wiesbaden, S. 593–628.

- Schneekloth, U./ Wahl, H. W. (Hrsg.) (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. München.
- Schneekloth, U./ Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2007): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)*. Berlin.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007). *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2008). *Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Sonderbericht: Lebenslagen der Pflegebedürftigen – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung*. Bonn. URL: www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Entwicklung der Privathaushalte bis 2025. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2007*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Gesundheit. Krankheitskosten 2002, 2004 und 2006*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008a). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden.

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden, S. 15 (eigene Zusammenstellung).
- Abbildung 2: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz*. Berlin, S. 1 (eigene Diagrammerstellung auf Grundlage der Tabelle).
- Abbildung 3: Statistisches Bundesamt (2008a). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden, S. 14 (eigene Diagrammerstellung auf Grundlage der Tabelle).
- Abbildung 4: Statistisches Bundesamt (2007). *Entwicklung der Privathaushalte bis 2025. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2007*. Wiesbaden. (eigene Zusammenstellung).
- Abbildung 5: Menning, S. (2007). *Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin, S. 9.
- Abbildung 6: Menning, S. (2007). *Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin, S. 14.
- Abbildung 7: Menning, S. (2007). *Haushalte, familiale Lebensformen und Wohnsituation älterer Menschen*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin, S. 13.



3. Interviews

Allein lebende Menschen mit Demenz im Interview

*„Hier bleib ich meine Person ...“
(Frau Carsten)*

Zusammenfassung

Die Annahme, dass Menschen mit einer Demenzerkrankung nicht allein leben können, ist weit verbreitet. Doch was sagen allein lebende Demenzkranke selbst dazu? Wie ist es für sie, mit einer Demenz allein zu leben? Wie kommen sie zurecht und was hilft ihnen dabei? Nehmen sie Grenzen wahr? Welche Ängste, Wünsche und Bedürfnisse haben sie?

Um Antworten auf diese Fragen zu erhalten, wurden deutschlandweit insgesamt zehn allein lebende Menschen mit Demenz in qualitativen Interviews anhand eines Leitfadens befragt. Fünf verschiedene Porträts zeigen exemplarisch, wie unterschiedlich die Lebenssituation der Betroffenen ist, was sie jeweils bewegt und wie sie das Alleinleben auf ihre ganz persönliche Art und Weise organisieren und gestalten.

Die Interviews haben bestätigt, dass die Diagnose einer Demenzerkrankung und die damit einhergehenden Einschränkungen nicht zu einer veränderten Einstellung gegenüber dem Alleinleben und dem Wunsch nach Selbständigkeit in der vertrauten Umgebung führen. Die Demenzerkrankung hat jedoch immer Einfluss auf die Lebenssituation und die Selbständigkeit der Alleinlebenden, sowie auf deren Einschätzung ihrer gegenwärtigen Situation. Die Wünsche und Bedürfnisse allein lebender Menschen mit Demenz unterscheiden sich nicht wesentlich von denen gesunder alter Menschen. Sie wollen so lange wie möglich selbstbestimmt und selbständig zuhause im vertrauten Umfeld leben. Allerdings haben die eigenen vier Wände für Demenzkranke eine noch höhere Bedeutung, denn die gewohnte Umgebung vermittelt ihnen nicht nur Geborgenheit und Sicherheit. Durch die vertrauten Räume, Möbel und Bilder und die damit verbundenen Erinnerungen wird auch ihre Identität gestärkt.

Es wurde deutlich, dass die Betroffenen noch viele Fähigkeiten haben, die sie weiter nutzen und erhalten wollen. Sie wollen nicht nur dazugehören und am normalen Leben teilhaben, sondern auch etwas für andere tun können, hilfreich sein. Andernfalls stellt sich für viele die Frage nach dem Sinn, ein Gefühl der Nutzlosigkeit und Resignation wird beschrieben. Außerdem werben die Befragten für mehr Aufklärung und Verständnis für Ihre Erkrankung in der Öffentlichkeit und im unmittelbaren Umfeld.

Durch die Erkrankung und das Fortschreiten der Symptome erfahren die Betroffenen immer wieder Grenzen des Lebens allein in den eigenen vier Wänden. Zwei Faktoren sind zur Beantwortung der Frage, wie lange Menschen mit Demenz allein leben können, von entscheidender Bedeutung: der Verlauf und Schweregrad der Demenzerkrankung sowie das Maß an verfügbarer Unterstützung von außen, auf welche die Alleinlebenden zurückgreifen können und wollen. Ein Zeitpunkt oder ein Ereignis, wann die Grenze des Alleinlebens erreicht sein könnte, wurde von den Betroffenen selbst nicht benannt.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews ausführlich in drei Abschnitten erläutert: Zunächst folgt eine kurze Beschreibung der Vorgehensweise und der Zusammensetzung der Interviewpartner. Danach werden fünf ausgewählte Gesprächspartner porträtiert. Im dritten Teil findet sich eine Gesamtauswertung aller zehn Interviews.

Vorgehensweise und Interviewpartner

Insgesamt wurden deutschlandweit zehn allein lebende Menschen mit Demenz anhand eines Leitfadens befragt. Zentrale Fragestellungen waren hierbei:

- Wie ist es, allein mit einer Demenzerkrankung zu leben?
- Was ist das Besondere an der Situation allein lebender Demenzkranker, vor allem in Bezug auf Belastungen, Ängste und Bedürfnisse?
- Wie kommen allein lebende Demenzkranke mit ihrer Situation zurecht und was hilft ihnen dabei? Welche Anforderungen an Unterstützungsmöglichkeiten ergeben sich hieraus?

Alle Interviewpartner hatten bereits Zugang zum Hilfesystem. Zu sieben allein lebenden Menschen mit Demenz konnte der Kontakt über regionale Alzheimer-Gesellschaften hergestellt werden. Sie wurden in ihrer häuslichen Umgebung besucht. Eine der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bereits bekannte allein lebende Frau erklärte sich zu einem telefonischen Interview bereit. Zwei weitere Betroffene wurden in einer Tagespflegeeinrichtung befragt, die Kontakte kamen über eine Beratungsstelle zustande. Durch das bereits bestehende Vertrauen in die vermittelnden Organisationen bzw. Personen

waren die Betroffenen meist vertrauensvoll und antworteten offen auf die Fragen.

Für die Auswahl war wichtig, dass eine Demenzerkrankung vorlag und dass die Betroffenen allein in einem Haushalt lebten. Außerdem sollten allein lebende Demenzkranke sowohl aus Städten, als auch aus ländlichen Gegenden einbezogen werden (Stuttgart, München, Norderstedt, Tornesch, Lingen und Land Brandenburg). Die Verteilung der Geschlechter (ein Mann, neun Frauen) ergab sich zufällig.

Interviewpartner in der Übersicht

Die Gespräche wurden von Juli bis November 2007 durchgeführt. Die jeweilige Interviewdauer variierte stark zwischen 15 und 75 Minuten, je nach Stadium der Erkrankung, Tagesform, Sprachvermögen und Erzählverhalten der Gesprächspartner.

Alle Interviews wurden transkribiert und die Namen der Interviewpartner hierbei aus Gründen der Anonymisierung geändert. Außerdem werden zum Schutz der Interviewteilnehmer keine Städtenamen, keine Namen von Gedächtnissprechstunden, Alzheimer-Gesellschaften oder Betreuungsgruppen im Zusammenhang mit den Interviews genannt. In den Quellenangaben im Text steht der Anfangsbuchstabe

	Alter	Diagnose	Diagn. seit (in J.)	Allein lebend seit (in J.)	Beruf	Angeh. / Pflegepers. in der Nähe	Gespr.-dauer in Min.
Herr Adler	58	Alzheimer-Demenz	4	> 7	Nachrichtenelektroniker	Nein	40
Frau Blume	70	Demenz	2	11	Kaufmännische Angestellte	Nein	75
Frau Carsten	80	Alzheimer-Demenz	2-3	2	Fremdsprachenkorrespondentin	Ja	55
Frau Dreher	76	Alzheimer und vaskuläre Demenz	1	3-4	Kaufmännische Angestellte	Nein	45
Frau Ernst	84	Demenz mit Weglauftendenz	3	6	Bürokauffrau	Ja	15
Frau Franke	82	Demenz	1,5	35	Landwirtschaft	Ja	20
Frau Graf	76	Demenz	3	5	Krankenschwester	Nein	30
Frau Herm	81	Demenz	3	13	Erzieherin, Arbeit im Pflegeheim	Nein	40
Frau Jakob	82	Altersdemenz	0,5	schon immer	Museumsleiterin	Nein	60
Frau Koch	42	Alzheimer-Demenz	2	5-6	Floristin, Einzelhandel	Ja	25

des jeweiligen Interviewpartners an erster Stelle, es folgt die Seitenzahl des Transkriptes und die Angabe der Zeilenzahl, z. B. C10/4-8.

Die Interviews wurden mittels des theoretischen Kodierverfahrens nach Strauss und Corbin (1996) ausgewertet. Diese Methode ist auf der Basis der Grounded Theory entstanden, bei der es hauptsächlich darum geht, Daten nicht nur zu beschreiben, sondern zu interpretieren und gleichzeitig neue Theorien zu generieren (Glaser/ Strauss, 1998). Die Methode der Grounded Theory dient dem besseren Verständnis von Phänomenen, wie hier der subjektiven Wirklichkeit allein lebender Demenzkranker, und gleichzeitig der Entwicklung von neuen Strategien (Strauss/ Corbin, 1996). Sie ist besonders dann hilfreich, wenn es zu einem bestimmten Phänomen noch kaum oder gar kein Wissen gibt.

Kurzbeschreibungen der Interviewpartner

Herr Adler

„... dass der Begriff Alzheimer ein bisschen mehr in die Bevölkerung reinkommt!“

Interviewsituation

Das Interview kam über die örtliche Alzheimer-Gesellschaft (AlzG) zustande. Herr Adler hatte sich sofort bereit erklärt, sich interviewen zu lassen, um dazu beizutragen, dass das Wissen um die Alzheimer-Krankheit und das Verständnis für die Kranken in der Öffentlichkeit zunimmt. Herr Adler wohnt allein in einer kleinen Wohnung im Zentrum einer Großstadt. Die Wohnung ist verkehrsgünstig gelegen und in der Nähe befindet sich ein Park. Beides ist Herrn Adler wichtig, da er gerne unterwegs ist und auch viel spazieren geht. Er war früher Taxifahrer und hat eine gute Orientierung. Herr Adler ist bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Eine Mitarbeiterin der AlzG erinnert ihn eine Stunde vor dem vereinbarten Termin an das Treffen. Als wir bei ihm klingeln, ist Herr Adler sehr überrascht, dass wir „jetzt schon“ kommen. Er ist noch nicht „fertig angezogen“ und fühlt sich „unpassend“. Er zieht ein anderes Hemd an und bietet uns Wasser an. Während des Interviews ärgert er sich öfter über sich selbst, wenn er die richtigen Worte nicht findet und sich nicht entsprechend ausdrücken kann. Er gerät zunehmend unter Leistungsdruck.

Das Interview findet größtenteils in der Wohnung von Herrn Adler statt. Während des Gesprächs nimmt seine Unruhe jedoch zu. Auf seinen Wunsch hin wird das Gespräch bei einem Spaziergang fortgesetzt. Zwei Mitarbeiterinnen der AlzG, die Herrn Adler sehr vertraut sind, blieben beim Gespräch dabei.

Interviewanalyse

Aktuelle Lebenssituation

Herr Adler ist zum Zeitpunkt des Interviews 58 Jahre alt und hat die Diagnose Alzheimer-Demenz vor 4 Jahren erhalten. Er ist verheiratet, lebt aber seit der Trennung von seiner Frau vor vielen Jahren allein in einer kleinen Wohnung in der Großstadt. Herr Adler hat keine Kinder. Eine langjährige Freundin ist die einzige im näheren Umfeld, die sich um ihn kümmert. Sie weiß auch über die Diagnose Alzheimer Bescheid. Jeden Tag erhält er das Mittagessen geliefert, ein

Pflegedienst überwacht die Medikamentengabe und zwei Studenten helfen bei den alltäglichen Verrichtungen. Ansonsten hat er keine regelmäßigen Kontakte. Seinen Beruf als Nachrichtenelektroniker musste er aufgeben.

Wunsch nach Anerkennung und Veränderung der Kompetenzen im Alltag

Im Interview wird deutlich, dass Herr Adler großen Wert darauf legt, sein eigener Herr zu sein: Immer wieder betont er vorhandene Fähigkeiten, will beweisen, dass er etwas kann und „noch wer ist“. Er kämpft um seine Unabhängigkeit und greift alte Hobbys auf, um aktiv zu bleiben. Zum Beispiel kauft er sich neue Noten und übt auf seiner Gitarre gegen den Verlust dieser Fähigkeit an. Herr Adler hat sich auch auf das Gespräch vorbereitet, und ärgert sich nun, dass ihm wichtige Gedanken nicht mehr einfallen. Es fällt ihm schwer, im Alltag zurecht zu kommen, und er legt sich hierfür immer wieder neue Strategien zurecht. Während des Interviews versucht er z. B., mit einem Spaziergang seine Konzentration zu verbessern. Als dies nicht gelingt, denkt er darüber nach, dass er etwas zu trinken hätte mitnehmen sollen.

Stigmatisierung und Aufklärung

Herr Adler beschreibt als wichtigen Punkt die mangelnde Aufklärung in der Bevölkerung und wünscht sich sogar so etwas wie ein Erkennungszeichen für Demenzerkrankte: „Ja, eigentlich 'ne Sache (Demenz-Kampagne, Anm. d. Verf.), die mich auch sehr betrifft. Denn ich hätte auch ganz gern hinten am Auto so'n Kleber, dass der BEGRIFF Alzheimer ein bisschen mehr in die Bevölkerung reinkommt. (I: Also es wäre gut, wenn die Leute noch mehr über Alzheimer wissen würden?) Ja, auch erklärt: was ist denn das, ne?“ (A7/3-11).

Er erzählt, wie er von fremden und nicht eingeweihten Menschen beschimpft wird und wie mühsam es zum Beispiel ist, die ständig wechselnden Kassiererinnen im Supermarkt immer wieder neu zu informieren. Seine Defizite sind ihm peinlich und er schämt sich, wie in den folgenden von ihm geschilderten Situationen deutlich wird.

„(Beim Einkaufen, Anm. d. Verf.) da stehen die Leute hinten in der Schlange drinne, mir fällt das Geld raus. Musste mich bücken, die Dinger wieder aufsuchen. Oder gestern war ich im Biergarten, da fiel mir schon das Weißbierglas runter. Das ist schon öfters ein Problem, dass die (Leute, Anm. d.

Verf.) nicht wissen, was es ist und dann am Schimpfen sind: ‚Ach, da kommt der schon wieder‘ oder ‚Faulpelz‘.“ (A4/33-A5/10).

Herr Adler fühlt sich durch seine Krankheit stigmatisiert: „Ja, die merken das inzwischen schon. Die wissen auch: Ach, da kommt der schon wieder, ne?“ (A5/17-18). Er versucht, selbst das Tabu zu brechen, indem er die Krankheit beim Namen nennt und seine Defizite erklärt: „Ich hab ja nur den Namen (Alzheimer, Anm. d. Verf.) reingeworfen.“ (A5/18). Menschen, die über die Alzheimer-Krankheit Bescheid wissen, begegnen ihm freundlicher. Diese Tatsache macht ihm Mut, um Hilfe zu bitten und Hilfe anzunehmen, obwohl man ihm dann wiederum mit Mitleid begegnet: „Und in so 'ner Situation würde ich dann auch sagen: Hier, ich hab die Krankheit und jetzt nehmt mal 'n bisschen Rücksicht. Also da hab ich keine Angst vor den Leuten, nicht? Gestern zum Beispiel hab ich den da angesprochen, da am Rotkreuz-Platz. Und da hab ich ihm das gesagt, so und so. Ich konnte mich gar nicht artikulieren. Und dann hab ich dem das erklärt, also ha- Alta- Al- Alzheimer, ne? So: ‚Ach, du armer Kerl‘, ne? Hat er Recht, ‚der Arme‘; hat er ja Recht damit.“ (A6/14-20).

Selbstbestimmt eigene Entscheidungen treffen

Selbstbestimmung und Mitentscheiden sind für Herrn Adler äußerst wichtig: welche Wohnform für ihn später in Frage kommt, wenn es zuhause nicht mehr geht, in welches Heim er vielleicht ziehen könnte und vor allem auch bei der Regelung seiner finanziellen Angelegenheiten. Umso schwerer war es für ihn, als im Sommer 2006 während eines längeren Krankenhausaufenthaltes per Eilverfahren eine rechtliche Betreuung eingerichtet wurde. Die Betreuung wurde von einem Rechtsanwalt übernommen, der sich bis heute um alle Aufgabenkreise kümmert. Herr Adler besitzt einige Immobilien, deren Verwaltung mehr Zeit in Anspruch nimmt, als der normale Zeitrahmen zur Übernahme des Aufgabenkreises „Regelung finanzieller Angelegenheiten“ vorsieht. Herr Adler legt großen Wert darauf, einbezogen zu werden und weiterhin Verantwortung übernehmen zu dürfen. Durch seine Erkrankung braucht er allerdings viel mehr Zeit, um alles zu verstehen und seine eigenen Zukunftspläne wiederzugeben. Hier kommt es deshalb häufig zu Spannungen zwischen Herrn Adler und seinem Betreuer, nicht zuletzt deshalb, weil der Betreuer Herrn Adler aufgrund

des Mangels an Zeit meist nicht in die Planung seiner Angelegenheiten einbezieht: „Wenn er (der Betreuer) nicht will, dann ist er erst mal grantig. Ich glaube, ich muss mal in meine Konten reinschauen.“ (A12/25-29).

Herr Adler fühlt sich immer wieder bevormundet und machtlos. Er hat Angst vor Gerichten oder Post von offiziellen Stellen, da er Schwierigkeiten hat, offizielle Schreiben zu lesen oder zu verstehen, und davor, zu Terminen geladen zu werden, in denen er Fragen beantworten muss. Aus diesem Grund hat er auch auf einen Betreuerwechsel verzichtet.

Frau Blume

„Ich will, so lange, wie's geht, will ich das selber machen.“

Interviewsituation

Frau Blume nimmt regelmäßig an Gruppentreffen für Betroffene im Frühstadium einer Demenz teil. Über den Leiter dieser Gruppentreffen kam schließlich auch der Kontakt zustande. Am Tag des Interviews stellt er der Interviewerin Frau Blume persönlich vor und zieht sich nach einer gemeinsamen Tasse Kaffee zurück. Frau Blume freut sich sehr, sowohl über die Gesellschaft, als auch über das Interesse, das ihr entgegen gebracht wird. Das Gespräch ist von großem Vertrauen geprägt und Frau Blume berichtet offen und entspannt über ihre Lebensgeschichte, über die Zeit alleine, nachdem ihr Mann gestorben war, und über ihr Leben mit der beginnenden Demenz. Frau Blume hat die Diagnose Alzheimer vor zwei Jahren erhalten. Die Demenz äußert sich momentan hauptsächlich in Orientierungsstörungen und einer erhöhten Vergesslichkeit. Im Gespräch ist Frau Blume kaum etwas anzumerken.

Interviewanalyse

Aktuelle Lebenssituation

Frau Blume ist 70 Jahre alt. Sie lebt seit elf Jahren, seit dem Tod ihres Mannes, allein in ihrem Einfamilienhaus mit schönem Garten im Umland einer Großstadt. Das Haus wurde von ihrem Mann erbaut und beide waren immer sehr stolz darauf.

Die Familie spielt für Frau Blume eine sehr wichtige Rolle. Als schweren Schicksalsschlag hat sie den frühen Tod ihrer Tochter erlebt, die sehr jung an Krebs gestorben ist. Der Enkelsohn

lebt beim Vater und Frau Blume sieht ihn heute kaum noch. Frau Blume hat eine weitere Tochter, die jedoch mit Mann und drei Kindern im europäischen Ausland wohnt und mit der sie telefonisch in Verbindung bleibt. Regelmäßige Kontakte pflegt Frau Blume zu ihrer Bridgegruppe, zu einem befreundeten Ehepaar und zu der erwähnten Gesprächsgruppe für Demenzkranke im Frühstadium. Zur Nachbarin hat sie zwar nur oberflächlichen Kontakt, der jedoch sehr wichtig ist, da diese sich jeden Morgen Frau Blumes Wohlbefinden versichert und auch einen Schlüssel für Notfälle besitzt.

Trauer, Schmerz und Einsamkeit

Frau Blumes Leben ist geprägt von der Sehnsucht und dem Wunsch, ihre Tochter und auch ihren Mann zurückzubekommen, ohne die sie sich sehr einsam fühlt. Der Verlust der Tochter war ein traumatisches Erlebnis, das sie bis heute nicht verarbeitet hat: „Also das ist das Schlimmste, was einem als Mutter passieren kann, ein Kind zu verlieren.“ (B2/15-17). Ihre Gedanken und Erinnerungen kreisen um die gemeinsame glückliche Zeit, in der die Familie viel gereist ist und viel gemeinsam unternommen hat: „Na, dann haben wir Urlaubsreisen gemacht. Da sind wir immer in die Dolomiten. Da waren wir in Lyon, in der Nähe von Bozen, ja. Dort sind wir jedes Jahr; und dann sind wir viel gelaufen und gewandert und gekraxelt und so. (I: Fehlt Ihnen das heute oder ist das nicht so schlimm?) Nee, alleine macht's keinen Spaß.“ (B14/22-27).

Nicht-Familienmitgliedern ist es kaum möglich, eine intensivere Beziehung zu ihr herzustellen. Freundschaften sind zwar wichtig, jedoch viel unverbindlicher und gegenüber der Familie zweitrangig. Deshalb ist es für Außenstehende auch nur schwer möglich, Frau Blume aus ihrer Einsamkeit heraus zu helfen, die sie immer wieder beschreibt: „Das muss man schon anerkennen, dass so was (Gruppe für Demenzkranke, Anm. d. Verf.) angeboten wird. Natürlich, das muss ich auch sagen, wenn ich dann nach Hause komme, da fühl' ich mich dann noch viel einsamer als vorher, ne? Jetzt hast du mit jemandem gesprochen, hier wartet keiner, niemand. Aber das ist ja nicht erst seit gestern. Das ist schon so viele Jahre. Und trotzdem erwischt's einen immer wieder.“ (B5/11-20).

Frau Blume erwähnt außerdem ihren Schmerz über den zusätzlichen Verlust ihres mittlerweile 15-jährigen Enkelsohns, der Sohn der verstorbenen Tochter, zu dem sie heute so

gut wie keinen Kontakt mehr hat. Sie würde gerne Kontakt halten, geht aber Konflikten aus dem Weg, um nichts falsch zu machen und zieht sich so auch hier immer weiter zurück: „Trotzdem haben die immer mit mir Kontakt gehalten. Und nun gar nicht mehr. Und nun weiß ich auch nicht: Was macht man? Wenn ich mal wieder in der Stadt bin, gehe ich einfach hin und sag' Hallo, gell? Und wenn ich 'n Kaffee da trinke. Ja, ich bin jetzt mal in der Nähe gewesen. Da dachte ich: Gehst du jetzt hin oder nicht? Es soll aber auch nicht aussehen, als würde ich mich hier, was will, ne?“ (B17/27-33).

Wille und Pflicht zur Selbständigkeit

Trotz der von ihr immer wieder angesprochenen Einsamkeit möchte Frau Blume in ihrem Haus und der gewohnten Umgebung bleiben, so lange es geht. Das gemeinsam mit ihrem Mann erbaute Haus hat einen ganz besonderen Wert für sie: „Und ich weiß, dass mein Mann, der war so dankbar und stolz auch, dass er das hat schaffen KÖNNEN, ne? Das hätt' ich mir NIE zu träumen gewagt, dass ich mal 'n eigenes Haus haben werde. ..., denn wir haben traurig angefangen, das muss ich sagen. Da war nicht viel.“ (B5/24-27). Die vertraute Umgebung birgt viele Erinnerungen an die glückliche Zeit mit der Familie, die ihr teilweise über die Einsamkeit hinweg helfen: „Na ja, das sind meine vertrauten Räume. Das ist alles; irgendwie hängt ja auch Erinnerung dran. Und wie haben wir's uns mühsam geschaffen, das war ja nicht einfach. Dann waren die Kinder hier und das eine Kinderzimmer, das war das kleinere, das hinten der Christa. Und das größere hatte die Antje. Und wenn dann die Freunde kamen...“ (B6/1-5).

Die einzige Alternative, die von Frau Blume überhaupt angesprochen wird, ist das Altenheim, was eigentlich keine echte Alternative für sie darstellt: „Und dann sag' ich mir aber auch, ich darf mich nicht versündigen. Denn es geht mir ja nicht schlecht. Das muss man ja auch sehen. Ich hab schön mein Heim. Ist zwar viel zu groß, aber wo ich jetzt irgendwo in so'n Altersheim, oh da riecht das schon furchtbar.“ (B12/13-16). Sie will selbständig bleiben, es allein schaffen: „Und ich möchte hier klar kommen. Und hier fühl' ich mich ja auch wohl. Und es sieht ja einigermaßen ordentlich aus.“ (B36/1-2). Gleichzeitig ist sie sich aber auch bewusst, dass ihre Selbständigkeit und das Leben allein zuhause mit der Demenz vielleicht nicht auf Dauer zu halten sind: „Und ich meine, ich WEISS schon, dass es irgendwann mal entweder gleich auf'n Friedhof oder noch mal in ein Heim

...“ (B8/9-12). Das eigene Haus und der Wunsch nach Selbständigkeit bringen für Frau Blume allerdings auch Pflichten mit sich. So werden manche Aufgaben zum Muss: „Ich bin eigentlich kein Gärtner, aber ich muss es ja in Ordnung halten.“ (B6/28-29). „Es sind viele Sachen, wo ich eigentlich sage: Decke über'n Kopf und nichts mehr hören und sehen. Da gibt's schon mehrere Sachen, wo ich sag': ‚Warum willst du heute aufstehen?‘ oder so irgendwas. Aber dann sag' ich mir: ‚Nee, jetzt machst du das!‘. Und sonst, dann gibt man sich ja SOFORT von vornherein auf und das kann man doch nicht machen. Das Leben geht; also irgendwie muss ich ja noch das schaffen. Manchmal hab ich absolut keine Lust mehr.“ (B12/4-11). Frau Blume führt einen ständigen Kampf gegen die Resignation, Kraftlosigkeit und zum Erhalt des eigenen Haushalts.

Umgang mit der Situation: Routinen, Glaube und Schicksalsergebenheit

Zur besseren Bewältigung des Alltags hat sich Frau Blume einen klaren Tages- und Wochenablauf geschaffen. „Ja. Dann les' ich erst mal meine Zeitung beim Kaffeetrinken. So. Und dann such' ich mir, mach' ich jeden Tag ein Zimmer sauber. Und dann schnapp' ich mein Fahrrad und dann fahr' ich auf'n Friedhof, ist ja auch hier. Und dann fahr' ich weiter.“ (B17/1-5). Termine trägt sie in ihren Kalender ein, um sie nicht zu vergessen.

Frau Blume wünscht sich eine Aufgabe und würde gerne, wie noch vor ein paar Jahren im Ehrenamt, wieder „helfen und was Gutes tun“ (B20/4). Die Suche nach einer ehrenamtlichen Tätigkeit hat sie mittlerweile jedoch resigniert aufgegeben. „Aber irgendwann muss man sagen: So, jetzt bist du zu alt dazu, die wollen dich jetzt nicht mehr. Und so ist es, so ist es. Die trauen dann einem (nichts mehr zu, Anm. d. Verf.); also das Gefühl hab ich mehr als einmal erfahren.“ (B20/5-8). „Aber jetzt, ab einem gewissen Alter... ist man nicht mehr gefragt.“ (B19/17-18).

Kraft schöpft Frau Blume hauptsächlich aus ihrem Glauben: „Ja. Drei Jahre später ist der (Ehemann gestorben, Anm. d. Verf.). Und dann denk' ich immer, da ist der mit der Christa zusammen. Und das ist 'n Trost, ja. Und dann, wenn ich mal in Himmel gucke und seh' zwei Sterne ganz nah beieinander, das sind die beiden, ja... Na, was soll man machen? Das nützt ja nun alles nichts und so weiter, aber man sucht sich eben – also ich jedenfalls – irgendwie suche ich mir so was. Und dann denk' ich: ‚Ach ja, wenn ihr so schön zusammen seid‘“ (B16/1-11).

„Ich bin kein großer Kirchenrenner, aber bin schon ein gläubiger Mensch. Und dann denk' ich: Der liebe Gott wird mir schon helfen, dass sich irgendwas findet und so. Aber das ist natürlich auch 'n Vertrauen.“ (B24/20-23).

Frau Blume macht sich zwar Gedanken über mögliche Risiken des Alleinlebens mit der Demenz und über ihre Zukunft. Sie kann aber kein genaues Bild zeichnen, bleibt lieber passiv und ergibt sich in ihr Schicksal: „Wenn ich hier die Treppe runterfalle und breche mir 'n Bein und lieg' da irgendwo. Ich kann ja nirgends mehr hin. Diese oder auch wenn ich tot bin und irgendwo liege, aber dann kann's mir egal sein,...; man muss ja nicht unbedingt krank sein im Krankenhaus und dann dort sterben, ... der Gedanke kommt schon: Was wird denn dann werden? Aber dann, sag' ich mir, wird sich auch was finden.“ (B23/27-32). Wichtige Entscheidungen trifft sie denn auch nicht gern allein und überlässt diese anderen Menschen, zum Beispiel ihrer Tochter, der sie bereits eine Vorsorgevollmacht ausgestellt hat: „Ich sage mir dann immer: Meine Tochter wird das schon für mich richten, ne? Sie ist ja nicht hier, aber wenn's drauf ankommt, dann würde die mich bestimmt nicht im Stich lassen. Und dann soll sie das; da hat sie zwar 'ne Aufgabe, aber dann soll sie sich, wird sie sich drum kümmern, mich in ein Heim zu geben ... Ich denke auch, das kann man doch verlangen oder erwarten oder wie soll ich sagen.“ (B7/21-28).

Frau Carsten

„Also ich bin ein Einzelgänger so ein bisschen. Ich kann gern alleine sein.“

Interviewsituation

Der Kontakt zu Frau Carsten kam ebenfalls über die örtliche Alzheimer-Gesellschaft zustande, ein Mitarbeiter stellt uns vor. Frau Carsten erwartet uns bereits mit Kaffee, Kuchen und einem Gläschen Eierlikör und hat sich für das Interview fein gemacht. Im Gespräch zu zweit wirkt sie vertrauensvoll und sehr aufmerksam. Die vor 2,5 Jahren diagnostizierte Alzheimer-Krankheit macht ihr vor allem mit immensen Wortfindungsstörungen zu schaffen, die sich auch in den unten stehenden Zitaten wieder finden. Mit genügend Zeit und ein wenig Hilfe seitens der Interviewerin gelingt es ihr jedoch, sich trotz ihrer Sprachschwierigkeiten sehr genau auszudrücken.

Interviewanalyse

Aktuelle Lebenssituation

Frau Carsten hat sich kurz nach dem Tod ihres Mannes entschieden, das gemeinsame Eigenheim aufzugeben und in ein kleines Zwei-Zimmer-Appartement in einer Einrichtung des Betreuten Wohnens zu ziehen. Ihr Haus mit Garten war ihr allein viel zu groß und sie fühlte sich nicht mehr sicher. Über das Betreute Wohnen sagt sie selbst, dass es außer dem Notrufsystem eigentlich keinerlei Betreuung biete. Frau Carsten ist 80 Jahre alt. Sie hat einen Sohn und eine Tochter sowie zwei Stieftöchter. Zu allen hält sie guten Kontakt. Direkte Hilfe erfährt sie von ihrem Sohn, der sich um alle finanziellen Angelegenheiten kümmert, und von ihrer Tochter, die sie zu Ärzten oder z. B. bei der Besichtigung von Pflegeheimen begleitet. Ihre sonstigen Kontakte beschränken sich auf wenige andere Bewohner der Anlage, die sie eigentlich eher meidet, und die Teilnehmer einer Gesprächsgruppe, welche sie regelmäßig besucht. Kochen und Waschen erledigt sie selbständig, bei der Reinigung der Wohnung hilft eine Putzfrau. Frau Carsten hat ein künstliches Kniegelenk, das ihr alltägliche Aktivitäten zusätzlich erschwert.

Gern allein, aber sicher muss es sein

Frau Carsten wohnt gern allein. Auch wenn sie an die Zukunft denkt und daran, dass sie vielleicht noch einmal umziehen muss, sagt sie: „Ich wär' jedenfalls gerne alleine. Ja, dann müsste ich auch 'ne kleine Wohnung haben.“ (C30/4+8). Es ist vor allem die Freiheit der eigenen Entscheidungen, die sie immer wieder anspricht, dass sie „machen kann, was ich will... Ich kann entweder Essen gehen oder ich kann auch mal kochen, wenn ich Lust hab und so. Es ist alles, wie soll ich sagen? Ich bleib' meine Person. Das können Sie nicht. Sie werden befehlt; Sie werden BEFOHLEN in dem; in diesen Dingen, in diesen Altersheimen oder wie sie heißen.“ (C13/1-6). Eine Voraussetzung muss allerdings immer erfüllt sein: ihre Sicherheit muss gewährleistet sein. Vor allem nachts hatte Frau Carsten in ihrem alten Haus früher große Angst: „Nachts. Am Tage nicht. Da war ich im Garten und da hab ich alles gemacht ..., aber wenn es abends dunkel wird und die anderen haben auch alles zu und Sie sind alleine da in solchem Haus, in solchem hübschen Haus, da werden Sie krank.“ (C27/4-7). Sie betont immer wieder die Bedeutung der Notrufanlage im Betreuten Wohnen, die ihr gemeinsam mit den Menschen um sie

herum die nötige Sicherheit vermittelt. *„Nein, im Gegenteil, ich fühle mich hier sicher. Wir haben ja unser Haus so schnell verkauft, weil ich Angst hatte, obgleich wir ein Dings haben, Sicherheitssachen, ne? Hatten wir alles am Haus, ne? Aber und dann hab ich da einen Monat noch müssen, ne? Dann kam aber immer meine Tochter und guckte nach mir und so und da; das war schlimm. Aber hier hab ich keine Angst. Bei den Apparaten und bei den Menschen und alles. Und hier kann keiner rein. Das Haus ist so gebaut.“* (C26/26-32).

Selbständigkeit

Selbständigkeit ist für Frau Carsten ein wichtiger Aspekt, um weiterhin allein und selbstbestimmt leben zu können. Sie holt sich zwar ein wenig Hilfe, macht aber möglichst viel selbst, um sich ihre Selbständigkeit zu erhalten: *„Die Essfrau, die Putzfrau, die kommt so alle 14 Tage. Also braucht sie, sie kann auch in der Woche kommen, aber das braucht sie nicht. Ich kann das bisschen selber auch sauber halten. Das sind nur wichtige Sachen wie jetzt die Gardinen und so was, oder Teppich mal richtig gründlich und so. Sonst kann ich das alles selber. Und das will ich mir ERHALTEN und das hab ich Angst, dass ich mitgezogen werde in solchem Heim, wenn ich dahin gehe.“* (C15/32-16/3).

Eine stationäre Einrichtung ist für Frau Carsten gleichbedeutend mit dem Verlust von Selbständigkeit und Selbstbestimmung. Deshalb möchte sie so lange wie möglich allein und ohne zusätzliche Hilfe leben: *„Ja, das kommt erst dann infrage, wenn meine Krankheit sagt, was ich kann; wenn ich nachher schwere Alzheimer hab oder so was, dann geht das ja nicht mehr, ne? Dann muss ich ja Betreuung haben.“* (C29/19-21). *„Das würde man dann ja auch machen müssen, weil man ja auch mit dem Waschen und mit allem; wenn man nachher so alt ist und sich nicht mehr waschen kann und sich nichts mehr machen kann, dann braucht man ja Hilfe. Dann braucht man ja Betreuung.“* (C30/10-13). Frau Carsten versucht, sich von anderen Menschen mit Demenz abzugrenzen und macht deutlich, dass sie auch weiterhin am normalen Leben teilhaben möchte, *„... nicht nur mit Desenz; mit Desenz; also mit ... Demenz-Leuten leben.“* (C14/4-5). Sie hat große Angst davor, mit dem Stigma Demenz aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden: *„Die können ja nicht mal eben die Eltern mehr erkennen, wenn die reinkommen und sagen: Mama oder Papa. Oder die kennen einen nicht mehr an usw. usw. Und dann muss man unter denen leben.“* (C29/23-25).

Wortfindungsstörungen, Zeitfaktor und Umgang mit der Demenz

Frau Carsten ist sich dessen bewusst, dass es ihre Alzheimer-Krankheit ist, welche die Zeit des Alleinlebens begrenzen könnte. Sie berichtet, wie sie die Demenz schon heute in ihrem Alltag deutlich einschränkt und sie z. B. schriftliche Angelegenheiten abgeben muss. Vor allem Telefonate fallen ihr durch die Sprachschwierigkeiten besonders schwer: *„Denn dass ich irgendwie dann nicht richtig sprechen kann usw., das merken Sie ja auch, nicht?“* (C6/30-31). *„Ja, ich schreib' mir vieles auf. Und wenn ich telefonieren will, dann mach' ich mir vorher schon 'n Zettel... Ich kann doch dem nicht sagen, ich hab Demenz, ich muss auflegen.“* (C10/13-15+23). Außerdem brauche alles *„dreimal länger als früher“*, zum Beispiel die tägliche Körperpflege, und alltägliche Verrichtungen werden mühsam: *„Ja, ja, 'ne Handic- 'ne richtige Handicap ist das. Ich will das immer alles machen und quäle mich damit, das auch zu Ende zu führen usw. Und das passt dann auch manchmal nicht. Und wenn ich es dann doch schaffe, dann denk' ich mir: Aber was brauch' ich da für 'ne Zeit für!“* (C21/12-20).

Gegenüber fremden Menschen behält Frau Carsten die Krankheit lieber für sich: *„Ja, ja. Das will ich auch so behalten, aber Rainer will es nicht. Aber ich, ich fühl' das, dass ich das muss... Ja. Wenn ich das jedem auf die Nase binde, dann bin ich überhaupt kein Mensch mehr.“* (C11/30-33). An manchen, guten Tagen gelingt es ihr recht gut, ihre Defizite zu verbergen, an anderen wiederum bleibt sie anderen Menschen lieber fern: *„Ich tue immer so, als wenn ich normal spreche. Und wie Sie ja auch sagen, manchmal hab ich ja auch Tage, nicht? Deshalb zieh' ich mich auch ein bisschen zurück, damit ich gar nicht erst die Chance habe, dass ich da lange reden muss.“* (C8/23-25). Frau Carsten hat außerdem die Erfahrung gemacht, dass sich die Menschen in ihrer Umgebung durch ihre Sprachprobleme von ihr zurückziehen (C6/23-24).

Unsicherheit

Frau Carsten ist sich bewusst, dass ihr Leben allein ständig auf der Kippe steht. Ihr Wunsch nach Selbständigkeit und Unabhängigkeit trifft auf das Bedürfnis nach Sicherheit bei gleichzeitig sich weiter verstärkenden Defiziten durch die Demenz. Dies führt bei Frau Carsten zu großer Verunsicherung. Mal überlegt sie, doch in ein Heim zu gehen, dann wieder nicht: *„Meine Tochter ist mit mir da gewesen, das nannte sich*

Fridolinstit. Und da bin ich sehr euphorisch gewesen und hab auch schon beinahe gesagt: Ich will das machen. Aber ich hab ja auch noch 'n paar gute Freunde und so und alle haben sie mir abgeraten und haben gesagt; selbst der Professor..., der mir ja auch die Sachen gegeben hat, selbst der hat zu mir gesagt: Warten Sie noch ab, es ist zu früh, wenn Sie sich dahin begeben, denn da sind Sie gar nichts mehr.“ (C3/27-33). Frau Carsten versucht in ihrer Unsicherheit, möglichst viele Menschen um Rat zu fragen, erhält aber teilweise sehr unterschiedliche Meinungen, was ihre Unsicherheit noch verstärkt. Auch die Interviewerin wird zum Beispiel nach ihrer Einschätzung zu unterschiedlichen Therapien, so z. B. zu den logopädischen Übungen gefragt: „Gucken Sie sich das mal durch, das sind meine Übungen. Soll ich das nun weitermachen oder nicht? Ich hab das Gefühl, das bringt gar nichts.“ (C20/8-11).

Frau Jakob

„Wo kommt nun alles hin? Bisschen was ist es schon wert, was ich hier habe.“

Interviewsituation

Der Kontakt zu Frau Jakob kam über den sie betreuenden ambulanten Pflegedienst zustande. Das Interview findet bei ihr zu Hause statt. Frau Jakob lebt allein in ihrer Wohnung, in der sie schon seit Jahrzehnten lebt. Sie ist auf den Besuch vorbereitet, hat Kaffee gekocht und ein paar Kekse bereit gestellt. Beim Betreten der Wohnung fallen die vielen Original Kunstwerke auf. Sie ist sehr stolz darauf und erzählt, dass sie die meisten von den Künstlern selbst geschenkt bekommen habe, teilweise sind die Bilder handsigniert. Erstaunlich ist auch, dass sie die Namen der Künstler alle kennt. Während des Gesprächs ist sie ruhig und sehr aufmerksam. Sie hat sich gerne zum Interview bereit erklärt, da sie darin Anerkennung und Interesse an ihrer Lebensgeschichte sieht. Dass ihr Gedächtnis nachlässt, empfindet sie als sehr schwierig und sie wird ärgerlich über sich selbst, wenn ihr z. B. ein Name nicht mehr einfällt oder ein bestimmtes Wort.

Interviewanalyse

Aktuelle Lebenssituation

Frau Jakob ist 82 Jahre alt und lebt in einer Kreisstadt in Brandenburg. Sie war nie verheiratet und ist es gewohnt, allein zu leben: sie habe gelernt,

mit dem Alleinsein zurechtzukommen (J1/25). Vor kurzem wurde eine Altersdemenz diagnostiziert. Die Wohnung ist sehr geschmackvoll eingerichtet und Frau Jakob fühlt sich sichtlich wohl in ihren Räumen. Immer wieder betont sie, wie wichtig ihr ihre Selbständigkeit sei. Frau Jakob hat seit dem Auszug aus ihrem Elternhaus immer allein gelebt. Sie ist eine „Kämpfernatur“ und gibt sich nicht schnell geschlagen, was sie an zahlreichen Beispielen aus ihrer Lebensgeschichte belegt: sie stamme aus einfachen Verhältnissen, habe kaum Schulbildung genossen und es doch – ohne entsprechendes Studium – zur Museumsleiterin gebracht. Mit Menschen habe sie immer schon gut umgehen können und eine schnelle Auffassungsgabe habe sie auch gehabt. Die Zeit der Wende war schwierig für sie. Ihre Stellung und Ihr Weltbild brachen zusammen. Erst in letzter Zeit würden ihre Verdienste wieder anerkannt, und sie sei zur Ehrenbürgerin der Stadt ernannt worden.

Hilfe anzunehmen fällt Frau Jakob schwer. Im Interview benennt sie, dass z. B. ein Knopf an ihrer „guten“ Bluse abgegangen sei und diese nun schon seit Wochen herumliege. Als die Interviewerin anbietet, ihr nach dem Interview den Knopf anzunähen, lehnt sie zunächst ab. Erst als das „Knopfannähen“ als „Dankeschön für ihre Bereitschaft zum Interview“ definiert wird, nimmt sie an und ist sehr froh darüber. Bis auf eine Hauswirtschaftshilfe, die sie über den ambulanten Pflegedienst bekommt, lebt Frau Jakob mit wenig Unterstützung von zwei engen Freunden völlig selbständig. Bis jetzt habe sie „immer alles im Griff“ (J14/26), sie koche zwar nicht, sei aber bisher auch „noch nicht verhungert“ (J15/29-30). Für Wochenenden, an denen ihre beste Freundin sich nicht mit ihr treffen kann, sorgt diese für Ersatz. Frau Jakob ist sehr interessiert am Zeitgeschehen, sie lese Zeitung und höre viel Radio, vor allem Sendungen über Kunst, Musiksendungen und Gespräche sind ihr hierbei wichtig (J14/1-3).

Allein leben mit der Demenz und Autonomie

Frau Jakob bezeichnet sich selbst als Einzelgängerin (J1/21). Sie sei immer selbständig gewesen, „zur Selbständigkeit erzogen“ (J9/21). Es gefalle ihr gar nicht, „wenn zu viele Leute kommen. Jeder spricht da durcheinander, das ist mir gar nicht so lieb.“ (J1/25-26). Dadurch, dass sie niemandem verantwortlich sei, tun und lassen könne, was sie wolle, könne sie ihre eigenen

Maßstäbe anwenden bei der Beurteilung, ob sie allein mit der Demenz zurecht komme (J13/14-19). „Im Moment denk ich noch nicht daran (Hilfe anzunehmen, Anm. d. Verf.), da nehm' ich mich selber zusammen.“ (J16/17-18).

Ihre Selbstbestimmung und Würde zu wahren ist Frau Jakob wichtig. Menschen, denen sie nicht eng verbunden ist, erzählt sie nichts von ihrer Krankheit. Entscheidungen trifft sie nach wie vor selbst. Bezüglich des Wohnens erkundigt sie sich nach alternativen Wohnformen, in denen sie auch bei erhöhtem Hilfebedarf möglichst selbständig und selbstbestimmt weiterleben kann: „Es gibt auch noch andere Sachen, nicht? Die Volkssolidarität und auch Wohngemeinschaft. Dort hat man noch sein eigenes Zimmer und seine eigene Wohnung.“ (J18/15-21). Außerdem sorgt sie bereits heute in einem Testament und in Gesprächen mit ihren engsten Freunden dafür, dass „das, was ich noch schriftlich niederlege, erfüllt wird.“ (J2/31-33). Frau Jakob weiß auch, was sie später einmal nicht will: „Wenn ich nicht mehr weiß, wer ich bin, dann möchte ich auch nicht GEFÜTTERT werden, gewaschen werden und dann irgendwo im Flur stehen, eingewickelt, gewickelt. Und nicht wissen, wer man ist. Das möchte ich nicht.“ (J18/32-19/3). Deshalb wolle sie für sich auch selbst entscheiden dürfen, ob sie „freiwillig aus dem Leben scheidet“ (J17/13-15).

Interessen, Lebensgeschichte und Anerkennung

Frau Jakob schöpft viel Kraft aus Begegnungen mit den ihr wichtigen Menschen und den gemeinsamen Interessen: „Politisch bin ich sehr stark interessiert, links. Und dann gibt es Kultur, Literatur, Musik, wo wir uns dann noch treffen.“ (J1/29-30). Im Gespräch wird deutlich, wie wichtig ihr in Bezug auf Interessen und Hobbys auch ihre Vergangenheit ist und dass sie noch heute davon zehrt: „Die italienische Renaissance, die griechische Antike, die römische Kunst, französische Kunst. Das war meine Welt.“ (J11/25-28).

Frau Jakob berichtet detailliert über ihren wechselvollen beruflichen Werdegang: nach einem Landjahr arbeitete sie in den Strumpfwerken, die im Krieg auf die Herstellung von Waffen umstellen mussten. Dies veranlasste sie, eine neue Anstellung zu suchen, die sie schließlich als Fernschreiberin fand. Danach war sie Näherin und Leiterin des Heimatmuseums, Journalistin und Lehrerin. Sie zehrt heute viel von ihren Erinnerungen, ihrer Lebensleistung und von

der Anerkennung, die ihr – inzwischen wieder – entgegen gebracht wird: „Manchmal krieg' ich auch offizielle Einladungen, bin Ehrenbürgerin der Stadt, die einzige Frau.“ (J2/1-2). „Ich hatte Anerkennung. Ich war in internationalen Vereinigungen der Museen, also ich war bekannt. Ich hab dann den Titel bekommen „Obermuseumsrat“ (J11/8-11). Nach der Wende hatte sie dann allerdings diesen Posten als Leiterin des Heimatmuseums verloren, was einen großen Bruch in ihrem Leben bedeutete: „Und dann war man nichts mehr.“ (J11/11). Frau Jakob ist erbittert über die Geschehnisse nach der Wiedervereinigung, vor allem über die Verurteilung des DDR-Regimes, da dies auch einen großen Teil ihres Lebens einnahm und beeinflusste: „Für mich war das auch Verlust der eigenen Geschichte. Was WIR gemacht haben, das war alles Dreck.“ (J12/8-14). Außerdem beklagt sie die heutige soziale Ungerechtigkeit bzgl. der Rentenunterschiede in Ost und West.

Belastungen, Veränderung von Aufgaben und die Frage nach dem Sinn

Durch die Demenz ist auch Frau Jakob in einigen Bereichen des täglichen Lebens eingeschränkt. Sie berichtet über nachlassende „Konzentrationsfähigkeit“ (J14/8), was mittlerweile auch das Zeitunglesen mühevoll und zeitaufwändig mache (J14/8-10). So stehe sie früh teilweise gar nicht mehr gerne auf (J4/18-19), früher sei das anders gewesen, aber „jetzt lass' ich mich gehen. So'n Gefühl: Wozu denn?“ (J4/28-30). Hinzu kommen Gelenkschmerzen durch Verknoorpelungen, vor allem in den Händen, was weitere Einschränkungen mit sich bringt: „Ich hab früher immer geschrieben, gerade auch fürs Jahrbuch. Nun kann ich meine Schrift manchmal schon nicht mehr lesen. Und ich hab kein Feingefühl.“ Früher habe sie ihre Kleider selbst genäht, heute schaffe sie es nicht einmal mehr, einen Knopf anzunähen (J16/18-28).

Selbst die Bemühungen ihrer guten Freundin, mit der sie gemeinsame Interessen habe und die sich um sie kümmere, seien ihr manchmal zu viel (J1/13-15). Aber auch die finanzielle Situation spielt eine nicht unwesentliche Rolle bei der Planung und Durchführung von Aktivitäten: „Ich komme mit meiner Rente aus, nicht? Ich habe etwas über 1300 Mark. Das reicht, aber es reicht eben nicht mehr, um irgendetwas zu unternehmen.“ (J16/8-11). Außerdem sorgt sich Frau Jakob um den Verbleib ihrer Kunstsammlung, wenn sie

sich einmal nicht mehr darum kümmern kann (J16/28-30).

Trotz allem lässt sie sich nicht unterkriegen und versucht, sich ihre positive Lebenseinstellung zu erhalten: „Also ich bin nicht verzweifelt oder sonst etwas. Ich freue mich, wenn ich wohin komme und: Ach schön! Also wenn ich übern Markt gehe und angesprochen werde, oder wenn ich durchs Museum geh’ - die Hälfte davon ist noch meine Arbeit.“ (J13/21-24).

Frau Koch

„Es ist wichtig, dass Fähigkeiten, die Demenzkranke noch besitzen, lange aufrecht erhalten werden.“

Interviewsituation

Das Gespräch mit Frau Koch wurde telefonisch geführt, jedoch wie die anderen Gespräche ebenfalls aufgenommen und anschließend transkribiert. Frau Koch steht seit längerem in gutem Kontakt zur Deutschen Alzheimer-Gesellschaft, wodurch die Gesprächsatmosphäre vertrauensvoll und entspannt war. Zeitweise müssen aufgrund Ihrer Alzheimer-Demenz Fragen wiederholt oder erklärt werden. Es fällt ihr zwischendurch eher schwer, sich zu konzentrieren, eine Gesprächsdauer von 25 Minuten wurde deshalb nicht überschritten.

Interviewanalyse

Aktuelle Lebenssituation

Frau Koch ist zum Zeitpunkt des Interviews erst 42 Jahre alt. Sie lebt getrennt von ihrem Mann seit 6 Jahren allein in ihrer Wohnung in einer Kleinstadt und hat zwei erwachsene Kinder. Ihr geschiedener Mann, der auch die rechtliche Betreuung übernommen hat, sowie viele Freunde ermöglichen Frau Koch das selbständige Alleinleben mit der Demenz. Schlimm ist für Frau Koch die Situation und Reaktion ihrer Kinder: sie haben Angst, selbst einmal zu erkranken, denn auch Frau Kochs Bruder hat die Alzheimer-Krankheit. Unterstützung und Beratung holt sie sich bei ihrem Hausarzt oder bei der Alzheimer-Gesellschaft.

Selbstbestimmung in den eigenen vier Wänden

Die eigenen vier Wände, das bedeutet für Frau Koch, dass sie „wirklich absoluten Rückzug habe.“ (K5/22). Entscheidend ist dabei, dass sie selbst bestimmen kann und will, wem sie die Tür öffnet,

wen sie hereinbittet oder ob sie das Telefon abnimmt. Sollte es doch einmal so weit sein, dass sie diese Unabhängigkeit aufgeben muss, so möchte sie auf jeden Fall mitbestimmen, wie es weitergeht. Schon jetzt schaut sich Frau Koch deshalb nach geeigneten Heimen oder Wohngemeinschaften um: „Ich hab mir letzters noch ein Heim angeguckt, wo hauptsächlich Demenzkranke sind und ich war sehr begeistert, weil dort die Fähigkeiten, die sie noch besitzen, lange aufrecht erhalten werden.“ (K5/31-33). Noch kann sie sich allerdings nicht vorstellen, woanders als in der eigenen Wohnung zu leben, solange sie noch entscheiden kann: „Wenn ich ganz ehrlich bin, ich glaube, wenn es so weit ist (dass sie ihre Wohnung verlassen muss, Anm. d. Verf.), das krieg ich dann vielleicht gar nicht mehr mit.“ (K6/5-6). Ein Zwiespalt, denn eigentlich wolle sie vorher ins Heim gehen, um sich besser eingewöhnen zu können: „Ich denke, dass es wichtig ist, dass man vorher sagt ‚Ich kann nicht mehr alleine leben!‘“ (K6/6-13).

Frau Koch trifft darüber hinaus bereits heute Entscheidungen für die Zukunft: die Patientenverfügung ist mithilfe ihres Anwalts so gut wie fertig, mit ihrem Arzt berät sie sich über das Für und Wider einer Hirnspende zu Forschungszwecken.

Allein leben mit Demenz

Wer an Alzheimer erkrankt ist und allein lebt, hat zusätzliche Probleme zu bewältigen. Wenn man allein in der Wohnung ist, kann es z. B. noch beunruhigender sein, am eigenen Spiegelbild zu erschrecken oder Schatten als fremde Personen zu verkennen (K4/8-14). Frau Koch berichtet außerdem von ihrer häufig auftretenden Orientierungslosigkeit, wenn sie unbekannte Wege fahre und zuhause niemand wartet, dem eine Verspätung auffallen könnte. Noch weiß sie, sich selbst zu helfen, meidet unbekannte Wege, achtet stets darauf, Geld und Handy bei sich zu tragen und bittet, wenn nötig, auch Fremde um Hilfe: „Das hab ich schon gehabt, da weißt ich nicht mehr genau, wo ich war. Da hab ich gefragt, ‚Entschuldigung, ich hab mich verfahren, können Sie mir bitte sagen, wo ich mich befinde?‘ Und dann hat der mir das aufgeschrieben, wo ich dann wieder zurück musste und dann hat’s funktioniert.“ (K5/8-11).

Ein weiterer Unsicherheitsfaktor ist ihr Asthma. Sie dürfe auf keinen Fall häufiges Trinken und ihre Tabletten für den Notfall

vergessen (K4/18-23). Hinzu kommt die Angst, doch einmal den Herd oder den Föhn anzulassen (K6/10-13).

Ein überschaubares, aber dichtes Netz an Freunden hilft Frau Koch, mit ihrer Situation umzugehen. Sie treiben gemeinsam sehr viel Sport, machen Radtouren oder Spaziergänge, gehen ins Kino oder Kaffee trinken. Die häufigen und regelmäßigen Kontakte geben ihr Sicherheit (K1/4-9). *„Ich versuche möglichst, wenn es mir gut geht, also ich zieh mich nicht mehr zurück. Ich zieh mich nur dann zurück, wenn ich ganz schlechte Tage habe.“* (K1/16-18).

Wichtig ist Frau Koch, gebraucht zu werden und weiter dazuzugehören, und nicht zuletzt die Anerkennung ihrer Mitmenschen: *„Dadurch, dass sie mitkriegen, dass ich mich engagiere, auch mit der Alzheimer-Gesellschaft 'n bisschen was mache, wenn ich gebraucht werde: Sie finden das gut, dass ich mich nicht mehr so ausschließe, also nicht mehr so zurückziehe. Von daher hab ich auch ein bisschen Achtung vielleicht erreicht.“* (K1/28-33).

Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Ihr Engagement und ihr Gang an die Öffentlichkeit als sehr junge Alzheimer-Patientin haben einen wichtigen Grund: *„Ja, was ist mir wichtig? Mir ist einfach die Aufklärung nach wie vor enorm wichtig. Die Menschen können's nicht nachvollziehen ... gerade in der Zeit, in der ich eigentlich die Menschen am meisten gebraucht hätte, haben sie sich da erst von mir zurückgezogen. Und bei Behörden, die können da teilweise auch nicht mit umgehn und dann kriegt man dumme Antworten, was manchmal schon sehr verletzend sein kann.“* (K7/27-8/3). Denn Frau Koch hat die Erfahrung gemacht, dass Menschen, die Bescheid wissen, auch besser mit der Situation umgehen können bzw. Rücksicht auf ihre Situation nehmen (K7/13-15). Dadurch, dass sie an die Öffentlichkeit gegangen sei, habe sich sehr viel zum Positiven verändert (K1/27-28). Außerdem habe sie gelernt, sich zu wehren: *„Alle wissen das ja nicht, manche werden dann schon teilweise frech, aber ich lass mir das nicht mehr bieten. Die krigen dann von mir die richtige Antwort. Oder ich steh auf und gehe.“* (7/17-19).

Gesamtauswertung der Interviews

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse vorgestellt, die bei der Auswertung über alle zehn Interviews hinweg gewonnen werden konnten.

1. Allein leben mit Demenz

Ausgangspunkt der Auswertung war die Annahme, dass die Diagnose einer Demenzerkrankung tief greifende Veränderungen in der Einstellung der Betroffenen gegenüber dem Alleinleben mit sich bringen würde. Diese These konnte jedoch so nicht bestätigt werden. Die Demenzerkrankung wird von den Betroffenen meist lediglich als ein Faktor gesehen, der das Alleinleben möglicherweise erschwert bzw. zeitlich begrenzt. Als weitere mögliche Belastungen und Befürchtungen, die das Alleinleben negativ beeinflussen könnten, wurden andere körperliche Erkrankungen, Einsamkeit, Sicherheitsrisiken oder mangelnde Unterstützung von außen genannt. Ein Zeitpunkt oder ein Ereignis, wann die Grenze des Alleinlebens erreicht sein könnte, wurde nicht benannt.

1.1 Leben mit Demenz

Veränderungen durch die Demenz und körperliche Beschwerden

Als kognitive Veränderungen werden neben dem Gedächtnisverlust hauptsächlich erhöhte Vergesslichkeit und verminderte Merk- und Konzentrationsfähigkeit in unterschiedlich hoher Ausprägung genannt. Im Gespräch erzählen die Betroffenen immer wieder dasselbe, oder verlieren den Faden wie Frau Carsten: *„Und nun bin ich aus dem Kern gekommen, aber was hab ich denn eben als Letztes gesagt?“* (C2/33-34). Frau Jakob hat Probleme, Gesprächen zu folgen, vor allem dann, wenn zu viele Leute beteiligt sind (J1/25-26), und kann wegen mangelnder Konzentrationsfähigkeit auch *„nicht mehr lesen“* (J14/6). Ähnliches berichtet Herr Adler: *„Ich hab unheimlich Probleme mit Lesen, Schreiben, Rechnen. Also gegenüber früher ist das eben wesentlich schlechter geworden ... teilweise frag' ich mich im Nachhinein, wenn ich mir den Zettel anschau: ‚Was hast'n da sagen wollen?‘“* (A4/20-31). Für allein lebende Menschen mit Demenz ist dies besonders schwierig, da sie zunächst niemanden unmittelbar bei sich haben, der Ihnen z. B. Behördenbriefe vorlesen und bei der Beantwortung schriftlicher Anfragen behilflich sein oder aber ihre finanziellen Angelegenheiten – auch gemeinsam mit ihnen – übernehmen kann.

Auch Sprachschwierigkeiten bringen für Alleinlebende zusätzliche Probleme, so können wichtige Telefonate nicht einfach an einen Angehörigen weitergereicht werden. Wortfindungsstörungen und Wortverwechslungen werden auch in den Gesprächen offensichtlich. Herr Adler z. B. will mitteilen, welchen Beruf er gelernt hat: „*Da hab ich dann halt so was anderes gemacht, Berufsausbildung Fernseh-... Ja, so in der Form, in diese Richtung, Te- Te- Talli- ... Ja, Te- Talli- ... Elektroinstallateur so halt.... Nachrichtentechnik.*“ (A3/14-24). Frau Carsten berichtet: „*Dass ich irgendwie dann nicht richtig sprechen kann, das merken Sie ja auch, nicht?... Ich bin beim Logo-Lorop- Loropäden, ne?*“ (C6/30-31+C20/7-8).

Demenzbedingt treten Orientierungsstörungen auf, die den Betroffenen teilweise sehr bewusst sind und die sie in ihrer Eigenständigkeit einschränken. Manche Erkrankte verlassen daher ihr sicheres Wohnumfeld seltener oder gehen und fahren nur noch bekannte Strecken: „*Das hab ich schon auch gehabt, wo ich dann irgendwo: ‚Mensch, wo bist du denn jetzt überhaupt?’*“ (B11/15-17). Wichtige Hobbys, wie z. B. Verreisen, werden aufgegeben, wenn sich keine Begleitung findet. So erzählt Frau Herm: „*Ja, ich verreise noch. Ich würde gern verreisen, hab mich bei der nächsten Reise schon wieder angemeldet. Aber ich weiß nicht, beim letzten Mal war es schon schwierig, dass ich mich nicht so zurecht fand. Da muss ich immer jemand haben, der sagt: So geht’s längs, nicht?... Hier gewöhn’ ich mich dran, hier weiß ich alles. Aber sobald ich in eine fremde Umgebung komme, da bin ich zur Toilette gegangen, da wusste ich nicht mehr, wie ich zurückkommen soll, wo ich war.*“ (H6/5-8 + 14-21).

Für Alleinlebende sehr beängstigend sind die häufig mit einer Demenz einhergehenden Wahrnehmungsstörungen: „*Das Schlimme ist ja, also ich hab ’n Flur hier bei mir zuhause und da hängt ’n Spiegel. Und wenn es dann so halb dunkel ist, erschreck ich mich manchmal im Spiegel vor mir selbst, dann denk ich immer, da steht eine, ne? Oder überhaupt diese Schattengeschichten, das ist ja schon ne Sache, wo ich manchmal sehr erschrecke.*“ (K4/8-14).

Die krankheitsbedingten Veränderungen schränken die Betroffenen ein und doch ist ihnen sehr wichtig darauf hinzuweisen, dass die Einschränkungen nicht durchgehend stark ausgeprägt sind, sondern sowohl von der Tagesform als auch von der Tageszeit abhängen können. Ein deutlicher Hinweis, dass den Kranken ihre

Autonomie ein wichtiges Gut ist und sie nicht mit Hilfe überhäuft werden möchten.

Körperliche Erkrankungen und Multimorbidität im Alter erschweren das Alleinleben mit der Demenz noch zusätzlich. Die Betroffenen berichten z. B. von nachlassender Sehfähigkeit, Kreislaufproblemen, Müdigkeit, Antriebsschwäche und Appetitlosigkeit. Chronische und akute Erkrankungen des Bewegungsapparates und Asthma werden ebenfalls erwähnt.

Umgang mit der Demenz

Die Krankheitseinsicht ist nicht bei allen Befragten gleichermaßen vorhanden. Einige sehen ihre Defizite ganz deutlich, wie Frau Carsten „*Ja, ’n richtiges Handicap ist das.*“ (C21/12), andere verleugnen die Krankheit oder bagatellisieren die Veränderungen. So sagt Frau Dreher: „*Ach, das sind eigentlich Bagatellfälle. Also wenn ich mal was vergessen hab, dann war’s nicht von Bedeutung.*“ (D9/18-24).

Gründe für die Erkrankung werden meist im höheren Lebensalter gesehen: „*Geistig bin ich noch da. Ich mein’, vergesslich wird man. Das wird jeder, etwas vergesslich, wenn man älter wird, ne?*“ (D23/10-11), aber auch in der Einsamkeit: „*gerade auch das Alleinsein macht alt. Man hat ja keine großen Aufgaben mehr.*“ (B1/25-27).

Einige der befragten Demenzkranken gehen mit ihrer Krankheit sehr offen um. Sie versuchen, ihre Mitmenschen aufzuklären und bitten um Rücksicht auf ihre Krankheit wie Herr Adler (A6/14-20). Oder sie fragen in schwierigen Situationen um Hilfe, wie Frau Koch, als sie sich mit dem Fahrrad nicht mehr zurecht fand (K5/8-11). Häufiger jedoch ist, dass nur sehr vertraute Personen, z. B. Familienangehörige, Freunde und gute Bekannte, eingeweiht werden. Frau Herm erzählt, sie habe lediglich „*einmal darüber gesprochen, falls ich Mist baue, dass sie wissen, woran es liegt. Mit meinen Kindern hab ich das auch. Aber dann sprechen wir nicht mehr darüber. Ich mag nicht viel darüber reden, also einmal gesagt, dann hat sich die Sache.*“ (H3/3-17).

Andere hingegen verschweigen Ihre Erkrankung im Alltag, wie z. B. Frau Carsten. „*Ich komm’ besser damit zurecht, wenn ich’s ’n bisschen zurückhalte.*“ (C6/26-28). Viele der Betroffenen ziehen sich dann von ihren Mitmenschen zurück, wenn es ihnen nicht mehr gelingt, die Defizite zu überspielen oder zu verbergen.

Besonders schwierig kann es für Demenzkranke sein, wenn viele Menschen an einem Ort

zusammenkommen. Denn dann fällt es ihnen zum Beispiel schwer, den Gesprächen zu folgen. So sagt Frau Jakob: *„Wo so Gedrängel ist und so, da geh' ich auch gar nicht mehr hin.“* (J20/11-12).

Situationen, die gefährlich werden könnten oder mit Risiken verbunden sind, werden möglichst vermieden, so fährt Frau Blume nur noch Wege, die sie öfters nutzt und die ihr gut bekannt sind: *„Ich fahr' zu meiner Freundin hier rüber. Und dann nach Belau weiß ich Bescheid. Das eine Ehepaar, die sind dann irgendwohin gezogen, da find' ich mich nicht mehr hin. Das weiß ich nicht mehr. Und da will ich auch nicht mehr hin.“* (B10/29-11/2).

Im Alltag verwenden die Betroffenen häufig Erinnerungshilfen, schreiben sich Vieles auf und führen einen Terminkalender. Frau Carsten versucht sich damit zu helfen, dass sie sich vor Telefonaten *„vorher schon 'n Zettel mach(t)“*, um ihre Sprachprobleme auszugleichen (C10/13-15). Frau Graf wiederum lässt sich von den Mitarbeitern des Pflegedienstes helfen, Wichtiges *„auf'n Zettel schreiben und dann leg' ich den in 'ne Mappe rein und dann weiß ich Bescheid.“* (G14/34+15/2). Und wenn Frau Blume etwas nicht einfällt, versucht sie, sich zu erinnern, indem sie das Alphabet durchgeht und nach dem richtigen Anfangsbuchstaben sucht (B32/28-30).

Außerdem versuchen die Betroffenen, an alten Gewohnheiten und Routinen festzuhalten oder anzuknüpfen. Herr Adler hilft seinem Gedächtnis mit Musik, alten Liedern und Volksliedern, die er früher schon gerne gehört hat, auf die Sprünge: *„Ich versuch's immer wieder und dann gelingt es manchmal und manchmal nicht.“* (A2/17-18). Frau Herm hält diszipliniert Ordnung und achtet darauf, bestimmte Handlungen immer nach einem bestimmten Schema auszuführen: *„Es ist so, dass ich auch dann darauf achte, dass ich immer alles genau hinlege, wo es immer ist. Wenn ich also an der Tür stehe, ist er (der Schlüssel, Anm. d. Verf.) rechts. Und den nehm' ich erst ab und dann mach' ich die Tür auf. Wenn Sie klingeln z. B., nehm' ich den mit, den Schlüssel, damit mir nicht die Tür zugeht und ich nicht mehr wieder reinkomme.“* (H7/14-21).

1.2 Aktuelle Lebenssituation und Einstellung zum Alleinleben mit Demenz

Die Interviews machen deutlich, dass die Diagnose einer Demenzerkrankung und die damit einhergehenden Einschränkungen bei den Betroffenen nicht zu einer veränderten

Einstellung gegenüber dem Alleinleben bzw. dem Wunsch nach Selbständigkeit in der vertrauten Umgebung führen. Diese hängt vielmehr, wie bei gesunden alten Menschen auch, von der Persönlichkeit und den früheren Erfahrungen ab. Diejenigen, die früher schon gerne allein gelebt haben, können damit besser umgehen als diejenigen, die nie gern allein waren. So sagt Frau Carsten von sich, sie sei gern allein (C5/9), Frau Blume fällt es schwerer: *„Manchmal denk' ich schon: Heute hast du kein Wort gesprochen“* (B3/30-31) oder *„Warum steh' ich jetzt überhaupt auf?“* (B27/30). Frau Herm hingegen sieht es als Lernprozess: Es sei wichtig, *„dass man weiß, dass man allein ist und dass man sich nun nicht hinsetzt und heult, weil man alleine ist. Damit muss man leben. Und das hab ich gelernt.“* (H16/11-15).

Die Demenz hat jedoch unmittelbaren Einfluss auf die Selbständigkeit der Alleinlebenden. Das Leben in den eigenen vier Wänden erfährt immer wieder Grenzen durch die Erkrankung und das Fortschreiten der Symptome. Die Betroffenen entwickelten im Umgang damit unterschiedliche Strategien und Haltungen, die sich in vier Kategorien einteilen lassen.

„Ich kann und will es allein schaffen“

Drei der befragten allein lebenden Demenzerkrankten können sich noch sehr gut selbständig und ohne bzw. mit nur wenig Hilfe allein versorgen (Frau Blume, Frau Jakob, Frau Koch). So erzählt Frau Jakob, bis jetzt habe sie *„immer alles im Griff... Wenn ich auch jetzt nicht mehr selber sauber mache ... Da nehm ich mich selber zusammen“* (J14/26-28+J16/18).

Für ihre Unabhängigkeit nehmen die Betroffenen teilweise auch große Einsamkeit in Kauf, denn *„das Alleinsein ist nicht schön“* so Frau Blume (B7/11-12). Sie zeigen einen starken Willen, es allein zu schaffen, auch wenn es häufig viel Kraft und Mühe kostet. Die Befragten wissen, dass sich ihre Situation sehr schnell ändern kann und sie dann irgendwann mehr Hilfe in Anspruch nehmen oder vielleicht sogar umziehen müssen. Einerseits äußert Frau Koch für den Fall eines Umzugs ins Pflegeheim die vage Hoffnung, es dann vielleicht gar nicht mehr mitzubekommen, andererseits trägt sie sich mit dem Gedanken, *„vorher ins Heim (zu) gehn, damit ich mich auch eingewöhnen kann.“* (K6/6-9). Sie hat sich bereits Heime angeschaut, ebenso Frau Jakob, die sich am ehesten vorstellen kann, in

einer Einrichtung des Betreuten Wohnens unterzukommen, wo man noch sein eigenes Zimmer und seine eigene Wohnung habe (J18/18-21). Auch Frau Blume ahnt, dass sie vielleicht irgendwann in ein Pflegeheim ziehen wird (B8/11-12), weist diesen Gedanken im Moment aber weit von sich. Sie wolle diese Entscheidung nicht selbst treffen müssen, sondern überlasse es ihrer Tochter, sie „in ein Heim zu geben“ (B7/25).

„Mit Unterstützung kann ich gut allein leben“

Je mehr die Demenz voranschreitet und/ oder weitere körperliche Erkrankungen das Alleinleben erschweren, desto unumgänglicher wird es für die Betroffenen, auf ihre individuelle Situation abgestimmte Hilfen von außen zuzulassen und anzunehmen. Nur so kann es ihnen gelingen, auch weiterhin ein selbstbestimmtes Leben in der gewohnten Umgebung aufrecht zu erhalten. Die Befragten dieser Gruppe (Frau Franke, Frau Graf, Frau Herm) haben für sich akzeptiert, dass sie auf die Unterstützung ihres Umfelds angewiesen sind und sind froh darüber, dass sie Hilfe erhalten: *„Dass jemand zu mir kommt ist mir lieber, als wenn ich in ein Heim gehe.“* (H16/2-3). Alle drei äußern Zufriedenheit mit ihrer Situation: *„Na, mir geht's ja gut ... Ich hab alles, was ich brauche.“* (H18/16-17) oder *„Ich komm' gut zurande. Und da freue ich mich dann hier alleine noch, wissen Sie?“* (F5/29-30) sind Aussagen der Betroffenen hierzu. Sie schätzen ihre Bedürfnisse, aber auch ihren Abhängigkeitsgrad sowie eventuelle Veränderungen in der Zukunft recht realistisch ein. Frau Herm bringt es auf den Punkt: *„... dass ich hier in der Wohnung bleiben will, so lange es irgendwie geht und erst dann in ein Heim geh', wenn's gar nicht mehr geht. Wenn ich nur noch im Bett liegen muss und eben Hilfe brauche. So lange bleib' ich ... Jeden Tag kommt jemand zu mir. Das ist schon 'ne gewisse Beruhigung. Und das reicht mir.“* (H12/25-33). Frau Graf steht einem Umzug ins Heim aufgeschlossen gegenüber und sagt, sie würde später einmal *„gerne in ein Heim gehen, dann hab ich meine Ruhe und brauch' nichts machen.“* (G13/20-21). Frau Franke hingegen verdrängt diese Option: *„Nö, ach nö. So was passiert hier bei uns nicht.“* (F7/6-7).

„Ich lebe allein, aber wer weiß, wie lange noch?“

Herr Adler und Frau Carsten finden sich noch im eigenen Haushalt zurecht, jedoch nur mit Mühe

und ständig am Rande ihrer Möglichkeiten. Die Frage, wie es weitergeht, bedrängt und verunsichert sie sehr.

Herr Adler erhält Unterstützung durch die regionale Alzheimer-Gesellschaft. Ein Pflegedienst kommt zur Medikamentengabe, zwei Studenten kümmern sich um hauswirtschaftliche Belange und das Mittagessen wird durch den fahrbaren Mittagstisch geliefert. Herr Adler hat für sein Alter vorgesorgt und zwei Eigentumswohnungen gekauft. Diese werden nun von seinem rechtlichen Betreuer, der als Jurist mit der Regelung der finanziellen Angelegenheiten betraut ist, gewissenhaft verwaltet - jedoch häufig ohne Herrn Adler in seine Entscheidungen mit einzubeziehen bzw. Rücksprache mit ihm zu halten. Dagegen lehnt sich Herr Adler auf, fühlt sich gleichzeitig aber auch ausgeliefert, da er weiß, dass er auf die Hilfe eines Betreuers angewiesen ist (A8-12). Eine langjährige Freundin ist der einzige zusätzliche private Kontakt, den Herr Adler regelmäßig pflegt, ansonsten habe er kaum Freunde oder Bekannte (A1/8). Er befürchtet, dass er bald nicht mehr allein leben kann, *„wahrscheinlich in 2 Jahren. Ich weiß es nicht.“* (A17/19). Doch sein Wunsch ist dies nicht: Freiwillig werde er seine Wohnung nicht verlassen: *„Kommt halt Zwangseinweisung oder irgend so was.“* (A17/30).

Frau Carsten ist aus Sicherheitserwägungen heraus aus ihrem Einfamilienhaus in eine kleine Wohneinheit im Betreuten Wohnen umgezogen. Allerdings, so betont sie, sei die Betreuung *„gar keine“* (C1/28) und bestehe lediglich aus der Möglichkeit, einen von vier Notrufknöpfen zu betätigen. Sie nimmt außer einer Putzfrau keine weiteren professionellen Hilfen in Anspruch, wird aber von ihren beiden Kindern unterstützt. Je nach Tagesverfassung ändert sich ihre Zuversicht, dass sie noch länger allein leben kann. Geht es ihr besser, sagt sie: *„Wir wollen es (Pflegeheim, Anm. d. Verf.) lassen, noch brauch' ich es ja nicht. Ich kann das mit meinen Medikamenten gut steuern und ich kann auch gut im Großen und Ganzen für 'n kleinen Haushalt und so alles machen.“* (C3/9-14). An schlechten Tagen denkt Frau Carsten ernsthaft über einen Umzug in ein Pflegeheim nach, denn sie habe schon *„das Gefühl, dass es (die Demenz, Anm. d. Verf.) zurückkommt neulich bei mir. Also ich hab schon besser gesprochen und besser alles gemacht und ich finde auch manchmal Sachen nicht, wo ich die hingelegt hab und so weiter.“* (C1/4-6). In ihrer Zukunftsplanung

ist sie deshalb sehr schwankend. Mal schaut sie sich ganz euphorisch ein Heim an und würde am liebsten gleich einziehen. Dann wiederum scheut sie davor zurück, zitiert Freunde, ihren Sohn und sogar einen Professor, dass es doch noch gar nicht so schlimm sei mit ihr und es doch noch ganz gut zu Hause gehe (C3/27-24, C4/6-12). Frau Carsten selbst betont immer wieder, dass sie eigentlich sehr gern allein lebe (C5/9) und weiterhin unabhängig bleiben möchte, in einem Heim aber dann wohl „kein selbständiger Mensch mehr“ (C12/21) sei. Und so kommt auch für Frau Carsten ein Umzug ins Heim momentan noch nicht in Frage.

„Ich bin nicht krank und brauche auch keine Hilfe“

Zwei der befragten Betroffenen (Frau Dreher, Frau Ernst) zeigten im Gespräch keine Krankheitseinsicht und somit auch keine Einsicht in ihre Situation als allein lebende Demenzkranke. Beide besuchen eine Tagespflegeeinrichtung, halten jedoch daran fest, dass sie zuhause keine weiteren professionellen Hilfen in Anspruch nehmen wollen.

Frau Dreher hat drei Söhne, von denen sich der am weitesten entfernt wohnende hauptsächlich um sie kümmert, was sich über die große Distanz (600 km) häufig als sehr schwierig erweist. Sie bagatellisiert ihre Erkrankung: „Das ist bei den anderen genauso.“ (D10/1) und sucht Zuflucht in ihrem Glauben. Man werde nicht jünger, man werde älter, und der Herrgott werde sie noch abrufen, bevor sie hilfebedürftig werde (D15/23-24). Zusätzliche Unterstützungsangebote weist Frau Dreher von sich: „Also nein, vorerst brauch ich niemanden, nein ... Also wenn ich einen Pflegedienst brauchen würde, dann müsste ich das natürlich in Angriff nehmen ... Aber bis jetzt sieht's nicht so aus. Ich hab mich immer gut gehalten, rauch' nicht, trink' keinen Alkohol.“ (D15/4+17-21). Unterstützung bräuchte sie erst dann, wenn sie „körperlich behindert wär' und nicht mehr durchkäme allein.“ (D17/14-15).

Um Frau Ernst kümmert sich ihre einzige Tochter, die nicht weit entfernt von ihrer Mutter wohnt. Durch die bereits weiter vorangeschrittene Demenz benutzt Frau Ernst viele Floskeln und ihre Antworten sind sehr allgemein. Auf die Frage, wie groß ihre Wohnung sei, antwortet sie zum Beispiel: „Sie, da bin ich überfragt, weil mich das überhaupt nicht interessiert. Gar nicht.“ (E3/4-5). Frau Ernst ist offensichtlich nicht gern

allein, sagt, sie wohne „zwar in dem Haus so gut wie allein, aber es ist nicht absolut mein Wunsch, meine Wunschvorstellung.“ (E1/17-18). Man komme „auf Gedanken, wo sie sonst verpönen“ (E1/4). Gleichzeitig hat sie jedoch große Angst, ihre Unabhängigkeit zu verlieren und auf Hilfe angewiesen zu sein. Sie will selbständig bleiben, weshalb sie auch jegliche Hilfsangebote ohne nachzudenken ablehnt: „(I: Haben Sie zuhause sonst noch Hilfe? Außer Ihrer Tochter?) Will ich nicht! (I: ...warum wollen Sie keine Hilfe? Weil Sie's nicht brauchen oder ...?) Ich will es nicht. Mir gefällt es so, wie ich's hab. (I: Essen auf Rädern zum Beispiel?) Nein, dann machen wir lieber nur eine Suppe, gell?“ (E4/33-34+E5/12-14+30-33). Es scheint fast so, als hätte sie die Befürchtung, die mühsam aufrecht erhaltene Kontrolle über ihr Leben allein in ihrer Wohnung zu verlieren, wenn sie bereit wäre, weitere Hilfen zu akzeptieren.

1.3 Die Bedeutung der eigenen vier Wände

Für Demenzkranke hat die gewohnte Umgebung eine sehr große Bedeutung, denn sie gibt ihnen Geborgenheit und Sicherheit. Durch die vertrauten Räume, Möbel und Bilder und durch die damit verbundenen Erinnerungen wird die Vergangenheit lebendig (B6/1-5). Menschen mit Demenz erleben dadurch Identität. Frau Carsten sagt hierzu: „Ich bleib' meine Person.“ (C13/4) oder „Ich bin mein eigener Herr hier, nicht? Woanders kriegen Sie nur Vorschriften.“ (C30/34). In ihren eigenen vier Wänden können sich die Betroffenen frei entscheiden, was sie machen wollen und was nicht: „Wenn ich nicht will, dass einer was von mir möchte, kommt er ja auch nicht hier rein, hier hab ich absoluten Rückzug.“ (K5/22-28). Und Frau Graf sagt: „Ruhe zu haben. Weiter nichts.“ (G11/6), das sei für sie das Wichtigste.

Gerade auch für Frau Ernst, die ihre Wohnung im Gespräch nicht beschreiben konnte, bedeutet die gewohnte Umgebung viel: sie sei sehr schön und sie fühle sich „glücklich da drinnen.“ (E3/8). Wohlfühlen und Geborgenheit, das beschreibt auch Frau Herm. In den eigenen vier Wänden zu wohnen, „ist klasse. Ich hab 'ne wunderschöne Wohnung,... fühl' mich hier wohl und will hier bleiben, solange es geht.“ (H15/31-34). „Hier kommt kein Regen rein in die Wohnung, ich sitz' hier drin schön warm. Ich hab alles, was ich brauche.“ (H18/16-17). Außerdem komme sie zuhause mit ihrer Demenzerkrankung besser zurecht, sie könne sich zum Beispiel gut orientieren, was ihr

in einer fremden Umgebung häufig nicht mehr gelinge (H6/14-21).

Das eigene Haus hat häufig einen hohen Eigen- bzw. Selbstwert: man hat es damals gemeinsam z. B. mit dem Ehemann geschaffen, und lange dafür gespart (B5/24-27). Frau Dreher erzählt: *„Das (Haus, Anm. d. Verf.) haben wir gebaut, mein Mann hat den Plan und alles gemacht. Und er hat viel selber gearbeitet, dass er mal gesagt hat: ‚Fünf Jahre meines Lebens hingen dran!‘ ... Und dann hat man ja miteinander die Möbel angeschafft. Wir waren drei Jahre verlobt, bis wir alles gehabt haben.“* (D19/1-3+13-15).

2. Veränderungen, Belastungen, Befürchtungen

2.1 Veränderung von Aufgaben und die Frage nach dem Sinn

Die meisten der allein lebenden Demenzkranken berichten, dass sie ihre finanziellen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können oder wollen: *„Bank geht gar nicht mehr, das lass’ ich mir alles kommen ... Ich geh’ nicht. Das macht alles mein Sohn und meine Tochter.“* (C10/28+11/21). Die Verwaltung der Finanzen wird dann an Kinder, andere Verwandte und Vertraute oder an einen gesetzlichen Betreuer abgegeben. Vielen fällt dieser Schritt nicht leicht, denn es handelt sich um einen massiven Eingriff in die Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen.

Das Lesen und Beantworten von Briefen ist ebenfalls erschwert. So hat Herr Adler jedes Mal Angst, wenn er offiziell aussehende Schreiben vom Gericht oder anderen behördlichen Stellen erhält (A9/32-10/3). Frau Carsten, der ihre Sprachstörungen am meisten zu schaffen machen, berichtet über ihre Schwierigkeiten, Telefonate entgegenzunehmen oder selbst zu führen. Sie könne dann ja nicht einfach sagen, sie habe Demenz und auflegen (C10/23).

Für die Betroffenen ist es häufig ein großer Verlust, wenn sie ihren Hobbys oder Freizeitaktivitäten, die sie früher gerne gemacht haben, nicht mehr nachgehen können. Das berichtet Frau Herm, die aufgrund ihrer Orientierungsstörungen nicht mehr allein verreisen kann (H6/5-8). Herr Adler beschreibt, dass das Gitarrespielen nicht mehr so gut klappt wie früher: *„Ich versuch’s immer wieder und dann gelingt es manchmal und manchmal nicht.“* (A2/17-18). Frau Jakob sagt, sie habe früher viel geschrieben, heute könne sie ihre Schrift *„manchmal schon nicht mehr lesen* (J16/19-22). Und Vieles, z. B.

Reisen oder ein Einkaufsbummel, mache einfach *„auch keinen Spaß alleine“* (B11/20).

Einigen der Betroffenen fehlt eine konkrete Aufgabe, die Sinn in ihren Alltag bringt. Sie wollen helfen und sich für andere einbringen, Gutes tun, wie Frau Blume sagt (B20/4-7). Dadurch, dass man nichts mehr weiter vorhabe (B18/22), stelle sich häufig die Frage nach dem Sinn. Denn ob sie *„jetzt was tue oder nicht, das interessiert doch keinen Menschen!“* (B1/29).

Alltägliche Verrichtungen werden immer häufiger zum Problem: *„Ich habe meine ganzen Klamotten selber genäht. Ich hab schon seit Wochen ’ne Bluse, da muss ich die Knöpfe setzen, das ist schon angezeichnet, wo es ist. Und dann krieg’ ich das nicht fertig.“* (J16/23-25), sagt Frau Jakob. Manchmal beschleicht sie auch ein Gefühl der Resignation und Sinnlosigkeit. Dann stehe sie erst spät auf und lasse sich auch einmal gehen (J4/18-19+30).

2.2 Angst vor Verlust der Selbständigkeit, Abhängigkeit und Abschiebung

Abhängigkeit von anderen tritt bereits recht früh in ganz alltäglichen Dingen auf. Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, ist es vielen Betroffenen schon im frühen Stadium nicht mehr möglich, ihre Finanzen selbständig zu regeln oder den Schriftverkehr zu erledigen. Dies führt automatisch zu einem gewissen Grad der Abhängigkeit. Aus Angst vor teilweisem oder auch völligem Verlust ihrer Selbständigkeit versuchen die Betroffenen jedoch, so viel wie möglich weiter selbst zu machen und zu entscheiden, d. h. so wenig Hilfe wie nötig in Anspruch zu nehmen (C15/32-16/3). Frau Ernst lehnt Hilfe grundsätzlich ab (E4-E5). Und Frau Blume sagt, es gebe zwar viele Sachen, vor denen sie sich am liebsten drücken würde, aber das würde bedeuten, sich gleich von vornherein aufzugeben: irgendwie müsse sie es ja noch schaffen (B12/5-11).

Herr Adler berichtet sehr ausführlich über die Abhängigkeit von seinem rechtlichen Betreuer (siehe Einzelbeschreibung Herr Adler und Abschnitt „Ich lebe allein, aber wer weiß, wie lange noch?“) im Bereich der finanziellen Angelegenheiten. Im Gespräch wird deutlich, wie sehr es ihn belastet, nicht mehr im Rahmen seiner Möglichkeiten mitbestimmen zu können. Er fühlt sich machtlos und ausgeliefert, denn der Betreuer reagiert öfters mal *„grantig“* auf seine Vorschläge (A12/25-29).

Viele der Betroffenen sind in ihrer Mobilität eingeschränkt, können z. B. nicht mehr Autofahren oder aber nur noch bekannte Strecken fahren, egal ob mit Auto, Fahrrad oder öffentlichen Verkehrsmitteln (B10/29-11/2, D12, K4). Durch die auftretenden Orientierungsstörungen machen sie keine weiteren Reisen mehr oder bräuchten eine ständige Begleitung (H6, K3).

Eng verbunden ist die Angst vor Verlust der Selbständigkeit mit der Angst vor Abschiebung z. B. in ein Pflegeheim. Dies wird häufig mit einer Entwertung der eigenen Persönlichkeit gleichgesetzt, denn „das Pflegeheim ist schon wieder älter und mehr mit Demenz also besetzt. Ich will ja nicht nur mit Demenz-Leuten leben.“ (C14/1-5).

2.3 Sozialer Rückzug, Einsamkeit und Isolation

Die meisten der befragten Betroffenen berichten in irgendeiner Art und Weise von Einsamkeit, sozialem Rückzug und Isolation. Viele haben ihre Partner und teilweise auch schon Kinder durch deren Tod verloren. Frau Blume macht die Trauer um den Verlust ihres Mannes und ihrer jüngeren Tochter und die damit einhergehende Einsamkeit besonders zu schaffen (B16/13-15+B5/12-20). Frau Dreher berichtet Ähnliches: „Wo mein Mann noch gelebt hat, war's schon schöner.“ (D3/12-13). Der Verlust sei vor allem daran merkbar, „dass man nachts allein liegt“ (D3/17). Frau Carsten erzählt, sie habe vor allem viele Freundschaften verloren: „Also jetzt haben wir noch eine Dame, die von 20 Freundinnen, die ich hatte, noch lebt. Mit 80 haben Sie nicht mehr viel, haben Sie nichts zu erwarten. Und neue Freundschaften, das gibt's gar nicht mehr in dem Alter.“ (C19/25-27).

Neben der Trauer um die verstorbenen Angehörigen ist der Verlust von Kontakten und Beziehungen zu noch lebenden Verwandten und Freunden sehr schmerzhaft. Häufig stellt sich Resignation ein und die Betroffenen ziehen sich immer mehr zurück, wenn von außen nicht auf sie zugegangen wird. Frau Herm erzählt: „Ich hab damals meine Wohnung verkauft und ihm (ihrem Sohn, Anm. d. Verf.) das Geld zum Bauen gegeben. Hab ich auch zwei Jahre dort gewohnt und dann bin ich da ausgezogen, weil's nicht mehr ging. Mit meiner Schwiegertochter ist das nicht; ... Und so ist das bei uns leider. Ich könnte dahin laufen, aber das tue ich nicht. Ich fall' niemandem zur Last. Aber die kommen auch nicht hierher. Also wir haben überhaupt, kaum Beziehungen zueinander.“ (H10/17-26). Und Frau Blume berichtet, sie telefoniere

wöchentlich mit ihrer Tochter, die Enkelkinder würden sich jedoch nie bei ihr melden. Und: „Von meinem Enkel von der verstorbenen Tochter, da hör' ich auch nichts. Aber da zieh' ich mich auch zurück, weil ich's ihm nicht schwer mache. Der lebt jetzt in 'ner anderen Familie.“ (B4/3-9). Frau Graf vermisst vor allem den Kontakt zu ihren Kindern: „Ich wünschte mir, dass meine Kinder alle kommen würden mal, aber ich weiß gar nicht, wo die sind ... Der Junge wohnt in K., aber der lässt sich auch nicht hören und sehen. Ob er da noch wohnt, weiß ich nicht. Keine Ahnung. Meine älteste Tochter, die ist in W. gewesen. Ob sie noch da wohnt, weiß ich nicht. Keine Ahnung. Sollen sie bleiben, wo sie sind. Ich denk' heute noch dran, davon abgesehen. Aber was nutzt denn das, wenn sie nicht kommen: hab 5 Enkelkinder und 6 Urenkelkinder.“ (G16/8-9+24-34). Und Frau Koch, die mit 42 Jahren die jüngste unter den Befragten ist, berichtet von ihrer Sehnsucht nach einem Partner: „Es wäre schön, wenn ich ne richtig feste Beziehung hätte, mit einem Menschen, mit dem ich noch mein Leben teilen könnte.“ (K3/21-25).

Auch aus dem öffentlichen Leben ziehen sich die Betroffenen häufig zurück. So meidet Frau Jakob große Menschenansammlungen (J1/25-26). Frau Carsten berichtet, sie ziehe sich zurück, um nicht viel sprechen zu müssen (C8/23-25). Sie habe aber auch gemerkt, dass die anderen „sich abwenden, denn sie können sich mit mir nicht mehr richtig unterhalten.“ (C6/23-24) und es mangle an Verständnis für ihre Erkrankung: „Wer das nicht hat, der kann das nicht empfinden.“ (C8/5).

Herr Adler beschreibt ihm peinliche Situationen, in denen er sich bloßgestellt und isoliert fühlt (A4/33-A5/6). Reaktionen der Umwelt wie z. B. Unverständnis und Beschimpfungen können den Rückzug der Betroffenen verstärken. Herr Adler erklärt sich Beschimpfungen durch seine Mitmenschen, wie zum Beispiel „Faulpelz“ (A5/9) durch seinen Nachbarn, mit deren Unwissenheit: „Die wissen nicht, was es ist.“ (A5/8). Er habe aber auch schon erklärt, dass er Alzheimer habe und daraufhin Mitleid geerntet, was er aber nachvollziehen könne (A6/19-20).

2.4 Sicherheitsrisiken, Angst vor Sturz und Einbruch

Die Hauptangst der Befragten dreht sich um das Thema Stürze, vor allem, weil sie sich dann eventuell keine Hilfe mehr herbeiholen können (B23/27-32). So beschreibt Frau Ernst ihre

Angst davor, dass sie „einmal hin falle, und nicht mehr aufstehen kann. Weil mit den Beinen bin ich ein bisschen gehandicapt.“ (E6/21-24). Schlimm wäre für sie außerdem, allein zu sein, „wenn man stirbt. Dass niemand da ist, der einem irgendwie ein bisschen Zuspruch gibt.“ (E7/32-33).

Frau Dreher äußert neben der Sturzangst auch Angst vor einem Einbruch (D5/9) und berichtet wiederholt von einem konkreten Einbruchsversuch in der Nachbarschaft. Frau Carsten erzählt, sie sei extra aus ihrem Haus ausgezogen bzw. hätte es verkauft, weil sie, vor allem nachts, Angst vor Einbrüchen hatte (C26/26-30). Außerdem helfe ihr das Notrufsystem im eigenen Apartment des Betreuten Wohnens gegen die Angst zu fallen (C2/19-21, C28/29-34).

Weitere Gefahren sehen die Betroffenen in der Fehleinnahme von Medikamenten (C2/29-32) oder darin, aus Versehen den Herd oder den Föhn anzulassen (K6/10-13).

2.5 Alles braucht mehr Zeit

Die Regelung des Alltags nimmt sehr viel Zeit in Anspruch, alles wird mühsamer und zu einer großen Aufgabe. So erzählt Herr Adler, er habe „bisher noch keine Zeit gefunden“ (A4/9-12), sich neue Kontaktlinsen zu kaufen. Auch Frau Ernst sagt, dass sie nicht zu Dingen kommt, die sie gerne machen würde: „Ich hab die Zeit nicht so (für Handarbeiten, Anm. d. Verf.).“ (E7/22). Und auf die Frage, womit sie denn so beschäftigt sei, antwortet sie: „Da möchte ich jetzt gar nicht drauf eingehen, weil so viel ist das gar nicht.“ (E7/25-26).

Alltägliche Verrichtungen wie die Körperpflege oder die Einnahme der Mahlzeiten sind für viele der Alleinlebenden zu tagesfüllenden Beschäftigungen geworden. Frau Herm berichtet: „Dann mach' ich's erst so, dass ich frühstücke. Das ist sehr viel.“ (H4/24-25). Auch Frau Jakob berichtet: „Ich wasch' mich jeden Morgen vom Kopf bis zum Fuß. Und das dauert natürlich auch 'ne Weile.“ (J15/12-13). Und Frau Carsten ergänzt: „Schon wenn ich mich morgens wasche, das dauert dreimal länger als früher.“ (C21/12-20).

2.6 Finanzielle Probleme

Es wurde bereits beschrieben, dass viele der allein lebenden Erkrankten ihre finanziellen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln können. Hinzu kommt bei einigen die Sorge um ihre finanzielle Absicherung, denn teilweise steht ihnen nicht genug Geld zur Verfügung, um zum

Beispiel weitere Pflege oder einen Heimplatz zu finanzieren (G13). Frau Graf berichtet: „Was sind 70 Euro, die ich habe die Woche ... Dann müssen die Schwestern auch alle bezahlt werden. Der Betreuer muss bezahlt werden. Was bleibt dann noch? Bleibt nicht viel.“ (G7/18+29-30). Auch Frau Koch sagt, sie habe monatlich nur wenig Geld zur Verfügung (K1/12). Frau Jakob erzählt, sie komme zwar mit ihrer Rente aus, es sei aber oft nicht genug, um noch etwas Schönes zu unternehmen (J16/8-11). So führen anscheinend auch finanzielle Probleme zu sozialem Rückzug bzw. dazu, dass Hilfen und Unterstützungsangebote nicht angenommen werden können.

3. Bewältigungsstrategien und Ressourcen

3.1 Nutzung privater Netzwerke und professioneller Unterstützung

Alle der befragten allein lebenden Demenzkranken nehmen in irgendeiner Art und Weise Unterstützung von außen in Anspruch. Meist stützen sie sich zunächst, wenn vorhanden, auf private Netzwerke. Professionelle Hilfen werden in der Regel, auch wenn keine Familienangehörigen verfügbar sind, erst zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch genommen.

Private soziale Netzwerke

Wenn vorhanden, werden von den Betroffenen Familienangehörige, meist Kinder, als erste Ansprechpartner und Unterstützer genannt. Frau Ernst erzählt: „Meine Katja, die nimmt mir sehr viel ab, gell? ...Waschen oder mal was stopfen oder so irgendwie in irgendeiner Form halt ... sie kocht mir manchmal mit, mit ihrer Familie.“ (E5/5-9). Frau Franke schätzt an den Besuchen ihres Sohnes vor allem seine Verlässlichkeit, „Also wenn er Zeit hat, kommt er. (F1/11). Bei den Nachbarn bringt ihr dies auch ein gewisses Ansehen und Bewunderung: „Mensch, du hast immer jemand da!“ (F1/12). Aber auch Kinder, die weiter weg wohnen, sind ein wichtiger Bestandteil des Unterstützungsnetzes zur Aufrechterhaltung der Selbständigkeit. Regelmäßige Telefonate sind wichtige soziale Kontakt: „Und wir telefonieren jeden Sonntag zusammen, wie gesagt, er (der Sohn, Anm. d. Verf.) ist ziemlich weit weg, nicht? Wir haben uns zuletzt jetzt zum Muttertag gesehen im Mai. Aber das nehm' ich auch nicht so tragisch. Wir telefonieren ja zusammen und haben dadurch den Kontakt, ne?“ (H11/21-25).

Überaus bedeutsam sind enge, teilweise langjährige Freunde und Bekannte, und zwar

nicht nur, wenn keine Angehörigen vorhanden sind. Es sei einfach wichtig, jemanden zu haben, mit dem man gut reden, sich „auch mal so richtig aussprechen“ (K1/8) kann. Und viele Freizeitaktivitäten lassen sich mit (gleichaltrigen) Freunden am besten verwirklichen: „Also ich hab auf jeden Fall einen guten männlichen Freund, ... mit dem da mach ich sehr viel Sport, also Radtouren und Spaziergänge, er lädt mich auch ab und zu mal zu Events ein, sprich Kino, oder Kaffee trinken gehen ... , er ist also eigentlich auch mit einer meiner wichtigsten Personen geworden.“ (K1/4-9).

Ein noch größerer Stellenwert kommt Freunden und Bekannten zu, wenn es keine Familienangehörigen gibt: „Ne Freundin von mir, die hat ein Auto und wir haben gemeinsame Interessen. Und die kümmert sich um mich.“ (J1/13-14) „Und wenn sie längere Zeit nicht da ist, dann sagt sie den anderen, der Imke oder der Beate: Kümmer' dich mal übers Wochenende um die Leni.“ (J15/27-28). Sie sind dann, wie Frau Jakobs Freundin, häufig umfassender in die Versorgung involviert und helfen auch bei rechtlichen Angelegenheiten (A9/24-25).

Weitere wichtige Bezugspunkte im privaten Umfeld der allein lebenden Demenzkranken sind Nachbarn und Kirchengemeinden. Die Beziehung zu den Nachbarn ist selten eng oder intensiv, dafür sind regelmäßige Kontakte durch die räumliche Nähe recht häufig und ein wichtiger Faktor in der sozialen Einbindung der Betroffenen. Auf die Frage, ob sie denn regelmäßigen Kontakt zu anderen Menschen habe, antwortet Frau Dreher: „Ja, also Nachbarschaft. Hab nette Nachbarn, ne?“ (D1/2-4). Manchmal sind die Kontakte zu den Nachbarn sogar die einzigen privaten Kontakte, die noch gepflegt werden: „Ich hab überhaupt sonst niemand. Nur hier die Nachbarin hier oben.“ (G1/4-5). Dadurch, dass sie „nebenan“ wohnen, bieten Nachbarn außerdem eine niedrighschwellige Möglichkeit, in der gewohnten Umgebung mehr Sicherheit zu gewährleisten. Es ist beruhigend zu wissen: da ist jemand, „da könnte ich immer hin.“ (B22/33). Die allein lebenden Demenzkranken hinterlegen ihre Ersatzschlüssel bei den Nachbarn (B22/32-33, H8/14-17) oder verabreden Zeichen mit ihnen: „Wir winken uns. Sie fährt früh immer fort und dann weiß sie, dann sitz' ich ja drüben in der Küche.“ (B23/8-10).

Kirchengemeinden und die dort entstehenden Kontakte können einen großen Beitrag zur sozialen Teilhabe der Betroffenen leisten. Frau

Herm berichtet: „Am Donnerstag kommen wir jedes Mal zusammen. Das ist von der Kirche, aber das ist nicht kirchlich in dem Sinne. Wir Älteren sind ... immer so gut 20 Leute, manchmal bis an 30 ungefähr ... Dann trinken wir zusammen Kaffee, klönen zusammen, einer liest mal was vor und sonst so was. Da sind wir zusammen.“ (H1/26-33). Frau Dreher nennt außerdem den Pfarrer ihrer Kirchengemeinde als ersten Ansprechpartner in schwierigen Situationen, z. B. wenn akute Pflegebedürftigkeit eintreten sollte: „Würde mich dann erkundigen beim Pfarrer, was er vielleicht empfehlen würde oder wo Platz ist oder so, nicht?“ (D20/19-20).

Professionelle Unterstützung

Alle Befragten hatten bereits Zugang zum Hilfesystem. Für viele ist der (Haus-)Arzt erster Ansprechpartner (B29/8-13, J18/15-18), nicht nur dann, wenn es um gesundheitliche Probleme geht. Frau Koch sagt: „Wenn ich Hilfe brauche, meld ich mich bei ihm. Wir kennen uns ja schon seit Jahren und ich hab ja zu ihm Vertrauen.“ (K5/17-18). Ambulante Pflegedienste sind das Mittel der Wahl auch in der häuslichen Versorgung allein lebender Demenzkranker. Ihre Mitarbeiter führen bei den Betroffenen medizinische Verordnungen, z. B. die Überwachung der Medikamenteneinnahme, aus, oder unterstützen bei der Körperpflege. Weiter werden ehrenamtliche HelferInnen, studentische Hilfskräfte, z. B. zum Einkaufen, Fahrbarer Mittagstisch und häufig eine Haushaltshilfe oder Putzfrau genutzt. Einige der Alleinlebenden nehmen an Gesprächs- oder Betroffenengruppen teil oder denken zumindest über eine Teilnahme nach (A15/10-24, B35/14-19, C22/15-23, H16/20-22). Zwei der allein lebenden Betroffenen stehen unter rechtlicher Betreuung.

3.2 (Technische) Hilfsmittel und Sicherheit

Viele der Betroffenen nutzen Terminkalender, -planer oder spezielle Kalenderbücher, um sich wichtige Termine und anstehende Tätigkeiten aufzuschreiben (B21/22, C9/29-33, D8/24+29). Frau Koch hat sogar „zwei Terminplaner. Einen kleinen, den ich immer bei mir trage. In beiden werden alle Termine eingetragen, damit ich ja nichts vergesse oder dann immer meinen Freund anrufen muss, der ja alles behalten kann. Ohne die geh ich gar nicht mehr aus dem Haus.“ (K3/1-6) (Vgl. Kap. 1.1.2).

Wie bereits erwähnt, ist das Telefon, oder bei den jüngeren Betroffenen auch das Handy, ein wichtiges technisches Hilfsmittel sowohl zum Halten von Kontakten (H11/20–25) als auch zur Herstellung größerer Sicherheit: „Das (Alarmanlage, Anm. d. Verf.) haben wir nicht, nein. Da hab ich's Telefon.“ (D11/8). Nicht alle können jedoch das Telefon noch bedienen, wie Frau Franke: „Telefon hab ich auch noch. Aber ich nutze es nicht; naja, dann drück' ich auf den verkehrten Knopf.“ (F3/29–31). Frau Koch nutzt ihr Handy teilweise als Terminkalender mit Weckfunktion, aber auch sie sagt über die Nutzung der neuen Technik: „So wie die Jugendlichen, die können das ja ganz schnell eingeben und mir fällt das halt sehr schwer und dann reg ich mich ständig darüber auf und das hat ja keinen Sinn.“ (K3/10–12).

Weitere technische Hilfen sind bisher offensichtlich nur sehr wenig im Einsatz. Von den befragten allein lebenden Menschen mit Demenz haben nur Frau Carsten und Frau Herm, die beide im Betreuten Wohnen leben, ein Notrufsystem zuhause (C2, H8). Auf konkrete Nachfragen antworten die meisten, sie hätten momentan keinen Bedarf an weiteren Hilfsmitteln. Sie helfen sich selbst, indem sie zum Beispiel wie Frau Dreher das Licht länger brennen lassen, um Einbrecher abzuschrecken (D11/2–3). Und sie passe auf, „dass ich nicht stürze und so“ (D5/8). Die meisten der Befragten haben außerdem ihre Wohnungsschlüssel bei Freunden oder Nachbarn deponiert, falls doch einmal etwas in der Wohnung vorfallen sollte oder aber sie sich ausschließen (B22/32–33, C29/6, H7/23–29, K5/22–24). Regelmäßige persönliche Kontakte, wie z. B. die täglichen Besuche der Pflegedienstmitarbeiter, dienen ebenfalls der erhöhten Sicherheit (H12/31–33).

3.3 Aufgaben, Aktivitäten, Tagesstruktur

Frau Franke versorgt auf ihrem kleinen Hof noch einige Hühner, die sie regelmäßig füttert und an denen sie sich freut: „Paar Eier sind auch immer schön. Oh schon immer gut gewesen.“ (F2/14–20). Außerdem hat sie eine Katze. Aufgaben wie diese verleihen dem Alltag der Alleinlebenden Struktur und sind deshalb essentiell. Gerade alltägliche Verrichtungen wie Kochen, Putzen, Waschen dienen den Betroffenen zur Tages- und Wochenstrukturierung, sie schaffen sich Routinen (B17/1–5). Bei Frau Ernst sieht das folgendermaßen aus: „Aufstehn, nach sich sehn, dass man fit ist, dass man ein bisschen was für

sich tut, und wie gesagt auch das Beten nicht vergessen.“ (E4/12–13). Dadurch, das Vieles mehr Zeit braucht, ist der Tag ausgefüllt mit wenigen Verrichtungen, wie Frau Carsten berichtet: „Morgens steh' ich um acht auf, dann dusche ich und dann zieh' ich mich an. Dann ist der halbe Tag schon um. Und dann geh' ich einkaufen ... Und so vergeht die Zeit. Wenn ich wiederkomm', ich will mich immer nachmittags hinlegen, aber da komm' ich nie zu, ne?“ (C16/9–15).

Die Befragten sind stolz darauf, den Alltag selbständig zu meistern bzw. alltägliche Tätigkeiten, so weit es geht, noch selbst auszuführen: „Wenn ich Lust hab, dann koch' ich auch mal. Auch so mit der Wäsche und mit allem, das mach' ich alles noch selber.“ (C14/24–26). Für Frau Dreher bedeutet diese Unabhängigkeit viel. Sie brauche keine Hilfe, weil sie „so zurecht komme. Und Haushalt, das bring' ich eigentlich auch fertig.“ (D7/20+29).

Leider können viele der früheren Freizeitbeschäftigungen von den Betroffenen heute nicht mehr wahrgenommen werden. Sie sind jedoch froh über verbliebene Fähigkeiten und sehen diejenigen Aktivitäten, denen sie noch nachgehen können, als Ressource an. Frau Herm berichtet: „Ich handarbeite sehr gerne, ich sticke. Kann ich Ihnen gleich mal zeigen! Wo hab ich die Sachen? Hier. Und zwar verkaufe ich die Karten für 3 Euro; die stecke ich in die Kasse, das kriegt dann unsere Kirchengemeinde für die Senioren.“ (H3/30). Sie ist stolz auf den Beitrag, den sie in ihrer Kirchengemeinde leisten kann, und sieht so einen klaren Sinn in ihrem Alltag. Und auch Frau Ernst, die aufgrund ihrer Erkrankung nur zu einem sehr kurzen Gespräch in der Lage war, berichtet trotz der Kürze des Interviews selbstbewusst von ihrem Hobby: „Ich geh zum Töpfern, erst einmal unter Anleitung, und jetzt ist's schon also wie bei einem Profi.“ (E3/21–23). Frau Koch erzählt sehr positiv von ihrem Engagement in der Selbsthilfe, für das ihr auch von außen Respekt entgegengebracht wird (K1/28–33).

Sehr wichtig ist den meisten Betroffenen regelmäßige Bewegung, vor allem lange Spaziergänge oder Fahrten mit dem Rad (A1/31–33, B21/22–26, F4/15–17, K1/5–7). Frau Graf geht sogar „manchmal 3–4 Stunden spazieren am Tag“ (G1/29–31). Beliebt sind auch gesellige Gesellschafts- und Kartenspiele (H1/5, B3/23–25), außerdem werden Gartenarbeiten, Lesen und Rätseln, Musik, Kochen, Schlafen, Ausflüge ins

Theater oder Kino und Reisen als verbleibende Freizeitbeschäftigungen genannt.

Fernsehen, Rundfunk und Zeitung scheinen eine ganz besondere Bedeutung für die Erkrankten zu haben. Sie bieten eine sehr niedrigschwellige Möglichkeit am Leben außerhalb der eigenen Wohnung teilzuhaben und wirken einer Vereinsamung entgegen. Obwohl Frau Jakob eigentlich aufgrund mangelnder Konzentrationsfähigkeit nicht mehr lesen kann (J14/6), betont sie, bei der *„Zeitung – da gebe ich mir Mühe, zum Frühstück, da lese ich, das stört mich nicht. Da sitz’ ich dann zwei Stunden hier am Tisch.“* (J14/8-9). Außerdem beschreibt sie das Radio als ganz konkrete Hilfe im Alltag, um Lücken, die durch die Demenz entstehen, zu überbrücken: *„Also erstens läuft das Radio bei mir Tag und Nacht, also Radio Kultur. Da ist Musik und Gespräche, Feature ... gestern Abend hab ich mir das auch angeschaltet wieder.“* (J13/33-14/3). Auch die anderen Befragten weisen immer wieder auf den Zeitvertreib und den verbesserten Einbezug durch Zeitung, Radio und Fernsehen hin (G1/27, H16/19, B17/1-2).

3.4 Frühere Lebensinhalte und Lebensleistungen

Besondere Lebensleistungen und vergangene Freizeitaktivitäten sind auch heute noch wichtige Ressourcen für die Betroffenen. Frau Jakob erhält heute immer noch *„offizielle Einladungen, bin Ehrenbürgerin der Stadt, die einzige Frau.“* (J2/1-2), wovon sie stolz berichtet. Die Erinnerung daran, was sie alles gemacht haben und konnten, stärkt die Identität. Die Befragten wollen auch weiter dazugehören und beweisen: *„Ich bin noch Wer!“*. So führt Herr Adler seine Gesprächspartnerin während des Interviews durch die Straßen der Stadt und erklärt die Gebäude und die Architektur der Umgebung, obwohl er sonst kaum dem Gespräch folgen kann. *„Wenn Sie mehr Zeit hätten, dann könnten wir Ihnen das zeigen... Ich hab nämlich früher nebenbei auch ’n bisschen als Taxifahrer gearbeitet da. Von daher kenne ich fast die ganze Stadt.“* (A16/24-27). Zum Schluss besteht er, ganz Gentleman, sogar darauf, der Dame den Koffer zu tragen. Viele berichten über ihren Beruf und die Anerkennung, die sie darin erfahren haben, wie auch Frau Dreher: *„Bei der Firma hat man mir die Verantwortung für sämtlichen Eingang der Waren gegeben, nicht? ... Beim zweiten Kind hab ich gekündigt, da haben sie einen Mann*

eingestellt, und ich habe nachher hören müssen: Frau Dreher war zehn Mal besser wie der so genannte Herr Weiss, der dann gekommen ist. Das hab ich auch gern gehört.“ (D25/1-8). Frau Graf erinnert sich bis in ihre schwere Kindheit zurück: *„Ich musste arbeiten vom 12. Lebensjahr. Meine Mutter war blind und gelähmt und keiner hat ihr geholfen, meine anderen Geschwister haben sie nicht ein bisschen angefasst. Musste ich alles alleine machen.“* (G3/23-25). Später dann habe sie *„selbst ’ne Wirtschaft und Tiere gehabt ... mit Pferde, Kühe, Schweine, alles Mögliche ... Und musste das alles alleine machen.“* (G3/2-8).

Wichtig sind auch die Erinnerungen an Ehepartner und den früheren Familienzusammenhalt (B2/8-12), aber auch der Stolz über die heute erwachsenen Kinder, die *„alle was geworden“* (C15/20-22) sind. Die Betroffenen berichten außerdem von weiten und häufigen Reisen (B2/3-6, H6/29-30), von ihrem ehrenamtlichen, sozialen Engagement, der Zugehörigkeit zu einer Band (A2/26-27) oder zu Vereinen (B13/6-11) und weiteren Fähigkeiten und Hobbys wie Autofahren oder Handarbeiten (B15/7-9, C16/23-27), als Beispiele dafür, dass sie früher Vieles geleistet haben.

3.5 Persönliche Strategien

Wie bereits beschrieben gehen die Betroffenen unterschiedlich mit ihrer Erkrankung um. Auch in Bezug auf das Alleinleben haben sie ganz individuelle Strategien entwickelt.

(Lebens-)Wille, Mut und Humor

Der Wille, es allein zu schaffen, spielt eine entscheidende Rolle, ob und wie lange allein lebende Demenzkranke mit ihrer Situation zurecht kommen. Die meisten erklären in den Gesprächen wie Frau Carsten: *„Ich möchte das nicht hinschmeißen und sagen: Das kann ich nicht.“* (C12/24). Denn *„wenn man das nachlässt, dann ist es vorbei. Und das will ich nicht. Solange es noch geht, will ich das noch machen“*, so Frau Herm (H5/6-8). Dazu gehört einerseits viel Selbstdisziplin, andererseits Humor und positives Denken: *„Jedes Ding hat seine zwei Seiten. Und man muss versuchen, die richtige zu sehen.“* (H8/24). Und Frau Blume scherzt: *„Ich sag’ ja immer, ich mach’ Kontrastprogramm (lacht:) vormittags Alzheimer (Gesprächsgruppe, Anm. d. Verf.) und nachmittags Bridge.“* (B10/8-9).

Es braucht schon eine gute Portion Mut und Beherrztheit, trotz großer Orientierungsprobleme

mit dem Fahrrad zur Gesprächsgruppe zu fahren, wie Frau Blume es tut: „*Na ja, ich fahr' eben los. Und dann denk' ich: Jetzt fährst du die Strecke, wo du's weißt. Und dann kommt das so nach und nach kommt's dann wieder.*“ (B12/1-2). Laut Frau Carsten gilt es, trotz der Erkrankung und des Alleinlebens weiter an sich zu arbeiten: „*Ich muss immer was (Logopädie, Anm. d. Verf.) tun, um das Gefühl zu haben, ich mach' was gegen meine Krankheit.*“

Soziale Einbindung und Aufklärung versus Rückzug

Während Frau Koch möglichst versucht, sich nicht mehr zurückzuziehen (K1/16-20), würde sich Frau Blume zwar grundsätzlich gerne mehr einbringen (B13/11), hat aber im Innersten, teils aus Angst vor weiteren Enttäuschungen, teils um Konflikte zu vermeiden, bereits aufgegeben und lebt sehr zurückgezogen (B17/27-33, B19/18). Mehr Einbindung ist laut Frau Koch nur durch verbesserte Aufklärung der Öffentlichkeit möglich (K7/27-29). Sie engagiere sich auch selbst öffentlich, wodurch sich bei ihr persönlich Vieles zum Positiven verändert habe (K1/27-28). Außerdem sei es wichtig, sich auch einmal zu wehren (K7/17-19).

Herr Adler hält die Aufklärung über die Erkrankung für sehr wichtig und hat Verständnis für jene Mitmenschen, die aus Unwissenheit verständnislos oder mitleidig reagieren (A5/17-18). Dies ist für ihn ein Grund, auch ihm nicht vertraute Menschen über seine Krankheit zu informieren.

Religiosität und Glaube

Religion und Glaube geben einigen Betroffenen Sicherheit und Kraft, auch unabhängig von der jeweiligen Lebenssituation. Frau Ernst verallgemeinert: „*Ja, also gläubig bin ich schon ... Weil ohne Glaube ist der Mensch niemand.*“ (E4/19+21). Frau Dreher fühlt sich geborgen und sicher (D22/7-11), denn sie habe „*schon mitgekriegt, dass wir unter dauernder Begleitung oder Beobachtung stehen, nicht?*“ (D21/31-32). Sie sei sehr gläubig und das sei „*eines ihrer höchsten Güter*“ (D21/5). Der Glaube gibt Trost und Zuversicht auch in Bezug auf die Zukunft und Zukunftsplanung und kann helfen, den Tod enger Familienangehöriger besser zu verarbeiten (B16/1-11 + B24/20-24).

Selbstbestimmte Zukunftsplanung versus Abgabe von Entscheidungen

Vorsorge treffen die Betroffenen vor allem in den Bereichen Finanzen (Vorsorgevollmachten, Testament), Gesundheit (Patientenverfügung, Teilnahme an Forschungsvorhaben) und im Bereich des Wohnens, d. h. sie sehen sich Heime an oder informieren sich über Einrichtungen des Betreuten Wohnens. Einige haben mit einer Vorsorgevollmacht, wie zum Beispiel Frau Blume gegenüber ihrer Tochter (B7/21-25), bereits die eigene Zukunftsplanung und wichtige Entscheidungen abgegeben. Was Frau Blume aber sicher weiß, ist, dass sie „*keine verlängernden Maßnahmen*“ möchte, weshalb sie auch eine Patientenverfügung verfasst hat (B9/2-3). Frau Ernst sagt, man könne vieles nicht „*im voraus*“ (E1/20) wissen, und so könne sie auch nicht sagen, ob sie überhaupt einmal Unterstützung brauche: „*Das muss Zufall sein.*“ (E5/19-23). Sie überlässt sich ihrem Schicksal und hat keine Vorsorgevollmacht erstellt, weshalb ihre Tochter bereits ein Betreuungsverfahren beim Amtsgericht angeregt hat.

Andere wiederum beteiligen sich aktiv an den Entscheidungsprozessen, sofern dies zum jetzigen Zeitpunkt möglich ist. Frau Carsten hat ebenfalls ihren Kinder eine Vollmacht ausgestellt: „*Die sind beide von mir beauftragt.*“ (C10/34), ihr Vermögen hat sie bereits unter ihnen aufgeteilt (C11/2-4). Sie ist momentan dabei, eine neue Patientenverfügung zu verfassen (C11/6-8) und schaut sich gemeinsam mit ihren Kindern Pflegeheime an (C3/16-20). Auch Frau Koch sieht sich nach anderen Wohnmöglichkeiten um (K5/31). Sie bemüht sich außerdem intensiv um eine individuelle Patientenverfügung nach ihren eigenen Vorstellungen und informiert sich hierfür auch bei entsprechenden Fachleuten (K6/18-20). Bei der Patientenverfügung sei sie hauptsächlich von ihrem Anwalt unterstützt worden. Sie sei außerdem noch am Überlegen, ob sie ihr „*Hirn dann Forschungszwecken übergebe oder nicht.*“, was sie zuvor aber noch mit ihrem Arzt besprechen müsse (K6/27-24). Auch Frau Herm berichtet, sie habe vorgesorgt, denn „*man muss das machen, solange man es noch kann ... Und nicht erst dann damit anfangen, wenn man dies und jenes schon vergisst und nichts mehr weiß.*“ (H14/26-29).

Immer wieder wird auch das Thema Erbschaften und Testament angesprochen. Während die einen sagen, „*Erbschaft geht*

automatisch.“ (B8/27) oder „Wenn man nämlich kein Testament macht, erben alle gleich.“ (D22/20), kümmern sich andere intensiv um ihren Nachlass, wie zum Beispiel Frau Jakob, die keine Kinder hat, denen sie ihre Sachen hinterlassen könnte. Leicht fällt es aber auch ihr nicht: *„Ich hab schon ’n Rechtsanwalt, ich muss es bloß jetzt alles handschriftlich schreiben. Schwer – vielleicht drück’ ich mich auch ’n bisschen davor, hast noch ’n bisschen Zeit, stirbst noch nicht heute und morgen. Na ja, also ich weiß so Sachen, die an meine Heimatstadt gehen, also Teile ins Museum. Da gibt es schon Stiftungen ... Aber ich hab mir vorgenommen, in diesem Jahr noch zu machen.“* (J19/18-28).

4. Wünsche und Bedürfnisse allein lebender Demenzkranker

Die Wünsche und Bedürfnisse allein lebender Menschen mit Demenz unterscheiden sich ebenfalls, wie bereits auch die Einstellung zum Alleinleben, nicht wesentlich von denen gesunder alter Menschen. Der folgende Abschnitt fasst zusammen, welche Aspekte hierbei für die Alleinlebenden besonders wichtig sind. Der Wunsch nach Autonomie ist dabei zentral und mit den weiteren Bedürfnissen meist in irgendeiner Art und Weise verknüpft.

4.1 Selbstbestimmung und Selbständigkeit in gewohnter Umgebung

In einem Punkt sind sich fast alle Befragten einig: Sie wollen so lange wie möglich in der vertrauten Umgebung bleiben und *„erst dann in ein Heim ..., wenn’s gar nicht mehr geht. Wenn ich nur noch im Bett liegen muss.“* (H12/26-28).

Eng verbunden ist dieser Wunsch mit dem Bedürfnis der Alleinlebenden, möglichst selbständig und vor allem selbstbestimmt zu leben. Frau Carsten drückt dies so aus: *„Dass ich die Freiheit hab und machen kann, was ich will.“* (C13/1). *„Das ist ja das Schöne: man kann hier morgens schlafen so lange, wie man will ... Sind Sie aber in einem Heim, dann werden Sie, wenn Sie morgens gewaschen werden, dran. Ich bin kein selbständiger Mensch mehr. Und ich möchte ein selbständiger Mensch noch so lange sein, wie ich kann.“* (C12/16-22). Selbstbestimmung heißt auch, selbst entscheiden zu können, wem die Tür geöffnet wird (K5/22-23).

Frau Ernst definiert Selbständigkeit als *„eine gewisse Sache von was man von sich abgibt... oder was man abgeben will.“* (E6/11-14). Es ist ihr

wichtig, die Kontrolle über ihr Leben zu behalten bzw. selbst entscheiden zu dürfen, inwieweit sie sich auf Unterstützung und Hilfe von außen einlässt oder nicht. Aus Angst, diese Kontrolle aufgeben zu müssen, lehnt sie jegliche, auch ambulante Hilfe strikt ab (E4/34+5/14).

Für Frau Jakob bedeutet Autonomie auch selbstbestimmt über ihr Lebensende zu entscheiden. Sie spricht offen über die Themen *„Sterbehilfe“* (J17/13) und *„Suizid“* (J17/13-15).

Selbständigkeit und Selbstbestimmung sind für die Betroffenen eng miteinander verknüpft. Wer den Haushalt schafft, wer Einkaufen, Essen kochen und sich noch selbst versorgen kann, der kann auch so weiterleben, wie er das gerne möchte, also selbstbestimmt. In den Gesprächen beschreiben die Alleinlebenden, was sie noch alles selbst machen und wie sie sich organisieren. So macht Frau Blume zum Beispiel jeden Tag ein Zimmer sauber (B17/2). Und Frau Graf berichtet: *„Das mach’ ich mir noch selber, Essen. Hab die letzten Tage schon Bouletten gekauft, gebraten.“* (G4/28-29), auch heute habe sie *„schon gegessen.“* (G4/32). Frau Carsten erzählt, sie habe zwar eine Putzhilfe, mache aber sonst alles noch selbst (C16/1-3).

4.2 Fähigkeiten nutzen und erhalten

Den Alleinlebenden ist demnach meist bewusst, dass der Erhalt vorhandener Fähigkeiten eine wichtige Voraussetzung für den Erhalt ihrer Selbständigkeit in den eigenen vier Wänden ist. So weisen die Befragten immer wieder auf das hin, was sie können, und dass sie noch viele Fähigkeiten haben, die sie weiter nutzen und somit erhalten wollen. *„Viele Fähigkeiten sind ja bei mir noch zum Teil erhalten.“* (K7/12), so sagt Frau Koch, und es sei wichtig, dass vor allem auch Heime die individuellen Fähigkeiten von Demenzkranken erkennen und fördern (K5/32-34).

Herr Adler erhält täglich Besuch des Pflegedienstes zur Medikamentengabe, er betont jedoch: *„Meistens hab ich alles schon vorbereitet oder durchgeführt, wenn die dann endlich kommen ... die ganzen Tabletten.“* (A13/27-30). Alles, was er noch könne, mache er weiterhin selbst.

Frau Herm beschreibt ihre Angst davor, die Bewegungsfähigkeit und somit ihre Mobilität zu verlieren. Jeden Tag gehe sie einkaufen und dann noch ein Stück weiter, um sich ihre Beweglichkeit zu erhalten, *„denn wenn man das nachlässt, dann ist es vorbei. Und das will ich nicht. Solange es noch geht, will ich das noch machen.“* (H5/6-8).

4.3 Dazugehören – Teilhabe am normalen Leben

Soziale Kontakte und Zugehörigkeit sind grundlegende Bedürfnisse, die in allen Interviews angesprochen werden. Kinder, andere Familienangehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn spielen hier eine wichtige Rolle (siehe auch „Private soziale Netzwerke“). Die Betroffenen machen immer wieder deutlich, wie wichtig es gerade für sie als Alleinlebende ist, am sozialen Leben teilhaben zu dürfen und integriert zu sein. Frau Blume beschreibt: *„Geselligkeit ... ich brauch' keine Gelage oder so irgendwas. Aber so'n Beisammensein, das war eigentlich immer sehr schön.“* (B15/10-11).

Frau Koch berichtet, dass sie eigentlich ständig Begleitung bräuchte, die sie zum Beispiel *„erinnern könnte“* (K3/20-21). Nicht zuletzt deshalb wünscht sie sich wieder eine feste Beziehung (K3/22-23). Viele nicht allein lebende Demenzzranke erfahren in der häuslichen Umgebung diese wie „selbstverständliche“ Begleitung durch ihre Ehe- oder Lebenspartner: Sie erhalten somit oft Hilfe ohne unmittelbar notwendiges Eingeständnis von Hilfsbedürftigkeit. Für Alleinlebende entfällt diese Art der Unterstützung. Die Normalität des alltäglichen Lebens ist dadurch stärker gefährdet.

Am normalen Leben Teil haben, das heißt für Viele auch, etwas zu unternehmen, zu verreisen. Frau Blume erzählt immer wieder begeistert von vergangenen Reisen und drückt ihr Bedauern darüber aus, dass sie nun nicht mehr reisen könne, weil sie allein sei (B14/22-29). Ähnliches berichtet Frau Graf: *„Ich würde gerne mal in Urlaub fahren. Ja, ich würde gerne mal in Urlaub fahren, aber nicht alleine.“* (G15/24-26). Frau Herm hat sich zwar zur nächsten Reise angemeldet, jedoch bereits Befürchtungen, sich nicht mehr allein zurecht zu finden (H6/5-8).

Für Frau Carsten bedeutet „normal leben“, dass ihre Krankheit nicht in den Mittelpunkt gerückt wird (C14/1-5). Frau Koch wünscht sich integrative Wohnformen, in denen zum Beispiel ältere Menschen mit jüngeren zusammentreffen können: *„Was ich ganz toll finde: sie (das Pflegeheim, Anm. d. Verf.) haben einen Garten dabei und unter dem Altenheim ist ein Kindergarten. Also das ist das, was ich damals schon sehr gut fand: alt und jung zusammen.“* (K5/31-K6/2). Außerdem wolle sie sie selbst sein dürfen, auch einmal streiten oder wütend sein, wobei ihr gute Freunde helfen, die sie verstehen (K3/28-4/2). Verständnis und

Akzeptanz sind für alle Betroffenen wichtige Voraussetzungen, sich zugehörig und geborgen zu fühlen.

4.4 Bedürfnis nach Anerkennung, Sinn und Beschäftigung

Nützlich oder hilfreich sein, etwas für andere tun können, das wünschen sich viele der Betroffenen. Wenn es ihnen gelingt, sich aktiv einzubringen und ihren Beitrag zu leisten, wird auch das Zugehörigkeitsgefühl gestärkt. Fühlen sie sich gefordert, nicht überfordert, dient dies wiederum dem Erhalt noch vorhandener Fähigkeiten und Ressourcen und ihr Leben erhält Sinn. Frau Blume erzählt von zahlreichen ehrenamtlichen Tätigkeiten, die sie früher ausgeübt hat, nun aber leider nicht mehr wahrnehmen kann. Sonntags habe sie immer in einem Café im Altenheim ausgeholfen, *„da hat man gleich das Wochenende hinter sich gebracht.“* (B19/1). *Jedoch wolle heute niemand mehr „alte Leute haben. Ich hab auch viel Kinder-, Babysitten gemacht. Aber unterdessen sind die Kinder auch groß, dass sie niemanden mehr brauchen. Und ich glaube auch, jetzt wär' ich zu alt dazu, dass sie denken würden: Nee, die Alte, ob die das noch richtig macht?“* (B19/2-7).

In Abschnitt 3.3 wurden verschiedene Tätigkeiten und das Engagement der befragten Alleinlebenden bereits ausführlich dargestellt. Die Interviews werden von vielen Befragten ebenfalls als eine Möglichkeit gesehen, sich einzubringen und zu helfen. Sie freuen sich, wenn sie durch das Gespräch einen Beitrag zur Verbesserung der Situation allein lebender Demenzzranke leisten können.

Um sich Anerkennung und Achtung zu verschaffen, erzählen die Betroffenen häufig und gerne von ihren früheren Leistungen und was sie in ihrem Leben oder zu Beginn der Krankheit noch alles konnten und geschafft haben (siehe dazu auch „Frühere Lebensinhalte und Lebensleistungen“)

4.5 Regelung persönlicher und finanzieller Angelegenheiten

Es ist vielen Betroffenen ein wichtiges Anliegen, so viele persönliche Entscheidungen wie möglich selbst zu treffen. Sie wollen ihre finanziellen Angelegenheiten häufig noch selbst regeln bzw. die Kontrolle darüber behalten. Herr Adler hat sich hierzu einen *„Einkommensbericht“* (A12/2) erkämpft, den ihm sein Betreuer nun regelmäßig zur Verfügung stellt. Frau Graf erzählt, sie habe

„bloß 500 Rente“ (G6/24) und träume nachts davon, viel Geld zu gewinnen (G6/9-12). Auch Frau Jakob berichtet von ihrem Bedürfnis nach finanzieller Unabhängigkeit: „Also ich reiche mit meinem Geld ... ich bin nicht anspruchsvoll.“ (J21/17-18). Und Frau Herm denkt noch ein Stück weiter: „Ich hab 'ne Rente, mit der komm' ich aus ... Ich hab auch was liegen, wenn irgendwas passieren sollte, dass ich unter die Erde komm'.“ (H18/28-19/1).

Für viele der Betroffenen bedeutet Selbstbestimmung auch, die eigene Zukunft zu planen und rechtzeitig zu entscheiden, was später viel leicht nicht mehr selbst entschieden werden kann. Sie verfassen eine Vorsorgevollmacht, eine Patientenverfügung oder ein Testament und sehen sich bereits heute alternative Wohnformen an.

4.6 Sicherheit

Auch wenn allein lebende Demenzkranke Gefahren häufig anders einschätzen und andere Risiken sehen als ihre Angehörigen, so ist es Ihnen sehr wichtig, im Wohnumfeld sicher zu leben. Frau Carsten berichtet über das Betreute Wohnen: „Und das muss ich sagen, also insofern bin ich ja hier viel ruhiger. Hier brauch' ich keine Angst zu haben.“ (C28/7-8). Die Gefahr zu stürzen und dann keine Hilfe holen zu können sowie die Angst vor Einbruch werden am häufigsten thematisiert. Häufige soziale Kontakte, persönlich oder über das Telefon, Notrufsysteme und Ansprechpartner für den Notfall, bei denen auch ein Schlüssel hinterlegt wird, dienen der höheren Sicherheit. Frau Blume bestätigt dies folgendermaßen: „Das ist wichtig zu wissen: ... wenn Not am Mann ist, ist jemand da, der einem helfen (kann) oder der für einen da wäre.“ (B33/29-30).

4.7 Bekanntheit und Akzeptanz der Erkrankung in der Öffentlichkeit

Die Befragten wünschen sich mehr Verständnis für Ihre Erkrankung in der Öffentlichkeit und im unmittelbaren Umfeld: „Mir ist einfach die Aufklärung nach wie vor enorm wichtig, ... die Menschen können's nicht nachvollziehen“, betont Frau Koch (K7/27-29). Gerade bei Behörden habe sie die Erfahrung gemacht, dass Mitarbeiter häufig nicht mit dem Thema Alzheimer umgehen können und verständnislos und verletzend reagieren (K7/17+K8/1-3). Die Betroffenen fühlen sich teilweise unverstanden, stigmatisiert, werden bemitleidet oder sogar beschimpft, wie Herr Adler berichtet (A5/6+17-

18). Nicht zuletzt aufgrund von Unwissenheit habe ihn ein Nachbar im Mietshaus einmal als „Faulpelz“ (A5/9) bezeichnet, als er vergessen hat, die in Süddeutschland übliche Kehrwoche zu machen. Menschen, die Bescheid wissen über seine Alzheimer-Krankheit, seien rücksichtsvoller (A6/29-33). Deshalb wünscht sich auch Herr Adler mehr Aufklärung, zum Beispiel eine Kampagne in seiner Heimatstadt und ein Erkennungszeichen für die Betroffenen: „Denn ich hätte das hier auch ganz gern. Da hinten am Auto hier ... so'n Kleber da; dass der Begriff Alzheimer, dass der ein bisschen mehr in die Bevölkerung reinkommt.“ (A7/5-7).

Auch Frau Koch hat die Erfahrung gemacht, dass Menschen, die über ihre Erkrankung informiert sind, eher Rücksicht nehmen (K7/13-15). Der offene Umgang mit der Alzheimer-Krankheit und ihr Engagement in der Alzheimer-Gesellschaft haben ihr außerdem Akzeptanz und Anerkennung verschafft (K1/28-33).

4.8 Wünsche an professionelle Hilfen

Einige der Betroffenen äußern konkrete Wünsche, die sie an Hilfen und (professionelle) Unterstützungsangebote haben. Hier sollte man genauer hinhören, wenn man sich fragt, warum viele der allein lebenden Demenzkranken zunächst jegliche Hilfe ablehnen. Bis zu einem gewissen Grad geschieht dies eventuell deshalb, weil momentane Unterstützungsangebote ihre spezielle Situation nicht berücksichtigen bzw. ihren besonderen Bedürfnissen nicht gerecht werden. In der Auswertung der Interviews fällt auf, dass die meisten Befragten professionellen Hilfen generell eher vorsichtig und skeptisch gegenüber stehen. Sie können sich kaum vorstellen, wie ihre Betreuung und Pflege später organisiert werden könnte bzw. welche Unterstützung für sie ganz individuell sinnvoll wäre. Frau Koch wünscht sich zunächst eine „Anlaufstelle“ (K7/7-12), die sich für die Belange von Demenzkranken zuständig fühlt und wo man sich jederzeit hinwenden kann. Allein lebende Demenzkranke brauchen mehr Beratung, Begleitung und Unterstützung bei der momentanen Organisation und zukünftigen Planung als Menschen mit Demenz, die von ihren Partnern oder Kindern unterstützt werden.

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Annahme von Hilfe ist Vertrauen (B35/7, K5/15-18). Unterstützungsangebote müssen sich folglich als unbedingt vertrauenswürdig

erweisen, denn die allein lebenden Demenzkranken sehen es nicht als selbstverständlich an, dass zum Beispiel die Schweigepflicht eingehalten wird und die Helfer „*nichts an die große Glocke hängen*“ (B35/12). Vertrauen muss erst wachsen. Dies setzt ein bestimmtes Maß an gegenseitiger Bekanntheit und somit Vertrautheit voraus, denn man sei bei „*Fremden ... schon etwas zurückhaltend*“ (B34/2-5), so Frau Blume. Gleichzeitig ist das richtige Maß an Hilfe wichtig, das nur für jeden Einzelnen, ganz individuell bestimmt werden kann. So sagt Frau Franke: „*Ich brauch' meine Ruhe ... Das ist mir viel wichtiger als Fremde immer ... Nicht, dass die hier bloß aushorchen kommen.*“ (F6/18-21).

Die Befragten wünschen sich, dass professionelle Unterstützungsangebote auf ihre Krankheit bzw. die demenziellen Einschränkungen Rücksicht nehmen, zum Beispiel ihre von der Tageszeit abhängige Form oder den Bewegungsdrang berücksichtigen (A15/15-24).

Gruppenangebote sollen homogen sein, sich zum Beispiel am gleichen Alter oder an ähnlichen Schweregraden der Demenz ausrichten oder entweder nur für Alleinstehende oder Ehepaare offen sein. Frau Carsten empfindet als Alleinlebende die Anwesenheit von Ehepartnern bei den Gruppentreffen als unpassend und störend, denn „*die Frauen und die Männer, also die Ehepaare, die haben ja eigentlich mit der Demenz gar nicht so viel zu tun ... Die nehmen einerseits Plätze weg für andere ... Ich hab ja auch keine Men- äh Mann mehr. Ich bin ja auch alleine da. Und die haben ja noch ihr Haus und ihren Mann und ihren Garten und alles.*“ (C22/15-23). Sie würde es sehr begrüßen, so sagt sie, wenn sie „*nur mit solchen Leuten zusammenkäme, die auch die Demenz haben ... Weil wir unter uns dann kräftiger werden. Einerseits kräftiger und andererseits kommt man mehr aus sich heraus.*“ (C25/6-9). Frau Carsten wünscht sich außerdem, dass man sich in den Gruppentreffen ausführlich mit dem Thema Demenz auseinandersetzen kann, ohne mit Kaffee trinken oder mit anderen, für sie belangloseren Themen Zeit zu vergeuden (C25/21-22, C26/18-22). Auch Frau Blume nimmt an einer Gruppe teil, denn „*wenn schon so was angeboten wird, soll man's dankbar annehmen.*“ (B5/6-7). Weiterführende Kontakte hätten sich allerdings leider keine ergeben, viele seien ja noch verheiratet und nach den Treffen fühle sie sich teilweise noch einsamer als vorher (B5/12-13). Eine über die einzelnen Gruppentreffen

hinausgehende Betreuung, z. B. mit weiteren Angeboten von Freizeitaktivitäten, wäre also wünschenswert. Auch die Gruppengröße kann entscheidend sein, ob sich jemand in einer Gruppe wohl fühlt oder nicht. Frau Herm fühlt sich in kleineren Gruppen am wohlsten (H2/1-5).

Konzepte von stationären Einrichtungen sollten laut den Wünschen der Betroffenen ebenfalls die verschiedenen Schweregrade einer Demenz berücksichtigen und diesbezüglich auf Homogenität in den Pflegebereichen achten. So möchte Frau Carsten nicht in ein Heim, weil dort alte Menschen leben, die „*vielleicht gar nicht richtig essen können und da hab ich dann gedacht: Mensch, das kann ja wohl nicht angehen, du bist ja noch einigermaßen... Das kann man ja dann, wenn man ganz, ganz alt ist, nicht?*“ (C13/12-15). Ihr wäre es vor allem wichtig, auch dann noch eine eigene kleine Wohnung für sich allein zu haben, wenn sie ins Heim ziehen sollte (C30/4+8). Ähnliches wünscht sich Frau Blume im Falle eines Auszugs aus dem Einfamilienhaus: „*Wenn, dann Betreutes Wohnen, wo ich eigentlich für mich bin, aber wenn Not am Mann ist, ist jemand da.*“ (B25/33-34). Wichtig seien aber nicht nur die eigenen vier Wände, sondern auch das bekannte Wohnumfeld: „*Wenn man da rüber zum Einkaufszentrum fährt, das ist ja fast alles Betreutes Wohnen. Und dann wäre man hier in der Nähe noch. Ich möchte nicht in die Stadt ziehen oder so, wenn schon in der vertrauten Umgebung bleiben. Ob man die Geschäfte braucht oder nicht, aber die Wege, die kennt man ja alles dann.*“ (B26/1-4).

Das Betreute Wohnen als Lösung zwischen ambulant und stationär wird bereits von zwei der Betroffenen, Frau Carsten und Frau Herm, in Anspruch genommen. Frau Carsten ist zwar glücklich über das erhöhte Maß an Sicherheit, würde sich aber noch etwas mehr Betreuung oder Unterstützung im hauswirtschaftlichen Bereich wünschen: „*Die Wäsche muss man selber machen und das Kochen muss man selber machen. Das ist ja schon alles genug, ne? Und Saubermachen ...*“ (C15/3-5).

Gute Betreuung (J18/23-25) und ein würdevoller Umgang (J18/32-19/3) sind für Frau Jakob die Hauptkriterien für eine gute stationäre Versorgung. Einrichtungen wie Pflege- oder Altenheime sind jedoch häufig negativ besetzt. So sagt Frau Blume: „*Nicht, dass die Häuser am Verfall sind, aber das ist alles so'n Geruch und so. Da strömt das Alter aus irgendwie ... es ist modern und so weiter, aber das ist auch Verfall.*“

(B25/7-11). Frau Carsten verbindet den Umzug in ein Pflegeheim mit dem Verlust von Selbstbestimmung und Identität: *„Sie werden befohlen in diesen Dingen, in diesen Altersheimen oder wie sie heißen. Wie wir da noch waren, ... haben sie auch den Eßraum gezeigt. Und da waren in dem Eßraum 48, die Demenz hatten. Nun stellen Sie sich mal vor, da komm' ich dann hin, so wie ich jetzt bin.“* (C13/1-10). Man müsse dann unter Menschen leben, die *„nicht mal eben die Eltern mehr erkennen, wenn die reinkommen und sagen: Mama oder Papa.“* (C29/23-25).

Ambulante Pflegedienste werden positiver beurteilt. *„Dass jemand zu mir kommt ist mir lieber, als wenn ich in ein Heim gehe.“* (H16/2-3), so Frau Herm. Auch Frau Graf wird von einem ambulanten Pflegedienst unterstützt. Sie könne sich nicht beklagen, sagt sie: *„Bis jetzt mach' ich noch alles alleine. Und wenn ich Hilfe brauche schnell, hab ich hier meine Leute.“* (G10/10-11). Frau Blume berichtet von einer Freundin, die für ihren Mann einen Pflegedienst beanspruche: *„Diese Hilfe ist schon toll.“* (B11/26). Es gebe auch einen Dienst in ihrer Nähe, sie habe sich aber noch keine Gedanken gemacht, ob das für sie in Frage käme (B28/33-34). *„Der holt einen aus dem Bett und legt ihn wieder rein“* (B28/19-20) und so weit sei es ja noch nicht.

Keine gute Meinung haben die meisten der Befragten über den fahrbaren Mittagstisch. Frau Carsten hat sich über ein Jahr *„Essen mit Rädern kommen lassen... Und das kann man zuletzt nicht mehr essen.“* (C15/8-9+13). Auch Frau Ernst ist sich sicher: *„Essen auf Rädern? Nein, dann machen wir lieber nur eine Suppe.“* (E5/31+33). Und Frau Jakob meint: *„Essen auf Rädern hat mir nicht geschmeckt.“* (J16/6).

Literaturverzeichnis

- Glaser, B.G./ Strauss, A.L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Strauss, A.L./ Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Angehörige allein lebender Demenzkranker kommen zu Wort

„Es ist schwierig, als Angehörige zu sagen, jetzt geht es nicht mehr.“ (Frau Amsel)

Ergebnisse einer Untersuchung von Claire Heyne

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Ergebnisse aus fünf qualitativen Interviews mit Angehörigen allein lebender Demenzkranker vorgestellt. Die Interviews wurden im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt. Zielsetzung der Untersuchung war es, mit Hilfe von Angehörigen-Interviews Einsichten in die spezielle Situation allein lebender Demenzkranker aus Sicht ihrer Angehörigen zu erhalten, um daraus Anforderungen an Unterstützungssysteme abzuleiten. Die Versorgungssituation von allein lebenden Menschen mit Demenz, die damit einhergehenden Belastungen und Wünsche der Angehörigen sowie deren Ängste und Sorgen, die mit Problemen und Risiken des Alleinlebens einhergehen, standen hierbei im Mittelpunkt.

Interviewpartner

Für die Interviews wurden Angehörige angesprochen, deren demenziell erkranktes Familienmitglied ohne andere Personen allein in seinem Haushalt lebt. Angehörige und Erkrankte durften außerdem nicht am gleichen Ort wohnen. Der Kontakt kam überwiegend über das bundesweite Alzheimer-Telefon der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. zustande. Eine Übersicht der Interviewpartner (Daten anonymisiert) enthält die folgende Tabelle.

Die Quellenangaben im Text setzen sich wie folgt zusammen: Kürzel des jeweiligen Interviewpartners, nach dem Schrägstrich folgt die Seitenzahl des Transkriptes (z. B. I-2/5); auf Zeilenangaben wurde verzichtet.

Ergebnisse der Interviews

1. Situation und Alltagsbewältigung allein lebender Menschen mit Demenz aus Sicht der Angehörigen

Hilfe- und Pflegebedarf

Vier Erkrankte haben bereits einen anerkannten Pflegebedarf der Pflegestufe 1 nach SGB XI. Bei der Mutter von Frau Amsel war zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht über einen gestellten Antrag auf Leistungen zur Pflegeversicherung entschieden worden.

Laut Auskunft der befragten Angehörigen haben alle Betroffenen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Schweregrade sind dabei sehr verschieden. Während einige Erkrankte ihre tägliche Körperhygiene

Interview	I-1	I-2	I-3	I-4	I-5
Befragte Person	Frau Amsel	Frau Becker	Frau Klee	Herr Cäsar	Frau Mai
Alter	53 Jahre	56 Jahre	51 Jahre	34 Jahre	45 Jahre
Berufstätigkeit	ja	ja	Hausfrau	Student	Frührentner
Erkrankte/r Angehörige/r	Mutter, 86 J.	Mutter, 87 J.	Onkel, 86 J.	Mutter, 77 J.	Mutter, 82 J.
Demenztyp	Vaskuläre Demenz	Demenz	Alzheimer-Demenz	Alzheimer-Demenz	Alzheimer-Demenz
Wohnungsart/ Entfernung zu befragter Person:	Eigenheim ca. 40 km	Eigenheim ca. 8 km	Mietwohnung ca. 9 km	Eigenheim ca. 600 km	Eigenheim ca. 300 km

bis auf Unterstützung beim Baden und Duschen noch weitgehend selbst verrichten und kleinere Einkäufe tätigen (I-2/8; I-4/8+13; I-5/9+11), schildern zwei Interviewte erhebliche Einschränkungen und einen ausgeprägten Unterstützungsbedarf bei ihren erkrankten Angehörigen. Frau Klee berichtet, dass sich ihr Onkel nur noch die Zähne selbst putzen kann: „...allein waschen und rasieren kann er sich nicht mehr... Von sich aus würde er auch nicht trinken, wenn man ihn dazu nicht animiert. Er bekommt mittags das Essen auf Rädern, das isst er, aber er bekommt jetzt Gerichte, die man nicht mehr mit Messer und Gabel zerlegen muss, weil ihm das auch Schwierigkeiten bereitet.“ (I-3/7). Die Mutter von Frau Amsel ist nach einem Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer Exsikkose ebenfalls sehr eingeschränkt und kann bis heute nur wenige Stunden allein gelassen werden: „Am Anfang war sie so wackelig auf den Beinen, dass man Angst haben musste, sie stürzt. Da konnte man sie überhaupt nicht ohne Betreuung lassen. Jetzt ist es besser, man kann sie auch mal eine Stunde oder so allein lassen mit einer Zeitung, so dass sie beschäftigt ist. Aber ganz allein, das geht zurzeit nicht.“ (I-1/5).

Häusliche Umwelt als Ressource

Nicht nur die Betroffenen selbst, auch ihre Angehörigen beschreiben die häusliche Umgebung als wichtige Ressource. Die vertraute Umgebung bietet Sicherheit und Geborgenheit und ermöglicht Orientierung, auch wenn die Vertrautheit aufgrund der Krankheit immer mehr nachlässt.

Frau Amsel fasst die Bedeutung der Wohnung für ihre Mutter folgendermaßen zusammen: „Ich denke, sie weiß auf einer Seite, dass das ihre vertraute Umgebung ist. Auf der anderen Seite schwankt sie hin und her, ob das jetzt die Wohnung ist, in der sie als Kind gewohnt hat, als Kind beim Großvater war oder ob es die Wohnung ist, in der sie ihre Kinder aufgezogen hat. Diese Wohnung erfüllt praktisch alle drei Komponenten, und ich denke, das einzig Wichtige daran ist, dass es ihr vertraut ist, dass sie zum Beispiel ihr Klo findet oder weiß, dort ist mein Schlafzimmer.“ (I-1/4). Sie erlebt auch, dass die vertraute Umgebung ihrer Mutter Lebensfreude vermittelt und sich ihr Zustand nach dem Krankenhausaufenthalt wieder bessert: „Es war eigentlich schon so weit, dass ich gesagt habe, es geht nicht mehr. Aber jetzt fühlt sie sich wieder besser und das Erfreuliche ist, wir waren spazieren und sie nimmt ihre Umgebung wahr. Sie sagt mir dann, wir müssen da vorn nach

links und dann wieder links. Sie kennt sich schon aus und hat auch Freude daran, dass sie das alles wieder erkennt und deswegen denke ich, es wäre nicht gut, wenn sie jetzt irgendwo anders hinkäme.“ (I-1/7).

Frau Becker sieht in der häuslichen Umwelt ihrer Mutter einen stabilisierenden Faktor: „Ich glaube, wenn sie wirklich in ein Heim käme, dann wäre sie ganz weg. Da würde sie sich überhaupt nicht mehr zurechtfinden. Zu Hause findet sie sich zurecht, weil sie alles kennt.“ (I-2/10). Die vertraute Umgebung ermöglicht es ihrer Mutter auch, noch allein aus dem Haus zu gehen und ein Stück Eigenständigkeit zu leben: „Sie geht selbst durch den Ort oder zum Friedhof oder spazieren. Das macht sie noch.“ (I-2/8).

Die Erkrankten äußern ihren Angehörigen gegenüber den starken Wunsch, in ihrem eigenen Haushalt zu bleiben. Die Mutter von Herrn Cäsar macht dies besonders deutlich: „Sie geht nur auf der Bahre raus. Das sind ihre Worte und ist auch ihre Ansicht, das war schon immer so. Sie will in kein Heim, sie will nirgendwo anders hin.“ (I-4/13).

Art und Umfang der Unterstützung durch die Angehörigen

Alle befragten Angehörigen unterstützen die Erkrankten je nach zeitlichen Ressourcen und der wohnräumlicher Entfernung. Mit Ausnahme von Frau Becker sind sie auch die Bevollmächtigten. Sie übernehmen vor allem administrative und organisatorische Aufgaben wie Behördengänge, Begleitung zu Ärzten, die Regelung der Finanzen, die Erledigung von Einkäufen und haushaltsbezogene Hilfen.

Bei geringerer wohnräumlicher Distanz erfolgt die haushaltsbezogene Hilfe regelmäßig ein- bis zweimal in der Woche, wobei auch die Annahmefähigkeit der Erkrankten eine Rolle spielt, wie Frau Becker schildert: „Ich würde auch gern zweimal sauber machen in der Woche, aber das lässt meine Mutter nicht zu. Ich habe schon bei einem Mal Ärger.“ (I-2/7).

Auch Frau Klee unterstützt ihren Onkel regelmäßig: „Zweimal in der Woche bin ich auf alle Fälle bei ihm. Ich mache die Wäsche. Die Frau von der Nachbarschaftshilfe putzt. Aber ihn bei Arztbesuchen begleiten, Medizin besorgen, den Kontakt zum Pflegedienst halten und die Wäsche, das mache ich.“ (I-3/5).

Frau Mai fährt mindestens zwei verlängerte Wochenenden im Monat zur Unterstützung

zu ihrer Mutter und telefoniert ansonsten mehrmals täglich mit ihr: „*Ich rufe mindestens zwei- bis dreimal am Tag an. Morgens sozusagen den Morgengruß, abends ihren Abendgruß und zwischendurch, um sie an irgendetwas zu erinnern, wenn irgendetwas Besonderes anliegt.... Oder ich erinnere sie daran, dass ihre Haushaltskraft um halb elf kommt. Oder ich erinnere sie daran, dass um 15 Uhr die Frau kommt für die zusätzlichen Betreuungsleistungen, also zum Gedächtnisraiding.*“ (I-5/6).

Die Interviews zeigen, dass Angehörige trotz der zum Teil erheblichen Entfernung einen großen Teil an Unterstützung übernehmen, wozu auch das Initiieren, Organisieren und Koordinieren der Hilfen vor Ort gehört. Wie aus den Zitaten bereits hervorgeht, sind weitere Hilfen in die Versorgung eingebunden.

Art und Umfang der Unterstützung durch professionelle Dienste und Einrichtungen

Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung der Erkrankten. Durch sie wird bei allen Betroffenen die tägliche Medikamentengabe sichergestellt. Herr Cäsar weist darauf hin, dass er hierüber auch Sicherheit erfährt, was den Zustand seiner Mutter betrifft: „... *die Katholische Sozialstation, die kommt jeden Morgen und verabreicht ihr die Tabletten. Das ist auch gut, da habe ich die Sicherheit, dass einmal am Tag jemand meine Mutter sieht. Wenn sie meine Mutter nicht sehen oder irgendetwas komisch ist, rufen sie mich an.*“ (I-4/10).

Mit Ausnahme der Mutter von Herrn Cäsar stehen den Erkrankten die professionellen Pflegekräfte auch bei körperbezogenen Verrichtungen und im Bereich der Ernährung zur Seite. Das Spektrum reicht dabei von ein- bis zweimaliger Hilfe in der Woche beim Duschen oder Baden bis zu täglich mehrmaliger Unterstützung bei der Grundpflege (I-2/5, I-3/2, I-5/9). Die Versorgungsleistungen durch den Pflegedienst sind bei der Mutter von Frau Amsel besonders umfangreich: „*Wir haben das jetzt dahingehend intensiviert, dass tagtäglich jemand vom Pflegedienst kommt und sie unterstützt beim Aufstehen und Frühstückmachen und abends Zubettgehen. Nachmittags wird noch das Abendessen angerichtet usw. Insgesamt kommt der Pflegedienst jetzt mindestens viermal am Tag*“ (I-1/5). Frau Amsel äußert, dass die Hilfen mitunter anstrengend für ihre Mutter sind: „*Manchmal ist meiner Mutter das alles zu viel. Vor allem, wenn das Personal häufig*

wechselt. Manchmal ist sie auch ganz dankbar, weil sie gern Gesellschaft hat und gern mit jemandem spricht“ (I-1/6). Zusätzlich kommt noch eine Mitarbeiterin des Pflegedienstes zweimal in der Woche je zwei Stunden für Betreuungsleistungen wie Reden und Spazierengehen, was privat finanziert wird (I-1/5).

Nur die Mutter von Herrn Cäsar nimmt eine Tagespflege in Anspruch. Dabei handelt es sich um eine gerontopsychiatrische Einrichtung, in der sie fünf Tage in der Woche ganztags betreut wird (I-5/7). Herr Cäsar steht der Tagespflege sehr positiv gegenüber. Er glaubt, dass sie seiner Mutter neben der vertrauten Häuslichkeit einen wichtigen Halt gibt, und betont den günstigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf: „*Das ist meines Erachtens definitiv auf dieses Haus (die Tagespflege, Anm. d. Verf.) zurückzuführen, dass sich ihr Zustand nicht weiter verschlechtert hat. Regelmäßiges Essen, regelmäßige Ansprache, die gehen mit ihr spazieren, sie macht dieses und jenes. Sie will das so und sie mag das so und sie hat daheim ihre vertraute Umgebung.*“ (I-4/17).

Art und Umfang der Unterstützung durch sonstige Hilfen

Eine weitere Hilfe, die regelmäßig von drei Erkrankten genutzt wird, stellt der fahrbare Mittagstisch dar. Frau Becker beschreibt dabei die Tiefkühlkost, die am Wochenende geliefert wird, als Problem: „*Das Essen auf Rädern kommt jeden Tag außer am Wochenende. Samstag/ Sonntag würde es Tiefkühlkost für die Mikrowelle geben, aber meine Mutter hat keine Mikrowelle, damit könnte sie auch nicht mehr umgehen. Wir haben dann gesagt: Wenn sie die ganze Woche über ordentlich isst, reicht es auch, wenn sie mal ein Butterbrot macht oder sich selbst etwas warm macht. Sie macht sich ja immer noch was.*“ (I-2/7).

Der Onkel von Frau Klee wird mehrmals in der Woche zur Mittagszeit durch eine Frau der Nachbarschaftshilfe unterstützt. Sie erledigt auch Einkäufe und das Säubern der Wohnung (I-3/2+5).

Eine private Haushaltshilfe wird von einer Erkrankten genutzt. Für Frau Mai war dabei besonders wichtig, dass ihre Mutter neben den wechselnden Pflegekräften der Sozialstation eine feste Bezugsperson hat und verschiedene Hilfen aus einer Hand erfährt, wobei das Prinzip der Aktivierung im Vordergrund stehen sollte: „*Ich dachte mir: Gut, wenn es auf Haushaltshilfe hinausläuft, dann möchte ich das alles in einer*

Hand haben. Dass die Haushaltshilfe putzt, die Ansprache macht und auch das Essen und die Wäsche. Aber das nicht für meine Mutter, sondern mit ihr macht. Denn das, was sie noch kann, soll aufrechterhalten bleiben.“ (I-5/9).

Nachbarn leisteten in keinem der Fälle praktische Unterstützung, standen den Angehörigen jedoch als wichtige Ansprechpartner für Notfälle zur Verfügung.

Probleme in der Versorgung

Ermittlung des Unterstützungsbedarfs

Um gezielt helfen und unterstützen zu können, ist es notwendig, den entsprechenden Hilfebedarf zu ermitteln. Es stellt sich heraus, dass dies bei allein lebenden Demenzkranken für die Angehörigen oft nicht einfach ist. Herr Cäsar erzählt rückblickend: *„Das ist früher immer die Schwierigkeit gewesen: Wie kann man sich um sie kümmern, was macht sie denn noch allein?“ (I-4/4).* Auch Frau Amsel berichtet: *„Das Problem ist, wenn man fragt: ‚Kommst du zurecht‘, lautet die Antwort: ‚Ja, alles klar. Mach ich alles selbst‘. Aber im Grunde war sie fehlernährt ab einem bestimmten Zeitpunkt“ (I-1/1).* Insbesondere für weit entfernt lebende Angehörige ist es schwer, sich ein Bild vom Zustand des Erkrankten zu machen und seine Kompetenzen realistisch einzuschätzen. Das Beispiel von Frau Mai zeigt, wie wichtig regelmäßige Kontakte sind, um Einschränkungen zu erkennen. Frau Mai bemerkte in den täglichen Telefonaten mit ihrer Mutter einen weiteren Hilfebedarf in Bezug auf die Nahrungszubereitung: *„Wenn ich meine Mutter anrief, hieß es immer: ‚Ich habe Reisbrei gekocht‘. Drei Tage hintereinander Reisbrei. Da habe ich gemerkt: Das klappt nicht mehr, das geht so nicht weiter.“ (I-5/9).*

Hilfe etablieren

Die ablehnende Haltung der Erkrankten gegenüber Hilfen wurde von den Angehörigen in allen Interviews als Problem benannt. Insbesondere die Einbeziehung fremder Hilfskräfte wird von den Erkrankten nur schwer akzeptiert.

„Das Problem ist, dass meine Mutter sehr schnell sagt: ‚Das will ich nicht!‘ und alles abblockt. Deswegen kam am Anfang jemand, der sich um sie gekümmert hat, und wir haben dann gesagt, diese Person ist von einem Verein für Senioren. Da kam jemand, der war nett und hat mit ihr irgendwas gemacht, das fand sie dann gut.“ (I-1/5-6). Dieses Beispiel zeigt zudem, dass

Unterstützungsangebote eher angenommen werden, wenn der Hilfecharakter nicht im Vordergrund steht.

Herr Cäsar konnte durch langsames Annähern erreichen, dass seine Mutter die Tagespflege angenommen hat: *„Ich habe gemerkt, wenn man das so langsam anschubst; anfänglich war ich ja immer dabei bei diesen Nachmittagen und war mit meiner Mutter in diesem Haus (der Tagespflege, Anm. d. Verf.) und habe sie dort vorgestellt, dass sie das mal sieht. Sie einfach nur hinschicken, das kann man vergessen. Sie braucht jemanden, an den sie sich halten kann. Und Sohn fand sie natürlich ganz gut, da hakt sie sich immer schön bei mir ein und dann guckt sie: Ah, das ist das und das. Und so habe ich das lanciert.“ (I-4/13).*

Frau Becker verweist in diesem Zusammenhang auf einen wichtigen Aspekt. Hinter der ablehnenden Haltung der Erkrankten könnten auch Ängste vor dem Verlust der Häuslichkeit und somit auch der Selbständigkeit stecken: *„Ich nehme an, das ist auch der Grund, warum sie keine Hilfe will. Sie meint, wenn sie Hilfe annimmt, ist sie bald im Altenheim. Solange sie noch alles selber machen kann, müsste sie auch nicht in ein Altenheim, so denkt sie.“ (I-2/13).*

2. Risiken des Alleinlebens mit Demenz

Die von den Angehörigen benannten Risikobereiche betrafen Ernährung, Sturzgefahr, Umgang mit Gas und elektrischen Geräten, nächtliches Verlassen der Wohnung und sich Verirren.

Trotz der Bemühungen der Angehörigen ist die Ernährung nicht immer gewährleistet. Herr Cäsar bemerkt, dass seine Mutter Schwierigkeiten mit dem gelieferten Essen hat: *„Sie kriegt ja das Essen am Wochenende. Und das macht sie sich dann warm. Allerdings ist mir auch schon mal aufgefallen, dass sie es vielleicht vergessen hat. Als ich montags kam, in die Mikrowelle guckte, da stand das Essen noch drin“ (I-4/12).* Bei einer Erkrankten kann die Nahrungsaufnahme nur durch Motivation sicher gestellt werden: *„Man muss sie irgendwie motivieren, dass sie trinkt und isst... Sie bekommt ja täglich ihr Essen. Wenn ich da bin, dann bleibe ich dabei. Der Pflegedienst bleibt natürlich nicht dabei, aber versucht wahrscheinlich, sie zu ermutigen.“ (I-1/9).*

Ein besonderes Risiko stellt bei allein lebenden Demenzkranken die Exsikkose, d. h. Austrocknung durch zu wenig Flüssigkeit, dar. Zwei Erkrankte waren aus diesem Grund bereits in krankenhausesärztlicher Betreuung (I-1/4, I-3/1).

Frau Klee bringt die Problematik deutlich zum Ausdruck: „Egal, wo ich gefragt habe, auf diesen Selbsthilfegruppentreffen oder beim Pflegedienst, es gibt kein Patentrezept. Wenn nicht einer daneben steht und sagt, ‚du trinkst jetzt‘, dann trinken sie nicht.“ (I-3/14).

Der Umgang mit hauswirtschaftlichen Geräten wird von fast allen Angehörigen als Problem-bereich beschrieben. Eine Gefahrenprävention erfolgte hier jedoch nur durch Frau Klee. Sie ließ bei ihrem Onkel eine Herdsicherung einbauen (I-3/9). Häufig reagieren die Angehörigen erst bei konkreten Vorfällen und setzen die Geräte dann meist außer Betrieb. Die Mutter von Frau Amsel benutzte ihren Gasherd, um sich zu wärmen, und vergaß ihn dann auszuschalten. Frau Amsel fällt es schwer, in die Autonomie ihrer Mutter einzugreifen, um Gefahren abzuwenden: „Am Anfang haben wir uns nichts dabei gedacht. Aber neben dem Herd steht eine Waschmaschine. Manchmal legt meine Mutter ihre Zeitungen auf die Waschmaschine. Als wir das bemerkt haben, haben wir handeln müssen. Eine Weile haben wir diese Gratwanderung ausgehalten. Das war vielleicht schon fahrlässig. Es ist schwierig, als Angehörige zu sagen, jetzt geht es nicht mehr.“ (I-1/3). Frau Becker beobachtet angebrannte Herdabdeckplatten bei ihrer Mutter, toleriert dies aber bislang, da sich ihre Mutter kleinere Gerichte wie Suppen u. ä. noch selbst aufwärmt (I-2/7).

3. Belastungen der Angehörigen

Psychische Belastung

Ein Großteil der Interviewpartner fühlt sich durch die Betreuungssituation psychisch belastet. Der Umstand des Alleinlebens der Demenzerkrankten löst bei ihnen Ängste und Sorgen aus. Alle Angehörigen haben daher bereits Vorsorge für eine mögliche stationäre Versorgung getroffen. Auch Verhaltensweisen der Erkrankten werden oft als belastend erlebt.

Frau Amsel belastet die Verantwortung und die Frage, ob sie mit der häuslichen Versorgung ihrer Mutter das Richtige tut: „Da ist diese Entscheidung, an die man dauernd denkt. Das ist so eine Gratwanderung für mich, mache ich es richtig oder mache ich es falsch. Hätte ich sie schon längst in ein Heim stecken sollen oder nicht?“ (I-1/8).

Frau Becker belastet besonders die Abwehraltung ihrer Mutter: „Meine Mutter hat nie Hilfe angenommen und wir wissen einfach nicht, wie wir damit umgehen sollen... Wenn ich anbiete, bei ihr zu putzen, und sie will das nicht, dann gibt es noch

Ärger. Ich mache das jetzt einfach trotz Ärger. Das ist sehr belastend, muss ich Ihnen sagen. Manchmal habe ich meine Mutter wirklich 14 Tage nicht besucht, weil ich es nicht mehr ausgehalten habe“ (I-2/5).

Herr Cäsar hat große Probleme, die Erkrankung zu verstehen: „Ich studiere einen Ingenieurberuf, da geht es um Logik, Zahlen. Bei Alzheimer ist man an einem Punkt angelangt, da nützt keine Formel mehr was, ... Ich habe echt oft geweint deswegen.“ (I-4/20).

Zeitliche Belastung

Mehrheitlich werden von den Befragten Einschränkungen in zeitlicher Hinsicht angegeben. Herr Cäsar äußert dazu: „...was sich jetzt bei mir geändert hat ist, dass diese Krankheit mein Leben schon massiv beeinträchtigt in punkto Management, Freiheit, Zeit. Immer, wenn ich in Bremen bin und nicht frei habe, muss ich mich auch um meine Mutter kümmern.“ (I-4/16). Zeitaufwändig sind für ihn auch die organisatorischen Angelegenheiten: „Man muss auch die vielen Stunden, die man kämpfen muss, aufbringen und die Telefonate und das ganze Zeug mit der Pflegeversicherung, mit den Anmeldeformularen, mit der Stadt, mit der Bank und mit den Ärzten erledigen.“ (I-4/15).

Frau Mai ist ebenfalls sehr eingeschränkt: „Es ist natürlich eine enorme zeitliche Einschränkung, so dass ich nicht mehr mein Leben komplett selbst zur Verfügung habe... Es bleibt vieles liegen von meinem eigenen Leben. Ich schaffe es nicht, das zu organisieren. Da schreibe ich dann eher Briefe für meine Mutter an die Pflegekassen oder erledige irgendwelche anderen Angelegenheiten für sie.“ (I-5/13-14). Für Sozialkontakte bleibt ebenfalls wenig Raum: „... hier bin ich dann ein bisschen gestresst und gehetzt und kann die Kontakte nicht so aufrechterhalten oder muss mich entschuldigen.“ (I-5/14).

Belastungen in Bezug auf professionelle Hilfen

Von schlechten Erfahrungen mit professionellen Hilfen berichten drei Angehörige.

Diese Erfahrungen betrafen ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, eine Hausärztin und den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Eine Hausärztin legte nach 15 Jahren die Betreuung der Erkrankten nieder, weil sie der Therapieempfehlung des Neurologen nicht folgen wollte. Frau Mai beschreibt dies als Schock: „Kann eine Ärztin einfach die Behandlung

abgeben, ohne dass einer im Hintergrund ist, ohne dass wirklich einer da ist, der es weitermacht? Das war der Schock für beide Seiten, für meine Mutter und für mich.“ (I-5/1).

Herr Cäsar war sehr verärgert über eine Mitarbeiterin des MDK, die trotz der Information über die Demenzerkrankung seinen Angaben wenig Beachtung schenkte und bei der Begutachtung fehlendes Verständnis für die Situation zeigte. Für Herrn Cäsar ist dies heute noch ein Kapitel, das ihn „zur Weißglut bringt“ (I-4/7).

Hinsichtlich der ambulanten Pflegedienste stört die Angehörigen die Unzuverlässigkeit und die häufigen Wechsel der Pflegekräfte. Frau Amsel beklagt, „dass die Betreuerin (Mitarbeiterin des Pflegedienstes, Anm. d. Verf.) an einem Tag nur 20 Minuten da war, das Essen hingestellt hat und dann wieder wegging, weil irgendetwas anderes war... Es passiert auch, dass jemand sagt, ich komme später wieder und wasche ihre Mutter und dann kommt niemand.“ (I-1/6). Frau Becker hat nach einem Vorfall Zweifel, ob die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht werden: „Nach zwei Anrufen beim Pflegedienst konnte ich dann erfahren, dass der Pfleger an dem Tag angeblich zu einer späteren Zeit bei meiner Mutter war, weil er zuvor noch etwas anderes tun musste. Ob er später dann bei meiner Mutter war, weiß ich nicht wirklich“ (I-2/6). Frau Mai fühlt sich durch die Sozialstation noch zusätzlich belastet: „Es ist ja nicht so, dass alles glatt läuft mit der Sozialstation. Der eine vergisst die Medikamente rechtzeitig zu bestellen. Dann ist meine Mutter zwei Tage ohne Schmerzmittel. Das kann nicht sein. Das fällt mir auf und dann muss ich dafür sorgen, dass das in Zukunft rechtzeitig beachtet wird. Das kommt einfach vor. Oder ich hatte die Sozialstation auch stellvertretend für die Putzhilfe ... und da kam jedes Mal jemand anderes. Und da habe ich gesagt: Das geht so nicht. Da weiß ja die eine Hand wieder nicht, was die andere tut, was schon geputzt ist und so. Da habe ich Listen gemacht, die sie abhaken sollten. Damit ich dann sehe, was liegen geblieben ist, das kann ich dann am Wochenende machen. Das ist sehr anstrengend, dass ich dann immer noch so hinterher gucken muss.“ (I-5/14-15).

Umgebungsbedingte Belastungen

Häufig sehen sich die Angehörigen mit Vorwürfen von Nachbarn konfrontiert, die ihre Leistungen nicht anerkennen und meinen, dass sie sich nicht genügend kümmern. „Für die Nachbarn heißt das ja: Da kümmert sich keiner drum. Und es

werden Geschichten erzählt, das ist unglaublich. Was sich die Nachbarn erzählen, also das habe ich mir in den kühnsten Träumen nicht vorstellen können.“ (I-4/13).

Frau Mai lehnt diesbezüglich auch ab, die Erkrankung ihrer Mutter im Ort offen zu legen. Sie glaubt, dass ihre Mutter dann gemieden wird: „Ich vermute, dass die wenigsten so umgehen würden mit ihr, wie ich mir das wünsche. Nämlich, dass sie sagen: ‚Sie ist vergesslich, aber trotzdem kann sie dabei sein, beim Kaffeeklatsch oder bei den Seniorentreffen. Wir holen sie ab und dann geht das schon.‘ Sondern dass sie eher sagen würden: ‚Mit der kann man ja nicht mehr reden. Die hat Alzheimer, ach das ist ja schlimm. Die kann man doch nicht mehr allein lassen, warum machen die Töchter das?‘“ (I-5/11).

4. Wünsche der Angehörigen

Die Befragten wünschen sich mehrheitlich unterstützende Leistungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Frau Becker würde gerne mehr Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen und wünscht sich hierzu mehr finanzielle Unterstützung: „Ich hätte einfach gern eine Pflegestufe mehr, mehr Geld und dass der private Pflegedienst häufiger kommt, nicht nur ein- oder zweimal die Woche zum Baden, sondern einfach häufiger. Nach Möglichkeit jeden Tag, vielleicht morgens auch zum Ankleiden und abends noch einmal, also regelmäßig.“ (I-2/12).

Frau Amsel würde gerne eine Tagespflege in der Nähe nutzen, sieht aber Beförderungprobleme: „Bei uns in der Nähe gibt es zwar eine Tagespflege in diesem Altenheim, wo zusammen gekocht wird und auch Gedächtnistraining und Beschäftigungstherapie stattfindet, aber das Problem ist, dass meine Mutter ja gewaschen, angezogen und hingebraht werden muss. Außerdem muss sie auch dort bleiben wollen. Das ist alles ein bisschen schwierig. Wenn man jemanden hätte, der sie hinbringt und wieder abholt und wenn es ihr nicht gefällt eher abholt – so etwas in der Art.“ (I-1/8).

Den gleichen Wunsch äußert auch Frau Mai: „Hier in der Stadt kenne ich eine Tagespflege oder ich habe hier Tagespflegeeinrichtungen besichtigt und weiß, dass man dort eher kulant umgeht, den Rhythmus der Damen und Herren berücksichtigt. Man kann für ein paar Stunden kommen, man kann für einen ganzen Tag kommen, das ist hier im Stadtgebiet gut zu bewerkstelligen. Aber über

20 km für zwei oder drei Stunden, das lohnt sich nicht. Ich bin noch dabei zu recherchieren, ob das im Rahmen der zusätzlichen Betreuungsleistung von 2.400 € im Jahr ab 1. Juli vielleicht doch noch irgendwo Niederschlag findet, dass sich irgendeine Sozialstation damit beschäftigt.“ (I-5/14).

Frau Klee wünscht sich mehr Sensibilisierung der Öffentlichkeit für das Thema Demenz: „Vielleicht müsste man das als Schulfach einführen. So wie man Elternkurse macht, wenn ein Baby erwartet wird. In dem Alzheimer-Jahr gab es diese Postkarten – Supermarktkassiererin: ‚Sie haben heute schon zum 3. Mal das Gleiche eingekauft, soll ich etwas unternehmen?‘ Oder ein Busfahrer war damals auch dabei: ‚Wir haben hier einen Fahrplan und der weiß nicht mal, wo er hin will.‘ Also schon irgendwie Aufklärung, so dass man, wenn man irgendwo jemanden rumgeistern sieht, überlegt: ‚Spreche ich ihn an? Was mache ich mit dem?‘“ (I-3/16).

Herr Cäsar wünscht sich mehr Beratung durch die Sozialstation und gezieltes Hinlenken zu beratenden Einrichtungen: „Irgendwann habe ich dann über fünf Ecken erfahren: Das (Anziehen der Stützstrümpfe, Anm. d. Verf.) könnte auch die Katholische Sozialstation machen... Aber dass die von allein auf die Idee kommen würden und sagen: ‚Na ja, wir wissen ja, aber sollen wir es Ihrer Mutter nicht anziehen? Da müssten Sie mal zum Arzt gehen und so eine Verordnung holen. Dann machen wir das mit, kostet keinen Cent mehr.‘ Kommt keiner auf die Idee. So was würde ich mir auch mal wünschen. Dann würde ich mir auch wünschen, dass eher zu Einrichtungen wie z. B. dieser hier gelenkt wird. Dass man Infomaterial erhält. Wenn man sich nicht selber kümmert, hat man verloren.“ (I-4/19).

Fazit der Untersuchung

Auch diese Studie bestätigt, dass allein lebende demenzkranke Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit verbleiben möchten. Das stellt für Angehörige eine besondere Herausforderung dar. Die Interviewpartner beschrieben oftmals eine Gratwanderung. Einerseits möchten sie ihrem erkrankten Familienmitglied die gewohnte häusliche Umgebung möglichst lange erhalten, da sie darin eine wichtige Ressource sehen, andererseits erleben sie die Situation auch als grenzwertig. Alle Angehörigen hatten bereits Vorsorge hinsichtlich einer stationären Unterbringung getroffen, es fiel ihnen jedoch schwer,

einen konkreten Anlass oder Zeitpunkt für einen Umzug zu benennen.

Die Interviews zeigten zudem, dass auch Angehörige, die nicht im selben Haushalt mit dem Pflegebedürftigen leben, stark belastet sind. Als besonderes Problem erwies sich in allen Fällen die ablehnende Haltung der Betroffenen gegenüber Hilfen.

Es bleibt festzustellen, dass noch viel Unwissenheit im Umgang mit Demenzkranken besteht und es weiterer permanenter Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit bedarf, um Erkrankte wie Angehörige zu entlasten.

Anmerkung:

Diese Untersuchungsergebnisse sind der unveröffentlichten Diplomarbeit von Claire Heyne (2008) „Zur Situation alleinlebender Demenzkranker und ihrer Angehörigen aus Sicht der Angehörigen“ entnommen. Einzusehen ist diese in der Bibliothek der Alice-Salomon-Hochschule Berlin (Alice-Salomon-Platz 5, 12627 Berlin, Tel.: 030/992 45-385/-386 Ausleihe, www.asfh-berlin.eu).



4. Teilhabe und Versorgung

Teilhabe und Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz – eine neue Herausforderung für die kommunale Daseinsfürsorge

unter Mitarbeit von Angelika Trilling, Referat für Altenarbeit der Stadt Kassel

Städte, Landkreise und Gemeinden werden aufgrund des demographischen Wandels zunehmend mit der Frage konfrontiert, wie sie ihre Verantwortung zur Sicherung von Teilhabe und Versorgung auch Bürgern gegenüber wahrnehmen können, die von Demenz betroffen sind und nicht auf Unterstützung und soziale Einbindung in gewachsene familiäre Netze bauen können. Dabei geht es sowohl um strukturelle Fragen der Ausgestaltung von Kooperationsbeziehungen und der Kulturentwicklung wie um die Aufgabe, konkrete Hilfen zu entwickeln und sicher zu stellen. Ein Maximum an Selbstbestimmung, Integration und Normalität für die Betroffenen sollte dabei oberstes Ziel sein.

Ausgangslage

Zu den Herausforderungen, vor die der demographische Wandel die örtliche Ebene stellt, gehört mit dem steigenden Durchschnittsalter der Bevölkerung auch der Anstieg der Zahl der Menschen, die von einer Demenz betroffen sind. Eine besonders vulnerable Gruppe stellen hierbei die allein lebenden Erkrankten dar. Bislang finden sie in der Regel weder in den bestehenden Unterstützungs- und Betreuungsangeboten noch in den Konzepten der kommunalen Altenhilfe ausreichend Berücksichtigung. Dies hat mehrere Gründe:

- Die öffentliche Wahrnehmung der Demenz und die daraufhin entwickelten Unterstützungssysteme rücken bislang vor allem die pflegenden Angehörigen ins Zentrum der Aufmerksamkeit und Hilfe. Sie sind es, die in der Regel – wenn auch häufig immer noch recht spät – extern Rat und Hilfe einholen.
- Grundsätzlich hängt die soziale Einbindung allein lebender (älterer) Menschen davon ab, dass sie selbst aktiv werden und den sozialen Kontakt und die Hilfe anderer suchen. Dies fällt älteren Menschen häufig dann besonders schwer, wenn sie eher zurückgezogen leben und sich gesundheitliche Einschränkungen, wie z. B. bei einer Demenz, schleichend bemerkbar machen. Zusätzlich fehlt Menschen mit Demenz krankheitsbedingt oft die Einsicht, dass sie Hilfe brauchen. Sie ziehen sich noch mehr zurück und versuchen, so lange wie möglich „irgendwie“ mit ihrer Situation zurecht zu kommen.

- Menschen, die nur sporadisch mit den Erkrankten in Kontakt stehen, bemerken häufig sogar ein fortgeschrittenes Stadium einer Demenz nicht. Sie lassen sich von der „Fassade“ täuschen.
- Kinder – soweit vorhanden – wohnen nicht selten weit entfernt oder pflegen keinen engen Kontakt. Freunde und Verwandte der Erkrankten sind meist selbst in einem höheren Alter, so dass ihnen regelmäßige Besuche und Unterstützung nicht möglich sind. Mitunter gibt es jedoch erstaunlich tragfähige (nachbarschaftliche) Unterstützungsnetze, die lange Zeit auf informelle Weise die Versorgung sicherstellen und erst bei Überforderung durch professionelle Hilfe ergänzt werden.
- Der professionelle Zugang zu den Erkrankten erfolgt folglich häufig erst dann, wenn
 - die Krankheit weit fortgeschritten ist.
 - es zu einer Selbstgefährdung kommt, weil die Kranken z. B. nur leicht bekleidet und in Sandalen im Winter nach draußen gehen oder sie verdorbene Lebensmittel essen.
 - sich Nachbarn vermehrt über gestörte Nachtruhe oder Verschmutzung beklagen oder sich um ihre Sicherheit sorgen, weil die Kranken z. B. vergessen könnten, den Herd abzuschalten.
 - die Betroffenen aufgrund einer somatischen Erkrankung in ein Akutkrankenhaus eingewiesen werden.Die dann eingeschalteten Dienste – etwa eine Beratungsstelle oder der Sozialpsychiatrische

Dienst – kommen häufig „zu spät“ und können oft nur mehr über die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers die Situation regeln. Diesem bleibt dann – sofern im unmittelbaren Umfeld kein stabiles Unterstützungsnetz zu finden ist – nur die Veranlassung einer dauerhaften Heimaufnahme.

Aktuell ist die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz in den Städten und Gemeinden einigermaßen gesichert. Dies ist nicht zuletzt Folge der besseren Berücksichtigung bei der Pflegeversicherung sowie des gestiegenen Engagements der Bevölkerung für diesen Personenkreis. Zu erwarten ist allerdings, dass sich in den nächsten 10 bis 20 Jahren mit dem weiteren Anstieg der Zahl der Erkrankten und der Alleinlebenden die Versorgungssituation zunehmend verschlechtert.

Schon heute zeichnet sich die ungenügende Berücksichtigung der Situation von allein lebenden Menschen mit Demenz ab:

- Ihren spezifischen Wünsche und Bedürfnissen wird nicht in ausreichendem Maße entsprochen.
- Es wird in Kauf genommen, dass Demenzkranke und ihre Familien ins Abseits geraten und besonders auch den allein lebenden Demenzkranken die soziale Teilhabe verwehrt bleibt.
- Mangels gezielter Unterstützung werden die bei den Erkrankten und ihrem sozialen Umfeld vorhandenen Ressourcen nicht hinreichend wahrgenommen bzw. gestärkt.
- Allein lebende Menschen mit Demenz sind früher auf vollstationäre Pflege angewiesen, was u. a. zu erhöhten Pflegekosten führt.

Nicht nur das Thema Demenz, sondern auch die Situation der allein lebenden Erkrankten benötigt dringend mehr öffentliche Aufmerksamkeit und zivilgesellschaftlich getragene Unterstützung.

Rolle und Handlungsmöglichkeiten der kommunalen Ebene

Wie in § 8 des Pflegeversicherungsgesetzes festgelegt ist, handelt es sich bei der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich die unterschiedlichsten Ebenen zu beteiligen haben. Der kommunalen Ebene kommt dabei eine initiierende, moderierende und steuernde Rolle zu, die sie in der Vergangenheit nicht immer

ausreichend gestaltet und gefüllt hat. Kommunale Verantwortung für Menschen mit Demenz wird um so erfolgreicher sein, wenn sie sich nicht isoliert auf diesen Personenkreis beschränkt. Sie sollte eingebunden sein in Gesamtstrategien, mit denen den Folgen des demographischen Wandels insgesamt begegnet wird und die damit mehr als eine Zielgruppe und einen Problemkreis berühren.

Folgende Maßnahmen sind zu empfehlen:

- Aufnahme des Themenbereichs Demenz – und hier auch unter dem Aspekt der allein lebenden Erkrankten – in Vorhaben der integrierten Sozialplanung. Hierbei kann es um die Sicherung der wohnortnahen Versorgungsinfrastruktur ebenso gehen wie um die Schaffung eines demenzgerechten Wohnumfeldes. Je nach lokaler Bevölkerungszusammensetzung sind die Perspektiven der unterschiedlichen Einwanderergruppen zu integrieren.
- Würdigung und Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements für (allein lebende) Menschen mit Demenz im Rahmen der kommunalen Engagementförderung.
- Aufnahme des Themenbereichs in die Kernaktivitäten der kommunalen Altenhilfeplanung – hier insbesondere unter den Aspekten Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung, Fachberatung und Projektentwicklung.
- Gewährung kommunaler Unterstützung für Träger, die sich in besonderem Maße der Versorgung allein lebender Menschen mit Demenz annehmen. Hierzu zählen neben niedrighwelligen Angeboten, wie sie im Rahmen von § 45c und d SGB XI gefördert werden, auch quartiersbezogene Angebote von Wohnungswirtschaft, Kirchengemeinden und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen.
- Hilfreich für die Ausgestaltung eines fördernden und teilhabeorientierten Umfeldes für (allein lebende) Menschen mit Demenz sind alle kommunalpolitischen Aktivitäten, die der Erhöhung der Aufmerksamkeit für diesen Personenkreis dienen. Hier handelt es sich um eine im weitesten Sinne kulturelle Aufgabe, die etwa durch eine Debatte im Stadtparlament, eine (mit tatsächlichem Leben erfüllte) Schirmherrschaft politischer Funktionsträger oder die Durchführung kommunal getragener Veranstaltungen erfolgen kann. Nicht selten sind viele der an kommunalen

Schaltstellen sitzenden Personen in ihrem unmittelbaren privaten Umkreis mit der Krankheit konfrontiert und setzen sich mit hohem Engagement – wenn auch ggf. zeitlich begrenzt – für dieses Thema ein.

Festzuhalten bleibt, dass es in der Regel nicht die Kommunen sind, die eigene Dienste für Menschen mit Demenz anbieten – es sei denn im Rahmen von Beratung und Krisenintervention. Aufgabe der kommunalen Ebene ist vielmehr die Initiierung und Koordination von Netzwerken, die Menschen mit Demenz langfristig begleiten, und die Förderung einer Kultur, in der die Teilhabe von Menschen mit Demenz gesichert ist (vgl. Ottensmeier/ Schönberg, 2009, S. 71ff.). Ergänzend ist durch kommunale Zuwendungen sicher zu stellen, dass die Dienstleistungen, die außerhalb des Leistungsspektrums von Kranken- und Pflegeversicherung sowie möglicher anderer Kostenträger stehen, eine finanzielle Grundlage haben. Hierzu gehört ggf. auch die „demenzsensible“ Leistungsgewährung im Rahmen des SGB XII.

Kommunen haben verschiedene Möglichkeiten, sich auf den demographischen Wandel und die steigende Zahl (allein lebender) Demenzkranker vorzubereiten und Projekte zur Verbesserung der Versorgungssituation zu initiieren. Dies geht nicht ohne die breite Einbindung lokaler Akteure, wie der freien Träger, der Fachkräfte aus Pflege- und Sozialberufen, der Ärzte und Selbsthilfeorganisationen – aber auch von Partnern aus lokaler Wirtschaft, Kultur und Sport. Einige Ideen sollen exemplarisch hier benannt werden.

Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Um die Tabuisierung des Themas Demenz zu durchbrechen, können Kampagnen durchgeführt werden, die auf unterschiedlichste Weise Wissen über die Erkrankung und den Umgang mit den Betroffenen vermitteln. Wichtig dabei ist, die Erkrankten selbst mit einzubeziehen. Eine solche Kampagne könnte bewirken, dass

- Demenz nicht nur ein Thema innerhalb der Familien ist, sondern „alle angeht“.
- das weit verbreitete negative und defizitäre Bild von Demenzkranken immer wieder durch eine positive Sicht auf die Ressourcen und Fähigkeiten der Menschen mit Demenz erweitert wird.

- deutlich wird, wie unterschiedlich die Krankheitsprozesse sind, wie abhängig die Verläufe von der Qualität des Umfeldes und wie vielfältig die Möglichkeiten der Unterstützung sind.

Das Motto der Kampagne sollte daher eine entsprechende Botschaft vermitteln, z. B. „Verstehen Sie Alzheimer?“ oder „Demenz mitten unter uns“ (vgl. dazu auch Kapitel „Erfahrungen aus der Praxis“).

Schulungen

Ein großes Problem stellt nach wie vor der Zugang zu allein lebenden Demenzkranken dar. Ein aufmerksames Umfeld nimmt daher eine zentrale Rolle ein.

Obwohl das Wort „Alzheimer“ im Alltag Einzug gehalten hat, gibt es noch viel Unwissenheit über die Krankheit, über den Umgang mit Menschen mit Demenz und die Art und Weise der Kommunikation. Wissen aber gibt Sicherheit und fördert Engagement. Das Projekt „Alleinlebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ hat einige Personengruppen identifiziert, die aufgrund ihrer Zuständigkeit (wie z. B. Feuerwehr, Polizei), im Rahmen ihres beruflichen Kontextes (im Einzelhandel, in der Bank), als Vereinsmitglied oder als Nachbar in Kontakt mit Menschen mit Demenz kommen können (siehe dazu Kapitel „Schulung in der Kommune“). Auch wenn sie die Diagnose nicht kennen, so kann ihnen – mit entsprechendem Wissen – doch auffallen dass sich ein Mensch „anders“ verhält und dass die Ursache hierfür vielleicht eine Demenzerkrankung sein könnte. Wenn sie dafür sensibilisiert sind, fällt ihnen vielleicht auf, dass sich jemand verirrt hat und sie bieten Hilfe an. Und wenn die Nachbarin nachts klingelt oder ruft, wird vielleicht nicht sofort die Polizei alarmiert, sondern es wird als Hilfezeichen wahrgenommen.

Ziel der Schulungen ist, dass die Bereitschaft zu helfen größer wird und Unterstützung frühzeitig erfolgt. Auch könnte die Meinung, dass Menschen mit Demenz nicht allein leben können und daher möglichst schnell ins Heim müssen, durch eine differenziertere Wahrnehmung ersetzt werden. Weiter tragen die Schulungen zu einer stärkeren Sensibilisierung, zu mehr Verständnis für die Erkrankten und zu mehr Sicherheit im Umgang und der Kommunikation mit ihnen bei.

Schaffung spezialisierter Anlaufstellen

Allein lebende Demenzkranke suchen von sich aus meist keine Hilfe. Ein Grund dafür ist einerseits die fehlende Wahrnehmung krankheitsbedingter Defizite. Andererseits ist mit jeglichem Hilfesuchen auch das Eingeständnis verbunden, etwas nicht mehr zu können bzw. zu schaffen. Zudem gibt es keine Angehörigen, die einspringen oder vor Ort individuell angepasste Unterstützung organisieren könnten.

Wen können also der Nachbar, der bereit wäre zu unterstützen, oder die Kassiererin im Supermarkt, der auffällt, dass jemand vielleicht Hilfe braucht, ansprechen? Wer ist bereit, ggf. einen Hausbesuch zu machen, um abzuklären, ob und welche Hilfe notwendig ist?

Bei Selbst- oder Fremdgefährdung einer Person sind die Sozialpsychiatrischen Dienste der Kommunen zuständig. Zur Verbesserung der Situation (allein lebender) Demenzkranke – auch unabhängig von einer akuten Gefährdung – braucht es jedoch vernetzte Angebotsstrukturen. Diese sollten

- Hausbesuche machen können
- Verantwortung übernehmen
- den Auftrag haben zu handeln
- fundiertes Wissen zum Thema Demenz haben
- Unterstützungsangebote koordinieren und vernetzen
- dafür sorgen, dass die Wünsche und Bedürfnisse der Erkrankten Berücksichtigung finden und sie Schutz vor Ausnutzung oder Missbrauch erfahren.

Anpassung der Versorgungsangebote

Im Pflegeversicherungsgesetz wird die pflegerische Versorgung der Bevölkerung als „eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ bezeichnet (§ 8 Abs. 1 SGB XI). „Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“ (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Ihre Mitwirkung bei der Gestaltung der Pflegeinfrastruktur sollten die Kommunen auch im Sinne von (allein lebenden) Menschen mit Demenz geltend machen. Die Schaffung von spezialisierten Diensten kann dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz länger ambulant versorgt werden können. Für

die Qualität und Ausgestaltung dieser Angebote sind in der Regel die Träger und die Pflegekassen zuständig.

Menschen mit Demenz verlieren mehr und mehr die Fähigkeit, sich anzupassen. Daher müssen sich die Dienste an den noch vorhandenen Fähigkeiten, Stärken und Ressourcen der Kranken orientieren, auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen und ihre Wünsche berücksichtigen. Ziel sollte dabei sein, Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Kranken möglichst lange zu erhalten. Z. B. können Betreuungsgruppen, Ambulante Dienste oder Tagespflegeeinrichtungen auch spezialisierte Angebote für allein lebende Menschen mit Demenz vorhalten (siehe dazu Kapitel „Erfahrungen aus der Praxis“).

Voraussetzungen für spezialisierte Dienste:

- Qualifikation
 - Die Mitarbeiter müssen im Umgang mit Demenzkranken geschult sein.
- Kontinuität
 - Möglichst immer die gleichen bzw. maximal zwei bis drei Personen sollten zuständig sein für eine demenzkranke Person.
- Zeit zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung einplanen
 - Menschen mit Demenz sind oft misstrauisch. Wenn es nicht gelingt, Vertrauen aufzubauen, werden Hilfen abgelehnt.
- größeres Zeitkontingent für die Betreuung
 - Menschen mit Demenz benötigen für ihre alltäglichen Aufgaben viel Zeit. Eine Unterstützung, die darauf keine Rücksicht nimmt, geht auf Kosten der Selbständigkeit.
- Im Einzelfall ist es nötig, die Frequenz der Besuche zu erhöhen
 - Sicherheitsrisiken können durch zahlreiche und häufige Kontakte der Alleinlebenden zu anderen Menschen vermindert werden.
- Koordination der Unterstützung und Vernetzung
 - Um Missverständnissen vorzubeugen und Hilfen effektiv einzusetzen, braucht es koordiniertes Vorgehen.
- Überprüfung auf mögliche Gefahrenquellen
 - Die Wohnumgebung muss den jeweils aktuellen Gegebenheiten angepasst werden: Stolperfallen müssen beseitigt, technische Hilfen wie zum Beispiel Notrufsysteme (bei Bedarf mit Sturzetektor) oder Herdsicherungen können genutzt werden (siehe dazu auch Kapitel „Erfahrungen aus der Praxis“).

Grundsätzlich gilt: Hilfen für allein lebende Menschen mit Demenz sollten deren Autonomie wahren und die Selbständigkeit fördern. Das bedeutet, dass sich die jeweiligen Hilfen an den individuell vorhandenen Fähigkeiten der Erkrankten orientieren sollten.

Kontakt:

Angelika Trilling
angelika.trilling@stadt-kassel.de

Literaturverzeichnis

- Ottensmeier, B./ Schönberg, F. *Was ist eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik?* In: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009). *Initiieren – Planen – Umsetzen. Handbuch kommunale Seniorenpolitik*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 56-80.

Zusatzmaterial

1. Arbeitshilfe zur Analyse der kommunalen Strukturen und Bedarf
2. Hilfreiche Literatur und weiterführende Veranstaltungen

Arbeitshilfe zur Analyse der kommunalen Strukturen und Bedarfe

Ein Gemeinwesen, das sich an den Bedürfnissen Demenzkranker orientiert, behandelt Menschen mit Demenz und ihre Familien mit Respekt und Wertschätzung. Sie werden in keiner Weise ausgegrenzt oder diskriminiert. Demenzkranke - auch allein lebende - erhalten Hilfe und Unterstützung, um ihren Wünschen entsprechend leben und möglichst lange selbstbestimmt handeln zu können. Sie sind Teil einer Gemeinschaft.

Ausgangslage

In Deutschland leben zurzeit 1,2 Mio. Menschen mit Demenz. Das größte Risiko, an einer Demenz zu erkranken, ist das Alter. Der demographische Wandel wird dazu führen, dass die Zahl der Demenzkranken steigt. Das bedeutet bis 2050 eine Verdoppelung der Erkrankten, wenn keine Erfolge in Vorbeugung und Therapie erzielt werden.

Altersgruppe	In Deutschland waren davon im Jahr 2008 erkrankt	In der Kommune leben in der jeweiligen Altersgruppe derzeit	Davon sind geschätzt demenzkrank
65 – 69 Jahre	1,2 %		
70 – 74 Jahre	2,8 %		
75 – 79 Jahre	6,0 %		
80 – 84 Jahre	13,3 %		
85 – 89 Jahre	23,9 %		
90 und älter	34,6 %		
über 65jährige	6,8 %		

(vgl. Bickel, H. (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz.*
URL: www.deutsche-alzheimer.de)

Jahr	Anzahl der über 65jährigen in Deutschland	Anzahl der Demenzkranken in Deutschland	Anzahl der über 65jährigen in der Kommune	davon geschätzt demenzkrank in der Kommune (6,8 % der über 65jährigen)
2010	16,8 Mio	1.210.000		
2030	22,2 Mio	1.824.000		
2050	23,5 Mio	2.620.000		

(vgl. Bickel, H. (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz.*
URL: www.deutsche-alzheimer.de)

Infrastruktur

Mit zunehmendem Alter nimmt die Mobilität ab. Viele ältere Menschen müssen aufgrund von (körperlichen und geistigen) Einschränkungen z. B. auf das Auto verzichten oder sind auf Gehhilfen angewiesen. Das nähere Wohnumfeld gewinnt daher an Bedeutung. Dies sollte bei der Planung der Infrastruktur berücksichtigt werden.

- Geschäfte des täglichen Bedarfs, Ärzte, Apotheken etc. sind gut erreichbar
- Geschäfte bieten besondere Serviceleistungen an (Bringdienst, Einkaufsunterstützung, Beratung)
- Broschüren, in denen barrierefrei zugängliche Geschäfte, Restaurants und Cafés aufgeführt sind, sind verfügbar
- Barrierefreie Zugänge zu öffentlichen Verkehrsmitteln und Gebäuden
- Gute Qualität der Gehsteige (auch sicher zu begehen mit Sehbehinderung, Rollator, Rollstuhl, Stock)

- Gut erkennbare Beschilderungen auf den Straßen, in öffentlichen Gebäuden, in Geschäften zur besseren Orientierung
- Fußgängerampeln, bei denen auch ältere Menschen sicher über die Straße gelangen können
- _____

Information und Beratung

Mit zunehmendem Alter haben Menschen oftmals mehrere Krankheiten gleichzeitig und das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, nimmt zu. Der Hilfebedarf wächst. Informations- und Beratungsmöglichkeiten müssen daher bekannt sein und wohnortnah zur Verfügung stehen, nur dann können sie rechtzeitig in Anspruch genommen werden.

In der Kommune sind vorhanden:

- Beratungsstellen für ältere Menschen, z. B. Koordinierungsstellen, Pflegestützpunkte, Beratungsstellen für Wohnraumanpassung
- Spezielle Beratungseinrichtungen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen (z. B. Alzheimer-Gesellschaften)

- _____

Versorgungsstruktur

Die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ setzt eine wohnortnahe bedürfnisgerechte Versorgungsstruktur voraus. Bei der Versorgung Demenzkranker sind Kontinuität bei den betreuenden Personen, ein höheres Zeitkontingent und ggf. Hol- und Bringdienste zentrale Voraussetzungen. Angebote der (stationären) Pflege müssen ebenfalls in ausreichender Zahl vorhanden sein.

In der Kommune sind bereits vorhanden oder werden aufgebaut:

- Pflegedienste, die sich spezielles Wissen im Umgang mit Demenzkranken angeeignet haben
- Niedrigschwellige Betreuungsangebote wie HelferInnenkreise und Betreuungsgruppen
- Nachbarschaftshilfen
- Reha-Angebote, die auf die Bedürfnisse Demenzkranker eingehen
- Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Wohngruppen und spezielle Bereiche in stationären Einrichtungen für Demenzkranke

- _____

Vernetzung

Besonders an den Schnittstellen der einzelnen Dienste, die an der Versorgung Demenzkranker beteiligt sind, liegt ein hohes Potenzial für mehr Wirtschaftlichkeit und Effizienz. Die Vermeidung von Doppelstrukturen und unnötigen Ausgaben ist nur durch Vernetzung, Kommunikation der einzelnen Dienste untereinander und Wissen um die Zuständigkeiten möglich.

- Ärzte, ambulante Dienste, Beratungsstellen, Betreuungsvereine und andere Dienste für Menschen mit Demenz arbeiten eng zusammen
- Bei Bedarf werden Fallkonferenzen einberufen, um individuelle Lösungen zu finden
- Gerontopsychiatrische Verbände oder andere Netzwerke zum Thema Demenz treffen sich regelmäßig

- _____

Gemeinschaft leben

Studien haben gezeigt, dass soziale Kontakte ein wichtiger Faktor für die Sicherheit – vor allem auch allein lebender Demenzkranker – darstellen. Die Möglichkeit, am öffentlichen Leben teilzunehmen, wirkt einem Rückzug entgegen und erhöht die Selbständigkeit.

- Generationsübergreifende Projekte, z. B. zwischen Schülern und Heimen oder Kooperationen mit Kindergärten, werden initiiert
- Mehrgenerationenhäuser, Gemeindehäuser etc. halten spezielle Angebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige vor (z. B. Tanznachmittage, Ausflüge)
- Kulturveranstaltungen richten sich an den Bedürfnissen Demenzkranker aus, z. B. Museumsbesuche mit Demenzkranken
- Vereine suchen Wege, Mitglieder, die an Demenz erkrankt sind, weiter zu integrieren
- Menschen mit Demenz können an spirituellen Angeboten teilnehmen, z. B. werden in regelmäßigen Abständen Gottesdienste ausgerichtet, die am Erleben Demenzkranker ansetzen (einfache Sprache, vertraute Kirchenlieder, Einbezug von alltäglichen Symbolen etc.)
- Es werden Schulungen für Mitarbeiter z. B. des Einzelhandels, von Banken, der kommunalen Verwaltung, der Feuerwehr oder der Polizei zur Kommunikation und zum Umgang mit Menschen mit Demenz durchgeführt
- _____

Öffentlichkeitsarbeit

Das Thema Demenz geht uns alle an. Die Verwirklichung eines lebenswerten Lebens mit Demenz hängt auch davon ab, wie viel Unterstützung seitens der Bürger für Menschen mit Demenz geleistet wird und mit wie viel Verständnis diesen begegnet wird.

- In regelmäßigen Abständen werden Veranstaltungen durchgeführt, die zum Ziel haben, durch unterschiedliche Angebote das Thema Demenz in den Mittelpunkt zu stellen und darüber zu informieren (Demenzkampagne, Vorträge, Aktionen rund um den Welt-Alzheimerstag)
- (Demenzspezifische) Angebote in der Region sind in einer Broschüre zusammengefasst
- _____

Fazit

Wie sieht die Situation aktuell in der Kommune aus?

Wo besteht Handlungsbedarf?

Ziele für die nächsten ein bis fünf Jahre

Hilfreiche Literatur und weiterführende Veranstaltungen

Literaturhinweise

Neben den Literaturangaben am Ende der einzelnen Kapitel enthalten die folgenden Publikationen hilfreiche Informationen. Diese Auswahl stellt einen kleinen Teil der verfügbaren Literatur dar und dient der Anregung zur weiteren Recherche. Sie ist damit nicht als Empfehlung der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft zu verstehen.

Auch ist mit dieser Übersicht keine Garantie auf Vollständigkeit oder Aktualität der Angaben verbunden. Für den Inhalt der genannten Internetseiten sind die ebenda benannten Herausgeber verantwortlich.

Bücher, Broschüren, Zeitschriften

Thema: Demographie

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2008). *Wer, wo, wie viele? – Bevölkerung in Deutschland 2025. Praxiswissen für Kommunen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. ISBN: 978-3-86793-042-0.
- Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes: siehe Abschnitt Downloads

Thema: Seniorenpolitik der Kommunen

- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2009). *Kommunale Seniorenpolitik*. München.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2008). *Alter neu denken. Gesellschaftliches Altern als Chance begreifen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. ISBN: 978-3-89204-956-2.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006). *Demographie konkret – Seniorenpolitik in Kommunen*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. ISBN: 978-3-89204-860-2.
- Bertelsmann Stiftung, Bundespräsident (Hrsg.) (2009). *Familie. Bildung. Vielfalt. Den demographischen Wandel gestalten*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. ISBN: 978-3-86793-043-7.
- Bertelsmann Stiftung/ Bundespräsident (Hrsg.) (2009). *Initiiieren – Planen – Handeln. Handbuch kommunale Seniorenpolitik*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. ISBN: 978-3-86793-024-6.
- Blaumeister, H./ Blumck, A./ Klie, Th. (2002). *Handbuch kommunale Altenplanung*. Freiburg: Lambertus Verlag GmbH. ISBN: 978-3-7841-1721-8.

- Blinkert, B./ Klie, T. (2004). *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel*. Hannover: Vincentz Verlag. ISBN 978-3-87870-099-9.

Veröffentlichungen zu diesem Themenbereich erhalten Sie auch bei:

- Deutscher Städtetag (www.staedtetag.de)
- Deutscher Landkreistag (www.kreise.de/landkreistag/)

Thema: Demenz

Über die Broschüren der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft e.V. können Sie sich unter www.deutsche-alzheimer.de in der Rubrik „Informationsmaterialien“ informieren. Dort finden Sie auch eine Literaturliste weiterer Veröffentlichungen zum Themenkomplex Demenz.

Downloads

Thema: Demographie

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.). *Wegweiser Kommune*. URL: www.wegweiser-kommune.de; Für Kommunen mit mehr als 5.000 Einwohnern stehen Bevölkerungsprognosedaten bis zum Jahr 2025 sowie mehr als 230 sozioökonomische Indikatoren zur Verfügung.
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). *Wissen: Zahlen und Fakten: Die soziale Situation in Deutschland*. URL: www.bpb.de; Sie finden hier Schaubilder, Diagramme und Tabellen incl. Erläuterungen zu verschiedenen Facetten des demographischen Wandels.
- Rostocker Zentrum für Demografischen Wandel. *DemoData*. URL: www.zdwa.de; Die Suchfunktion ermöglicht den schnellen und themenorientierten Zugriff auf Daten der amtlichen Statistik und weiterer Quellen mit dem Fokus auf den demographischen Wandel.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden. URL: www.destatis.de.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2007). *Demographischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Wiesbaden. URL: www.destatis.de.
- Statistisches Bundesamt (2007). *Entwicklung der Privathaushalte bis 2025. Ergebnisse der Haushaltsvorausberechnung 2007*. Wiesbaden. URL: www.destatis.de.

Thema: Seniorenpolitik der Kommunen

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2004). *Demographie konkret - Handlungsansätze für die kommunale Praxis*. URL: www.bertelsmann-stiftung.de.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2006). *Wegweiser Demographischer Wandel 2020. Analysen und Handlungskonzepte für Städte und Gemeinden*. URL: www.wegweiser-kommune.de.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2007). *Kommunal Finanzen in Ost- und Westdeutschland. Eine Bestandsaufnahme und Analyse unter Beachtung der demographischen Entwicklungstrends*. URL: www.bertelsmann-stiftung.de.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2007). *Sozialplanung für Senioren*. URL: www.sozialplanung-senioren.de; Sozialplanung für Senioren (SoSe) ist ein Instrumentarium zur Ermittlung, Bewertung und sachgerechten Nutzung kommunaler Kennzahlen und Indikatoren, die die Grundlage für eine datengestützte und zukunftsorientierte Neuorientierung der kommunalen Seniorenpolitik bilden.
- Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.). *Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden*. (Themenhefte 1 – 4). URL: www.zukunft-quartier.de

Thema: Demenz

Downloads zu verschiedenen Aspekten des Themenfelds Demenz finden Sie auf der Homepage der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de) in der Rubrik „Informationsmaterialien“.

Verweise auf diverse Internetseiten von deutschen sowie internationalen Verbänden, Vereinen und Institutionen finden Sie in der Rubrik „Hilfreiche Adressen“.

Thema: Allein lebende Demenzkranke

- Alzheimer Europe (Hrsg.) (2009). *Living alone*. URL: www.alzheimer-europe.org; siehe: *Living with dementia > Caring for someone with dementia > Daily life*.
- Alzheimer Society of Canada (Hrsg.) (2007). *Ethical Guidelines. Living Alone*. URL: www.alzheimer.ca; siehe: *Alzheimer Care > Ethical Guidelines > Living Alone*.
- Alzheimer's Australia (Hrsg.) (2009). *About you...Living alone. Information for people with dementia*. URL: www.alzheimers.org.au; siehe:

Publications and Resources > help sheets & update sheets > Section 8 > 8.5 Living alone.

- The Alzheimer Society of Ireland (Hrsg.). *Living alone*. URL: www.alzheimer.ie; siehe: *Alzheimer/Dementia > I'm a carer > When a person with dementia lives alone*.

Workshops, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

Neben den vielen Publikationen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild Demenz, dem demographischen Wandel sowie dem seniorenpolitischen Handeln von Kommunen, finden eine Vielzahl von Informationsveranstaltungen, Workshops und Kursen zu diesen Themenbereichen statt.

Im Folgenden finden Sie eine kleine Auswahl von aktiven Verbänden und Organisationen, teilweise mit Hinweisen auf konkrete Veranstaltungen. Auch diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Aktualität der Angaben. Für den Inhalt der genannten Internetseiten sind die ebenda benannten Herausgeber verantwortlich.

Thema: Demographischer Wandel und kommunalpolitisches Handeln

- AGP – Institut für angewandte Sozialforschung (www.alterssozialplanung.de)
 - *Den demographischen Wandel gestalten. Ein Konzept für kommunale Planung und Entwicklung*
- Bertelsmann Stiftung (www.bertelsmann-stiftung.de)
 - *Demographiewerkshops für Kommunen*
 - *Workshops für eine zukunftsorientierte Seniorenpolitik*
- Deutscher Landkreistag (www.landkreistag.de) sowie dessen Landesverbände
- Deutscher Städtetag (www.staedtetag.de) sowie dessen Landesverbände
- Deutscher Städte- und Gemeindebund (www.dstgb.de) sowie dessen Landesverbände
- Deutscher Verein für private und öffentliche Fürsorge (www.deutscher-verein.de)
- Forum Seniorenarbeit NRW (www.forum-seniorenarbeit.de)
 - *Lebendige Nachbarschaft – Wie gelingt das?*
- Kuratorium Deutscher Altershilfe (www.kda.de)
 - *Interkommunale Netzwerke; Beratungsangebot für Kommunen und Landkreise*

mit dem Ziel, den fachlichen Erfahrungs- und Wissensaustausch von Mitarbeitern der Verwaltung mit Planungsaufgaben im Bereich Seniorenpolitik aus verschiedenen Kommunen und Landkreisen zu befördern.

- *Effiziente Öffentlichkeitsarbeit für Seniorinnen und Senioren in der Kommune*
- *Blended Learning*; Das KDA entwickelt angepasst an den individuellen Bedarf einer Kommune internetgestützte Fortbildungsangebote zum gesamten Themenspektrum Altenhilfe und Seniorenarbeit.

Thema: Demenz

Veranstaltungstermine verschiedener Vereine und Organisationen finden Sie z. B. auf der Homepage der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. (www.deutsche-alzheimer.de) in der Rubrik „Termine“.



5. Schulung

Schulungsmaterialien

Organisatorische Hinweise

Im Folgenden sind einige Aspekte zusammengestellt, die für die Schulungsorganisation sowie deren Durchführung hilfreich sein können.

Zielgruppe

Die Schulung ist konzipiert für Mitglieder verschiedener Berufs- bzw. Gesellschaftsgruppen, die im Alltag (allein lebenden) Menschen mit Demenz begegnen könnten.

Demenzkranke haben Nachbarn, sie gehen einkaufen, holen Geld bei der Bank oder rufen die Polizei, weil sie ihr Portemonnaie nicht finden und sicher sind, dass ihnen dieses gestohlen wurde. Gerade das alltägliche Umfeld, die Kassiererin im Supermarkt, der Mitarbeiter in der Bankfiliale oder der Streifenpolizist sind daher wichtige Adressaten, denen auffallen kann, dass jemand sich über die Zeit verändert, verwirrt ist und Hilfe braucht.

Aufbau

Die Schulung besteht aus zwei Teilen: einem Basisteil, der für alle Zielgruppen gleich ist, und einem spezifischen Teil, der auf die unterschiedlichen Zielgruppen eingeht.

→ Basisteil

Im Vordergrund steht die Vermittlung von Grundlagenwissen. Ziel ist es, dass die Teilnehmer lernen, was eine Demenz ist, welche Krankheitssymptome auf eine Demenz hindeuten und welche Auswirkungen diese auf die Erkrankten haben.

→ Zielgruppenspezifischer Teil

In diesem Teil erwerben die Teilnehmer anhand der Bearbeitung alltäglicher Fallbeispiele Wissen zum Umgang und zur Kommunikation mit Demenzkranken. Auf diese Art erlernen sie hilfreiche Verhaltensweisen, um auch bei schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben.

Gruppengröße

Die Schulung ist interaktiv aufgebaut und zielt darauf ab, an den Erfahrungen der Teilnehmer anzuknüpfen. Um eine aktive Beteiligung aller zu ermöglichen, hat sich eine Gruppengröße von 15 bis 20 Personen bewährt.

Dies lässt sich nicht immer realisieren, vor allem dann nicht, wenn Sie zu einem Vortrag eingeladen sind. Ungünstig für eine aktive Mitarbeit ist jedoch die Nutzung eines Vorlesungsraums, in dem die Teilnehmer entweder dicht gedrängt oder sehr verstreut sitzen.

Zeiträumen

Abhängig von den Anforderungen der Zielgruppe sowie der Bearbeitungsart der Fallbeispiele ist eine Schulungsdauer von drei Stunden einzuplanen. Achten Sie dabei auch auf Pausenzeiten.

Unabhängig vom zeitlichen Rahmen sollten Sie stets beachten, dass die Vermittlung von theoretischem Wissen zwar wichtig ist, dass im Mittelpunkt der Schulung jedoch die Verbesserung von Kommunikation und Umgang mit Menschen mit Demenz und damit die Bearbeitung der Fallbeispiele steht.

Hinweise zur Nutzung der Materialien

Die Schulungsmaterialien bestehen pro Zielgruppe aus einer PowerPoint-Präsentation, die den Teilnehmern während der Schulung gezeigt werden kann, einem Kurzfilm sowie dem folgenden Begleittext (siehe auch DVD). Der Begleittext erläutert die einzelnen Folien und gibt Hinweise zum methodischen Vorgehen.

Die PowerPoint-Präsentation sowie der Begleittext können als „Baukasten“ aufgefasst werden. Das heißt, es wird mit dem ersten Teil der Präsentationen ein Grundgerüst der Schulung zur Verfügung gestellt, das die wichtigsten Aspekte enthält. Dieses kann jederzeit durch Folien im Anhang ergänzt werden. Hinweise dazu sind an den entsprechenden Stellen vermerkt.

Andersherum ist es aber auch möglich, bestimmte Folien zu entfernen, wenn diese z. B. für die Zielgruppe ungeeignet erscheinen. Während der Erprobungsphase der Schulungsmaterialien zeigte sich, dass eine detaillierte Darstellung der Diagnostik sowie möglicher Therapieformen bei einer Schulung der Nachbarschaft mitunter zu weit führt und nicht dem Interesse der Teilnehmer entspricht. Mit Hilfe des Baukasten-Systems ist es den Referenten möglich, flexibel zu agieren und sich jeder Zielgruppe sowie der jeweiligen Schulungssituation und -atmosphäre anzupassen.

Abhängig von der verfügbaren Zeit, der Gruppengröße, den Interessen der Teilnehmer sowie Ihrer Erfahrung mit Schulungen obliegt es Ihrer Entscheidung, wie intensiv die einzelnen Punkte betrachtet werden und welche Methodik Sie wählen.

Sie finden in den Exkursen kurze Informationen zu Themen, die auf den Folien nur als Schlagwort benannt werden. Ist der zeitliche Rahmen der Schulung großzügig gewählt, können Sie auf einige dieser Themen näher eingehen. Möglich ist jedoch auch, die Vertiefungen nur zu nutzen, wenn einzelne Teilnehmer konkrete Fragen diesbezüglich stellen.

Ebenfalls als mögliche Ergänzung sind die Kurzfilme zu verstehen, die Sie auf der DVD finden. Diese Filme könnten z. B. als Einstieg in die Schulung bzw. als Einstieg in den praktischen Teil genutzt werden.

Kursiv dargestellte Abschnitte des Textes sind als Vorschlag für das jeweilige methodische Vorgehen gedacht.

Die Erfahrungen der Probeschulungen zeigen, dass die Schulungsteilnehmer gerne Informationen zum Nachlesen mitnehmen. Aufgrund dessen wurden die wichtigsten Hinweise zur Kommunikation und zum Umgang mit Demenzkranken in der Broschüre „Herausforderung Demenz“ zusammengefasst. Ein Ansichtsexemplar finden Sie am Ende dieses Kapitels.

Zusätzlich dazu kann die Broschüre „Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen“ bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft bestellt werden.

Auch Informationsbroschüren mit einem regionalen Bezug sind eine wertvolle Ergänzung.

Technische Hinweise für die DVD

Sie finden neben den Kurzfilmen Materialien in drei verschiedenen Dateiformaten auf der DVD.

- Der Fließtext des Handbuchs ist im PDF-Format gespeichert. Zum Öffnen dieses Dateiformats benötigen Sie den Acrobat Reader®. Diesen können Sie im Internet kostenlos herunterladen.
- Die Schulungspräsentationen für die einzelnen Zielgruppen sind im PPT-Format gespeichert und können in entsprechenden Präsentationsprogrammen bearbeitet werden (z. B. von Microsoft Office oder OpenOffice).
- Die Kopiervorlagen und weiteren Zusatzmaterialien können mit den gängigen Textverarbeitungsprogrammen wie MS-Word

oder OpenOffice geöffnet und bearbeitet werden.

Weitere Hinweise zum Öffnen der einzelnen Dateien erhalten Sie beim Anklicken der entsprechenden Menüpunkte der DVD.

Methoden der Fallbearbeitung

Im zielgruppenspezifischen Teil der Schulung erwerben die Teilnehmer anhand von Fallbeispielen Wissen bezüglich der Besonderheiten, die es im Umgang und bei der Kommunikation mit Demenzkranken zu beachten gilt.

Die Fallbeispiele können über Rollenspiele, Kleingruppenarbeit oder eine Diskussion im Plenum bearbeitet werden.

Im Folgenden werden diese drei Methoden kurz erläutert. Die Wahl der jeweiligen Methode sollte wiederum vom zeitlichen Rahmen, der Zielgruppe sowie den Erfahrungen des Referenten abhängig gemacht werden.

Rollenspiel

- Einführung
 - Wählen Sie ein Beispiel aus, entweder eines der vorbereiteten Beispiele oder eine Situation, die von den Teilnehmern eingebracht wurde.
 - Bestimmen Sie nun die „Bühne“. Wählen Sie dafür einen Ort, z. B. in der Kreismitte oder ganz vorn, der gut eingesehen werden kann. Je nach Beispiel suchen Sie für die vorkommenden Personen Rollenspieler.
- Die Spieler einstimmen
 - Geben Sie nun den Rollenspielern möglichst konkret eine Einweisung in ihre Rollen, damit sie diese ausfüllen und beleben können.
- Anweisungen an die Beobachter
 - Leiten Sie die Beobachter an, darauf zu achten, wie z. B. mit dem Erkrankten umgegangen wird, welche Reaktion(en) dies hervorruft u. Ä.
- Spiel durchführen
 - Das Spiel sollte nicht länger als 10–15 Minuten dauern, ggf. auch kürzer. Nach dieser Zeit stoppen Sie das Spiel.
- Feedback-Runde
 - Jeder Spieler sagt kurz aus seiner Rolle heraus, wie es ihm erging.
- Auswertung
 - (zusammen mit den Beobachtern) Wie wurde die Situation gelöst? Was war gut? Was ist zu verbessern?

Im Anschluss ist es wichtig, die Spieler aus ihren Rollen zu entlassen!

Sofern der zeitliche Rahmen dies zulässt, können auch mehrere Rollenspiele durchgeführt werden.

Kleingruppenarbeit

- Auswahl eines Beispiels
- Vorlesen der Beispielsituation inkl. der zu klärenden Fragen
- Teilung der Großgruppe (in max. 3–5 Kleingruppen)
- Ausstattung der Gruppen mit Situationsbeschreibung und den zugehörigen Fragen, Flipchartblättern, Stiften, ruhigem Arbeitsplatz etc.
- Gruppenarbeit durchführen, evtl. in die Gruppen mitgehen und sich für Fragen zur Verfügung stellen
- Gruppe entscheidet sich für eine Präsentationsform
- die verschiedenen Gruppen stellen ihre Ergebnisse im Plenum vor, evtl. auch als Rollenspiel
- Diskussion
- Zusammenfassung der Ergebnisse

Alternativ ist es auch möglich, dass Sie jede Kleingruppe mit einer anderen Situationsbeschreibung ausstatten.

Erarbeitung im Plenum

- Vorstellung der Situation
- die Teilnehmer versuchen sich abwechselnd ... in die Situation des Demenzkranken zu versetzen (Wie fühlt sich der Erkrankte? Wie könnte er sich verhalten? etc.) ... und in die eigene Rolle (Wie schätzen Sie die Situation ein? Was ist zunächst zu tun? Was muss in Bezug auf die Demenzerkrankung beachtet werden? Wie würden Sie sich verhalten? Wie würde der Erkrankte darauf reagieren?)
- Diskussion und Bewertung der einzelnen Beiträge

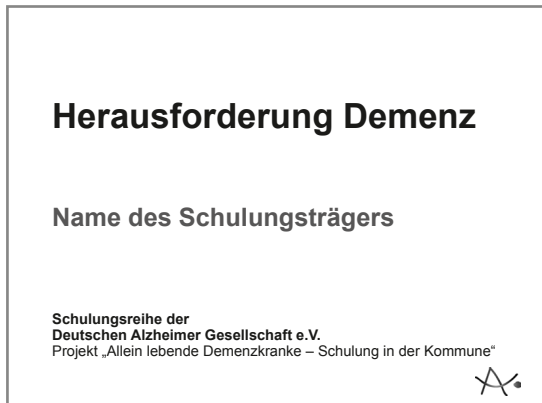
Arbeitsmaterialien: Flipchart und Stifte

Sofern der zeitliche Rahmen dies zulässt, können auch mehrere Fallbeispiele im Plenum bearbeitet werden.

Basisteil

Einführung

↓ Folie: Herausforderung Demenz



Beginnen Sie die Schulung, in dem Sie zunächst:

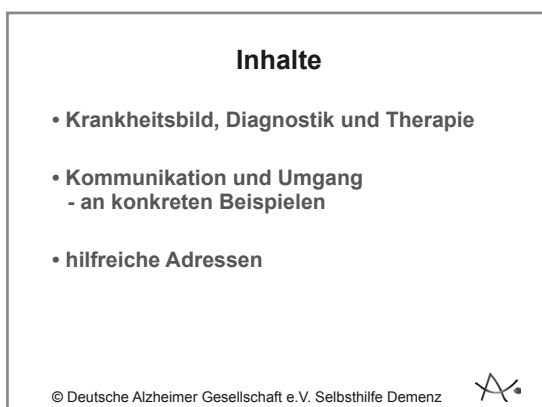
- sich und die Institution sowie
- den Anlass für die Schulung vorstellen.

Im Anschluss sollten die Erfahrungen und Erwartungen der Teilnehmer ermittelt werden.

Hilfreich können dabei folgende Fragen sein:

- Wer hat Erfahrung mit Demenz (beruflich, privat)?
- Wie wichtig schätzen Sie das Thema für Ihre Arbeit ein?
- Was ist Ihnen wichtig?
- Was interessiert Sie besonders?

↓ Folie: Inhalte



Erläutern Sie den Teilnehmern nun ihr Vorgehen und den Ablauf der Schulung.

- 1. Theoretischer Teil
Die Teilnehmer erhalten Informationen zum Krankheitsbild, zum Erleben der Betroffenen, zur Diagnostik und zur Therapie.

- 2. Praktischer Teil
Bearbeitung von Fallbeispielen
Auswertung und Zusammenfassung der Arbeitsergebnisse

→ 3. Vermittlung hilfreicher Adressen
An dieser Stelle sollte auf den geplanten zeitlichen Ablauf (je nach Schulungsumfang) und sonstige organisatorische Fragen wie z. B. Pausen eingegangen werden.

Bevor Sie mit dem theoretischen Teil der Schulung beginnen und die nächste Folie anklicken, stellen Sie bitte folgende (oder ähnliche) Fragen zum Thema „Vergessen“:

Wer von Ihnen ...

- hat schon einmal seinen Schlüssel verlegt?
- hat schon einmal den Namen eines Bekannten/ eines Freundes vergessen?
- ging schon einmal in den Keller, um etwas zu holen und hat vergessen, was er holen wollte?

Vergessen – der Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter ist normal! Bereits mit 20 beginnt der Alterungsprozess des Gehirns:

- Verlust von Synapsen (= wichtige Kontaktstellen im Gehirn)
- die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses nimmt ab
- die Versorgung des Gehirns wird durch Arterienverkalkung immer schwieriger

Daher ist im Alter normal:

- ein gelegentliches Vergessen von Fakten/ Namen
- Probleme, sich auf neue Situationen einzustellen
- verzögertes Tempo beim Verarbeiten von Informationen und beim Erinnern

Aber: Eine Demenz ist die Folge einer Erkrankung, sie gefährdet die Alltagsbewältigung und ist nicht normal!

Zur Veranschaulichung dieser Aussagen könnte an dieser Stelle ↓ Folie: Diagramm „Geistige Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit vom Lebensalter“ verwendet werden.

Krankheitsbild

Was ist Demenz?


↓ Folie: Was ist Demenz?

Was ist Demenz?

Verlust von Nervenzellen bewirkt:

- Muster von Symptomen
- Beeinträchtigung der Alltagsfähigkeiten

Dauer: mindestens sechs Monate



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

De = ohne; mens = Denkkraft, Verstand

Die Bezeichnung „Demenz“ wird als Überbegriff verwendet und umfasst eine Vielzahl von Symptomen. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache für eine Demenz.

Die Symptome bestehen mindestens seit sechs Monaten und die Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. die selbstständige Führung des Haushalts, Körperhygiene, das Einhalten von Terminen und Vereinbarungen, ist beeinträchtigt. Dabei sind die Betroffenen bei klarem Bewusstsein.


Eine Bewusstseinsbeeinträchtigung, wie z. B. beim Delir (= akuter Verwirrheitszustand), ist keine Demenz, obwohl auch Gedächtnis-, Denk- und Orientierungsstörungen auftreten. Ein Delir kann z. B. auftreten nach einer Operation oder vor allem auch dann, wenn zu wenig getrunken wurde. Eine Bewusstseinsbeeinträchtigung ist vorübergehend.

Hauptsymptome der Demenz

↓ Folie: Hauptsymptome der Demenz

Hauptsymptome der Demenz

- **Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit**
 - Gedächtnis
 - Denkvermögen
 - Orientierung
 - Sprache
 - Aufmerksamkeit und Urteilsvermögen
- **Persönlichkeitsveränderung**



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Das auffälligste Symptom, mit dem die meisten Menschen eine Demenz verbinden, ist der

im Laufe der Jahre zunehmende Abbau des Gedächtnisses durch den Verlust und die Zerstörung von Gehirnzellen.

Dabei ist zunächst das Kurzzeitgedächtnis betroffen, d. h. neue bzw. erst kurze Zeit zurückliegende Informationen, Eindrücke oder Erlebnisse können nicht bzw. nur schwer erinnert werden. Sie werden im Gehirn nicht abgespeichert. Dies führt dazu, dass sich Erkrankte nicht mehr, ab einer bestimmten Krankheitsphase auch nicht mit viel Anstrengung, daran erinnern können, dass sie z. B. heute schon Besuch hatten oder vor kurzem bereits zu Mittag gegessen haben.

Alte Erinnerungen, die das Gehirn bereits lange gespeichert hat, können dagegen sehr viel besser abgerufen werden. So erinnern sich Erkrankte gut an Situationen in ihrer Jugend und befinden sich in ihrer Gedankenwelt wieder in dieser Zeit. Im Verlauf der Demenzerkrankung wird jedoch auch dieses Langzeitgedächtnis immer stärker in Mitleidenschaft gezogen, bis hin zum fast totalen Erlöschen der Erinnerungen.

Um dieses allmähliche Vergessen sowie die Schwierigkeiten der Informationsverarbeitung anschaulich darzustellen, kann das Bild eines „Aktenschrank“ verwendet werden vgl. ↓ Folie: „Der Aktenschrank“.

Beispiele: Gedächtnisstörungen

- Gegenstände werden verlegt.
- Namen werden vergessen.
- Verabredungen werden verpasst.
- Die Orientierung geht verloren.
- Neue Dinge zu lernen fällt schwer.
- Es werden immer wieder die gleichen Fragen gestellt oder die gleichen Geschichten erzählt.
- Zahlen verlieren ihre Bedeutung und die Uhr kann nicht mehr gelesen werden.
- Das zielgerichtete Handeln ist gestört.
- Es fällt schwer, Handlungsabläufe zu planen (z. B. für das Mittagessen die notwendigen Dinge einkaufen) und komplexe Handlungsabläufe auszuführen (z. B. Kuchen backen, Mittagstisch decken, Brot schmieren, Kleidung der Jahreszeit entsprechend auswählen).

Darüber hinaus kommt es zu umfassenden Beeinträchtigungen des Denkvermögens. So erfahren Gedankenabläufe zum Beispiel thematische Einschränkungen, sie verlangsamen sich und werden umständlicher.

Weiter treten auf:

- Konzentrationsschwächen
Mitten im Handeln lassen sich die Kranken ablenken und vergessen, was sie gerade machen wollten.
- Sprachstörungen
Es fällt schwer, die richtigen Worte zu finden und zu verstehen, was der andere sagt. Eigene Wünsche können nicht verbalisiert werden.
- Wahrnehmungsstörungen
Die Kranken erkennen nicht mehr, was sie sehen, und können nichts mehr damit anfangen.
- Alltagsinkompetenz
Die Kranken finden sich in ihrem Alltag nicht mehr zurecht und sind zunehmend weniger belastbar. Sie sind ihren Gefühlen von Unsicherheit und Angst immer mehr ausgeliefert.
- Persönlichkeitsveränderung
Bei vielen Erkrankten ist ein Nachlassen des Antriebs und der Eigenaktivität festzustellen – viele Betroffene zeigen Anzeichen einer Depression. Bei anderen wiederum sind eine zunehmende Reizbarkeit sowie ausgeprägte Stimmungsschwankungen festzustellen. Bei manchen Formen der Demenz treten verstärkt Wahnvorstellungen, Verkennungen sowie Halluzinationen auf. Dann wird z. B. der Ehemann beschuldigt, die Schlüssel versteckt zu haben, oder der Tochter gedroht, weil sie die Geldbörse entwendet hat.

Epidemiologische Aspekte

↓ Folie: Häufigkeit demenzieller Erkrankungen

Häufigkeit demenzieller Erkrankungen in Deutschland

- ca. 1,1 Millionen Erkrankte in Deutschland
- laut Schätzungen steigt die Zahl der Demenzkranken bis 2050 auf ca. 2,6 Millionen an

Risikofaktor: Lebensalter

Jahr	Risiko (%)
2010	~5%
2015	~10%
2020	~15%
2025	~25%
2030	~35%
2035	~45%
2040	~55%
2045	~65%
2050	~75%

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Warum es überhaupt wichtig ist und immer wichtiger wird, sich mit Demenzerkrankungen und ihren Wirkungen auf die Betroffenen und deren Umfeld zu beschäftigen, zeigen die folgenden Zahlen.

Zwischen 6 und 9 % der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, leiden an einer Demenz. In Deutschland sind dies momentan ca. 1,2 Millionen Menschen, weltweit gibt es ca. 24 Millionen Erkrankte.

Wissenschaft und Forschung gehen davon aus, dass die Zahl der Kranken in Deutschland bis zum Jahr 2050 auf 2,6 Millionen anwachsen wird, sofern kein Mittel zur Behandlung oder Vorbeugung einer Demenz gefunden wird.

Wie das Diagramm sowie die nachfolgende Tabelle deutlich machen, steigt die Anzahl der Erkrankten mit fortschreitendem Lebensalter stark an. Das Alter ist der größte Risikofaktor für die Entwicklung einer Demenzerkrankung.

Altersgruppe	Prävalenzrate
65–69	1,2 %
70–74	2,8 %
74–79	6,0 %
80–84	13,3 %
85–89	= jeder Vierte
90 und älter	= jeder Dritte

Noch ein paar Zahlen:

- Zwei Drittel aller Demenzkranken leben zu Hause und werden von ihren Familien versorgt.
- Inzwischen sind 2/3 aller Heimbewohner demenzkrank
- Ca. 3 % der Menschen mit Demenz sind jünger als 65 Jahre, manchmal sogar unter 50 Jahre. In Deutschland entspricht dies einer Zahl von ungefähr 20.000 jüngeren Betroffenen.


Quellen:

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2008). *Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz*. URL: www.deutsche-alzheimer.de
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2010). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen*. Berlin.

Diese Zahlen fassen alle Demenzerkrankungen zusammen. Demenzerkrankungen haben jedoch die verschiedensten Ursachen (vgl. „Diagnose“). Die folgende Folie macht deren prozentuale Verteilung deutlich und zeigt, dass die Alzheimer-Krankheit die mit Abstand häufigste Ursache einer Demenzerkrankung ist.

↓ Folie: Verschiedene Demenzursachen

Verschiedene Demenzursachen	
Demenzursache	Anteil an der Gesamtzahl der Demenzerkrankungen
Alzheimer – Krankheit (AD)	ca. zwei Drittel
Vaskuläre Demenz (VD) sowie Mischformen AD/VD	ca. 30 %
Sonstige Demenzen (z. B. Lewy-Körper-Demenz, Frontotemporale Demenz)	ca. 10 %

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Die Alzheimer-Krankheit


Exkurs 1: Alois Alzheimer (1864 – 1915)

1906 stellte Alzheimer das Krankheitsbild erstmalig vor und beschrieb Ablagerungen von so genannten Plaques sowie Verklumpungen (Tau-Proteine) in den Nervenzellen.

Festgestellt hatte er diese Veränderungen 1906 im Rahmen der Obduktion des Gehirns von Auguste D., der ersten Alzheimer-Patientin. Zu Lebzeiten zeigte sie Symptome wie schwere Gedächtnisstörungen, Halluzinationen und Orientierungsstörungen.

↓ Folie: Die Alzheimer-Krankheit

Die Alzheimer-Krankheit
<ul style="list-style-type: none"> • Ursachen unbekannt, jedoch nur in wenigen Fällen vererbt • Risiko steigt mit zunehmendem Lebensalter • stetig fortschreitender Verlauf: leichte – mittelschwere – schwere Demenz • Krankheitsdauer: im Ø 6–9 Jahre

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Nervenzellen sowie Nervenzellkontakte sterben ab, was eine Hirnatrophie (Gehirnschwund) bedingt. Darüber hinaus wird der Botenstoff Acetylcholin, der für die Weiterleitung von Informationen zwischen den Nervenzellen entscheidend ist, nicht in ausreichender Menge produziert.

Zur Verdeutlichung können Sie hier die ↓ Folie „Gehirne im Vergleich“ aus dem Anhang nutzen.

Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz ist das Alter. In sehr seltenen Fällen liegt eine genetische Disposition vor, die zum Entstehen der Krankheit führt.

Die Alzheimer-Demenz verläuft zumeist schleichend. Die genannten Veränderungen im Gehirn beginnen lange Zeit (bis zu zehn Jahre) bevor sich erste Symptome zeigen.

Insgesamt kann sich der Krankheitsverlauf gelegentlich bis zu 20 Jahre hinziehen. Der Durchschnitt liegt jedoch bei sechs bis neun Jahren.

→ Leichte Demenz

Die Kranken erleben oft bewusst, dass sie etwas vergessen. Sie sind verwirrt, weil andere Dinge behaupten, an die sie sich nicht erinnern können. Dies wirkt bedrohlich für sie und es kommt vermehrt zu peinlichen Situationen. Je nach Persönlichkeitsstruktur reagieren die Erkrankten depressiv, aggressiv, abwehrend oder mit Rückzug. Sie versuchen, eine „Fassade“ aufrecht zu erhalten.

→ Mittelschwere Demenz

Den Kranken gelingt es immer weniger, sich im Alltag zurecht zu finden. In ihrem Erleben befinden sie sich häufig in Situationen aus der Vergangenheit und erleben diese mit all den dazugehörigen Gefühlen als aktuell und real. So kommt es vor, dass eine demenzkranke Person unbedingt nach Hause muss, weil die Mutter dort auf sie wartet. Oder der demenzkranke Mann muss dringend zum Bus, weil gleich seine Arbeit beginnt. Finden Demenzkranke dann in ihrem Bemühen, z. B. pünktlich zu sein, kein Gehör, werden sie unruhig oder aggressiv. Sie fühlen sich nicht verstanden.

→ Schwere Demenz

Die Sprache ist – bis auf einzelne Worte – fast völlig erloschen. Eine Inkontinenz ist ausgeprägt und es kommt durch motorische Störungen zunehmend zu Gangunsicherheiten.

Das Interesse an der Außenwelt ist fast gänzlich erloschen und die Kranken sind fast vollständig auf Hilfe von außen angewiesen und darauf, dass andere für sie mitdenken und sie immer wieder am sozialen Leben teilhaben lassen.

Bis ins späte Stadium der Erkrankung bleiben sie jedoch emotional ansprechbar.

Menschen mit Demenz versterben häufig an zusätzlich auftretende Krankheiten und Komplikationen, am häufigsten z. B. an Lungentzündungen oder anderen Infekten.

Exkurs 2: Andere Demenzursachen

→ Vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist gekennzeichnet durch ein Absterben von Nervenzellen infolge von Durchblutungsstörungen im Gehirn. Sie beginnt meist plötzlich und schreitet schrittweise voran. Als Hauptsymptome lassen sich Verlangsamung, Denkschwierigkeiten sowie Stimmungslabilität benennen. *(Noch einmal kann an dieser Stelle die ↓ Folie mit dem Diagramm „Geistige Leistungsfähigkeit in Abhängigkeit vom Lebensalter“ zur Veranschaulichung genutzt werden.)*

→ Frontotemporale Demenz

Der Abbau von Nervenzellen konzentriert sich zunächst im Stirn- und Schläfenbereich (Fronto-Temporal-Lappen) des Gehirns. Von dort aus werden u. a. Emotionen und das Sozialverhalten kontrolliert.

Die Vorgänge, die zum Nervenzelluntergang führen, sind zum größten Teil nicht bekannt und auch nicht beeinflussbar. Bisher gibt es jedoch auch keine gezielten Therapiemöglichkeiten. Die medikamentöse Behandlung zielt derzeit darauf ab, die Verhaltensauffälligkeiten der Patienten zu mildern.

Diese Demenzform tritt meist zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr auf und damit sehr viel früher als die Alzheimer-Demenz. Als Hauptsymptome lassen sich Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens sowie Kontrollverlust (z. B. maßloses Essen, Aggressivität, Taktlosigkeit) benennen. Im Verlauf der Erkrankung kommen Sprachstörungen (Wortfindungs-, Benennens- und Sprachverständnisstörungen, fehlendes Mitteilungsbedürfnis bis zum völligen Verstummen), sowie Beeinträchtigungen des Gedächtnisses hinzu, die jedoch lange Zeit nicht so extrem sind wie bei der Alzheimer-Demenz.

→ Lewy-Körper-Demenz

Der Beginn dieser Form der Demenz ist zumeist schleichend. Als Hauptsymptome lassen sich starke Schwankungen der geistigen Leistungsfähigkeit und der Aufmerksamkeit, optische Halluzinationen und aggressive Impulse, unsicherer Gang und leichte Parkinsonsymptome (unwillkürliches Zittern der Hände, Steifigkeit der Bewegungen) sowie wiederkehrende kurze Bewusstseinsverluste benennen.

Das Erleben der Betroffenen

↓ Folie: Was bedeutet eine Demenz für die betroffene Person? (1)

Was bedeutet eine Demenz für die betroffene Person? (1)

Zunehmender Verlust von

- zeitlicher Orientierung (Welche Uhrzeit, welcher Tag, welches Jahr?)
- örtlicher Orientierung (Wo bin ich?)
- situativer Orientierung (Was geschieht um mich herum?)
- Orientierung zur anderen und eigenen Person (Wer bin ich, wer bist Du?)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Das Erinnerungs- als auch das Denkvermögen helfen uns, uns zu orientieren. Wenn beides schwindet, zieht dies weit reichende Orientierungsstörungen nach sich.

Menschen mit Demenz haben zunehmend Schwierigkeiten, Uhrzeit, Tag oder Jahr zu erinnern, sie haben Schwierigkeiten, sich in einer neuen, später auch in der vertrauten Umgebung zurecht zu finden. Die Fähigkeit, Situationen richtig einschätzen zu können, schwindet. Zunehmend werden vertraute Personen nicht mehr erkannt und auch sich selbst erkennen die Erkrankten irgendwann nicht mehr (z. B. im Spiegel, auf Fotos).

↓ Folie: Was bedeutet eine Demenz für die betroffene Person? (2)

Was bedeutet eine Demenz für die betroffene Person? (2)

- Wahrnehmung der Umwelt und Selbstwahrnehmung verändern sich
- alltägliche Situationen und Gegenstände erhalten eine andere Bedeutung
- leben in ihrer eigenen Welt
- nicht betroffen sind Gefühle und Erleben

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung der Umwelt verändern sich. Dies hat zur Folge, dass die Wahrnehmung der Erkrankten und der Betreuenden immer mehr auseinander klappt.

Beispiel: Eine demenzkranke Frau berichtet, dass in ihrem Wohnzimmer eine ganze Gruppe von fremden Personen sitzt und sie sich bedroht fühle. Bei einer genaueren Betrachtung fällt auf,

dass sich niemand im Wohnzimmer befindet, aber im Fernsehen eine Talk-Show läuft.

Exkurs 3: Wahrnehmung

Inwieweit Sie darauf näher eingehen, sollten Sie anhand der Gegebenheiten (Zeit, Interesse etc.) vor Ort entscheiden.

Unter Wahrnehmung versteht man die Aufnahme und Auswahl von Informationen über die Sinne sowie deren Verarbeitung. Eine Störung dieses Wahrnehmungsprozesses kann auf verschiedenen Ebenen auftreten:

- ... bei der Aufnahme der Informationen
Die Wahrnehmung kann z. B. beeinträchtigt sein, weil die Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane eingeschränkt ist. Das heißt, ein abnehmendes Seh- oder Hörvermögen kann zu einer unvollständigen oder verzerrten Wahrnehmung führen.
- bei der Auswahl der Informationen
Nicht alles, was wahrgenommen wird, ist wichtig. Daher werden nur die Sinnesreize herausgefiltert und kognitiv verarbeitet, die bedeutsam sind und der Orientierung des Betreffenden dienen. Bei Menschen mit Demenz ist dieser „Filterprozess“ gestört. Sie haben zumeist große Probleme, auf viele gleichzeitig auftretende Reize zu reagieren. Ihre Unterscheidungsfähigkeit wird überfordert und sie werden unsicher.
- bei der Verarbeitung der Informationen
Um adäquat auf einen Reiz reagieren zu können, ist es wichtig, den Kontext mit zu erfassen, sich darauf konzentrieren zu können, damit ein Vorhaben zu Ende gebracht wird. Menschen mit Demenz sind schnell abgelenkt, sie verlieren bei ihren Handlungen den „roten Faden“ und wenden sich anderen Dingen zu, vergessen das, was sie gerade begonnen haben.

Wahrnehmungen werden in einem zweiten Schritt mit gespeicherten Gedächtnisinhalten verglichen, die aus Faktenwissen, Handlungswissen, biographischem Wissen sowie sozialen und psychologischen Mustern bestehen.

Bei Menschen mit Demenz gehen krankheitsbedingt große Anteile der Gedächtnisinhalte verloren und nur einige wenige bleiben erhalten und können genutzt werden. Aufgrund dessen kann es passieren, dass ...

ein Demenzkranker das aktuelle Datum nicht benennen, jedoch ein Volkslied singen kann (Faktenwissen).

- ein Mensch mit Demenz nicht mehr Zähneputzen, aber ein altbekanntes Instrument spielen kann (Handlungswissen).
- ein Demenzkranker die Namen seiner Kinder und Enkelkinder nicht, wohl aber die Namen seiner Geschwister weiß (biographisches Wissen).
- ein Mensch mit Demenz, der jahrelang in leitender Position tätig war, dazu rein geistig nicht mehr in der Lage wäre, jedoch den Personen in seinem Umfeld noch immer wie ein Vorgesetzter seinen Angestellten begegnet (soziale und psychologische Muster).

Kann eine Wahrnehmung als Schlüsselreiz wirken, der Gedächtnisinhalte aktiviert, bedingt sie als Ergebnis eine Schlussfolgerung und damit eine Handlung. Dieses Ergebnis hängt dabei entscheidend davon ab, welche Gedächtnisinhalte erinnerbar sind. Da der Mensch ständig neuen Reizen/ Wahrnehmungen ausgesetzt ist, findet eine fortlaufende Korrektur dieser Schlussfolgerungen und Handlungen statt.

Zusammenfassend bedeutet dies: Ist die Wahrnehmung gestört oder stehen nur noch begrenzte Gedächtnisinhalte zur Verfügung, resultieren daraus Handlungen oder Reaktionen, die den Betreuenden oftmals als unlogisch erscheinen.

Beispiel: Frau Y. versucht, die Blumen, die als Muster auf den Teppich gedruckt sind, zu pflücken.

Die Blumen des Teppichmusters wurden von Frau Y. als solche ERkannt, jedoch als echte Blumen VERkannt. Diese Wahrnehmung verknüpft sie mit ihrem Handlungswissen und beginnt, die Blumen zu pflücken.

Die Verarbeitung des Sinnesreizes war also gestört und bedingte eine von außen betrachtet unlogische oder sinnlose Handlung. Aus der Perspektive der Erkrankten jedoch ist die Schlussfolgerung des Blumenpflückens durchaus nachvollziehbar.

Neben der Umfeldwahrnehmung verändert sich auch die Selbstwahrnehmung. So geht die Krankheitseinsicht nach und nach verloren. Die Erkrankten spüren zunehmend Einbußen und Verluste, können sich diese jedoch nicht rational

erklären. So werden Erklärungen genutzt, die sich aus der Vergangenheit, der Biographie der Erkrankten ergeben. Damit geht jedoch der Bezug zur realen Welt mehr und mehr verloren. Die Kranken leben zunehmend in ihrer eigenen Welt, der Welt ihrer Vorstellungen.

Beispiel: Herr X. ist gestürzt und hat sich am Bein eine Schürfwunde zugezogen. Da er sich daran nicht erinnern kann, antwortet er auf die Frage seiner Tochter, wie dies passiert sei, dass er beim Bergsteigen ausgerutscht sei.

Für ihn ist dies eine logische Erklärung, da das Bergsteigen sein Hobby war und eine Verletzung dabei schon mal vorkam.

Für die Tochter ist die Erklärung dagegen in keiner Weise logisch, da Herr X. immerhin 87 Jahre alt ist und sein Hobby schon vor langer Zeit aufgeben musste.

Die Handlungslogik von Menschen mit Demenz liegt somit in der subjektiven Realität begründet, in der sie leben und die nur in einzelnen Elementen mit der Realität der Nicht-Dementen übereinstimmt.

Im Gegensatz zur Erinnerungsfähigkeit bleibt jedoch die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Stimmungen und Emotionen erhalten. Menschen mit Demenz verfügen über eine Fülle von Emotionen und drücken diese auch aus. Sie nehmen die Stimmung des Gesprächspartners wahr und reagieren darauf. Sie nehmen also Ungeduld, Unverständnis oder auch Ärger sehr genau wahr und reagieren ihrerseits z. B. mit Unsicherheit, Scham oder Rückzug.

Ein Gesprächspartner, der gelöst und freundlich ist, kann bei dem Erkrankten Entspannung, Offenheit und Fröhlichkeit bewirken.

Diagnose

↓ Folie: Wie wird die Diagnose gestellt?



In der Regel stellt eine Person bei sich bzw. einem Verwandten/ Bekannten Gedächtnisstörungen fest und konsultiert zunächst den Hausarzt. Dieser überweist den Patienten gegebenenfalls an einen Facharzt (z. B. Neurologe) oder an eine spezialisierte Einrichtung wie die Gerontopsychiatrie oder an eine Gedächtnisambulanz.

Die Beschwerden müssen in einem ersten Schritt verifiziert werden. Dies bedeutet mit Hilfe eines Tests [z. B. Mini-Mental-Status-Test (MMST), DemTect, Uhrentest] herauszufinden, ob wirklich eine Störung der geistigen Leistungsfähigkeit vorliegt oder ob es sich um altersgemäße Leistungseinbußen handelt (vgl. Basis teil – Einführung).

Zeigen die Testungen eine Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten an, wird in einem zweiten Schritt analysiert, ob diese eine andere Ursache als eine Demenz haben. Dabei kommen z. B. eine Depression, ein Delir, eine Amnesie oder eine leichte kognitive Störung (Mild Cognitive Impairment) in Frage. Auch diese Erkrankungen gehen mit Gedächtniseinbußen einher, unterscheiden sich jedoch in anderen Symptomen (z. B. Bewusstseinszustand, Einschränkung der Alltagsfähigkeiten).

Entsprechen die Beschwerden des Patienten dem Störungsmuster einer Demenz, muss in einem nächsten Schritt bestimmt werden, ob eine primäre oder eine sekundäre Demenz vorliegt.

Sekundäre Demenzen entstehen dabei in Folge einer körperlichen Erkrankung, die sich auf das Gehirn auswirkt. Beispielhaft zu erwähnen sind Stoffwechselerkrankungen (z. B. Schilddrüsenunterfunktion), Vitaminmangel, aber auch ein Normaldruckhydrozephalus (eine Abflussstörung der Hirnrückenmarksflüssigkeit).

Sekundäre Demenzen werden auch als reversibel bezeichnet, da die Behandlung der Grunderkrankung zu einer Rückbildung der Demenzsymptomatik führen kann. Sie machen jedoch nur einen sehr geringen Teil aller Krankheitsfälle aus.

Sehr viel häufiger wird eine primäre Demenz diagnostiziert. Primäre Demenzen resultieren aus einer direkten Schädigung des Gehirns und gelten nach heutigem Kenntnisstand als irreversibel.

Belegen die Befunde eine primäre Demenz, muss anschließend versucht werden, deren Form zu bestimmen. In ca. zwei Drittel aller Fälle wird dabei die Alzheimer-Demenz diagnostiziert.

Ebenfalls zu dem Bereich der primären Demenzen zählen z. B. die vaskuläre Demenz, die Lewy-Körper-Demenz sowie die frontotemporale Demenz.

Im Rahmen des gesamten Diagnoseverfahrens können folgende Untersuchungen durchgeführt werden:

- Anamnese und Fremdanamnese
- Kontrolle der Laborwerte (z. B. Blutbild, Leberwerte, Blutzucker)
- EEG
- bildgebende Verfahren wie Computertomographie (CT) oder Magnetresonanztomographie (MRT)

Therapie

Medikamentöse Therapie

↓ Folie: Medikamentöse Therapieoptionen

Medikamentöse Therapieoptionen

- Verlangsamung des Krankheitsverlaufs
- Behandlung von psychiatrischen Begleitsymptomen
- Behandlung körperlicher Grund- und Begleiterkrankungen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Die Heilung einer Demenzerkrankung ist nicht möglich!

Man kann jedoch die Haupt- und Begleitsymptome durch eine individuell an die jeweiligen Bedürfnisse des Erkrankten angepasste Verbindung von medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie beeinflussen.

Je eher die verschiedenen Therapieformen angewendet werden, desto größer wird der Nutzen für die Erkrankten sein.

Voraussetzung für eine frühzeitige Behandlung ist jedoch, dass erste leichte Symptome sowohl von den Betroffenen als auch von den Ärzten ernst genommen werden, so dass die Diagnose in einem frühen Stadium der Erkrankung gestellt werden kann.

Im Rahmen einer medikamentösen Behandlung unterscheidet man zwischen Medikamenten, deren Wirkung darauf abzielt, den Abbau des geistigen Leistungsvermögens und der Aktivitäten des täglichen Lebens zu verzögern (Antidementiva) und Medikamenten, deren Ziel es ist, problematische Verhaltensweisen zu verringern (Antidepressiva, Neuroleptika).

Antidementiva wirken bei den Patienten sehr unterschiedlich, zum Teil bleibt die Wirkung sogar ganz aus. Darüber hinaus treten häufig Nebenwirkungen auf. Doch Antidementiva sind die einzigen Medikamente, die bei einer Demenzerkrankung eine Verlangsamung des Fortschreitens der Krankheitssymptome bewirken können.

Die Behandlung muss durch einen erfahrenen Arzt angeordnet und überwacht werden!

Außerdem werden bei einer Demenzerkrankung häufig Begleitsymptome wie Unruhezustände, wahnhaftige Überzeugungen, Sinnestäuschungen oder Aggressivität beobachtet. Manchmal ist dieses Verhalten auch eine Reaktion auf die Umgebung, Ausdruck von Überforderung, Unverständnis oder das Auftauchen belastender Ereignisse aus der Vergangenheit. Ein positives Umfeld, das fordert aber nicht überfordert und beruhigend wirkt, kann häufig die Situation entspannen. Daher sollte immer versucht werden, herausforderndes Verhalten auf NICHT-medikamentösem (vgl. Exkurse 6a-f) Weg zu beeinflussen.

Erst wenn die Symptome trotz aller Bemühungen weiter bestehen, ist ein Einsatz von Psychopharmaka in Erwägung zu ziehen

Exkurs 4: Antidementiva

Noch gibt es kein Mittel, das den fortlaufenden Verlust der Nervenzellen aufhalten kann. Antidementiva können den Abbauprozess nur verlangsamen. Bei den Antidementiva unterscheidet man Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantine. Acetylcholin ist ein Botenstoff, der Informationen in den Synapsen weiterleitet. Danach wird er abgebaut (Esterase). Krankheitsbedingt entsteht bei Demenzkranken ein Acetylcholin-Mangel. Die Medikamente stoppen (hemmen) den Abbau des Acetylcholins.

Bei Alzheimer-Patienten ist zudem der Glutamatspiegel ständig hoch, so dass die Nervenzellen pausenlos gereizt werden und zu viel Calcium ausgeschüttet wird. Dadurch werden sie langsam vergiftet. Memantine stoppt den Dauereinstrom des Calciums und schützt dadurch die Nervenzellen im Gehirn vor der Vergiftung.

Exkurs 5: Psychopharmaka

Am häufigsten werden bei Demenzkranken Antidepressiva sowie Neuroleptika verordnet.

→ Antidepressiva

Antidepressiva sind Medikamente zur Behandlung einer gedämpften psychischen Stimmungslage. Sie haben je nach Wirkstoff neben der stimmungsaufhellenden Wirkung zusätzlich einen angst- und spannungslösenden, antriebssteigernden oder -dämpfenden Effekt.

→ Neuroleptika

Neuroleptika zielen auf die Begleitsymptome. Ein niedrigpotentes Mittel (ein so genanntes atypisches Neuroleptikum) sollte bevorzugt werden. Neuroleptika, in hoher Dosis oder über einen längeren Zeitraum eingenommen, können schwerwiegende Nebenwirkungen nach sich ziehen bzw. zu einer übermäßigen Sedierung führen.

Nicht-medikamentöse Therapie

↓ Folie: Nicht-medikamentöse Therapieoptionen

Nicht-medikamentöse Therapieoptionen

- Stärkung der Alltagsfähigkeiten
→ z. B. Verhaltenstherapie, Ergotherapie
- Förderung der Orientierungsfähigkeit
→ z. B. Milieuthherapie
- Erinnerungspflege
→ z. B. Erinnerungstherapie, Musiktherapie
- Anpassung der Kommunikation
→ z. B. Validation

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Hauptziel nicht-medikamentöser Therapieoptionen ist eine verbesserte Lebensqualität der Erkrankten. Dies kann gelingen durch die Stärkung der vorhandenen Fähigkeiten, durch das Aktivieren von Erinnerungen, die Anpassung der Umgebung oder durch die Veränderung der Kommunikation und des Verhaltens der Bezugspersonen. So können Ängste und Unsicherheiten abgebaut und positiv beeinflusst werden.

Entscheidend ist es, die Therapien so anzuwenden, dass sie den Erkrankten weder über- noch unterfordern. Einer Überforderung begegnet man mit der Einsicht, dass die therapeutischen Möglichkeiten krankheitsbedingt begrenzt sind. Eine Unterforderung dagegen lässt sich vermeiden, indem man sich vor Augen führt, dass trotz allem Therapieoptionen bestehen, die – in angemessener Intensität – möglich sind.

→ Exkurs 6a: Verhaltenstherapie

Am Erprobtesten ist die Einübung von Verhalten, um die Selbständigkeit zu erhalten, z. B. beim Betreten der Wohnung den Schlüssel immer an die gleiche Stelle zu legen oder die Einführung von festen Ritualen und einer Tagesstruktur.

→ Exkurs 6b: Ergotherapie

Ergotherapie kommt im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahmen auch bei Demenzkranken zum Einsatz. Gezielt werden Beschäftigungsmöglichkeiten gesucht oder z. B. bei unsicherem Gang Muskelkraft und Koordinationsfähigkeit trainiert. Auch werden alltägliche Verrichtungen wie z. B. Anziehen oder Essen geübt.

→ Exkurs 6c: Milieuthherapie

Die Milieuthherapie zielt auf die Anpassung des Umfelds, um verlorene Fähigkeiten zu kompensieren sowie nicht genutzte Fähigkeiten zu aktivieren und zu stärken. Im Mittelpunkt stehen dabei:

- Erleichterung von Wahrnehmung und Orientierung (z. B. durch helle und schattenarme Beleuchtung, Beschriften der Türen)
- Sicherheit (z. B. keine offenen Treppen, keine Stolperfallen)
- Einsatz von technischen Hilfsmitteln zum Erhalt der Selbständigkeit (z. B. Herdsicherungen, Personenortungssysteme)

→ Exkurs 6d: Erinnerungstherapie

Diese Therapieform macht sich zu Nutze, dass das Langzeitgedächtnis im Rahmen einer Demenzerkrankung sehr viel länger intakt bleibt als das Kurzzeitgedächtnis. Durch vertraute Tätigkeiten, Geschichten, Bilder, Melodien oder Gerüche lässt sich an Vergangenes, die Biographie der Erkrankten anknüpfen. Dadurch können positive Erinnerungen geweckt und das Wohlbefinden erhöht werden. Mit Hilfe biographischen Wissens können auch schwierige Situationen verstanden und entschärft werden.

→ Exkurs 6e: Musiktherapie

Selbst im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung können Demenzkranke über die Musik erreicht werden und sie reagieren auf altbekannte Melodien, auch wenn sie nur noch begrenzt kommunizieren können. Vertraute Musik beeinflusst die seelische und körperliche Verfassung günstig. Gemeinsames Singen regt das Gemeinschaftsgefühl

an. Musik kann auch helfen, eigene Gefühle und Stimmungen auszudrücken.

→ *Exkurs 6f: Validation*

Die Validation wurde von Naomi Feil in den 60er-Jahren in den USA entwickelt und ist keine Therapie im herkömmlichen Sinne. Vielmehr ist sie als Konzept zur Kommunikation und zum Umgang mit Demenzkranken zu verstehen. Validieren bedeutet „für gültig erklären“ und bezieht sich insbesondere auf die Realität des Erkrankten, seine aktuellen Gefühle und Verhaltensweisen. Im Mittelpunkt stehen:

- Orientierung am aktuell gezeigten Gefühl
- Spiegeln/ Wiederholen von verbalen und nonverbalen Äußerungen
- einfache Fragen (keine Entscheidungsfragen)
- biographische Anhaltspunkte verwenden (z. B. Kindheit, Familie, Beruf)
- allg. Themen und Sprichwörter verwenden

Wünsche (allein lebender) Demenzkranker

Im Rahmen des Projektes „Allein lebende Demenzkranke – Schulung einer Kommune“ wurden insgesamt zehn allein lebende Menschen mit Demenz in qualitativen Leitfadenterviews nach Ihren Wünschen und Bedürfnissen, nach Ängsten und belastenden Situationen gefragt. Die zentrale Fragestellung war hierbei, was es für die Betroffenen bedeutet, mit einer Demenz allein zu leben, wie sie mit der Situation umgehen und was ihnen dabei hilft.

Die beiden folgenden Folien stellen eine kurze Zusammenfassung der meistgenannten Wünsche dar.

↓ Folien: Wichtig für Demenzkranke ist ...

Wichtig für Demenzkranke ist ...

- zu verstehen/ verstanden zu werden
- als Person akzeptiert und wertgeschätzt zu werden
- sozial eingebunden zu sein
- sich sicher zu fühlen




© Christina Schwarzfischer


© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Wichtig für Demenzkranke ist ...

- in ihrer gewohnten Umgebung bleiben zu können
- selbständig handeln zu können
- sich bewegen zu dürfen



© Christina Schwarzfischer

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Diese Wünsche und Bedürfnisse sind nicht neu. Es sind Grundbedürfnisse des Menschen, die auch bei einer Demenzerkrankung bestehen bleiben. Sie geben darüber hinaus erste wichtige Hinweise, welche Dinge im Umgang mit Demenzkranken beachtet werden sollten.

↓ Folie: Wichtig im Umgang ist ...

Wichtig im Umgang ist ...

- nicht auf Defizite hinzuweisen
- die Betroffenen ernst zu nehmen
- sie mit Respekt und Wertschätzung zu behandeln
- Ruhe und Sicherheit zu vermitteln
- ihre Selbstständigkeit zu unterstützen



© Christina Schwarzfischer

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Hier endet der Basisteil. Bevor Sie zum praktischen Teil übergehen, eignet es sich gut, an dieser Stelle eine kurze Pause von ca. 15 Minuten zu machen.



Polizei

Einstieg

Die folgenden drei Fragen richten sich an die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer.

Die Antworten der Schulungsteilnehmer können z. B. auf einem Flip-Chart gesammelt werden.

Die jeweils auf die Frage folgende Folie dient dann als Zusammenfassung und evtl. Ergänzung der wichtigsten Punkte.

Zum Einstieg werden die Teilnehmer gebeten, Situationen aus Ihrem beruflichen Kontext oder Erfahrungen aus dem privaten Bereich zu schildern.

↓ Folie: Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

↓ Folie: Anlässe für den Einsatz der Polizei

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Im Anschluss wird erörtert, welche Auffälligkeiten/ Verhaltensweisen den Schluss auf eine vorliegende Demenzerkrankung bedingen.

↓ Folie: Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich auch hier ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden. Die anschließende Folie kann als Zusammenfassung dienen.

↓ Folie: Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

- wirkt verwirrt
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
- unangemessene Kleidung
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten → Verwendung von Floskeln
- ständiges Wiederholen der gleichen Aussage

→ bei gleichzeitig höherem Lebensalter

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz




Dabei können zu den genannten Punkten Beispiele angegeben werden:

- örtliche und zeitliche Desorientierung
 - Wochentag, Monat o. Ä. werden nicht richtig benannt
 - der Betreffende wähnt sich an einem anderen Ort (andere Stadt, andere Zeit)
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
 - Unterschätzung der Gefahr
 - Situationsverknennung
- unangemessene Kleidung
 - Schlafanzug auf der Straße
 - Sommerbekleidung im Winter
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten
 - ausweichende Antworten
 - Floskeln, „Allgemeinplätze“

Nun soll noch einmal speziell nach schwierigen Verhaltensweisen gefragt werden, mit denen sich die Teilnehmer bereits konfrontiert sahen.

↓ Folie: Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für ihre Arbeit als schwierig ein?

Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für Ihre Arbeit als schwierig ein?




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folie: Herausfordernde Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen

- aggressives Verhalten
- Beschuldigungen
- Ruhestörung/ Tag-Nacht-Umkehr
- „peinliches“ Verhalten
- eingeschränkte Fähigkeit, Gespräche zu führen



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Fallbearbeitung Fragestellung

Die Bearbeitung eines oder mehrerer konkreter Fallbeispiele steht nun im Vordergrund. Dabei muss nicht zwingend auf eines der folgenden Beispiele zurückgegriffen werden. Es kann auch eine von den Teilnehmern im Vorfeld genannte Situation bearbeitet werden.

↓ Folie: Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...






© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Unabhängig vom methodischen Vorgehen stehen für die Bearbeitung der Fälle vier Fragen im Mittelpunkt.

↓ Folie: Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -

**Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -**

- Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
- Was wären Ihre nächsten Schritte?
- Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
- Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Damit sich die Schulungsteilnehmer gut in die jeweilige Situation hineinversetzen können, werden sie zunächst nach ihren Gedanken und Assoziationen sowie nach dem möglichen weiteren Vorgehen gefragt. „Nächste Schritte“ meint in diesem Zusammenhang Maßnahmen, die die Teilnehmer in der jeweiligen Situation ergreifen würden, um z. B. Gefahren abzuwenden bzw. die Person zu beruhigen. Was man darüber hinaus tun kann, um den Betroffenen zu helfen, wird nach der Fallbearbeitung erörtert.

Ausgehend von dem im Vorfeld vermittelten theoretischen Wissen sollen sich die Teilnehmer nun Gedanken machen, welche Regeln in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken zu beachten sind und welche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hilfreich sein könnten.

Die Fallarbeit dient dazu, die Besonderheiten, die der Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken erfordern, herauszufiltern und sich bewusst zu machen.

Fallbeispiele

Es folgen nun drei anhand der eben genannten Fragen aufbereitete Fallbeispiele. Die Fragen 1 und 2 sind dabei für jedes Fallbeispiel einzeln ausgearbeitet, die Fragen 3 und 4 für alle Beispiele zusammen.

Die aufgeführten Stichpunkte stellen dabei eine Sammlung möglicher Gedanken der Teilnehmer dar. Evtl. werden diese oder ähnliche Aspekte genannt.

Die wichtigsten Punkte werden im Anschluss an die Fallbearbeitung durch drei Folien zu

„Kommunikation und Umgang“ (vgl. Auswertung) noch einmal zusammengefasst.

Erarbeiten können Sie die verschiedenen Fälle mit Hilfe eines Rollenspiels, der Arbeit in Kleingruppen oder durch eine Diskussion im Plenum (vgl. „Organisatorische Hinweise“).

Eine Kopiervorlage der verschiedenen Fallbeispiele finden Sie bei den Zusatzmaterialien zu diesem Kapitel.

Im Anhang der PowerPoint-Präsentationen finden Sie den Text der drei ausgearbeiteten Fallbeispiele darüber hinaus als Folie, die Sie gerne an dieser Stelle einfügen können.

Fall 1: Meldung einer vermissten Person

Sie werden gerufen, weil eine 72-jährige Frau, die bekanntermaßen an einer Form von Demenz leidet und als leicht verwirrt beschrieben wird, nicht nach Hause gekommen ist. Sie war auf dem Weg zum nahe gelegenen Friedhof, um das Grab ihres Mannes zu besuchen. Diesen Weg geht sie jeden Tag, immer auf derselben Strecke zu derselben Zeit und ist immer nach einer Stunde wieder zu Hause gewesen.

Ihre Tochter, die nicht im selben Haushalt wohnt, telefoniert üblicherweise immer dann mit ihr. Sie hat ihre Mutter weder telefonisch erreicht, noch in der Wohnung oder auf dem bekannten Weg angetroffen. Auch auf dem Friedhof hat sie die Mutter nicht gefunden. Diese hat vor fünf Stunden das Haus verlassen.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- hat sich verlaufen
- kann Adresse evtl. nicht erinnern
- hat nicht um Hilfe gefragt oder diese nicht erhalten
- erhöhte Gefahr, Opfer eines Unfalls/ Verbrechens zu werden
- Gefühle wie:
 - Hunger/ Durst
 - Harndrang
 - Verzweiflung
 - Unsicherheit
 - Scham
 - Wut

Mögliche nächste Schritte:

Was ist bei der Suche nach der vermissten Person zu beachten?

- Menschen mit Demenz hinterlassen Spuren (im Gegensatz zu Straftätern, die sie zu vertuschen suchen)
- meistens verlassen sie Wege und Straßen nicht
- gehen eher geradeaus, biegen erst bei Hindernissen ab
- nutzen vertraute Wege aus früheren Lebensphasen (z. B. Arbeitsweg, Schulweg der Kinder), vertraute Orte (z. B. ehemalige Wohnorte, Arbeitsplatz, Vereine, Kirchen), Orte für gemeinsame Aktivitäten (z. B. bevorzugte Geschäfte, Restaurants)
- verstecken sich aus Angst im Haus oder in der näheren Umgebung, z. B. Schuppen oder Nachbarhaus
- sind selten weiter weg als 3 km
- sind durch suchende Blicke und häufiges sich Umschauen zu erkennen
- Hinweise von Angehörigen und Pflegepersonal sind wertvoll
- Bei der Suche leises und vorsichtiges Vorgehen (z. B. kein Martinshorn)

Exkurs 7: Einsatzablauf und damit verbundene Regeln und Pflichten der Polizei im Zusammenhang mit einer vermissten (demenzkranken) Person

Sachverhalte wie diese werden, soweit keine Anhaltspunkte für eine Straftat vorliegen, als gefahrenabwehrende Maßnahme eingestuft. In allen unaufschiebbaren Fällen trifft die Polizei notwendige Maßnahmen nur dann, wenn die eigentlich zuständige Behörde nicht rechtzeitig tätig werden kann. Die Rechtsgrundlage für die Polizei bildet das Landespolizeigesetz des jeweiligen Bundeslandes. Ausgangspunkt eines polizeilichen Handelns ist die Information über ein Ereignis.

Nach Kenntnisnahme der Mitteilung erfolgt eine erste Beurteilung der Information. Die Beurteilung konzentriert sich im Wesentlichen auf folgenden Fragestellungen:

- Was liegt vor? Auf welchen mutmaßlichen Anlass lässt die Ereignisinformation schließen?
- Liegt eine Gefahrenlage vor?
- Kann der mit der Erstinformation mitgeteilte Informationsgehalt als gesichert gelten?
- Wie kann ggf. mehr Klarheit über das Ereignis erlangt werden?

Die Erstinformationen haben eine besondere Bedeutung. Führt die Beurteilung des Polizeiführers zu dem Ergebnis, dass eine Sofortlage

vorliegt, schließt sich die Sofortphase des polizeilichen Einsatzes an. Phasen der polizeilichen Lagebewältigung im ersten Angriff

- Entgegennahme und Beurteilung der Erstinformation über das Ereignis:
hier demenzkranke, vermisste Person
- Vorliegen eines polizeilich bedeutsamen Ereignisses?
Ja! Vermisste Person
- Vorliegen einer Gefahrenlage?
Ja! Gefahr für Leib und Leben
- Sofortlage liegt vor
- Sofortphase beginnt
 - Bilden einer Befehlsstelle
 - Entsenden von Einsatzkräften zum Einsatzort (dies können u. a. sein: Schutzpolizisten, Kriminalpolizisten, Diensthundeführer, Polizeihubschrauber, Taucher, Zusatzkräfte aus anderen Polizeidienststellen wie Wasserschutz- oder Bundespolizei). Darüber hinaus können weitere Institutionen informiert werden: Feuerwehr, öffentliche Verkehrsbetriebe, Taxiunternehmen, Medien etc.
 - Erlangen von weiteren Zusatzinformationen
 - Einweisung der Polizeikräfte am Einsatzort
 - Koordinierung der polizeilichen Maßnahmen durch den Polizeiführer:
z. B. Absuchen eines Wald- oder Feldstücks, der Ortslage, des Stadtgebiets, eines Straßenzugs oder leerstehenden Gebäudes,
Überprüfung bekannter und ermittelter Aufenthaltsorte,
Einleitung einer territorialen bzw. bundesweiten Personenfahndung,
Veröffentlichung der Personenfahndung in den Medien,
Befragen von Angehörigen/ Bekannten/ Pflegepersonal über Gewohnheiten und beliebte Aufenthaltsorte der vermissten Person,
konkrete Personenbeschreibung des Vermissten (z. B. Aussehen, Bekleidung, mitgeführte Gegenstände, medikamentenabhängig, physischer und psychischer Zustand)
nach dem Aufgreifen des Vermissten erfolgt die Übergabe an das medizinische Personal
- Lagemeldung der Einsatzkräfte an die Befehlsstelle. Dies dient der Bündelung und Weiterleitung von Informationen und hat das

Ziel, neue Erkenntnisse sofort umsetzen.

- Fertigen eines Einsatzverlaufsberichts. Alle Maßnahmen und gewonnenen Erkenntnisse sind zeitnah, präzise und lückenlos zu dokumentieren.
- Auswertung und Aufbereitung des Einsatzes

Fall 2: Meldung eines Diebstahls

Sie werden von einer älteren Dame gerufen, die angibt, dass ihr 500 € gestohlen wurden. Sie verdächtigt Ihren Nachbarn, ihr dieses Geld entwendet zu haben.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- klingt nach einem „normalen“ Diebstahl
- Möglich ist aber auch ein wahnhaftes Erleben
- Geld könnte „nur“ verlegt worden sein
- Ist sie verwirrt? Wenn ja, warum?
 - Physische Erkrankung (Infekt, Sepsis, Flüssigkeitsmangel)?
 - Demenz?

Mögliche nächste Schritte:

- Dame beruhigen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Situationsbeschreibung durch die ältere Dame
- Situationsbeschreibung durch den Nachbarn
- Abklärung, ob ein Verwirrtheitszustand vorliegt
- Wenn möglich Kontaktperson verständigen, die sich weiter kümmern kann.

Fall 3: Meldung einer Ruhestörung

Sie werden in der Nacht von den direkten Nachbarn zu einer Wohnung gerufen, wo eine Person seit ca. einer halben Stunde schreit. Auf Klingeln, Klopfen und Rufen der Nachbarn, die sich große Sorgen machen, hat sie nicht reagiert.

Im Hausflur ist lautes Schreien zu hören. Die Nachbarn erzählen, dass in der Wohnung eine alte Frau lebt, so um die 80 Jahre alt. Sie habe immer sehr zurückgezogen gelebt. Der Mann ist wohl vor langer Zeit gestorben und die Nachbarn wissen auch nichts über andere Verwandte. Nach deren Eindruck bekommt die Frau nie Besuch, weshalb es unwahrscheinlich ist, dass eine weitere Person in der Wohnung ist, mit der sie sich lautstark unterhalten würde. Ob der Hausmeister oder eine andere Person einen Schlüssel haben, wissen die Nachbarn nicht. Auch Haushaltshilfen oder ein Pflegedienst sind bisher nicht gesehen

worden. Man grüßt sich, aber ein Gespräch oder gar ein Besuch haben sich nie ergeben. Bisher ist nichts weiter am Verhalten der Nachbarin aufgefallen. Sie wirkte rüstig, ruhig und zurückhaltend.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- Die Person könnte Schmerzen haben (Manche Menschen wimmern eher, andere schreien den Schmerz heraus).
- Es gibt seelische Erkrankungen, bei denen die Patienten scheinbar unmotiviert schreien. Das kann im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen, aus Angst oder aufgrund einer Demenzerkrankung geschehen.

Mögliche nächste Schritte:

- In die Wohnung kommen, nur mit Hilfe des Hausmeisters (Nutzung des Generalschlüssels), wenn die Person die Tür nicht öffnet
- Dame beruhigen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Abklärung der Situation (Verletzung, Schmerzen, Verwirrtheit etc.)

Worauf würden Sie bezüglich der Kommunikation und des Umgangs achten?

- Wie gehen Sie auf die erkrankte Person zu?
 - von vorn bzw. seitlich von links nähern
 - Blickkontakt aufnehmen und halten
 - den üblichen (Alltags-)Abstand einhalten; es sei denn, Person nähert sich von selbst
 - sofern die Person es zulässt, vorsichtig Körperkontakt aufbauen (z. B. unterhaken/ beruhigend berühren)
- Was können Sie zu einer gelingenden Kommunikation beitragen?
 - die Person mit dem vollen Namen ansprechen
 - wenn keine Reaktion, mit einem für die Person vertrauten Kurznamen (wenn bekannt) ansprechen
 - sich mit vollem Namen und Funktion vorstellen (Polizei und Uniform hat eher einen hohen Stellenwert und wirkt beruhigend, besonders bei älteren Menschen)
 - nur eine Frage oder Mitteilung auf einmal
 - kurze Sätze
 - keine „Wieso-Warum-Weshalb“-Fragen
 - Zeit nehmen und langsam sprechen, da Informationen eher sehr verzögert verarbeitet werden können

- Fragen wiederholen, da diese sofort wieder vergessen werden und deshalb nicht beantwortet werden können
- Hilfe anbieten und betonen, dass ihr Anliegen ein Hilfsangebot ist
- sprechen Sie nicht leise oder mit abgewandtem Gesicht oder Körper über den Betroffenen mit einer anderen Person in dessen Beisein
- auf Gesten und Gesichtsausdruck achten
- gut zuhören
- keine Zeichen von Ungeduld zeigen
- jede Handlung ankündigen
- keine überraschenden Aktivitäten, wie z. B. abruptes Umdrehen
- eine Handlung nach der anderen vollziehen
- Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation?
 - Lärm, Ablenkung und Irritationen vermeiden
 - 1 zu 1 Kontakt, Nebengespräche meiden
 - Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung berücksichtigen, weil die Hilfsmittel vielleicht nicht mitgenommen wurden/ nicht genutzt werden

Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

- z. B. bei aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schlagen, Spucken)
- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; hat Angst; schämt sich; hat Schmerzen
 - Biographiebedingt: die Person hat unangenehme Erfahrungen mit Uniformträgern gemacht; hat schon mehrfach einen Diebstahl gemeldet und wurde nicht „für voll“ genommen; es wurde schon mehrfach die Polizei von den Nachbarn verständigt
 - Alternativen ausprobieren
 - Person der Beamtin oder des Beamten wechseln
 - Abstand verändern
 - Stimmlage, Lautstärke ändern
 - Ablenken
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen
- z. B. bei ängstlichem Verhalten (Zurückweichen, Flüchten, Sprachlosigkeit)
- Ursache herausfinden

- Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; versteht Ihr Anliegen nicht; fürchtet, in ein Krankenhaus (Psychiatrie) oder in ein Heim eingewiesen zu werden; fühlt sich körperlich bedrängt
- Biographiebedingt: Kriegserfahrungen mit Uniformträgern
- Alternativen ausprobieren
 - Person der Beamtin oder des Beamten wechseln
 - Abstand vergrößern
 - Lautstärke der Stimme senken
 - Flüstern, Singen oder Summen kann beruhigen
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen

Weitere Fallbeispiele

Fall 4: Unangemessen bekleidet im Straßenverkehr

Sie werden gerufen, weil ein verwirrt wirkender Mann, der etwas schwankt, von Passanten gemeldet wird. Er läuft, sichtbar nur mit Hausschuhen und Bademantel bekleidet, auf einer belebten Straße mit starkem Autoverkehr am Gehwegrand. Es sind kaum über 0 Grad im Winter.

Fall 5: Die Wegläuferin

Passanten bringen eine offensichtlich verwirrte alte Frau auf die Polizeiwache. Trotz des starren Blicks ist ihr Verhalten äußerst aggressiv, sie ist verbal ausfallend. Anhand ihres Ausweises können die Beamten feststellen, dass sie in einem Seniorenheim lebt und dort schon vermisst wird. Das Angebot, im Polizeiauto dorthin zurückgebracht zu werden, lehnt sie energisch ab.

Fall 6: Der Fahrraddiebstahl

Herr P., seit über 50 Jahren leidenschaftlicher Autofahrer, kommt mit seinem Fahrzeug nicht mehr zurecht. Er verursacht einen Verkehrsunfall mit Totalschaden, schiebt die Ursache aber auf den Wagen, der nicht richtig funktioniert habe. Fortan benutzt er sein Fahrrad für Erledigungen. Von seinem Haus führt ein steiler Berg in die Stadt. Diesen befährt er ungebremst und kreuzt später, ohne die Geschwindigkeit zu verringern, eine stark befahrene Straße. Als seine Ehefrau das Fahrrad aus Sicherheitsgründen versteckt, entwendet er ein unversperres Rad vor dem Supermarkt und will damit nach Hause fahren.

Der Besitzer des Fahrrades beobachtet dies, hält Herrn P. mit Hilfe anderer Passanten auf und ruft die Polizei.

Fall 7: Die verzweifelte Suche nach dem Weg

Ein Ingenieur im Anfangsstadium der Erkrankung kommt im betreuten Wohnen bisher noch gut zurecht. Er besucht seine Kinder, geht ins Restaurant und fährt ohne Begleitung in die Stadt.

In einer Nacht wird er jedoch völlig aufgelöst auf der Straße aufgefunden. Er wollte eigentlich seinen Sohn besuchen, wusste aber nicht mehr, in welcher Stadt er sich befindet und hatte folglich den Weg zu seinem Sohn nicht gefunden.

Fall 8: Maulwurfschwänze abzugeben!?

Ein 91-jähriger Herr, der verwahrlost wirkt, möchte auf der Polizeiwache Maulwurfschwänze abgeben, weil es doch 10 Pfennig pro Stück als Belohnung gibt. Das hatte er im Radio gehört. Seine Hände sind allerdings leer.


Auswertung

Die folgenden drei Folien dienen der Reflexion und Zusammenfassung der Fallarbeit.

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Grundregeln -

**Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -**


- langsam sprechen
- einfache Sätze (nur eine Botschaft)
- keine „Wieso-Weshalb-Warum“-Fragen
- zuwenden, Blickkontakt herstellen
- aufmerksam zuhören
- andere Wahrnehmung akzeptieren

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Rahmenbedingungen -

**Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -**

- für ausreichend Helligkeit sorgen
- sicherstellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
- andere Störquellen beseitigen
- Ortswechsel vermeiden
- biographische Informationen nutzen (Angehörige einschalten)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Kommunikation und Umgang in Konfliktsituationen

Kommunikation und Umgang in Konfliktsituationen

- Gibt es eine erkennbare Ursache oder Erklärung für die schwierige Situation?
- nicht mit Argumenten überzeugen wollen
- Anschuldigungen nicht persönlich nehmen
- ruhig bleiben
- evtl. Ansprechpartner wechseln

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Neben den auf der Folie genannten Aspekten sollte stets darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Demenz immer wieder „lichte“ Momente haben, während denen Gedächtnisstörungen nicht oder nur schwach auftreten.

Um den Umgang zu erleichtern, ist es sinnvoll, einige Aspekte zu den Rahmenbedingungen/ zum Umfeld zu beachten:

- So fördert ausreichend Helligkeit die Orientierung.
- Hör- und Sehhilfen gleichen körperliche Schwächen aus, unterstützen den Erkrankten und erleichtern die Kommunikation.

Demenzkranke können sich nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren. Damit sie Erklärungen oder Fragen folgen können, ist es ratsam, dass „Störquellen“ beseitigt werden. Das heißt, es sollten möglichst nicht mehrere Personen auf den Erkrankten einreden, es sollte kein anderes Gespräch direkt nebenan stattfinden und es sollten auch Nebengeräusche (Radio, Funkgerät o. Ä.) abgestellt werden.

Ein Ortswechsel verwirrt oft zusätzlich und ist für die Beruhigung des Erkrankten nicht förderlich.

Sofern Angehörige erreichbar sind, können evtl. wichtige biographische Aspekte (Adresse, Familienstand, Rufname o. Ä.), die für das weitere Vorgehen von Nutzen sein könnten, erfragt werden.

In der direkten Kommunikation beachtet werden sollte:

- langsam sprechen
- einfache Sätze verwenden, die nur eine Information enthalten
- Blickkontakt halten und darauf achten, dass man verstanden wurde
- Zeit zum Antworten geben
- nicht „abfragen“

→ nicht ständig korrigieren oder „Quizfragen“ stellen (z. B. „Welchen Tag haben wir heute?“). Das überfordert und beschämt den Kranken. Desorientierte Menschen wissen zwar die Zeit nicht, ihnen ist aber bewusst, dass man so etwas wissen sollte.

→ Es ist weniger frustrierend, fehlende Begriffe gesagt zu bekommen, als allzu lange vergeblich danach zu suchen.

→ Aussagen wiederholen, evtl. vereinfachen
Variieren Sie die Formulierungen nicht in der Annahme, dass Ihr Gegenüber andere Begriffe oder Beschreibungen besser versteht.

→ Vertraute Sprache
Berücksichtigen Sie, dass sich der Sprachgebrauch und das Sprachwissen alter Menschen von dem jüngerer unterscheidet (z. B. Pink und Rosa).

- Körpersprache bewusst einsetzen
 - Demenzerkrankte orientieren sich stark an nonverbalen Hinweisen.
 - Worte durch Mimik und Gestik unterstreichen
 - dem Erkrankten zuwenden
 - Blickkontakt aufnehmen und halten

Trotz allem lassen sich schwierige Situationen gelegentlich nicht verhindern. Wird ein Demenzkranker plötzlich aggressiv oder ist er stark verängstigt, sollte zunächst die Frage im Mittelpunkt stehen, ob es einen erkennbaren Grund für dieses Verhalten gibt. Liegt es in der Situation begründet? Kann sich die Situation entspannen, indem die Rahmenbedingungen verändert werden? Oder liegt das Verhalten in der Biographie begründet? Kann jemand dazu Auskunft geben?

Grundsätzlich ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Situation nicht eskaliert.

Daher sollte vermieden werden, sich auf eine Diskussion einzulassen oder den Gesprächspartner mit Argumenten vom eigenen Standpunkt zu überzeugen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung kann der Erkrankte den Ausführungen oft nicht folgen und das Gesagte als bedrohlich erleben. Es ist wichtig, in diesen Situationen ruhig zu bleiben. Eventuell kann man einen Schritt zurücktreten.

Ratsam ist, gut zuzuhören und das Gehörte zu bestätigen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, mit einer kurzen Ansage den Raum zu

verlassen und nach wenigen Minuten wieder zurück zu kehren. Häufig verändert diese kurze Unterbrechung die Situation. Ist ein weiterer Kollege vor Ort, kann es auch sinnvoll sein, den Ansprechpartner zu wechseln.

Weitergehenden Handlungsmöglichkeiten

Die Schulungsteilnehmer wissen nun, was eine Demenz ist und welche Aspekte sie bei der Kommunikation mit einem Betroffenen beachten sollten.

Es ist anzunehmen, dass Sie als Referent nun mit der Frage konfrontiert werden, ob bzw. was man darüber hinaus tun kann, um der Person zu helfen oder um schwierige bzw. gefährliche Situationen möglichst zu vermeiden.

Zunächst ist es wichtig, konkrete Hilfestellungen zu leisten. Das kann bedeuten, die erkrankte Person nach Hause zu begleiten, sie zu beruhigen, für ihre Sicherheit und den Gesundheitsschutz sorgen. Damit kann auch verbunden sein, die Person im Fall einer Gesundheitsgefährdung in ein Krankenhaus bringen zu müssen.

Um die erkrankte Person nicht allein zurück zu lassen, sollte eine Kontaktperson ausfindig gemacht werden. Zur Abklärung des persönlichen Hintergrunds kann das Gespräch mit der erkrankten Person genutzt werden.

Liegt eine Selbstgefährdung des Erkrankten und/ oder die Gefährdung einer anderen Person vor, besteht auch die Möglichkeit, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) zu wenden. Dies kann unter Umständen auch anonym geschehen, d. h. ohne Angabe des eigenen Namens oder des entsprechenden Zusammenhanges.

Der SpD berät und unterstützt gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige oder Personen aus dem näheren Umfeld. Die Mitarbeiter sind befugt und beauftragt, sich z. B. durch einen Hausbesuch ein Bild von der Wohn- und Lebenssituation des Betroffenen zu machen. Bei Bedarf werden anschließend notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet und koordiniert. Auch die Anregung einer medizinischen Untersuchung im Sinne einer Diagnose kann zu den Aufgaben des SpD gehören. Die Beamten haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen. Sie können sich dort bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit Demenzkranken hinwenden oder Informationen zu speziellen technischen Hilfsmitteln wie z. B. Personen-

ortungsgeräte erhalten. Auch ist es möglich, die Angehörigen über solche Beratungsangebote und Hilfsmittel zu informieren.

Literaturhinweis:

Auf den Internetseiten der Demenzkampagne Rheinland-Pfalz wird z. B. eine Broschüre für Polizisten „Einsatz mit an Demenz erkrankten Menschen“ sowie ein Datenblatt zur Beschreibung einer vermissten Person angeboten (www.demenz-rlp.de/Materialien).

Hilfreiche Adressen

↓ Folie: Ansprechpartner

Ansprechpartner

- Alzheimer Gesellschaften
- gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Seniorenberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Gesundheitsamt

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folien: Kontakt (regional/ bundesweit)

Kontakt - Regional -

- ...
- ...

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Kontakt - Bundesweit -

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

In jeder Kommune/ jedem Landkreis gibt es Fachstellen, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz auseinandersetzen.

Kompetente Ansprechpartner finden sich bei den regionalen Alzheimer Gesellschaften oder vergleichbaren Einrichtungen (*diese sind auf der Folie „Kontakt Regional“ im Vorfeld der Schulung zu vermerken*) sowie bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Die Teilnehmer können sich bei Fragen oder Problemen an diese wenden. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Kontaktdaten dieser Einrichtungen an die Erkrankten bzw. deren Angehörige weiterzugeben.


Ermuntern Sie die Teilnehmer, das Expertenwissen dieser Institutionen zu nutzen. Versuchen Sie zu verdeutlichen, dass es keine Schwäche ist, Fragen zu stellen und sich beraten zu lassen. Ganz im Gegenteil zeugt es von einem großen Verantwortungsbewusstsein gegenüber Menschen mit Demenz.

Denkbar wäre jedoch auch, sich an bestehende Gremien (Demenzzirkel, Demenznetzwerk, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft o. Ä.) zu wenden, um eigene Erfahrungen einzubringen und Lösungen zu erarbeiten. So wäre es möglich, dass die Schulung Konsequenzen hat, da das Thema kontinuierlich besprochen wird. Infolgedessen könnte ein Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker geleistet werden.

↓ Folie: Zitat

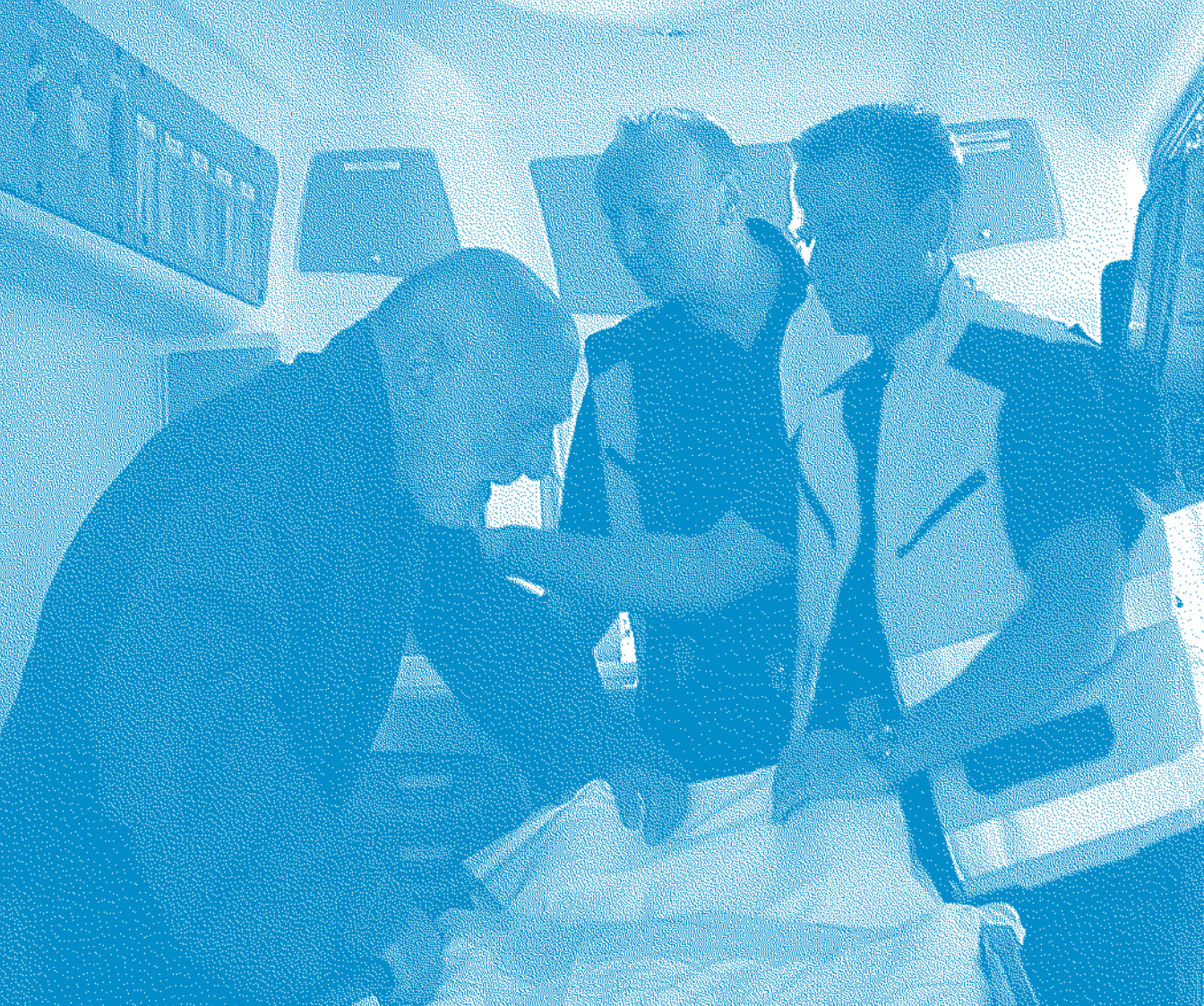
**„Eine demenzfreundliche Gesellschaft ist möglich.
Es gilt, gemeinsam zu handeln
und keine Zeit zu verlieren.“**

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2007):
Vergesst die Demenzkranken nicht!]

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Zum Abschluss der Schulung bietet sich das nebenstehende Zitat an.

Alternativ können Sie auch die letzte Folie des Anhangs zum Abschluss der Schulung nutzen.



Feuerwehr

Einstieg

Die folgenden drei Fragen richten sich an die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer.

Die Antworten der Schulungsteilnehmer können z. B. auf einem Flip-Chart gesammelt werden.

Die jeweils auf die Frage folgende Folie dient dann als Zusammenfassung und evtl. Ergänzung der wichtigsten Punkte.

Zum Einstieg werden die Teilnehmer gebeten, Situationen aus Ihrem beruflichen Kontext oder Erfahrungen aus dem privaten Bereich zu schildern.

↓ Folie: Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

↓ Folie: Anlässe für den Einsatz der Feuerwehr/ des Rettungsdienstes

Anlässe für den Einsatz der Feuerwehr/ des Rettungsdienstes

- medizinische Notfälle
- (starke) Rauchentwicklung innerhalb einer Wohnung
- Wohnungsbrand

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Im Anschluss wird erörtert, welche Auffälligkeiten/ Verhaltensweisen den Schluss auf eine vorliegende Demenzerkrankung bedingen.

↓ Folie: Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich auch hier ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

Die anschließende Folie kann als Zusammenfassung dienen.

↓ Folie: Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

- wirkt verwirrt
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
- unangemessene Kleidung
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten → Verwendung von Floskeln
- ständiges Wiederholen der gleichen Aussage

→ bei gleichzeitig höherem Lebensalter

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz




Dabei können zu den genannten Punkten Beispiele angegeben werden:

- örtliche und zeitliche Desorientierung
 - Wochentag, Monat o. Ä. werden nicht richtig benannt
 - der Betreffende wähnt sich an einem anderen Ort (andere Stadt, andere Zeit)
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
 - Unterschätzung der Gefahr
 - Situationsverkennung
- unangemessene Kleidung
 - Schlafanzug auf der Straße
 - Sommerbekleidung im Winter
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten
 - ausweichende Antworten
 - Floskeln, „Allgemeinplätze“

Nun soll noch einmal speziell nach schwierigen Verhaltensweisen gefragt werden, mit denen sich die Teilnehmer bereits konfrontiert sahen.

↓ Folie: Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für ihre Arbeit als schwierig ein?


Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für Ihre Arbeit als schwierig ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Herausfordernde Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen

- aggressives Verhalten
- Beschuldigungen
- Ruhestörung/ Tag-Nacht-Umkehr
- „peinliches“ Verhalten
- eingeschränkte Fähigkeit, Gespräche zu führen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Fallbearbeitung Fragestellung

Die Bearbeitung eines oder mehrerer konkreter Fallbeispiele steht nun im Vordergrund. Dabei muss nicht zwingend auf eines der folgenden Beispiele zurückgegriffen werden. Es kann auch eine von den Teilnehmern im Vorfeld genannte Situation bearbeitet werden.

↓ Folie: Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Unabhängig vom methodischen Vorgehen stehen für die Bearbeitung der Fälle vier Fragen im Mittelpunkt.

↓ Folie: Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -

**Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -**

- Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
- Was wären Ihre nächsten Schritte?
- Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
- Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Damit sich die Schulungsteilnehmer gut in die jeweilige Situation hineinversetzen können, werden sie zunächst nach ihren Gedanken und Assoziationen sowie nach dem möglichen weiteren Vorgehen gefragt. „Nächste Schritte“ meint in diesem Zusammenhang Maßnahmen, die die Teilnehmer in der jeweiligen Situation ergreifen würden, um z. B. Gefahren abzuwenden bzw. die Person zu beruhigen. Was man darüber hinaus tun kann, um den Betroffenen zu helfen, wird nach der Fallbearbeitung erörtert.

Ausgehend von dem im Vorfeld vermittelten theoretischen Wissen sollen sich die Teilnehmer nun Gedanken machen, welche Regeln in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken zu beachten sind und welche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hilfreich sein könnten.

Die Fallarbeit dient dazu, die Besonderheiten, die der Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken erfordern, herauszufiltern und sich bewusst zu machen.

Fallbeispiele

Es folgen nun drei anhand der eben genannten Fragen aufbereitete Fallbeispiele. Die Fragen 1 und 2 sind dabei für jedes Fallbeispiel einzeln ausgearbeitet, die Fragen 3 und 4 für alle Beispiele zusammen.

Die aufgeführten Stichpunkte stellen dabei eine Sammlung möglicher Gedanken der Teilnehmer dar. Evtl. werden diese oder ähnliche Aspekte genannt. Die wichtigsten Punkte werden im Anschluss an die Fallbearbeitung durch drei Folien zu „Kommunikation und Umgang“

(vgl. Auswertung) noch einmal zusammengefasst.

Erarbeiten können Sie die verschiedenen Fälle mit Hilfe eines Rollenspiels, der Arbeit in Kleingruppen oder durch eine Diskussion im Plenum (vgl. „Organisatorische Hinweise“).

Eine Kopiervorlage der verschiedenen Fallbeispiele finden Sie bei den Zusatzmaterialien zu diesem Kapitel.

Im Anhang der PowerPoint-Präsentationen finden Sie den Text der vier ausgearbeiteten Fallbeispiele darüber hinaus als Folie, die Sie gerne an dieser Stelle einfügen können.

Fall 1: Unangemessen bekleidet im Straßenverkehr (Rettungsdienst)

Ein älterer Herr wurde auf der Straße aufgegriffen. Er ist verwirrt und orientierungslos, kann weder seinen Namen noch seine Adresse benennen.

Der Polizist am Einsatzort hat nun den Rettungsdienst verständigt, da der Herr nur im Bademantel und mit Pantoffeln bekleidet am frühen Morgen durch die Straßen irrte. Es ist nicht bekannt, wie lang er bereits unterwegs ist, und es herrschen Temperaturen um den Gefrierpunkt.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- Er muss gründlich untersucht werden.
- Er muss ins Krankenhaus.
- Er muss sich aufwärmen.
- Wie lange ist er schon unterwegs?
- Wird er nicht von irgendwem vermisst?
- Warum läuft er im Bademantel und in Pantoffeln herum? Ist er verwirrt?
- Welchen Grund hat die Verwirrtheit?
 - Drogenmissbrauch?
 - Flüssigkeitsmangel?
 - Physische Ursache?
 - Demenz?

Mögliche nächste Schritte:

- Erstversorgung (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Transport ins Krankenhaus/ Psychiatrie

Fall 2: Eine aggressive Patientin (Rettungsdienst)

Ein Nachbar ruft die „112“, weil die nebenan wohnende ältere Dame, die bekanntlich an einer Demenz erkrankt ist, im Treppenhaus sitzt und

Schmerzlaute von sich gibt. Sie hat offensichtlich eingenässt. Sie lehnt alle Hilfeversuche und Hilfsangebote von Seiten des Nachbarn ab, wird sogar ausfällig und aggressiv.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- Was ist passiert? Warum ist sie im Hausflur?
- Hat sie Schmerzen? Wenn ja, wo?
- Hat sie überhaupt ein akutes gesundheitliches Problem?
- Sie hat eine Demenz. Also kann das Schreien auch eine andere Ursache haben.
- Warum reagiert sie aggressiv?
 - Hat sie Angst? Wenn ja, warum und wovon?
 - Ist das Einnässen der Grund?
- Gibt es Angehörige, die weiterhelfen können? Wer kümmert sich um sie?

Mögliche nächste Schritte:

- Patientin beruhigen, Situation entschärfen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Evtl. liegt kein akutes medizinisches Problem vor und die Dame hört auf zu schreien.
- Wenn möglich Kontaktperson verständigen (mit Hilfe der Nachbarn/ der Polizei), die sich weiter kümmern kann.
- Erstversorgung
- ggf. Transport ins Krankenhaus/ Psychiatrie

Fall 3: Der vergessene Kochtopf (Feuerwehr)

Sie werden zu einem Mehrfamilienhaus gerufen, weil es aus der Wohnung einer dort allein lebenden 78-jährigen Frau verbrannt/ verkohlt riecht und niemand die Tür öffnet. Als Sie eintreffen, wird auch Ihnen nicht geöffnet.

Sie verschaffen sich Zugang zur Wohnung und finden die ältere Dame schlafend vor dem Fernseher. (Die Hörgeräte liegen neben ihr auf dem Tisch.)

Der Elektroherd in der Küche ist an. Darauf befindet sich ein Topf mit Kartoffeln. Das Wasser ist verdampft und die Kartoffeln sind angebrannt.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- Die Dame war sehr müde, evtl. bedingt durch bestimmte Tabletten, die sie einnehmen muss. Aufgrund dessen ist sie eingeschlafen und konnte die Kartoffeln nicht vom Herd nehmen.

- Die kochenden Kartoffeln wurden vergessen. Dieses Vergessen kann (muss aber nicht) auf eine Demenzerkrankung hinweisen.
- War das eine Ausnahmesituation oder gibt es Hinweise auf eine weitere Gefahr?
- Es muss etwas unternommen werden, um Vorfälle dieser Art zukünftig zu vermeiden.

Mögliche nächste Schritte:

- Reaktion auf die Gefahrensituation
- Mieterin beruhigen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Gespräch beginnen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Erstversorgung
- Abklären, ob sie in der Wohnung bleiben kann
- Abklären, ob weitere Gefahr besteht/ Ist anzunehmen, dass sie den Herd in zehn Minuten wieder vergisst?
 - Ist sie verwirrt?
 - Hat sie eine Demenz?
- Wenn möglich Kontaktperson verständigen (mit Hilfe der Nachbarn/ der Polizei), die sich weiter kümmern kann.

Fall 4: Ein Wohnungsbrand (Feuerwehr)

Sie werden gerufen, weil es in der Wohnung eines Mehrfamilienhauses brennt. Der Mieter der Wohnung, ein 84-jähriger allein lebender Mann, öffnet die Tür nicht. Die Nachbarn berichten, dass er in letzter Zeit einen eher verwirrten Eindruck machte.

Sie verschaffen sich Zugang zur Wohnung und erkennen, dass der ältere Herr nicht vor Ort ist. Sie löschen zunächst den Brand und stellen fest, dass dieser ausgelöst wurde, weil der Mieter die Kerzen eines Adventsgestecks scheinbar nicht gelöscht hat, bevor er die Wohnung verließ, diese herunter brannten und schließlich das Gesteck Feuer fing. Während der Aufräumarbeiten kehrt der Mann zu seiner Wohnung zurück.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation:

- Der Herr musste „Hals über Kopf“ die Wohnung verlassen und hat deshalb vergessen, die Kerzen zu löschen.
- Das Vergessen der Kerzen sowie die Hinweise der Nachbarn deuten auf das Vorliegen einer Demenzerkrankung hin.
- Es muss etwas unternommen werden, um Vorfälle dieser Art zukünftig zu vermeiden.

Mögliche nächste Schritte:

- Mieter aufklären und beruhigen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- evtl. Erstversorgung (insbes. bei Schockreaktion)
- evtl. Transport ins Krankenhaus
- Unterbringung abklären
- Wenn möglich Kontaktperson verständigen (mit Hilfe der Nachbarn/ der Polizei), die sich weiter kümmern kann.

Worauf würden Sie bezüglich der Kommunikation und des Umgangs achten?

- Wie gehen Sie auf die erkrankte Person zu?
 - von vorn bzw. seitlich von links nähern
 - Blickkontakt aufnehmen und halten
 - den üblichen (Alltags-)Abstand einhalten; es sei denn, Person nähert sich von selbst
 - sofern die Person es zulässt, vorsichtig Körperkontakt aufbauen (z. B. unterhalten/ beruhigend berühren)
- Was können Sie zu einer gelingenden Kommunikation beitragen?
 - die Person mit dem vollen Namen ansprechen
 - wenn keine Reaktion, mit einem für die Person vertrauten Kurznamen (wenn bekannt) ansprechen
 - sich mit vollem Namen und Funktion vorstellen (Feuerwehr/ Rettungsdienst hat eher einen hohen Stellenwert und wirkt beruhigend, besonders bei älteren Menschen)
 - nur eine Frage oder Mitteilung auf einmal
 - kurze Sätze
 - keine „Wieso-Warum-Weshalb“-Fragen
 - Zeit nehmen und langsam sprechen, da Informationen eher sehr verzögert verarbeitet werden können
 - Fragen wiederholen, da diese sofort wieder vergessen werden und deshalb nicht beantwortet werden können
 - Hilfe anbieten und betonen, dass Ihr Anliegen ein Hilfsangebot ist
 - sprechen Sie nicht leise oder mit abgewandtem Gesicht oder Körper über den Betroffenen mit einer anderen Person in dessen Beisein
 - auf Gesten und Gesichtsausdruck achten
 - gut zuhören
 - keine Zeichen von Ungeduld zeigen
 - jede Handlung ankündigen

- keine überraschenden Aktivitäten, wie z. B. abruptes Umdrehen
- eine Handlung nach der anderen vollziehen
- Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation?
 - Lärm, Ablenkung und Irritationen vermeiden
 - 1 zu 1 Kontakt, Nebengespräche meiden
 - Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung berücksichtigen, weil die Hilfsmittel vielleicht nicht mitgenommen wurden/ nicht genutzt werden

Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

z. B. bei aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schlagen, Spucken)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; hat Angst; schämt sich; hat Schmerzen
 - Biographiebedingt: die Person hat unangenehme Erfahrungen mit Uniformträgern gemacht; es wurde schon mehrfach die Feuerwehr von den Nachbarn verständigt
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand verändern
 - Stimmlage, Lautstärke ändern
 - Ablenken
 - Jacke ausziehen, um Situation zu entspannen
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen

z. B. bei ängstlichem Verhalten (Zurückweichen, Flüchten, Sprachlosigkeit)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; versteht Ihr Anliegen nicht; fürchtet, in ein Krankenhaus (Psychiatrie) oder in ein Heim eingewiesen zu werden; fühlt sich körperlich bedrängt
 - Biographiebedingt: die Person hat unangenehme Erfahrungen mit Uniformträgern gemacht; es wurde schon mehrfach die Feuerwehr von den Nachbarn verständigt
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand vergrößern

- Lautstärke der Stimme senken
- Flüstern, Singen oder Summen kann beruhigen
- Jacke ausziehen, um Situation zu entspannen
- sofern möglich Kontaktperson einbeziehen

Auswertung

Die folgenden drei Folien dienen der Reflexion und Zusammenfassung der Fallarbeit.

↓ Folie: Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -

**Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -**

- langsam sprechen
- einfache Sätze (nur eine Botschaft)
- keine „Wieso-Weshalb-Warum“-Fragen
- zuwenden, Blickkontakt herstellen
- aufmerksam zuhören
- andere Wahrnehmung akzeptieren

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folie: Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -

**Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -**

- für ausreichend Helligkeit sorgen
- sicherstellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
- andere Störquellen beseitigen
- Ortswechsel vermeiden
- biographische Informationen nutzen (Angehörige einschalten)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folie: Kommunikation und Umgang in
Konfliktsituationen

**Kommunikation und Umgang
in Konfliktsituationen**

- Gibt es eine erkennbare Ursache oder Erklärung für die schwierige Situation?
- nicht mit Argumenten überzeugen wollen
- Anschuldigungen nicht persönlich nehmen
- ruhig bleiben
- evtl. Ansprechpartner wechseln

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Neben den auf der Folie genannten Aspekten sollte stets darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Demenz immer wieder „lichte“ Momente haben, während denen Gedächtnisstörungen nicht oder nur schwach auftreten.

Um den Umgang zu erleichtern, ist es sinnvoll, einige Aspekte zu den Rahmenbedingungen/ zum Umfeld zu beachten:

- So fördert ausreichend Helligkeit die Orientierung.
- Hör- und Sehhilfen gleichen körperliche Schwächen aus, unterstützen den Erkrankten und erleichtern die Kommunikation.

Demenzkranken können sich nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren. Damit sie Erklärungen oder Fragen folgen können, ist es ratsam, dass „Störquellen“ beseitigt werden. Das heißt, es sollten möglichst nicht mehrere Personen auf den Erkrankten einreden, es sollte kein anderes Gespräch direkt nebenan stattfinden und es sollten auch Nebengeräusche (Radio, Funkgerät o. Ä.) abgestellt werden.

Ein Ortswechsel verwirrt oft zusätzlich und ist für die Beruhigung des Erkrankten nicht förderlich.

Sofern Angehörige erreichbar sind, können evtl. wichtige biographische Aspekte (Adresse, Familienstand, Rufname o. Ä.), die für das weitere Vorgehen von Nutzen sein könnten, erfragt werden.

In der direkten Kommunikation beachtet werden sollte:

- langsam sprechen
 - einfache Sätze verwenden, die nur eine Information enthalten
 - Blickkontakt halten und darauf achten, dass man verstanden wurde
 - Zeit zum Antworten geben
 - nicht „abfragen“
 - nicht ständig korrigieren oder „Quizfragen“ stellen (z. B. „Welchen Tag haben wir heute?“). Das überfordert und beschämt den Kranken. Desorientierte Menschen wissen zwar die Zeit nicht, ihnen ist aber bewusst, dass man so etwas wissen sollte.
 - Es ist weniger frustrierend, fehlende Begriffe gesagt zu bekommen, als allzu lange vergeblich danach zu suchen.
 - Aussagen wiederholen, evtl. vereinfachen
- Variieren Sie die Formulierungen nicht in der Annahme, dass Ihr Gegenüber andere Begriffe oder Beschreibungen besser versteht.

→ Vertraute Sprache

Berücksichtigen Sie, dass sich der Sprachgebrauch und das Sprachwissen alter Menschen von dem jüngerer unterscheidet (z. B. Pink und Rosa).

→ Körpersprache bewusst einsetzen

- Demenzerkrankte orientieren sich stark an nonverbalen Hinweisen.
- Worte durch Mimik und Gestik unterstreichen
- dem Erkrankten zuwenden
- Blickkontakt aufnehmen und halten

Trotz allem lassen sich schwierige Situationen gelegentlich nicht verhindern. Wird ein Demenzkranker plötzlich aggressiv oder ist er stark verängstigt, sollte zunächst die Frage im Mittelpunkt stehen, ob es einen erkennbaren Grund für dieses Verhalten gibt. Liegt es in der Situation begründet? Kann sich die Situation entspannen, indem die Rahmenbedingungen verändert werden? Oder liegt das Verhalten in der Biographie begründet? Kann jemand dazu Auskunft geben?

Grundsätzlich ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Situation nicht eskaliert. Daher sollte vermieden werden, sich auf eine Diskussion einzulassen oder den Gesprächspartner mit Argumenten vom eigenen Standpunkt zu überzeugen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung kann der Erkrankte den Ausführungen oft nicht folgen und das Gesagte als bedrohlich erleben. Es ist wichtig, in diesen Situationen ruhig zu bleiben. Eventuell kann man einen Schritt zurücktreten.

Ratsam ist, gut zuzuhören und das Gehörte zu bestätigen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, mit einer kurzen Ansage den Raum zu verlassen und nach wenigen Minuten wieder zurück zu kehren. Häufig verändert diese kurze Unterbrechung die Situation. Ist ein weiterer Kollege vor Ort, kann es auch sinnvoll sein, den Ansprechpartner zu wechseln.

Weitergehende Handlungsmöglichkeiten

Die Schulungsteilnehmer wissen nun, was eine Demenz ist und welche Aspekte sie bei der Kommunikation mit einem Betroffenen beachten sollten.

Es ist anzunehmen, dass Sie als Referent nun mit der Frage konfrontiert werden, ob bzw. was man darüber hinaus tun kann, um der Person zu helfen oder um schwierige bzw. gefährliche Situationen möglichst zu vermeiden.

Zunächst ist es wichtig, konkrete Hilfestellungen zu leisten. Das kann bedeuten, die erkrankte Person zu beruhigen oder für ihre Sicherheit und den Gesundheitsschutz sorgen. Damit kann auch verbunden sein, die Person im Fall einer Gesundheitsgefährdung in ein Krankenhaus einweisen zu müssen.

Um die erkrankte Person nicht allein zurück zu lassen, sollte eine Kontaktperson ausfindig gemacht werden. Zur Abklärung des persönlichen Hintergrunds kann das Gespräch mit der erkrankten Person genutzt werden. Ergeben sich daraus keine Hinweise, kann es notwendig sein, die Hilfe der Polizei anzufordern.

Bei einer starken Beschädigung der Wohnung ist die Unterbringung der Person zu klären. Liegt eine Selbstgefährdung des Erkrankten und/oder die Gefährdung einer anderen Person vor, besteht auch die Möglichkeit, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) zu wenden. Dies kann unter Umständen auch anonym geschehen, d. h. ohne Angabe des eigenen Namens oder des entsprechenden Zusammenhanges.

Der SpD berät und unterstützt gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige oder Personen aus dem näheren Umfeld. Die Mitarbeiter sind befugt und beauftragt, sich z. B. durch einen Hausbesuch ein Bild von der Wohn- und Lebenssituation des Betroffenen zu machen. Bei Bedarf werden anschließend notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet und koordiniert. Auch die Anregung einer medizinischen Untersuchung im Sinne einer Diagnose kann zu den Aufgaben des SpD gehören.

Die Mitarbeiter der Feuerwehr/ des Rettungsdienstes haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen. Sie können sich dort bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit Demenzkranken hinwenden oder Informationen zu speziellen technischen Hilfsmitteln wie z. B. Herdsicherungssystemen erhalten.


Auch ist es möglich, die Angehörigen über solche Beratungsangebote und Hilfsmittel zu informieren.

Hilfreiche Adressen

↓ Folie: Ansprechpartner

Ansprechpartner


- Alzheimer Gesellschaften
- gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Seniorenberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Gesundheitsamt

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folien: Kontakt (regional/ bundesweit)

Kontakt - Regional -

- ...
- ...


© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Kontakt - Bundesweit -

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

In jeder Kommune/ jedem Landkreis gibt es Fachstellen, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz auseinandersetzen. Kompetente Ansprechpartner finden sich bei den regionalen Alzheimer-Gesellschaften oder vergleichbaren Einrichtungen (*diese sind auf Folie „Kontakt Regional“ im Vorfeld der Schulung zu vermerken*) sowie bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Die Teilnehmer können sich bei Fragen oder Problemen an diese wenden. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Kontaktdaten dieser Einrichtungen an die Erkrankten bzw. deren Angehörige weiterzugeben.


Ermuntern Sie die Teilnehmer, das Expertenwissen dieser Institutionen zu nutzen. Versuchen Sie zu verdeutlichen, dass es keine Schwäche ist, Fragen zu stellen und sich beraten zu lassen. Ganz im Gegenteil zeugt es von einem großen Verantwortungsbewusstsein gegenüber Menschen mit Demenz.

Denkbar wäre jedoch auch, sich an bestehende Gremien (Demenzzirkel, Demenznetzwerk, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft o. Ä.) zu wenden, um eigene Erfahrungen einzubringen und Lösungen zu erarbeiten. So wäre es möglich, dass die Schulung Konsequenzen hat, da das Thema kontinuierlich besprochen wird. Infolgedessen könnte ein Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker geleistet werden.

↓ Folie: Zitat

**„Eine demenzfreundliche Gesellschaft ist möglich.
Es gilt, gemeinsam zu handeln
und keine Zeit zu verlieren.“**

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2007):
Vergesst die Demenzkranken nicht!]

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Zum Abschluss der Schulung bietet sich das nebenstehende Zitat an.

Alternativ können Sie auch die letzte Folie des Anhangs zum Abschluss der Schulung nutzen.



Banken

Einstieg

Die folgenden drei Fragen richten sich an die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer.

Die Antworten der Schulungsteilnehmer können z. B. auf einem Flip-Chart gesammelt werden.

Die jeweils auf die Frage folgende Folie dient dann als Zusammenfassung und evtl. Ergänzung der wichtigsten Punkte.

Zum Einstieg werden die Teilnehmer gebeten, Situationen aus Ihrem beruflichen Kontext oder Erfahrungen aus dem privaten Bereich zu schildern.

↓ Folie: Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

↓ Folie: Menschen mit Demenz in der Bank

Menschen mit Demenz in der Bank

- seit einiger Zeit wird mehrmals am Tag/ in der Woche Geld am Schalter abgehoben, vor allem in größeren Mengen (bis zur Ausschöpfung des Überziehungsrahmens)
- Unfähigkeit Bankgeschäfte adäquat zu tätigen, z. B. einen Überweisungsträger auszufüllen
- Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes/ des Verhaltens

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Im Anschluss wird erörtert, welche Auffälligkeiten/ Verhaltensweisen den Schluss auf eine vorliegende Demenzerkrankung bedingen.

↓ Folie: Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich auch hier ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden. Die anschließende Folie kann als Zusammenfassung dienen.

↓ Folie: Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

- wirkt verwirrt
 - keine adäquate Reaktion auf die Situation
 - unangemessene Kleidung
 - Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten → Verwendung von Floskeln
 - ständiges Wiederholen der gleichen Aussage
- bei gleichzeitig höherem Lebensalter

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz




Dabei können zu den genannten Punkten Beispiele angegeben werden:

- örtliche und zeitliche Desorientierung
 - Wochentag, Monat, Jahr o. Ä. werden nicht richtig benannt/ notiert
 - der Betreffende wähnt sich an einem anderen Ort (andere Stadt, andere Zeit)
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
 - weiß nicht, wofür das Geld verwendet wurde
 - sucht das Geld
- unangemessene Kleidung
 - Sommerbekleidung im Winter
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten
 - ausweichende Antworten
 - Floskeln, „Allgemeinplätze“

Nun soll noch einmal speziell nach schwierigen Verhaltensweisen gefragt werden, mit denen sich die Teilnehmer bereits konfrontiert sahen.

↓ Folie: Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für ihre Arbeit als schwierig ein?

Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für Ihre Arbeit als schwierig ein?




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folie: Herausfordernde Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen

- aggressives Verhalten
- Beschuldigungen
- Ruhestörung/ Tag-Nacht-Umkehr
- „peinliches“ Verhalten
- eingeschränkte Fähigkeit, Gespräche zu führen



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Fallbearbeitung


Fragestellung

Die Bearbeitung eines oder mehrerer konkreter Fallbeispiele steht nun im Vordergrund. Dabei muss nicht zwingend auf eines der folgenden Beispiele zurückgegriffen werden. Es kann auch eine von den Teilnehmern im Vorfeld genannte Situation bearbeitet werden.

↓ Folie: Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...






© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Unabhängig vom methodischen Vorgehen stehen für die Bearbeitung der Fälle vier Fragen im Mittelpunkt.

↓ Folie: Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -

**Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -**

- Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
- Was wären Ihre nächsten Schritte?
- Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
- Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Damit sich die Schulungsteilnehmer gut in die jeweilige Situation hineinversetzen können, werden sie zunächst nach ihren Gedanken und Assoziationen sowie nach dem möglichen weiteren Vorgehen gefragt. „Nächste Schritte“ meint in diesem Zusammenhang Maßnahmen, die die Teilnehmer in der jeweiligen Situation ergreifen würden, um z. B. Gefahren abzuwenden bzw. die Person zu beruhigen. Was man darüber hinaus tun kann, um den Betroffenen zu helfen, wird nach der Fallbearbeitung erörtert.

Ausgehend von dem im Vorfeld vermittelten theoretischen Wissen sollen sich die Teilnehmer dann Gedanken machen, welche Regeln in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken zu beachten sind und welche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hilfreich sein könnten.

Die Fallarbeit dient dazu, die Besonderheiten, die der Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken erfordern, herauszufiltern und sich bewusst zu machen.

Fallbeispiele

Es folgen nun drei anhand der eben genannten Fragen aufbereitete Fallbeispiele. Die Fragen 1 und 2 sind dabei für jedes Fallbeispiel einzeln ausgearbeitet, die Fragen 3 und 4 für alle Beispiele zusammen.

Die aufgeführten Stichpunkte stellen dabei eine Sammlung möglicher Gedanken der Teilnehmer dar. Evtl. werden diese oder ähnliche Aspekte genannt.

Die wichtigsten Punkte werden im Anschluss an die Fallbearbeitung durch drei Folien zu „Kommunikation und Umgang“ (vgl. Auswertung) noch einmal zusammengefasst.

Erarbeiten können Sie die verschiedenen Fälle mit Hilfe eines Rollenspiels, der Arbeit in Kleingruppen oder durch eine Diskussion im Plenum (vgl. „Organisatorische Hinweise“).

Eine Kopiervorlage der verschiedenen Fallbeispiele finden Sie bei den Zusatzmaterialien zu diesem Kapitel.

Im Anhang der PowerPoint-Präsentationen finden Sie den Text der drei ausgearbeiteten Fallbeispiele darüber hinaus als Folie, die Sie gerne an dieser Stelle einfügen können.

Fall 1: Auffällige Kontobewegungen

Herr T., ein Kunde, den Sie schon lange kennen und der 73 Jahre alt ist, hebt in letzter Zeit – im Verhältnis zu seiner früheren Gewohnheit – hohe Summen, manchmal sogar zweimal am Tag, von seinem Girokonto ab.

Vor ein paar Monaten hat er Ihnen erzählt, dass seine Frau ganz plötzlich gestorben ist. Sie kannten die Frau nicht persönlich, weil er sich immer allein um die finanziellen Angelegenheiten gekümmert hat.

Sie wundern sich darüber, dass er sogar mehr Geld abhebt als vor dem Tod seiner Frau. Nach der letzten Abhebung weist der Kontostand, zum ersten Mal überhaupt, ein „Minus“ auf.

Nachdem Sie den Kunden auf diesen Kontostand hingewiesen haben, merken Sie, dass er Sie nicht versteht. Er sieht Sie misstrauisch, ungläubig und verstört an. Er meint, dass Sie sich irren müssen, weil er ganz selten Geld abheben würde.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Grundsätzlich besteht bei einem „überzogenen“ Konto, auch bei fortgeschrittenem Alter, noch kein Grund zur Sorge.
- Das ist seine Privatsache. Solange der Überziehungsrahmen nicht ausgeschöpft ist, geht mich das nichts an.
- Er gönnt sich Aktivitäten, die er sich zu Lebzeiten seiner Frau nicht leisten wollte oder konnte.
- Er hat in letzter Zeit höhere Ausgaben, z. B. durch Reparaturen am eigenen Haus, Finan-

zierung einer Haushaltshilfe, häufigeres Essengehen o. Ä.

- Es gibt Kinder/ Enkel oder andere Verwandte/ Bekannte, denen er finanziell behilflich ist.
- Die Abhebungen erfolgen am Automaten und am Schalter, sodass der Kunde und andere Personen die Abhebenden sein könnten.
- Hat eine andere Person eine Bankvollmacht, die bisher nicht bekannt war?
- Er ist Opfer eines kriminellen Vorgehens.
 - Abhebung am Bankautomaten in Begleitung einer weiteren Person, wobei er einen verunsicherten/ verstörten Eindruck macht.
 - Abgabe des Geldes an Menschen, die vor der Filiale warten.
- Eine Suchterkrankung (z. B. Glücksspiel), eine Demenz oder eine andere körperliche oder seelische Erkrankung könnten Ursache für die Veränderungen sein.

Mögliche nächste Schritte

- Gespräch suchen/ anbieten, um evtl. Gründe herausfinden (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Lösungen für das Problem suchen/ anbieten
- weiterhin aufmerksam sein
- Fall im Team bekannt machen

Der folgende Fall 2 baut auf diesem ersten Fall auf. Sie können die beiden Fälle nacheinander oder auch nur einen der beiden Fälle bearbeiten.

Fall 2: Das überzogene Konto

Herr T., ein langjähriger älterer Kunde, hebt in letzter Zeit – im Verhältnis zu seiner früheren Gewohnheit – hohe Summen, manchmal sogar zweimal am Tag, von seinem Girokonto ab. Vor ein paar Monaten hat er Ihnen erzählt, dass seine Frau ganz plötzlich gestorben ist. Sie kannten die Frau nicht persönlich, weil er sich immer allein um die finanziellen Angelegenheiten gekümmert hat.

Auch heute kommt er zu Ihnen an den Schalter und möchte 1000 € abheben. Als Sie das Konto des Kunden aufrufen, stellen Sie fest, dass sein Überziehungsrahmen ausgeschöpft ist. Sie weisen den Kunden auf diesen Kontostand hin und erläutern ihm, dass sie aufgrund des überzogenen Kontos kein Geld auszahlen können und dürfen.

Herr T. sieht Sie misstrauisch, ungläubig und verstört an. Er meint, dass Sie sich irren müssen, weil er ganz selten Geld abheben würde. Beharrlich besteht er auf die Auszahlung seines Geldes.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Das Konto ist überzogen. Ich kann ihm kein Geld auszahlen.
- Wie konnte das passieren? Wofür brauchte er soviel Geld?
 - Er gönnt sich Aktivitäten, die er sich zu Lebzeiten seiner Frau nicht leisten wollte oder konnte.
 - Er hat in letzter Zeit höhere Ausgaben, z. B. durch Reparaturen am eigenen Haus, Finanzierung einer Haushaltshilfe, häufigeres Essengehen o. Ä.
 - Es gibt Kinder/ Enkel oder andere Verwandte/ Bekannte, denen er finanziell behilflich ist.
 - Die Abhebungen erfolgen am Automaten und am Schalter, sodass der Kunde und andere Personen die Abhebenden sein könnten.
 - Hat eine andere Person eine Bankvollmacht, die bisher nicht bekannt war?
 - Er ist Opfer eines kriminellen Vorgehens. Abhebung am Bankautomaten in Begleitung einer weiteren Person, wobei er einen verunsicherten/ verstörten Eindruck macht. Abgabe des Geldes an Menschen, die vor der Filiale warten.
- Eine Suchterkrankung (z. B. Glücksspiel), eine Demenz oder eine andere körperliche oder seelische Erkrankung könnten Ursache für die Veränderungen sein.

Mögliche nächste Schritte

- Gespräch suchen/ anbieten, um evtl. Gründe herausfinden (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Lösungen für das Problem suchen/ anbieten
- Vorgesetzten hinzuziehen
- Wenn möglich Kontaktperson (Angehörige, Bevollmächtigte) verständigen
- weiterhin aufmerksam sein
- Fall im Team bekannt machen

Fall 3: Fehlerhafte Überweisung

Frau V., eine langjährige Kundin der Filiale, in der Sie arbeiten, kommt zu Ihnen.

Sie hält eine Rechnung in der Hand sowie einen Überweisungsträger. Frau V. macht einen sehr nervösen und unsicheren Eindruck und bittet Sie um Hilfe. Sie bemerken, dass die Überweisung nur teilweise und auch falsch ausgefüllt wurde.

Sie sind sehr überrascht, da diese Kundin bis jetzt alle Bankgeschäfte korrekt getätigt hat, immer sehr informiert war und nie Hilfe benötigte.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Welche Ursache hat die Verwirrtheit?
 - Hat Frau V. ein akutes gesundheitliches Problem?
 - Hat sie einen Schock?
 - Hat sie eine Demenz?

Mögliche nächste Schritte

- Hilfestellung leisten
- Gespräch suchen/ anbieten, um evtl. Gründe herausfinden oder Hilfsmöglichkeiten zu erörtern, z. B. „Gibt es jemanden, der Ihnen helfen kann?“ (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- weitere Hilfen anbieten
- weiterhin aufmerksam sein
- Fall im Team bekannt machen

Weitere Fallbeispiele

Fall 4: Unangemessene Kleidung

Ihnen fällt in letzter Zeit häufig auf, dass eine Kundin, die Sie schon lange kennen, ungepflegt in die Filiale kommt (verschmutzte Kleidung, ungekämmte und ungewaschene Haare). Dies widerspricht ganz und gar ihrem sonstigen Erscheinungsbild. Sie war immer elegant gekleidet und achtete sehr auf ihr Äußeres. Heute kommt sie nun nur mit einem Sommerkleid bekleidet zu Ihnen, um Geld von Ihrem Konto abzuheben. Es ist jedoch Januar und draußen herrschen Temperaturen von 2°C.

Worauf würden Sie bezüglich der Kommunikation und des Umgangs achten?

- Wie gehen Sie auf die erkrankte Person zu?
 - von vorn bzw. seitlich von links nähern
 - Blickkontakt aufnehmen und halten

- den üblichen (Alltags-)Abstand einhalten; es sei denn, Person nähert sich von selbst
- sofern die Person es zulässt, vorsichtig Körperkontakt aufbauen (z. B. unterhaken/ beruhigend berühren)
- Was können Sie zu einer gelingenden Kommunikation beitragen?
 - die Person mit dem vollen Namen ansprechen
 - sich mit vollem Namen (und Funktion) vorstellen
 - nur eine Frage oder Mitteilung auf einmal
 - kurze Sätze
 - keine „Wieso-Warum-Weshalb“-Fragen
 - Zeit nehmen und langsam sprechen, da Informationen eher sehr verzögert verarbeitet werden können
 - Fragen wiederholen, da diese sofort wieder vergessen werden und deshalb nicht beantwortet werden können
 - Hilfe anbieten und betonen, dass Ihr Anliegen ein Hilfsangebot ist
 - bieten Sie einen Sitzplatz an, weil ältere Menschen teilweise körperliche Probleme beim Stehen, besonders über längere Zeit, haben
 - ein Getränk, ein Glas Wasser (oder den Besuch einer Toilette) anbieten, auch um Zeit zu gewinnen oder dem Kunden die Möglichkeit für Überlegungen zu geben
 - sprechen Sie nicht leise oder mit abgewandtem Gesicht oder Körper über den Kunden mit einer anderen Person in dessen Beisein
 - auf Gesten und Gesichtsausdruck achten
 - gut zuhören
 - gehen Sie nicht ohne den Kunden zu Ihrem Vorgesetzten
 - kündigen Sie es dem Kunden gegenüber an und beziehen Sie ihn mit ein
 - keine Zeichen von Ungeduld zeigen
 - jede Handlung ankündigen
 - keine überraschenden Aktivitäten, wie z. B. abruptes Umdrehen
 - eine Handlung nach der anderen vollziehen
- Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation?
 - Lärm, Ablenkung und Irritationen vermeiden
 - 1 zu 1 Kontakt, Nebengespräche meiden
 - Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung berücksichtigen, weil die Hilfsmittel

vielleicht nicht mitgenommen wurden/
nicht genutzt werden

- Welche Besonderheiten sind im Bereich der Bank zu beachten?
 - wenn Sie kein langjähriger und vom Anblick vertrauter Berater sind, holen Sie möglichst eine bekannte Person/ einen langjährigen Angestellten dazu
 - gehen Sie mit dem Kunden und der vertrauten Person in einen Nebenraum
 - vereinbaren Sie einen Termin (evtl. auch als Hausbesuch), wenn keine Zeit für ein längeres Gespräch ist
 - schreiben Sie den Termin und den Ort dafür auf und geben Sie den Zettel mit
 - soweit bekannt und möglich, Kontobevollmächtigte über einen Gesprächstermin informieren und hinzu bitten

Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

z. B. bei aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schlagen, Spucken)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; hat Angst; schämt sich; sie beschuldigt Sie bzw. die Bank, ihr Geld nicht richtig zu verwalten bzw. sie um ihr Geld zu betrügen; sie beschuldigt Verwandte/ Freunde/ Bekannte ihr Konto missbräuchlich zu nutzen
 - Biographiebedingt: die Person hat schlechte Erfahrungen mit Bankmitarbeitern gemacht; die Person wurde bereits um Geld betrogen
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand verändern
 - Stimmlage, Lautstärke ändern
 - Ablenken
 - Jacke bzw. Sakko ausziehen oder Schlips lockern, um die Situation zu entspannen
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen

z. B. bei ängstlichem Verhalten (Zurückweichen, Flüchten, Sprachlosigkeit)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; versteht ihr Anliegen nicht; fürchtet, in ein Krankenhaus (Psychiatrie) oder in ein Heim eingewiesen zu werden; fühlt sich körperlich bedrängt

- Biographiebedingt: die Person hat schlechte Erfahrungen mit Bankmitarbeitern gemacht; die Person wurde bereits um Geld betrogen

Alternativen ausprobieren

- geschützten, abgelegenen Raum aufsuchen
- Ansprechpartner wechseln
- Abstand vergrößern
- Lautstärke der Stimme senken
- Flüstern, Singen oder Summen kann beruhigen
- tröstende Stimmlage
- einen Moment weinen lassen
- Ablenken
- Gespräch notfalls abbrechen und vertagen
- sofern möglich Kontaktperson einbeziehen


Auswertung

Die folgenden drei Folien dienen der Reflexion und Zusammenfassung der Fallarbeit.

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Grundregeln -

**Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -**


- langsam sprechen
- einfache Sätze (nur eine Botschaft)
- keine „Wieso-Weshalb-Warum“-Fragen
- zuwenden, Blickkontakt herstellen
- aufmerksam zuhören
- andere Wahrnehmung akzeptieren

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Rahmenbedingungen -

**Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -**


- für ausreichend Helligkeit sorgen
- sicherstellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
- andere Störquellen beseitigen
- Ortswechsel vermeiden
- biographische Informationen nutzen (Angehörige einschalten)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang in Konfliktsituationen

**Kommunikation und Umgang
in Konfliktsituationen**

- Gibt es eine erkennbare Ursache oder Erklärung für die schwierige Situation?
- nicht mit Argumenten überzeugen wollen
- Anschuldigungen nicht persönlich nehmen
- ruhig bleiben
- evtl. Ansprechpartner wechseln

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Neben den auf der Folie genannten Aspekten sollte stets darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Demenz immer wieder „lichte“ Momente haben, während denen Gedächtnisstörungen nicht oder nur schwach auftreten.

Um den Umgang zu erleichtern, ist es sinnvoll, einige Aspekte zu den Rahmenbedingungen/ zum Umfeld zu beachten:

- So fördert ausreichend Helligkeit die Orientierung.
- Hör- und Sehhilfen gleichen körperliche Schwächen aus, unterstützen den Erkrankten und erleichtern die Kommunikation.

Demenzkranke können sich nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren. Damit sie Erklärungen oder Fragen folgen können, ist es ratsam, dass „Störquellen“ beseitigt werden. Das heißt, es sollten möglichst nicht mehrere Personen auf den Erkrankten einreden und es sollte kein anderes Gespräch direkt nebenan stattfinden. Es kann daher sinnvoll sein, einen Nebenraum aufzusuchen, der ruhig ist.

Sofern Angehörige erreichbar sind, können evtl. wichtige biographische Aspekte (Adresse, Familienstand, Rufname o. Ä.), die für das weitere Vorgehen von Nutzen sein könnten, erfragt werden.

In der direkten Kommunikation beachtet werden sollte:

- langsam sprechen
- einfache Sätze verwenden, die nur eine Information enthalten
- Blickkontakt halten und darauf achten, dass man verstanden wurde
- Zeit zum Antworten geben
- nicht „abfragen“
 - nicht ständig korrigieren oder „Quizfragen“ stellen (z. B. „Welchen Tag haben wir

- heute?“). Das überfordert und beschämt den Kranken. Desorientierte Menschen wissen zwar die Zeit nicht, ihnen ist aber bewusst, dass man so etwas wissen sollte.
- Es ist weniger frustrierend, fehlende Begriffe gesagt zu bekommen, als allzu lange vergeblich danach zu suchen.
 - Aussagen wiederholen, evtl. vereinfachen
Variieren Sie die Formulierungen nicht in der Annahme, dass Ihr Gegenüber andere Begriffe oder Beschreibungen besser versteht.
 - Vertraute Sprache
Berücksichtigen Sie, dass sich der Sprachgebrauch und das Sprachwissen alter Menschen von dem jüngerer unterscheidet (z. B. Pink und Rosa).
 - Körpersprache bewusst einsetzen
 - Demenzerkrankte orientieren sich stark an nonverbalen Hinweisen.
 - Worte durch Mimik und Gestik unterstreichen
 - dem Erkrankten zuwenden
 - Blickkontakt aufnehmen und halten

Trotz allem lassen sich schwierige Situationen gelegentlich nicht verhindern. Wird ein Demenzerkrankter plötzlich aggressiv oder ist er stark verängstigt, sollte zunächst die Frage im Mittelpunkt stehen, ob es einen erkennbaren Grund für dieses Verhalten gibt. Liegt es in der Situation begründet? Kann sich die Situation entspannen, indem die Rahmenbedingungen verändert werden? Oder liegt das Verhalten in der Biographie begründet? Kann jemand dazu Auskunft geben?

Grundsätzlich ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Situation nicht eskaliert. Daher sollte vermieden werden, sich auf eine Diskussion einzulassen oder den Gesprächspartner mit Argumenten vom eigenen Standpunkt zu überzeugen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung kann der Erkrankte den Ausführungen oft nicht folgen und das Gesagte als bedrohlich erleben. Es ist wichtig, in diesen Situationen ruhig zu bleiben. Eventuell kann man einen Schritt zurücktreten.

Ratsam ist, gut zuzuhören und das Gehörte zu bestätigen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, mit einer kurzen Ansage den Raum zu verlassen und nach wenigen Minuten wieder zurück zu kehren. Häufig verändert diese kurze Unterbrechung die Situation. Unter Umständen ist es

notwendig, einen Kollegen dazu zu bitten, um den Ansprechpartner wechseln zu können.

Weitergehende Handlungsmöglichkeiten

Die Schulungsteilnehmer wissen nun, was eine Demenz ist und welche Aspekte sie bei der Kommunikation mit einem Betroffenen beachten sollten.

Es ist anzunehmen, dass Sie als Referent nun mit der Frage konfrontiert werden, ob bzw. was man darüber hinaus tun kann, um der Person zu helfen oder um schwierige bzw. gefährliche Situationen möglichst zu vermeiden.

Zunächst ist es wichtig, konkrete Hilfestellungen zu leisten, das heißt, der erkrankten Person bei Auszahlungen, Überweisung etc. behilflich sein. Darüber hinaus ist es wichtig, die erkrankte Person zu beruhigen, für ihre Sicherheit zu sorgen und eine Gesundheitsgefährdung möglichst abzuwenden.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten verschiedenste Veränderungen im Verhalten sowie bei den Fähigkeiten der Betroffenen auf.

Haben die Schulungsteilnehmer weiterhin Kontakt mit der erkrankten Person, ist es ihnen vielleicht möglich, für diese Veränderungen auch künftig aufmerksam zu sein, um dann erneut angemessene Hilfestellungen leisten zu können.

Sind Angehörige, Freunde oder betreuende Personen bekannt, können diese unter Umständen kontaktiert werden, um die Beobachtungen deutlich zu machen. Ist dieser persönliche Hintergrund nicht bekannt, lässt sich evtl. das Gespräch mit der erkrankten Person nutzen, um dazu etwas herauszufinden.

Ist ein Kontakt zu Angehörigen oder sonstigen betreuenden Personen hergestellt, können kreative Lösungen für schwierige Situationen gesucht werden. So ist es evtl. möglich, eine Übereinkunft zu finden, dass die erkrankte Person nur einen bestimmten Betrag abheben darf.

Im ungünstigsten Fall kann kein Kontakt zu Angehörigen hergestellt werden, sie beobachten jedoch eine zunehmende Verschlechterung des Zustandes der betroffenen Person. Führt das Fortschreiten der Erkrankung zu einer Selbstgefährdung des Erkrankten und/ oder zur Gefährdung einer anderen Person, besteht die Möglichkeit, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) zu wenden. Dies kann unter Umständen auch anonym geschehen, d. h. ohne Angabe des eigenen Namens oder des entsprechenden Zusammenhanges.

Der SpD wird nicht in die Filiale kommen, er berät und unterstützt jedoch gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige oder Personen aus dem näheren Umfeld. Die Mitarbeiter sind befugt und beauftragt, sich z. B. durch einen Hausbesuch ein Bild von der Wohn- und Lebenssituation des Betroffenen zu machen. Bei Bedarf werden anschließend notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet und koordiniert. Auch die Anregung einer medizinischen Untersuchung im Sinne einer Diagnose kann zu den Aufgaben des SpD gehören.

Ein weiterer Schritt könnte sein, sich an das Betreuungsgericht zu wenden und eine rechtliche Betreuung anzuregen. Auch dies ist anonym möglich.

Die Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung ergibt sich, wenn ein Mensch krankheitsbedingt wichtige Entscheidungen nicht mehr selbst treffen kann und keine andere Person bevollmächtigt hat. Mögliche Aufgabekreise, die einem Betreuer übertragen werden können, sind die Vermögenssorge, die Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten, die Vertretung vor Behörden oder die Gesundheitsvorsorge.

Dabei darf eine Betreuung nur für die Bereiche eingerichtet werden, bei denen tatsächlich Hilfebedarf besteht. Alle Aufgaben, die der Kranke selbständig erledigen kann, dürfen nicht von einem Betreuer übernommen werden.

Die Beschäftigten haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen. Sie können sich dort bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit demenzkranken Kunden hinwenden. Auch ist es möglich die Angehörigen über solche Beratungsangebote zu informieren.

In jeder Kommune/ jedem Landkreis gibt es Fachstellen, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz auseinandersetzen.

Kompetente Ansprechpartner finden sich bei den regionalen Alzheimer-Gesellschaften oder vergleichbaren Einrichtungen (*diese sind auf der Folie „Kontakt Regional“ im Vorfeld der Schulung zu vermerken*) sowie bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.


Die Teilnehmer können sich bei Fragen oder Problemen an diese wenden. Außerdem besteht die Möglichkeit, die Kontaktdaten dieser Einrichtungen an die Erkrankten bzw. deren Angehörige weiterzugeben.

Hilfreiche Adressen

↓ Folie: Ansprechpartner

Ansprechpartner

- Alzheimer Gesellschaften
- gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Seniorenberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Gesundheitsamt




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

↓ Folien: Kontakt (regional/ bundesweit)

Kontakt - Regional -

- ...
- ...



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz


Kontakt - Bundesweit -

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**

Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz


Denkbar wäre jedoch auch, sich an bestehende Gremien (Demenzzirkel, Demenznetzwerk, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft o. Ä.) zu wenden, um eigene Erfahrungen einzubringen und Lösungen zu erarbeiten. So wäre es möglich, dass die Schulung Konsequenzen hat, da das Thema kontinuierlich besprochen wird.

Infolgedessen könnte ein Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker geleistet werden.

↓ Folie: Zitat

**„Eine demenzfreundliche Gesellschaft ist möglich.
Es gilt, gemeinsam zu handeln
und keine Zeit zu verlieren.“**

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2007):
Vergesst die Demenzkranken nicht!]

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Zum Abschluss der Schulung bietet sich das nebenstehende Zitat an.

Alternativ können Sie auch die letzte Folie des Anhangs zum Abschluss der Schulung nutzen.



Einzelhandel

Einstieg

Die folgenden drei Fragen richten sich an die beruflichen Erfahrungen der Teilnehmer.


Die Antworten der Schulungsteilnehmer können z. B. auf einem Flip-Chart gesammelt werden.

Die jeweils auf die Frage folgende Folie dient dann als Zusammenfassung und evtl. Ergänzung der wichtigsten Punkte.

Zum Einstieg werden die Teilnehmer gebeten, Situationen aus Ihrem beruflichen Kontext oder Erfahrungen aus dem privaten Bereich zu schildern.

↓ Folie: Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

↓ Folie: Menschen mit Demenz beim Einkauf

Menschen mit Demenz beim Einkauf

- Orientierungslosigkeit im Geschäft
- Einkauf mehrerer gleicher Produkte an einem Tag
- Einkauf der immer gleichen Produkte (beobachtet über mehrere Wochen)
- Einkauf offenbar zu großer Mengen
- Bezahlung wird vergessen




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Im Anschluss wird erörtert, welche Auffälligkeiten/ Verhaltensweisen den Schluss auf eine vorliegende Demenzerkrankung bedingen.

↓ Folie: Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?

Was könnte darauf hindeuten, dass eine Person an einer Demenz erkrankt ist?



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz


Nehmen Sie sich auch hier ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden. Die anschließende Folie kann als Zusammenfassung dienen.

↓ Folie: Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

Hinweise, dass eine Person an Demenz erkrankt sein könnte

- wirkt verwirrt
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
- unangemessene Kleidung
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten → Verwendung von Floskeln
- ständiges Wiederholen der gleichen Aussage

→ bei gleichzeitig höherem Lebensalter



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz


Dabei können zu den genannten Punkten Beispiele angegeben werden:

- örtliche und zeitliche Desorientierung
 - Wochentag, Monat o. Ä. werden nicht richtig benannt
 - der Betreffende wähnt sich an einem anderen Ort (andere Stadt, andere Zeit)
- keine adäquate Reaktion auf die Situation
 - Unterschätzung der Gefahr
 - Situationsverknennung
- unangemessene Kleidung
 - Schlafanzug auf der Straße
 - Sommerbekleidung im Winter
- Schwierigkeiten, auf Fragen präzise zu antworten
 - ausweichende Antworten
 - Floskeln, „Allgemeinplätze“

Nun soll noch einmal speziell nach schwierigen Verhaltensweisen gefragt werden, mit denen sich die Teilnehmer bereits konfrontiert sahen.

↓ Folie: Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für ihre Arbeit als schwierig ein?


Welche Verhaltensweisen von Demenzkranken schätzen Sie für Ihre Arbeit als schwierig ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Herausfordernde Verhaltensweisen

Herausfordernde Verhaltensweisen

- aggressives Verhalten
- Beschuldigungen
- Ruhestörung/ Tag-Nacht-Umkehr
- „peinliches“ Verhalten
- eingeschränkte Fähigkeit, Gespräche zu führen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Fallbearbeitung Fragestellung

Die Bearbeitung eines oder mehrerer konkreter Fallbeispiele steht nun im Vordergrund. Dabei muss nicht zwingend auf eines der folgenden Beispiele zurückgegriffen werden. Es kann auch eine von den Teilnehmern im Vorfeld genannte Situation bearbeitet werden.

↓ Folie: Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...




© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Unabhängig vom methodischen Vorgehen stehen für die Bearbeitung der Fälle vier Fragen im Mittelpunkt.

↓ Folie: Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -

**Fallbeispiele aus der Praxis
- Fragestellungen -**

- Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
- Was wären Ihre nächsten Schritte?
- Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
- Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Damit sich die Schulungsteilnehmer gut in die jeweilige Situation hineinversetzen können, werden sie zunächst nach ihren Gedanken und Assoziationen sowie nach dem möglichen weiteren Vorgehen gefragt. „Nächste Schritte“ meint in diesem Zusammenhang Maßnahmen, die die Teilnehmer in der jeweiligen Situation ergreifen würden, um z. B. Gefahren abzuwenden bzw. die Person zu beruhigen. Was man darüber hinaus tun kann, um den Betroffenen zu helfen, wird nach der Fallbearbeitung erörtert.

Ausgehend von dem im Vorfeld vermittelten theoretischen Wissen sollen sich die Teilnehmer nun Gedanken machen, welche Regeln in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken zu beachten sind und welche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hilfreich sein könnten.

Die Fallarbeit dient dazu, die Besonderheiten, die der Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken erfordern, herauszufiltern und sich bewusst zu machen.

Fallbeispiele

Es folgen nun drei anhand der eben genannten Fragen aufbereitete Fallbeispiele. Die Fragen 1 und 2 sind dabei für jedes Fallbeispiel einzeln ausgearbeitet, die Fragen 3 und 4 für alle Beispiele zusammen.

Die aufgeführten Stichpunkte stellen dabei eine Sammlung möglicher Gedanken der Teilnehmer dar. Evtl. werden diese oder ähnliche Aspekte genannt.

Die wichtigsten Punkte werden im Anschluss an die Fallbearbeitung durch drei Folien zu

„Kommunikation und Umgang“ (vgl. Auswertung) noch einmal zusammengefasst.

Erarbeiten können Sie die verschiedenen Fälle mit Hilfe eines Rollenspiels, der Arbeit in Kleingruppen oder durch eine Diskussion im Plenum (vgl. „Organisatorische Hinweise“).

Eine Kopiervorlage der verschiedenen Fallbeispiele finden Sie bei den Zusatzmaterialien zu diesem Kapitel.

Im Anhang der PowerPoint-Präsentationen finden Sie den Text der drei ausgearbeiteten Fallbeispiele darüber hinaus als Folie, die Sie gerne an dieser Stelle einfügen können.

Fall 1: Das unauffindbare Produkt

Eine ältere Dame irrt unruhig durch den Supermarkt, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. Sie läuft unentwegt die Gänge entlang, schaut suchend hin und her und murmelt leise vor sich hin.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Sie scheint etwas zu suchen, ohne es jedoch zu finden.
- Die Dame ist sehr schüchtern und traut sich nicht, mich oder eine Kollegin anzusprechen, um nach dem gesuchten Produkt zu fragen.
- Sie sieht vielleicht nicht gut.
- Sie ist unentschlossen, weiß nicht, was sie einkaufen soll.
- Sie sucht vielleicht gar nichts und vertreibt sich die Zeit.
- Sie macht einen verwirrten, desorientierten Eindruck. Dies könnte auf eine Demenzerkrankung hindeuten.

Mögliche nächste Schritte

- auf die Kundin zugehen
- ein Gespräch beginnen, z. B.: „Kann ich Ihnen helfen?“ (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- behilflich sein (z. B. mitgehen, das Produkt zeigen oder bringen)
- weiterhin aufmerksam sein

Fall 2: Die neue „Mitarbeiterin“

Eine ältere Dame kauft häufig in dem Supermarkt ein, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. In letzter Zeit machte sie bereits des Öfteren einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Sie sind ihr dann beim Auffinden der

gewünschten Produkte behilflich gewesen. Nun beobachten Sie jedoch, wie die Kundin die Regale des Ladens ausräumt und die verschiedenen Produkte umsortiert.

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Sie stört.
- Sie bringt alles durcheinander.
- Das geht zu weit.
- Ich muss eingreifen.
- Ich muss die Dame stoppen.
- Sie will etwas stehlen.
- Dieses Verhalten ist nicht normal.
- Sie ist krank. Möglicherweise leidet sie an einer Demenzerkrankung.

Mögliche nächste Schritte

- auf die Kundin zugehen
- die Kundin ansprechen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- darauf hinwirken, dass die Kundin das Aus- und Umräumen unterlässt (z. B. durch Fragen wie: „Kann ich Ihnen helfen?“, „Suchen Sie etwas?“)
- weiterhin aufmerksam sein
- Vorfall im Team bekannt machen
- individuelle, an die Gegebenheiten vor Ort angepasste Lösung finden

Fall 3: Die unbezahlte Rechnung

Eine ältere Dame kauft häufig in dem Supermarkt ein, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. In letzter Zeit machte sie bereits des Öfteren einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Sie sind ihr dann beim Auffinden der gewünschten Produkte behilflich gewesen.

Heute packt sie zehn Pakete Zucker in ihre Tasche und verlässt das Geschäft ohne zu bezahlen. Auf dem Weg nach draußen hören Sie sie vor sich hin sagen: „Endlich gibt es wieder Zucker. Es sind ja solche schlechten Zeiten.“

Mögliche Gedanken und Assoziationen zu dieser Situation

- Sie sind irritiert, verdutzt.
- Sie fragen sich, warum hat die Dame nicht bezahlt? Entweder wollte sie den Zucker wirklich stehlen oder sie hat vergessen zu bezahlen. Hat sie das Bezahlen vergessen, war sie entweder in Gedanken oder sie ist krank, möglicherweise demenzkrank.
- Sie lebt in einer anderen Welt.

- Sie „hamstert“.
- Sie fragen sich, von welchen „schlechten Zeiten“ sie spricht.

Mögliche nächsten Schritte

- die Kundin aufhalten und auf ihr Verhalten ansprechen (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Ladendetektiv/ Sicherheitsdienst informieren
- Vorgesetzte informieren

Worauf würden Sie bezüglich der Kommunikation und des Umgangs achten?

- Wie gehen Sie auf die erkrankte Person zu?
 - von vorn bzw. seitlich von links nähern
 - Blickkontakt aufnehmen und halten
 - den üblichen (Alltags-)Abstand einhalten; es sei denn, die Person nähert sich von selbst
 - sofern die Person es zulässt, vorsichtig Körperkontakt aufbauen (z. B. unterhaken/ beruhigend berühren)
- Was können Sie zu einer gelingenden Kommunikation beitragen?
 - die Person mit dem vollen Namen ansprechen
 - sich mit vollem Namen (und Funktion) vorstellen
 - nur eine Frage oder Mitteilung auf einmal
 - kurze Sätze
 - keine „Wieso-Warum-Weshalb“-Fragen
 - Zeit nehmen und langsam sprechen, da Informationen eher sehr verzögert verarbeitet werden können
 - Fragen wiederholen, da diese sofort wieder vergessen werden und deshalb nicht beantwortet werden können
 - Hilfe anbieten und betonen, dass ihr Anliegen ein Hilfsangebot ist
 - sprechen Sie nicht leise oder mit abgewandtem Gesicht oder Körper über den Kunden mit einer anderen Person in dessen Beisein
 - auf Gesten und Gesichtsausdruck achten
 - gut zuhören
 - gehen Sie nicht ohne den Kunden zu Ihrem Vorgesetzten
 - kündigen Sie es dem Kunden gegenüber an und beziehen Sie ihn mit ein
 - keine Zeichen von Ungeduld zeigen
 - jede Handlung ankündigen

- keine überraschenden Aktivitäten, wie z. B. abruptes Umdrehen
- eine Handlung nach der anderen vollziehen

- Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation?
 - Lärm, Ablenkung und Irritationen vermeiden
 - 1 zu 1 Kontakt, Nebengespräche meiden
 - Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung berücksichtigen, weil die Hilfsmittel vielleicht nicht mitgenommen wurden/ nicht genutzt werden
- Welche Besonderheiten sind im Bereich des Einzelhandels zu beachten?
 - Der Ausspruch eines Hausverbots hat wenig Sinn, da dies von dem Betroffenen evtl. nicht gemerkt und damit nicht beachtet wird.
 - Ein Demenzkranker, der wegen Diebstahls angezeigt wurde, wird im Verlauf des Verfahrens von Seiten der Staatsanwaltschaft begutachtet und kann als schuldunfähig (§ 20 StGB) oder vermindert schuldfähig (§ 21 StGB) eingestuft werden.

Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

- z. B. bei aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schlagen, Spucken)
 - Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; hat Angst; schämt sich
 - Biographiebedingt: die Person ist schon mehrfach auffällig geworden und wurde dann sehr grob behandelt
 - Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand verändern
 - Stimmlage, Lautstärke ändern
 - Ablenken
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen
- z. B. bei ängstlichem Verhalten (Zurückweichen, Flüchten, Sprachlosigkeit)
 - Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; versteht Ihr Anliegen nicht; fürchtet, in ein Krankenhaus (Psychiatrie) oder in ein Heim ein-

- gewiesen zu werden; fühlt sich körperlich bedrängt
- Biographiebedingt: die Person ist schon mehrfach auffällig geworden und wurde dann sehr grob behandelt
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand vergrößern
 - Lautstärke der Stimme senken
 - Flüstern, Singen oder Summen kann beruhigen
 - sofern möglich Kontaktperson einbeziehen

Weitere Fallbeispiele

Fall 4: Das dritte Brot am Tag

Sie arbeiten als Verkäuferin in einer Bäckerei. Ihnen fällt auf, dass ein langjähriger älterer Kunde in letzter Zeit gelegentlich zwei- oder dreimal am Tag kommt, um ein Brot zu kaufen.

Fall 5: Das dritte Brot am Tag im Bademantel

In letzter Zeit ist Ihnen ein älterer Herr aufgefallen, weil er häufig mehrmals am Tag in Ihre Bäckerei kommt, um ein Brot zu kaufen. Sie hatten auch den Eindruck, dass er zunehmend verwirrt ist.

Heute kommt er nun in die Bäckerei und ist nur mit Pyjama, Morgenmantel und Pantoffeln bekleidet. Abgesehen davon, dass er sonst immer korrekt und elegant gekleidet war, ist Winter und es herrschen Minustemperaturen.

Fall 6: Die unbezahlte Rechnung

In letzter Zeit ist Ihnen ein älterer Herr aufgefallen, weil er häufig mehrmals am Tag in Ihre Bäckerei kommt, um ein Brot zu kaufen. Er wurde zunehmend verwirrt.

Heute ist sein Zustand sehr schlecht. Er kann Ihnen nur mühsam verständlich machen, was er kaufen möchte. Zudem packt er nun das Brot in seine Tasche und möchte gehen, ohne zu bezahlen.


Auswertung

Die folgenden drei Folien dienen der Reflexion und Zusammenfassung der Fallarbeit.

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Grundregeln -

**Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -**


- langsam sprechen
- einfache Sätze (nur eine Botschaft)
- keine „Wieso-Weshalb-Warum“-Fragen
- zuwenden, Blickkontakt herstellen
- aufmerksam zuhören
- andere Wahrnehmung akzeptieren

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang - Rahmenbedingungen -

**Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -**


- für ausreichend Helligkeit sorgen
- sicherstellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
- andere Störquellen beseitigen
- Ortswechsel vermeiden
- biographische Informationen nutzen (Angehörige einschalten)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

- ↓ Folie: Kommunikation und Umgang in Konfliktsituationen

**Kommunikation und Umgang
in Konfliktsituationen**

- Gibt es eine erkennbare Ursache oder Erklärung für die schwierige Situation?
- nicht mit Argumenten überzeugen wollen
- Anschuldigungen nicht persönlich nehmen
- ruhig bleiben
- evtl. Ansprechpartner wechseln

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Neben den auf der Folie genannten Aspekten sollte stets darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Demenz immer wieder „lichte“ Momente haben, während denen Gedächtnisstörungen nicht oder nur schwach auftreten.

Um den Umgang zu erleichtern, ist es sinnvoll, einige Aspekte zu den Rahmenbedingungen/ zum Umfeld zu beachten:

- So fördert ausreichend Helligkeit die Orientierung.
- Hör- und Sehhilfen gleichen körperliche Schwächen aus, unterstützen den Erkrankten und erleichtern die Kommunikation.

Demenzkranke können sich nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren. Damit sie Erklärungen oder Fragen folgen können, ist es ratsam, dass „Störquellen“ beseitigt werden. Das heißt, es sollten möglichst nicht mehrere Personen auf den Erkrankten einreden und es sollte kein anderes Gespräch direkt nebenan stattfinden. Es kann daher sinnvoll sein, einen Nebenraum aufzusuchen, der ruhig ist.

Sofern Angehörige erreichbar sind, können evtl. wichtige biographische Aspekte (Adresse, Familienstand, Rufname o. Ä.), die für das weitere Vorgehen von Nutzen sein könnten, erfragt werden.

In der direkten Kommunikation beachtet werden sollte:

- langsam sprechen
- einfache Sätze verwenden, die nur eine Information enthalten
- Blickkontakt halten und darauf achten, dass man verstanden wurde
- Zeit zum Antworten geben
- nicht „abfragen“
 - nicht ständig korrigieren oder „Quizfragen“ stellen (z. B. „Welchen Tag haben wir heute?“). Das überfordert und beschämt den Kranken. Desorientierte Menschen wissen zwar die Zeit nicht, ihnen ist aber bewusst, dass man so etwas wissen sollte.
 - Es ist weniger frustrierend, fehlende Begriffe gesagt zu bekommen, als allzu lange vergeblich danach zu suchen.
- Aussagen wiederholen, evtl. vereinfachen
 - Variieren Sie die Formulierungen nicht in der Annahme, dass Ihr Gegenüber andere Begriffe oder Beschreibungen besser versteht.
- Vertraute Sprache:
 - Berücksichtigen Sie, dass sich der Sprachgebrauch und das Sprachwissen alter Menschen von dem jüngerer unterscheidet (z. B. Pink und Rosa).
- Körpersprache bewusst einsetzen

- Demenzerkrankte orientieren sich stark an nonverbalen Hinweisen.
- Worte durch Mimik und Gestik unterstreichen
- dem Erkrankten zuwenden
- Blickkontakt aufnehmen und halten

Trotz allem lassen sich schwierige Situationen gelegentlich nicht verhindern. Wird ein Demenzkranker plötzlich aggressiv oder ist er stark verängstigt, sollte zunächst die Frage im Mittelpunkt stehen, ob es einen erkennbaren Grund für dieses Verhalten gibt. Liegt es in der Situation begründet? Kann sich die Situation entspannen, indem die Rahmenbedingungen verändert werden? Oder liegt das Verhalten in der Biographie begründet? Kann jemand dazu Auskunft geben?

Grundsätzlich ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Situation nicht eskaliert. Daher sollte vermieden werden, sich auf eine Diskussion einzulassen oder den Gesprächspartner mit Argumenten vom eigenen Standpunkt zu überzeugen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung kann der Erkrankte den Ausführungen oft nicht folgen und das Gesagte als bedrohlich erleben. Es ist wichtig, in diesen Situationen ruhig zu bleiben. Eventuell kann man einen Schritt zurücktreten.

Ratsam ist, gut zuzuhören und das Gehörte zu bestätigen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, mit einer kurzen Ansage den Raum zu verlassen und nach wenigen Minuten wieder zurück zu kehren. Häufig verändert diese kurze Unterbrechung die Situation. Unter Umständen ist es notwendig, einen Kollegen dazu zu bitten, um den Ansprechpartner wechseln zu können.

Weitergehende Handlungsmöglichkeiten

Die Schulungsteilnehmer wissen nun, was eine Demenz ist und welche Aspekte sie bei der Kommunikation mit einem Betroffenen beachten sollten.

Es ist anzunehmen, dass Sie als Referent nun mit der Frage konfrontiert werden, ob bzw. was man darüber hinaus tun kann, um der Person zu helfen oder um schwierige bzw. gefährliche Situationen möglichst zu vermeiden.

Zunächst ist es wichtig, konkrete Hilfestellungen zu leisten, das heißt, der erkrankten Person bei der Suche nach Produkten, beim Einpacken etc. behilflich sein. Darüber hinaus ist es wichtig, die erkrankte Person zu beruhigen, für ihre Sicher-

heit zu sorgen und eine Gesundheitsgefährdung möglichst abzuwenden.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten verschiedenste Veränderungen im Verhalten sowie bei den Fähigkeiten der Betroffenen auf.

Haben die Schulungsteilnehmer weiterhin Kontakt mit der erkrankten Person, ist es ihnen vielleicht möglich, für diese Veränderungen auch künftig aufmerksam zu sein, um dann erneut angemessene Hilfestellungen leisten zu können.

Sind Angehörige, Freunde oder betreuende Personen bekannt, können diese unter Umständen kontaktiert werden, um die Beobachtungen deutlich zu machen.

Ist dieser persönliche Hintergrund nicht bekannt, lässt sich evtl. das Gespräch mit der erkrankten Person nutzen, um dazu etwas herauszufinden.

Ist ein Kontakt zu Angehörigen oder sonstigen betreuenden Personen hergestellt, können kreative Lösungen für schwierige Situationen gesucht werden. So ist es evtl. möglich, eine Übereinkunft zu finden, dass im Geschäft ein Geldbetrag hinterlegt wird, so dass Situationen wie im Fall 3 in Zukunft unbürokratisch und schnell aufzulösen sind.

Möglich wäre z. B. auch, dass der Angehörige nach einem solchen Vorfall kontaktiert wird und die Rechnung im Nachhinein begleicht.

Im ungünstigsten Fall kann kein Kontakt zu Angehörigen hergestellt werden, sie beobachten jedoch eine zunehmende Verschlechterung des Zustandes der betroffenen Person. Führt das Fortschreiten der Erkrankung zu einer Selbstgefährdung des Erkrankten und/ oder zur Gefährdung einer anderen Person, besteht die Möglichkeit, sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) zu wenden. Dies kann unter Umständen auch anonym geschehen, d. h. ohne Angabe des eigenen Namens oder des entsprechenden Zusammenhangs.

Der SpD wird zwar nicht in das Geschäft kommen, berät und unterstützt jedoch gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige oder Personen aus dem näheren Umfeld.

Die Mitarbeiter sind befugt und beauftragt, sich z. B. durch einen Hausbesuch ein Bild von der Wohn- und Lebenssituation des Betroffenen zu machen. Bei Bedarf werden anschließend notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet und koordiniert. Auch die Anregung einer medizini-

schen Untersuchung im Sinne einer Diagnose kann zu den Aufgaben des SpD gehören.

Ein weiterer Schritt könnte sein, sich an das Betreuungsgericht zu wenden und eine rechtliche Betreuung anzuregen. Auch dies ist anonym möglich.

Die Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung ergibt sich, wenn ein Mensch krankheitsbedingt wichtige Entscheidungen nicht mehr selbst treffen kann und keine andere Person bevollmächtigt hat. Mögliche Aufgabenkreise, die einem Betreuer übertragen werden können, sind die Vermögenssorge, die Aufenthaltbestimmung, Wohnungsangelegenheiten, die Vertretung vor Behörden oder die Gesundheitssorge.

Dabei darf eine Betreuung nur für die Bereiche eingerichtet werden, bei denen tatsächlich Hilfebedarf besteht. Alle Aufgaben, die der Kranke selbständig erledigen kann, dürfen nicht von einem Betreuer übernommen werden.

Die Beschäftigten haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen. Sie können sich dort bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit demenzkranken Kunden hinwenden.


Auch ist es möglich, die Angehörigen über solche Beratungsangebote zu informieren.

Hilfreiche Adressen

↓ Folie: Ansprechpartner

Ansprechpartner


- Alzheimer Gesellschaften
- gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Seniorenberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Gesundheitsamt

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folien: Kontakt (regional/ bundesweit)

**Kontakt
- Regional -**


- ...
- ...

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Zitat

**„Eine demenzfreundliche Gesellschaft ist möglich.
Es gilt, gemeinsam zu handeln
und keine Zeit zu verlieren.“**

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2007):
Vergesst die Demenzkranken nicht!]

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

**Kontakt
- Bundesweit -**

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Zum Abschluss der Schulung bietet sich das nebenstehende Zitat an.

Alternativ können Sie auch die letzte Folie des Anhangs zum Abschluss der Schulung nutzen.

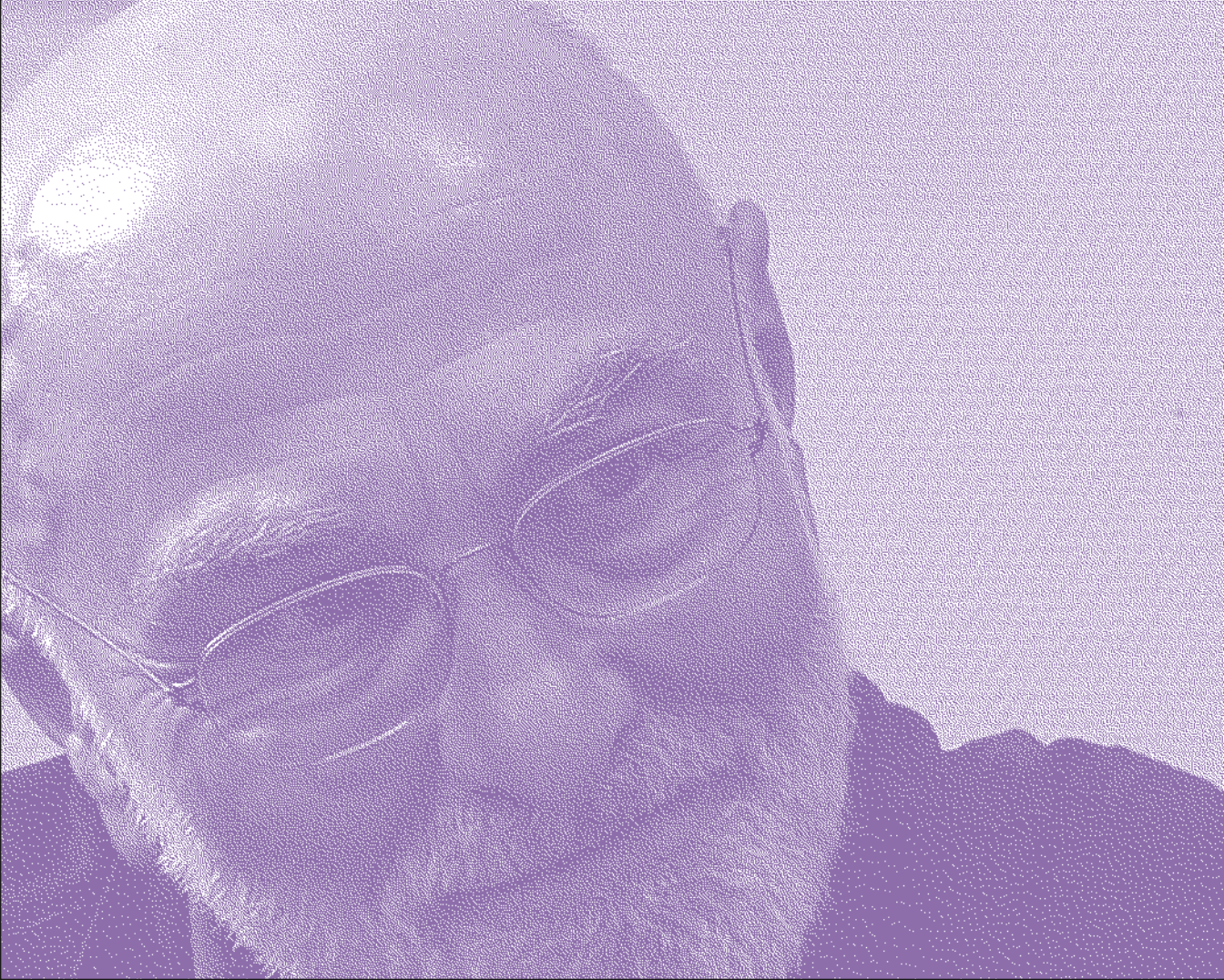
In jeder Kommune/ jedem Landkreis gibt es Fachstellen, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz auseinandersetzen.

Kompetente Ansprechpartner finden sich bei den regionalen Alzheimer-Gesellschaften oder vergleichbaren Einrichtungen (*diese sind auf Folie „Kontakt Regional“ im Vorfeld der Schulung zu vermerken*) sowie bei der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft.

Die Teilnehmer können sich bei Fragen oder Problemen an diese wenden. Außerdem besteht die Möglichkeit die Kontaktdaten dieser Einrichtungen an die Erkrankten bzw. deren Angehörige weiterzugeben.

Denkbar wäre jedoch auch, sich an bestehende Gremien (Demenzzirkel, Demenznetzwerk, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft o. Ä.) zu wenden, um eigene Erfahrungen einzubringen und Lösungen zu erarbeiten. So wäre es möglich, dass die Schulung Konsequenzen hat, da das Thema kontinuierlich besprochen wird.

Infolgedessen könnte ein Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker geleistet werden.



Nachbarschaft

Einstieg

Zum Einstieg werden die Teilnehmer gebeten, Erfahrungen aus dem privaten Bereich oder auch Situationen aus Ihrem Vereinskontext zu schildern.

Die folgende Frage richtet sich an die persönlichen Erfahrungen der Teilnehmer.

Die Antworten der Schulungsteilnehmer können z. B. auf einem Flip-Chart gesammelt werden.

Die auf die Frage folgende Folie dient dann als Zusammenfassung und evtl. Ergänzung der wichtigsten Punkte.

↓ Folie: Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

Welche Situationen/ Begebenheiten fallen Ihnen im Zusammenhang mit demenzerkrankten Menschen ein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Nehmen Sie sich ein wenig Zeit, bis Beispiele genannt werden.

→ Nach einer gewissen Zeit sollten Sie die Sammlung von Erfahrungen und Beispielen jedoch beenden, um in einem zweiten Schritt die Regeln der Kommunikation und des Umgangs mit demenzerkrankten Menschen anhand eines Beispiels zu erarbeiten (vgl. „Fallbearbeitung“).

↓ Folie: Menschen mit Demenz in der Nachbarschaft/ im Verein/ in der Kirche

Menschen mit Demenz in der Nachbarschaft/ im Verein/ in der Kirche

- Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes/ des Verhaltens
- Vergessen von Terminen
- Vernachlässigung übernommener Aufgaben
- Sozialer Rückzug
- Belästigung/ Beschuldigung anderer Personen

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Fallbearbeitung

Fragestellung

Die Bearbeitung eines oder mehrerer konkreter Fallbeispiele steht nun im Vordergrund. Dabei muss nicht zwingend auf eines der folgenden Beispiele zurückgegriffen werden. Es kann auch eine von den Teilnehmern im Vorfeld genannte Situation bearbeitet werden.

↓ Folie: Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...

Bitte stellen Sie sich folgende Situation vor ...



© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Unabhängig vom methodischen Vorgehen stehen für die Bearbeitung der Fälle vier Fragen im Mittelpunkt.

↓ Folie: Fragestellungen

Fragestellungen

- Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
- Was wären Ihre nächsten Schritte?
- Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
- Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz



Damit sich die Schulungsteilnehmer gut in die jeweilige Situation hineinversetzen können, werden sie zunächst nach ihren Gedanken und Assoziationen sowie nach dem möglichen weiteren Vorgehen gefragt. „Was ist zu tun?“ meint in diesem Zusammenhang Aktivitäten, die die Teilnehmer in der jeweiligen Situation ergreifen würden, um z. B. Gefahren abzuwenden bzw. die Person zu beruhigen. Was man darüber hinaus tun kann, um den Betroffenen zu helfen, wird nach der Fallbearbeitung erörtert.

Ausgehend von dem im Vorfeld vermittelten theoretischen Wissen sollen sich die Teilnehmer

nun Gedanken machen, welche Regeln in Bezug auf Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken zu beachten sind und welche Verhaltensweisen in schwierigen Situationen hilfreich sein könnten.

Die Fallarbeit dient dazu, die Besonderheiten, die der Umgang und die Kommunikation mit Demenzkranken erfordern, herauszufiltern und sich bewusst zu machen.

Fallbeispiele

Es folgen nun drei anhand der eben genannten Fragen aufbereitete Fallbeispiele.

Die aufgeführten Stichpunkte stellen dabei eine Sammlung möglicher Gedanken der Teilnehmer dar. Evtl. werden diese oder ähnliche Aspekte genannt.

Die wichtigsten Punkte werden im Anschluss an die Fallbearbeitung durch drei Folien zu „Kommunikation und Umgang“ (vgl. Auswertung) noch einmal zusammengefasst.

Erarbeiten können Sie die verschiedenen Fälle mit Hilfe eines Rollenspiels, der Arbeit in Kleingruppen oder durch eine Diskussion im Plenum (vgl. „Organisatorische Hinweise“).

Eine Kopiervorlage der verschiedenen Fallbeispiele finden Sie bei den Zusatzmaterialien zu diesem Kapitel.

Im Anhang der PowerPoint-Präsentationen finden Sie den Text der drei ausgearbeiteten Fallbeispiele darüber hinaus als Folie, die Sie gerne an dieser Stelle einfügen können.

Fall 1: Neue Spielregeln im Kegelerverein

Seit Jahren sind Sie, genau wie Herr M., Mitglied im örtlichen Kegelerverein. Regelmäßig einmal in der Woche treffen sich die Kegelbrüder um 20.00 Uhr zu einer zweistündigen Partie.

In letzter Zeit fällt Ihnen und anderen Vereinskollegen auf, dass Herr M. häufig unpünktlich ist oder die Termine sogar ganz vergisst.

Beim gestrigen Treffen schließlich wollte er unbedingt in seinen Straßenschuhen spielen. Darüber hinaus behauptete er, immer in diesen Schuhen zu spielen.

Argumente, Fragen oder Erklärungen, die Sie und die anderen Anwesenden vorbrachten, zeigten keine Wirkung. Herr M. ging darauf gar nicht ein, sondern wurde ärgerlich.

Fall 2: Schlüsseldienst „Nachbar“

Frau Z., Ihre 90-jährige Nachbarin, lebt allein. Sie ist körperlich sehr fit, doch schon seit längerem

fällt Ihnen und auch anderen Nachbarn auf, dass ihre geistigen Kräfte nachlassen. Sie muss sich selbst versorgen und hat, soweit Ihnen bekannt ist, keinerlei Hilfe. Sie haben noch nie Angehörige oder Freunde gesehen, die sie besuchen. Auch eine Unterstützung im Haushalt durch eine Putzfrau oder eine Sozialstation scheint sie nicht in Anspruch zu nehmen.

Seit zwei Wochen klingelt Sie nun sehr häufig bei Ihnen – zumeist weil sie sich ausgesperrt hat. Da dies bereits häufiger passiert ist, haben Sie einen Zweitschlüssel von ihr. So können Sie ihr schnell und unkompliziert helfen.

Allmählich wird jedoch auch dies zur Belastung – insbesondere weil das Zeitgefühl von Frau Z. gestört ist, so dass sie immer wieder auch nachts bei Ihnen klingelt.

Fall 3: Rückzug aus dem Gemeindeleben

Frau L. ist 78 Jahre alt und lebt allein. Ihr Mann ist vor vielen Jahren verstorben und die beiden Kinder wohnen weit entfernt. Sie ist ein bekanntes und aktives Mitglied der Kirchengemeinde und nahm bis vor kurzem regelmäßig an den Gottesdiensten sowie den Seniorennachmittagen teil.

In letzter Zeit fielen den Gemeindemitgliedern einige Veränderungen auf. Frau L. war bei den gemeinsamen Treffen sehr ruhig, sie sprach nicht viel und wirkte eher „in sich gekehrt“. Außerdem besuchte sie die Seniorennachmittage und Gottesdienste nur noch sehr unregelmäßig. Seit zwei Wochen kommt Sie nun gar nicht mehr.

Was könnte man denken?

- Er/ Sie wird alt.
- Er/ Sie wird komisch/ „tüddelig“.
- Er/ Sie hat keine Lust mehr.
- Er/ Sie hat die Zeit vergessen.
- Das ist nicht normal!
- Die Verwirrtheit muss einen Grund haben.
Hat er/ sie vielleicht eine Demenz?
- Warum zieht er/ sie sich zurück?
→ Ist etwas vorgefallen?
→ Hat er/ sie Sorgen oder Probleme?
- Vielleicht braucht er/ sie Hilfe.
- Hat er/ sie zu Hause Hilfe? Wer kümmert sich?
- Soll ich/ Muss ich/ Darf ich mich kümmern?
- Ist das meine Aufgabe?
- Was kann/ darf/ soll/ muss ich tun?
- Das ist mir unangenehm.

- Da will ich mich nicht einmischen./ Das geht mich nichts an.

Was könnte man tun?

- nicht wegschauen
- Gespräch suchen/ anbieten (siehe Hinweise zu Kommunikation und Umgang)
- Sorgen/ Beobachtungen spiegeln (z. B. „Ich mache mir Sorgen um Sie/ Dich.“)
- unauffälliges/ vorsichtiges Unterstützen (z. B. „Darf ich Sie/ Dich begleiten?“)
- Besuch/ Einladung anbieten
- Vorwürfe vermeiden
- Wenn möglich Kontaktperson verständigen, die sich weiter kümmern kann
- weiter aufmerksam sein

Worauf würden Sie bezüglich der Kommunikation und des Umgangs achten?

- Wie gehen Sie auf die erkrankte Person zu?
 - von vorn bzw. seitlich von links nähern
 - Blickkontakt aufnehmen und halten
 - den üblichen (Alltags-)Abstand einhalten; es sei denn, die Person nähert sich von selbst
 - sofern die Person es zulässt, vorsichtig Körperkontakt aufbauen (z. B. unterhalten/ beruhigend berühren)
- Was können Sie zu einer gelingenden Kommunikation beitragen?
 - die Person mit dem vollen Namen ansprechen
 - wenn keine Reaktion, die Person mit einem vertrauten Kurznamen ansprechen
 - sich vorstellen
 - nur eine Frage oder Mitteilung auf einmal
 - kurze Sätze
 - keine „Wieso-Warum-Weshalb“-Fragen
 - Zeit nehmen und langsam sprechen, da Informationen eher sehr verzögert verarbeitet werden können
 - Fragen wiederholen, da diese sofort wieder vergessen werden und deshalb nicht beantwortet werden können
 - Hilfe anbieten und betonen, dass ihr Anliegen ein Hilfsangebot ist
 - sprechen Sie nicht leise oder mit abgewandtem Gesicht oder Körper über den Betroffenen mit einer anderen Person in dessen Beisein
 - auf Gesten und Gesichtsausdruck achten
 - gut zuhören
 - keine Zeichen von Ungeduld zeigen

- jede Handlung ankündigen
- keine überraschenden Aktivitäten, wie z. B. abruptes Umdrehen
- eine Handlung nach der anderen vollziehen
- Welche Rahmenbedingungen fördern die Kommunikation?
 - Lärm, Ablenkung und Irritationen vermeiden
 - 1 zu 1 Kontakt, Nebengespräche meiden
 - Schwerhörigkeit oder Sehbehinderung berücksichtigen, weil die Hilfsmittel vielleicht nicht mitgenommen wurden/ nicht genutzt werden

Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

z. B. bei aggressivem Verhalten (Schimpfen, Schlagen, Spucken)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; hat Angst; schämt sich
 - Biographiebedingt: sie erinnern durch den Tonfall/ Aussehen an eine andere Person, mit der er/ sie schlechte Erfahrungen gemacht hat
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand verändern
 - Stimmlage, Lautstärke ändern
 - Ablenken

z. B. bei ängstlichem Verhalten (Zurückweichen, Flüchten, Sprachlosigkeit)

- Ursache herausfinden
 - Situationsbedingt: die Person erkennt oder hört Sie nicht richtig; versteht Ihr Anliegen nicht; fürchtet, in ein Krankenhaus (Psychiatrie) oder in ein Heim eingewiesen zu werden; fühlt sich körperlich bedrängt
 - Biographiebedingt: sie erinnern durch den Tonfall/ Aussehen an eine andere Person, mit der er/ sie schlechte Erfahrungen gemacht hat
- Alternativen ausprobieren
 - Ansprechpartner wechseln
 - Abstand vergrößern
 - Lautstärke der Stimme senken
 - Flüstern, Singen oder Summen kann beruhigen

Weitere Fallbeispiele

Fall 4: Der orientierungslose Vereinskollege (Abwandlung des Falls 1)

Sie kommen gerade von einer Sitzung des Kegelvereins, als Ihnen Ihr Vereinskollege Herr M. begegnet. Sofort sprechen Sie ihn an, wo er denn gewesen sei, es wäre doch eine so wichtige Sitzung gewesen. Da könne er als Kassenwart doch nicht fehlen – noch dazu ohne Bescheid zu sagen.

Herr M. wirkt aufgelöst und verzweifelt. Sie versuchen ihn zu beruhigen und nach einer Weile wird deutlich, dass er weder das Vereinshaus noch den Weg zurück nach Hause gefunden hat.

Fall 5: Wo ist eigentlich Herr L.?

Herr L. ist seit vielen Jahren Mitglied des örtlichen Heimatvereins. Er ist sehr engagiert und hat noch nie eine Sitzung oder ein Arbeitstreffen versäumt.

Innerhalb der letzten Monate jedoch fallen Ihnen und auch einigen anderen Vereinsmitgliedern gravierende Veränderungen auf. Zunächst blieben – entgegen seiner Gewohnheit – Vorschläge zu den aktuellen Themen von Herrn L. aus. Nach seiner Meinung gefragt, reagierte er oft ausweichend oder mit allgemeinen Floskeln. Häufig wirkte er abwesend oder überfordert.

Seit einiger Zeit nimmt er nur noch unregelmäßig an den Sitzungen, die immer am 1. Montag im Monat stattfinden, teil. Dabei kündigt er sein Fehlen nicht an, wie er es bis zu diesem Zeitpunkt immer getan hatte. Darauf angesprochen behauptet er, er sei über den Termin nicht informiert worden.

Fall 6: Die hilfebedürftige Nachbarin (Abwandlung des 2. Falls)

Frau Z., Ihre 90-jährige Nachbarin, lebt allein. Sie ist körperlich sehr fit, doch schon seit längerem fällt Ihnen und auch anderen Nachbarn auf, dass ihre geistigen Kräfte nachlassen. Sie versorgt sich selbst und hat, soweit Ihnen bekannt ist, keinerlei Hilfe.

Die erwachsenen Kinder besuchen sie nur selten, da der Kontakt zu Frau Z. in letzter Zeit sehr belastet ist.

Seit zwei Wochen klingelt Frau Z. nun sehr häufig bei Ihnen. Sie benötigt dann zumeist Hilfe beim Ankleiden. So bekam sie einmal den Verschluss ihres Rockes nicht zu. Ein anderes Mal konnte sie ihre Bluse nicht schließen, weil sie darunter zwei Pullover trug.

Sie helfen Ihr grundsätzlich gerne, doch allmählich wird dies zur Belastung, da das Zeitgefühl von Frau Z. zunehmend gestört ist, so dass sie immer wieder auch nachts bei Ihnen klingelt.

Fall 7: Laub harken einmal anders

Es ist Herbst und Ihr Nachbar Herr S. harkt das Laub in seinem Garten. Als Sie näher an den Zaun treten, um ihn zu grüßen, fällt Ihnen auf, dass Herr S. anstatt einer Harke eine Schaufel benutzt.

Sie sind verwundert und sprechen ihn darauf an. Herr S. wirkt kurz verunsichert und kann die Frage nicht beantworten. Sehr schnell versucht er, das Gespräch auf ein anderes Thema zu lenken.

Fall 8: Wo ist mein Platz?

(Abwandlung des 3. Falls)

Frau L. ist 78 Jahre alt und lebt allein. Ihr Mann ist vor vielen Jahren verstorben und die beiden Kinder wohnen weit entfernt. Sie ist ein bekanntes und aktives Mitglied der Kirchengemeinde. Regelmäßig nimmt sie an den Gottesdiensten teil und sitzt dabei immer am gleichen Platz in der Kirche.

In letzter Zeit fällt auf, dass sie sich nach der Kommunion suchend und verwirrt umschaute. Häufig findet sie dann nicht wieder an Ihren Platz zurück.

Fall 9: Die vergessenen Tischmanieren

(Abwandlung des 3. Falls)

Frau L. ist 78 Jahre alt und lebt allein. Ihr Mann ist vor vielen Jahren verstorben und die beiden Kinder wohnen weit entfernt. Sie ist ein bekanntes und aktives Mitglied der Kirchengemeinde und nimmt regelmäßig an den Seniorennachmittagen teil.

In letzter Zeit beobachten die Leiterin des Seniorennachmittags sowie die anderen Teilnehmer Veränderungen im Verhalten von Frau L.. Sie wartet nicht, bis die Kaffeetafel eröffnet ist, sondern greift sofort nach dem Kuchen. Bevor sie sich jedoch für ein Stück entscheidet, fasst und schaut sie zunächst einige an. Dabei benutzt Sie nicht den Tortenheber, sondern ihre Hände.

Zum einen widerspricht dies völlig ihrem bisherigen Verhalten und zum anderen kommt es vermehrt zu Unstimmigkeiten mit den anderen Teilnehmern, die dieses Verhalten missbilligen.


Auswertung

Die folgenden drei Folien dienen der Reflexion und Zusammenfassung der Fallarbeit.

↓ Folie: Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -

**Kommunikation und Umgang
- Grundregeln -**


- langsam sprechen
- einfache Sätze (nur eine Botschaft)
- keine „Wieso-Weshalb-Warum“-Fragen
- zuwenden, Blickkontakt herstellen
- aufmerksam zuhören
- andere Wahrnehmung akzeptieren

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -

**Kommunikation und Umgang
- Rahmenbedingungen -**


- für ausreichend Helligkeit sorgen
- sicherstellen, dass Hör- und Sehhilfen vorhanden sind
- andere Störquellen beseitigen
- Ortswechsel vermeiden
- biographische Informationen nutzen (Angehörige einschalten)

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folie: Kommunikation und Umgang in
Konfliktsituationen

**Kommunikation und Umgang
in Konfliktsituationen**

- Gibt es eine erkennbare Ursache oder Erklärung für die schwierige Situation?
- nicht mit Argumenten überzeugen wollen
- Anschuldigungen nicht persönlich nehmen
- ruhig bleiben
- evtl. Ansprechpartner wechseln

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Neben den auf der Folie genannten Aspekten sollte stets darauf hingewiesen werden, dass Menschen mit Demenz immer wieder „lichte“ Momente haben, während denen Gedächtnisstörungen nicht oder nur schwach auftreten.

Um den Umgang zu erleichtern, ist es sinnvoll, einige Aspekte zu den Rahmenbedingungen/ zum Umfeld zu beachten:

- So fördert ausreichend Helligkeit die Orientierung.
- Hör- und Sehhilfen gleichen körperliche Schwächen aus, unterstützen den Erkrankten und erleichtern die Kommunikation. Demenzkranke können sich nicht auf mehrere Dinge gleichzeitig konzentrieren. Damit sie Erklärungen oder Fragen folgen können, ist es ratsam, dass „Störquellen“ beseitigt werden. Das heißt, es sollten möglichst nicht mehrere Personen auf den Erkrankten einreden, es sollte kein anderes Gespräch direkt nebenan stattfinden und es sollten auch Nebengeräusche (Radio, Funkgerät o. Ä.) abgestellt werden.

Ein Ortswechsel verwirrt oft zusätzlich und ist für die Beruhigung des Erkrankten nicht förderlich.

Sofern Angehörige erreichbar sind, können evtl. wichtige biographische Aspekte (Adresse, Familienstand, Rufname o. Ä.), die für das weitere Vorgehen von Nutzen sein könnten, erfragt werden.

In der direkten Kommunikation beachtet werden sollte:

- langsam sprechen
- einfache Sätze verwenden, die nur eine Information enthalten
- Blickkontakt halten und darauf achten, dass man verstanden wurde
- Zeit zum Antworten geben
- nicht „abfragen“
 - nicht ständig korrigieren oder „Quizfragen“ stellen (z. B. „Welchen Tag haben wir heute?“). Das überfordert und beschämt den Kranken. Desorientierte Menschen wissen zwar die Zeit nicht, ihnen ist aber bewusst, dass man so etwas wissen sollte.
 - Es ist weniger frustrierend, fehlende Begriffe gesagt zu bekommen, als allzu lange vergeblich danach zu suchen.
- Aussagen wiederholen, evtl. vereinfachen
Variieren Sie die Formulierungen nicht in der Annahme, dass Ihr Gegenüber andere Begriffe oder Beschreibungen besser versteht.
- Vertraute Sprache
Berücksichtigen Sie, dass sich der Sprachgebrauch und das Sprachwissen alter Men-

schen von dem jüngerer unterscheidet (z. B. Pink und Rosa).

- Körpersprache bewusst einsetzen
 - Demenzerkrankte orientieren sich stark an nonverbalen Hinweisen
 - Worte durch Mimik und Gestik unterstreichen
 - dem Erkrankten zuwenden
 - Blickkontakt aufnehmen und halten

Trotz allem lassen sich schwierige Situationen gelegentlich nicht verhindern. Wird ein Demenzkranker plötzlich aggressiv oder ist er stark verängstigt, sollte zunächst die Frage im Mittelpunkt stehen, ob es einen erkennbaren Grund für dieses Verhalten gibt. Liegt es in der Situation begründet? Kann sich die Situation entspannen indem die Rahmenbedingungen verändert werden?

Oder liegt das Verhalten in der Biographie begründet? Kann jemand dazu Auskunft geben?

Grundsätzlich ist es wichtig, darauf zu achten, dass die Situation nicht eskaliert.

Daher sollte vermieden werden, sich auf eine Diskussion einzulassen oder den Gesprächspartner mit Argumenten vom eigenen Standpunkt zu überzeugen. Aufgrund der veränderten Wahrnehmung kann der Erkrankte den Ausführungen oft nicht folgen und das Gesagte als bedrohlich erleben. Es ist wichtig, in diesen Situationen ruhig zu bleiben. Eventuell kann man einen Schritt zurücktreten.

Ratsam ist, gut zuzuhören und das Gehörte zu bestätigen. Manchmal kann es auch sinnvoll sein, mit einer kurzen Ansage den Raum zu verlassen und nach wenigen Minuten wieder zurück zu kehren. Häufig verändert diese kurze Unterbrechung die Situation. Unter Umständen ist es notwendig, eine zweite Person dazu zu bitten, um den Ansprechpartner wechseln zu können.

Weitergehende Handlungsmöglichkeiten

Gerade Nachbarn, Bekannte und Freunde befinden sich häufig in einem Zwiespalt, einem Dilemma. Sie fühlen sich hin- und hergerissen zwischen ihren Sorgen um die erkrankte Person und den Bedenken, als übergriffig erlebt zu werden, sich zu sehr einzumischen.

Damit kann auch die Angst verbunden sein, dass sich das Verhältnis zu dem Demenzkranken verschlechtert, weil dieser die angebotene Hilfe ablehnt und sich über die Unterstützungsangebote seines Umfeldes ärgert. Wenn man damit

rechnen muss, dass ein Hilfsangebot abgelehnt wird oder Ärger verursacht, stellt sich mitunter auch die Frage: „Was passiert eigentlich, wenn ich nicht helfe?“

Es gibt verschiedenste Gefahren, denen allein lebende Menschen mit Demenz in ihrem Alltag begegnen. Es kann passieren, dass sie vergessen, den Herd auszuschalten. Es kann passieren, dass sie sich verlaufen oder stürzen. Es kann passieren, dass sie nicht mehr angemessen mit dem eigenen Geld umgehen.

Studien in Großbritannien haben jedoch gezeigt, dass allein lebende Menschen mit Demenz nicht mehr gefährdet sind als Demenzkranke, die in häuslicher Gemeinschaft mit Angehörigen leben.

Vor allem zwei Faktoren tragen danach zur Reduktion von Risiken bei:

- Je mehr Sozialkontakte allein lebende Menschen mit Demenz haben, desto sicherer leben sie.
- Personen im näheren und weiteren Bekanntenkreis können bestimmte Gefahrenpotentiale mildern, da sie diese durch ihre Beobachtungen erkennen und eine Lösungssuche initiieren können.

Menschen mit Demenz sind bestimmten Risiken ausgesetzt. Ein aufmerksames Umfeld, das den Erkrankten mit seinen Problemen nicht allein lässt, kann jedoch dazu beitragen, die Selbst- und Fremdgefährdung so gering wie möglich zu halten!

Was können Nachbarn, Freunde und Bekannte also tun, um einer demenzkranken Person zu helfen oder um schwierige bzw. gefährliche Situation möglichst zu vermeiden?

Zunächst sollte das Gespräch mit der betreffenden Person gesucht werden. Vielleicht wird ein Hilfsangebot dankend angenommen. Konkrete und ggf. diskrete Hilfestellungen zu leisten, ist anfangs wichtig. Das kann bedeuten, der erkrankten Person den Weg zu weisen, sie zu begleiten, sie an Termine zu erinnern, sie abzuholen o. Ä.. Darüber hinaus ist es wichtig, die erkrankte Person zu beruhigen, für ihre Sicherheit zu sorgen und eine Gesundheitsgefährdung möglichst abzuwenden. Damit kann auch verbunden sein, die Person in ein Krankenhaus bringen zu müssen.

Im Verlauf einer Demenzerkrankung treten verschiedenste Veränderungen im Verhalten sowie den Fähigkeiten der Betroffenen auf.

Haben die Schulungsteilnehmer weiterhin Kontakt mit der erkrankten Person, ist es ihnen vielleicht möglich, für diese Veränderungen auch künftig aufmerksam zu sein, um dann erneut angemessene Hilfestellungen leisten zu können.

Auch Menschen mit Demenz wollen so lange wie möglich selbständig bleiben. Es kommt daher vor, dass sie Hilfe ablehnen. Dies ist zu respektieren, sofern die Person sich dadurch nicht selbst gefährdet. Trotzdem kann und sollte das Umfeld achtsam bleiben und den Kontakt halten. Vielleicht wird ein Hilfsangebot zu einem späteren Zeitpunkt angenommen.

Sind Angehörige, Freunde oder betreuende Personen bekannt, können diese unter Umständen kontaktiert werden, um die Beobachtungen deutlich zu machen.

Ist dieser persönliche Hintergrund nicht bekannt, lässt sich evtl. das Gespräch mit der erkrankten Person nutzen, um dazu etwas herauszufinden.

Ist ein Kontakt zu Angehörigen oder sonstigen betreuenden Personen hergestellt, können kreative Lösungen für schwierige Situationen gesucht werden. Im ungünstigsten Fall kann kein Kontakt zu Angehörigen hergestellt werden, das Umfeld beobachtet jedoch eine zunehmende Verschlechterung des Zustandes der betroffenen Person. Ein vertrauensvoller Ansprechpartner in dieser Situation könnte der Hausarzt des Betroffenen sein.

Führt das Fortschreiten der Erkrankung zu einer Selbstgefährdung des Erkrankten und/oder zur Gefährdung einer anderen Person und ist kein Ansprechpartner bekannt, besteht die Möglichkeit sich an den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) zu wenden. Dies kann unter Umständen auch anonym geschehen, d. h. ohne Angabe des eigenen Namens oder des entsprechenden Zusammenhangs.

Der SpD berät und unterstützt gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen sowie deren Angehörige oder Personen aus dem näheren Umfeld. Die Mitarbeiter sind befugt und beauftragt, sich z. B. durch einen Hausbesuch ein Bild von der Wohn- und Lebenssituation des Betroffenen zu machen. Bei Bedarf werden anschließend notwendige Hilfsmaßnahmen eingeleitet und koordiniert. Auch die Anregung einer medizinischen Untersuchung im Sinne einer Diagnose kann zu den Aufgaben des SpD gehören.

Ein weiterer Schritt könnte sein, sich an das Betreuungsgericht zu wenden und eine

rechtliche Betreuung anzuregen. Auch dies ist anonym möglich.

Die Notwendigkeit einer rechtlichen Betreuung ergibt sich, wenn ein Mensch krankheitsbedingt wichtige Entscheidungen nicht mehr selbst treffen kann und keine andere Person bevollmächtigt hat. Mögliche Aufgabenkreise, die einem Betreuer übertragen werden können, sind die Vermögenssorge, die Aufenthaltsbestimmung, Wohnungsangelegenheiten, die Vertretung vor Behörden oder die Gesundheitsvorsorge.

Dabei darf eine Betreuung nur für die Bereiche eingerichtet werden, bei denen tatsächlich Hilfebedarf besteht. Alle Aufgaben, die der Kranke selbständig erledigen kann, dürfen nicht von einem Betreuer übernommen werden.

Alle Bürger haben darüber hinaus die Möglichkeit, die Angebote von Beratungsstellen zu nutzen. Sie können sich dort bei Fragen und Problemen im Zusammenhang mit demenzkranken Personen hinwenden oder Informationen zu speziellen technischen Hilfsmitteln wie z. B. Personenortungsgeräte erhalten. Auch ist es möglich die Angehörigen über solche Beratungsangebote und Hilfsmittel zu informieren.

Eventuell wenden die Schulungsteilnehmer an dieser Stelle ein, dass die verständigten Angehörigen oder der SpD nicht aktiv werden würden. Machen Sie deutlich, dass dies manchmal passiert, dass es Situationen gibt, die ins Leere laufen.


Ermütigen Sie die Schulungsteilnehmer, nicht aufzugeben, kreative Lösungen auszuprobieren, neue Wege zu gehen!

Hilfreiche Adressen

↓ Folie: Ansprechpartner

Ansprechpartner


- Alzheimer Gesellschaften
- gerontopsychiatrische Beratungsstellen
- Seniorenberatungsstellen
- Allgemeiner Sozialdienst
- Gesundheitsamt

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

↓ Folien: Kontakt (regional/ bundesweit)

**Kontakt
- Regional -**

- ...
- ...

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

**Kontakt
- Bundesweit -**

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin

E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de

Internet: www.deutsche-alzheimer.de

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

In jeder Kommune/ jedem Landkreis gibt es Fachstellen, die sich bereits intensiv mit dem Thema Demenz auseinandersetzen.

Kompetente Ansprechpartner finden sich bei den regionalen Alzheimer-Gesellschaften oder vergleichbaren Einrichtungen (*diese sind auf der Folie „Kontakt Regional“ im Vorfeld der Schulung zu vermerken*) sowie bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.

Die Teilnehmer können sich bei Fragen oder Problemen an diese wenden. Außerdem besteht die Möglichkeit die Kontaktdaten dieser Einrichtungen an die Erkrankten bzw. deren Angehörige weiterzugeben.

Denkbar wäre jedoch auch, sich an bestehende Gremien (Demenzzirkel, Demenznetzwerk, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft o. Ä.) zu wenden, um eigene Erfahrungen einzubringen und Lösungen zu erarbeiten. So wäre es möglich, dass die Schulung Konsequenzen hat, da das Thema kontinuierlich besprochen wird.


Infolgedessen könnte ein Beitrag zur langfristigen Verbesserung der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker geleistet werden.

Zum Abschluss der Schulung bietet sich das nebenstehende Zitat an.

↓ Folie: Zitat

**„Eine demenzfreundliche Gesellschaft ist möglich.
Es gilt, gemeinsam zu handeln
und keine Zeit zu verlieren.“**

[Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2007):
Vergesst die Demenzkranken nicht!]

© Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz 

Alternativ können Sie auch die letzte Folie des Anhangs zum Abschluss der Schulung nutzen.

Literaturverzeichnis

Publikationen

- Becker, J. (2000). „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn“. *Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen*. Darmstadt: Arbeitszentrum Aus- und Weiterbildung Elisabethenstift.
- Becker, J. (2001). „Die Wegwerfwinkel auf der Wäscheleine“. *Die Handlungslogik dementer alter Menschen verstehen lernen*. Darmstadt: Arbeitszentrum Aus- und Weiterbildung Elisabethenstift.
- Bickel, H. (1999). *Epidemiologie der Demenzen*. In: Förstl, H./Bickel, H./Kurz, A. (Hrsg.). *Alzheimer-Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 9–32.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2008). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit. Ein kompakter Ratgeber*. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2010). *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen*. Berlin.
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V./ Janssen-Cilag GmbH (Hrsg.) (2008). *Hilfe beim Helfen. Schulungsreihe für Angehörige von Alzheimer- und anderen Demenzkranken*. Neuss/Berlin.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Falk, J. (2004). *Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Gilmour, H. et al. (2003). *Living alone with dementia: a case study approach to understanding risk*. In: *Dementia*. Ausgabe 2/03, S. 403–420.
- Gilmour, H. (2004). *Care planning for people with dementia who live alone*. In: *Journal of Dementia Care*. Ausgabe 12/01, S. 33–34.
- Gutzmann, H./Zank, S. (2005). *Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Krämer, G. (2000). *Alzheimer-Krankheit. Antworten auf die häufigsten Fragen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Powell, J. (2009). *Hilfen zur Kommunikation bei Demenz*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Schönhof, B. (2008). *Allein lebende Demenzkranke. Möglichkeiten und Grenzen der Fürsorge Dritter*. In: *Alzheimer Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Selbsthilfe Demenz*. Ausgabe 3/08, S. 15.
- Stoppe, G. (1997). *Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen*. In: Wächtler, C. (Hrsg.). *Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 17–39.
- Stoppe, G. (2006). *Demenz*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Weidenfelder, M. (2004). *Mit dem Vergessen leben: Demenz. Verwirrte alte Menschen verstehen und einfühlsam begleiten*. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH & Co. KG.
- Weyerer, S./Bickel, H. (2007). *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Internetquellen

- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). *Alois Alzheimer*. URL: www.deutsche-alzheimer.de
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.). *Andere Demenzformen*. URL: www.deutsche-alzheimer.de
- Gutzmann, H. (2000). *Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit*. URL: www.deutsche-alzheimer.de
- Kurz, A. (2005). *Die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit*. URL: www.deutsche-alzheimer.de

Zusatzmaterial

1. Kopiervorlagen für die Fallbeschreibungen der einzelnen Zielgruppen
2. Musteranschreiben an die Zielgruppenvertreter zum Schulungsangebot
3. Muster eines Schulungsplakates
4. Muster einer Fortbildungsausschreibung
5. Evaluationsbogen
6. Muster einer Teilnahmebescheinigung
7. Ansichtsexemplar der Broschüre „Herausforderung Demenz“

Die folgenden Materialien finden Sie auch auf der DVD, so dass Sie diese den Gegebenheiten vor Ort entsprechend anpassen und verändern können.

Fallbeschreibung

„Meldung einer vermissten Person“

Sie werden gerufen, weil eine 72-jährige Frau, die bekanntermaßen an einer Form von Demenz leidet und als leicht verwirrt beschrieben wird, nicht nach Hause gekommen ist.

Sie war auf dem Weg zum nahe gelegenen Friedhof, um das Grab ihres Mannes zu besuchen.

Diesen Weg geht sie jeden Tag, immer auf derselben Strecke zu derselben Zeit und ist immer nach einer Stunde wieder zu Hause gewesen.

Ihre Tochter, die nicht im selben Haushalt wohnt, telefoniert üblicherweise immer dann mit ihr. Sie hat ihre Mutter weder telefonisch erreicht, noch in der Wohnung oder auf dem bekannten Weg angetroffen. Auch auf dem Friedhof hat sie die Mutter nicht gefunden.

Diese hat vor fünf Stunden das Haus verlassen.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Meldung eines Diebstahls“

Sie werden von einer älteren Dame gerufen, die angibt, dass ihr 500 € gestohlen wurden. Sie verdächtigt ihren Nachbarn, ihr dieses Geld entwendet zu haben.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Meldung einer Ruhestörung“

Sie werden in der Nacht von den direkten Nachbarn zu einer Wohnung gerufen, wo eine Person seit ca. einer halben Stunde schreit. Auf Klingeln, Klopfen und Rufen der Nachbarn, die sich große Sorgen machen, hat sie nicht reagiert.

Im Hausflur ist lautes Schreien zu hören. Geräusche aus dem Fernseher/ Radio können ausgeschlossen werden. Sie können keine Sätze/ Worte verstehen. Das Schreien kommt in Wellen und ist von unterschiedlicher Lautstärke.

Die Nachbarn erzählen, dass in der Wohnung eine alte Frau lebt, die so um die 80 Jahre alt sein muss. Sie hat immer sehr zurückgezogen gelebt, der Mann ist wohl vor langer Zeit gestorben. Die Nachbarn haben den Mann nicht mehr kennen gelernt und wissen auch nichts über andere Verwandte.

Nach dem Eindruck der Nachbarn bekommt die Frau nie Besuch, weshalb es unwahrscheinlich ist, dass eine weitere Person in der Wohnung ist, mit der sie sich lautstark unterhalten würde. Ob der Hausmeister oder eine andere Person einen Schlüssel haben, wissen die Nachbarn nicht. Auch Hilfen für den Haushalt oder ein Pflegedienst sind bisher nicht gesehen worden. Man grüßt sich, aber ein Gespräch oder gar ein Besuch haben sich nie ergeben. Bisher ist ihnen jedoch noch nichts weiter am Verhalten der Nachbarin aufgefallen. Sie wirkte rüstig, ruhig und zurückhaltend.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Unangemessen bekleidet im Straßenverkehr“

Ein älterer Herr wurde auf der Straße aufgegriffen. Er ist verwirrt und orientierungslos, kann weder seinen Namen noch seine Adresse benennen.

Der Polizist am Einsatzort hat nun den Rettungsdienst verständigt, da der Herr nur im Bademantel und mit Pantoffeln bekleidet am frühen Morgen durch die Straßen irrte. Es ist nicht bekannt, wie lang er bereits unterwegs ist, und es herrschen Temperaturen um den Gefrierpunkt.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Eine aggressive Patientin“

Ein Nachbar ruft die „112“, weil die nebenan wohnende ältere Dame, die bekanntlich an einer Demenz erkrankt ist, im Treppenhaus sitzt und Schmerzlaute von sich gibt. Sie hat offensichtlich eingenässt. Sie lehnt alle Hilfeversuche und Hilfsangebote von Seiten des Nachbarn ab, wird sogar ausfällig und aggressiv.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Der vergessene Kochtopf“

Sie werden zu einem Mehrfamilienhaus gerufen, weil es aus der Wohnung einer dort allein lebenden 78-jährigen Frau verbrannt/ verkohlt riecht und niemand die Tür öffnet.

*Als Sie eintreffen, wird auch Ihnen nicht geöffnet.
Sie verschaffen sich Zugang zur Wohnung und finden die ältere Dame schlafend vor dem Fernseher. (Die Hörgeräte liegen neben ihr auf dem Tisch.)*

Der Elektroherd in der Küche ist an. Darauf befindet sich ein Topf mit Kartoffeln. Das Wasser ist verdampft und die Kartoffeln sind angebrannt.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Ein Wohnungsbrand“

Sie werden gerufen, weil es in der Wohnung eines Mehrfamilienhauses brennt.

Der Mieter der Wohnung, ein 84-jähriger allein lebender Mann, öffnet die Tür nicht. Die Nachbarn berichten, dass er in letzter Zeit einen eher verwirrten Eindruck machte.

Sie verschaffen sich Zugang zur Wohnung und erkennen, dass der ältere Herr nicht vor Ort ist.

Sie löschen zunächst den Brand und stellen fest, dass dieser ausgelöst wurde, weil der Mieter die Kerzen eines Adventsgestecks scheinbar nicht gelöscht hat, bevor er die Wohnung verließ, diese herunter brannten und schließlich das Gesteck Feuer fing.

Während der Aufräumarbeiten kehrt der Mann zu seiner Wohnung zurück.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Auffällige Kontobewegungen“

Ein Kunde, den Sie schon lange kennen und der 73 Jahre alt ist, hebt in letzter Zeit - im Verhältnis zu seiner früheren Gewohnheit - hohe Summen, manchmal sogar zweimal am Tag, von seinem Girokonto ab.

Vor ein paar Monaten hat er Ihnen erzählt, dass seine Frau ganz plötzlich gestorben ist. Sie kannten die Frau nicht persönlich, weil er sich immer allein um die finanziellen Angelegenheiten gekümmert hat.

Sie wundern sich darüber, dass er sogar mehr Geld abhebt als vor dem Tod seiner Frau. Nach der letzten Abhebung weist der Kontostand, zum ersten Mal überhaupt, ein „Minus“ auf.

Nachdem Sie den Kunden auf diesen Kontostand hingewiesen haben, merken Sie, dass er Sie nicht versteht. Er sieht Sie misstrauisch, ungläubig und verstört an. Er meint, dass Sie sich irren müssen, weil er ganz selten Geld abheben würde.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Das überzogene Konto“

Herr T., ein langjähriger älterer Kunde, hebt in letzter Zeit - im Verhältnis zu seiner früheren Gewohnheit - hohe Summen, manchmal sogar zweimal am Tag, von seinem Girokonto ab. Vor ein paar Monaten hat er Ihnen erzählt, dass seine Frau ganz plötzlich gestorben ist. Sie kannten die Frau nicht persönlich, weil er sich immer allein um die finanziellen Angelegenheiten gekümmert hat.

Auch heute kommt er zu Ihnen an den Schalter und möchte 1000€ abheben. Als Sie das Konto des Kunden aufrufen, stellen Sie fest, dass sein Überziehungsrahmen ausgeschöpft ist.

Sie weisen den Kunden auf diesen Kontostand hin und erläutern ihm, dass Sie ihm kein Geld auszahlen können und dürfen.

Herr T. sieht Sie misstrauisch, ungläubig und verstört an. Er meint, dass Sie sich irren müssen, weil er ganz selten Geld abheben würde. Beharrlich besteht er auf die Auszahlung seines Geldes.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Fehlerhafte Überweisung“

Frau V., eine langjährige Kundin der Filiale, in der Sie arbeiten, kommt zu Ihnen.

Sie hält eine Rechnung in der Hand sowie einen Überweisungsträger. Frau V. macht einen sehr nervösen und unsicheren Eindruck und bittet Sie um Hilfe. Sie bemerken, dass die Überweisung nur teilweise und auch falsch ausgefüllt wurde.

Sie sind sehr überrascht, da diese Kundin bis jetzt alle Bankgeschäfte korrekt getätigt hat, immer sehr informiert war und nie Hilfe benötigte.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Das unauffindbare Produkt“

Eine ältere Dame irrt unruhig durch den Supermarkt, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. Sie läuft unentwegt die Gänge entlang, schaut suchend hin und her und murmelt leise vor sich hin.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Die neue Mitarbeiterin“

Eine ältere Dame kauft häufig in dem Supermarkt ein, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. In letzter Zeit machte sie bereits des Öfteren einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Sie sind ihr dann beim Auffinden der gewünschten Produkte behilflich gewesen.

Nun beobachten Sie jedoch, wie die Kundin die Regale des Ladens ausräumt und die verschiedenen Produkte umsortiert.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Die unbezahlte Rechnung“

Eine ältere Dame kauft häufig in dem Supermarkt ein, in dem Sie als Verkäuferin angestellt sind. In letzter Zeit machte sie bereits des Öfteren einen verwirrten und desorientierten Eindruck. Sie sind ihr dann beim Auffinden der gewünschten Produkte behilflich gewesen.

Heute packt sie 10 Pakete Zucker in ihre Tasche und verlässt das Geschäft, ohne zu bezahlen. Auf dem Weg nach draußen hören Sie, wie sie vor sich hin sagt: „Endlich gibt es wieder Zucker. Es sind ja solche schlechten Zeiten.“

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Welche Gedanken und Assoziationen haben Sie zu dieser Situation?
2. Was wären Ihre nächsten Schritte?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Neue Spielregeln im Kegelvein“

Seit Jahren sind Sie, genau wie Herr M., Mitglied im örtlichen Kegelvein. Regelmäßig einmal in der Woche treffen sich die Kegelbrüder um 20.00 Uhr zu einer zweistündigen Partie. In letzter Zeit fällt Ihnen und anderen Vereinskollegen auf, dass Herr M. häufig unpünktlich ist oder die Termine sogar ganz vergisst.

Beim gestrigen Treffen schließlich wollte er unbedingt in seinen Straßenschuhen spielen. Darüber hinaus behauptete er, immer in diesen Schuhen zu spielen.

Argumente, Fragen oder Erklärungen, die Sie und die anderen Anwesenden vorbrachten, zeigten keine Wirkung. Herr M. ging darauf gar nicht ein, sondern wurde ärgerlich.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Wie schätzen Sie die Situation ein?
2. Was ist zu tun?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Schlüsseldienst Nachbar“

Frau Z., Ihre 90-jährige Nachbarin, lebt allein. Sie ist körperlich sehr fit, doch schon seit längerem fällt Ihnen und auch anderen Nachbarn auf, dass ihre geistigen Kräfte nachlassen. Sie muss sich selbst versorgen und hat, soweit Ihnen bekannt ist, keinerlei Hilfe. Sie haben noch nie Angehörige oder Freunde gesehen, die sie besuchen. Auch eine Unterstützung im Haushalt durch eine Putzfrau oder eine Sozialstation scheint sie nicht in Anspruch zu nehmen.

Seit zwei Wochen klingelt Sie nun sehr häufig bei Ihnen – zumeist weil sie sich ausgesperrt hat. Da dies bereits häufiger passiert ist, haben Sie einen Zweitschlüssel von ihr. So können Sie ihr schnell und unkompliziert helfen.

Allmählich wird jedoch auch dies zur Belastung – insbesondere weil das Zeitgefühl von Frau Z. gestört ist, so dass sie immer wieder auch nachts bei Ihnen klingelt.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Wie schätzen Sie die Situation ein?
2. Was ist zu tun?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sein?

Fallbeschreibung

„Rückzug aus dem Gemeindeleben“

Frau L. ist 78 Jahre alt und lebt allein. Ihr Mann ist vor vielen Jahren verstorben und die beiden Kinder wohnen weit entfernt.

Sie ist ein bekanntes und aktives Mitglied der Kirchengemeinde und nahm bis vor kurzem regelmäßig an den Gottesdiensten sowie den Seniorennachmittagen teil.

In letzter Zeit fielen den Gemeindemitgliedern einige Veränderungen auf. Frau L. war bei den gemeinsamen Treffen sehr ruhig, sie sprach nicht viel und wirkte eher „in sich gekehrt“. Außerdem besuchte sie die Seniorennachmittage und Gottesdienste nur noch sehr unregelmäßig. Seit zwei Wochen kommt Sie nun gar nicht mehr.

Fallbearbeitung

Bitte bearbeiten Sie das Fallbeispiel anhand der folgenden vier Fragen!

1. Wie schätzen Sie die Situation ein?
2. Was ist zu tun?
3. Worauf würden Sie bezüglich des Umgangs und der Kommunikation achten?
4. Was könnte in Bezug auf schwierige Verhaltensweisen hilfreich sei

Ihr Briefkopf
↓

Adresse des Zielgruppenvertreters

Ort, Datum

Betreff

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Anzahl demenzkranker und vor allem allein lebender demenzkranker Menschen nimmt zu. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. hat im Rahmen des Projektes „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ Schulungsmaterialien zur Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit entwickelt. Die Schulungen sind konzipiert für Mitglieder verschiedener Berufs- und Gesellschaftsgruppen, die im Alltag allein lebenden Menschen mit Demenz begegnen könnten. Demenzkranke haben Nachbarn, sie gehen einkaufen, holen Geld bei der Bank oder rufen die Polizei, weil sie ihr Portemonnaie nicht finden und sicher sind, dass ihnen dieses gestohlen wurde. Gerade das alltägliche Umfeld, die Kassiererin im Supermarkt, die Mitarbeiter in der Bankfiliale oder der Streifenpolizist sind daher wichtige Adressaten, denen auffallen kann, dass sich jemand über die Zeit verändert, verwirrt ist und Hilfe braucht.

Wir begrüßen diese Initiative sehr, da auch aus unserer Sicht die Schulung der Allgemeinbevölkerung, insbesondere bestimmter Berufsgruppen, sehr hilfreich sein kann. Aus diesem Grund unterstützen wir das Projekt und führen selbst Schulungen durch.

Die Schulung besteht aus zwei Teilen – einem Basisteil, der für alle Zielgruppen gleich ist, und einem spezifischen Teil, der auf die unterschiedlichen (Berufs-)Gruppen eingeht.

Zunächst wird Grundlagenwissen vermittelt. Ziel ist es, dass die Teilnehmer lernen, was eine Demenz ist, welche Krankheitssymptome auf eine Demenz hindeuten und welche Auswirkungen diese auf die Erkrankten haben.

Im zielgruppenspezifischen Teil werden alltägliche Fallbeispiele vorgestellt und bearbeitet. Dadurch erwerben die Teilnehmer Wissen zum Umgang und zur Kommunikation mit Demenzkranken im

speziellen beruflichen Kontext. Hilfreiche praktische Verhaltensweisen werden aufgezeigt, um auch in schwierigen Situationen handlungsfähig zu bleiben.

Die Schulung ist interaktiv aufgebaut, eine Gruppengröße von 15 bis 20 Personen hat sich bisher bewährt, aber auch für 5 Teilnehmer lohnt sich eine Schulung.

Abhängig von den Anforderungen der Zielgruppe sowie der Bearbeitungsart und -dauer der Fallbeispiele ist eine Schulungsdauer von 1,5 bis 3 Stunden einzuplanen. Die Schulung kann in ein oder zwei Terminen durchgeführt werden. Im Mittelpunkt der Schulung steht die Verbesserung von Kommunikation und Umgang mit Menschen mit Demenz, weniger die theoretische Wissensvermittlung.

Über Ihr Interesse und das Interesse Ihrer Mitarbeiter würden wir uns sehr freuen. Terminvereinbarungen sind sowohl tagsüber als auch in den Abendstunden möglich.

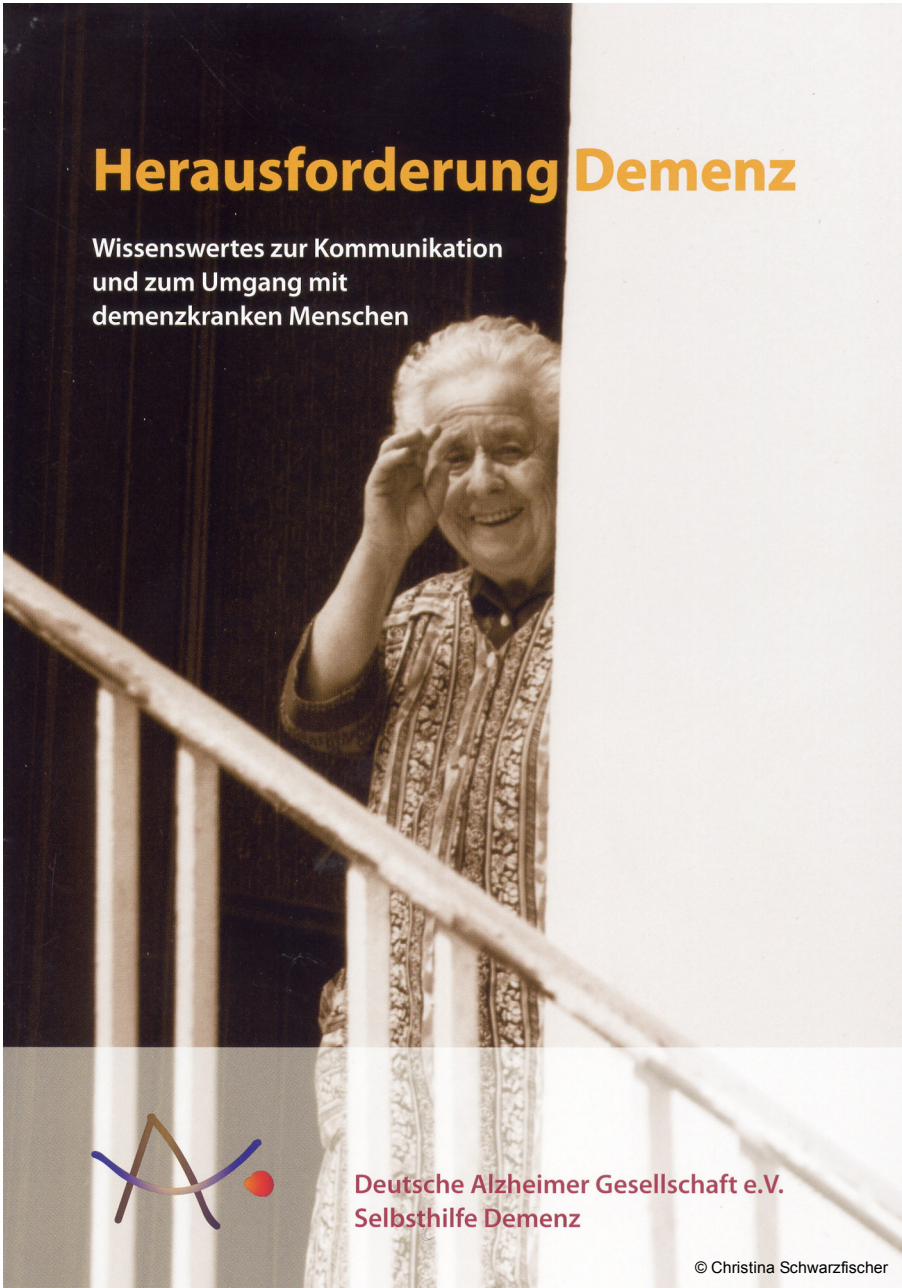
Für Ihre Einrichtung entstehen keine Kosten/ Kosten in Höhe von

Sollten Sie Fragen haben oder einen Termin vereinbaren wollen, erreichen Sie uns unter der Rufnummer:

Mit freundlichen Grüßen

Name

Funktion



-eventuell Logo
der schulenden
Institution-

Schulung in der Kommune

**Alle Mitglieder/ Besucher/ Gäste/ Mieterinnen und Mieter/
Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind herzlich eingeladen:**

Herausforderung Demenz

Ein Informationsgespräch/ Eine Fortbildung/ Eine Schulung

mit (Name des/der Referenten/ schulenden Organisation)

im (Name und Adresse des Veranstaltungsortes)

am **um**

Herausforderung Demenz

Wissenswertes zur Kommunikation und zum Umgang mit demenzkranken Menschen

Beschreibung

In dieser Fortbildung erhalten Sie Kenntnisse über die Demenzerkrankungen und deren Auswirkungen auf die Alltagskompetenz der Betroffenen.

Sie lernen, deeskalierend mit dem „herausfordernden Verhalten“ der Erkrankten umzugehen und erfahren Kommunikationsformen, die einen verstehenden Zugang fördern. Sie erhalten Einblicke in die unterschiedlichen Wahrnehmungsebenen und Realitäten der Betroffenen und den Personen in ihrem Lebensumfeld.

Lernziele

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ...

- kennen die wichtigsten Erscheinungsformen der Demenzen
- sind sensibilisiert für die Auswirkung der Erkrankung auf die Alltagskompetenz
- erkennen „herausforderndes Verhalten“ und verfügen über Deeskalationsstrategien
- haben Verständnis für die verschiedenen Wahrnehmungsebenen von den Erkrankten und den Personen im Lebensumfeld
- haben Kenntnis von Entlastungs- und Hilfsangeboten

Zielgruppe

.....

Referent/innen

.....

Termin/ Zeit/ Ort

.....

.....

.....

.....

Beurteilung der Veranstaltung „Herausforderung Demenz“

Ihre persönlichen Eindrücke und Anregungen zur Schulung „Herausforderung Demenz“, an der Sie heute teilgenommen haben, sind uns sehr wichtig. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Wir freuen uns auf Ihre Meinung!

1. Wie beurteilen Sie die Veranstaltung insgesamt?

sehr gut gut befriedigend nicht gut

2. Bitte beurteilen Sie die Veranstaltung bezüglich der folgenden Aspekte

	stimme ich voll und ganz zu	stimme ich eher zu	stimme ich eher nicht zu	stimme ich gar nicht zu
a) Die Schulung hat sich für mich gelohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es war insgesamt interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Inhalte waren allgemein verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Schulung war gut strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Der/Die Referent/in hat ansprechend vorgetragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Die visuelle Darstellung der Inhalte war gelungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Der Einbezug der Teilnehmer hat mir gefallen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Die Schulung ist hilfreich für den (Arbeits-)Alltag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Die Beispiele waren praxisnah.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Es wurde ausreichend auf Fragen, Anregungen und Wünsche der Teilnehmer eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Was haben Sie vermisst?

.....

.....

.....

4. Was möchten Sie noch anregen?

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

eventuell Logo o. ä. Ihrer Institution

Teilnahmebescheinigung

Frau/Herr

hat am an der Schulung der
(durchführende Institution)

„Herausforderung Demenz“

in der Zeit von Uhr bis Uhr teilgenommen.

Seminarinhalte:

- Grundlagen zum Krankheitsbild Demenz, speziell zur Alzheimer-Krankheit
- Das Erleben der Betroffenen
- Diagnosestellung einer Demenzerkrankung
- Therapiemöglichkeiten
- Bearbeitung von Fallbeispielen
- Kommunikation mit Demenzkranken
- Empfehlungen für den Umgang mit Demenzkranken in Konfliktsituationen

Eine Kommune macht sich auf den Weg – Schulungen in der Modellkommune Schwerin

unter Mitarbeit von Renate Kubbutat und Ute Greve, Netzwerk Demenz Schwerin

„Die Schulung einer Stadt – Schwerin lässt sich fit machen für allein lebende Demenzkranke“, so titelte der „Schweriner Express“ im Januar 2009. Schwerin ist eine von insgesamt sieben Kommunen in Deutschland, in denen die Schulungsmaterialien des Projekts „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ vorab erprobt wurden. Hier und in Wismar, Wiesbaden, Maintal, Wangen, Berlin und Güstrow wurden bereits 431 Teilnehmer mit den vorliegenden Materialien geschult. „Das Schulungsprojekt hat bei uns sozusagen offene Türen eingerannt“, erklärt Renate Kubbutat, Abteilungsleiterin im Gesundheitsamt Schwerin, „es kam für Schwerin genau zur richtigen Zeit“. So konnten sie und ihre Netzwerkpartner des Netzwerk Demenz Schwerin von November 2008 bis April 2009 insgesamt 222 Schulungsteilnehmer, also mehr als die Hälfte aller Teilnehmer der Erprobungsphase, zum Thema Demenz schulen. Im Folgenden wird beispielhaft aufgezeigt, wie es in Schwerin gelungen ist, diese umfassenden Schulungen zu organisieren, wie die Voraussetzungen und Zugangswege waren und welche Ergebnisse und Effekte erkennbar sind.

Schwerin in Zahlen

Schwerin, die Landeshauptstadt von Mecklenburg-Vorpommern, hat ca. 96.000 Einwohner. Es ist davon auszugehen, dass hier ungefähr 1.500 Menschen an einer mittleren oder schweren Demenz erkrankt sind – konkrete statistisch erfasste Zahlen gibt es leider bislang nicht (lt. Gesundheitsamt Schwerin). Dabei ist eine Überalterung in einzelnen Stadtteilen, die vor 30 bis 40 Jahren neu gebaut und gleichzeitig erstbezogen worden sind, zu beobachten. Bereits heute sind 22 % der Schweriner Bevölkerung über 65 Jahre alt, bis zum Jahr 2025 wird sich dieser Anteil voraussichtlich auf über 30 % erhöhen (Bertelsmann Stiftung, 2009). Allein-stehende Menschen mit Demenz sind noch kein eigenständiger Arbeitsschwerpunkt in Schwerin, denn viele der Betroffenen leben zuhause noch in einer Partnerschaft. Hier steht der Erhalt der Häuslichkeit durch Stärkung der Angehörigen und des gesamten Umfeldes im Vordergrund.

Das Netzwerk Demenz Schwerin

Entwicklung des Netzwerks

Das Netzwerk Demenz Schwerin wurde aufgrund zweier unterschiedlicher Entwicklungen gegründet:

→ Zum einen kooperierte der Sozialpsychiatrische Dienst Schwerin mit dem Sozialdienst einer großen Vermietungsgesellschaft: Mitarbeiter wurden zum Umgang mit zunehmend älteren und dementen Mietern beraten

und geschult, um durch deren Kompetenz-erhöhung die Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes zu entlasten.

→ Zum anderen wurde das Zentrum Demenz als Modellprojekt der Pflegekassen gegründet und bot zunächst Schulungen und Beratungen für Angehörige an. Diese berichteten unter anderem über Negativerfahrungen mit der Polizei im Umgang mit verwirrten Menschen, woraufhin erste positive Kontakte des Zentrums zur örtlichen Polizei entstanden. In Zusammenarbeit mit der Hochschule Neubrandenburg wurde ein „Demenz-Wegweiser“ für die Stadt Schwerin und Umland erarbeitet, der als Arbeitshilfe und Angebotsübersicht verwendet werden kann.

2008 trafen sich erstmals Vertreter des Gesundheitsamtes bzw. Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Zentrums Demenz mit weiteren Akteuren der Demenzversorgung in Schwerin, Vertretern der Klinik für Alterspsychiatrie, des Helferkreises Schwerin und von Una e.V., um gemeinsam den Welt-Alzheimerstag vorzubereiten und zu gestalten. Aufgrund der guten Erfahrungen wurde dieser Tag auch 2009 wieder zusammen organisiert und durchgeführt.

Die Netzwerkpartner heute

Folgende Netzwerkpartner arbeiten im Netzwerk Demenz Schwerin zusammen:

→ **Gesundheitsamt Schwerin, Sozialpsychiatrischer Dienst**, nach PsychKG M-V

verantwortlich für Hilfen für psychisch Kranke und deren Angehörige sowie Dritte. Immer häufiger kommen Informationen zu demenzkranken Menschen nicht über die Angehörigen, sondern eben z. B. auch über Vermieter, Nachbarn oder Pflegedienste.

- **Zentrum Demenz**, als Modellprojekt der Pflegekassen und des Landes Mecklenburg-Vorpommern (siehe oben)
- **Klinik für Alterspsychiatrie**, HELIOS Kliniken
- **Helferkreis Schwerin**, hat als weiteres Modellprojekt des Landes Mecklenburg-Vorpommern und der Pflegekassen die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen zum Ziel.

Kooperation im Projekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“

Die Netzwerkpartner hatten sich zum Ziel gesetzt, die Öffentlichkeit in Schwerin für das Thema Demenz zu sensibilisieren und die Versorgung und Betreuung der Demenzkranken vor Ort zu verbessern. Die konstruktive Zusammenarbeit und die positiven Erfahrungen in der alltäglichen, auch einzelfallbezogenen Zusammenarbeit „machten Lust auf mehr“, so die Netzwerkteilnehmer. Da kam es gelegen, dass Ute Greve (Zentrum Demenz) und Brigitte Terner (Klinik für Alterspsychiatrie) im März 2008 über die Neugründung der Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e.V. Informationen zum Schulungsprojekt „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft erhielten. Sie stellten das Projekt bei einer der regelmäßigen Netzwerkberatungen vor und es stieß bei allen Beteiligten auf einhelliges Interesse. In diesem zeitlichen Zusammenhang wurde beschlossen, die bis dahin informelle Arbeitsgruppe offiziell „Netzwerk Demenz Schwerin“ zu nennen. Parallel dazu wurde der damalige Oberbürgermeister der Stadt Schwerin, Dr. Wolfram Friedersdorff, von den Projektmitarbeiterinnen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft offiziell um Unterstützung angefragt. Er stimmte einer Teilnahme der Stadt Schwerin am Projekt zu, womit eine wichtige Basis für die Arbeit des Netzwerk Demenz Schwerin in der Kommune geschaffen wurde. Ein Kooperationsvertrag konnte abgeschlossen werden. Zum weiteren Vorgehen wurden die dem Netzwerk neu entstandenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten in den Netzwerkberatungen besprochen und verteilt.

Schulungen in Schwerin

Organisation der Schulungen

Ein einheitliches Vorgehen bei der Organisation von Schulungen ist aus Sicht des Netzwerk Demenz Schwerin kaum möglich. Vielmehr gehe es darum, die von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft vorgeschlagenen Vorgehensweisen und Informationen als eine Art Grundgerüst zu nutzen und dieses mit viel Kreativität und Flexibilität auszubauen. Je nach Raumangebot, Zeitvorgaben, Vorwissen, vorhandenen Erfahrungen, Gruppenzusammensetzung, Alter der Teilnehmer, Gruppengröße, geplanter späterer Anwendung des Erlernten etc. war ein anderes Vorgehen bzw. ein Anpassen der Schulungsmaterialien sinnvoll und notwendig. Zum Beispiel hatten die ehrenamtlichen Helfer der jüdischen Gemeinde, die an Demenz erkrankte Mitglieder zum Arzt begleiten oder zu Hause betreuen, andere Interessen und Fragen als die (schulungsgewohnten) Rettungssanitäter oder Polizisten. Genau das sei die Herausforderung an diesen Schulungen, „dass man eben nicht nach Schema F vorgeht, sondern sich jedes Mal neu auf die Gruppe einstellt“, so Renate Kubbutat.

Vorgehensweise und Zugangswege in Schwerin

In einer Netzwerksitzung wurden gemeinsam mögliche Zielgruppen bzw. Schulungspartner identifiziert und festgelegt. Dies geschah einerseits nach den Vorschlägen im Begleittext der Schulungsmaterialien, andererseits flossen eigene Erfahrungen und Ideen in die Auswahl mit ein. Die unterschiedlichen Zielgruppen wurden unter den Mitgliedern des Netzwerkes aufgeteilt, sodass diese sich auf jeweils ein bis zwei Berufs- bzw. Bevölkerungsgruppen konzentrieren konnten.

Die prinzipielle Bereitschaft zu einer solchen Schulung wurde dann bei den jeweiligen Zielgruppenvertretern in einer ersten persönlichen, meist telefonischen Kontaktaufnahme erfragt. Darüber hinaus galt es herauszufinden, welche Ansprechpartner mit welchen Kompetenzen angeschrieben werden sollten und was es bei einem Anschreiben zu berücksichtigen gäbe. Danach folgte eine offizielle schriftliche Anfrage. Bei der Polizei und beim Rettungsdienst waren zum Beispiel die Fortbildungsbeauftragten erste Ansprechpartner, bei der Sparkasse die Abteilungsleiterin für Personal und Weiterbildung. Häufig war es notwendig, mehrmals

nachzufragen und hartnäckig zu bleiben. Als sehr hilfreich erwiesen sich bei der Suche nach Schulungspartnern bereits vorhandene Kooperationen und Arbeitsgruppen. So wurden zum Beispiel bestehende Kontakte des Helferkreises Schwerin zur Wohnungsgesellschaft und des Zentrums Demenz zu den Servicegesellschaften für Pflegeheime genutzt. Darüber hinaus erwies sich auch die persönliche Betroffenheit einzelner Entscheidungsträger als hilfreich: in einem Fall war der Schwiegervater des Entscheidungsträgers an Lewy-Körperchen-Demenz, in einem anderen ein Gemeindeglied an einer Demenz erkrankt. Wurde schließlich eine Zusage erteilt, trafen die jeweiligen Referenten mit den Zielgruppenvertretern detaillierte Absprachen zu Ort, Zeit, Dauer und Inhalt der Schulungen.

Öffentlichkeitsarbeit

Parallel dazu wurde intensiv Öffentlichkeitsarbeit betrieben, um das Projekt mit seinen Veranstaltungen, deren Hintergrund und die Akteure vor Ort der Bevölkerung bekannt zu machen. So gab die Landeshauptstadt Schwerin zusammen mit dem Netzwerk Demenz Schwerin im Januar 2009 die gemeinsame Presseerklärung „Allein lebende Demenzkranke – Schulung in der Kommune“ heraus. Zeitungsartikel in der Schweriner Volkszeitung sowie im Schweriner Express folgten. Die Schulungen selbst wurden im Januar und März 2009 in Radiobeiträgen des NDR-Radio Info Hamburg und des NDR 1 Radio MV porträtiert. Effekte dieser Öffentlichkeitsarbeit waren auch im Projektbüro der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zu spüren. Interessierte Journalisten fragten detailliert nach weiteren Daten und Fakten zum Projekt sowie zu den Schulungsmaterialien und deren Verwendungsmöglichkeiten. Außerdem gab es vermehrt Anfragen von betroffenen Angehörigen.

Auswertung der durchgeführten Schulungen Zielgruppen und Rückmeldungen

Innerhalb eines halben Jahres, von November 2008 bis April 2009, haben in Schwerin insgesamt 13 Schulungen mit 222 Teilnehmern stattgefunden (von bundesweit 27 Schulungen mit 431 Teilnehmern). Folgende (Berufs-) Gruppen konnten geschult werden:

(Berufs-)Gruppen	Termine	Teilnehmerzahl
Polizei	18.11.2008	26
	25.11.2008	18
Jüdische Gemeinde	13.01.2009	10
Feuerwehr	14.01.2009	30
	28.01.2009	29
	25.02.2009	30
Sparkasse	25.02.2009	7
	29.04.2009	3
Servicemitarbeiter in Pflegeheimen	02.03.2009	20
	06.04.2009	17
Wohnungsgesellschaft	04.03.2009	4
Sozialamt	22.04.2009	15
Bürgerbüro	22.04.2009	13

Im Anschluss an die Schulungsteilnahme haben insgesamt 186 Teilnehmer (84 %) einen Rückmeldebogen ausgefüllt und die Schulungen beurteilt. Die Veranstaltungen wurden von 89 % der Teilnehmer mit „gut“ (50 %) oder sogar „sehr gut“ (39 %) bewertet. Darüber hinaus schätzen 9 % die Schulungen als hilfreich für ihren (Arbeits-) Alltag ein: „voll und ganz“ hilfreich fanden diese 55 %, 35 % stimmten dem „eher“ zu. Basierend auf den größtenteils positiven Rückmeldungen der Teilnehmer ist davon auszugehen, dass deren Wissen und Sensibilität zum Thema Demenz durch die Schulungen erheblich gewachsen ist.

Zielgruppen, die nicht geschult werden konnten

- Einzelhandel und Kaufhausketten: Die Mitarbeiter vor Ort waren interessiert, letztlich aber nicht bereit, eine Schulung zum Thema Demenz in ihrer Freizeit zu besuchen. Leider konnte niemand gefunden bzw. identifiziert werden, der die Entscheidung treffen wollte bzw. konnte oder durfte, dass solch eine Schulung innerhalb der Arbeitszeit stattfinden kann.
- Banken allgemein (Ausnahme: Sparkasse): Auf telefonische oder schriftliche Anfragen oder Angebote zur Durchführung von entsprechenden Schulungen reagierten mehrere Banken ablehnend oder sogar pikiert. Die Mitarbeiter seien ausreichend geschult und

es gebe keinen Schulungsbedarf, so hieß es. Außerdem verbiete das Bankgeheimnis bei auffälligen Kunden die Weitergabe von Informationen über eben dieses auffällige Verhalten z. B. an das Gesundheitsamt. Eigene Verfahrens- und Vorgehensweisen bestünden bereits, gegebenenfalls werde zu Vorsorgevollmachten und ähnlichem informiert.

Effekte und Ergebnisse in der Kommune

In der Zeit nach der Schulungsphase erfolgte zwar keine konkrete wissenschaftliche Evaluation bezüglich nachweisbarer Effekte in der Kommune. Es scheint sich aber einiges bewegt zu haben: einzelne Rückmeldungen berichten über ein verändertes Vorgehen der Polizei gegenüber verwirrten älteren Menschen. Außerdem zeigte die Schweriner Polizei im Anschluss an eine durchgeführte Schulung Interesse, im Netzwerk Demenz Schwerin mitzuwirken. Dies ist sicherlich ein wichtiger Schritt zu einer verbesserten Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens im Bereich Demenz und der Berufsgruppe der Polizei. Außerdem nahmen an der Schulung der Polizei in Schwerin auch Polizisten aus anderen Städten Mecklenburg-Vorpommerns teil. Dies machte die Schulungen auch außerhalb von Schwerin bekannt und erleichterte zum Beispiel die Kontaktaufnahme und Schulungsorganisation in Wismar. Mitarbeiter des Bürgerbüros und des kommunalen Ordnungsdienstes lassen sich vom Sozialpsychiatrischen Dienst spürbar seltener als früher zum Umgang mit einzelnen dementen Bürgern beraten und fühlen sich kompetenter und sicherer.

Nicht zuletzt ist die Zusammenarbeit im Netzwerk Demenz Schwerin durch die Kooperationsteilnahme am Projekt vertieft und gestärkt worden. Als Teil des Programms zum Welt-Alzheimerstag 2009 wurden weitere Schulungen, diesmal für Schüler der Oberstufe in fünf Gymnasien, dem Fachgymnasium für Soziales und der Beruflichen Schule für medizinische Berufe durchgeführt. Der Ansatz hierbei war, nicht zu warten, bis Bürger sich von allein für das Thema Demenz interessieren, sondern auf bestimmte Zielgruppen zuzugehen und für das Thema Demenz zu sensibilisieren.

Planungen zum weiteren Vorgehen und Finanzierung

Die beiden Modellprojekte unter den Netzwerkpartnern sind zeitlich begrenzt, hier steht der Kampf um eine Anschlussfinanzierung im Vordergrund. Weitere Schulungen werden künftig wohl eher nicht so häufig und breit gefächert angeboten werden können, weil dies die zeitlichen und personellen (finanziellen) Kapazitäten der Netzwerkpartner weit übersteigt. Eine Finanzierung weiterer Schulungen über Kursgebühren ist deshalb nicht vorgesehen, da absehbar ist, dass weder Verwaltung, Polizei noch Schulen oder andere Zielgruppen entsprechende Gelder zur Verfügung stellen und ausgeben können.

Trotzdem bleibt es spannend. Derzeit wird im Netzwerk Demenz Schwerin bereits mit den Vorbereitungen zum Welt-Alzheimerstag 2010 begonnen. Sicherlich wird es wieder öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen geben, die dazu beitragen werden, die Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema Demenz in der Bevölkerung voranzutreiben.

Kontakt:

Renate Kubbutat
Gesundheitsamt Schwerin
Am Packhof 2–6
19053 Schwerin
Tel.: 03 85/545-2821
E-Mail: rkubbutat@schwerin.de

Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009). *Demographiebericht. Ein Baustein des Wegweisers Kommune*: Schwerin. URL: www.wegweiser-kommune.de.

Organisation und Nachhaltigkeit – Erfahrungen aus den Modellkommunen

In der Projektphase zur Erprobung der vorliegenden Schulungsmaterialien (01.11.2008 – 30.04.2009) haben insgesamt 27 Schulungen mit 431 Teilnehmern in sieben Modellkommunen stattgefunden.

Folgende Zielgruppen wurden dabei erreicht:

- In Schwerin wurden alle in den Materialien enthaltenen Gruppen, außer dem Einzelhandel, geschult. Zusätzliche Schulungen fanden statt mit Servicekräften in Pflegeheimen sowie Mitarbeitern des Sozialamts und der Bürgerbüros.
- In Wismar wurden alle fünf Gruppen geschult.
- In Wiesbaden fand eine Schulung bei der Polizei statt.
- In Maintal fanden drei Schulungen statt. Geschult wurden hier Nachbarschaftshelfer, Mitarbeiter der Stadtpolizei und Stadtläden.
- In Wangen fand eine Schulung für Einzelhändler statt, an der außerdem kommunale Mitarbeiter und sonstige Interessierte teilgenommen haben.
- In Berlin fanden jeweils eine Schulung der Nachbarschaft, der Polizei und des Rettungsdienstes statt.
- In Güstrow gab es eine Schulung für Mitarbeiter dreier Familienmärkte.

In diesem Abschnitt sollen die Erfahrungen der Referenten zu wichtigen organisatorischen Fragen wieder gegeben werden: Welche Gruppengröße ist die beste? Welche Räumlichkeiten und welcher Zeitrahmen sind angemessen? Wie erhält man Kontakt zu den Zielgruppen? Und wie kann die Nachhaltigkeit der Schulungen gewährleistet bzw. der Erfolg der Schulung genutzt und erhalten werden?

Organisation

Gruppengröße, Räumlichkeiten und Zeitrahmen

Die Gruppengröße schwankte zwischen 3 (Sparkasse) und 31 (Einzelhandel und Interessierte) Teilnehmern und lag im Durchschnitt bei 16 Teilnehmern je Schulung.

Welche Räumlichkeiten für die Schulungen genutzt wurden, hing stark von der jeweiligen Berufsgruppe ab: Schulungen bei der Polizei, der Feuerwehr und der Bank fanden zumeist in den eigenen Räumen statt (Landeskriminalamt/ Polizeidirektionen, Schulungszentrum Berufsfeuerwehr, Feuerwache, Geschäftsstellen/ Filialen von Banken). Die Schulungen des Einzelhandels fanden sowohl in eigenen (Supermarkt) als auch in externen Räumen (Hotel) statt. Für die Schulungen der Nachbarschaft und der Ämter wurden verschiedenste Räumlichkeiten genutzt (Stadthaus, Rathaus Sitzungssaal, Gemeindeforum, Mietertreffpunkt, Wohnungsgesellschaft). Es war in der Regel kein Problem, einen geeigneten, ausreichend großen und kostenlosen Raum zu finden.

Die Schulungsdauer lag zwischen 1,75 und 3,5 Stunden. 16 % der Referenten stimmten (eher) nicht zu, dass der zeitliche Rahmen der

Schulung ausreichend war. Hingegen hatten die Teilnehmer zu 96 % das Gefühl, dass in dieser Zeit ausreichend auf Ihre Fragen und Wünsche eingegangen werden konnte. Häufig wurden die Grenzen des zeitlichen Rahmens von außen gesetzt. Deshalb ist es umso wichtiger, sich in den Schulungen auf das Wesentliche zu konzentrieren und die Gewichtung von Theorie und Praxis zu beachten. Es hat sich gezeigt, dass Referenten, die den Theorieteil (wie im Begleittext empfohlen) kürzer als den Praxisteil gestaltet haben (Gewichtung 1/3 Theorie – 2/3 Praxis), die Zeit in der Regel als ausreichend empfanden.

Kontaktaufnahme zu den Berufsgruppen

Folgende Möglichkeiten der Kontaktaufnahme wurden genutzt und als sinnvoll erachtet:

- persönliche Anschreiben im Vorfeld
- direkte persönliche Kontaktaufnahme im Vorfeld, meist telefonisch
- Werbung: Aufmerksamkeit durch Befragung, Aushänge, Presse
- persönliche Einladungen zu den Schulungen
- Kontaktsuche durch die (Berufs-)Gruppe selbst

Allgemeine Tipps für eine erfolgreiche

Kontaktaufnahme:

- Entscheidungsträger bzw. Verantwortliche in Leitungsebenen persönlich ansprechen
- Erstkontakte durch „offizielle Personen“, z. B. Mitarbeiter des Gesundheitsamtes, herstellen lassen
- bestehende persönliche Kontakte, z. B. über berufliche Tätigkeit, nutzen
- Schulungsangebote an reguläre Weiterbildung angliedern (über Weiterbildungsleiter/ Fortbildungsbeauftragte/ Personalabteilung)
- hilfreich ist die Bekanntheit der Träger bzw. des Veranstalters
- wichtig war Pressearbeit und Mund-zu-Mund-Propaganda
- persönliche Betroffenheit der Angesprochenen erwies sich häufig als Türöffner
- „langer Atem“: sich in Erinnerung rufen ist wichtig

Spezifische Überlegungen im Vorfeld der Kontaktaufnahme

- Polizei: Kontakt zu Fort- und Weiterbildungsbeauftragten ist sinnvoll.
- Feuerwehr/ Rettungsdienst: die Kontaktaufnahme verlief meist über die ärztliche Leitung des Rettungsdienstes, ein Mal über den Sozialstadtrat.
- Banken: Schulungen im Frühjahr anzubieten, erscheint eher ungünstig, da die Mitarbeiter bis Ende März mit dem Jahresabschluss beschäftigt sind. Eine weitere Barriere können die Öffnungszeiten der Bank sein. In Schwerin zum Beispiel haben Bankangestellte nur einen freien Nachmittag in der Woche, da die Filialen um 13 Uhr schließen. Nur an diesem Nachmittag konnte die Schulung überhaupt stattfinden.
- Einzelhandel: Es ist sehr schwierig, die Schulung zeitlich anzusiedeln, insbesondere wenn die Mitarbeiter nicht von der Arbeit freigestellt werden, sondern die Schulung in ihrer Freizeit besuchen sollen, oder wenn es sich um kleine Familienbetriebe handelt, die gar nicht die personellen Möglichkeiten haben, einen Mitarbeiter freizustellen. Bewährt hat sich ein Schulungsbeginn nach 18 Uhr. Feiertage (Weihnachten, Fasching, Ostern etc.) und die damit verbundene Hochsaison im Handel müssen beachtet werden. Im Vorfeld dieser Feiertage eine Schulung anzubieten, macht wenig Sinn.

Für die Organisation einer Schulung beim Einzelhandel kann hilfreich sein

- zu analysieren, welche Geschäfte bereits auf die demographische Entwicklung reagieren (Welcher Supermarkt bietet z. B. einen Bringdienst an?)
- sich an die Industrie- und Handelskammer oder den örtlichen Handels- und Gewerbeverein zu wenden
- zu überlegen, neben Lebensmittelgeschäften auch Apotheken, Reformhäuser, Orthopädiefachgeschäfte, Optiker, Akustiker etc. anzusprechen, deren Zielgruppe hauptsächlich ältere Menschen sind
- Multiplikatoren anzusprechen und zu schulen, damit diese ihr Wissen in die Belegschaft weiter tragen

Nachhaltigkeit

Vorschläge und Anregungen der Teilnehmer und Referenten der Erprobungsphase zur Gewährleistung von Nachhaltigkeit:

- Die Zusammenarbeit mit Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens muss weiter aufgebaut bzw. verbessert werden. Vielfach wurde der Wunsch ausgesprochen, den nun entstandenen Kontakt zu der jeweiligen Berufsgruppe bzw. zu einer Beratungsstelle, dem Gesundheitsamt, einer Selbsthilfegruppe o. Ä. unbedingt zu halten und zu intensivieren.
- Es sollen vermehrt Schulungen dieser Art angeboten werden. Dieses Angebot soll auch an andere Berufsgruppen – z. B. Frisöre, Mitarbeiter im öffentlichen Nahverkehr und der Ämter, Ärzte, Pflegekräfte – gerichtet werden.
- Es wäre wünschenswert, das Thema Demenz in die Ausbildung, z. B. zum Rettungsassistenten oder Polizisten, aufzunehmen.
- Mehr Öffentlichkeitsarbeit ist nötig, um das Thema Demenz und seine Bedeutsamkeit in der Gesellschaft deutlich zu machen.

Einige dieser Wünsche und Anregungen wurden in den genannten Kommunen bereits umgesetzt, so dass erste konkrete Effekte deutlich werden:

- Von den verantwortlichen Zielgruppenvertretern wurden Broschüren, Ratgeber oder Visitenkarten der sozialen Einrichtungen nachbestellt, um damit zum Beispiel Rettungs- und Einsatzwagen auszustatten. Die jeweiligen Mitarbeiter haben wichtige Telefonnummern,

Kontaktdaten und Informationen, die sie selbst bei Fragen nutzen, aber auch an Angehörige weitergeben können, immer dabei.

- In einigen Orten verbesserte sich die Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens und den einzelnen Berufsgruppen. So zeigte die Schweriner Polizei im Anschluss an eine dort durchgeführte Schulung Interesse, im neu gegründeten Netzwerk Demenz Schwerin mitzuwirken.
- Die Schulungen stießen häufig auf sehr großes Interesse, so dass weitere Schulungen bei zusätzlichen Berufs- und Bevölkerungsgruppen in Planung sind.
- Vielerorts wurde eine sehr intensive Öffentlichkeitsarbeit, z. B. durch Pressemitteilungen oder Radiointerviews, geleistet. Dadurch konnten die Veranstaltungen, deren Hintergrund und die Akteure vor Ort einem größeren Publikum bekannt gemacht werden.
- Auch der Bekanntheitsgrad des Projektes stieg, was sich bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. vor allem durch telefonische Nachfragen zu den Schulungsmaterialien und deren Verwendungsmöglichkeiten bemerkbar machte.
- Schlussendlich kann man, basierend auf den größtenteils positiven Rückmeldungen der Teilnehmer, davon ausgehen, dass deren Wissen und Sensibilität zum Thema Demenz durch die Schulungen erhöht wurde.



6. Erfahrungen aus der Praxis

Erfahrungen aus der Praxis

Inzwischen gibt es eine Vielzahl guter Beispiele von Kommunen, Projektträgern und Bürgerinnen und Bürger, die sich zu Netzwerken zusammengeschlossen haben, Initiativen für eine stärkere Sensibilität der Öffentlichkeit gestartet haben, aktiv wurden und neue Ideen entwickelt haben.

Einige dieser Projekte und Angebote finden Sie auf den nachfolgenden Seiten. Sie sind untergliedert in:

- Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit vorgestellt wird
 - die Informationskampagne „Verstehen Sie Alzheimer?“ für besseres Verstehen und mehr Verständnis
 - Hinweise auf weitere Kampagnen
- Unterstützungsangebote für allein lebende Menschen mit Demenz vorgestellt werden
 - die Alltagsassistenz – Begleitung und Hilfe in der Häuslichkeit
 - der „Mittwochstreff“ für allein lebende Demenzkranke
 - Hinweis auf weitere Unterstützungsmodelle und Ansätze
- Kommunen machen sich auf den Weg – Vorhandene Ressourcen nutzen vorgestellt werden
 - das Gerontopsychiatrische Zentrum – Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)
 - Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz – Arnsberg
 - Weitere Beispiele
- Anwendung von Assessment-Verfahren vorgestellt wird
 - das Bedarfsassessment CarnapD (Care Needs Assessment Pack for Dementia)
 - Hinweise auf weitere Fragebögen und Checklisten
- Vernetzung und Kooperation vorgestellt wird
 - Hilfeforenzen – ein ressourcenorientiertes Instrument der Vernetzung
- Technische Hilfen

Sensibilisierung und Aufklärung der Öffentlichkeit

*„Mir ist einfach die Aufklärung nach wie vor enorm wichtig.
Die Menschen können's nicht nachvollziehen.“ (Frau Koch)*

Einführung

Die Wahrnehmung des Themas Demenz in den Medien und in der Öffentlichkeit hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Trotzdem fehlt es in großen Teilen der Bevölkerung noch immer an Wissen zum Krankheitsbild, zum Umgang mit den Betroffenen sowie z. B. ratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten.

Öffentlichkeitswirksame Aktionen, wie z. B. Demenzkampagnen, setzen hier an. Über einen bestimmten Zeitraum (mehrere Monate bis zu einem Jahr) sprechen sie verschiedene Zielgruppen durch vielfältige Angebote an. Dies sind zum Beispiel:

- Allgemeine Informationsveranstaltungen oder themenspezifische Fortbildungsangebote für bestimmte Zielgruppen
- Plakataktionen, Informationsstände und Zeitungsartikel
- Kulturelle Veranstaltungen wie Theateraufführungen, Filme oder Lesungen
- Freizeitaktivitäten für Erkrankte, Angehörige und Interessierte

Mit Hilfe von Demenzkampagnen oder ähnlichen Aktivitäten kann es deshalb gelingen,

- Informationen über Demenzerkrankungen und damit verbundene Belastungen, aber auch über verfügbare Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten zu verbreiten.
- die Aufmerksamkeit der Bevölkerung zu erhöhen.
- den Zugang zu (allein lebenden) Demenzkranken, aber auch zu den pflegenden Angehörigen zu verbessern.
- der Vereinsamung und Ausgrenzung von demenzkranken Menschen und ihren Familien entgegenzuwirken.
- Kontakte zwischen verschiedenen Akteuren des Sozial- und Gesundheitswesens anzuregen und damit die Kooperation und Vernetzung der vorhandenen Angebote zu unterstützen.
- Entscheidungsträgern aus Politik und Gesellschaft den dringenden Handlungsbedarf zu verdeutlichen.

Im Folgenden stellt Claudia Bayer-Feldmann beispielhaft die Kampagne „Verstehen Sie Alzheimer?“ vor, die im Jahr 2006 in München und Oberbayern von der Alzheimer Gesellschaft München e.V., dem Institut Technik – Theologie – Naturwissenschaften TTN und der Landeshauptstadt München durchgeführt wurde.

Daran anschließend finden Sie eine Auswahl weiterer Demenzkampagnen im Bundesgebiet.

„Verstehen Sie Alzheimer?“ – Die Informationskampagne für besseres Verstehen und mehr Verständnis

Ziel der Kampagne

Die Informationskampagne „Verstehen Sie Alzheimer?“ wurde 2006 anlässlich des 100-jährigen Jubiläum der Entdeckung der Alzheimer-Krankheit und 20 Jahren Alzheimer Gesellschaft München e.V. zusammen mit über 100 anderen Einrichtungen und Verbänden in München und Umgebung durchgeführt. Die Aktion hatte folgende Ziele:

Die Themen Alzheimer und Demenz sollten einer breiten Öffentlichkeit zugänglich und das Hilfenetz für Betroffene und Angehörige bekannt gemacht werden. Über die gezielte und wiederkehrende Informationsvermittlung über einen längeren Aktionszeitraum hinweg sollte die Aufmerksamkeit geschärft, Verstehen und in der Folge mehr Verständnis für die Situation der Erkrankten und deren Familien geweckt werden. Durch das Einbeziehen vieler externer Akteure war beabsichtigt, die Vernetzung von Einrichtungen und Initiativen zu fördern und Berufsgruppen zu sensibilisieren, die sonst eher indirekt mit dem Thema Demenz zu tun haben.

Kooperationspartner

Initiiert wurde die Kampagne „Verstehen Sie Alzheimer? – Die Kampagne für besseres Verstehen und mehr Verständnis“ von der Alzheimer Gesellschaft München e.V.

Die zentralen Kooperationspartner der Kampagne waren die Landeshauptstadt München sowie das Institut Technik – Theologie – Naturwissenschaften TTN (angesiedelt an der Ludwig-Maximilians-Universität München). Zu den weiteren fast 100 anderen Aktionspartnern zählten u. a. die Bayerische Architektenkammer, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sowie regionale Ärzteverbände, die Evangelisch-Lutherische Kirche in Bayern, die Wohlfahrtsverbände mit vielen ihrer Untergliederungen sowie diverse städtische Krankenhäuser und Universitätskliniken.

Zielgruppen

Primäre Zielgruppe war die Münchner Bevölkerung, d. h. die breite Öffentlichkeit. Darüber hinaus wurden auch Kirchengemeinden, Polizei, Architekten, Schulklassen sowie Migrationsdienste gezielt angesprochen. Weiterhin sollten

die Münchner Verkehrsbetriebe, Banken und der Einzelhandel einbezogen werden.

Zugangswege

Die breite Öffentlichkeit wurde vorwiegend mit kulturellen Veranstaltungen wie Theater, Kino oder Ausstellungen angesprochen und erreicht. Die weiteren Zielgruppen wurden zumeist über Verbandsorgane, zuständige Personalabteilungen oder persönliche Kontakte (z. B. Schulen) erreicht. In einer Großstadt wie München ist dies sehr aufwändig und wegen vieler anderer Projekte oft nicht von Erfolg gekrönt. Hier ist es sinnvoll, stadtteilbezogen und mit dort ansässigen und vernetzten Akteuren zu kooperieren.

Bezug zu allein lebenden Demenzkranken

Die Kampagne richtete sich nicht primär an allein lebende Menschen mit einer Demenzerkrankung. Indirekt konnten diese jedoch ebenfalls von der Kampagne profitieren. Nachdem die Themen Demenz und Alzheimer während des gesamten Jahres 2006 durch verschiedene Presseberichte und viele öffentliche Veranstaltungen sehr präsent waren, konnten deren Bezugspersonen (Nachbarn, Bekannte und Freunde) sensibilisiert und das Beratungs- und Hilfeangebot publik gemacht werden. Nicht zuletzt wurden Erkrankte (meist im frühen Stadium der Erkrankung) selbst aktiv und melden sich nach der Kampagne verstärkt aus eigenen Stücken bei der Alzheimer Gesellschaft oder werden von Diagnosezentren direkt an Beratungsstellen verwiesen. Darüber hinaus haben einige Einrichtungen und Anbieter spezielle Unterstützungsformen für allein lebende Erkrankte aufgebaut, so z. B. das „Betreute Wohnen zu Hause“. Dabei wird schon im Vorfeld einer pflegerischen Versorgung eine Unterstützung durch hauswirtschaftliche und ehrenamtliche Alltagsbegleitung sichergestellt. Dies ermöglicht gerade allein lebenden Erkrankten oft einen längeren Verbleib in den eigenen vier Wänden.

Ablauf der Kampagne

Neben einigen zentralen Großveranstaltungen gab es mehr als 400 Aktionen wie Vorträge, Kino-, Theaterveranstaltungen, Lesungen sowie Foto- und Kunstausstellungen. Spezielle Schulungen wurden für Polizei und Kirchengemeinden durchgeführt, Unterrichtsmaterialien für Schulen entwickelt und in Praxisseminaren mit Schulklassen erprobt. Mit Architekten wurde

u. a. ein Wettbewerb zur baulichen Gestaltung von Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz durchgeführt. In einem Multiplikatoren-Seminar wurden Fachkräfte aus Migrationsdiensten für das Thema sensibilisiert.

Die Kampagne erstreckte sich über den Zeitraum Januar bis Dezember 2006. Die Projektdauer incl. aller Vor- und Nacharbeiten umfasste etwa drei Jahre.

Öffentlichkeitsarbeit

Die mitwirkenden Aktionspartner schätzten das trägerunabhängige Kampagnenlogo und die eigens eingerichtete Internetseite (www.verstehen-sie-alzheimer.de) mit einem umfassenden Veranstaltungskalender und vielen Hintergrundinformationen als „Werbepattform“ für die eigenen Veranstaltungen und Angebote. Den Aktionspartnern wurden auch Plakat- und Flyervordrucke zum Eindruck der eigenen Veranstaltungen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Somit war das Erscheinungsbild der Kampagne überall in gleicher Weise gewährleistet.

Zentral gesteuert war die Bewerbung der Kampagne für die breite Öffentlichkeit u. a. mit City Cards, die z. B. in Gaststätten und Restaurants sowie in der Münchner S-Bahn verteilt wurden. In einigen U-Bahnen wurde Bannerwerbung eingesetzt. Mit den Motiven (Portraits von Menschen unterschiedlichen Alters und unterschiedlicher sozialer Rollen) sollte zum Ausdruck kommen, dass das Thema Demenz alle gesellschaftlichen Gruppen angeht. Von der Darstellung demenzspezifischer Situationen wurde daher bewusst Abstand genommen.

Darüber hinaus fand das umfangreiche Programmheft (Auflage 30.000 Stück) mit vielen Hintergrundinformationen großen Zuspruch. Zum Welt-Alzheimertag erschien werbewirksam der „Demenz-Wegweiser für München“ sowie über den gesamten Aktionszeitraum mehrere Presseartikel zum Thema Demenz und zur Kampagne.

Finanzierung

Die Informationskampagne „Verstehen Sie Alzheimer?“ wurde über Eigenmittel der Alzheimer Gesellschaft München, über Zuwendungen der Landeshauptstadt München, von Stiftungen, von Krankenkassen und einigen wenigen Sponsoren finanziert. Mit Hilfe dieser großzügigen Unterstützung konnten jedoch nur z. B. Druckkosten, Mieten oder Referentenhonorare beglichen

werden. Die aufwändige Koordinierungsarbeit (Zusammenstellung des Programms, Abstimmung mit den Veranstaltern, Organisation und Durchführung zentraler und kleiner Veranstaltungen) im Umfang einer über zwei Jahre ausgeübten Vollzeitstelle sowie einer etwa ein Jahr nötigen Teilzeitstelle wurde ehrenamtlich übernommen.

Trotz prominenter Schirmherrschaft durch Münchens Oberbürgermeister Christian Ude war es mit den beschränkten ehrenamtlichen Kapazitäten folglich auch nicht möglich, weitere größere Sponsoren zu gewinnen oder Einzelhandel, Banken und Verkehrsbetriebe für eine Mitwirkung zu motivieren und ebenfalls zu schulen.

Aus unserer Erfahrung ergeben sich Kooperationen am besten dort, wo verantwortliche Ansprechpartner bereits eigene Erfahrungen mit der Demenz im näheren sozialen Umfeld bzw. beruflichen Kontext gemacht haben. Die seit 2006 bundesweit deutlich gesteigerte Medienaktivität zu diesem Thema wird künftige Kooperationen vermutlich ebenfalls erleichtern. Während in Ballungsräumen viele Initiativen um Aufmerksamkeit und finanzielle Mittel konkurrieren, gelingt es in überschaubaren Sozialräumen und kleineren Städten und Gemeinden, wo jeder jeden kennt, eher, zentrale Zielgruppen für eine Idee zu begeistern.

Die Gesamtkosten der Kampagne (ohne Berücksichtigung der ehrenamtlichen Tätigkeiten) beliefen sich auf knapp 170.000 EUR.

Nachhaltigkeit

Der deutlichste Nachhaltigkeitseffekt ist im Rückblick eine heute hervorragende Vernetzung von Münchner Einrichtungen und Dienstleistern im Hinblick auf das Thema Demenz. Über die Kampagne und ihre vielen Aktionen haben sich Mitarbeiter verschiedener Dienste besser kennen gelernt und stehen u. a. in diversen Arbeitskreisen im Austausch miteinander.

Nachhaltigkeit wurde auch über einige Publikationen gewährleistet, u. a. den 2006 erstmals für München herausgegebenen „Demenz-Wegweiser“. Die 164-seitige Broschüre informiert in über 100 Stichwörtern über Demenz und stellt über 90 Einrichtungen vor, die in München bei Demenz Hilfestellung geben, von der Diagnose bis hin zu speziellen Gruppenangeboten. Die starke Nachfrage führte 2009 zu einer völlig überarbeiteten Neuauflage der

Broschüre. Darüber hinaus entstanden Unterrichtshilfen für Schulen und eine Handreichung für evangelische Kirchengemeinden. Die Foto-Wanderausstellung „Alzheimer und Lebensqualität“ von Cathy Stein Greenblat wurde deutschlandweit bis 2009 präsentiert, der zugehörige Bildband ins Deutsche übertragen und herausgegeben.

Zu guter Letzt

Im Hinblick auf allein lebende Erkrankte gab es ein sehr nettes Beispiel für eine gelungene und ungewöhnliche Hilfestellung. Die ansässige US-amerikanische Botschaft richtete eine Anfrage an die Alzheimer Gesellschaft München. Gesucht wurde eine Begleitung zum Münchener Flughafen für eine allein lebende demenzkranke Dame, die zu ihrem Sohn in die USA reisen sollte. Hier konnte rasch und unkompliziert über den Kreis der Ehrenamtlichen geholfen werden.

Fazit

Die Informationskampagne „Verstehen Sie Alzheimer?“ war 2006 eine der ersten großen Aktionen zu einem äußerst tabubehafteten Thema. Programmhefte und Konzepte wurden überregional angefordert. Die Kampagne gilt daher als Vorreiter und Vorbild für viele Demenzkampagnen, die seit 2006 deutschlandweit stattgefunden haben. Für die Region München hat sie zu einer stärkeren Vernetzung von Fachstellen und Fachkräften geführt, den Informationsstand innerhalb der Bevölkerung erweitert und den Bekanntheitsgrad der Alzheimer Gesellschaft München erhöht. Somit haben sich die Mühen und das hohe ehrenamtliche Engagement gelohnt.

Claudia Bayer-Feldmann

Kontakt:

claudia.bayer-feldmann@agm-online.de
Tel.: 089/47 51 85

Weitere Informationen:

www.agm-online.de
www.verstehen-sie-alzheimer.de

Hinweise auf weitere Kampagnen/ Angebote/ Aktionen

- Alzheimer-Kampagne in Augsburg „Mit Alzheimer leben“
- Alzheimer-Kampagne „Vergissmeinnicht“ in Schleswig-Holstein, www.vergissmeinnicht-sh.de
- Demenzfreundliche Kommune, www.aktion-demenz.de (Beispiele aktiver Kommunen: <http://www.aktion-demenz.de/besser-leben-mit-demenz/schwerpunkte/demenzfreundliche-kommune.html>)
- Demenzkampagne Ostfildern „Wir sind Nachbarn“, www.demenz-ostfildern.de
- Demenzkampagne Rheinland-Pfalz, www.demenz-rlp.de
- Informationskampagne in Mittelfranken „Alzheimer - mitten unter uns“, www.alzheimer-mittelfranken.de; www.alzheimer-kampagne.de
- Informationskampagne „Wetzlar lernt Demenz“, www.ldk-demnet.de
- Kulturprojekt Demenz in Nordrhein-Westfalen, www.erinnern-vergessen.de
- ProjektDemenz Ulm, www.projektdemenzulm.de
- Demenzwochen und -tage werden – auch unabhängig von Veranstaltungen anlässlich des Welt-Alzheimertags am 21.09. – in verschiedenen Städten und Landkreisen veranstaltet (z. B. Bergische Demenzwoche, Braunschweiger Alzheimerstage, Demenztag Wiesbaden, Demenz-Tage Rhein-Lahn, Demenztag Herne, Demenzwochen Rhein-Erft-Kreis, Demenzwoche Rhein-Sieg-Kreis, Hamburger Alzheimer-Tage, Krefelder Demenztag, Kölner Demenzwochen, Lübecker Alzheimer Tage). Aktuelle Informationen: www.deutsche-alzheimer.de/Termine

Unterstützungsangebote für allein lebende Menschen mit Demenz

„Ich hab 'ne wunderschöne Wohnung,... fühl' mich hier wohl und will hier bleiben, solange es geht.“ (Frau Herm)

Einführung

Für allein lebende Demenzkranke sind Unterstützungsangebote von zentraler Bedeutung, um das selbständige Leben in der eigenen Wohnung so lange wie möglich fortsetzen zu können. Wenn Menschen mit Demenz zudem vor Ort keine Angehörigen haben, die eine umfassende Unterstützung organisieren, koordinieren und begleiten können, werden an die jeweiligen Angebote ganz besondere Anforderungen gestellt.

Die Hilfen sollten ...

- zugehend gestaltet sein
- kontinuierlich sein
- die Selbständigkeit der Alleinlebenden fördern und individuelle Fähigkeiten nutzen und erhalten
- Vorlieben und Abneigungen respektieren und die Unterstützungsleistungen daran orientieren
- den erhöhten Zeitbedarf für die Betreuung und Pflege von Demenzkranken beachten und einplanen
- vertrauenswürdig sein
- aufeinander abgestimmt und untereinander koordiniert sein

Gelingt es, die (vorhandenen) Angebote so zu gestalten, dass diese auch für allein lebende Demenzkranke nutzbar und nützlich sind, trägt dies dazu bei, dass sie länger selbständig in der eigenen Häuslichkeit und damit vertrauten Umgebung leben können. Ihrer Vereinsamung und Isolation wird entgegengewirkt.

Ist ein Erkrankter in ein funktionierendes Unterstützungsnetzwerk eingebunden, kann somit ein vorzeitiger Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung vermieden, zumindest jedoch verzögert werden. Dies entspricht dem Wunsch der meisten (älteren) Menschen sowie ihrer Angehörigen. Außerdem hat dies positive Auswirkungen auf den Haushalt der Kommunen. Als örtliche Sozialhilfeträger sind diese zuständig für die Gewährung von Hilfe zur Pflege, deren Inanspruchnahme innerhalb von Einrichtungen sehr viel höher ist als außerhalb von Einrichtungen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2008).

Im Folgenden werden zwei Angebote speziell für allein lebende Demenzkranke beispielhaft vorgestellt: Die „Alltagsassistenz“, vorgestellt von Waltraud Kannen, ist ein Angebot, das Demenzkranke in der Häuslichkeit unterstützt. Der „Mittwochstreff“, ein Gruppenangebot das soziale Teilhabe ermöglicht, wird seit Jahren von der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart angeboten. Günther Schwarz stellt das Gruppentreffen näher vor.

Am Ende finden Sie einen Überblick über weitere Unterstützungsmodelle, die sich auch an allein lebende Demenzkranke wenden.

Alltagsassistenz – Begleitung und Hilfe in der Häuslichkeit

Ziel des Angebots

In den eigenen Wänden selbstbestimmt auch im Alter und bei Krankheit zu leben, das ist ein Wunsch, den die meisten Menschen auf Nachfrage formulieren. Allein lebende, an Demenz erkrankte Menschen haben es sehr schwer, dieses Anliegen für sich einzufordern und durchzusetzen, und doch ist das Bedürfnis bei ihnen ebenfalls da. Nach außen hin signalisieren sie Selbständigkeit und Unabhängigkeit, vielleicht auch, um ihren eigenen Ängsten und dem Erleben von Kontrollverlust nicht ins Auge sehen zu müssen. Dadurch sind es oftmals Zufallsereignisse, die einen Hilfebedarf erkennbar werden lassen und in der Umgebung häufig zu einem schnellen Handlungsdruck führen, der in der Regel im Ergebnis nicht dem oben genannten Bedürfnis entspricht.

Die Sozialstation Südlicher Breisgau e.V. ist ein Pflegedienst, der dem Wunsch vieler Demenzkranker nach dem Verbleib in den eigenen vier Wänden nachkommt und deshalb ihre Angebote darauf ausrichtet. In seinem Einzugsgebiet leben nach Erhebungen des Landesamtes für Statistik überdurchschnittlich viele betagte Menschen. Da die Morbiditätsrate der Demenz mit steigendem Lebensalter zunimmt, ist auch der Anteil demenzkranker Menschen prozentual gesehen hoch.

Eines dieser Angebote der Sozialstation ist die Alltagsassistenz, als Weiterentwicklung des ehemals hauswirtschaftlichen Dienstes. Sie setzt in dem Bereich an, der bei demenzkranken Menschen einen Hilfebedarf am augenfälligsten macht – dem Alltagsmanagement. Zu diesem rechnet man die Wohnungspflege, das Wahrnehmen sozialer Kontakte, geschäftliche Angelegenheiten, ausgewogene Ernährung und Körperpflege. Aus der Erfahrung, dass die Akzeptanz der alltäglich benötigten Hilfestellungen Vertraulichkeit und eine Beziehung voraussetzen, knüpft die Unterstützung bei den Ressourcen und Kompetenzen der Person an. Sie bezieht das soziale Umfeld und die biografischen Kenntnisse in die Erhaltung und Förderung der persönlichen Lebensqualität und des sozialen Wohlbefindens mit ein.

Die eingesetzten Alltagsassistentinnen werden für den Umgang mit demenzkranken Menschen über eine Basisschulung qualifiziert. Besonderes Augenmerk wird auf die sozialen Fähigkeiten gelegt.

Zugangswege

In der Regel kommt der Kontakt über aufmerksame Mitmenschen zustande, die über eine rege Öffentlichkeitsarbeit das Angebot kennen.

Mögliche Beispiele:

- Der Hausarzt bemerkt, dass der Demenzkranke schon länger nicht mehr in der Praxis war und macht einen Hausbesuch
- Die weiter entfernten Angehörigen kommen nach längerer Zeit z. B. such und sehen verschimmelte Reste im Kühlschrank
- Einer Nachbarin fällt auf, dass der sonst so kommunikative Mensch sich zurückzieht und keine Besuche empfängt oder macht
- Der Bankangestellte stellt fest, dass neuerdings fast täglich Geldbeträge abgeboben werden und geht dem nach.

Vorgehensweise

Die eingesetzte Alltagsassistentin übernimmt zum Teil die Funktion, die sonst Angehörige haben, ohne in einem familiären Beziehungsgeflecht verwoben zu sein. Dadurch kann sie in persönlich distanzierter Weise agieren und stößt eher auf eine Akzeptanz der Hilfe.

Vom Konzept her wird sie erst dann tätig im Sinne von Tun, wenn dieses das Vertrauensverhältnis zulässt, was die Grundlage für die Akzeptanz von Hilfe ist. Aufgebaut wird die Beziehung dadurch, dass die Hausbesuche in der ersten Woche zweckfrei ohne den Druck erfolgen, sofort etwas Sichtbares zu erreichen. Wenn die Alltagsassistentinnen bei einem Menschen mit Demenz tätig werden, der offensichtliche Selbstpflegedefizite hat, wird genau dieser Punkt sehr offen mit den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen besprochen. Es braucht einfach Zeit, um durch einen ritualisierten täglichen Hausbesuch, der Stress abbaut und Struktur und Sicherheit gibt, das Ziel der Gewöhnung zu erreichen.

Im Alltag kann das bedeuten, dass die Alltagsassistentin morgens für eine Stunde kommt. Wenn das Frühstück gerichtet wird, ist sie dabei. Sie achtet auf den Wäschewechsel und erinnert an die Körperpflege, wenn dies die Situation erlaubt. Ihr fällt es auf, wenn die Post liegen bleibt, und aus der Situation heraus kann sie dezent ihre Hilfe einbringen. Sie bemerkt, wenn sich Alltagskompetenzen verändern, die Wäsche nicht mehr gewaschen wird und der z. B. treuende an Gewicht verliert. Oder sie kann z. B. die Teilnahme an einer Betreuungsgruppe

für Menschen mit Demenz anregen, um soziale Kontakte wieder zu ermöglichen.

Parallel eruiert die Pflegedienstleitung, ob es noch Familienangehörige, nahe stehende Freunde oder andere Bezugspersonen gibt, die eine Interessensvertretung für den dementen Menschen wahrnehmen können, um auch für den Pflegedienst eine Kontrollinstanz zu haben. Ist dies nicht der Fall, wird beim Demenzkranken für die Akzeptanz einer gesetzlichen Betreuung geworben. Bei Zustimmung leitet sie dann die zuständigen Anträge beim Amtsgericht ein.

Die langen Bearbeitungszeiten bei der Beantragung der gesetzlichen Betreuung sind ein Problem. Außerdem fehlt es an einer neutralen, rechtlich legitimierten Kontrollinstanz, die frühzeitig einspringt: der ambulante Pflegedienst ist einerseits Anbieter und übernimmt andererseits die Interessensvertretung für den dementen Menschen.

Finanzierung des Angebots

Finanziert wird diese Leistung bei Anspruch über den Katalog des Landespflegeversicherungsgesetzes nach den Preisgruppen der Hauswirtschaftlichen Fachkraft und Ergänzenden Hilfe, nach dem Bundessozialhilferecht oder als Privatleistung. Die Kosten richten sich nach dem Bedarf. Bei beginnender Demenz reichen drei Stunden wöchentlich, um Struktur, Orientierung und Sicherheit zu geben. Bei fortgeschrittener Demenz können bis zu drei Hausbesuche täglich erforderlich sein.

Die Finanzierung birgt einige, immer wiederkehrende Schwierigkeiten. Die Struktur des Landespflegegesetzes sieht eine Abrechnung nach Leistungsmodulen vor. Die Tätigkeit der Alltagsassistentin lässt sich jedoch nicht klar in Modulen fassen. Ihre Unterstützung beinhaltet viele ineinander wirkende kleine Erinnerungen und Verrichtungen, die weder durch eine „Große Toilette“ noch durch „Waschen, Bügeln, Putzen“ abgebildet sind. Dieses führt zu Irritationen und erfordert einen hohen Aufwand an Kommunikation.

Fazit

Das Angebot der Alltagsassistenten ist ein Modul neben technischen Hilfs-, Orientierungs- und Sicherungssystemen und Betreuungsangeboten. Es kann vielen allein lebenden Menschen mit Demenz ein selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden ermöglichen. Die Grenzen

der Häuslichkeit sind dann erreicht, wenn Unsicherheit, Unruhe und Stress übermächtig sind und eine ständige Vergewisserung und Orientierungsgabe erfordern. Dieses gilt es verantwortlich abzuwägen.

Waltraud Kannen

Kontakt:

Sozialstation Südlicher Breisgau e.V.

Am Alamannenfeld 14

79189 Bad Krozingen

Tel.: 076 33/122 19

E-Mail: kannen@sozialstation-bad-krozingen.de

www.sozialstation-bad-krozingen.de

„Mittwochstreff“ für allein lebende Demenzkranke

Ziel des Angebots

Da in Stuttgart-Mitte viele ältere Menschen leben, die keinen Partner mehr haben, deren Kinder weiter weg wohnen oder die schon immer allein stehend waren, rief die Alzheimer Beratungsstelle der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart im Jahr 1998 eine Betreuungsgruppe ins Leben, die sich besonders an allein lebende demenzkranke Menschen richtet. Hauptziel dieses Angebots ist, eine geeignete und an den Bedürfnissen der Kranken orientierte Betreuung anzubieten, die es den Teilnehmern ermöglicht, einige Stunden Geselligkeit frei von Versagensängsten zu erleben. Die Gruppe trifft sich einmal in der Woche immer in der Zeit von 10:00 bis 13:00 Uhr. Daneben gibt es noch weitere Betreuungsgruppen, in denen immer auch ein bis drei Alleinlebende integriert sind.

Besonderheiten

Im Unterschied zu einem Betreuungsnachmittag für Demenzkranke, die in der Familie leben, wählte die Evangelische Gesellschaft Stuttgart für die Gruppe für Alleinlebende den Vormittag aus und integrierte ein Mittagessen in das Angebot.

Allein lebende demenzkranke Menschen besitzen meist nicht die zeitliche Orientierung, um sich auf ein Angebot an einem bestimmten Wochentag einzustellen. Die Wahrscheinlichkeit, sie zu Hause anzutreffen, ist morgens am größten. Die älteren Menschen werden teilweise sowohl am Tag zuvor als auch morgens, wenn sie wach sind, kurz angerufen und an das Treffen

erinnert. Es kommt jedoch trotzdem gelegentlich vor, dass eine Person schon außer Haus ist, wenn sie abgeholt werden soll.

Ein Fahrdienst ist unerlässlich, da die meisten Teilnehmer aufgrund ihrer Orientierungsprobleme, des eingeschränkten psychischen Antriebs oder wegen körperlicher Behinderungen nicht allein zur Gruppe kommen können. Den Erinnerungs- und Abholservice mit einem Kleinbus übernimmt eine ehrenamtlich engagierte Dame. Sie ist auch während der Gruppentreffen anwesend.

Zugangswege

Der Erstkontakt zu den allein lebenden Demenzkranken entsteht oftmals durch die enge Kooperation mit einer Sozialstation in Stuttgart-Mitte. Diese Station wird häufig eingesetzt, wenn der Haus- oder Facharzt die Medikamentengabe durch einen Pflegedienst verordnet, da die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ihre Medikamente regelmäßig selbst einzunehmen. Die Leitung der Diakoniestation kennt das Angebot dieser besonderen Betreuungsgruppe und kann die älteren, zunehmend vergesslich werdenden Menschen gut animieren, einen Probebesuch in der Gruppe zu machen.

Ablauf

Am Beginn des gemeinsamen Vormittags steht eine Frühstücksrunde mit Kaffee, Tee und Teilchen vom Bäcker. Danach folgen unterschiedliche Aktivitäten: Bewegungsübungen, geistige und kreative Anregung und spielerische Beschäftigung. Die Tätigkeiten sind in der Regel geistig anspruchsvoller als in Gruppen mit schwer Demenzkranken. So werden auch mal Fragen aus Kreuzworträtseln gestellt oder Kurzgeschichten vorgelesen. Die Teilnehmer haben genauso Freude am einfachen Spiel mit dem Luftballon und am Singen von Volks- und Wanderliedern. Gerade die Alleinlebenden genießen die familiäre und herzliche Atmosphäre in der Gruppe. Zwischen den eher leicht demenzkranken Menschen kommt es spontan zu Unterhaltungen.

Die Teilnehmer befinden sich überwiegend in einem frühen Stadium der Erkrankung, so dass vielfältige Handlungskompetenzen meist noch vorhanden sind. Das Einbeziehen in die alltagsorientierten Aktivitäten der Essensvorbereitung und des Abwaschs nach dem Essen ist somit

gut möglich. Diese Tätigkeiten werden meist gemeinsam durchgeführt.

Das Mittagessen stellt noch eine zusätzliche gemeinschaftliche Aktivität dar. Es wird an einem großen Tisch im Rahmen des Mittagstischangebots der Caritasseniorenbegegnungsstätte eingenommen, in der die Gruppe stattfindet. Das gemeinsame Essen in der „Großfamilie“ wird genossen, denn zuhause allein mit „Essen auf Rädern“ zu sitzen, ist weit weniger schön. Es konnte immer wieder die Erfahrung gemacht werden, dass bei manchen Kranken auf diese Weise sogar ein wenig die verloren gegangenen familiären Strukturen ersetzt werden können.

Das Angebot hat sich nach Einschätzung des Trägers gut bewährt und ergänzt die Angebote von Pflegediensten für diesen Personenkreis (v. a. Medikamentengabe und hauswirtschaftliche Unterstützung bis hin zur Pflege) sowie gerontopsychiatrischer Besuchsdienste, die ins Hause kommen.

Die Gruppe muss sich jedoch darauf einstellen können, dass allein lebende Demenzkranke eher unbeständigere Teilnehmer sind. Außerdem muss immer auch die gesamte Versorgungssituation und der Bedarf im Blick behalten werden. Dazu gehören Fragen wie: Welche Medikamente sind wichtig? Welche Krankheiten sind noch bekannt? Hat der Gast die Brille und warme Kleidung dabei? Muss beim Abholen noch etwas Zeit für Kämmen oder Umkleiden eingerechnet werden? Wurde schon gefrühstückt und etwas getrunken? War der Pflegedienst schon da? Wie sieht die Wohnung aus?

Ein Beispiel

Frau Müller nahm fast acht Jahre an dieser Gruppe teil. Sie hatte zunächst keine Demenz, sondern litt zeitweise an depressiven Verstimmungen und fühlte sich einsam (Anm.: Die Gruppe nimmt auch Menschen mit Depressionen auf, wenn sie sich in dem Kreis wohl fühlen). Frau Müller war lange Zeit die fitteste und es machte ihr Freude und gab ihr Sinn, mit allen gut ins Gespräch zu kommen. Im Lauf der Jahre bemerkten wir, dass sie zunehmend vergesslich wurde. Die Gruppe blieb für sie „ihre Familie“, da durfte sie nicht fehlen. Sie nahm regelmäßig teil, bis sie schwer verwirrt war und trotz Tagespflege und Hilfe durch den Pflegedienst nicht mehr zuhause leben konnte.

Öffentlichkeitsarbeit:

Der Zugang zu allein lebenden Demenzkranken setzt ein sensibles und gut funktionierendes Helfernetz im Stadtteil voraus. Die Fähigkeit und das Bemühen professioneller Kontaktpersonen anstelle von Angehörigen, Demenzkranke für die Gruppe zu animieren, erscheinen entscheidend für die Aufrechterhaltung des Angebots. Dies setzt voraus, dass die Helfer das Angebot kennen und positiv bewerten und über das eigene Leistungsprofil hinaus vernetzt denken.

Auf einem Faltblatt wird die Gruppe neutral als „Mittwochstreff“ beschrieben und im Innenteil darauf hingewiesen, dass vor allem Menschen angesprochen sind, die leichte Probleme mit dem Gedächtnis haben oder sich z. B. einsam fühlen. Dieses Informationsblatt wird bewusst nicht überall ausgelegt und verteilt, sondern im Rahmen eines persönlichen Gesprächs zusätzlich genutzt.

Finanzierung

Die Gruppe in Stuttgart finanziert sich hauptsächlich durch einen Landeszuschuss, eine Förderung der Stadt Stuttgart für Betreuungsgruppen und einen komplementären Pflegekassenzuschuss (§45c SGB XI) pro Jahr. Davon werden dann auch die pauschalen Aufwandsentschädigungen für die freiwilligen Helfer von 15 Euro pro Vormittag sowie ein angemessenes Honorar für die Gruppenleitung bezahlt. Der Teilnehmerbeitrag liegt bei 15 bis 20 Euro pro Treffen, in Ausnahmefällen bei 10 Euro. Das Mittagessen, ggf. Frühstück und der Fahrdienst sind dabei eingeschlossen. 15 Euro zahlt, wer noch keine Pflegeversicherungsleistungen erhält und finanziell nicht so gut gestellt ist. Auch im Rahmen von Sozialhilfeleitungen übernimmt die Stadt die Teilnehmerbeiträge Einzelner unter bestimmten Voraussetzungen.

Fazit

Das Gruppentreffen kann zu einem wichtigen Erlebnis im Wochenablauf werden. Die sich entwickelnden sozialen Bezüge stützen die älteren Menschen in ihrer sonst oft sozial isolierten Situation. Die allein lebenden demenzkranken Menschen erleben Geborgenheit und eine familiäre Atmosphäre, die sie sonst nicht mehr haben. Dadurch wird auch ein längeres Verbleiben in der häuslichen Umgebung unterstützt. Unmittelbar spürbar ist der Gewinn an Lebens-

qualität, den die einzelnen Teilnehmer haben. Was könnte wertvoller und wichtiger sein?

Günther Schwarz

Kontakt:

Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.
Büchsenstr. 34/36
70174 Stuttgart
Tel.: 07 11/205 43 74
E-Mail: Guenther.Schwarz@eva-stuttgart.de
www.alzheimerberatung-stuttgart.de

Hinweise auf weitere Unterstützungsmodelle und Ansätze

- Begleitetes Wohnen
www.begleiteteswohnen.de
- Betreutes Wohnen zu Hause
www.stmas.bayern.de
Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (Hrsg.) (2006). *Betreutes Wohnen zu Hause - Ein Leitfaden für ambulante Dienstleister, soziale Einrichtungen und Kommunen*. München: Ernst Reinhardt Verlag)
- Betreutes Wohnen in Familien (BWF)
www.bwf-info.de
- Gemeindegewest-Modell „AgnES“
www.medizin.uni-greifswald.de
- INDIBET, www.volkshilfe-wien.at
- Präventive Hausbesuche bei Senioren – Projekt mobil
Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008). *Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil – der Abschlussbericht*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Psychosoziale Hilfen zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz (Demenz – zu Hause leben)
www.rcvwittlich.caritas.de

Literaturverzeichnis

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2008). *Sozialleistungen. Sozialhilfe in Deutschland. 5. bis 9. Kapitel SGB XII. Empfängerinnen und Empfänger im Laufe des Jahres 2008 – Altersgruppen, Hilfearten und Ort der Hilfestellung*. URL: www.destatis.de

Kommunen machen sich auf den Weg – Vorhandene Ressourcen nutzen

*„Also ich würde es mir schon wünschen, dass hier auf jeden Fall
ne Anlaufstelle wär, das fänd ich ganz gut.“ (Frau Koch)*

Einführung

Immer wieder stellt sich das Problem, dass allein lebende Demenzkranke besonders schwer zu erreichen sind. Grund dafür ist einerseits, dass die besonderen Bedürfnisse allein lebender Menschen mit Demenz durch die bestehenden ambulanten Versorgungs- und Unterstützungssysteme häufig nicht berücksichtigt werden. Andererseits versuchen allein lebende Demenzkranke, ihren Alltag selbstständig zu meistern, weil sie das krankheitsbedingte Schwinden Ihrer Fähigkeiten häufig nicht wahrnehmen. Sie bitten von sich aus nicht um Hilfe. Nachbarn zum Beispiel sind oft grundsätzlich bereit, bestimmte Aufgaben oder Dienste zu übernehmen. Viele ziehen sich trotzdem zurück, manchmal weil ihnen die Aufgabe zu umfassend ist, weil sie sich nicht „aufdrängen“ wollen, häufig aber auch weil sie keinen „Auftrag“ haben.

Die Fürsorgepflicht für Menschen, die Hilfe benötigen, sich diese aber selbst nicht organisieren können, obliegt der Kommune. Im Rahmen der Daseinsfürsorge kann sie in Absprache mit dem Erkrankten Unterstützung einleiten, diese koordinieren und letztlich auch – zum Schutz des Erkrankten – kontrollieren.

Nicht immer ist es notwendig, neue Angebote zu schaffen. Wenn bestehende Dienste über etablierte Angebote und über Ressourcen und Potenziale verfügen, dann gilt es, diese zu nutzen. Durch Vernetzung, Anpassungen und Umstrukturierungen können Einrichtungen z. B. so umgestaltet werden, dass sie dem Bedarf allein lebender Demenzkranker besser entsprechen und somit diese besondere Zielgruppe erreichen können.

Im Folgenden soll anhand des Sozialpsychiatrischen Dienstes für alte Menschen (SOFA) in Nürtingen verdeutlicht werden, wie es gelingen kann, eine in der Kommune bereits bestehende Einrichtung für die Belange älterer, auch allein lebender und/oder demenzkranker Menschen zu spezialisieren.

Anschließend kommt die Kommune Arnsberg zu Wort, die sich mit dem „Projekt Demenz Arnsberg“ zum Ziel gesetzt hat, die Lebensqualität von Demenzkranken und ihren Familien zu verbessern. Es wird versucht, alle in der Kommune mit dem Thema Demenz in Berührung kommenden Einrichtungen der Verwaltung, des Sozial- und des Gesundheitswesens mit einzubeziehen. Auch bei Maßnahmen der Stadtplanung und im Wohnungswesen sowie in kulturellen und sportlichen Angeboten finden Demenzkranke bereits Berücksichtigung.

Gerontopsychiatrisches Zentrum – Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen (SOFA)

Ausgangslage

SOFA nahm im Oktober 1985 als Modellprojekt des Bundesministeriums für Gesundheit seine Arbeit auf. Ausgangspunkt war die Zunahme des Anteils alter und hochaltriger (über 75 Jahre) Menschen an der Gesamtbevölkerung. Hinzu kam die Tatsache, dass ein hoher Anteil (ca. 25 - 30 %) der über 65jährigen psychisch krank und entsprechend behandlungs- und versorgungsbedürftig war. Dem gegenüber stand eine ungenügende Versorgung psychisch kranker alter Menschen, insbesondere im ambulanten Bereich (vgl. Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, 1988). Der Landkreis Esslingen hatte sich nach der Psychiatrie-Enquête entschieden, die psychiatrische Versorgung in kommunale Verantwortung zu übernehmen. 1979 wurde im Landkreis die erste Psychiatrische Abteilung am Kreiskrankenhaus Nürtingen eröffnet. Im Laufe der Zeit stellte man dort fest, dass auf die gerontopsychiatrische Station in Ermangelung anderer Versorgungsmöglichkeiten Menschen aufgenommen wurden, die eigentlich fehlplaziert waren.

SOFA wurde als ambulanter gerontopsychiatrischer Fachdienst aufgebaut, um die Situation zu verbessern.

Ziele

Mit der Einrichtung von SOFA sollte

- die bestmögliche Patientenversorgung, vor allem der Schwer- und Schwerstkranken
- die Entlastung und Unterstützung von Angehörigen
- die Kompetenzerweiterung der professionellen und anderer Helfer erreicht werden. Darüber hinaus wurde die Vernetzung der Hilfen für Patienten und Angehörige sowie das möglichst niedrigschwellige Verfügbarmachen der Angebote angestrebt.

Zielgruppe

Zielgruppe sind ausschließlich Menschen, die älter sind als 60 Jahre (oder unter 60 Jahre alt und an einer Demenz erkrankt sind) mit Wohnort im Landkreis Esslingen (Patient oder Angehöriger) und einem Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung oder psychische Krise.

Folgende Klienten wurden von SOFA erreicht:	männlich	weiblich
allein lebend	46,0 %	79,2 %
mit Anderen	1,9 %	3,6 %
mit Kindern	3,6 %	8,1 %
mit Partner	48,2 %	8,8 %
unbekannt	0,3 %	0,4 %
(Zeitraum: 1990 – 2009)		

Zugangswege

Der Kontakt kam überwiegend durch Dritte (93 %) und gelegentlich auch durch die Patienten selbst (7 %) zustande.

Verwiesen wurde zu 45 % von Angehörigen, zu 17 % von Psychiatrischen und Allgemein-krankenhäusern, zu 11 % von Ämtern, zu 5 % von ambulanten Diensten, zu 4 % von Haus- und Fachärzten, zu 3 % von IAV-Stellen und zu 8 % von sonstigen Stellen. Die Kontaktaufnahme erfolgt telefonisch oder schriftlich, per Fax oder E-Mail.

Diagnoseverteilung	männlich	weiblich
Demenz	39,3 %	37,7 %
Depression	18,2 %	28,5 %
Psychose	9,3 %	13,6 %
Sucht	12,4 %	4,6 %
Apoplex	3,0 %	1,3 %
sonstige	6,9 %	5,5 %
unbekannt	10,8 %	8,8 %

Ablauf des Kontakts

SOFA geht jedem Hinweis nach. Mit dem Patienten wird ein Erstkontakt vereinbart. Obwohl die Nutzung von SOFA freiwillig ist, gibt es kaum Patienten, die einen Kontakt ablehnen.

Beim Erstkontakt in der Wohnung erfolgt eine umfassende medizinische, pflegerische und soziale Diagnostik und Einschätzung der Patienten.

Gegebenenfalls schließt sich das Case-Management bei Patienten an, bei denen

komplexe Betreuungs- und Versorgungslagen zu klären sind und entsprechende Hilfen und Maßnahmen eingeleitet werden müssen.

SOFA übernimmt selbst die Betreuung und Behandlung bei Patienten, die aufgrund der Schwere der Erkrankung bzw. der Begleitsymptome (Suizidalität, Unruhe, Aggressivität, Verwahrlosung) nicht weiter verwiesen werden können. Dazu gehört auch die Einbeziehung des Umfelds, z. B. durch Absprachen mit der Nachbarschaft bei allein lebenden Demenzkranken.

SOFA kooperiert eng mit den Pflegediensten, hauswirtschaftlichen Diensten und den ergänzenden Angeboten.

Ein Beispiel:

Durch das Ordnungsamt Esslingen wurde SOFA eine 86-jährige Dame, Frau Meier, zugewiesen. Nachbarn hatten sich aus Angst vor einem Brand und wegen anderen Auffälligkeiten um sich selbst und die Patientin Sorgen gemacht. Sie riefen deshalb beim Ordnungsamt der Stadt Esslingen an. Ein Mitarbeiter von SOFA meldete sich schriftlich bei Frau Meier an (zu 95% nimmt SOFA schriftlich Erstkontakt auf).

Frau Meier stand zum angegebenen Termin auf der Straße und „empfieng“ dort den Mitarbeiter. Nach ca. 20 Minuten Reden im Freien erklärte sie sich bereit, das Gespräch in der Wohnung fortzusetzen. In der Wohnung selber roch es angebrannt, alle vier Herdplatten glühten. Es entspann sich folgender Dialog:

Mitarbeiter: Frau Maier, da mache ich mir aber Sorgen um Sie, wenn alle ihre Herdplatten glühen und Altpapier und Plastiktüten um den Herd herum liegen.

Frau Maier: Das ist ja das Schlimme, dass die immer bei mir kochen, sobald ich aus dem Haus bin – jetzt auch wieder als ich mit Ihnen vor dem Haus gesprochen habe. Dann vergessen die immer, die Herdplatten auszumachen. Auch nehmen sie meine Eier, mein Mehl, meine Butter und ich habe dann, wenn ich kochen möchte, nichts mehr zu Hause.

Mitarbeiter: Frau Maier, glauben sie wirklich, dass hier jemand in der letzten halben Stunde gekocht hat? Ich sehe gar kein Geschirr, alles ist piccobello geputzt und gespült.

Frau Maier (ganz energisch): Aber das ist doch das mindeste, dass die, wenn sie schon bei mir kochen und meinen Strom verbrauchen, auch hinterher wieder abspülen und putzen, oder etwa nicht?

Dieses Beispiel ist typisch für die Kontaktaufnahme zu Menschen mit einer beginnenden Demenz.

In solch einer Situation ist es wichtig, das Vertrauen zu der betreffenden Person zu gewinnen. Dadurch darf der Mitarbeiter zeitnah wiederkommen und es kann mit der Zeit gelingen, weiter Vertrauen aufzubauen. Erst dann besteht die Möglichkeit, Risikofaktoren zu beseitigen. Essen auf Rädern kann bestellt werden, Arztbesuche können organisiert und der Kontakt zu den Nachbarn kann verbessert werden. Nachbarn reagieren häufig gelassener auf allein lebende Demenzkranke, sobald sie in SOFA einen Ansprechpartner haben.

Nachhaltigkeit

Die Betreuung/ Begleitung der Patienten durch SOFA ist zeitlich nicht befristet und kostenfrei (Daseinsvorsorge). SOFA ist Teil der Regelversorgung.

Träger und Finanzierung

Träger von SOFA ist der Landkreis Esslingen, formell ist der Dienst ein Sachgebiet innerhalb des Sozialdezernates des Landratsamtes.

Der Dienst besteht seit Oktober 1985 und ist im Laufe seines 25-jährigen Bestehens sowohl bei der Bevölkerung als auch bei den Diensten im Landkreis gut bekannt.

Weitere Aktivitäten

SOFA hat sich aktiv an der Demenzkampagne in Ostfildern „Wir sind Nachbarn!“ beteiligt, u. a. auch mit „Erste-Hilfe-Kursen Demenz“ für Gewerbetreibende, Polizei und Vereine (www.demenz-ostfildern.de). Weitere Kommunen im Landkreis starten in diesem Jahr eigene Demenzkampagnen, auch hier ist SOFA wieder aktiv beteiligt.

Hartwig von Kutzschenbach

Kontakt:

Sozialpsychiatrischer Dienst für alte Menschen – SOFA –

Stuttgarter Str. 2

72622 Nürtingen

Tel.: 070 22/ 78 58 30

Fax: 070 22/ 78 58 40

E-Mail: sofa@gpz-nt.de

www.landkreis-esslingen.de

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*."

Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz – Arnsberg

Die Stadt Arnsberg setzt seit dem 1. Januar 2008 das kommunale Modellprojekt „Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz – Arnsberg: Lern-Werkstadt Demenz“ um. Das Projekt hat eine Laufzeit von drei Jahren und endet am 31.12.2010. Es wird von der Robert Bosch Stiftung gefördert.

Kooperationspartner

Die Stadt ist Träger des Projektes, wird dabei jedoch von zahlreichen Partnern unterstützt:

- a) Das evangelische Perthes-Werk e.V., der Caritas-Verband Arnsberg-Sundern und das St. Johannes-Hospital Arnsberg ermöglichen das Angebot von drei Beratungsstellen im Stadtgebiet
- b) Schulen und Kindergärten beteiligen sich intensiv an Projekten und auch langfristigen Partnerschaften zu Altenheimen und Senioren-Wohnanlagen
- c) Zahlreiche Partner aus dem professionellen Bereich (Altenheime, ambulante Pflegedienste, Tagespflegen, etc.) unterstützen aktiv das Projekt
- d) Kooperationspartner aus dem zivilgesellschaftlichen Bereich sind wichtig: Betreuungsgruppen, haushaltsnahe Dienstleister, ehrenamtliche Unterstützer im Bereich Pflege und Betreuung, bürgerschaftlich Engagierte in den unterschiedlichsten Bereichen, Vereine, Unternehmen, etc.

Ziel des Projektes

Grundsätzliches Ziel ist es, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Als kommunales Projekt wird versucht, alle Bereiche, die das Thema Demenz berühren, zu berücksichtigen: Die Lebenssituation von Menschen mit Demenz wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Die medizinische Versorgung, der Zugang zu therapeutischen Maßnahmen, der Umgang in der Familie, in Nachbarschaft und Öffentlichkeit sind Beispiele für Einflüsse, die sich auf das Wohlbefinden der Betroffenen auswirken.

Zielgruppe

Das Projekt Demenz Arnsberg versucht, alle in Arnsberg lebenden Menschen mit Demenz zu erreichen. Dabei stellen allein lebende Demenzkranke eine besondere Herausforderung dar: sie

sind häufig nur schwach in soziale oder institutionelle Strukturen eingebunden und daher schwierig zu erreichen.

Daneben sind die Angehörigen eine weitere Zielgruppe. Information, Beratung, die Vermittlung von Entlastungsmöglichkeiten sowie die langfristige Begleitung von Ratsuchenden wird angeboten. Außerdem wird auch das weitere Umfeld mit einbezogen: Nachbarschaften, Unternehmen, ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, Vereine und Verbände, Kirchengruppen und Stadteiltreffs, Familienzentren, Schulen und Kindergärten, u.v.a.m. Hier steht die Sensibilisierung und Qualifizierung im Vordergrund.

Zugangswege

Das Projekt Demenz Arnsberg geht unterschiedliche Wege, um (allein lebende) Demenzkranke zu erreichen:

a) Aufbau von drei Beratungsstellen – in den drei größeren Stadtteilen Arnsbergs wurde je eine Informations- und Beratungsstelle eingerichtet, die mit je einer halben Stelle speziell zum Thema Demenz arbeitet. In Kooperation mit dem evangelischen Perthes-Werk e.V., dem Caritas-Verband Arnsberg-Sundern sowie dem St. Johannes-Hospital Arnsberg bieten die drei Beratungsstellen kostenlose Beratung, langfristige Begleitung sowie die Vermittlung von Maßnahmen zur Unterstützung von Menschen mit Demenz und ihren betreuenden und pflegenden Angehörigen.

b) über Multiplikatoren – durch Vorträge bei Kirchenkreisen, ambulanten Diensten, Stadtteilzentren, Familienzentren und anderen relevanten Einrichtungen wird das Angebot des Projektes bekannt gemacht und weitervermittelt.

c) Intensive Öffentlichkeitsarbeit – zahlreiche Veranstaltungen im Stadtgebiet mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Kultur, Ethik, Gesundheit, Information usw.), breite Medienarbeit, Plakataktionen, Flyer und Infobroschüren, auf denen die Kontaktdaten der Beratungsstellen aufgeführt sind.

d) Initiierung von Projekten und Initiativen mit Stadtteilbezug – in Arnsberg wurden verschiedene Projekte in den Stadtteilen angeregt und unterstützt, die dazu beitragen, Menschen mit Demenz vor Ort zu erreichen.

Vorgehensweise

Um das übergeordnete Leitziel, die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz, zu erreichen, wurden drei Bausteine definiert:

- a) Auf- und Ausbau der Informations- und Beratungsangebote
- b) Aufbau von Kooperationen zwischen den professionellen Anbietern
- c) Kombination von professionellen Hilfen und bürgerschaftlichem Engagement auf Augenhöhe.

Einen besonderen Schwerpunkt bildet der generationenverbindende Ansatz. Das Projekt bemüht sich, Begegnungsorte für Jung und Alt in den Nachbarschaften aufzubauen. So soll Menschen mit Demenz die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht und Kindern und Jugendlichen Wege vermittelt werden, alten und dementen Menschen zu begegnen, sie kennenzulernen und Berührungspunkte abzubauen.

Ein Beispiel

Das „Projekt Zeitlos“ ist eine beispielhafte Initiative innerhalb des Gesamtprojektes. Angeregt durch das Projekt Demenz Arnsberg hat sich das katholische Jugendbegegnungszentrum Liebfrauen (JBZ) die Frage gestellt, in welcher Weise das JBZ dazu beitragen kann, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern und gleichzeitig die soziale Kompetenz der Kinder und Jugendlichen zu stärken – ein Gewinn für beide Seiten. Unter dem Namen „Projekt Zeitlos“ wurde ein Konzept erstellt, das in verschiedenen Bausteinen eine enge Vernetzung der unterschiedlichen Akteure im Stadtteil vorsieht und gleichzeitig Brücken schlägt zwischen Jung und Alt.

Im ersten Baustein haben die Kinder und Jugendlichen des bestehenden Kinderzirkus „Fantastello“ Seniorinnen und Senioren des wenige Meter entfernt liegenden Seniorenzentrums des Caritas-Verbandes eingeladen, eine gemeinsame „Zirkusgala der Generationen“ vorzubereiten. Im November 2008 fand die Premiere statt. Junge und alte Artisten zwischen 6 und 82 Jahren führten vor ausverkauftem Haus in der Manege gemeinsam Kunst- und Zauberstücke auf.

2009 folgten weitere Bausteine: Im JBZ wurde das „Café Zeitlos“ eingerichtet, das Bewohner des Seniorenzentrums und andere Gäste aus dem Viertel dazu einlädt, auf dem Weg in die Stadt einen Kaffee zu trinken und

sich mit den Jugendlichen aus dem JBZ auf ein Schwätzchen einzulassen. Im Sommer folgte das „Sommeratelier 8 bis 88“ mit verschiedenen Werkstätten. Diese Veranstaltung war in das Programm des „Arnsberger Kunstsommers“ integriert und setzte erneut einen Schwerpunkt auf das Brückenbauen zwischen Jung und Alt. Im Herbst 2009 wurde diese Arbeit mit dem Marionettentheater Firo fortgesetzt – vor erneut ausverkauftem Haus präsentierten Jugendliche, Eltern und Bewohner aus dem Seniorenzentrum mit und ohne Demenz die Ergebnisse ihrer Arbeit. Das „Projekt Zeitlos“ wird fortgeführt: Als weiterer Baustein plant das JBZ Liebfrauen für 2010 das Projekt „Kinder zaubern Lachfalten“, in dem Kinder und Jugendliche zu sogenannten Klinikclowns qualifiziert werden, um Freude ins Leben und in den Alltag von demenziell erkrankten Menschen zu bringen.

Nachhaltigkeit

Die Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Projekterfolge werden noch diskutiert. Geplant ist die Einrichtung einer Stelle innerhalb der Stadtverwaltung zur Fortführung der Netzwerkarbeit und der Koordination im Themenbereich Demenz. Im Hinblick auf den demographischen Wandel wird Demenz eine immer größere Herausforderung für Kommunen.

Einen wichtigen Beitrag zur Nachhaltigkeit wird auch die Erstellung eines Handbuchs leisten, in dem die Erfahrungen des Arnsberger Modellprojektes festgehalten werden. Dieses Handbuch wird einen detaillierten Praxisteil beinhalten, in dem die nachbarschaftsbezogenen Projekte dargestellt werden.

Fazit

Insgesamt stößt das Projekt Demenz Arnsberg auf eine sehr positive Resonanz im Stadtgebiet. Es gelang, viele Partner aus ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen für das Thema Demenz zu gewinnen. Sie sind mit eigenen kreativen Ideen auf das Projekt zugekommen und bereichern es. Durch die Beratungsstellen erhalten viele Familien umfangreiche Informationen und Hilfestellungen in der Organisation von Entlastungsmöglichkeiten.

Eine Herausforderung ist und bleibt die Gewinnung und Aktivierung der Zivilgesellschaft für das Thema Demenz. Durch Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge und viel Netzwerkarbeit kommen

wir hier schrittweise vorwärts – es bleibt jedoch ein langwieriger Prozess.

Auch die Verknüpfung von professionellen und bürgerschaftlichen Hilfeangeboten auf Augenhöhe ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Eine Voraussetzung hierfür ist die beiderseitige Akzeptanz und Wertschätzung der Arbeit der „anderen Seite“. Das „Projekt Demenz Arnsberg“ vermittelt engagierte Menschen und kann moderierend eingreifen, wenn zwischen Mitarbeitern und bürgerschaftlich Engagierten Konflikte entstehen.

Martin Polenz

Kontakt:

Stadt Arnsberg
Projekt Demenz Arnsberg
Lange Wende 16a
59755 Arnsberg
Tel.: 029 32/201 22 06
E-Mail: m.polenz@arnsberg.de
www.projekt-demenz-arnsberg.de

Weitere Beispiele

- GerBera - Gerontopsychiatrischer Beratungsdienst für ältere und psychisch kranke Menschen über 63 Jahre
<http://www.caritas-stuttgart.de/23898.html>
- Pflegestützpunkte
www.bmg.bund.de
- Besuchsdienst „Vierte Lebensphase“ (als Weiterentwicklung eines „normalen“ HelferInnenkreises), www.eva-stuttgart.de/projekt-vierte-lebensphase.html
- Rater Demenzinitiative – Hilfe, Beratung, Information und Vermittlung in einem Laden in einer Einkaufspassage
www.krankenhaus-ratings.de
- Generationenfreundliche Gemeinde
www.gf-gemeinden.de

Anwendung von Assessment-Verfahren

„Viele Fähigkeiten sind ja bei mir noch zum Teil erhalten.“
(Frau Koch)

Einführung

Zu Beginn einer jeden Intervention, sowohl im Bereich der Medizin, des Sozialwesens, der Politik und der Wirtschaft, steht eine ausführliche Analyse der aktuellen Situation, der vorhandenen Ressourcen und Potenziale sowie der Schwächen oder Mängel. Assessment-Verfahren sind ein erprobtes Mittel für das Erfassen des IST-Zustandes. Zum einen kann sich die Analyse dabei auf die Lebens- und Versorgungssituation einer einzelnen demenzkranken Person beziehen, zum anderen auf die strukturellen Gegebenheiten innerhalb einer Kommune.

Ein Ziel könnte sein herauszufinden, ob bzw. welche Voraussetzungen bereits vorhanden sind, damit Demenzkranke ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben in der Kommune führen können, und welche Strukturen noch geschaffen werden müssen, um dieses Ziel zu erreichen. Viele Daten, die für eine zukunftsfähige kommunale Seniorenpolitik benötigt werden, können bei Ämtern in den Kommunen (z. B. Einwohnermeldeamt, Sozialamt) sowie bei Landesämtern oder überregional tätigen Forschungseinrichtungen abgefragt werden. Oftmals bedarf es jedoch sehr detaillierter, auf einen kleinen Teil der Kommune bezogener Daten, die sich nur mit Hilfe von schriftlichen bzw. mündlichen Befragungen oder Begehungen vor Ort erheben lassen. Fragebögen und Checklisten, die in ihrer Grundstruktur bestehen und lediglich an die konkreten Verhältnisse vor Ort angepasst bzw. um wenige Aspekte erweitert werden müssen, können hier sehr hilfreich sein (vgl. www.sozialplanung-senioren.de).

Im Folgenden wird CarenapD, ein Instrument zur Einschätzung des Hilfs- und Unterstützungsbedarfs von Demenzkranken und ihren pflegenden Angehörigen, vorgestellt. Dieses Verfahren, das ursprünglich aus Schottland stammt, wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke auf deutsche Verhältnisse übertragen und evaluiert

Das Bedarfsassessment CarenapD (Care Needs Assessment Pack for Dementia)

Die Bevölkerung in Deutschland wird immer älter, doch zu den Chancen eines langen Lebens gehören auch Risiken. Im Alter allein zu sein, stellt eines dieser Risiken dar. Gleichfalls steigt mit zunehmendem Alter das Risiko, an einer Demenz zu erkranken. Der zunehmende Hilfebedarf wird bislang hauptsächlich durch pflegende Angehörige gedeckt. Gibt es keine Angehörigen, können für allein stehende alte Menschen schnell prekäre Alltagssituationen entstehen. Eine Demenzerkrankung bündelt die Problemlagen des Versorgungssystems: Alter, chronische Erkrankungen und kognitive Defizite. Wir benötigen dringend Konzepte, wie die Versorgung insbesondere allein lebender Menschen mit Demenz in der Kommune sicher gestellt werden kann.

CarenapD ist ein schottisches Bedarfsassessment zur Steuerung der Unterstützung von Menschen mit Demenz im häuslichen Wohnen. Das Assessment wurde an der Universität Witten/Herdecke übersetzt und von 2007 bis 2009 im

kommunalen Versorgungsfeld in zwei Regionen getestet. In diesem Beitrag werden ausgewählte Projektergebnisse, bezogen auf allein lebende Menschen mit Demenz, dargestellt.

Projektbeschreibung

In zwei Regionen in Nordrhein-Westfalen wurden insgesamt 15 Mitarbeiter verschiedener professioneller Dienste fünf Tage geschult, um mit CarenapD die Bedarfslage von Menschen mit Demenz und – so vorhanden – ihrer pflegenden Angehörigen zu erfassen. Danach sollte ein Hilfeplan erstellt werden. Zur Kontrolle wurde CarenapD nach sechs Monaten ein zweites Mal eingesetzt. Die Mitarbeiter waren beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), im kommunalen Dienst, im ambulanten Pflegedienst und in der Demenzberatung beschäftigt.

Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit der Robert Bosch Stiftung ausgerichtet. Es fand an der Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft statt.

Ziel des Projektes

Untersucht werden sollte einerseits, ob das Assessmentinstrument praktikabel und einfach anwendbar ist. Andererseits sollten Erkenntnisse über das deutsche Versorgungsfeld bei Demenz gesammelt werden, soweit dies durch die Projektdaten möglich war.

Aufbau von CarenapD

CarenapD erfasst die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Bedarfe. Die Bedarfe von pflegenden Angehörigen im Zusammenhang mit möglichen Belastungen werden ebenfalls erfasst.

Das Assessment enthält z. B. ein Kurz-Screening Demenz, eine Abfrage zur Einstellung zu den in Anspruch genommenen Diensten und eine qualitative Einschätzung zu den Hauptproblemen und Erwartungen an das Assessment aus den Perspektiven Person mit Demenz, pflegender Angehöriger und professioneller Mitarbeiter. Die Bedarfserfassung der Person mit Demenz nimmt den größten Raum ein. Hier sind auch ein Risiko-Screening der Ernährungssituation und die Erfassung möglicher Wohnraumanpassungen enthalten. Weiter gehören ein Biographiebogen zum Assessment und ein dreiseitiges Bedarfsassessment des pflegenden Angehörigen.

Bedarfserfassung und Hilfeplan der Person mit Demenz

Das Bedarfsassessment enthält 57 Items, die in sieben Bedarfsdimensionen unterteilt sind:

- Gesundheit und Mobilität (10 Items),
- Selbstpflege und Toilettengang (9 Items),
- Soziale Interaktion (7 Items),
- Denken und Gedächtnis (4 Items),
- Verhalten und Mentale Befindlichkeit (11 Items),
- Haushalt (7 Items),
- Leben in der Gemeinde (9 Items)

Der Bedarfsstatus ist in drei Stufen gegliedert. „Kein Bedarf“ meint, dass keine Einschränkungen vorliegen. „Erfüllter Bedarf“ meint, dass Unterstützung nötig ist, diese ist aber bereits organisiert, bzw. sie wird aktuell schon geleistet. Aus der Logik des Assessments besteht hier kein Handlungsbedarf. Der Status „Nicht erfüllter Bedarf“ deckt einen nicht gedeckten Bedarf auf, die Bedarfserfüllung wird nun im Hilfeplan (Art der Hilfe siehe Abb. 1) geplant. „Art der Hilfe“ meint hier Hilfebereiche, ohne direkt auf konkrete Angebote hinzuweisen. Unter der Hilfeart „Soziale Anregung/Aktivität“ wird z. B. ein Besuchsdienst, ein Demenz-Café oder die Vermittlung zu einem speziellen Seniorensportangebot gefasst.

Gesundheit und Mobilität	Bedarfsstatus			Art der Hilfe								
	Keine Einschränkungen der Selbstständigkeit	Einschränkungen, werden durch aktuelle Hilfe kompensiert	Braucht Unterstützung oder ergänzende Unterstützung	Soziale Anregung/ Aktivität	Anleitung/ Beaufsichtigung	Physische Pflegeübernahme oder Unterstützung der Person	Hilfsmittel und Anpassungen	Assessment durch Spezialisten	Beratung der Person mit Demenz	Verhaltensmanagement	Information/ Anleitung für die Pflegeperson	Weiß nicht; kann nicht entschieden werden
<p>Anleitung Folgen Sie den Pfeilen, indem Sie zuerst den Bedarfsstatus ermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn kein Bedarf oder erfüllter Bedarf, gehen Sie zur nächsten Frage. • Wenn nicht erfüllter Bedarf besteht, bestimmen Sie die Art der Hilfe 	Nein	Erfüllt	Nicht erfüllt									
1. Physische Gesundheit	▶											
2. Diarrhö und/ oder Obstipation	▶											

Abbildung 1: Erfassung des Bedarfsstatus und Hilfeplanerstellung. Auszug aus dem CarenapD Assessment; Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft

Situation allein lebender Menschen mit Demenz

Abbildung 3 zeigt die Items zu der Frage: „Wo lebt die Person augenblicklich?“.

In Abbildung 4 wird explizit danach gefragt, ob die Person allein lebt. In der Arbeit mit dem Assessment CarenapD ist die digitale Dateneingabe sinnvoll. So können jederzeit Abfragen durchgeführt werden, die z. B. den Status des Alleinlebens aufzeigen.

In das Projekt konnten zur ersten Erhebung (T0) insgesamt 68 Menschen mit Demenz einbezogen werden. Zur Kontrollerhebung (T1) standen noch 55 Klienten zur Verfügung.

Wo lebt die Person augenblicklich?			
Eigener Wohnung	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Eigenem Haus	<input type="checkbox"/>	Wohngemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Eigener Wohnung im gleichen Haus mit pflegendem Angehörigen (<i>wo genau?</i>)	<input type="checkbox"/>	Betreutem Wohnen	<input type="checkbox"/>
Wohnung/Haus des pflegenden Angehörigen (<i>wo genau?</i>)	<input type="checkbox"/>	Altenheim	<input type="checkbox"/>
Wohnungslos	<input type="checkbox"/>	Andere (<i>angeben</i>)	<input type="checkbox"/>

Abb. 3: Wohnumfeld der Person mit Demenz
Auszug aus dem CarenapD Assessment;
Universität Witten/Herdecke,
Institut für Pflegewissenschaft

Auszug aus dem CarenapD Diagnose-Screening	
Hat die Person eine Einsicht in ihre Situation / Erkrankung?	Ja / Nein / wechselnd (<i>einkreisen</i>)
Kennt die Familie die gestellte Diagnose	Ja / Nein Diagnose (<i>einkreisen</i>)
Lebt die Person allein?	Ja / Nein (<i>einkreisen</i>)

Abb. 4: Krankheitseinsicht, Kenntnis der Diagnose und der Status eines allein lebenden Menschen mit Demenz
Auszug aus dem CarenapD Assessment;
Universität Witten/Herdecke,
Institut für Pflegewissenschaft

Von dieser Gruppe lebten zu Beginn des Projektes (T0) 15 Klienten allein in der eigenen Wohnung. Eine Person wohnte im gleichen Haus mit dem pflegenden Angehörigen und ein Klient lebte in einer Einrichtung des betreuten Wohnens. Von diesen allein lebenden Personen waren bei etwa der Hälfte keine pflegenden Angehörigen benannt. Eine tiefergehende Recherche ergab hier, dass für Teilaufgaben Nachbarn oder entferntere Verwandte zuständig waren. Die Bewältigung des Alltags wurde hier jedoch nicht unterstützt. Das CarenapD Assessment fragt auch nach dem hauptsächlich zuständigen Angehörigen. In fünf Assessments war dies ein Berufsbetreuer.

Zusammengefasst waren von den 68 in die Studie aufgenommenen Klienten 22 % allein lebend, davon waren 10 % allein stehend im Sinne des Fehlens von Verwandten, die eine Pflegerolle einnehmen könnten. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt T1 konnten 13 Klienten nicht mehr begutachtet werden, davon lebten vier Personen mit Demenz allein. Die Gründe für das Ausscheiden aus der Studie lag bei zwei dieser allein lebenden Menschen darin begründet, dass sie in ein Heim übersiedelten, zwei allein lebende Klienten verstarben.

Ergebnisse

Auffällig war in der CarenapD Erhebung, dass allein stehende Menschen häufig durch Mitarbeiter des kommunalen Dienstes begutachtet wurden und dass diese Klienten eher aus einem unterprivilegierten Milieu stammten (Bauer & Büscher, 2008). Bei allein stehenden Menschen mit Demenz könnte das Einkommen demnach einen erheblicheren Einfluss auf die Versorgung nehmen als bei Klienten, die durch Angehörige betreut werden. Unterstützungsleistungen, die nicht im Rahmen des SGB XI abgedeckt werden, müssen hier in weit größerem Umfang selbst finanziert werden, weil keine Angehörigen zur Verfügung stehen. Dies ist für das betroffene Klientel jedoch ein zweifaches Problem. Erstens sind die finanziellen Mittel häufig beschränkter und zweitens kann die aufwendige Organisation von Unterstützungsleistungen selbst nicht mehr überblickt werden. So verschlechtert sich die Lebensqualität allein lebender Menschen mit Demenz schneller und gravierender als bei betroffenen Personen, die innerhalb der Familie versorgt werden.

Fazit

Zusammenfassend zeigt das Assessment CarenapD deutliches Potential, die Unterstützungsprozesse zu Hause lebender Menschen mit Demenz zu steuern. Die komplette Wohnsituation wird bezogen auf mögliche Unterstützungsleistungen erfasst. Das Ziel der CarenapD Anwendung liegt darin, Risiken und Unterversorgung möglichst früh aufzufangen und dadurch die häusliche Situation möglichst lange stabil zu halten. Damit wird der Ansatz „ambulant vor stationär“ umgesetzt.

Für Kommunen könnte der Einsatz von CarenapD nutzbringend zur bewussten Stabilisierung des häuslichen Lebens und damit zur Steigerung der Lebensqualität betroffener Bürger dienen.

Christine Riesner MScN

Kontakt:

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V. (DZNE) in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke
Standort Witten
Stockumer Str. 10
58453 Witten
Tel.: 023 02/92 61 75
E-Mail: christine.riesner@dzne.de

Literaturverzeichnis

- Riesner, C. (2010). *Menschen mit Demenz und ihre Familien. Das personenzentrierte Bedarfsassessment CarenapD: Hintergründe, Erfahrungen, Anwendungen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Bauer, U./ Büscher, A. (Hrsg.) (2008). *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hinweise auf weitere Fragebögen und Checklisten

- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2007). *Sozialplanung für Senioren*. URL: www.sozialplanung-senioren.de.
- Oxford Brookes University (Hrsg.) (2004). *Neighbourhoods for Life. Designing dementia-friendly outdoor environments*. URL: <http://www.brookes.ac.uk/schools/be/oisd/sue/wise/resources/Neighbourhoods%20for%20Life%20Findings%20Leaflet.pdf>.

- Stadt Münster/ Clemens-Wallrath-Haus (Hrsg.) (2005). Die Checkliste ist im Rahmen eines Workshops am 01.03.2005 von Mitarbeitern des kommunalen Sozialdienstes und des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Münster sowie dem Clemens-Wallrath-Haus erarbeitet worden.
- Stadt Schwabach (2007). *Die Generation 55+ in Schwabach*. URL: http://www.schwabach.de/aktuellesNotification/aktuell_86315.html; Die Stadt Schwabach hat im Rahmen der Erstellung eines seniorenpolitischen Gesamtkonzepts eine Befragung der Bürger, die 55 Jahre und älter sind, durchgeführt, um deren Bedürfnisse und Erwartungen für das Leben im Alter in Schwabach zu erörtern. Ein Muster dieses Fragebogens kann über die o. g. Homepage eingesehen werden.
- University of Iowa College of Nursing (Hrsg.) (2004). *Signs to Watch For in People Who Live Alone or Who are at High Risk*. URL: http://www.nursing.uiowa.edu/consumers_patients/livealone.pdf

Vernetzung und Kooperation

*„Ich würde mir ja wünschen, dass es Case-Management geben würde und Hilfekonferenzen immer wieder, damit – so wie heute – wir von einander erfahren und wissen, wie wir den allein stehenden Personen dann auch insgesamt besser helfen können.“
(Frau E., Koordinatorin von Betreuungsangeboten)*

Einführung

Eine Demenzerkrankung führt zu einer zunehmenden Beeinträchtigung der zur Gestaltung des täglichen Lebens notwendigen Fähigkeiten, so dass sich mit fortschreitendem Krankheitsverlauf ein umfassender Hilfebedarf ergibt. Häufig leiden ältere Menschen zudem an mehreren Krankheiten gleichzeitig, was den Umfang der notwendigen Unterstützungsleistungen zusätzlich vergrößert. Aufgrund dessen sind nicht selten viele verschiedene Akteure an der Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz beteiligt. Auf der einen Seite sind dies Angehörige, Freunde und Nachbarn, auf der anderen Seite Mitarbeiter und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens wie Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, gesetzliche Betreuer, Haushaltshilfen, ehrenamtliche Betreuungspersonen und/ oder Mitarbeiter von Beratungseinrichtungen.

Die Erfahrung zeigt, dass es zwischen den unterschiedlichen Beteiligten oftmals keine Kooperation und Zusammenarbeit gibt, dass sie häufig nicht einmal voneinander wissen. Ist die Versorgung einer pflegebedürftigen Person nicht abgestimmt, kann es zu Missverständnissen kommen – dies gilt in besonderem Maße für allein lebende Menschen. Es entstehen Doppelstrukturen, Schnittstellenprobleme und in der Folge erhöhte und zum Teil unnötige Kosten – sowohl für die Pflegebedürftigen, als auch für die involvierten Institutionen und Kostenträger. Um dies zu verhindern, ist eine Koordination der genutzten Hilfen unumgänglich.

Eine gelungene Vernetzung und Kooperation macht die vorhandenen Angebote, Fähigkeiten und Kapazitäten für alle beteiligten Akteure transparent. Dies führt zum einen zu einem Angebot von Leistungen, die dem Bedarf des demenzkranken Menschen entsprechen, und damit zu einer Steigerung von dessen Lebensqualität. Zum anderen werden die im Netzwerk vorhandenen personellen und finanziellen Ressourcen effizient eingesetzt und damit vor allem auch wirtschaftlich sinnvoll genutzt.

Die Motivation der einzelnen Akteure zur Beteiligung am und zur Kommunikation innerhalb des Netzwerks ist die ausschlaggebende Voraussetzung für dessen Erfolg. Nicht selten schrecken die möglichen Kooperationspartner zunächst aufgrund des Organisationsaufwands, den die Netzwerkarbeit mit sich bringt, jedoch zurück. Entscheidend ist, den Nutzen der Maßnahme deutlich zu machen und dem Erkenntnis- und Entscheidungsprozess der Akteure Zeit zu geben.

Im Folgenden wird die Hilfekonferenz als ein mögliches Instrument zur Gestaltung der Vernetzung auf individueller Ebene dargestellt. Vera Bayer hat dieses im Rahmen ihrer Masterarbeit, die sich der Lebens- und Versorgungssituation allein lebender Demenzkranker widmet, erprobt und ausgewertet. Die Erfahrungswerte sind positiv und sollen als Anregung für die Anwendung in der Praxis dienen.

Hilfekonferenzen – ein ressourcenorientiertes Instrument der Vernetzung

Ziel

Im Rahmen einer kleinen qualitativen Untersuchung zur Lebens- und Versorgungssituation von allein lebenden Menschen mit Demenz in Berlin wurden Hilfekonferenzen einberufen. Dazu eingeladen waren alle Beteiligten, die in die tägliche Unterstützung eingebunden sind. Die Treffen sollten das gesamte Hilfesystem sichtbar machen und untereinander vernetzen.

Hintergrund

In der Regel kennen sich die an der Betreuung und Versorgung eines allein lebenden Menschen Beteiligten nur punktuell und wissen eher zufällig voneinander. Nur vereinzelt werden in akuten Krisensituationen zielgerichtet „Fallbesprechungen“ vom Sozialpsychiatrischen Dienst oder von einzelnen Trägern in engagierten Netzwerken angeregt. So erarbeitete z. B. die Arbeitsgruppe „Vernetzung“ des geriatrisch-gerontopsychiatrischen Verbundes in Berlin Neukölln Leitlinien zu regelmäßigen „Fallbesprechungen“ und begreift sie als „Instrument der Qualitätssicherung“, das unter anderem mit der optimalen Erfassung und Koordinierung des Hilfebedarfs Ressourcen bündeln und eine gemeinsame Fallverantwortung sichern soll. Im Allgemeinen bleibt jedoch die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Dienstleistern engagierten Einzelpersonen überlassen. Obwohl neuere Studien die Bedeutung der Nutzung des Wissens und des Hilfepotentials des sozialen Umfeldes z. B. für effektives Risikomanagement belegen (vgl. Gilmour et al., 2003), wird dieses oft nur im Problemfall zum Thema.

Organisation

Die Organisation der Hilfekonferenzen erwies sich als unproblematisch. Voraussetzung war die Mitarbeit und das Einverständnis des an Demenz erkrankten Menschen und, sofern vorhanden, seiner vertrautesten Bezugsperson. Durch einen Besuch bei dem Erkrankten und einem Gespräch mit ihm sowie seinen nächsten Vertrauten konnten meist alle Mitwirkenden des sozialen und professionellen Netzwerks (Angehörige, andere Bezugspersonen, ehrenamtliche Betreuerinnen, Mitarbeiter der Pflegedienste, Sozialarbeiter, gesetzliche Betreuer etc.) identifiziert werden.

Im nächsten Schritt wurden alle Beteiligten bezüglich einer Teilnahme angefragt und erste Terminabsprachen getroffen. Es war keine

Überzeugungsarbeit nötig, um die Mehrzahl der Helfer zu gewinnen. Vielmehr machte es den Eindruck, als hätten einige der Angehörigen und professionellen Helfer auf eine derartige Gelegenheit gewartet, was sich später mehrfach bestätigte:

„Dank Ihrer Initiative wissen jetzt auch alle voneinander und kennen sich alle, das finde ich eigentlich das Wesentliche daran. Das ist ja immer schwierig, das erst mal anzufangen.“ (Frau K., gesetzliche Betreuerin)

Zwei Gruppen ließen sich allerdings schwer zu einer Teilnahme an den Treffen mobilisieren: Die Nachbarn blieben distanziert und die Demenzkranken ambivalent. Sie stimmten zwar zu, dass sich ihre Helfer trafen, wollten oder konnten selbst aber nicht teilnehmen.

Bis auf eine Ausnahme wurden die therapeutischen oder medizinischen Professionen bzw. die Kostenträger nicht für eine Teilnahme angefragt, da sie in der Alltagswelt der allein lebenden Demenzkranken zwar entscheidende Weichen stellen können, aber in den konkreten Betreuungssituationen nur eine sekundäre Rolle spielten.

Von der ersten Kontaktaufnahme mit dem an Demenz erkrankten Menschen bis zur Hilfekonferenz vergingen mindestens zwei Monate. Der schwierigste Part der Koordination war die konkrete Terminfindung mit allen Beteiligten. Bewährt hat sich hier der frühe Freitagnachmittag.

Eine weitere Hürde, die es zu nehmen galt, waren die bürokratischen Wege, die in manchen Einrichtungen für die Genehmigung der Mitwirkung und Freistellung der Mitarbeiter erforderlich sind. Die meisten der angefragten Personen konnten die Teilnahme ermöglichen, auch wenn einzelne Professionelle in ihrer Freizeit und unbezahlt kamen.

Ablauf der Hilfekonferenz

Die Treffen dauerten zwischen einer und zwei Stunden, die Moderation beschränkte sich auf ein Minimum. Zu Beginn wurde explizit auf die Schweigepflicht aller Beteiligten hingewiesen und ein Themenfahrplan, der auch visuell gut sichtbar für alle im Raum hing, vorgestellt. Nach einer ersten Vorstellungsrunde und der Klärung der Frage „Wer, wo, wann, was macht“ entspann sich fast von selbst ein reger Austausch um die vorgeschlagenen Themen: „Kompetenzen und Hilfebedarf“, „Problemsituationen und Schwierigkeiten“, „Risiken“, „Grenzen der häuslichen

Versorgung“, „Optimierung der Hilfen“, „Wahrung der Autonomie und Teilhabe“.

Die Zusammensetzung der Hilfeforenzen war sehr unterschiedlich, ein Mal saßen sogar nur zwei Vertreterinnen eines Anbieters von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten am Tisch. Doch auch dies war ein effektives Treffen. Durch den gemeinsamen Fokus auf die Lebenssituation der betreuten Person, einer Frau in einem frühen Demenzstadium, wurden zwei aktuelle Risikokonstellationen sichtbar: Die Betroffene fuhr noch Auto und hatte mittlerweile größere Schwierigkeiten, ihre schriftlichen Angelegenheiten zu regeln. Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten der vorhandenen Bezugspersonen wurden verschiedene Handlungsmöglichkeiten erörtert und das weitere Vorgehen abgestimmt.

In allen Gruppen beinhalteten die Gespräche neben dem Informationsaustausch, der Risikoabschätzung, den konkreten Absprachen und Vereinbarungen zukünftiger Kooperationen immer auch noch weitere Ebenen, die unter den Schlagwörtern Biographiearbeit, Mediation, Transparenz, Fortbildung, Angehörigenarbeit, Teilhabe und Qualitätssicherung subsummiert werden können. Immer wurden die unterschiedlichen Blickwinkel zusammengeführt und damit bei allen Teilnehmern nicht nur das Verständnis für bestimmte Situationen und Verhaltensweisen gefördert, sondern ganz beiläufig z. B. biographisches oder fachliches Wissen vermittelt.

Folgende Zitate illustrieren einige der unterschiedlichen Dimensionen:

„Für mich war jetzt eben auch mal wichtig, Frau A. so kennen zu lernen. ... wir haben zwar Fotoalben angeguckt, aber sie kann ja doch nicht so erzählen. Für mich ist das einfach, dass ich viele Sachen anders verstehe, oder besser verstehe.“ (Frau E., Einzelfallhelferin).

„Wenn ich dann Dienstag gefragt habe, ‚Was haben Sie gegessen?‘, ‚Kuchen!‘. Donnerstag: ‚Was haben Sie gegessen?‘: ‚Kuchen!‘“ berichtete die Einzelfallhelferin Frau G. Daraufhin kommentierte Frau M., Sozialarbeiterin: „Es kann ja auch schon ein Teil von Wortverarmung sein.“

„Ein Glücksfall, dass so viele Personen eingebunden sind, dass es so automatisch geht“, bilanzierte ein Angehöriger, der sehr beunruhigt über die „eigentlich unhaltbare“ Lebenssituation seiner Schwester zu dem Treffen kam.

Eine Gruppe diskutierte am Ende der Sitzung, ob und wie sie die demenzerkrankte Frau in

zukünftige Treffen mit einbeziehen könnte: *„Ein Gespräch gestaltet sich natürlich mit dem Betroffenen noch einmal anders, denn er hat auch schon noch mal seine eigene Perspektive und die muss in dem Sinne so indirekt zum Tragen kommen.“*

Gemeinsam erörterten alle Beteiligten anschließend das Für und Wider eines solchen Vorschlags und fanden eine Lösung, wie sie es bei einem nächsten Treffen ausprobieren könnten.

Fazit

Bei jeder Hilfeforenzen wurden für aktuelle Probleme gemeinsam Lösungen, die die Einzelnen nicht hätten entwickeln können, gefunden und die anstehenden Aufgaben delegiert. Das spart Zeit und nutzt effektiv die bestehenden Ressourcen des vorhandenen sozialen Umfeldes aus. Neben der gewonnenen Transparenz der Zuständigkeiten und möglichen kurzen Wege kann sogar, je nach Engagement, Kompetenzen und Möglichkeiten der Beteiligten, die Teilhabe der Menschen mit Demenz gestärkt werden.

Sogar in diesen wenigen Beispielen wird das Potential der Hilfeforenzen sichtbar. Sie erwiesen sich als einfaches Mittel effektiver Vernetzung. Selbst wenn die Treffen nur einmal durchgeführt werden, sind dadurch mit geringem Aufwand kurze Kooperationswege gebahnt, die spätestens in Krisensituationen für alle Beteiligten von Nutzen sind.

Zu wünschen bleibt, dass möglichst viele an der Betreuung und Versorgung allein lebender Demenzerkrankter Beteiligte dieses Instrument ausprobieren, das effektiv eingesetzt Kosten und Zeit einsparen kann und vor allem *„dem Menschen zu Gute kommt“*, wie es eine an den Treffen Beteiligte formuliert hat.

„Auch in den Fällen, wo Angehörige da sind ... gibt es immer wieder auch Aha-Erlebnisse und einen neuen Blick auf die Situation, und einen neuen Blick auf das Setting, und eine Momentaufnahme auf den Fortschritt einer Erkrankung. Meistens ist es ja nicht nur eine Erkrankung ... und da kommt so viel zusammen. Es sind einfach ganz komplexe Situationen. Muss ja nicht immer ewig lange sein, aber dass man dann in regelmäßigen Abständen zusammen kommt, kann für alle an der Hilfe Beteiligten auch ein sehr schönes Erlebnis sein.“ (Frau E., Koordinatorin von Betreuungsangeboten)

Vera Bayer

Kontakt:

verabayer@gmx.net

Literaturverzeichnis

- Gilmour, H./ Gibson, F./ Campbell, J. (2003).
Living Alone with Dementia: A Case Study Approach to Understanding Risk.
In: *Dementia*, 2(3), S. 403-420.
- Hokema, A./ Sulmann, D. *Vernetzung in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung: Wem nützt sie?* In: Böhm, K./ Tesch-Römer, C./ Ziese, T. (Hrsg.) (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter*, 207-215.

Technische Hilfen

„Und wenn ich mal fallen würde, dann brauch' ich nur auf den Knopf drücken, da ist sofort einer da.“ (Frau Carsten)

Einführung

Technische Unterstützung kann in der frühen und mittleren Phase einer Demenzerkrankung dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz ein weithin selbstbestimmtes Leben mit hoher Qualität führen können. Sie ist im gesamten Verlauf der Krankheit denkbar und je früher eingesetzt desto wirkungsvoller für den Betroffenen selbst.

Grundsätzlich gilt, dass Technik keinen Ersatz für die persönliche Betreuung und Zuwendung darstellen darf. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass soziale Kontakte zur Lebensqualität und Sicherheit von Menschen mit Demenz am meisten beitragen. Der Demenzkranke möchte, wie andere Personen auch, so lange wie möglich ohne Hilfe und Betreuung in der vertrauten Umgebung leben. Technische Unterstützungssysteme können in vielen Bereichen hilfreich sein und den Alltag erleichtern und sie können mithelfen, allein lebenden Demenzkranken den Verbleib im gewohnten Umfeld länger zu ermöglichen.

Die Entscheidung für den Technikeinsatz sollte sich am Erhalt der Lebensqualität der Kranken und der Pflegenden orientieren. Dazu gehören beim Erkrankten die Wahrung der Autonomie und Würde, Wohlbefinden und Sicherheit sowie die Anregung zu einer sinnvollen Tätigkeit und sozialen Kontakten. Für den Betreuenden stehen Aspekte wie Entlastung in der Pflege und Sicherheit für den Kranken im Vordergrund. Hier spielen die Verpflichtung zur Fürsorge, die Verantwortung, das eigene Sicherheitsgefühl sowie auch die Selbstgefährdung des Kranken eine Rolle.

Bereiche des Technikeinsatzes

Der Einsatz von Technik ist in vielen Bereichen denkbar. Das heute vorhandene Spektrum reicht von Low-Tech-Gegenständen, wie einem Armband mit eingravierter Adresse, bis hin zu komplexen Sicherheits- und Monitoring-Systemen und der Integration mehrerer Komponenten in kompletten Smart-Home-Konzepten.

Für den Kranken selbst kann man die Anwendungsbereiche einteilen in

→ Systeme für die Sicherheit

Im Bereich der Sicherheit gibt es eine große Überlappung mit Systemen, die nicht spezifisch für Demenzkranke, sondern als familiengerechte Produkte oder für Senioren allgemein entwickelt worden sind oder werden. Dazu gehören beispielsweise Haushaltsgeräte wie Bügeleisen, die sich abschalten, wenn sie für eine gewisse Zeit nicht bewegt worden sind, oder eingebaute Herdsicherungen, die bei Überhitzungsgefahr die Energiezufuhr unterbrechen. Leider ist diese Art von „sicheren“ Geräten in der Regel nicht handelsüblich und nur gegen einen erheblichen Aufpreis erhältlich. In den Bereich der Sicherheit fallen auch alle Systeme, die sich mit dem Problem der „Weglauftendenz“, dem „Sich-Verlaufen“ befassen. Unruhe ist ein häufiges Symptom

der Demenz und äußert sich oft darin, dass die Kranken häufig die Wohnung verlassen wollen. Da sie sich draußen nicht mehr orientieren können oder sich gefährden, wird mit Hilfe dieser Systeme beim Überschreiten einer bestimmten Schwelle ein Signal ausgelöst oder die Kranken werden am Verlassen eines bestimmten Bereiches gehindert. Die Systeme gibt es in verschiedensten Ausprägungen, von der akustischen oder optischen Signalgebung an der überwachten Tür bis hin zu komplexen Türschließenanlagen.

→ Systeme zur räumlichen Orientierung

Dieser Bereich erfährt im Augenblick durch die Entwicklung der Ortungssysteme mit den verschiedenen Möglichkeiten der Kommunikation großen Auftrieb. Mit entsprechend angepassten Geräten könnte „so viel Freiheit wie möglich und so viel Sicherheit wie nötig“ erreicht werden.

→ Systeme im gesundheitlichen Bereich

reichen über den einfachen Tabletenspender bis hin zu den komplexen Systemen des Telemonitorings.

→ Systeme im Bereich Anregung und Aktivität

Hier ist über das hinaus, was heute schon auf dem Markt erhältlich ist, eine Weiterentwicklung zu erwarten, die die Möglichkeiten der Multimedia-Technik

aufgreift. Die allgemeinen Entwicklungen von Gehirnjogging-Spielen und persönlichen Archivierungssystemen sollten und können an die speziellen Bedürfnisse der Demenzkranken angepasst werden. Die computergestützte Beschäftigung kann dann viel Freude und Spaß bringen. Sie schafft eine Vielzahl von Möglichkeiten, aktiv zu sein.

Design der Geräte

Die Entwicklung von neuer Technik, aber auch die Adaption von vorhandenen Geräten für einen Einsatz im Bereich der Demenz erfordern ein vertieftes Wissen über die Entstehung und Symptome der Krankheit und ihre psychosozialen Auswirkungen. Dies bedarf eines besonderen Einfühlungsvermögens. Entwickler und Ingenieure sollten nachvollziehen können, dass zum Beispiel ein schrilles lautes Signal beim Durchqueren einer Tür dem Demenzkranken Angst machen kann, da er dessen Ursache nicht versteht. Lichtsignale können Panik auslösen, weil sie mit Feuer assoziiert werden, und Stimmen aus versteckten Lautsprechern können irritieren, weil sie nicht zugeordnet werden können.

Auch ist zu berücksichtigen, dass die meisten Kranken aufgrund ihres Alters neben den Demenzsymptomen mit weiteren Defiziten wie vermindertem Geruchssinn, Sehschwäche, Schwerhörigkeit oder nachlassender taktiler Wahrnehmung zu kämpfen haben.

Die Akzeptanz eines Gerätes wird entscheidend durch die ästhetische und praktische Gestaltung bestimmt. Form und Farbe sind auf die spezielle Nutzergruppe abzustimmen.

Der heutige Trend, möglichst viele Funktionen in einem Gerät zu implementieren, macht das Gerät für einen Demenzkranken unbrauchbar. Das Gerät sollte daher für eine klare abgrenzbare Nutzung entworfen sein. Ein Beispiel: Mit einem Mobiltelefon muss man nur telefonieren können. Es sollte möglichst so konzipiert sein, dass es mit den sich vermehrenden Defiziten „lernt“, dass man zum Beispiel im Verlauf der Krankheit die Gerätefunktionen immer weiter einschränken kann. Das heißt nicht, dass keine weiteren Funktionen wie Ortung im Gerät integriert sein können, nur sollten sie für den Benutzer an der Bedienschnittstelle nicht sichtbar sein.

Ein besonderes Problem stellt die Mensch-Maschine-Schnittstelle dar, d. h. wie sehen die Bedienelemente aus und wie einfach sind sie zu handhaben. Beginnend bei den Eingabemedien wie Tastatur, Touchscreen oder Spracheingabe bis hin zu Menü-Führungen sind die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Kranken zu berücksichtigen. In vielen Fällen wäre eine Spracherkennung sinnvoll, da die Fähigkeit zu schreiben im Verlauf der Krankheit nachlassen kann.

Probleme der Wartung der Geräte sind schon beim Design zu berücksichtigen. So ist zum Beispiel die Energieversorgung der Geräte zu überwachen.

Benutzung von Technik

Der Einsatz einer bestimmten Technik sollte immer auf die aktuellen Fähigkeiten des Kranken abgestimmt sein und vom Kranken akzeptiert werden. Die Progression der Erkrankung fordert eine ständige Anpassung.

Es stellt sich die Frage, wer über den Einsatz von Technik entscheidet. Die Kranken selbst sind ab einem bestimmten Krankheitsstadium zu einer Selbstreflexion ihrer Situation, der möglichen Schwierigkeiten oder deren Lösungen nicht mehr fähig. Sie sind darauf angewiesen, dass andere für eine bestmögliche Betreuung sorgen. Meist sind es die Betreuenden, die sich zum Fürsprecher für den Einsatz von Technik machen.

Am besten ist es natürlich, wenn die Nutzung der Geräte nicht neu erlernt werden muss, sondern diese schon lange ins tägliche Leben integriert sind und damit deren Handhabung geübt ist. Bei der Anpassung von vorhandenen Geräten ist darauf zu achten, dass möglichst die äußere Gestalt erhalten bleibt.

Auch für den Betreuenden muss die Bedienung der Geräte einfach und verständlich sein. Es ist zwischen dem Administrator, dem Betreuer, und dem Nutzer, dem Kranken, zu unterscheiden. Für den Nutzer muss die Schnittstelle einsichtig, einfach und fehlertolerant sein, für den Administrator muss sie neben diesen Anforderungen auch die Durchführung von notwendigen komplexeren Funktionen erlauben. Dabei sollte bedacht werden, dass Betreuer auch nicht immer der Technik sehr zugewandte Personen sind.

Praxisbeispiele

Sicherung der Eingangstür

Zweck dieser Systeme ist es, einen Alarm auszulösen, wenn ein Demenzkranker den sicheren Bereich der Wohnung, des Hauses oder des Gartens verlässt. Dazu werden entweder Infrarotsperrern eingerichtet, bei deren Unterbrechung ein Alarm ausgelöst wird, oder der Kranke trägt einen Funksender, der z. B. bei Verlassen eines bestimmten Bereichs ein Signal abgibt. Auch der Chip im Schuh, der einen Alarm beim Überschreiten der Fußmatte auslöst, ist eine mögliche Variante. In jedem Fall sollte der Alarm möglichst diskret sein, damit die Kranken nicht erschreckt werden. Eine alternative einfache Lösung ist das Anbringen eines Glöckchens über der Tür oder eines Türgongs, wie er aus vielen Läden bekannt ist. Für allein lebende Personen stellt sich die Frage, wer über das Verlassen der Wohnung gegebenenfalls informiert werden sollte und wie.

Stürze und Verletzungen

→ Hausnotruf

Hausnotrufgeräte bestehen aus einem Basisgerät und einem Funksender, der als Armband, Kette oder Clip getragen wird. Durch Drücken eines Knopfes am Sender wird ein Notruf ausgelöst. Der Notruf geht je nach Voreinstellung bei einer Notrufzentrale oder bei Angehörigen bzw. dem Pflegedienst ein. Viele Wohlfahrtsverbände bieten den Hausnotruf mit Notrufzentrale an. Das Hausnotrufgerät kann dort gemietet werden. Auch die Hinterlegung eines Schlüssels ist möglich, damit die Helfer im Notfall problemlos in die Wohnung gelangen können. Bei Vorliegen einer Pflegestufe übernimmt die Pflegekasse einen Teil der monatlichen Mietkosten. Wer keine Service-Zentrale benötigt, kann das Hausnotrufgerät auch kaufen und auf die entsprechenden Nummern von Angehörigen programmieren.

→ Sturzdetektor

Bei einigen Hausnotrufsystemen wird der Anschluss eines Sturz- oder Falldetektors angeboten, der bei Stürzen selbständig Alarm auslöst. Demenzkranke vergessen z. B., dass sie Hilfe beim Aufstehen aus dem Bett benötigen, und können sich beim selbständigen Aufstehen verletzen. Hier kann eine einfache, vor dem Bett platzierte Matratze helfen, einen Sturz abzufangen und Verletzungen zu vermeiden.

→ Hüftprotektoren

Zur Vermeidung von Hüft- und Oberschenkelhalsfrakturen empfiehlt sich bei gangunsicheren oder zu Stürzen neigenden Demenzkranken das Tragen von Slips mit eingearbeiteten Hüftprotektoren. Da die Hüftprotektoren nicht in das Hilfsmittelverzeichnis der Gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen sind, sind die Krankenkassen jedoch nicht zur Kostenübernahme verpflichtet.

→ Handläufe und Haltegriffe

Diese bieten einen besseren Halt als Wände und Stuhllehnen und können so zur Vermeidung von Stürzen beitragen.

→ Stolperfallen beseitigen

Lose Teppiche oder Kabel erhöhen das Sturzrisiko und sollten entfernt bzw. fixiert werden (Kabel evtl. in Kabelschienen verlegen). Schwellen und Stufen in der Wohnung bzw. an der Wohnungs- oder Balkontür sollten entweder entfernt oder durch Rampen ausgeglichen werden.

Telefone

Viele Demenzkranke fühlen sich in ihrer Wahrnehmung in eine Zeit in ihrem mittleren Alter zurückversetzt. In dieser Zeit sahen Telefone anders aus als heute. Vom waagrecht aufgelegten Hörer ist nur noch das Symbol geblieben. Eine rote und grüne Taste zum Verbindungsauf- und -abbau gab es nicht. Ein neues Gerät ist nicht immer die beste Lösung.

Es gibt Telefone mit großen Tasten, in die wichtige Rufnummern als Kurzwahlen eingespeichert werden können. Bei einigen Modellen können die Tasten mit Bildern versehen werden. Bei vielen Telefonen lässt sich ein so genannter „Baby-Ruf“ einstellen. Damit wird durch Druck auf beliebige Tasten immer nur eine bestimmte Nummer angewählt.

So genannte Seniorenhandys verfügen über besonders große Tasten und in der Regel über die zum Telefonieren wichtigen Funktionen ohne viel zusätzlichen „Schnickschnack“. Um das Telefonieren per Handy weiter zu vereinfachen, gibt es auch Geräte, die nur über drei oder gar nur eine Taste verfügen. Auf diese Tasten können feste Nummern programmiert werden, unter denen der Anrufer insbesondere im Notfall immer jemanden erreichen kann. Die Rufannahme ist in der Regel über alle Tasten möglich.

Herd und Brand

Herdsicherungen gibt es vor allem für Elektroherde. Sie schalten den Herd entweder nach einer voreingestellten Zeit oder/ und bei Überhitzung der Kochfelder automatisch ab. Manche Geräte können mit einem Hausnotrufgerät gekoppelt werden. Moderne Herde verfügen häufig schon über eingebaute Herdsicherungssysteme. Falls eine Neuanschaffung geplant ist, sollte ein solches Gerät bevorzugt werden, da eine Nachrüstung in der Regel teurer kommt. Für Gasherde ist bisher kein geeignetes Sicherungssystem bekannt. Im Zweifelsfall sollte ein Gasherde daher abgeklemmt bzw. durch einen Elektroherd ersetzt werden. Zusätzlich kann durch ein Herdschutzgitter das Abrutschen von Töpfen und Pfannen vermieden werden.

Feuer

→ Rauchmelder

Um Feuer frühzeitig zu bemerken, sollte ein Rauchmelder installiert werden. Allerdings können Demenzkranke in der Regel nicht adäquat auf den Alarm reagieren. Es muss also sichergestellt sein, dass jemand im Haus über einen Schlüssel für die Wohnung verfügt und bei einem Alarm reagieren kann. Es gibt auch die Möglichkeit, Rauchmelder mit einem Hausnotrufsystem zu kombinieren, so dass der Alarm direkt an eine Notrufzentrale weitergeleitet wird.

→ Schwer entflammbare Textilien

Bei Demenzkranken, die rauchen, sollte auf die Verwendung besonders schwer brennbarer Bettwäsche und sonstiger Textilien geachtet werden.

Demenzkranken gehen weg und finden nicht mehr zurück

→ Personenortungssysteme

Systeme zur Personenortung bedienen sich in der Regel der Möglichkeit einer satellitengestützten Positionsbestimmung ähnlich wie Navigationsgeräte. Sie sind geeignet um Demenzkranke, die alleine unterwegs sind und den Weg nach Hause nicht mehr wissen, in möglichst kurzer Zeit zu finden. Notwendig ist es in jedem Fall, dass der Kranke einen Sender bei sich trägt. Dieser kann die Form eines Handys haben, als Armband, ähnlich wie eine Uhr, oder am Gürtel getragen werden. Teilweise ist ein Notrufknopf integriert,

über den der Betreffende selbst Hilfe rufen kann, soweit er dazu in der Lage ist. Auch Geräte mit Freisprecheinrichtung gibt es, über die die Helfer direkt in Kontakt mit den Vermissten treten können. Die Ortung kann über eine Notrufzentrale erfolgen, es gibt aber auch Varianten, bei denen die Überwachung und Ortung des Senders durch Angehörige über den privaten PC erfolgt. Außerdem wird häufig die Möglichkeit angeboten, bestimmte „Sicherheitsgebiete“ festzulegen, bei deren Verlassen ein Alarm ausgelöst wird.

Bei der Auswahl eines Personenortungssystems ist besonders die Genauigkeit der Standortbestimmung zu beachten, die erreicht werden kann. Sie reicht von mehreren hundert Metern Radius bis hin zu zehn oder sogar einem Meter genau (laut Herstellerangaben).

Die Schwachstellen der eingesetzten Technologien wie GSM (Mobilfunk) oder GPS (Satellitenortung) liegen darin, dass die Empfangs- und Sendestärke beim GSM-System nicht überall vorhanden („Funklöcher“) und beim GPS die Kommunikation in Gebäuden häufig nicht möglich ist.

Datum und Uhrzeit

→ Art der Uhren

Nur Uhren, die als solche erkannt werden, sind sinnvoll. Ein Beispiel dafür ist die Darstellung der Uhrzeit in digitaler Form, die Umsetzung der Ziffernfolge mit Sonderzeichen in eine Tageszeit ist nicht immer leistbar. Auch bei der englischen oder amerikanischen Darstellung von „vor Mittag“ („a. m.“) und „nach Mittag“ („p. m.“), jeweils dann zwölf Stunden, ist das gelernte Wissen häufig nicht mehr abrufbar. Visualisierte Information ist eindeutig zu präsentieren, ein Sekundenzeiger kann beim Lesen einer analogen Uhr verwirren.

→ Sprechende Uhren

Auf Knopfdruck erfolgt die Ansage der Uhrzeit, teilweise auch von Datum und Wochentag. Wichtig ist darauf zu achten, dass auf der Uhr deutlich zwischen Tag und Nacht unterschieden wird, um den Tag-/Nacht-Rhythmus zu unterstützen.

→ Große Kalender

Die zeitliche Orientierung kann unterstützt werden, wenn der jeweilige Tag deutlich

markiert werden kann und wichtige Termine eingetragen werden.

- Digitale Kalender (mit großen Ziffern)
Sie verhindern das selbständige Verändern des eingestellten Datums. Allerdings können dort keine Termine notiert werden. Nicht immer werden solche Geräte als Kalender erkannt.

Beschäftigung

In diesem Bereich wird es in Zukunft ein immer größeres Angebot geben. Entweder handelt es sich um Computerspiele, die die Nutzung eines Computers voraussetzen. Oder es sind eigenständige Geräte, wie man sie für Kinder und Jugendliche kennt, auf denen für den älteren Menschen entwickelte Spiele ablaufen. In manchen Fällen wird dabei der Fernseher als Monitor benutzt. Schon heute sind Spiele, die Bewegung, Spaß und geistiges Training miteinander kombinieren, vielfältig vorhanden. Auch hier gilt es, darauf zu achten, wie sie für (allein lebende) Demenzkranke sinnvoll eingesetzt werden können. Häufig braucht es dazu eine anregende und unterstützende Person.

Verschiedenes

- Schlösser
Insbesondere in die Eingangstür sollte ein Universalschloss eingebaut werden, damit die Tür auch dann von außen geöffnet werden kann, wenn der Schlüssel innen steckt. Auch an der Badezimmertür sollte, wenn diese verschließbar sein soll, ein von außen zu öffnendes Schloss eingebaut werden.
- Badezimmer
Häufig stellt das Benutzen der Badewanne im Laufe der Zeit ein Problem dar und auch der Einstieg in das Duschbecken kann schwierig werden. Sinnvoll ist es deshalb frühzeitig zu überlegen, ob die Möglichkeit zum Einbau einer ebenerdigen Dusche besteht, wenn der oder die Kranke sich duschen lässt. Es gibt auch Badewannen und Sitzbadewannen mit Tür zum leichteren Einstieg.
- Kaffeemaschine
Man kann Kaffeemaschinen mit einer Zeitschaltuhr versehen, am besten Maschinen mit Thermoskanne verwenden.
- Bügeleisen
Es gibt Modelle, die sich automatisch abschalten, wenn sie nicht bewegt werden.

- Nachtlichter
Nachtlichter können in der Toilette oder auch in anderen Zimmern, die in der Nacht oft aufgesucht werden, angebracht werden. Eventuell mit Bewegungsmelder versehene Nachtlichter verwenden oder mit Leuchtdioden versehene Lichtschläuche entlang der wichtigsten Wege legen.
- Tabletten
Medikamente können in spezielle Tabletten-spender vorsortiert werden, die zu einer voreingestellten Zeiten an die Tabletteneinnahme erinnern.
- Fenster
In den oberen Stockwerken können Fenster mit Sicherungen versehen werden, damit sie nur noch ein kleines Stück geöffnet werden können.
- Spiegel
Wenn der Kranke Angst vor dem eigenen Spiegelbild entwickelt, sollten Spiegel und größere spiegelnde Flächen verhängt oder entfernt werden.

Wer hilft weiter?

Es gibt verschiedene Anlauf- und Informationsstellen. In manchen Kommunen sind es die kommunalen Wohnraumberatungsstellen, die neu geschaffenen Pflegestützpunkte oder die Verbraucherzentralen, die Auskunft geben können. Auch hinsichtlich der Finanzierung von technischen Unterstützungsmaßnahmen sollten diese Stellen Bescheid wissen.

Nicht zuletzt hilft heute das Internet, um sich einen Überblick zu verschaffen (vgl. www.deutsche-alzheimer.de/ Hilfen für Angehörige und Kranke).

Ethische und rechtliche Probleme und Fragestellungen

Es muss immer abgewogen werden zwischen der Verantwortung für das Wohlergehen aller Beteiligten auf der einen und Wahrung von Autonomie und Privatheit auf der anderen Seite. Auf jeden Fall sollte Technik in ein Gesamtkonzept der Pflege integriert sein und Alternativen sollten geprüft werden. Vor allem bei Geräten, die in die persönlichste Sphäre eingreifen, wie zum Beispiel Ortungsgeräte, sind die Bereiche Datenschutz, Kontrolle und Überwachung gegen Freiheit und Selbstbestimmung abzuwägen.

Es bleibt immer eine Gratwanderung. Man muss sich fragen: Was trägt zu einer besseren

Versorgung bei? Ist es überfordernd oder hilfreich? Wie empfindet es der Demenzkranke? Vor allem im Bereich der Sicherheit muss zwischen dem eigenen Sicherheits- und Fürsorgegedanken und der Freiheit des Betroffenen abgewogen werden. Im Mittelpunkt sollte immer das Wohl des Demenzkranken stehen.

Leider gibt es zu wenig Studien, die aufzeigen, wie Technik bei der Versorgung von Demenzkranken helfen kann und welche Auswirkungen der Einsatz hat. Im Rahmen der Versorgungsforschung muss dieses Gebiet dringend mehr Berücksichtigung finden.

Besonders im Sicherheitsbereich stellen sich auch die Fragen: Ist das erlaubt? Wer muss dieser Maßnahme zustimmen? Braucht man dazu eine richterliche Genehmigung?

Sobald der Demenzkranke einen rechtlichen Vertreter hat und in einigen Lebensbereichen nicht mehr selbst für sich die Entscheidungen treffen kann, ist der Vertreter, sei er nun Bevollmächtigter (durch eine Vorsorgevollmacht bestimmt) oder der gesetzliche Betreuer, bei den Entscheidungen gefordert. Jede Maßnahme ist daraufhin zu beurteilen, ob sie als freiheitsentziehende Maßnahme einzustufen ist. In manchen Fällen muss neben der Zustimmung des rechtlichen Vertreters die Zustimmung des Betreuungsgerichts eingeholt werden.

Fazit

Jede Form von Technikeinsatz bei Demenz braucht am Ende der Prozesskette immer die menschliche Intervention. Das Ortungsgerät zum Beispiel hilft, den Menschen mit Demenz zu finden, die betreuende Person aber muss den Menschen in seiner Angst und Verlassenheit auffangen und ihn nach Hause begleiten. Die Beschäftigung mit dem demenzgerechten Computerspiel macht Freude, aber die Bezugsperson ist gefordert anzuregen, zu helfen und bei Überforderung einzugreifen.

Ohne menschliche Zuwendung kann der Einsatz von Technik nicht gelingen. Der Einsatz ist immer krankheits- und lebensphasenabhängig zu betrachten.

Unterstützende Technik ist weder gut noch schlecht, sie ist entweder geeignet und sinnvoll oder ungeeignet, manchmal sogar schädlich. Der Nutzen ist entscheidend.

Technik setzt Verständnis voraus, eine Eigenschaft, die mit den kognitiven Verlusten beim Fortschreiten der Demenz immer weniger

wird. Wenn sie aber einfach in der Funktion und Bedienung angeboten wird, kann ihre sinnvolle und unverkrampfte Nutzung eine Hilfe für mehr Selbständigkeit im Alltag Demenzkranker sein.

Heike von Lützu-Hohlbein
Diplom-Informatikerin

Kontakt:

E-Mail: heike.luetzau@dalzg.de



7. Anhang

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft ist ein gemeinnütziger Verein. Sie ist Bundesverband von Alzheimer-Landesverbänden sowie von regionalen und örtlichen Gruppen.

Seit den 80er-Jahren schließen sich in Deutschland Angehörige von Demenzerkrankten zu Selbsthilfegruppen zusammen, um die Interessen der Betroffenen, ihrer Angehörigen und professioneller Fachkräfte zu bündeln.

Wir engagieren uns für folgende Ziele

- Die Bevölkerung zu mehr Verständnis und Hilfsbereitschaft für die von der Alzheimer-Krankheit und anderen Demenzerkrankungen Betroffenen anregen.
- Gesundheits- und sozialpolitische Initiativen für diesen Personenkreis anregen und dessen Interessen vertreten.
- Die Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung bei den Betroffenen und die Selbsthilfefähigkeit bei den Angehörigen unterstützen.
- Die Betreuenden entlasten, indem Fachinformation, emotionale Unterstützung und öffentliche Hilfen angeboten werden.
- Die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch der regionalen Alzheimer-Gesellschaften, Angehörigengruppen und Gruppen für Menschen mit Demenz festigen.
- Die wissenschaftliche Forschung über Demenzerkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten unterstützen (Forschungsförderung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft).
- Neue Betreuungs- und Pflegeformen für Demenzerkrankte entwickeln.

Wir haben schon viel erreicht

- Die zentrale Geschäftsstelle in Berlin stellt Betroffenen, ihren Angehörigen, Fachleuten und anderen Interessenten Informationen zur Verfügung.
- Wir haben in den letzten Jahren bundesweit den Aufbau zahlreicher neuer Angehörigengruppen unterstützt und bieten regelmäßig Fortbildungen für die GruppenleiterInnen an.
- Wir haben Tagungen für Angehörige und verschiedene mit Demenzerkrankten befasste Berufsgruppen durchgeführt sowie bundesweite Kongresse 1997 in Stuttgart, 1999 in Berlin, 2000 in München zusammen mit Alzheimer Europe, 2002 in Friedrichshafen,

2004 in Lübeck, 2006 in Berlin zusammen mit Alzheimer's Disease International, 2008 in Erfurt, und im Oktober 2010 in Braunschweig.

- Im Arbeitsausschuss „Stationäre Versorgung“ entwickeln wir für den Bereich stationäre Versorgung neue Konzepte für die Betreuung demenzerkrankter Menschen. Weitere Arbeitsausschüsse beschäftigen sich mit ethischen Fragen, mit der häuslichen Versorgung Demenzerkrankter, Rehabilitationsmöglichkeiten, mit Technologieanwendungen für Demenzerkrankte sowie mit Qualitätsfragen in der Arbeit der Alzheimer-Gesellschaften.
- Das Alzheimer-Telefon, das Beratung und Information anbietet, ist unter der Service-Nr. 018 03/17 10 17 (9 Cent pro Minute) zu erreichen.
- Im Projekt „Alzheimer and you“ werden Informationen für Kinder und Jugendliche sowie für Pädagogen zur Verfügung gestellt (www.alzheimerandyou.de)
- In den vergangenen Jahren wurden mehrere Forschungsprojekte im Bereich der Versorgungsforschung unterstützt.

Für die kommenden Jahre sind weitere Projekte geplant. Beratung und Hilfe für Betroffene und deren Angehörige stehen weiterhin an erster Stelle.

Wir brauchen Ihre Unterstützung

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft kann einen Großteil der satzungsgemäßen Aufgaben nur über Mitgliedsbeiträge und Spenden abdecken und ist daher in hohem Maße auf die Unterstützung durch Mitglieder und Förderer angewiesen. Einige Projekte werden durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Wir möchten Sie daher einladen mitzuhelfen, Demenzerkrankten und ihren Angehörigen ein lebenswertes und würdiges Leben zu ermöglichen

- als Förderer der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.
- als Mitglied einer regionalen Alzheimer Gesellschaft
- als Spender zur Unterstützung unserer Projekte
- mit einer Spende oder Zustiftung in das Vermögen der im Jahr 2000 errichteten Alzheimer Stiftung.

Stiftungskonto:**Deutsche Alzheimer Stiftung**

rechtsfähige Stiftung b. R.

Konto-Nr.: 33 00 00 0

Bank für Sozialwirtschaft Berlin

BLZ: 100 205 00

Vierteljährlich erscheint die Zeitschrift *Alzheimer Info* mit aktuellen Beiträgen aus den Bereichen Versorgung/ psychosoziale Betreuung, Recht, Medizin/ Forschung sowie über die Arbeit der regionalen Gesellschaften und des Bundesverbandes. Hier erfahren Sie auch, was wo im Lande vor sich geht. Sie werden über die Termine von Kongressen und Fachtagungen und über neue Literatur informiert.

Veröffentlichungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.**Schriftenreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.**

- Band 1: *Leitfaden zur Pflegeversicherung. Antragstellung, Begutachtung, Widerspruchsverfahren, Leistungen.* 11. aktualisierte Auflage 2009, 192 Seiten, 6 €
- Band 2: *Ratgeber in rechtlichen und finanziellen Fragen für Angehörige von Demenzkranken, ehrenamtliche und professionelle Helfer.* 5. aktualisierte Auflage 2008, 160 Seiten, 6 €
- Band 3: *Stationäre Versorgung von Demenzkranken. Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen.* 6. aktualisierte Auflage 2008, 196 Seiten, 6 €
- Band 4: *Technische Hilfen für Demenzkranke. Orientierungshilfe für den Umgang mit technischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der Betreuung Demenzkranker.* 3. Auflage 2005 (vergriffen), 125 Seiten, 6 €
- Band 5: *Ratgeber Häusliche Versorgung Demenzkranker.* 2. Auflage 2007 (vergriffen), 149 Seiten, 6 €

Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

- Band 1: *Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Berlin, 9.–11. September 1999.* 1. Auflage 2000 (vergriffen), 345 Seiten, 10 €
- Band 2: *Brücken in die Zukunft/Bridges into the Future. Referate auf der 10. Jahrestagung von Alzheimer Europe, München, 12.–15. Oktober*

2000. 1. Auflage 2001 (vergriffen), 736 Seiten, 10 €

- Band 3: *Demenz und Pflegebedürftigkeit* (vergriffen)
- Band 4: *Gemeinsam handeln. Referate auf dem 3. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Friedrichshafen, 12.–14. September 2002.* 1. Auflage 2003, 496 Seiten, 10 €
- Band 5: *„Keine Zeit zu verlieren!“ Referate auf dem 4. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Lübeck, 9.–11. September 2004.* 1. Auflage 2005 (vergriffen), 464 Seiten, 10 €
- Band 6: *Demenz – eine Herausforderung für das 21. Jahrhundert. 100 Jahre Alzheimer-Krankheit. Referate auf dem 22. Internationalen Kongress von Alzheimer's Disease International, Berlin 12.–14. Oktober 2006.* 1. Auflage 2007, 544 Seiten, 10 €, als CD-ROM mit PDF Daten, 6 €
- Band 7: *Aktiv für Demenzkranke. Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Erfurt 9.–11. Oktober 2008.* 1. Auflage März 2009, 512 Seiten, 10 €, als CD-ROM mit PDF Daten, 6 €

Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V.

- Band 1: *Betreuungsgruppen für Demenzkranke. Informationen und Tipps zum Aufbau.* 4. aktualisierte Auflage 2009, 76 Seiten, 4 €
- Band 2: *Alzheimer – Was kann ich tun? Erste Hilfen für Betroffene.* 11. überarbeitete Auflage 2010, 32 Seiten, kostenlos, Bei Bestellung bitte 1,45 € Rückporto beifügen.
- Band 3: *Mit Musik Demenzkranke begleiten. Informationen und Tipps.* 3. Auflage 2009, 64 Seiten, 4 €
- Band 4: *Helferinnen in der häuslichen Betreuung von Demenzkranken. Aufbau und Arbeit von Helferinnenkreisen.* 4. aktualisierte Auflage 2009, 60 Seiten, 4 €
- Band 5: *Leben mit Demenzkranken. Hilfen für schwierige Verhaltensweisen und Situationen im Alltag.* 4. Auflage 2007, 68 Seiten, 4 €
- Band 6: *Ernährung in der häuslichen Pflege Demenzkranker.* 8. Auflage 2009, 72 Seiten, 4 €
- Band 7: *Gruppen für Angehörige von Demenzkranken.* 2. Auflage 2006, 88 Seiten, 4 €
- Band 8: *Inkontinenz in der häuslichen Versorgung Demenzkranker. Informationen und Tipps bei Blasen- und Darmschwäche.* 2. Auflage 2006, 72 Seiten, 4 €

- Band 9: *Prävention, Therapie und Rehabilitation für Demenzkranke*. 1. Auflage 2009, 72 Seiten, 4 €
- Band 10: *Frontotemporale Demenz. Krankheitsbild, Rechtsfragen, Hilfen für Angehörige*. 1. Auflage 2009, 78 Seiten, 4 €
- Band 11: *Wenn die Grossmutter demenzkrank ist. Hilfen für Eltern und Kinder*. 1. Auflage 2010, 80 Seiten, 4 €

Sonstige Veröffentlichungen

- *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit – Ein kompakter Ratgeber*. 16. aktualisierte Auflage 2010, 48 Seiten, kostenlos, Bei Bestellung bitte 1,45 € Rückporto beifügen.
- *Liebe Oma*
Buch für Kinder (etwa 7 bis 11 Jahre), 3. Auflage 2007, Alzheimer Europe, 67 Seiten, 5 €
- *Schulungsreihe „Hilfe beim Helfen“*
Vorträge, Folien und Organisationshilfen der Schulungsreihe für Angehörige von Demenzkranken. 3. Auflage 2008. CD-ROM, 10 €
- *Blaue Tage und graue Tage*
Portraits von Demenzkranken und ihren Angehörigen. Fotografien von Claudia Thoelen. 1. Auflage 2006, 71 Seiten, 15 €
- *Zeitschrift Alzheimer Info*
Vierteljährlich erscheinende Mitgliederzeitschrift, 2,50 € bei Einzelversand an Nichtmitglieder
- *Demenz interaktiv*
Informationen und Übungen für Angehörige und Betroffene. CD-ROM, 2. Auflage 2009, 15 €

Die genannten Schutzgebühren beinhalten Versand- und Portokosten. Wir senden Ihnen auf Anfrage gern Informationsmaterial über unsere Tätigkeit. Bitte wenden Sie sich mit Bestellungen und Anfragen an:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Friedrichstr. 236
D-10969 Berlin
Tel.: 030/2 59 37 95-0
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
Fax: 030/2 59 37 95-29
www.deutsche-alzheimer.de

Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft Berlin
Konto-Nr. 337 78 00, BLZ 100 205 00

Oder wenden Sie sich an die im Adressverzeichnis aufgeführten regionalen Alzheimer-Gesellschaften und Landesverbände.

Adressen der regionalen Mitgliedsgesellschaften

- Alzheimer Gesellschaft Dresden e.V.
c/o Caritas Seniorenberatung
Am See 11/ 2. Etage, 01067 Dresden
Tel.: 03 51/4 96 21 78, Fax: 03 51/4 81 03 48
- Meißener Selbsthilfegruppe Demenz e.V.
Köhlerstr. 1, 01662 Meißen
Tel.: 035 21/40 89 00, Fax: 035 21/4 08 90 11
- Alzheimer Angehörigen-Initiative Leipzig e.V.
Kontakt- & Beratungsstelle
Höltystr. 30, 04289 Leipzig
Tel.: 03 41/86 32 99 06, Fax: 03 41/8 63 27 96
- Alzheimer Gesellschaft Sachsen e.V.
An den Birken 1, 04821 Brandis
Tel.: 03 42 92/63 08 77, Fax: 03 42 92/8 96 80
- Alzheimer-Gesellschaft Plauen-Vogtland e.V. – Selbsthilfe Demenz –
Kath. Seniorenzentrum St. Elisabeth,
Kopernikusstr. 31, 08523 Plauen
Tel.: 037 41/7 00 15, Fax: 037 41/70 09 21
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Chemnitz und Umgebung e.V., Arbeitskreis Demenz
Müllerstr. 12, 09113 Chemnitz
Tel.: 018 03/5 51 81 03 28,
Fax: 018 03/5 51 81 03 28
- Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V.
Friedrichstr. 236, 10969 Berlin (Kreuzberg)
Tel.: 030/89 09 43 57, Fax: 030/25 79 66 96
- Alzheimer-Angehörigen-Initiative e.V.
Reinickendorfer Str. 61 (Haus 1), 13347 Berlin
Tel.: 030/47 37 89 95, Fax: 030/47 37 89 97
- Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.
Stephensonstr. 24–26, 14482 Potsdam
Tel.: 03 31/7 40 90 08, Fax: 03 31/7 40 90 09
- Alzheimer Gesellschaft Ostvorpommern – Selbsthilfe Demenz – e.V.
Haus der Begegnungen/ Behindertenforum
Trelleborger Weg 37, 17493 Greifswald
Tel.: 040/27 14 88 59, Fax: 03 83 75/2 25 32
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern,
Selbsthilfe Demenz
c/o Selbsthilfekontaktstelle
Goerdelerstr. 50, 18069 Rostock
Tel.: 03 81/8 00 82 20

- Alzheimer Gesellschaft Landkreis Harburg e.V., Steinbecker Str. 44, 21244 Buchholz
Tel.: 041 81/13 36 36
- Alzheimer Gesellschaft Hollenstedt e.V. Wennerstorfer Kirchweg 15, 21279 Hollenstedt, Tel.: 041 65/8 09 21
- Alzheimer Gesellschaft Lüneburg e.V. Apfelallee 3a, 21337 Lüneburg
Tel.: 041 31/76 66 56, Fax: 041 31/76 66 58
- Alzheimer Gesellschaft Kreis Herzogtum Lauenburg e.V. Schüttberg 12 a, 21502 Geesthacht
Tel.: 041 52/83 87 27, Fax: 041 52/34 92
- Alzheimer Gesellschaft Cuxland e.V. Bahnhofstr. 15, 21762 Otterndorf
Tel.: 047 51/30 14, Fax: 047 51/30 26
- Alzheimer Gesellschaft Hamburg e.V. Wandsbeker Allee 68, 22041 Hamburg
Tel.: 040/68 91 36 25, Fax: 040/68 26 80 87
- Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein/LV e.V., Ohechaussee 100, 22848 Norderstedt
Tel.: 040/30 85 79 87, Fax: 040/30 85 79 86
- Alzheimer Gesellschaft Norderstedt-Segeberg e.V., Heidbergstr. 28, 22846 Norderstedt
Tel.: 040/52 88 38 30, Fax: 040/52 88 38 32
- Alzheimer Gesellschaft Stormarn e.V. c/o Peter Rantzau-Haus, Woldenhorn 3, 22926 Ahrensburg
Tel.: 041 02/82 22 22, Fax: 041 02/82 22 23
- Alzheimer Gesellschaft Lübeck und Umgebung e.V., Hansering 3, 23558 Lübeck
Tel.: 04 51/38 94 93 11, Fax: 04 51/38 94 93 15
- Alzheimer Gesellschaft Ostholstein e.V. Postfach 1152, 23677 Scharbeutz
Tel. 045 21/8 30 39 91, Fax: 045 24/70 69 49
- Alzheimer Gesellschaft Ratzeburg im Herzogtum Lauenburg e.V. Schmilauer Str. 108, 23909 Ratzeburg
Tel.: 045 42/83 53 12, Fax: 045 42/83 79 10
- Alzheimer Gesellschaft Kiel e.V. Gneisenastr. 2, 24105 Kiel
Tel.: 04 31/7 05 51 91
- Alzheimer Gesellschaft in der Region Schleswig e.V., Amselstr. 51, 24837 Schleswig
Tel.: 046 21/29 05 95
- Alzheimer Gesellschaft Flensburg und Umgebung e.V., Wrangelstr. 18, 24937 Flensburg
Tel.: 04 61/4 14 05, Fax: 04 61/50 32 619
- Alzheimer Gesellschaft Kreis Pinneberg e.V. Dingstätte 49 (Pinnau Center), 25421 Pinneberg
Tel.: 041 01/55 54 64, Fax: 041 01/59 97 97
- Alzheimer Gesellschaft Steinburg e.V. Feldschmiedekamp 4, 25524 Itzehoe
Tel.: 048 21/9 57 83 71, Fax: 048 21/43 98 49
- Alzheimer Gesellschaft Nordfriesland e.V. Stadtweg 44, 25813 Husum
Tel.: 01 63/6 30 66 91, Fax: 048 41/83 88 44
- Alzheimer Gesellschaft Oldenburg e.V. c/o BeKos, Lindenstr. 12a, 26123 Oldenburg
Tel.: 04 41/9 26 69 39
- Alzheimer Gesellschaft Wilhelmshaven Friesland e.V., c/o Beratungsstelle Seniorenwohnanlage Lindenhof, Siedlerweg 10, 26384 Wilhelmshaven
Tel./ Fax: 044 21/7 04 43
- Alzheimer Gesellschaft Emden/Ostfriesland e.V. Selbsthilfe Demenz Memmostr. 29, 26725 Emden
Tel./ Fax: 049 21/5 13 38
- Alzheimer Gesellschaft Papenburg/Emsland e.V., c/o Fachschule für Altenpflege, Rathausstr. 13, 26871 Papenburg
Tel.: 049 61/30 30, Fax: 049 61/93 16 01
- Alzheimer Gesellschaft Bremerhaven e.V. Brommystr. 5, 27570 Bremerhaven
Tel.: 04 71/20 78 87, Fax: 04 71/2 89 72
- Alzheimer Gesellschaft Bremen e.V. c/o Axel Kelm, Busestr. 38, 28213 Bremen
Tel.: 04 21/2 44 08 14
- Alzheimer Gesellschaft Lilienthal und Umzu e.V., Stadskanaal 1, 28865 Lilienthal
Tel.: 042 98/69 74 91
- Alzheimer- und Demenzkrankengesellschaft Schneverdingen e.V. Am Brink 1, 29640 Schneverdingen
Tel.: 051 93/98 26 88, Fax: 051 93/98 26 98
- Alzheimer Gesellschaft Niedersachsen e.V. Osterstraße 27, 30159 Hannover
Tel.: 05 11/2 15 74 65
- Alzheimer Gesellschaft Hannover e.V. Osterstr. 27, 30159 Hannover
Tel.: 05 11/7 26 15 05, Fax: 05 11/7 26 15 04
- Alzheimer Gesellschaft für Stadt und Landkreis Hildesheim Bahnhofsallee 16, 31134 Hildesheim
Tel.: 051 21/1 77 50 01, Fax: 051 21/1 77 50 02
- Alzheimer Gesellschaft Hameln-Pyrmont e.V. Kaiserstr. 80, 31785 Hameln
Tel.: 051 51/57 61 13
- Alzheimer Gesellschaft Region Herford – Bad Salzuflen e.V. Bertold-Brecht-Str. 11, 32120 Hiddenhausen
Tel.: 052 21/6 67 79, Fax: 052 21/6 75 84

- „Leben mit Demenz“, Alzheimer Gesellschaft Kreis Minden-Lübbecke e.V.
Goethestr. 42, 32427 Minden
Tel.: 05 71/9 74 29 67, Fax: 05 71/9 74 29 68
- Alzheimer Gesellschaft Paderborn e.V.
Mallinckrodtstr. 22, 33098 Paderborn
Tel./Fax: 052 51/14 28 39
- Alzheimer Gesellschaft Kreis Gütersloh e.V.
Dammstr. 69, 33332 Gütersloh
Tel.: 052 41/7 09 40 50
- Alzheimer Gesellschaft Bielefeld e.V.
Niederwall 65, 33602 Bielefeld
Tel.: 05 21/8 43 47
- Alzheimer Gesellschaft Marburg-Biedenkopf e.V., Biegenstr. 7, 35037 Marburg
Tel.: 064 21/69 03 93, Fax: 064 21/69 04 31
- Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e.V.
Geiersberg 15, 35578 Wetzlar
Tel.: 064 41/4 37 42, Fax: 064 41/4 38 13
- Alzheimer Gesellschaft Dill e.V.
Auf der Bitz 2, 35767 Breitscheid
Tel.: 027 77/66 60, Fax: 027 77/69 49
- Alzheimer Gesellschaft Osthessen e.V.
c/o Herz-Jesu-Krankenhaus,
Buttlarstr. 74, 36039 Fulda
Tel.: 06 61/1 55 01, Fax: 06 61/1 55 09
- Alzheimer Gesellschaft Göttingen e.V.
c/o Niedersächsisches Landeskrankenhaus,
Rosdorfer Weg 70, 37081 Göttingen
Tel.: 018 05/45 25 65, Fax: 05 51/4 02 20 92
- Alzheimer Gesellschaft Werra-Meißner e.V.
Vor dem Brückentor 4, 37269 Eschwege
Tel.: 056 51/3 35 41 79, Fax: 056 51/95 27 75
- Alzheimer Gesellschaft Region Harz e.V.
Geschäftsstelle Wieda,
Harzstr. 47, 37447 Wieda
Tel.: 055 86/80 06 17, Fax: 055 86/80 06 20
- Alzheimer Gesellschaft Braunschweig e.V.
Gerontopsychiatrische Beratungsstelle,
Triftweg 73, 38118 Braunschweig
Tel.: 05 31/2 56 57 40, Fax: 05 31/2 56 57 99
- Alzheimer Gesellschaft im Landkreis Gifhorn e.V., Braunschweiger Str. 137, 38518 Gifhorn
Tel.: 053 71/89 56 97
- Alzheimer Gesellschaft Sachsen-Anhalt e.V.
Am Denkmal 5, 39110 Magdeburg
Tel.: 03 91/2 58 90 60, Fax: 03 91/2 58 90 61
- Alzheimer Gesellschaft Düsseldorf & Kreis Mettmann e.V., c/o Rheinische Kliniken, Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Tel.: 02 11/2 80 17 59, Fax: 02 11/2 20 84 27
- Landesverband der Alzheimer Gesellschaften Nordrhein Westfalen e.V.
c/o Rheinische Kliniken,
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
Tel.: 02 11/24 08 69 10, Fax: 02 11/24 08 69 11
- Alzheimer Gesellschaft Mönchengladbach e.V., Königstr 151, 41236 Mönchengladbach
Tel.: 021 66/45 51 02, Fax: 021 61/8 11 96 97
- Alzheimer Gesellschaft Neuss/Nordrhein e.V.
Mohnstr. 48, 41466 Neuss
Tel.: 021 31/22 21 10, Fax: 021 31/29 17 51
- Alzheimer Gesellschaft Dortmund e.V.
Kattenkuhle 49, 44269 Dortmund
Tel.: 02 31/7 24 66 11
- Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.
Universitätsstr. 77, 44789 Bochum
Tel.: 02 34/3 37 77 2, Fax: 02 34/33 24 43
- Alzheimer Gesellschaft Essen e.V.
c/o Memory Clinic Essen,
Germaniastr. 1–3, 45356 Essen
Tel.: 02 01/6 31 11 33, Fax: 02 01/6 31 11 39
- Alzheimer Gesellschaft Hattingen und Sprockhövel e.V., Bredenscheider Str. 58, Haus D, 45525 Hattingen
Tel./ Fax: 023 24/68 56 20
- Alzheimer Gesellschaft Vest Recklinghausen e.V., c/o Diakoniestation Recklinghausen Hohenzollernstr. 72, 45659 Recklinghausen
Tel.: 023 61/10 20 11, Fax: 023 61/10 20 21
- Alzheimer Gesellschaft Gelsenkirchen/proDem e.V.,
Schmalhorststr. 6, 45899 Gelsenkirchen
Tel.: 02 09/5 78 74, Fax: 02 09/5 00 94
- Alzheimer Gesellschaft Duisburg e.V.
c/o AWO Seniorenzentrum,
Wintgensstr. 63–71, 47058 Duisburg
Tel.: 02 03/3 09 51 04, Fax: 02 03/3 09 53 99
- Alzheimer Gesellschaft im Kirchenkreis Moers für den Niederrhein e.V.
Gabelsbergerstr. 2, 47441 Moers
Tel.: 028 41/10 01 79, Fax: 028 41/10 01 90
- Alzheimer Gesellschaft Münster e.V.
Tannenbergr. 1, 48147 Münster
Tel.: 02 51/78 03 97, Fax: 02 51/3 90 97 61
- Alzheimer Gesellschaft im Kreis Coesfeld
c/o Klinik am Schlossgarten,
Am Schlossgarten 10, 48249 Dülmen
Tel.: 025 94/92 01, Fax: 025 94/92 19 00
- Alzheimer SHG Osnabrück e.V.
Am Pingelstrang 75, 49134 Wallenhorst
Tel.: 054 07/85 91 31

- Alzheimer Gesellschaft Lohne/Dinklage e.V.
Franziskusstr. 6, 49393 Lohne
Tel.: 044 42/8 13 10
- Alzheimer Gesellschaft Weser-Ems e.V.
Im Burggarten 1c, 49610 Quakenbrück
Tel.: 054 31/96 89 41
- Alzheimer Gesellschaft Rhein-Erft-Kreis e.V.
Bonnstr. 195a, 50354 Hürth
Tel.: 01 71/9 38 88 00
- Alzheimer Gesellschaft Köln e.V.
Lübecker Str. 6, 50858 Köln
Tel.: 022 34/97 90 12, Fax: 022 34/97 90 13
- Alzheimer Gesellschaft im Bergischen Land e.V., Marie-Juchacz-Str. 7,
51645 Gummersbach
Tel.: 022 61/81 55 75, Fax: 022 61/81 55 76
- Alzheimer Gesellschaft Aachen e.V.
Stolberger Str. 23, 52068 Aachen
Tel.: 02 41/44 59 92 07, Fax: 02 41/53 68 61
- Alzheimer Gesellschaft Kreis Düren e.V.
c/o Geschwister-Louis-Haus
Baptist-Palm-Platz 1, 52393 Hürtgenwald-
Vossenack, Tel.: 024 29/9 40 60
- Alzheimer Gesellschaft Bonn e.V.
Friesdorferstr. 91, 53173 Bonn
Tel.: 02 28/3 86 28 53, Fax: 02 28/65 95 06
- Alzheimer Gesellschaft Kreis Euskirchen e.V.
Augenbroicher Str. 54, 53879 Euskirchen
Tel.: 022 51/8 06 66
- Alzheimer Gesellschaft Region Trier e.V.
Albert-Schweitzer-Str. 40, 54329 Konz
Tel.: 065 01/54 76, Fax: 065 01/60 27 43
- Alzheimer Initiative Rheinland-Pfalz e.V.
c/o rat und tat Mobile Altenhilfe GmbH,
Kurt-Schumacher-Str. 20–22, 55124 Mainz
Tel.: 061 31/94 33 40, Fax: 061 31/9 43 34 34
- Alzheimer Gesellschaft nördliches Rhein-
land-Pfalz e.V.
Schulstr. 24 a, 56736 Kottenheim
Tel.: 026 51/40 90 12, Fax: 026 51/49 87 20
- Alzheimer Gesellschaft Siegen e.V.
Birkenweg 18, 57234 Wilnsdorf
Tel.: 02 71/39 05 21, Fax: 02 71/39 98 78
- Alzheimer Gesellschaft Hochsauerlandkreis
e.V., c/o Seniorenwohnen im Park
An der Lied 1, 57392 Bad Fredeburg
Tel.: 029 74/67 95
- Alzheimer Gesellschaft Westerwald e.V.
Rathausstr. 3, 57610 Altenkirchen
Tel.: 026 81/98 37 00, Fax: 026 81/98 40 50
- Alzheimer-Demenz Selbsthilfegruppe Hagen
e.V., Franklinstr. 13, 58089 Hagen
Tel.: 023 31/2 04 67 58, Fax: 023 31/2 04 67 59
- Alzheimer Gesellschaft im Kreis Warendorf
e.V., c/o Koordinierungsstelle ambulanter
Angebote, Wilhelmstraße 5, 59227 Ahlen
Tel.: 023 82/40 90, Fax: 023 82/40 28
- Alzheimer Gesellschaft im Kreis Soest e.V.
Feldmühlenweg 11, 59494 Soest
Tel.: 029 21/9 81 05 12, Fax: 029 21/9 81 05 76
- Alzheimer Gesellschaft Frankfurt/M. e.V.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I
Heinrich Hoffmann-Str. 10, 60528 Frankfurt
Tel.: 069/63 01 51 96, Fax: 069/63 01 58 11
- Selbsthilfe Demenz Alzheimer Gesellschaft
Wetteraukreis e.V.,
Johann-Peter-Schäfer-Str. 3, 61169 Fried-
berg, Tel.: 060 31/89 11 90
- Alzheimer Gesellschaft Region Offenbach e.V.
Elisabethenstr. 51, 63071 Offenbach
Tel.: 069/87 87 65 06, Fax: 069/80 65 55 39
- Alzheimer Gesellschaft Main-Kinzig e.V.
Barbarossastr. 24, 63571 Gelnhausen
Tel.: 060 51/8 51 61 60,
Fax: 060 51/85 91 61 60
- Alzheimer Gesellschaft Kahlgrund e.V.
Laudenbacher Str. 16, 63825 Schöllkrippen
Tel.: 060 24/18 44
- Demenzforum Darmstadt e.V.
Bad Nauheimer Str. 9, 64289 Darmstadt
Tel.: 061 51/96 79 96, Fax: 061 51/9 67 08 24
- Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden e.V.
Rheingastr. 114, 65203 Wiesbaden
Tel.: 06 11/6 02 98 81, Fax: 06 11/4 11 56 72
- Alzheimer Gesellschaft Hessen e.V.
Rheingastr. 114, 65203 Wiesbaden
Tel.: 06 11/6 02 98 81; Fax: 06 11/37 89 32
- Alzheimer- und Demenzkranken Gesell-
schaft Rüsselsheim e.V.
Frankfurter Str. 12, 65428 Rüsselsheim
Tel.: 061 42/21 03 73, Fax: 061 42/21 03 74
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landes-
verband Saarland e.V., c/o Universitätsklinik,
Gebäude 90/3, 66421 Homburg
Tel.: 018 05/33 63 69, Fax: 068 41/1 62 63 35
- Demenz Verein Saarlouis e.V.
c/o Demenzzentrum Saarlouis „Villa Barbara“
Ludwigstr. 5, 66740 Saarlouis
Tel.: 068 31/488 18 14, Fax: 068 31/4 88 18 23
- Alzheimer Gesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.
Mundenheimer Str. 239, 67061 Ludwigs-
hafen am Rhein
Tel.: 06 21/56 98 60, Fax: 06 21/58 28 32
- Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg
e.V., Friedrichstr. 10, 70174 Stuttgart
Tel.: 07 11/24 84 96 60, Fax: 07 11/24 84 96 66

- Alzheimer Gesellschaft Mittelbaden e.V.
c/o Rechtsanwaltskanzlei,
Rheinstr. 48, 76532 Baden-Baden
Tel.: 072 21/30 21 70, Fax: 072 21/3 02 17 20
- Alzheimer Gesellschaft München e.V.
Josephsburgstr. 92, 81673 München
Tel.: 089/47 51 85, Fax: 089/4 70 29 79
- Alzheimergesellschaft Fünf Seen Land e.V.
Andechserstr. 16, 82346 Erling/Andechs
Tel: 081 52 / 9 33 94 72
- Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V.
Lohgasse 5, 82362 Weilheim
Tel.: 08 81/9 27 60 91, Fax: 08 81/9 27 99 38
- Alzheimer Gesellschaft Berchtesgadener
Land e.V. Sammerlweg 8,
83471 Schönau am Königssee
Tel./Fax: 086 52/97 80 42
- Alzheimer Gesellschaft Ingolstadt e.V.
Fachstelle für pflegende Angehörige,
Fauststr. 5, 85051 Ingolstadt
Tel.: 08 41/8 81 77 32, Fax: 08 41/8 81 77 34
- Alzheimer Gesellschaft Landkreis Ebersberg
e.V., Paulhuberweg 2–4, 85560 Ebersberg
Tel.: 080 92/2 24 45, Fax: 080 92/2 53 53
- Alzheimer Gesellschaft Augsburg e.V.
c/o PIKASSO, Heilig-Kreuz-Str. 22,
86152 Augsburg, Tel.: 08 21/3 19 31 10
- Alzheimer Gesellschaft Allgäu e.V.
Leonhardstr. 16 a, 87437 Kempten
Tel.: 08 31/9 60 60 32, Fax: 08 31/1 86 24
- Alzheimer Gesellschaft Mittelfranken e.V.
c/o Angehörigenberatung e.V.,
Adam-Klein-Str. 6, 90429 Nürnberg
Tel.: 09 11/26 61 26, Fax: 09 11/2 87 60 80
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesver-
band Bayern e.V.
Wallensteinstr. 63, 90431 Nürnberg
Tel.: 09 11/4 46 67 84, Fax: 09 11/2 72 35 01
- Alzheimer Gesellschaft Stadt- und Landkreis
Ansbach e.V. (AGA)
Nürnberger Str. 32, 91522 Ansbach
Tel.: 09 81/5 12 37, Fax: 09 81/3 57 53 52
- Alzheimer Gesellschaft Oberpfalz e.V.
Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg
Tel./Fax: 09 41/9 45 59 37
- Alzheimer Gesellschaft e.V.
Regionalgruppe Hof/Wunsiedel e.V.
Schillerstr. 7, 95126 Schwarzenbach a.d.Saale
Tel.: 01 71/6 78 84 55
- Alzheimer Gesellschaft Bayreuth-Kulmbach
e.V., Nordring 2, 95445 Bayreuth
Tel.: 09 21/2 83 30 03, Fax: 09 21/2 83 30 05

- Alzheimer Gesellschaft Würzburg Unter-
franken e.V. c/o Halma e.V.,
Berliner Platz 8, 97080 Würzburg
Tel.: 09 31/28 43 57, Fax: 09 31/2 17 97
- Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.
c/o AWO Landesverband Thüringen e.V.
Pfeiffersgasse 12, 99084 Erfurt
Tel.: 03 61/21 03 15 55

Stand: 1/2010

Weitere Adressen können Sie über die aufgeführten Alzheimer Gesellschaften und über die Geschäftsstelle in Berlin erfahren. Eine ständig aktualisierte Liste finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de).

