

5. Ambulant betreute Wohngruppen als Alternative zum Pflegeheim

5.1.1 Die Autonomia GmbH

Die Grundidee des Autonomia-Konzepts ist, dass alte Menschen, speziell Demenzkranke, die Möglichkeit haben sollen, selbst wählen zu können, wo sie leben möchten. In den meisten Fällen bleibt ihnen nichts anderes übrig, als in ein Heim zu ziehen, das einen freien Platz anbietet, oder mit ihren Angehörigen zusammenzuleben. Seit dem Jahre 2003 besteht die Autonomia GmbH, die sich zur Aufgabe gemacht hat, Wohngruppen für Demenzpatienten einzurichten.

Mehrere Wohnungen werden zusammengefasst, so dass für acht Demenzkranke bis zu 280 qm Fläche zur Verfügung stehen. Jeder Bewohner erhält ein eigenes Zimmer, alle anderen Räume werden gemeinschaftlich genutzt. Das Kernstück einer Wohnung ist die Wohnküche und das Wohnzimmer.

Um eine vertraute Umgebung zu ermöglichen, können die Mieter ihre Zimmer mit eigenen Möbeln ausstatten. Alle weiteren Räume werden von den Bewohnern gemeinsam eingerichtet, so dass jeder in allen Bereichen der Wohnung Erinnerungen an seine Biographie wiederfinden kann. Das Zusammenleben soll so alltäglich wie möglich gestaltet sein, entsprechend der vorhandenen Fähigkeiten beteiligen sich die Demenzkranken an allen hauswirtschaftlichen Aktivitäten, was einen Bezug zu vergangenen Tätigkeiten herstellt.

Abbildung 18: Gemeinsames
Kartoffelschälen



Quelle: Autonomia GmbH, 2004

Da sie mit fortschreitender Beeinträchtigung auf Hilfe angewiesen sind, werden sie über 24 Stunden von Pflegekräften begleitet. Ein Team besteht aus zehn Mitarbeitern, die zuvor von den Mitgliedern der Autonomia in der Pflege geschult wurden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass über demenzspezifisches Wissen sowie den Einbezug der Biographie aller Bewohner eine qualifizierte Pflege und Betreuung geleistet werden kann. Durch die Qualifizierung und die Anpassung der Umgebung an die Bedürfnisse der Bewohner wird gewährleistet, bis zum Tod in einer Wohngemeinschaft verbleiben zu können. Eine weitere Aufgabe der Autonomia ist es, die Angehörigen der Demenzkranken in den Alltag mit einzubeziehen. Sie übernehmen die Verantwortung für finanzielle

Angelegenheiten und gestalten das Leben in der Wohnung aktiv mit (Vgl. Autonomia-Konzept, 2003).

Zum Konzept der Autonomia möchte ich an dieser Stelle noch die Äußerung einer Freundin erwähnen, die als Sozialpädagogin in Bochum tätig ist. Sie übernimmt die Betreuungen von alten Menschen und hat den Demenzwohngruppen der Autonomia schon einige Besuche abgestattet. Hierbei sei ihr aufgefallen, dass unter den Bewohnern eine große Zufriedenheit herrsche und es insgesamt sehr lustig zugehe (Karlisch, 2005).

5.1.2 Betreuung einer Wohngruppe am Beispiel *ambet* (ambulante Betreuung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen)

Der Verein *ambet* wurde 1983 von einer Gruppe junger Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und Pflegekräften in Braunschweig gegründet, die im Verlauf ihrer Tätigkeit in der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger alter Menschen die Idee entwickelten, eine betreute Wohngruppe zu gründen. Die Gründe hierfür lagen darin, dass ihre Klientel häufig unter Einsamkeit litt und hieraus nicht selten psychische und soziale Störungen sowie Krankheiten resultierten.

In der Wohngruppe, die ich als Beispiel ausgewählt habe, wird das Zusammenleben von vier Frauen im Alter von 67 bis 97 beschrieben. Anders als in den zuvor dargestellten Wohnformen, geht es hier nicht um die spezielle Betreuung einer homogenen Gruppe von demenziellen Patienten, sondern um Frauen, die unter verschiedenen Erkrankungen wie zum Beispiel Schlaganfall, altersbedingtem körperlichen Abbau oder einer Demenz leiden. Im Gegensatz zu den Wohngruppen der Autonomia GmbH werden bei *ambet* neben Pflege- und Hauswirtschaftskräften auch Sozialpädagogen beschäftigt. Ihre Aufgaben liegen darin, den Bewohnern dabei zu helfen, verlorene Fähigkeiten wiederzuerlangen und die Ängste bezüglich dieser neuen Lebensform zu mildern. Sie vermitteln in Konfliktsituationen zwischen den Bewohnerinnen untereinander, aber auch zwischen ihnen und den Pflegekräften. Ein wichtiges Ziel der sozialpädagogischen Betreuung ist es, Hilfen und Pflegeleistungen von außen zu reduzieren. Dies geschieht durch die Aktivierung der eigenen Ressourcen und gegenseitige Hilfe. Um den konkreten Hilfebedarf der Bewohnerinnen zu ermitteln, erstellt die hier beschäftigte Sozialpädagogin halbjährlich einen Hilfeplan. Es gilt gezielt zu erkennen, welche Aufgaben von den Frauen noch selbst bewältigt werden können und bei welchen Anforderungen Unterstützung geleistet werden muss. Wichtig ist auch, die Lebensgeschichte der Betreuten einzubeziehen. Anhand einer Anamnese, die von der Sozialpädagogin erstellt wird, kann das Betreuungspersonal besser auf die Bedürfnisse und Gewohnheiten reagieren und auch die Frauen untereinander lernen, sich aufeinander einzustellen. Aufgabe ist es auch, alle in das Gruppenleben zu integrieren, also darauf zu achten, dass die Chancengleichheit gewahrt wird. Es wird beim Zusammensein mit den Bewohnerinnen darauf geachtet, welche Frauen Probleme haben sich einzubringen. Ihre Positionen sollen gestärkt werden, um das Gleichgewicht der Gruppe zu erhalten. Ziel des Vereins ist es, die Betreuten darin zu unterstützen, ihre sozialen Beziehungen zu erhalten und neue aufzubauen. Hierzu ist eine aktive Förderung durch die Sozialpädagogin erforderlich und ihre Aufgabe besteht darin,

Anregungen für mögliche Kontakte im Stadtteil zu geben. Sie findet durch Biographiearbeit heraus, welche sozialen Kontakte früher gepflegt wurden und sucht nach Möglichkeiten, diese zu erhalten oder auch wiederzubeleben (KDA, 2004, S. 15-50).

5.1.3 Mögliche Effekte betreuter Wohngemeinschaften auf Bewohner, Mitarbeiter und Solidargemeinschaft

- Die Beteiligung der Patienten an allen alltäglichen Verrichtungen fördert den Erhalt noch vorhandener Kompetenzen. Durch gemeinschaftliche Aktivität kann die Gefahr von Rückzug, Apathie und Depression gemildert werden.
- In Wohngemeinschaften wird weitestgehend auf eine Vermeidung von nicht angemessenen Psychopharmaka-Gaben geachtet. „Die Erfahrungen aller bislang arbeitenden Wohngemeinschaften zeigen, dass der Verzicht auf „dämpfende“ Medikamente nicht nur zu größerer Vitalität, offensichtlich besserem Wohlbefinden und nachlassender Inkontinenz führt, sondern auch „Begleitsymptome“ von regelmäßiger Sedierung [...] deutlich zurückgehen.“
- Pflegekräfte in Wohngemeinschaften sind seltener krank als Personen, die in stationären Einrichtungen arbeiten. Ihre Arbeitszufriedenheit kann als sehr hoch eingestuft werden, die Tendenzen zum Berufsabbruch sind niedriger als in der stationären Pflege.
- Angehörige, die ihre Demenzkranken nicht in Pflegeheimen versorgt sehen möchten und deshalb weiter die Überforderung bei der Pflege des Patienten auf sich nehmen, haben mit der Wohngemeinschaft eine Alternative, die es ermöglicht, „in Maßen“ am Pflegeprozess teilzunehmen (Vgl. Pawletko, 2002, S.45)

6. Professionelle Hilfen für Kranke und Pflegende

6.1 Die Situation der pflegenden Angehörigen

Menschen, die ihre demenzkranken Angehörigen pflegen, werden häufig als die zweiten Opfer der Demenzerkrankung bezeichnet.

Die Diagnose Demenz stellt für die Betroffenen und ihre Angehörigen eine große Verunsicherung dar. Einen an einer Demenz erkrankten Menschen zu pflegen ist eine große Herausforderung und Belastung zum Teil bis an oder über die persönlichen, physischen und psychischen sowie emotionalen Grenzen hinaus. Die Pflegenden leiden häufig unter dem Gefühl, die alleinige Verantwortung für den zu Pflegenden tragen zu müssen. Alle Lebensbereiche der Angehörigen sind betroffen, so zum Beispiel die gesamte familiäre Situation. Der Lebenskreis wird immer enger, denn nach geraumer Zeit dreht sich der Alltag nur noch um den Demenzkranken. Betont werden soll an dieser Stelle, dass es in den meisten Fällen Frauen sind, die sich um die Betreuung kümmern. Sie geben ihren Beruf auf, müssen das Familienleben organisieren und sich um die Erziehung ihrer Kinder sowie den Haushalt kümmern (Vgl. Hedtke-Becker, 1999, S. 30-37).

6.1.1 Aufgaben der Pflegenden

Pflegende Angehörige müssen die täglich anfallenden Arbeiten im Haushalt erledigen. Hierzu gehören das Zubereiten regelmäßiger Mahlzeiten, das Putzen der Wohnung und das Einkaufen. Hinzu kommt die körperliche Versorgung des Patienten. Ihm muss beim An- und Ausziehen, beim Toilettengang und beim Verrichten der täglichen Körperhygiene geholfen werden.

Angehörige übernehmen in vielen Fällen auch Aufgaben, die pflegerischer Art sind. Darunter fallen die Wundversorgung, Spritzen von Medikamenten oder die Überwachung der Medikamenteneinnahme. Auch um die anfallenden Verwaltungsaufgaben muss sich gekümmert werden. Rechnungen fallen an, Zuschüsse und Beihilfen müssen beantragt werden. Neben all diesen Aufgaben erfordert die Pflege des Angehörigen allerdings auch eine emotionale Zuwendung zum Demenzkranken und dessen Unterstützung (Vgl. Buijssen, 1996, S. 22 f).

6.1.2 Belastungen von pflegenden Angehörigen

Betreuende Angehörige leiden unter einer Vielzahl von Belastungen, die durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufen und beeinflusst werden können.

Eine große Rolle spielt die Zeit, die für die Pflege und Betreuung eines Demenzkranken aufgewendet werden muss. Viele Betroffene kümmern sich rund um die Uhr um die Kranken und fühlen sich ans Haus und den Angehörigen gebunden. Hieraus resultieren nicht selten soziale Einschränkungen, die sogar bis zu einer völligen Isolation führen können. Ihnen fehlt häufig der Schlaf, weil der Demenzkranke sie mehrmals nachts weckt. Die Situation wird von vielen Pflegenden als aussichtslos empfunden. Gründe liegen darin, dass der Zustand des Betreuten sich trotz des hohen Pflegeaufwandes nicht bessert.

Sie leiden unter der fehlenden Anerkennung des Patienten und glauben, der Kranke sei undankbar (Vgl. Wettstein, 1991, S. 183 f). Positive Reaktionen werden zunehmend weniger wahrgenommen, man glaubt versagt zu haben. Im Verlauf der Pflege eines Dementen entstehen bei den Angehörigen oft negative Gefühle gegenüber dem Kranken. Diese Empfindungen stellen eine große Belastung dar, weil sie Schuldgefühle hervorrufen. Angehörige übernehmen häufig die Pflege, weil es von ihnen erwartet wird. Dadurch verlieren sie allerdings ihre Selbstbestimmtheit und erfüllen nur noch die Erwartungen, die andere an sie stellen. Die Bereitschaft zur Pflege sollte jedoch aus freien Stücken entstehen, da Verpflichtung und normativer Druck sich negativ auf das Belastungsempfinden auswirken können. Gefühle der Resignation und Freudlosigkeit sind häufig Resultate einer Fremdbestimmung durch Verpflichtung und normativen Druck (Vgl. Bruder 1998, S. 281).

Da ich selbst über viele Jahre miterleben konnte, wie aufwändig die Pflege eines demenzkranken Menschen ist, möchte ich diese Erfahrungen im Folgenden schildern.

Beispiel:

Meine Großmutter lebte über viele Jahre allein in einer kleinen Wohnung. Irgendwann begann sie Namen zu vergessen und wusste nicht mehr, wo sie war, wenn sie sich in einer ihr fremden Umgebung aufhielt. Alle Familienangehörigen stellten sich die Frage, wie lange sie noch in der Lage sein würde, ihren Alltag allein zu meistern. Schließlich wurde das Problem derart schlimm, dass die Familie meiner Tante sich bereit erklärte, die Großmutter bei sich aufzunehmen. Es wurde ein eigenes Zimmer, das an den Dachboden angegliedert war, für sie eingerichtet, sodass für sie ein separater Wohnbereich zur Verfügung stand. Das Essen nahm sie gemeinsam mit den anderen Familienmitgliedern ein und sie konnte sich in ihr Zimmer zurück ziehen, wenn sie Ruhe brauchte. Ihre Verwirrtheit nahm mit der Zeit immer weiter zu. Es trat der Fall ein, dass sie stürzte und in ein Krankenhaus eingewiesen werden musste. Dieser Ortswechsel wirkte sich allerdings sehr negativ auf ihren geistigen Zustand aus und sie kam noch verwirrter als vorher in die Familie meiner Tante zurück. Neben der Desorientiertheit traten zunehmend die typischen Verhaltensweisen des Demenzkranken auf, was meine Tante dazu veranlasste, ein Zimmer in der Wohnung herzurichten und den Sohn in das Zimmer der Mutter umzusiedeln. Meine Oma wanderte nachts herum, konnte sich nicht mehr selbst waschen und anziehen, zeigte aggressives Verhalten, beschmierte die Wände des Badezimmers mit Kot und konnte sich nur noch schlecht verbal artikulieren. Die Belastung wurde für die Familie immer größer, weil sie vierundzwanzig Stunden am Tag mit den Problemen konfrontiert wurde. Es war vor allem meine Tante, die sich darum zu kümmern hatte, ihre Mutter zu pflegen und gleichzeitig ihre Kinder zu erziehen. Auch das Geld der Pflegeversicherung konnte die Familie nicht davon abhalten, die Kranke in ein Heim zu geben. Zwar fiel dieser Entschluss niemandem leicht, jedoch konnte nur so eine Entlastung geschaffen werden, verbunden mit einer Betreuung durch qualifiziertes Personal. Dass allerdings auch ein Heimaufenthalt nicht immer eine Verbesserung der Situation darstellt, haben die vier Töchter, samt der Enkel meiner Oma, in der Zeit der Heimunterbringung über mehrere

Jahre miterleben können. Jeden Tag war von uns jemand bei ihr, um mit ihr spazieren zu gehen. Später konnte sie nicht mehr gut laufen und wir mussten sie im Rollstuhl spazieren fahren. Schließlich war auch das nicht mehr möglich und meine Oma saß nur noch mit den anderen Bewohnern zusammen im Flur der Station. Reden konnte man mit ihr nicht mehr und die Besuche wurden zunehmend strapazierter. Während wir sie fütterten, schimpfte sie laut und weigerte sich des öfteren, etwas zu essen. Es war für alle Beteiligten schwierig, mit diesem Verhalten umzugehen, denn keiner besaß fachliches Wissen über die Symptome der Demenz. Vielleicht hätten wir weniger Probleme gehabt, wären wir über die Krankheit angemessen informiert gewesen. Die Besuche wurden für uns regelrecht zur Pflicht und wenn wir uns nicht überwinden konnten, ins Altenheim zu fahren, plagte uns das schlechte Gewissen. Auch stieg die Angst, meine Großmutter könne sterben, während wir uns, anstatt sie zu besuchen, einen angenehmen Nachmittag gestalteten. Zuletzt war sie bettlägerig, dämmerte nur noch vor sich hin, bis sie nach vier Jahren im Heim starb. Obwohl wir sehr traurig waren, fühlten wir uns alle wie befreit.

6.2 Angehörigenberatung

Bei der Beratung können verschiedene Formen gewählt werden. Ein Einzelgespräch, das sowohl einmalig als auch über einen längeren Zeitraum zur regelmäßigen Unterstützung angeboten wird, kann auch außerhalb einer Beratungsstelle erfolgen. Da Angehörige unter der Belastung leiden, den Kranken nicht aus den Augen lassen zu können, muss hierauf flexibel reagiert werden. Berater helfen telefonisch und bieten ihre Unterstützung auch im Haus des Ratsuchenden an. Die Möglichkeit einer anonymen telefonischen Beratung ist für Angehörige von besonderer Bedeutung, da die Konfrontation mit einer Demenzerkrankung immer noch mit Scham verbunden ist. Dies gilt nicht nur für den Kranken, sondern häufig auch für alle anderen indirekt betroffenen. Ebenso kann der Anruf einen Hilfeprozess ermöglichen, der weitaus mehr umfasst als die Beratung. Hausbesuche ermöglichen dem Berater, sich ein umfassendes Bild der Gesamtsituation zu machen. Er lernt den Demenzkranken in seinem direkten Umfeld kennen und kann Hilfen zur Wohnraumanpassung, die eine Pflege erleichtern können, anbieten. Beratung kann aber auch für die gesamte Familie erfolgen. Da sich häufig nur eine Person um die Pflege kümmert, ist das Ziel dieser Beratungsform, die familiäre Unterstützung anzuregen, um die Last auf mehrere Schultern zu verteilen. Eine weitere Form ist die Gruppenberatung, auf die ich unter Punkt 6.3 eingehen werde (Vgl. Domdey, 1996, S. 123).

Leitlinien der Angehörigenberatung nach Bruder:

a. Methodische Gesichtspunkte

- Gründliches Kennenlernen
- Erkennen der Belastungen
- Beobachtung von Verhalten und Interaktionen der Beteiligten

- Berücksichtigung des Zeitbedarfs für Beratung
- Gemeinsame Suche nach Lösungen
- Schulung der Wahrnehmung für kleine Veränderungen
- Beachtung der Unterschiede zwischen ehelichen und intergenerationellen Pflegebeziehungen
- Berücksichtigung der Alterseinstellungen des Beraters
- Berücksichtigung der beratungsimmanenten Parteinahme für Familienpflege
- Beobachtung eigenen geistig-seelischen Funktionierens (und Versagens) zur Förderung des Verständnisses von Demenzkranken
- Bewusstsein für (schwer definierbare) Grenzen zwischen Beratung und Psychotherapie herstellen

b. Allgemeine Ziele

- Ausdruck des Belastungserlebens und ambivalenter Gefühle zum Gepflegten anregen
- Entlastung von Verpflichtung und normativem Druck
- Anerkennung und Bestätigung, u. a. durch Verdeutlichung der Pflege-Effekte
- Begleitung und Unterstützung innerer Umstellungsprozesse (Rollenwechsel, Umkehrung des Bedeutungs- und Machtgefälles)
- Förderung von Selbstwahrnehmung und Reflexion des Betreuungsverhaltens
- Verbesserung der Bereitschaft, Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Erlebnis des glaubwürdigen Versuchs der Familienpflege ermöglichen
- Bewahren der positiven Anteile der Beziehung

Um wirksame Beratung leisten zu können, empfiehlt Bruder zunächst ein gründliches Kennenlernen der Betroffenen. Dies geschieht anhand von Informationen sowohl über die Biographie des Kranken als auch über die Motive zur Übernahme der Pflege seitens der Angehörigen. Es muss ebenfalls berücksichtigt werden, wer die Pflege leistet. Handelt es sich hierbei um einen Ehepartner, kann dies mehr Belastungsfaktoren mit sich bringen, da die Person aufgrund ihres wahrscheinlich höheren Alters in der Situation mit dem eigenen Tod aber auch mit dem Verlust des Partners konfrontiert wird. Diese Aspekte sind für den weiteren Beratungsprozess wichtig, da der Beratende mehr Sicherheit in seiner Urteilsfähigkeit und auch mehr Verständnis für die Verhaltensweisen seiner Klienten erhält. Im zweiten Schritt geht es darum, die Pflegenden dahingehend zu unterstützen, die Belastungen benennen zu können. Mit Hilfe des Beraters soll so eine Analyse ermöglicht werden, die den Angehörigen zeigt, in welchen Situationen sie unter besonderer Beanspruchung leiden. Innerhalb des Prozesses kann sich der Berater von der Situation abgrenzen, in dem er zu einem teilnehmenden Beobachter der Interaktionen zwischen dem Kranken und den Pflegenden wird. Aus dieser Distanz heraus hat er die Möglichkeit, die Kommunikationsmuster zu erkennen und die Verhaltensweisen besser einzuschätzen. Dies erleichtert ihm auch, den Angehörigen auch kleine Veränderungen im Beratungsprozess bewusst zu machen, denn das Wahrnehmen

dieser zunächst unauffälligen Punkte kann sich motivierend auf den weiteren Verlauf der Pflege auswirken. Grundsätzlich sollte für eine Beratung ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, was von Angehörigen als Entlastung empfunden werden kann, denn „Ungenügen und Mangel können zum zentralen Erleben werden“, was einen der Gründe für Überforderung in der Pflege darstellt. Eine weitere Entlastung kann bewirkt werden, indem der Berater sich auf der gleichen Ebene befindet wie die Betroffenen. Besonders in Situationen, wo veränderte Verhaltensweisen des Kranken auftreten, kann der Beratende ebenso hilflos reagieren wie die Angehörigen. Die Tatsache, dass auch ein Experte zeitweilig ratlos erscheint, vermittelt die Möglichkeit, gemeinsam nach Lösungen suchen zu können. Die Ziele der Beratung liegen laut Bruder darin, den Betroffenen die Möglichkeit einzuräumen, sowohl negative als auch positive Empfindungen bezüglich ihrer Situation zum Ausdruck bringen zu können. Auf diese Weise erhalten sie Distanz zu den belastenden Gedanken, was eine Relativierung derselben erleichtert. Da diese Gefühle nicht selten mit Scham verbunden sind, muss der Berater eine vertrauensvolle Basis schaffen und den Betroffenen bewusst machen, dass derartige Empfindungen im Kontext der Pflegesituation normal sind und sie das Recht haben, dem kranken Angehörigen mit ambivalenten Gefühlen gegenüber zu stehen. Negative Empfindungen resultieren häufig aus normativem Druck und sollten vom Beratenden aufgegriffen werden. Wird die Pflege nicht freiwillig geleistet, kann er die Ratsuchenden ermutigen, anderen Personen die Aufgabe der Betreuung zu übertragen, um Gefühle der Resignation und Freudlosigkeit zu vermeiden. Hierfür ist erforderlich, dass die pflegenden Angehörigen ein anderes Nutzungsverhalten bezüglich Hilfsangeboten erlernen, denn häufig nehmen sie diese Unterstützungsleistungen entweder zu spät oder überhaupt nicht in Anspruch. Unterstützung anzunehmen ist für viele gleichbedeutend mit dem Gefühl, der Situation nicht gerecht zu werden und somit versagt zu haben (Vgl. Bruder, 1998, S. 277-281). Fehlendes Wissen über externe Hilfen, aber auch ein ausgeprägter Autonomiewille können laut Buijssen ebenfalls als Ursachen genannt werden (Vgl. Buijssen, 1996, S.32). Mit der Pflege entsteht innerhalb der Beziehungen ein Rollenwechsel, der ebenfalls die Situation erschweren kann, „weil er das frühere Macht- und Bedeutungsgefälle zwischen Kindern und Eltern umkehrt“ (Bruder, 1998, S. 282). Nicht selten resultieren aus diesen neuen Verhältnissen Schuldgefühle, weil Kinder plötzlich in die Rolle der Überlegenen hineinwachsen müssen. Die bisherige Beziehungsgestaltung hat ebenfalls maßgeblichen Einfluss auf das Belastungsempfinden und somit auch auf die Qualität der Pflege. Buijssen schreibt hierzu, dass eine bis zum Ausbruch der Krankheit schlechte Beziehung sich im Verlauf der Pflege dahingehend äußert, dass Angehörige weitaus empfindlicher auf undankbares und unzufriedenes Verhalten der Kranken reagieren als es in einer intakten Beziehung der Fall ist. War die Kommunikation vorher gut und herrschten intakte Verhältnisse, sind die Pflegenden den Aufgaben eher gewachsen (Vgl. Buijssen, 1996, S. 30). Ziel der Beratung soll es daher sein, gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen konfliktbehaftete Beziehungen zu analysieren und die Reflexionsbereitschaft zu verbessern. Bruder beschreibt dies als einen wellenförmigen Prozess, da die reflexiven Anstöße und die innere Umstellung auf die neue Rolle wechselseitig dazu führen, die Beziehung besser zu verstehen. Ein weiteres Problem Angehöriger zeigt sich darin, dass sie die Resultate ihrer Leistungen nicht mehr wahrnehmen. Da Demenzkranke im Verlauf ihrer Erkrankung Gefühle nicht mehr

konkret artikulieren können, muss der Berater den Angehörigen verdeutlichen, „worin sich Wohlbefinden oder günstige Verbesserungen beim Kranken zeigen.“ (Bruder, 1998, S. 281) Ein weiteres Ziel der Beratung bezieht sich auf den Langzeitaspekt der Pflegeerfahrung. Auch nach dem Tod des Kranken sollen die Angehörigen rückblickend das Gefühl erhalten können, alle Möglichkeiten der Hilfe ausgeschöpft zu haben, da sich dies positiv auf ihr Selbstbild und ihre eigenen Alterserwartungen auswirkt. Durch die Belastungen, die mit der Pflege einhergehen, kann die Wahrnehmung der Angehörigen dahingehend verzerrt werden, dass sie verstärkt die negativen Aspekte in der Beziehung zum Dementen sehen. An sich geglückte lebenslange Beziehungen können somit aufgrund eines konfliktbehafteten Abschnitts in Frage gestellt werden, was den Pflegeprozess erheblich erschwert. Um dies zu verhindern kann der Berater zum einen dabei helfen, die Wahrnehmung zu korrigieren, zum anderen aber auch dazu ermutigen, die Pflege zu beenden und einer anderen Person zu überlassen (Vgl. ebd., S. 283)

Schwerpunkte der Angehörigenberatung

a. Klären, Informieren, Verständlichmachen, Vermitteln

In der Beratung soll den Angehörigen verdeutlicht werden, welche Fähigkeiten der Demenzkranke noch besitzt. Dies soll die Hilfesuchenden darin unterstützen, den zu Pflegenden besser einzuschätzen und ihre Erwartungshaltung dementsprechend auszurichten. Viele Betroffene erwarten im Prozess der Pflege zu viel und reagieren mit Enttäuschung, wenn ihre Erwartungen nicht erfüllt werden. Sie müssen darin bestärkt werden, selbst herauszufinden, welche Potenziale beim Kranken zu finden sind, und lernen, diese anzuregen.

Eine weitere Aufgabe des Beraters ist es, über das Krankheitsbild der Demenz, Therapiemöglichkeiten und den Stand der Forschung zu informieren. Den Angehörigen soll vermittelt werden, in welcher Form sich die Krankheit auf einen Menschen auswirken kann, so dass sich hieraus ein besseres Verständnis für die Situation des Patienten entwickeln kann. Ein Verstehen der Symptome kann auf die Pflegenden entlastend wirken und zu einer Verbesserung des pflegerischen Umgangs führen. Im Verlauf des Pflegeprozesses verlieren die Angehörigen häufig das Empfinden dafür, dass der Kranke unter seinen Störungen leidet. Der Berater kann aufgrund seiner distanzierten Perspektive dazu beitragen, dass die Probleme des Dementen besser wahrgenommen und nachempfunden werden können. Die Angehörigen werden im Gespräch über ein angemessenes pflegerisches Verhalten im Umgang mit dem Kranken aufgeklärt, wie es auch professionellen Kräften vermittelt wird. Zu den Inhalten dieses Aspekts gehört, dass über die Regeln der Kommunikation, die Förderung des Wertgefühls und eine weitgehende Konstanz von zeitlichen, räumlichen und personellen Rahmenbedingungen gesprochen wird.

Ebenfalls zu den zentralen Inhalten des Beratungsgesprächs gehört, dass Angehörige über professionelle Unterstützungsangebote informiert werden. Der Berater gibt sowohl organisatorische, als auch instrumentelle Hinweise über die mögliche Nutzung fremder Hilfen und vermittelt den Angehörigen Beurteilungswissen anhand von Kriterien, mit deren Hilfe man die einzelnen Angebote in ihrer Qualität bewerten kann (Vgl. ebd., S. 285-287).

b. Unterstützung bei der Akzeptanz der Defizite und bei der begleitenden Trauer

Im Rahmen der Beratung sollten die Betroffenen darin unterstützt werden, schrittweise Abschied von dem Kranken nehmen zu können. Um diesen Prozess zu ermöglichen, muss „behutsam auf die Wahrnehmung und Akzeptanz der Verluste hingearbeitet werden“ (Vgl. ebd., S. 288).

c. Unterstützende Auseinandersetzung mit Persönlichkeitsmerkmalen der beteiligten Menschen und mit ihren Beziehungen

In diesem Punkt geht es darum, Verständnis für die Persönlichkeitsveränderungen des Kranken zu wecken. Da aber aus diesen Veränderungen auch Konflikte resultieren können, die ihren Ursprung in früheren Zeiten haben, kann sich dies negativ auf die Pflegesituation auswirken und somit eine weitere Belastung für den Kranken sowie die Angehörigen bedeuten. Die Beratung zielt auf die Aufarbeitung der Konflikte ab und bekommt an dieser Stelle psychotherapeutischen Charakter. Handelt es sich bei den Pflegenden um die Kinder der Kranken, soll es das Ziel der Beratung sein, eine Verbesserung ihrer filialen Reife anzustreben. Sie sollen sowohl emotionale Autonomie und somit die Fähigkeit zu fürsorglich-grenzziehendem Pflegeverhalten entwickeln, als auch lernen, ihre Schuldgefühle besser zu kontrollieren (Vgl. ebd., 1998, S. 288 f).

6.3 Angehörigengruppen

Angehörigengruppen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen aus dem sozialen Bereich geleitet. Neben Sozialpädagogen können auch Psychologen, Ärzte oder ehrenamtliche Helfer die Leitung übernehmen. Empfohlen wird eine Person, die über einen möglichst hohen Grad an Informiertheit verfügt. Bewährt hat sich eine Kombination verschiedener Berufsgruppen, um eine möglichst vielschichtige Sichtweise zu gewährleisten. Eine Angehörigengruppe dient zum einen dem Erfahrungsaustausch der Mitglieder untereinander und zum anderen der Deckung des Informationsbedarfs. Viele Betroffene sind nur geringfügig über rechtliche, finanzielle und medizinische Hilfen aufgeklärt. In der Gruppe erhalten sie diesbezüglich Unterstützung durch die professionelle Betreuung, aber auch durch die Erfahrungen der anderen Pflegenden. Durch die regelmäßige Teilnahme an diesen Angeboten haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich für eine gewisse Zeit aus der Situation der Pflege zurückzuziehen. Sie können im Austausch mit anderen erfahren, dass gewisse Empfindungen und Probleme, die aus der Betreuung eines Demenzkranken resultieren, normale Begleiterscheinungen sind, die nicht durch das eigene Versagen verursacht werden (Vgl. Hedtke-Becker, 1999, S. 74 f, 99 f). Neben der Vermittlung von Informationen geht es in der Angehörigengruppe vor allem um die Förderung der Selbsthilfepotenziale. Die Mitglieder lernen durch professionelle Unterstützung, wie sie schwierige Verhaltensweisen der Kranken beeinflussen und die noch vorhandenen Fähigkeiten fördern können. Da die Pflegenden häufig unter körperlichen Beschwerden wie Rückenschmerzen u.a. leiden, müssen sie Fertigkeiten erlernen, die diese Belastungen reduzieren. Hierzu gehören spezielle Techniken beim

Heben des Kranken oder Möglichkeiten, wie alltägliche Körperpflege ohne allzu großen Energieaufwand geleistet werden kann. Die Schulung ermöglicht zusätzlich die Entwicklung von Lösungsstrategien für das eigene Verhalten. Um zukünftig auf Belastungen besser reagieren zu können, erlernen die Angehörigen Entspannungstechniken wie Autogenes Training oder Übungen zur Muskelentspannung (Vgl. Fuhrmann et al., 1995, S. 89 f, Buijssen, 1996, S. 69).

6.4 Betreuungsgruppen

Betreuungsgruppen stellen sowohl ein Hilfsangebot für die Kranken als auch für die pflegenden Angehörigen dar, die an zwei Nachmittagen bei der Betreuung des Dementen entlastet werden sollen. Angebote dieser Art werden in der Regel wohnortnah in einem Gemeindezentrum oder einer Begegnungsstätte von Ehrenamtlichen und Fachkräften über drei bis vier Stunden durchgeführt. Es handelt sich hierbei um eine sogenannte Verhinderungspflege, die den Angehörigen über einen bestimmten Zeitraum vertritt. Die Kosten werden im Rahmen des Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetzes bis zu einem Betrag von 1432 € und für höchstens 28 Tage im Jahr übernommen. Der Vorteil der Gruppen liegt darin, dass in ihnen auch Kranke betreut werden können, die eine intensive Pflege benötigen, da für jeden Teilnehmer eine ehrenamtlich tätige Person zur Verfügung steht. An den Nachmittagen wird gemeinsam Kaffee getrunken, miteinander gespielt oder spazieren gegangen, wobei die einzelnen Fähigkeiten und Interessen der Teilnehmer berücksichtigt werden. Alle Aktivitäten beruhen auf Freiwilligkeit, jedoch bemühen sich die Betreuer, die Betroffenen zur Teilnahme anzuregen. Als Ergänzung zu dieser Hilfe sind mittlerweile auch Gruppen entstanden, die sich bevorzugt um allein lebende Demenzkranke kümmern, die unter Depressionen leiden und sich im Anfangsstadium der Erkrankung befinden. Das Angebot findet vormittags statt und wird mit einem gemeinsamen Mittagessen abgeschlossen (Vgl. Schwarz, 2003).

6.5 Selbsthilfegruppen für Demenzkranke

Snyder u. a. entwickelten diesen therapeutischen Ansatz, um den Betroffenen eine Möglichkeit zu geben, sich im Gespräch mit anderen über ihr Krankheitserleben auszutauschen. Für die Durchführung eines Gruppengesprächs sind bestimmte Themen vorgegeben, um die Konzentration der Gruppenmitglieder auf ein gemeinsames Thema zu unterstützen. Es finden insgesamt acht Sitzungen statt, die jeweils 90 Minuten dauern. Es geht in den Gesprächen vor allem um die spezifischen Probleme der Betroffenen und die Art und Weise, wie sie diese bewältigen. Aber auch rechtliche und finanzielle Aspekte, die mit der Erkrankung verbunden sind, spielen eine große Rolle. Der Schwerpunkt liegt in den Gesprächen allerdings auf dem emotionalen Erleben der Patienten. Mit Hilfe der Gruppe sollen sie lernen, sich mit ihren Gefühlen und Ängsten auseinanderzusetzen. In den Gruppen, die von Snyder u. a. initiiert wurden war vorausgesetzt, dass die Teilnehmer über ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit verfügten. Sie mussten lesen können und durften auch

keine psychiatrischen Auffälligkeiten zeigen. Im Rahmen der Analyse des Gruppenverlaufs konnte festgestellt werden, dass die Betroffenen sich dankbar der Gruppe gegenüber zeigten und diese als Stütze empfanden. Erkannt wurden auch die Strategien, die von den Patienten zur Verarbeitung und Bewältigung der Krankheit genutzt wurden. Alle Teilnehmer empfanden es als entlastend, einer Gruppe anzugehören. Ebenso wurde deutlich, dass viele der Situation hilflos gegenüberstanden und sich der Krankheit ausgeliefert fühlten (Vgl. Gunzelmann u. Schumacher, 1997). Die Wichtigkeit von Gruppenarbeit mit demenzkranken Menschen betonen auch Niemann-Mirmehdi und Mahlberg: „Erfahrungsgemäß haben diese Gruppen eine sehr positive Wirkung auf das Wohlbefinden der Patienten.“ Die Teilnehmer können Eigeninitiative und Freude an Aktivitäten entwickeln und tendieren weniger dazu sich zurückzuziehen. Dies verhindert in vielen Fällen sogar eine Depression. Selbsthilfegruppen werden in der Regel von Sozialpädagogen betreut, jedoch können auch andere professionelle Helfer aus unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen die Treffen leiten. Es empfiehlt sich eine Teilnehmerzahl von bis zu zehn Patienten, die von einem oder zwei Therapeuten begleitet werden. Neben den Gesprächen über das Belastungserleben finden auch Ausflüge und kulturelle Unternehmungen statt (Vgl. Niemann-Mirmehdi u. Mahlberg, 2003, S. 95).

6.6 Kompetenzzentren für die Koordination von Hilfen am Beispiel des „Netzwerk Caritas-Demenz-Servive“ in Rheine

Aus eigener Erfahrung ist mir bekannt, wie schwierig sich teilweise die Suche nach Unterstützung gestaltet. Viele Hausärzte, die häufig als erste Anlaufstelle in Betracht gezogen werden, sind leider nicht in dem Maße über die Krankheit und mögliche Hilfen informiert, wie es erforderlich wäre. Am Ende stehen die Betroffenen mit der Diagnose allein und nehmen unvorbereitet die Pflege des Kranken auf sich. Aus diesem Grunde werden in Deutschland zunehmend Kompetenzzentren geschaffen, die eine Vernetzung von Hilfeleistung sowohl in der Pflege als auch in der psychosozialen Unterstützung leisten.

In meinem konkreten Beispiel geht es um das „Netzwerk Caritas-Demenz-Service“, das in Rheine entstehen wird um so auf den Bedarf an Hilfen für die Betroffenen zu reagieren.

In einem ehemaligen Redemptoristenkloster werden Hausgemeinschaften und teilstationäre sowie ambulante Angebote für Demenzkranke entstehen. Eine der Hausgemeinschaften wird im Obergeschoss des vorhandenen Gebäudes eingerichtet, zwei weitere Häuser mit jeweils einer Wohngemeinschaft für zehn Patienten werden neu gebaut. Zum weiteren Angebot gehören eine Tagespflege und ein Café, das sowohl tagsüber als auch nachts in Anspruch genommen werden kann. Mit dieser Form der Betreuung wird vor allem der nächtlichen Aktivität vieler Dementen entsprochen. Eine Beratungsstelle mit einem Demenztelefon und ein Schulungsbereich für alle Personen, die mit demenziellen Patienten konfrontiert werden, runden das Betreuungsangebot ab. Als ergänzende Maßnahmen bietet die Caritas eine Vernetzung von niedrigschwelligen Angeboten. Hierzu zählen ambulante Betreuungsgruppen und häusliche Tages-

und Nachtpflege. Die Hausgemeinschaften zeichnen sich durch ein dementengerechtes Milieu aus. Sie sind übersichtlich strukturiert und berücksichtigen die Bedürfnisse der Bewohner nach Vertrautheit und Autonomie. Mittelpunkt jeder Wohneinheit ist die Wohnküche mit einem angrenzenden Gemeinschaftszimmer. Jeder Bewohner erhält ein eigenes Zimmer, in das er sich zurückziehen kann. Bei der Gestaltung der Räume wird darauf geachtet, dass Möglichkeiten zur Orientierung gegeben und verwirrende Muster vermieden werden. Die Einrichtung der privaten Zimmer wird von den Patienten bestimmt, um in vertrauter Umgebung leben zu können. Von der Wohnküche aus kann ein Sinnesgarten erreicht werden. Um Konflikte zwischen den Kranken zu vermeiden, werden die Wohngemeinschaften homogen sein, so dass die Dementen einen leichteren Zugang zu ihren Mitbewohnern haben. Bei dieser Planung wurde auch an das Personal gedacht, das sich durch die Homogenität der Gruppe nur auf Demenzzranke konzentrieren kann und nicht, wie im Pflegeheim, zwischen unterschiedlichen Welten umschalten muss. Das Konzept der Caritas sieht darin auch eine Möglichkeit, den Professionalisierungsgrad zu erhöhen und für die Zufriedenheit der Pflegekräfte zu sorgen. Die Tagesstruktur ist am Alltag orientiert. Je nach Krankheitsgrad werden die Bewohner in alle alltäglichen Aktivitäten integriert. Ein weiterer wichtiger Aspekt in diesem Konzept ist, dass die Angehörigen in die Pflege und Betreuung der Demenzzpatienten miteinbezogen werden. Ihre Kenntnisse werden genutzt, um Informationen über die Biographien der Bewohner zu erhalten. Die Mitarbeit ermöglicht ihnen, konstruktiv an der Pflegeplanung mitzuwirken und hilft ihnen dabei, auch weiterhin eine intensive Beziehung zu ihren Angehörigen aufrechtzuerhalten.

Das Tages- und Nachtcafe kann von allen Beteiligten als Treffpunkt genutzt werden. Die Caritas plant, das Cafe für zielgruppenorientierte Angebote zu nutzen und es als niedrigschwelliges, offenes Angebot anzubieten.

Damit Demenzzranke auch weiterhin in ihren Familien gepflegt werden können, ist es notwendig, Entlastungsmöglichkeiten für die Angehörigen anzubieten. Dies wird bei der Caritas durch die ergänzende Tages- und Nachtbetreuung sowie Betreuungsgruppen in speziellen Räumlichkeiten gewährleistet. Vermittelt werden diese Angebote über einen Berater der gerontopsychiatrischen Beratungsstelle der Caritas. In den Betreuungsgruppen werden verschiedene Leistungen angeboten wie zum Beispiel gemeinsames Spielen, Kaffeetrinken und Spaziergänge, mit dem Ziel, soziale Bezüge und Kompetenzen aufrechtzuerhalten. Zur Entlastung werden aber auch Urlaube als Gruppenreisen geplant, sowie häusliche Tages- und Nachtbetreuung angeboten. Angehörige können so zu bestimmten Zeiten von geschulten Kräften unterstützt und entlastet werden. Diese Hilfe beinhaltet auch spezielle Trainings mit den Patienten, um ihre Selbständigkeit zu unterstützen.

Wenn diese Hilfen durch eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit nicht mehr ausreichen aber ein Heimeintritt verhindert werden soll, bietet das Konzept teilstationäre Angebote an, um den Kranken so lange wie möglich eine häusliche Betreuung gewährleisten zu können. Auch hier wird wie in den Wohngruppen auf die Bedürfnisse der Patienten Rücksicht genommen, in dem die Räumlichkeiten dementengerecht gestaltet werden und die Biographie in die Betreuung integriert wird. Weitere Angebote sind Musiktherapie, Validation und Basale Stimulation. Ein erster Anlaufpunkt für die Betroffenen ist die gerontopsychiatrische

Beratungsstelle. Sie sieht ihre Aufgabe darin, durch Öffentlichkeitsarbeit für ein besseres Verständnis von Demenzerkrankungen zu sorgen. Daneben bietet sie psychosoziale Begleitung für Patienten und Angehörige, Beratung in rechtlichen und finanziellen Angelegenheiten, Vermittlung von Entlastungsangeboten und eine Vernetzung und Vermittlung mit anderen Ansprechpartnern. Die Beratungsstelle stellt mit dem Demenztelefon eine Möglichkeit der telefonischen Beratung, in der alle Fragen zum Thema Demenz von Fachleuten beantwortet werden, zur Verfügung. Es bietet aber auch eine Möglichkeit für Angehörige oder Demenzkranke, entlastende Gespräche ohne vorherige Terminvereinbarung zu führen. Für pflegende Angehörige werden Informationsveranstaltungen angeboten, in denen sie sich mit anderen Betroffenen austauschen können. Ebenso entsteht die Möglichkeit, Gesprächskreise und Pflegekurse zu besuchen, in denen Hilfen für einen verbesserten Umgang mit den Kranken Angehörigen vermittelt wird. Während der Teilnahme an den Angeboten, werden die Demenzpatienten in einer Gruppe betreut. Um eine möglichst gute Betreuung und Pflege zu gewährleisten, sollen umfassende Schulungsangebote für professionelle und ehrenamtliche Helfer angeboten werden. Insbesondere die Arbeit Ehrenamtlicher ist von hoher Bedeutung, da sie in Zeiten von Personalmangel und Kostendruck eine große Rolle in der psychosozialen und pflegerischen Betreuung von Demenzkranken spielen (Vgl. Caritas-Konzept, 2004).

7. Zusammenfassung und persönliche Stellungnahme

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht die besonderen Aspekte der Demenzerkrankung und zeigt auf, in welcher Weise die Krankheit das Leben eines alten Menschen verändert und wie in der Regel versucht wird, die veränderten Bedingungen zu bewältigen. Die Tatsache, dass derzeit keine Möglichkeit der Heilung durch eine medikamentöse Therapie besteht, rückt die nichtmedikamentösen Therapien wie Hirnleistungstrainings, ROT, SET, Milieuthherapie und Musiktherapie in den Mittelpunkt der Betreuung von Demenzkranken. Auch Konzepte wie Dementia Care Mapping, Validation, Basale Stimulation und Sinnesgärten können zu therapeutischen Zwecken genutzt werden, um den Kranken zu einer verbesserten Orientierung zu verhelfen und Pflegenden den Umgang mit den oft schwierigen Verhaltensweisen Demenzkranker zu erleichtern. Da auch mit Hilfe der nichtmedikamentösen Therapien die Krankheit nicht geheilt werden kann, liegt das Hauptaugenmerk bei der Betreuung Demenzkranker auf der Verbesserung der Lebensqualität und des Wohlbefindens. Ein eher negatives Bild zeichnet sich allerdings in der stationären Versorgung ab, was u. a. zu der Entwicklung der Idee von betreuten Wohngemeinschaften geführt hat, um Demenzkranken ein größtenteils selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Da ein großer Teil der Kranken zunächst von seinen Angehörigen gepflegt wird, sind professionelle Unterstützungsleistungen notwendig, um eine Heimeinweisung möglichst hinauszuzögern. Der oft schwierigen Suche nach Hilfen kann mit Kompetenzzentren begegnet werden, die Entlastungsmöglichkeiten koordinieren und Beratungs- und Schulungsangebote für die Betroffenen gewährleisten. Hier spielen Sozialpädagogen eine große Rolle, da ihre Aufgabe vor allem darin liegt, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Ein eher negatives Bild für die Berufsgruppe zeichnet sich allerdings in der stationären Versorgung Demenzkranker ab. Tatsächlich ist es so, dass in Einrichtungen der Altenhilfe lediglich 3,5 % der Kräfte für die soziale Betreuung zuständig sind (Vgl. Hallhauer, J. F., 2004, S. 19). Dabei könnten Sozialpädagogen einen wesentlichen Beitrag zur Integration der Kranken und zum Verständnis dieser leisten, in dem sie die psychosozialen Aspekte der Krankheit im Behandlungsteam verdeutlichen. Ebenso können sie Lösungen anbieten, wenn Konflikte zwischen Pflegern und Bewohnern entstehen. Eine Begleitung des Pflegepersonals ist insbesondere deshalb wünschenswert, da die Anforderungen an die Kräfte zunehmend steigen und hieraus Belastungen entstehen, die sich nicht nur negativ auf den eigenen Gesundheitszustand auswirken, sondern auch das Verhältnis zu den Kranken in negativer Weise beeinflussen können. Pfleger müssen neben der medizinischen Versorgung auch für die soziale Unterstützung sowohl der Kranken als auch deren Angehörigen sorgen, wofür sie allerdings häufig keine entsprechende Qualifikation besitzen. Für sie wäre es wünschenswert, wenn diese Tätigkeiten zukünftig vermehrt von Sozialpädagogen übernommen werden könnten. Um eine qualifizierte sozialpädagogische Beratung bzw. Hilfe leisten zu können ist es allerdings erforderlich, sich spezielles Wissen über Demenzerkrankungen anzueignen, was leider bislang in der Ausbildung an Fachhochschulen vernachlässigt wird. Natürlich kann eine Fachhochschule keine spezialisierten Wissensbestände vermitteln, aber dennoch zu einem gerontologischen Basiswissen beitragen und auf diese Weise den Studenten das Thema Alterserkrankungen näher bringen.

Auch wenn die Sozialpädagogik nur einen geringen Stellenwert in Pflegeheimen besitzt, kann sie das Wissen zumindest in der Beratungstätigkeit nutzen, da hier insbesondere die spezifischen Aspekte der Demenz vermittelt werden sollen, und so zu einem besseren Verständnis für Demenzkranke in unserer Gesellschaft beigetragen werden kann. Allgemein zeichnet sich ein positiver Trend im Umgang mit dieser Zielgruppe ab, was sicherlich auch den vielen Untersuchungen, Diskussionen und TV-Dokumentationen bezüglich der problematischen Bedingungen, unter denen die Patienten leben, zu verdanken ist. Es wird zunehmend deutlicher, dass Menschen, die unter dem Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten leiden, durchaus noch Fähigkeiten besitzen, die es zu fördern gilt, insbesondere im Hinblick auf das beeinträchtigte Selbstwertgefühl. Im Rahmen meiner Arbeit wurde mir zunehmend klarer, dass bei ihnen doch noch etwas ankommt, jedoch auf eine andere Weise, als es bei gesunden Menschen der Fall ist. Es ist dringend notwendig, von falschen Bezeichnungen wie zum Beispiel „Altersblödsinn“ Abstand zu nehmen, um den Kranken mit mehr Respekt zu begegnen. Um den Betroffenen einen angenehmen Lebensabend zu gestalten halte ich es für erstrebenswert, das Angebot alternativer Wohnformen weiter auszubauen, was schließlich auch zu einer Abnahme der hohen Bewohnerzahlen in traditionellen Pflegeheimen führen kann.