

„DEMENZ – PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

Alternative Betreuungsmodelle
aus nationaler und internationaler Sicht



DOKUMENTATION DER
JAHRESKONFERENZ 2004
vom 28. Oktober 2004
in Salzburg



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

„DEMENZ – PFLEGENDE ANGEHÖRIGE“

**Alternative Betreuungsmodelle
aus nationaler und internationaler Sicht**

DOKUMENTATION DER JAHRESKONFERENZ 2004

**vom 28. Oktober 2004
in Salzburg**



Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit

Gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit,
Generationen und Konsumentenschutz (BMSG)

REDAKTIONSTEAM:

Irene Köhler
Claudia Klambauer

Illustration: Josef Wirkenstätter, Kunsttherapie, Diakoniezentrum Salzburg

IMPRESSUM

Redaktion und Herausgeber:

Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit
Geigergasse 5–9/3. Stock
1050 Wien

Tel.: (01) 548 29 22
Fax: (01) 545 01 33
E-Mail: office@oeksa.at

Vorwort

*Im Mittelpunkt der ÖKSA-Jahrestagung 2004 standen die Bedürfnisse von demen-
tenden Menschen und deren Angehörigen. Themen wie Krankheitsverlauf und
Bedeutung der Angehörigen im Behandlungsprozess, pflegende Angehörige
zwischen Last und Belastbarkeit, Finanzierung und Bereitstellung von flächen-
deckender Beratung, Anleitung und psychosozialer Entlastungsangebote sowie
die sozialrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger wurden behandelt.*

*Die Zahl der Anwesenden zeigte nicht nur ein große Interesse, sondern auch eine
hohe Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit diesem Thema. Jahreskonferen-
zen des ÖKSA leben vom Dialog, von der Begegnung zwischen den verschiede-
nen Ebenen der sozialen Arbeit in den NGOs, in den Ländern und im Bund so-
wie vom Dialog zwischen Theorie und Praxis.*

*Unter den ExpertInnen kristallisierten sich deutlich zwei Denkschulen heraus:
eine durch die Medizin geprägte und eine, die das Soziale in den Mittelpunkt
stellt. In den internationalen Beiträgen wurde deutlich, dass eine klare Ein-
bindung der Medizin unerlässlich ist. Die „Best-Practice-Modelle“ aus Deutsch-
land, Großbritannien und der Schweiz zeigten jedoch auch sehr klar, wie in-
novative Konzepte der Pflege den drängenden Herausforderungen der Praxis ge-
recht werden können, indem sie auf die Bedürfnisse des Betroffenen aus ganz-
heitlicher Sicht eingehen.*

*In Österreich gibt es 100.000 an Demenz erkrankte Menschen und viermal so
viele betroffene Angehörige – eine große Herausforderung für die österreichische
Gesundheits- und Sozialpolitik.*

*Möge der Geist dieser Tagung sich weiterverbreiten – unter den in der Praxis
Stehenden genauso wie in den Gremien der Entscheidungsträger. Das Österrei-
chische Komitee für Soziale Arbeit wird dafür weiterhin als offene Dialog- und
Koordinationsplattform zur Verfügung stehen.*

Pfarrer Mag. Michael Chalupka
Präsident des ÖKSA

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung

Herbert Haupt
„Demenz – Pflegende Angehörige“ 7

Erwin Buchinger
Pflegenden Angehörigen zur Seite stehen 15

Roswitha Bartsch
Bedürfnisse dementer Menschen und deren Angehörigen 21

Erwin Weber
Krankheitsverlauf und Bedeutung
der Angehörigen im Behandlungsprozess 29

2. Studienpräsentationen

Gunther Ladurner
Epidemiologische Aspekte der Demenz 35

Sigrid Maudrey
Pflegende Angehörige zwischen Last und Belastbarkeit 41

3. Internationale Modelle

Erich Schützendorf
Biotope und Schleusen im Meer der Ver-rücktheit 57

Ian Gordon Manson
Dementia and us 63

Ian Gordon Manson
Demenz und wir 72

Michael Schmieder
Sonnweid Wetzikon:
150 Modelle zur Betreuung von Menschen mit Demenz 83

Herbert Prucher
Perspektiven in der Betreuung von Personen
mit dementiellen Erkrankungen 89

Workshops

Workshop 1
Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitation von Personen mit
Demenzerkrankung in einem Geriatriezentrum 97

Workshop 2
Pflege im Spannungsfeld zwischen Angehörigen und Beschäftigung –
Entlastungsmöglichkeiten für pflegende
Angehörige/Rahmenbedingungen und Finanzierung 101

Workshop 3
Freiheitsbeschränkungen in stationären Einrichtungen 107

Workshop 4
Praxisarbeit: Erlebnisorientierte Pflege nach
dem mäeutischen Pflegemodell 127

Workshop 5
Alt, krank und verwirrt. Ist das noch lebenswert?
Voraussetzungen für eine gute Lebensqualität bis zuletzt bei
hochbetagten oder dementen Menschen 137

Anhang

Mitwirkende 141
Teilnehmende Organisationen 142

Herbert Haupt

„DEMENZ – Pflegende Angehörige“

Konzept zur Eröffnung

Es gilt das gesprochene Wort!

Meine sehr geehrten Damen und Herren, mit der Neuordnung der Pflegevorsorge im Jahr 1993 wurde ein umfassendes österreichweites Pflegevorsorgesystem auf hohem Niveau geschaffen und damit auch eine nachhaltige Verbesserung für die Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen im Sinne der Verbesserung der Möglichkeit, ein bedürfnisorientiertes und selbstbestimmtes Leben führen zu können und die erforderliche Betreuung und Hilfe zu sichern, bewirkt. Die Erfahrungen der letzten elf Jahre und die bislang erstellten wissenschaftlichen Studien zu diesem Pflegevorsorgesystem haben gezeigt, dass gerade das Pflegegeld von einem hohen Zielerreichungsgrad und von einer hohen Akzeptanz der Betroffenen geprägt ist.

Eines der vorrangigen Ziele war und ist es auch, die Pflege zu Hause durch Angehörige bzw. mit Unterstützung durch mobile Dienste nachhaltig zu fördern. Wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass dieses Ziel mit dem österreichischen Pflegegeldsystem und den in den letzten Jahren gesetzten Weiterentwicklungsmaßnahmen durchaus erreicht wird. Mehr als 80 Prozent aller Pflegegeldbezieher werden durch Familienangehörige und soziale Dienste zu Hause gepflegt. Die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ist eine verantwortungsvolle Aufgabe und enorme Herausforderung, besonders wenn es sich um die Betreuung von nahen Angehörigen handelt. Die Übernahme einer derartigen Pflegetätigkeit bringt nicht nur große körperliche und psychische Belastungen mit sich, sondern erfordert auch fachspezifisches Wissen und Informationen.

Die Förderung der Pflege zu Hause und die bestmögliche Unterstützung pflegender Angehöriger sind aus sozialpolitischer Sicht der richtige Weg, um ein qualitativ hochwertiges und finanziell leistbares System der Pflege in Österreich auch weiterhin nachhaltig gewährleisten zu können. Dies waren auch die Gründe, warum pflegenden Angehörigen in den letzten Jahren eine steigende Aufmerksamkeit und Anerkennung geschenkt wurden und sie immer mehr in den Mittelpunkt der Sicherung und Verbesserung der Pflegevorsorge rückten.

Wenngleich sämtliche Studien und Projekte gezeigt haben, dass die Pflege innerhalb der Familie in überwiegendem Ausmaß sachgerecht und in hervorragender Qualität erfolgt, wurden in den letzten Jahren zahlreiche weitere qua-

litätssichernde und unterstützende Maßnahmen ergriffen, die zum Ziel haben, die bestmögliche Pflegesituation für alle Beteiligten zu gewährleisten.

Um pflegende Angehörige weitestgehend sozialversicherungsrechtlich abzusichern, wurde etwa eine begünstigte Weiterversicherungsmöglichkeit in der Pensionsversicherung für nahe Angehörige, die einen pflegebedürftigen Menschen, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 3 bezieht, pflegen und deshalb keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen können, geschaffen. Darüber hinaus wurde mit der Wahrung einer beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung für nahe Angehörige, die einen pflegebedürftigen Menschen pflegen, der zumindest ein Pflegegeld der Stufe 4 bezieht, eine zusätzliche Maßnahme zur Förderung der Pflege in der Familie gesetzt.

Mit der Schaffung eines Rechtes auf Familienhospizkarenz zur Begleitung sterbender Angehöriger und schwerst erkrankter Kinder, der Förderungsmöglichkeit aus Mitteln des Hospizkarenzhärfonds sowie der Möglichkeit einer geänderten Auszahlung und von Vorschüssen hinsichtlich des Pflegegeldes bei Inanspruchnahme von Familienhospizkarenz durch pflegende nahe Angehörige wurde ein weiterer wesentlicher Schritt in Richtung Sicherung der Pflege durch Angehörige zu Hause getan.

Auf der Basis der im Bundespflegegeldgesetz geschaffenen Grundlagen für die Verwirklichung eines Qualitätssicherungssystems im häuslichen Bereich wurde bereits im Jahr 2001 ein Pilotprojekt durchgeführt, in dessen Rahmen diplomierte Pflegefachkräfte bei Pflegegeldbeziehern der Stufen 3 bis 7 Hausbesuche machten.

Ziel des Projektes war es, anhand einer Stichprobe die konkrete Pflegesituation zu erheben und damit Anhaltspunkte für eventuell erforderliche Qualitätssichernde Maßnahmen zu gewinnen sowie zu prüfen, inwieweit die Durchführung von Hausbesuchen ein geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung darstellt. Der vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen erstellte Endbericht zeigt, dass die Pflegequalität bei der Pflege zu Hause grundsätzlich als hervorragend bezeichnet werden kann und nur in wenigen Einzelfällen kurative Defizite bestehen. Dieser Endbericht hat aber auch klar zu Tage gebracht, dass ein eklatantes Informationsdefizit bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen hinsichtlich der konkreten Durch-

führung von Pflegemaßnahmen sowie hinsichtlich des Hilfsmittelangebots, des Angebots ambulanter Pflegedienste und der Fördermöglichkeiten besteht. In diesem Zusammenhang haben sich die im Rahmen dieses Pilotprojekts durchgeführten Hausbesuche als besonders zielführend erwiesen, da die diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in vielen Fällen Hilfestellungen in Bezug auf Pflegehandhabung in Sinne von Pflgetipps, Beratung zu Pflegehilfsmitteln, Prophylaxe und andere Informationen geben konnten.

Aufgrund dieser Ergebnisse und der großen Akzeptanz seitens der Betroffenen wurde im Jahr 2003 ein Folgeprojekt gestartet, wobei der Schwerpunkt auf Information und Beratung gelegt wurde. Aufgrund der mit diesen Projekten gemachten guten Erfahrungen habe ich nunmehr veranlasst, dass unter dem Titel „Qualitätssicherung in der häuslichen Betreuung“ für den Bereich des Bundespflegegeldgesetzes systematisch Information, Beratung und Pflgetipps durch diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen in Form von Hausbesuchen angeboten werden.

Aber auch das so genannte Pflgetelefon, das eine österreichweite gebührenfreie Informationshotline meines Hauses ist, versucht seit einigen Jahren mit großem Erfolg, durch umfassende Information und Beratung zu den Themen Pflegegeld, Pflegedienste, Pflegeheime, Kurzzeitpflege, sozialversicherungsrechtliche Absicherung pflegender Angehöriger, Selbsthilfegruppen etc. dem Informationsdefizit bei den pflegebedürftigen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen entgegenzuwirken und damit zur Qualitätssicherung in der Pflege beizutragen.

Die lange und intensive Betreuung von pflegebedürftigen Menschen bringt die sie pflegenden Angehörigen in manchen Fällen an die Grenze ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit. Um es diesen oft einkommensschwachen Pflegepersonen zu ermöglichen, sich von der Pflege kurzfristig etwas zu erholen oder auch eine Pflegeschulung zum Erlernen schonender Pflegehandgriffe zu absolvieren, wurde im Bundespflegegeldgesetz die Möglichkeit eines Zuschusses zu den Kosten für die Ersatzpflege geschaffen, was letztendlich wiederum der Qualität der Pflegeleistung zugute kommt.

Über meine Initiative hin wurde ermöglicht, dass seit 1. Jänner 2004 ein naher Angehöriger, der eine pflegebedürftige Person seit mindestens einem Jahr

pflegt (Voraussetzung ist der Bezug eines Pflegegeldes zumindest der Stufe 4) und an der Erbringung der Pflegeleistung wegen Krankheit, Urlaub oder aus anderen wichtigen Gründen gehindert ist, bei Vorliegen einer sozialen Härte aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung einen Zuschuss zu jenen Kosten erhalten kann, die die Organisation einer professionellen oder privaten Ersatzpflege verursacht. Es freut mich ganz besonders, dass die Bundesregierung in der Sitzung des Ministerrates vom 12. 10. 2004 den Beschluss gefasst hat, mit Wirkung vom 1. Jänner 2005 das Bundespflegegeld um zwei Prozent zu valorisieren, wodurch ein weiterer Beitrag zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer pflegenden Angehörigen geleistet werden kann.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, parallel zum bundesweit einheitlichen Pflegegeld haben sich die Länder in einer Vereinbarung mit dem Bund verpflichtet, die sozialen Dienste bis zum Jahr 2010 nach einheitlichen Mindeststandards dezentral und flächendeckend auszubauen. Die Länder haben in ihrem Bereich Bedarfs- und Entwicklungspläne erstellt und setzen diese nunmehr bis 2010 laufend um.

Das Jahr 2003 stellt in etwa die Halbzeit im Planungszeitraum der Bedarfs- und Entwicklungspläne, der bis zum Jahr 2010 reicht, dar. Daher hat das BMSG eine Evaluierungsstudie beim Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) in Auftrag gegeben. Ziel dieser Studie ist es, die in den Ländern gesetzten Umsetzungsschritte und den Ausbau der sozialen Dienste zu erheben, systematisch aufzubereiten und damit den Einblick in die Auswirkungen der Pflegevorsorge-Vereinbarung zu gewinnen.

Die wichtigsten Ergebnisse sind folgende:

- Mit Stand vom 31. 12. 2002 gab es in Österreich rund 67.600 Heimplätze, das entspricht einer Versorgungsdichte von 116 Plätzen pro 1.000 Einwohner im Alter von 75 Jahren und älter (davon 14.600 Wohnplätze und 53.000 Pflegeplätze). Die Anzahl der Heimplätze in Österreich hat sich somit seit 1995/96/97 um etwa 2.800 erhöht, das entspricht einer Zunahme an Heimplätzen um rund vier Prozent.
- In den Alten- und Pflegeheimen gibt es rund 21.000 vollzeitäquivalent

Beschäftigte. Im Zeitraum zwischen 1995/96/97 und 2002 hat sich die Personalausstattung in den Alten- und Pflegeheimen um rund 60 Prozent oder 7.760 Vollzeitäquivalente erhöht.

- Bei den mobilen Diensten sind mit derzeit rund 7.800 eingesetzten Vollzeitäquivalenten um rund 1.800 Vollzeitäquivalente mehr tätig als noch Mitte der neunziger Jahre (ohne Zuwachs in Wien), das entspricht einer Zunahme des Personalangebots um ca. 50 Prozent. Die Versorgungsdichte hat sich um 2,8 Vollzeitäquivalente pro 1.000 Einwohner ab 75 Jahren erhöht.
- Derzeit stehen Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Österreich etwa 13.550 Plätze in Tageseinrichtungen zu Verfügung, das sind um rund ein Drittel mehr Plätze als noch Mitte der neunziger Jahre. Damit ist der für das Jahr 2010 ermittelte Bedarf an Plätzen (dies ist für fünf Bundesländer erfolgt) bereits abgedeckt.
- Das Angebot an voll- und teilbetreuten Wohnplätzen hat seit Mitte der neunziger Jahre um knapp 70 Prozent zugenommen. Österreichweit gibt es rund 8.400 Plätze, wobei sich der Anteil der teilbetreuten Wohnplätze deutlich erhöht hat.
- Des Weiteren geht aus den Berichten des Arbeitskreises für Pflegevorsorge hervor, dass das Angebot an ambulanten Diensten (v. a. Heimhilfe und Hauskrankenpflege) von 1997 bis 2003 um etwa 26 Prozent gestiegen ist (Angabe ohne Steiermark und Tirol).
- Nach der Vereinbarung haben die Länder Regelungen für die Aufsicht von Alten- und Pflegeheimen zu erlassen, die insbesondere auch den rechtlichen Schutz der Heimbewohner gewährleisten.
- Bisher haben fünf Bundesländer eigene Heimgesetze erlassen (Burgenland, Kärnten, Salzburg, Steiermark und Vorarlberg). Niederösterreich und Oberösterreich haben Regelungen in Verordnungen getroffen. Wien hat nur einzelne Bereiche im Sozialhilfegesetz geregelt, und Tirol hat bislang keine Regelungen für Alten- und Pflegeheime getroffen.
- Grundsätzlich fällt die Regelung der Errichtung, der Erhaltung und des

Betriebes von Pflegeheimen in die Zuständigkeit der Länder. Angelegenheiten des Zivilrechts sind jedoch Bundessache. Aufgrund dieser Kompetenz hat der Bund (BMJ) ein Heimvertragsgesetz erlassen, das mit 1. 7. 2004 in Kraft getreten ist und die vertraglichen Beziehungen zwischen Heimträger und Heimbewohner regelt.

- Das BMSG hat einen Musterheimvertrag ausgearbeitet, der das Rechtsverhältnis zwischen den Heimbewohnern und den Trägern der Pensionisten-, Alten-, Wohn- und Pflegeheime festlegt. Dieser standardisierte Vertragstext steht als Empfehlung auf der BMSG-Homepage zur Verfügung.

Die konkrete Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen lässt sich im praktischen Leben nicht in medizinische und soziale Tätigkeiten aufspalten. Dennoch besteht in Österreich eine strikte Trennung in Gesundheits- und Sozialbereich. Dies drückt sich einerseits in einer gewissen Konkurrenz zwischen den Gesundheits- und den Sozialbetreuungsberufen aus, andererseits bestehen unterschiedliche Zuständigkeiten für die Ausbildung und die Berufsbilder der medizinischen und der sozialen Berufe.

Der Bund ist für die Regelung von Berufsbild und Ausbildung des diplomierten Krankenpflegepersonals und der Pflegehelferinnen und -helfer zuständig. Die Regelung von Ausbildungseinrichtungen, die als „Schulen“ zu bezeichnen sind, fällt ebenfalls in die Bundeskompetenz.

Die Regelungen für AltenbetreuerInnen, FamilienhelferInnen und HeimhelferInnen fallen dagegen in die Zuständigkeit der Länder. Manche Länder haben entsprechende Berufsgesetze erlassen, andere wieder nicht.

Wir stehen daher heute vor folgenden Problemen:

Im Bereich der Sozialbetreuungsberufe gibt es uneinheitliche Berufsbilder und Berufoanforderungen, mangelnde oder überschneidende Regelungen in den einzelnen Bundesländern, teilweise Nichtanerkennung von Ausbildungen, schlechtes Image der Berufe und schlechte Bezahlung. Diese Situation hemmt die Mobilität auf dem Arbeitsmarkt und den Zugang zur Beschäftigung. Auf Ersuchen der Landessozialreferentenkonferenz wurde daher im BMSG im Jahr 2001 unter Einbeziehung der Länder, des Gesundheitsministeriums, des Bil-

dungsministeriums und von Experten eine Arbeitsgruppe eingerichtet mit dem Ziel, über Sozialbetreuungsberufe eine Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG auszuarbeiten. Diese Vereinbarung liegt vor und wurde von der Bundesregierung am 7. September 2004 genehmigt.

Durch ein neues Ausbildungsmodul soll Angehörigen der Sozialbetreuungsberufe ein pflegerisches Grundwissen vermittelt werden, das die Einräumung von einzelnen Befugnissen rechtfertigt, die derzeit nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) den Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe vorbehalten sind. Der Bund verpflichtet sich zu einer entsprechenden Änderung des GuKG. Darüber hinaus bedarf es einer Änderung des Ärztegesetzes von 1998, um eine rechtliche Grundlage dafür zu schaffen, dass Ärzte die unterstützende Mitwirkung bei der Verabreichung von Arzneimitteln an die Angehörigen dieser Berufe delegieren können.

Wir würden mit einer solchen neuen Regelung Folgendes erreichen:

- Die Realitäten in der täglichen Arbeit mit pflegebedürftigen Menschen würden endlich auch vom Gesetzgeber nachvollzogen.
- Für die Angehörigen dieser Berufe würden national und international anerkannte Berufsbilder geschaffen und ihre Mobilität auf dem Arbeitsmarkt würde erleichtert werden.
- Die Sozialbetreuungsberufe würden in ihrer Ausbildung und ihrem Image aufgewertet und bekämen endlich den Stellenwert, der ihnen zusteht.

Bereits im Jahr 1993 ist es uns wie erwähnt gelungen, mit der Vereinbarung über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen ein österreichweites System zu schaffen, in dem Bund und Länder unter gemeinsamen Zielsetzungen zusammenarbeiten.

Ich bin überzeugt, dass dies auch mit der Vereinbarung über Sozialbetreuungsberufe gelingen wird und dass dieser Vertrag noch in diesem Jahr von mir und den neun Landeshauptleuten unterzeichnet werden wird.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Erwin Buchinger

Pflegenden Angehörigen zur Seite stehen

(Landeskorrespondenz) „60 Prozent der Pflegeleistungen in Salzburg werden von Familienangehörigen – zumeist Frauen – erbracht. Es ist eines der erklärten Ziele des Landes, diese hohe Pflegebereitschaft auch in Zukunft aufrechtzuerhalten.“ Dies erklärte Sozialreferent Landesrat Dr. Erwin Buchinger am 28. Oktober bei einem Informationsgespräch anlässlich der Fachtagung des ÖKSA zum Thema „Demenz und pflegende Angehörige“ im Brunauer-Zentrum. Buchinger verwies dabei auf die Notwendigkeit, pflegenden Angehörigen Unterstützung zu bieten. Allerdings seien demografische Entwicklungen wie der Trend zu Kleinfamilien und Einzelhaushalten sowie die steigende Berufstätigkeit von Frauen zu bewältigen. „Wichtig ist dabei, dass man Angehörigen mit Angeboten zur Seite steht, die es ermöglichen, Pflegeleistungen im familiären Bereich aufrechtzuerhalten“, wie Buchinger die Herausforderung formulierte, der sich das Land in diesem Bereich gegenübersteht.

„Neue“ Wege in Salzburg

In Salzburg setzt man auf Angebote, die pflegende Angehörige entlasten. Die Errichtung von Tageszentren und das Angebot von Kurzzeitpflege bieten Angehörigen für eine bestimmte Zeit die Möglichkeit „loszulassen“. „Die Pflege gerade von dementen Personen ist psychisch keine leichte Aufgabe. Auch dem Familienleben tut es gut, wenn durch ein Kurzzeitpflegeangebot in einem Seniorenheim einmal ein Urlaub möglich gemacht wird“, weiß Buchinger, der betonte, dass bereits in vielen Salzburger Seniorenheimen diese Möglichkeit besteht. Wichtigstes Instrument zur Entlastung pflegender Angehöriger bleibe aber das Netz sozialer Dienste im Bereich der Haushaltshilfe und der Hauskrankenpflege, die gerade im Zusammenspiel mit pflegenden Angehörigen die besten Resultate erzielen. „Salzburg ist hier mit Wien einer der Vorreiter, was die Betreuungsdichte betrifft, wobei hervorgehoben werden muss, dass dieses Angebot auch regional flächendeckend existiert“, so Buchinger, der damit den hohen Standard Salzburgs im Bundesländervergleich unterstrich.

Soziale Dienste sichern Qualität der Betreuung

Gerade der Kontakt mit den sozialen Diensten bzw. der Kurzzeitpflege im Seniorenheim ist für Buchinger auch entscheidend für die Qualität der privaten Pflege. „Jeder Mensch ohne eigene Ausbildung ist in der Pflege zuerst einmal überfordert – im Gespräch mit den Fachkräften kann man aber einiges dazulernen“, so Buchinger. Für ihn kommt der Aufrechterhaltung des dichten Netzes an sozialen Diensten „größte Priorität“ zu, da auch neue Erkenntnisse

gerade zur Behandlung dementer Personen nur von professionellem Personal weitergegeben werden können.

Soziales Engagement auf breiter Basis

Das ÖKSA wurde im Jahr 1956 als überparteilicher, bundesweiter Verein gegründet. Sein Ziel als Dachorganisation ist es, eine Plattform für alle im Sozialbereich Engagierten zu sein. Dem ÖKSA gehören eine Reihe von staatlichen und Nicht-Regierungsorganisationen als ordentliche Mitglieder an, die weite Bereiche der Sozialarbeit mit ihren vielfältigen Formen repräsentieren. Aber auch Einzelpersonen sind dem ÖKSA als fördernde Mitglieder verbunden.

Im Präsidium sind mit sieben großen Wohlfahrtsorganisationen (Caritas, Diakonie, Volkshilfe Österreich, Österreichisches Hilfswerk, Österreichisches Rotes Kreuz, Jugend am Werk, Lebenshilfe Österreich), dem Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz und drei Bundesländern (Oberösterreich, Niederösterreich, Wien) maßgebliche Entscheidungsträger für die Sozialpolitik und -praxis vertreten. Diese in Österreich einzigartige Zusammensetzung sichert das Einbringen eines breiten Meinungs- und Erfahrungsspektrums, wodurch relevante Themen der Sozial- und Gesellschaftspolitik aufgegriffen, transparenter gemacht und ihrer Bestimmung zugeführt werden können. Mittels regelmäßig veranstalteter bundesweiter Tagungen zu aktuellen sozialpolitischen Themen haben vor allem MultiplikatorInnen im Sozialbereich die Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen und Erkenntnisse bzw. Forderungen an Bund und Länder weiterzugeben. Die Ergebnisse der Veranstaltungen werden in Broschüren dokumentiert, damit sie allen Interessierten zur Verfügung stehen.

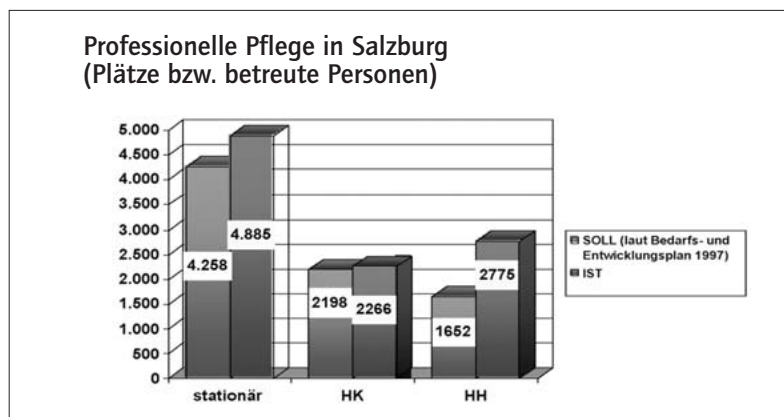
Die Arbeitsschwerpunkte der letzten Jahre waren: Armut in Österreich, bessere Chancen für Menschen mit Behinderungen am Arbeitsplatz, Auswirkungen des EU-Beitritts auf die österreichische Sozialpolitik und -praxis, Pflegevorsorge für ältere Menschen, Ehrenamtlichkeit in sozialen Trägerorganisationen, neue Formen der Pflege, Hospizpflege und Sterbebegleitung, „Freiheitsbeschränkende Maßnahmen“ und „Alter und geistige Behinderung“. Im vergangenen Jahr beschäftigte sich das ÖKSA mit dem Thema „10 Jahre Pflegevorsorge in Österreich“, dem Konzept der Nachhaltigkeit zur Erhaltung von Arbeit für Menschen mit Behinderungen und auf der internationalen Ebene mit dem Thema „Soziale Kohäsion/soziale Rechte“.

Die ÖKSA-Jahreskonferenz 2004 findet in Salzburg statt – zum Thema „Demenz – pflegende Angehörige – alternative Betreuungsmodelle aus nationaler und internationaler Sicht“. Expertengespräche und interne Tagungen sind geplant zu den Themen Kinderrechtskonvention, Bundesvergabegesetz, Sozialhilfe und EU-Daseinsvorsorge; Filmtage: „Leben sollen wir – sterben müssen wir“. Weiters ist das ÖKSA zum Thema „Zukunft des europäischen Sozialmodells“ in die Vorbereitungen für die ICSW-Tagung in Luzern 2005 eingebunden.

Auf dem internationalen Sektor ist das ÖKSA Teilorganisation des International Council on Social Welfare (ICSW), dem wiederum mehr als 50 Nationalkomitees und 14 internationale Mitgliedsorganisationen weltweit angehören. Der ICSW wird als nicht-staatliche Organisation von der UNO laufend konsultiert. Seit dem Weltgipfel 1995 in Kopenhagen setzt sich der ICSW schwerpunktmäßig für die Umsetzung der dort beschlossenen Agenda ein.

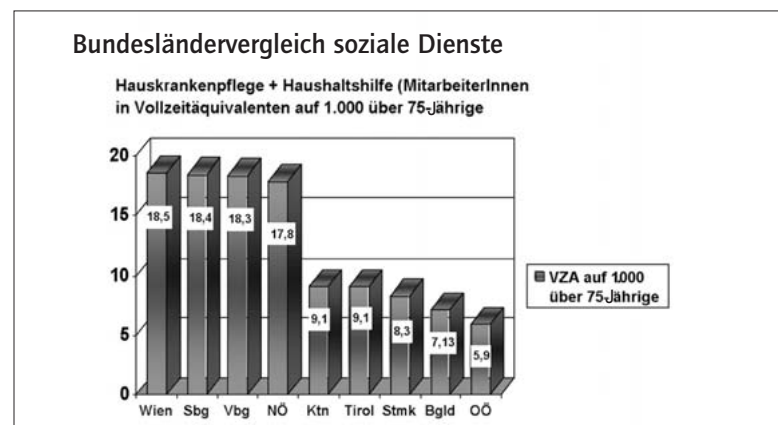
Pflege heute und in der Zukunft

Ein aktuelles Thema der Sozialplanung ist die „Zukunft der Pflege“. Es gilt, abseits von „Schreckensszenarien“ voraussehbare Entwicklungstendenzen aufzuzeigen und Wege zur Bewältigung der Herausforderungen zu entwickeln. Der äußere Rahmen dafür ist eine Überarbeitung des seit 1997 geltenden Bedarfs- und Entwicklungsplanes für Pflegebedürftige. Diese voraussichtlich im Herbst 2004 erscheinende Neufassung hat sich als notwendig erwiesen, da die „Soll-Werte“ des Bedarfs- und Entwicklungsplanes 1997 mittlerweile deutlich überschritten worden sind, wie folgende Grafik verdeutlicht.



Die Angebote in der stationären Betreuung (also Senioren- und Seniorenpflegeheime), in der Hauskrankenpflege und in der Haushaltshilfe wurden seit 1997 deutlich stärker ausgebaut, als ursprünglich geplant. Der Bundesländervergleich zeigt dabei, dass Salzburg österreichweit mit Abstand die höchste „Dichte“ an Pflegebetten aufweist.

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den sozialen Diensten (Hauskrankenpflege und Haushaltshilfe) – auch hier liegt Salzburg unter den führenden Bundesländern.



Bedarfs- und Entwicklungsplanung im Bereich Pflege

Einem verbreiteten Vorurteil zufolge reicht es zur Errechnung des künftigen Pflegeheimplätzen-Bedarfs (und sonstigen pflegerischen Dienstleistungen) aus, den derzeitigen Ist-Stand mit der zu erwartenden – und relativ genau bekannten – demografischen Entwicklung (also der anteilmäßigen Zunahme an Betagten und Hochbetagten an der Gesamtbevölkerung) „zu multiplizieren“. Tatsächlich spielen aber eine ganze Reihe weiterer wichtiger Faktoren mit, die sich bei näherer Betrachtung als Variablen mit enormen möglichen Spannweiten erkennen lassen: Eine davon ist etwa die durchschnittliche Pflegebedürftigkeit in einer bestimmten Altersgruppe: Wird der durchschnittliche 85-Jährige künftig genauso, mehr oder vielleicht auch weniger pflegebedürftig sein als heute? Das hängt vom Lebensstil (Prävention) und der gesundheitlichen Versorgung ab und ist auf längere Sicht betrachtet kaum einzuschätzen. Experten gehen aber überwiegend davon aus, dass die

durchschnittliche Pflegebedürftigkeit künftig eher sinken wird, was den Auswirkungen der demografischen Entwicklung entgegenwirkt.

Private Pflege und pflegende Angehörige

Ein weiterer entscheidender Faktor für den künftigen Bedarf an „öffentlichen“ (d. h. von der öffentlichen Hand bereitgestellten und zumindest teilweise finanzierten) Pflegedienstleistungen ist das Fortbestehen der Bereitschaft, privat zu pflegen. Hier muss sich erst herausstellen, inwieweit fördernde (mehr Unterstützung für pflegende Angehörige) und hemmende Faktoren diese Bereitschaft beeinflussen. Zu berücksichtigen ist jedenfalls die steigende Erwerbsquote bei Frauen und die damit sinkende Pflegebereitschaft.

Diese kann – und muss – durch flankierende professionelle Angebote (Hauskrankenpflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege während einer beruflichen oder urlaubsbedingten Abwesenheit des/der privat Pflegenden) auf hohem Niveau aufrechterhalten werden. In den kommenden Jahrzehnten wird dabei die individuell tendenziell sinkende Bereitschaft zur privaten Pflege glücklicherweise durch eine höhere Anzahl potenziell privat Pflegender teilweise kompensiert werden, indem geburtenstarke Jahrgänge ins typische „Pflegealter“ (ab etwa 45 Jahren) nachrücken.

Und hierbei ist absehbar, dass die heutige „Standardlösung“ für viele Pflegebedürftige, nämlich der Umzug ins Pflegeheim, künftig nur mehr einen von mehreren gangbaren Wegen darstellen wird, insbesondere dann, wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit noch relativ gering ist. In diesem Punkt deckt sich der Wunsch vieler Pflegebedürftiger nach einem „Verbleib in den eigenen vier Wänden“ mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, da gerade bei geringer Pflegebedürftigkeit das Pflegeheim auch die teuerste und damit unwirtschaftlichste aller Lösungen ist.

In diesem Zusammenhang ist auch zu sehen, dass – nicht zuletzt aufgrund des ausgeweiteten Angebotes an sozialen Diensten, die den längeren Verbleib in der Wohnung ermöglicht haben – Pflegebedürftige (wenn überhaupt) immer später ins Pflegeheim übersiedeln. i209-100

Zu dieser Landeskorrespondenzmeldung steht digitales druckfähiges Bildmaterial in der Bilddatenbank des Landes unter www.salzburg.gv.at/bilddatenbank zur Verfügung. Zum schnellen Auffinden geben Sie bei der Suche die Kennzahl am Ende dieser Pressemeldung (z. B. i43-10) ein.

Roswitha Bartsch

Bedürfnisse dementer Menschen und deren Angehörigen

Herzlichen Dank an die Veranstalter, die den dementen Menschen und seine pflegenden Angehörigen in den Mittelpunkt dieser Tagung gestellt haben.

Was kann ernster sein, als dass Menschen ihr Denkvermögen, ihre Erinnerung, ihre eigene Geschichte verlieren und schließlich völlig abhängig und hilfsbedürftig werden? Diese Problematik zeigt sich besonders bei jungen Alzheimerkranken, die von der Höhe ihres Lebens und ihrer Schaffenskraft, einer Zeit, wo sie noch die Zukunft kraftvoll gestalten wollten, abtreten müssen und unaufhaltsam in die Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit gleiten.

Aber ob 50, 70 oder 80 Jahre alt, es ist für jeden Menschen schmerzlich, wenn er die Kontrolle über sein Lebensumfeld verliert und damit seine Selbstständigkeit. Langsam greifen die Aufklärung in der Bevölkerung und die Früherkennung. Es melden sich die Betroffenen selbst, die Aussprachemöglichkeiten suchen und die mit ihren großen und kleinen Ängsten sehr ernst genommen werden müssen.

Hilfe heißt hier sicher nicht, irgendein Konzept bereitzustellen. Hilfe heißt hier, einen Menschen in einer tragischen Situation zu unterstützen und zuzuhören. Was bedrückt den Betroffenen jetzt? Hilfreich kann nur die individuelle Lösung sein, und nur die schenkt Wertschätzung.

Beispiel: *Eine 83-jährige Dame, sehr adrett gekleidet, sagte: „Ich habe Alzheimer.“ Im Gespräch zeigte sich ihr Bemühen, ihr Leben im Griff zu behalten. Sie fuhr fort: „Zu Hause komme ich noch zurecht und koche auch selbst, allerdings einfache Speisen und oft die gleichen. Aber wenn von außen etwas an mich herangetragen wird, wenn ich etwas erledigen soll, dann bin ich so verloren ...“ In ihren Augen stand die stumme Bitte, es möge sie jemand an der Hand nehmen und ihr sagen, was sie tun solle.*

Ich denke, das Verlorensein ist eine Grundeinstellung vieler Erkrankter, auch wenn sie sich das nicht selbst eingestehen möchten. Leider reagieren auch nicht alle Alzheimerkranken so friedlich, viele sind uneinsichtig und beharren stur auf ihrer Eigenständigkeit, auch wenn die Fehlleistungen schon offensichtlich sind. Aber auch sie brauchen subtile Führung, nur muss man mit sehr viel Einfühlungsvermögen, Kenntnis ihrer Persönlichkeit und Geduld erst an sie herankommen.

Das ist leicht gesagt, aber schwer getan, denn die Betreuer stehen unter sehr starkem Druck.

Wie schaut die Situation der Angehörigen aus?

Beispiel: *Neulich rief eine junge Frau an und sagte: „Meine Mutter ist so störrisch und herrisch, ihre Lebensmaxime war immer, sich selbst aus Schwierigkeiten herauszuhelfen, und das versucht sie jetzt auch und lehnt einen Arztbesuch kategorisch ab. Ihre Defizite sind inzwischen aber Besorgnis erregend. Wir brauchen rasch Hilfe, denn wir sind beide berufstätig und können untertags nicht auf sie Acht geben. Wissen Sie eine Lösung? Jeder, den wir bisher gefragt haben, meint: „Wenn sie selbst nicht zum Arzt will, kann man nichts machen.“*

„Da kann man nichts machen ...“, das ist so rasch gesagt, und die Angehörigen bleiben mit diesen Problemen allein. Zu häufig stößt man bei diesem Krankheitsbild an Grenzen.

Wenn Angehörige merken, dass sich ein Familienmitglied verändert, sind sie sehr besorgt und verunsichert, die Diagnose trifft sie meistens unvorbereitet. Die Alzheimererkrankung beherrscht aber ab dann den Alltag. Nicht nur das Leben des Erkrankten nimmt zwangsläufig einen anderen Verlauf, jeder in der Familie steht vor der persönlichen Entscheidung, welchen Beitrag er leisten will oder kann, zu welchen groben Veränderungen in seiner Lebensplanung auch er bereit ist. Das ist nicht leicht. Denn ab jetzt muss zumindest eine Person ständig ein Auge auf den Erkrankten haben. Wohin geht er? Was treibt er? Findet er nach Hause? Wie viel Geld hat er bei sich? Wo ist der Autoschlüssel? Kann ich ihm noch zutrauen, sich und andere nicht zu gefährden? Wie kann ich helfend eingreifen, ohne zu kränken?

Hier befinden sich Angehörige auf einem sehr schmalen Pfad, wo mit großer Verantwortung schwer wiegende rechtliche und ethische Fragen entschieden werden müssen; denn ein möglicher Schaden kann immens sein. Viel krasser ist die Situation, wenn man zu Hause nicht alles im Blick hat, sondern berufstätig ist und z. B. die kranke Mutter allein in der Wohnung weiß.

Beispiele: *Ein Herr erzählte, dass seine Mutter ihn viertelstündlich im Büro anrufe, er sich nicht konzentrieren könne und schon um seinen Job bange.*

Eine Dame schilderte: „Ich bin im Büro sehr nervös und frage mich, was tut meine Mutter? Kocht sie sich etwas, schaltet sie die Herdplatte ab, verlässt sie das Haus, nimmt sie den Schlüssel mit? Nach dem Büro eile ich erst zu meiner Mutter, bevor ich zu meiner Familie gehe.“

Das sind keine Einzelschicksale und keine einmaligen Ereignisse. Die Angehörigen stehen über viele Monate täglich unter diesem Stress.

Um den Alltag für sich und für den Kranken zu organisieren, braucht man Managerqualitäten, da auch die jeweilige Tagesverfassung des Kranken nicht vorhersehbar ist. Gelingt es schließlich, eine Tagesstruktur und etwas Entlastung zu erreichen, kann die Familie in eingeschränkter Weise ihrer Arbeit nachgehen. Eingeschränkt, weil die Fremdbetreuung höchstens stundenweise erfolgt und die übrige Zeit doch die Familie im Einsatz ist. Meistens bleibt die Pflege an einer einzigen Person hängen, und diese trägt während der langen Jahre die Hauptbelastung. Starker psychischer Stress ist damit verbunden, körperliche Belastung bis zur Erschöpfung, oft auf lange Zeit eine gestörte Nachtruhe, und in vielen Fällen erleiden der Familienfriede und die Partnerschaft schwere Einbußen. Unter diesem Druck kann vieles zerstört werden. Das normale Leben verliert seine Ordnung.

Angehörige müssen täglich große innere Kraft aus sich selbst schöpfen, um diese Jahre durchzustehen, um ihr Leben im Griff zu behalten und ihm doch positive Aspekte abgewinnen zu können. Das gelingt nur mit entsprechenden Entlastungsmöglichkeiten.

Besonders ärgerlich sind dann die besserwisserischen Stimmen von außen, dass ja alles eh nicht so schlimm sei, da es genügend Pflegegeld und Hilfsangebote gäbe. Das stimmt nicht ganz. Es gibt zum Glück Pflegegeld, es gibt großartige Hilfsangebote, es gibt zum Glück sehr viele Einzelinitiativen, die Wesentliches weitertreiben. Das Pflegeumfeld ist nicht kalt. Aber die Probleme sind oft eckig und kantig, weil gar so persönlich gefärbt – sie sind eben nicht pflegeleicht und bedürfen einer sehr individuellen Auseinandersetzung.

Beispiel: *Oft klagen ältere Menschen: „Ich müsste unbedingt selbst ins Spital, aber wohin mit dem Kranken, er bleibt ja nirgendwo?“*

Eine Dame sagte, sie brauche dringend Urlaub, sie habe keine Kraft mehr. Ihr Mann besuche nur einmal wöchentlich eine Tagesbetreuung und sei nicht zu

weiteren Besuchen oder einer Kurzzeitbetreuung zu bewegen. Er unterstelle ihr, einen Freund zu haben und ihn abschieben zu wollen.

Das klingt für Außenstehende banal und als nicht ernst zu nehmen. Die Betroffene hingegen ist nicht nur gekränkt, sondern sie steht mit ihrem Problem wirklich an.

Wohin mit mobilen, unruhigen Alzheimerkranken?

Wir von der Selbsthilfegruppe sind dieser Frage einmal nachgegangen und waren erstaunt, dass es tatsächlich kaum Möglichkeiten gibt. Auch große Organisationen, die zuerst selbstverständlich Hilfe angekündigt hatten, schränkten bei genauerem Hinterfragen ein: nach Maßgabe des vorhandenen Personals ... und um € 20,- bis € 25,- pro Stunde.

Auch Tagesbetreuungsstätten sagen: „Ja, wir versuchen, Unruhige zu integrieren, aber wenn der Kranke die Gruppe stört, müssen wir ablehnen.“

Jede Organisation hat gute Gründe für die Ablehnung, das ist nachvollziehbar. Übrig bleiben die Familien, sie können nicht ablehnen und sind mit ihren Problemen wieder allein. Das ist zum Verzweifeln!

Im nächsten Beispiel geht es um Krisenintervention: *An einem Sonntagmorgen wurde ich zu Hause angerufen, und eine Dame erzählte aufgeregt, ihr erkrankter Vater sei sehr unruhig, habe die Mutter schon geschlagen, man wisse nicht, wie man über den Sonntag kommen solle. Ob es abgesehen vom Notarzt nicht ärztliche Hilfe gäbe.*

In Wien gibt es die Psychiatrische Soforthilfe des Psycho-Sozialen Dienstes rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr. Diese Maßnahme ist die richtige Antwort auf das zuvor geschilderte Problem, hier wird professionelles Krisenmanagement angeboten; denn vielleicht ist das oben geschilderte aggressive Verhalten durch eine Unpässlichkeit oder einen Schmerz, der nicht ausgedrückt werden kann, hervorgerufen worden.

Pflege neben dem Beruf

Beispiel: *Eine Frau besaß einen kleinen Betrieb und gab diesen auf, um ihre Mutter zu pflegen. Nach einigen Jahren starb die Mutter, die Frau ging zur*

Weiterbildung zum AMS. Sie war sehr betroffen, dass sie nun von der Notstandshilfe leben musste – ohne Aussicht auf einen neuen Job. War das der „Dank“ für die Pflege? Vorher war es ihr mit ihrem eigenen Betrieb wirtschaftlich besser gegangen.

Eine andere Dame wollte ihre erkrankte Mutter aus Dank, weil diese viele Kinder großgezogen hatte, zu Hause pflegen. Ein Heim hätte sie sich auch finanziell nicht leisten können. Neben der Pflege konnte sie aber kaum ihren Beruf aufrechterhalten und war entsprechend verzweifelt. Eines Tages meldete sie sich wieder, mit Freude in der Stimme. Sie sagte: „Ich habe es geschafft; die Mutter wird von einer Dame tagsüber bestens betreut, ich kann meinen Beruf ausüben und bin abends und am Wochenende bei der Mutter.“

Die Statistik sagt, dass in 42 % der Fälle Eltern oder Schwiegereltern gepflegt werden, d. h., hier pflegen zumeist junge Frauen neben ihrem Beruf oder neben ihrer Familie. Pflege dauert nicht Monate, sondern bis zu 10, 15 oder gar 20 Jahre. Dieser Zeitrahmen ist für Außenstehende unvorstellbar.

Wem ist das zuzumuten? Wird diese Arbeit nicht zu selbstverständlich auf die Angehörigen abgewälzt? Freilich gibt es eine Verantwortung der Familien, und diese nehmen sie auch wahr. Aber wir sehen, dass die Belastungen oft zu groß sind. Gerade am Beginn der Erkrankung wird die erforderliche Beaufsichtigung im Pflegegeld nicht berücksichtigt, und die Hilfsdienste, die notwendig wären, sind zumeist nicht leistbar. Die Pflegeleistungen der Familien erfolgen also gewissermaßen zwangsweise und werden nicht abgegolten.

Wer übernimmt die Pflege in der Zukunft? Die jungen Frauen sind berufstätig und müssen das oft auch bleiben. Welcher jungen Frau ist es zuzumuten, nach der Babypause noch jahrelang zu pflegen? Die Durchrechnung wird für sie nicht viel bringen, die freiwillige Weiterversicherung ist oft nicht leistbar.

Hier muss jetzt massiv vorgedacht werden: einerseits bezüglich einer grundsätzlichen sozialrechtlichen Absicherung pflegender Angehöriger. Hier wäre weiters zu überlegen, ob bei der begünstigten Weiterversicherung der Arbeitgeberanteil, den der Staat übernimmt, nicht auf zwei Personen, die sich die Pflegearbeit teilen, aufgeteilt werden könnte.

Andererseits geht es um die Art und die Flexibilität des Pflegeangebotes. Wie viel kann tatsächlich noch in den Familien zu Hause geleistet werden, wie viel Pflege müsste zeitweise (für Tage, Wochen, Monate) ausgelagert werden? Und wie ist dieses Angebot zu gestalten, damit es angenommen wird und klientenorientiert und finanzierbar ist? Zu jedem Zeitpunkt und in jedem Fall sind individuelle Lösungen zu suchen.

Wichtig ist eine Entlastung durch tragfähige Netze in der unmittelbaren Umgebung, zeitliche Entlastung durch Besuchsdienste unter Einbeziehung ehrenamtlich Tätiger. Diese sind finanziell leistbar, flexibel und rasch einsetzbar. Dabei könnte man in Nachbarschafts- oder Sozialzentren auf vorhandene Strukturen zurückgreifen (kostet nicht viel, hauptsächlich guten Willen).

Vernetzung von Kompetenzen als Krisenintervention – Zentrenbildung, angebunden an Sozialstation, Ambulanz oder Spital.

- Im Krisenfall wirksam wäre schon die vorurteilsfreie Zusammenarbeit von Ärzten, Angehörigen, Pflegepersonen, Hilfsdiensten, Therapeuten ...
- Die Dauerpflege oder ganztägige Pflege zu Hause muss überdacht werden – sie ist auch als Begleitung Alleinstehender wichtig.
- Ein neues Tarifmodell müsste entwickelt werden, da die Tarife der mobilen Dienste hierfür zu hoch sind.

Demenzgerechte Betreuung in Heimen

Heime dürfen nicht letzter Notnagel sein, wenn die häusliche Pflege zusammenbricht. Sie könnten eine echte Alternative zur häuslichen Pflege sein und die Angehörigen auf freiwilliger Basis stundenweise in die Betreuung einbeziehen.

Die Öffnung der Heime für Wochenend- und Urlaubsbetreuung wäre wünschenswert, ebenso wie die zeitweise Betreuung in Krisenfällen. Eine Heimweisung sollte nicht endgültig sein, sondern die Möglichkeit einer Rehabilitation offen lassen.

Auch die adäquate Betreuung in unterschiedlich gestalteten Wohneinheiten je nach Krankheitsphase ist denkbar, da sich die Bedürfnisse der Kranken ändern.

Die Forderungen schweben nicht haltlos im Raum. Sie haben ein massives Gegengewicht, das sind die Leistungen der Familien,

- 10–20 Jahre gute Pflege, bestätigt durch Studien des BM 2002, 2003,
- die großen finanziellen Belastungen,
- und besonders hervorzuheben sind die einschneidenden persönlichen Opfer;

denn hinter jedem Krankheitsfall stehen die Schicksale der pflegenden Angehörigen.

Angehörigen steht Anerkennung zu, die ich an dieser Stelle ausdrücklich einfordere. Angehörige sind Profis für ihren eigenen Betreuungsfall, die besten Anwälte für die Bedürfnisse der Erkrankten und müssen gehört und in den gesamten Behandlungs- und Betreuungsplan einbezogen werden. Nichts darf an ihnen vorbeigehen.

Die Lobby für die Angehörigen müsste eigentlich die Gesellschaft selbst sein; denn jeder wünscht sich eine persönliche Pflege.

Dazu muss ein Umdenken stattfinden: Wir brauchen ein stärkeres bürgerschaftliches Engagement, damit durch ein größeres personelles Angebot Zeitdruck, Vereinsamung und Perspektivlosigkeit aus dem Pflegealltag verschwinden. Demente Menschen spüren bis in die allerletzte Lebensphase die Belastungen der Angehörigen und beziehen diese auf sich und die Umstände, die sie verursachen.

Nur in einer Atmosphäre der Ruhe und Ausgeglichenheit mit Zeit für persönliche Zuwendung kann man erleben, dass die Begleitung eines kranken Menschen, besonders wenn es ein Familienangehöriger ist, als große Bereicherung und als Befriedigung empfunden werden kann. Man geht bewusst den Schicksalsweg gemeinsam zu Ende. Das ist ein Sinn dieser langen Pflegejahre. Damit die Familien es so erleben können, sollte von außen viel Hilfe kommen.

Ich schließe mit dem Motto des diesjährigen Welt-Alzheimertages:

No time to lose, es ist wirklich keine Zeit mehr zu verlieren!

Erwin Weber

Krankheitsverlauf und Bedeutung der Angehörigen im Behandlungsprozess

Die demographische Entwicklung unserer Bevölkerung lässt für die nächsten Jahre eine Veränderung voraussagen, die mit einer deutlichen Zunahme der älteren Menschen und einer Abnahme der jüngeren Bevölkerungsanteile einhergeht. In diesem Zusammenhang ist aus gesundheitspolitischer Sicht auch das Ansteigen altersspezifischer Krankheiten zu erwarten.

Eine typischerweise mit zunehmendem Alter exponentiell wachsende Erkrankung ist die Hirnleistungsstörung im Sinne einer Demenz. Davon abzugrenzen ist jene geistige Entwicklung, die auch bis ins hohe Alter einer gesunden Leistungsfähigkeit entspricht. Bis vor kurzem war zwar das Defizitmodell als jenes negative Vorurteil bekannt, das dem älter werdenden Menschen durch eine methodisch falsch begründete Aussage attestierte, die geistigen Kräfte und Fähigkeiten würden mit zunehmendem Lebensalter nachlassen und dauerhaft verkümmern. Dies entspricht aber erfreulicherweise nicht den Fakten. Tatsache ist, dass es eine gutartige Vergesslichkeit im Alter gibt, die nicht mit jener kognitiven Veränderung verwechselt werden darf, die durch krankhafte Prozesse im Gehirn bedingt ist und die der Arzt als Demenz diagnostiziert.

Das dementielle Syndrom, kurz auch Demenz genannt, ist typischerweise eine Erkrankung des höheren Lebensalters (symptomatische Demenzen können auch im jüngeren Lebensalter aufgrund unterschiedlicher Ursachen auftreten, und selbst die häufigste Demenzerkrankung des Alters, die Alzheimer'sche Demenz, kann in der Frühform schon in der Mitte des Lebens beginnen).

Die dementielle Erkrankung kann also grundsätzlich, wie wir wissen, durch unterschiedliche Ursachen bedingt sein. Die häufigste Ursache – und damit sind statistisch über 50 % der Krankheitsfälle anzuführen – stellt jedoch eine progressive degenerative Hirnerkrankung dar, die als Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) diagnostiziert wird und als Morbus Alzheimer bekannt ist. Die Ursache ist bis jetzt trotz vieler Untersuchungsergebnisse und Hypothesen noch nicht vollständig geklärt, wengleich der Krankheitsverlauf und die damit verbundenen pathologischen Veränderungen im Gehirn ziemlich genau bekannt sind.

Alzheimer'sche Demenz:

- Erkrankung des Gehirns
- chronisch-progredienter Verlauf
- Beeinträchtigung höherer kortikaler (kognitiver) Funktionen: Störung des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, der Auffassung, des Rechnens, der Lernfähigkeit, der Sprache (von Wortfindungsstörungen bis hin zum Sprachzerfall) und des Urteilsvermögens
- Verschlechterung der emotionellen Kontrolle, der Affektkontrolle, mögliches Auftreten von Aggressionen, Antriebsstörungen und Schlafstörungen
- Veränderung des Sozialverhaltens und Verhaltensauffälligkeiten
- Beeinträchtigung der ADL-Funktionen: Waschen, Ankleiden, Essen, pers. Hygiene, Benutzung der Toilette

Auch die Symptomatik zeigt oft vor allem zu Beginn der Krankheitsentwicklung für Betroffene und deren Angehörige, bedingt durch die individuelle Ausgestaltung der Beschwerden, ein nicht immer eindeutiges Bild. Depressivität und leichte Gedächtnisstörungen werden einerseits immer noch sowohl vom Patienten als auch von nahe stehenden Angehörigen als typische Altersbeschwerden gedeutet und dadurch weder einer abklärenden Diagnostik noch einer daran anschließenden Therapie zugeführt.

Im weiteren Verlauf treten aber dann unverkennbar kognitive Einbußen mit deutlichen Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Veränderungen in der Bewältigung alltäglicher Handlungen und in einer Häufigkeit von bis zu 50% Verhaltensauffälligkeiten auf, die oft der erste Anlass sind, einen Arzt aufzusuchen. Nach Jahren dieser Entwicklung können dann in fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung zunehmende Immobilität mit den typischen Komplikationen wie z. B. ein Sturzereignis und dessen mannigfaltige Folgen, eine gestörte Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme oder Inkontinenzprobleme auftreten.

Die Betreuungs- und Lebensqualität des Patienten während des Behandlungsprozesses ist untrennbar mit der Rolle der Angehörigen verbunden. Allerdings geht damit auch zweifelsfrei und von der Schwere der Erkrankung abhängig eine wachsende Belastung des oder der Angehörigen einher. Geht man davon aus, dass bis zu 80% der Demenzkranken im häuslichen Milieu betreut werden, dann sind Zahlen bis zu über hunderttausend Familienangehörige und mehr, die sich um diese Kranken kümmern, eindrucksvoll zu erwähnen.

Angehörige spielen in jeder Phase der Erkrankung eine wichtige Rolle. Zu Beginn sind Gedächtnisstörungen des Kranken kein Problem, das ihn zum Arzt führt – möglicherweise auch für den Patienten Ausdruck der krankheitsspezifischen Verleugnung. Hier sind oft die Gatten/die Gattinnen als aufmerksame Beobachter dieser Veränderungen diejenigen, die den Patienten zu einem Besuch beim Arzt motivieren.

Im ganzen Verlauf sollten pflegende Angehörige ergänzend jenes Wissen und alle weiteren nützlichen Informationen zur Verfügung gestellt bekommen, die ihnen das Verständnis und die notwendige Akzeptanz für diese Erkrankung einerseits und den Umgang mit dem oft als „schwierig“ beurteilten Patienten andererseits erleichtern. Als Kotherapeuten leisten sie jene optimale Hilfestellung, die dem Patienten eine möglichst lange Betreuung im häuslichen Umfeld erlaubt.

Der einprägsame Satz der Vorsitzenden einer Alzheimer-Angehörigen-Gruppe bei einer Veranstaltung zeigt die Not der pflegenden Angehörigen auf: „Die Demenz ist keine Krankheit des Patienten, sondern eine Krankheit des Angehörigen.“ Diese Aussage weist auf das Dilemma hin, in dem sich Angehörige befinden, wenn sie mit ihren Ängsten, Sorgen, Frustrationen und Hilflosigkeiten der manchmal ihrer Meinung nach aussichtslosen Situation gegenüber stehen.

Die weitere Abhängigkeit des Patienten von den betreuenden Personen und die dadurch bedingte zunehmende Anwesenheit der Angehörigen beim Kranken verbinden sich mit psychischen und körperlichen Herausforderungen sowie nicht selten auch sozialen und finanziellen Sorgen. Eine beängstigende Isolation, das Gefühl, allein gelassen zu werden sowie eine durch die Prognose der Erkrankung (Fortschreiten bis zum Tod) als Dauerstress empfundene Machtlosigkeit verschlechtern nicht selten auch den Gesundheitszustand der Angehörigen bis hin zum Auftreten von Krankheitssymptomen.

Es ergeben sich somit für eine wirksame Unterstützung und Hilfestellung folgende Überlegungen: Zu Beginn der Erkrankung sollte eine baldige ärztliche Abklärung der Beschwerden erfolgen; weiters hat zu diesem Zeitpunkt eine ausführliche Information der Angehörigen zu erfolgen. Ein therapeutischer Nihilismus zu Beginn der Erkrankung ist weder begründbar noch akzeptierbar. Wenn die Alzheimer'sche Demenz auch nicht heilbar ist, so können wir doch

von einer krankheitsbeeinflussenden Therapie im Sinne eines Hinauszögerns des Prozesses sprechen und eine wirksame Symptomkontrolle durchführen, die den Leidensdruck des Patienten verringert beziehungsweise die Betreuung erleichtert.

Die Behandlung dieser Erkrankung kann niemals nur auf medizinisch-ärztlicher Ebene erfolgen, die polypragmatische und multiprofessionelle Hilfe, dem individuellen Stadium der Erkrankung entsprechend, darf als Herausforderung aufgezeigt werden. Den Angehörigen sollte jedoch immer als der wichtigsten Gruppe jene Hilfe zuteil werden, die es ihnen ermöglicht, den manchmal außergewöhnlichen emotionellen Stress, die häufige körperliche Belastung und auch die Gefahr der sozialen Isolation erfolgreich zu bewältigen.

Als **mögliche Entlastungen für Angehörige** können angeführt werden:

- Angehörigengruppen – expertengeleitet oder ausschließlich als Selbsthilfegruppe
- Memory-Klinik (spezialisierte Abklärung und Behandlung)
- Einbeziehung von zusätzlichen Familienangehörigen, Nachbarn, Freunden
- Information, Ausbildung und Begleitung (z. B. auch Beratung bei Ernährung, Inkontinenz) der Pflegenden („Pflege durch Laien“)
- Ambulante Dienste (zu wünschen wäre ein jederzeit sofort einsatzfähiges Interventionsteam) und eine finanzierbare bis zu 24-Stunden-Betreuung
- Gerontopsychiatrische Beratungsstellen (intramural und extramural), Terminabsprachen bei niedergelassenen Ärzten (Wartezimmerproblem!)
- „Essen auf Rädern“
- Pflegegeld (mit entsprechender Berücksichtigung der Verhaltensauffälligkeiten)
- Fahrdienste (z. B. zu Ärzten, Ambulanzen oder Tageszentren)
- Tageszentren und Tageskliniken
- Kurzzeitpflege – „floating beds“

Ungeachtet der angebotenen, aber nicht immer in ausreichender Zahl zur Verfügung stehenden Hilfen ist es aus mancherlei Gründen für den pflegenden Angehörigen nicht immer leicht, diese Hilfen auch anzunehmen. Schuldgefühle und gut gemeinte frühere Versprechungen dem kranken Angehörigen gegenüber schränken die Möglichkeiten von Hilfeannahmen gelegentlich ein. Hier sind aufklärende und entlastende professionelle Gespräche notwendig,

die dem Wohle des Patienten und auch seines Angehörigen dienen, um eine Überlastung durch Überforderung zu jedem Zeitpunkt des Krankheitsprozesses erfolgreich verhindern zu können.

So sollte dann für den Kranken neben der medikamentösen Therapie durch den Arzt oder Facharzt und einem Training für Gedächtnis und Alltagsfunktionen auch die pflegenden Angehörigen zu Kotherapeuten werden, die im gewohnten und vertrauten Umfeld des Patienten, ohne selbst durch psychischen oder körperlichen Stress überfordert zu werden, eine Stabilität erreichen, die für den Patienten trotz seines schweren Krankheitsgeschehens ein relatives Wohlbefinden in Würde sicherstellt und die Lebensfreude des betreuenden Angehörigen nicht erlöschen lässt.

Gunther Ladurner
Epidemiologische Aspekte
der Demenz

Die Definition der Demenz ist der gemeinsame phänomenologische Aspekt einer Reihe von verschiedenen Erkrankungen. Das heißt, auch wenn die Ursachen unterschiedlich sind, sind die Auswirkungen für den Betroffenen ähnlich und in einer gemeinsamen Art und Weise zu sehen. Dabei beruht die Diagnose auf folgenden Kriterien:

1. Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen, von denen die wichtigste, da auch am besten messbar, die Merkfähigkeit bzw. ihre Störung ist. Andere sind das Denken, die Orientierung, das Rechnen, die Lern- und Urteilsfähigkeit sowie die Sprache.
2. Beeinträchtigung der persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens wie die entsprechenden Auswirkungen auf die soziale Kompetenz und Integration.
3. Fakultative Störungen sind solche, die eine Einzelform bzw. eine Krankheit, die eine Demenz verursachen, besonders definieren können, und sind

a) psychischer Art wie z. B.:

- depressive Verstimmung
- Wahnbildung
- Unruhe
- Verwirrtheit
- Halluzinationen

b) neurologischer Art wie z. B.:

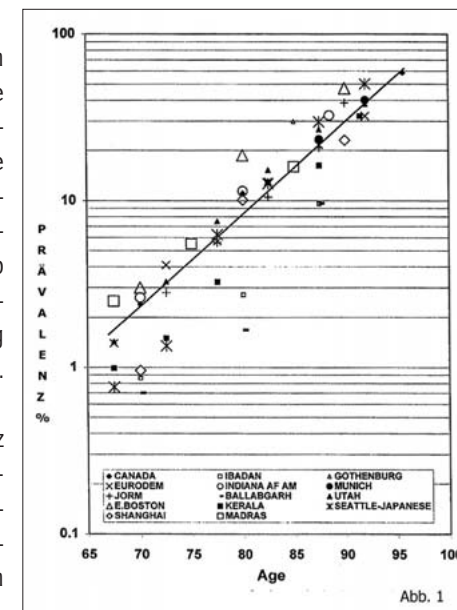
- Pyramidenzeichen
- Tonuserhöhung
- Primitivreflexe
- Parkinsonsyndrom
- Sprachstörungen

Daher ist das Gesamtbild sehr bunt und, da die verschiedenen Symptome in ihrer Ausbildung unterschiedlich ausgeprägt sein können, sehr komplex. Die Differentialdiagnose ist schwierig, wobei eine Gesamtbeurteilung, ob eine Demenz vorliegt oder nicht, im Wesentlichen auf Störungen der höheren Hirnleistungen und der sozialen Kompetenz beruht. Sehr wichtig ist damit die Definition über das Instrumentarium der ICD-10, die eine klare Beschreibung einer Demenz in der Abgrenzung zu anderen Störungen möglich macht. So sind z. B. davon einmal Störungen der Merkfähigkeit geringerer Art, wie z. B. eine milde kognitive Beeinträchtigung, abzugrenzen oder auch solche Störungen, die durch Bewusstseinstörung und durch ein Delir gekennzeichnet sind. Hier ist begrifflich zwar unter Umständen eine Störung der Merkfähigkeit möglich, aber es liegt keine Demenz vor.

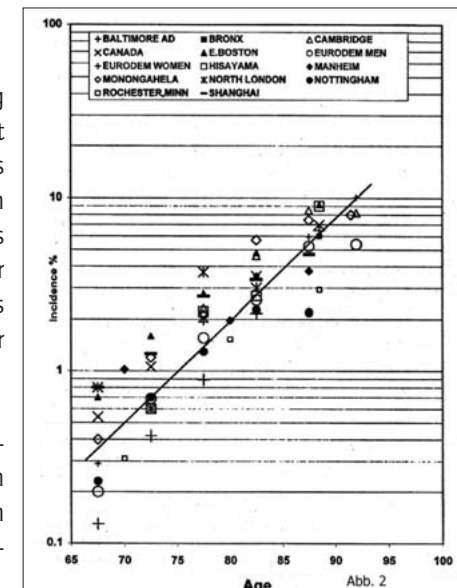
Zusätzlich ist ein chronisch progredienter Verlauf, der auch in Schüben absolviert werden kann, über die Dauer von sechs Monaten zu fordern. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass bei bestimmten (seltenen) Krankheitsgruppen

auch eine Reversibilität eines dementiellen Syndroms bei Behandlung vorkommen kann (B12-Avitaminose, Normaldruckhydrozephalus, gutartiger Tumor etc.).

Unter den zuvor definierten Kriterien findet sich eine Prävalenz für die Demenz (Abb. 1), d. h. eine zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegende Menge an Erkrankten (in %) der normalen Bevölkerung in einer Verteilung, die mit zunehmendem Alter (ab 65) deutlich, d. h. exponentiell zunimmt. Dabei ist in der Darstellung die logarithmische Skala zu beachten.

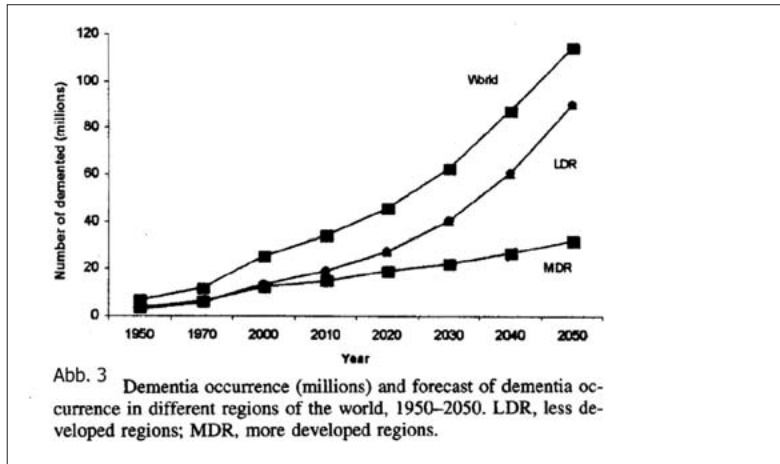


Analog dazu ist auch die Inzidenz (Abb. 2), d. h. das Auftreten von Krankheitsfällen in Prozent der Normalbevölkerung pro Jahr zu sehen. Auffällig ist dabei, dass in allen Gebieten der Welt die Zahlen dieser Entwicklungen ähnlich sind.



Es zeigt sich, dass zwar der Anstieg der Demenz geschätzt über die Zeit (bis 2050) ein gewaltiger ist, dass aber die wenig entwickelten Staaten mehr davon betroffen sein werden als die entwickelten. Dabei ist sicher der Anstieg des Durchschnittsalters bis zum Tod der entscheidende Faktor (Abb. 3).

Natürlich werden damit die Ausgaben im Gesundheitssystem und in der sozialen Versorgung abhängig vom jeweiligen sozialen und Gesellschafts-

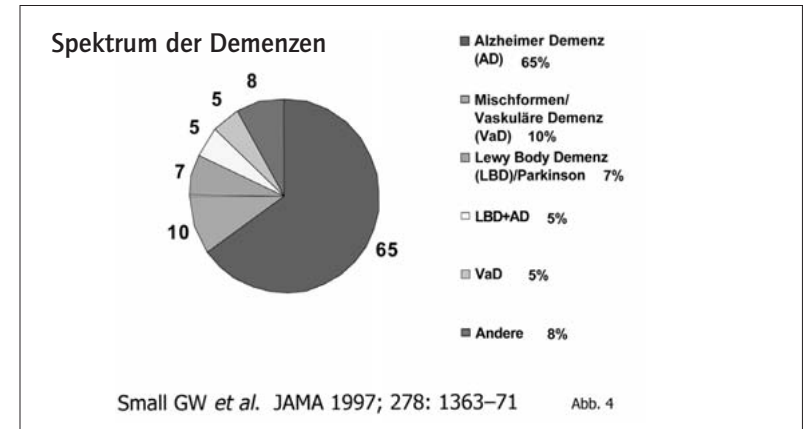


system enorm steigen, sodass ein zuerst nur als gesundheitliches Problem verstandener Bereich auch ökonomisch sehr relevant werden wird. Außerdem wird durch ökonomische Verschränkung die Allgemeinheit, aber stärker natürlich die eigene Familie, in die pflegerische und ökonomische Pflicht genommen, sodass die Gesellschaft durch abnehmende Kinderzahlen mit der Versorgung dieser zwar weniger Probleme hat, aber durch das Problem der Versorgung der Eltern bzw. Verwandten, die sich auf immer weniger Personen arbeitsmäßig und ökonomisch aufteilt, zunehmend gefordert werden wird.

Verschiedene Maßnahmen werden hier proaktiv notwendig werden, wenn nicht der medizinische Fortschritt zu einer Änderung der Prognose der Demenzen führt, die diese Betrachtung wieder in einem anderen Licht erscheinen lässt. Zurzeit gibt es keine gesicherte Annahme, dass dies der Fall sein könnte; es ist allerdings davon auszugehen, dass die molekulargenetische Forschung über einzelne Faktoren in der Entstehung der Krankheiten und damit auch in deren Behandlung wesentliche Fortschritte bringen wird, wobei zurzeit neben der Molekulargenetik die Stammzellentherapie als ein wesentlicher Hoffnungsfaktor für die Zukunft der Behandlung der Demenzen angesehen wird.

Bei den Erkrankungen steht der Mb. Alzheimer mit 65 % als Ursache im Vordergrund. Andere degenerative Erkrankungen machen den verbleibenden Haupt-

teil aus. Vaskuläre Erkrankungen, Tumore, Traumen, Intoxikationen, Stoffwechselerkrankungen, hormonelle Störungen, Liquorabflussstörungen machen den Rest und enthalten damit auch die derzeit reversiblen Erkrankungen. Die Verteilung ist in einer Arbeit von Small et al. aus dem Jahr 1997 dargestellt (Abb. 4).



Tab. 1 Estimated prevalence rates for dementia by 5 year age intervals for baseline population

Age-group	Median age	Estimated prevalence (%)
60–64	62.5	0.7
65–69	67.5	1.4
70–74	72.5	2.8
75–79	77.5	5.6
80–84	82.0	10.5
85–89	87.0	20.8
90–95	91.5	38.6

Source: Jorm et al. (1987)

Wenn dabei der Mb. Alzheimer als Krankheitsgruppe herausgenommen wird, sieht die Situation nach Schätzungen der Prävalenz und der Inzidenz so aus (Tab. 1, Abb. 4), dass eine ähnliche Kurve wie zuvor gezeigt, sich darstellt, da immerhin 65 % des Kollektivs betroffen sind. Dabei hat insbesondere die Gruppe der Patienten mit Mb. Alzheimer eine Altersverteilung, dass vor allem der Mb. Alzheimer für den hohen Anstieg an Demenzen im höheren Lebensalter verantwortlich sein dürfte (Abb. 5).

Exponentielle Zunahme der Alzheimer-Demenz mit steigendem Lebensalter

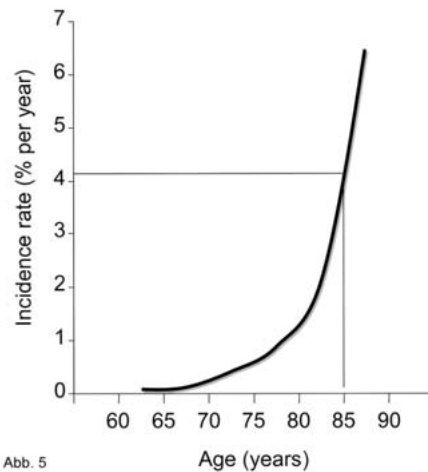


Abb. 5

L.Boltzmann Institut für
Altersforschung

z.B Kawas C et al, *Neurology*
2000; 54: 2072

Die Demenzdaten in Österreich gehen – wenn auch derzeit noch keine große Studie wie die VITA-Studie abgeschlossen ist – mit diesen Annahmen konform. Bei der Gesamtbevölkerung sind etwa 1,6 Mio. Patienten über 60 Jahren anzuführen, von denen wieder 200.000 Demenzkranke anzunehmen sind. Besonders relevant werden diese Zahlen, wenn man bedenkt, dass die Demenz in 43 % als Grund für eine Heimaufnahme und in 48 % als Grund für eine Pflegebedürftigkeit gilt.

Es ist daher zusammenfassend festzuhalten:

1. Die Prävalenz und die Inzidenz der Demenz nehmen mit dem Alter exponentiell zu, sodass in der Altersgruppe der über 80-Jährigen bereits mehr als jeder Fünfte an einer Demenz erkrankt ist.
2. Die Hauptursache ist der Mb. Alzheimer mit 65 %.
3. Die Zahl der Patienten wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen.
4. Die Gesundheitspolitik ist aufgefordert, medizinische, pflegerische und soziale Konsequenzen zu ziehen und auch dem ökonomischen Impact der Demenzerkrankungen Rechnung zu tragen.

Sigrid Maudrey

Pflegende Angehörige zwischen Last und Belastbarkeit

Zusammenfassung

Ziel des hier vorgestellten Projektes war es, die Art der Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzkranken, deren Entlastungsstrategien und den Unterstützungsbedarf zu ermitteln. Die Ergebnisse zeigen, dass das Spektrum der objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen groß ist, dass sie aber unterschiedliche Kapazitäten zur Bewältigung der Anforderungen aufweisen. Pflegende Angehörige, die die Pflegesituation als Ganzes oder bestimmte Bereiche gut meistern, lassen die Art des Unterstützungsbedarfs erkennen, wobei der Einsatz von Family-Health-Nurses besonders zu betonen ist.

„Keine Zeit zu verlieren“¹⁾

Die Dringlichkeit, die Situation der pflegenden Angehörigen in den Mittelpunkt der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion zu rücken, die wissenschaftliche Bearbeitung der Bedingungen der häuslichen Pflege zu forcieren und die pflegepraktische Auseinandersetzung mit Betreuungs- und Unterstützungsangeboten zu intensivieren, ist im Wesentlichen durch drei Faktoren begründet:

1. soziodemographische und epidemiologische Entwicklung
2. hoher Pflegebedarf bei Menschen mit Demenz
3. veränderte gesellschaftliche Voraussetzungen

Die steigende Lebenserwartung in den Industrieländern sowie die rückläufigen Geburtenzahlen führen zu einem Anstieg der Zahl alter Menschen. Diese Entwicklung bedingt eine Zunahme der altersbedingten chronischen Krankheiten, zu denen auch die Demenz zählt. Schätzungen zufolge litten im Jahr 2000 in Österreich ungefähr 90.500 Personen unter einem dementiellen Syndrom. Diese Zahl wird sich, falls es nicht zu einem Durchbruch in der Prävention und/oder Therapie kommt, bis 2030 auf 163.400 und bis 2050 auf 233.800 erhöhen. Gleichzeitig schwindet der im erwerbsfähigen Alter befindliche Bevölkerungsanteil. Kam im Jahr 2000 ein Demenzkranker auf etwa 56 Personen im erwerbsfähigen Alter, werden es 2030 26 und 2050 nur noch 17 Personen sein (Wancata, 2002).

„Das dementielle Syndrom, als Folge einer Krankheit des Gehirns, verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend unter Beeinträchtigung vieler hö-

herer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993, S. 60). Diese Symptome bedingen, dass dementielle Erkrankungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit dazu führen, dass der Betroffene den Alltag nicht mehr allein bewältigen kann. Menschen mit Demenz sind daher in hohem Maße von Pflegebedürftigkeit betroffen. In Deutschland litten im Jahr 1996 47 % der Personen, die Hilfe im täglichen Leben benötigten, an Demenz, und 93 % aller demenzkranken Menschen sind in ihrer letzten Lebensphase pflegebedürftig (Bickel, 1996).

Über 80 % der pflegebedürftigen Personen in Österreich (Österreichische Gesellschaft für Marketing, Oktober 2002), von denen ein hoher Prozentsatz demenzkrank ist, werden in den Familien, vor allem von Ehefrauen, Töchtern oder Schwiegertöchtern betreut (Nemeth & Pochobradsky, 2002). Die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds ist ab einem gewissen Krankheitsstadium eine physisch und psychisch enorm belastende Vollzeitbeschäftigung (Gräbel, 1998). Trotz der Anstrengungen leisten Angehörige diese harte und zeitaufwendige Pflegearbeit (Kesselring, 2002) in hoher Qualität (Nemeth & Pochobradsky, 2002). Angehörige können die Betreuungsarbeit übernehmen, da sie entweder bereits pensioniert sind oder ihre Berufstätigkeit aufgegeben haben. Eine Zunahme der Frauenberufstätigkeit, das Hinaufsetzen des Pensionsantrittsalters und veränderte familiäre Strukturen werden die Möglichkeiten der Betreuungsübernahme vermindern (Seidl, Walter & Maudrey, 2003).

Wegen der hier skizzierten gegenwärtigen Situation und der zukünftigen Entwicklungen wird die professionelle pflegerische Versorgung der Demenzkranken und der betreuenden Angehörigen vor allem im häuslichen Bereich enorm an Bedeutung gewinnen. Es ist die Aufgabe der professionellen Pflege, frühzeitig auf diese Entwicklungen zu reagieren und bereits jetzt Konzepte zur adäquaten Betreuung dieser Klientengruppe zu entwickeln. Die Rolle der Forschung besteht darin, neue Erkenntnisse über die familiäre Pflegesituation zu ermitteln und diese den in der Praxis tätigen Personen zur Verfügung zu stellen. Die Abteilung Pflegeforschung führte unter der Leitung von Prof. Dr. Elisabeth Seidl und unter Mitarbeit von MMaga. Dr. Walter und Maga. Maudrey in den Jahren 2002 und 2003 eine Studie zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen demenzkranker Menschen durch.²⁾

Zielsetzung und Fragestellung

Die Pflege eines demenzkranken Angehörigen führt bei der Hauptbetreuungsperson häufig zu einer Beeinträchtigung der physischen und psychischen Gesundheit und zu einer Verminderung des Gesundheitsverhaltens (z. B. Aufschieben von Arztbesuchen). Ferner ist eine quantitative und qualitative Verschlechterung der inner- und außerfamiliären Beziehungen möglich. Finanzielle Sorgen, eingeschränkte persönliche Handlungsspielräume sowie begrenzte Zukunftsperspektiven zählen ebenfalls zu den Folgen der Betreuungsübernahme (Wilz, Adler & Gunzelmann, 2001). Eine zukünftige Aufgabe der Pflegepraxis wird die flächendeckende professionelle Beratung und Begleitung von pflegenden Angehörigen sein, um die oben genannten negativen Auswirkungen der häuslichen Pflegearbeit so gering wie möglich zu halten. Für diese Tätigkeit werden die Pflegefachkräfte eine wissenschaftlich fundierte Wissensbasis über mögliche Entlastungsstrategien benötigen. Das Ziel dieser Untersuchung war, neben der Ermittlung der belastenden Faktoren, im Sinne eines Lernens von den pflegenden Angehörigen, solche Entlastungsstrategien zu identifizieren und dieses Wissen für die Beratungspraxis aufzuarbeiten.

Daraus ergaben sich folgende Forschungsfragen:

1. Was erleben pflegende Angehörige von Demenzkranken an der Betreuungssituation als belastend?
2. Welche Strategien setzen pflegende Angehörige von Demenzkranken ein, um die Betreuungssituation zu bewältigen?
3. Welche Formen von Unterstützungsbedarf sind erkennbar?

Projektdurchführung

Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zählten zur Zielgruppe dieses Projekts. Durch die gute Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe Alzheimer-Angehörige, dem Tageszentrum Sophienspital und der Caritas Socialis konnten pflegende Angehörige zur Teilnahme an Interviews gewonnen werden. Die Daten wurden mittels offener leitfadengestützter Interviews erfasst. Insgesamt nahmen sechzehn Frauen und vier Männer im Alter zwischen 40 und 75 Jahren an einem Gespräch teil. Die InterviewpartnerInnen kamen aus Wien und dem angrenzenden Niederösterreich. Neben den Interviews wurden Feldbeobachtungen bei Vorträgen und Treffen der oben genannten Organi-

sationen durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels der Prozessstrukturanalyse von Uta Gerhardt. Dies ist ein Verfahren zur empirisch begründeten Typenbildung, das „explizit um Systematik, intersubjektive Nachvollziehbarkeit und Verallgemeinerungsfähigkeit der Datenauswertung sowie der Ergebnisse bemüht“ ist (Kluge, 1999, S. 110).

Der Pflegekompass

Als Leitfaden diente eine modifizierte Version des in den Niederlanden von Marco Blom und Mia Duijnste (1999) entwickelten „Zorgkompas“. Der „Zorgkompas“ – in der deutschen Übersetzung Pflegekompass genannt – stellt ein Instrument zur Einschätzung der Belastungen pflegender Angehöriger von Demenzkranken dar und soll vor allem eine Unterstützung für Praktiker in der Hauskrankenpflege sein. Das Instrument basiert auf umfangreichen Forschungsergebnissen, ist übersichtlich und leicht verständlich. Mittels eines strukturierten Interviews ist die Einschätzung der Belastungen pflegender Angehöriger im Rahmen der mobilen Pflege, insbesondere bei der Betreuung Demenzkranker in mehreren Kategorien möglich. Das Spektrum der zu eruiierenden Faktoren beinhaltet u. a. die körperliche Gesundheit der Pflegenden, emotionale Belastungen wie Kränkungen und Zukunftsängste, Einschränkungen des eigenen Freiraums, finanzielle Belastungen und die individuellen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von formeller bzw. informeller Unterstützung. Der Pflegekompass eignet sich besonders als intensiver und offener Einstieg in eine auf Dauer angelegte Pflege- und Betreuungsbeziehung.

Belastungen pflegender Angehöriger

Das Spektrum der objektiven und subjektiven Belastungen der pflegenden Angehörigen von demenzkranken Menschen ist mannigfaltig und vielschichtig. Die hier deskriptiv dargestellten Hauptbelastungsfaktoren decken dieses Spektrum keineswegs ab, geben aber einen Überblick über die physisch und psychisch belastende Pflegesituation.

Verhaltensoriginalitäten

Das Auftreten von Verhaltensoriginalitäten ist Bestandteil des dementiellen Syndroms. Von den pflegenden Angehörigen werden eine gesteigerte Aggressivität, das ständige Fragen, das Suchen von Gegenständen, der Zwang zum Einkaufen und der Wandertrieb als problematisches Verhalten wahrgenommen.

Besonders leiden die Angehörigen unter dem Verlust der Kommunikationsfähigkeit und unter der Reaktionslosigkeit des Erkrankten. Eine Interviewte, die ihren Ehemann pflegt, drückt dies folgendermaßen aus:

„Man kann sagen, es ist wie eine lebende Hülle. Man kann keine Reaktion erwarten, kein Gefühl. Die Seele ist da, aber man kann damit nicht viel anfangen. Sie ist da, sie ist aber auch nicht da.“

Angebunden-Sein

Um Selbst- bzw. Fremdgefährdungen zu vermeiden, steigt bei fortschreitender Demenz die Notwendigkeit der Beaufsichtigung. Nicht selten ist eine 24-Stunden-Betreuung notwendig, was zum Erleben des Angebunden-Seins führt. Das Schaffen von Freiräumen ist für pflegende Angehörige schwierig und von den finanziellen Ressourcen abhängig.

„Was mich belastet, ist das Angebunden-Sein. Denn ich muss praktisch selbst für jede Minute, die ich aus dem Haus gehe, mir diese Zeit erkaufen ... Und das ist doch sehr viel. Selbst wenn ich nur Brot und Butter einkaufen will, muss ich mir das erkaufen.“

Falls doch dringende Erledigungen wie Einkäufe oder Arztbesuche anstehen und die oder der Kranke allein gelassen werden muss, ist dies mit großen Sorgen verbunden.

„Er schläft meistens sehr lange vormittags. Und da lass ich ihn, damit ich schnell einkaufen gehen kann ... Das ist mir die sicherste Zeit ... Einkaufen, in die Apotheke. Aber auch immer alles hastig ... das ist halt dann immer eine Katastrophe, nicht. Und das ist diese Hast, diese Hetze, diese Hektik.“

Soziale Ausgrenzung

Pflegende Angehörige erhalten von der Familie, von Freunden und von Pfarrgemeinschaften soziale Unterstützung, aber sie erleben auch soziale Ausgrenzung. Die Ursachen dafür sind mannigfaltig und reichen von den eingeschränkten zeitlichen Ressourcen der pflegenden Angehörigen bis zur Unsicherheit der Verwandten und Bekannten beim Umgang mit dem erkrankten Menschen. Ein pflegender Ehemann erlebte die soziale Ausgrenzung wie folgt:

„Im Seniorenklub haben die anderen Damen meine Gattin links liegen gelassen. Da war sie schon sehr vergesslich. Das waren alte Frauen ... dass die die links liegen lassen! Da bin ich dann nicht mehr hingegangen.“

Inadäquate professionelle Unterstützung

Unter professioneller Unterstützung werden alle Hilfsmaßnahmen subsumiert, die in der Regel von Organisationen angeboten werden und deren Durchführung Fachkräften obliegt. Die dazugehörigen Tageszentren erleben pflegende Angehörige durch den tageweisen Aufenthalt des demenzkranken Familienmitglieds als große Entlastung.

Meine Mutter ist zwei Tage pro Woche im Tageszentrum. Und das ist für mich schon eine sehr große Erleichterung. Da weiß ich, sie ist gut aufgehoben und hat jede Betreuung, die nur möglich ist. Also, ich selber bin zufrieden mit dem Tageszentrum, das muss ich sagen, ich würde mir wünschen, dass sie fünf Tage die Woche hingeht, aber ich glaub, das werde ich bei meiner Mutter nicht erreichen.

Die Unterstützung durch mobile Pflegekräfte, seien es PflegehelferInnen oder Heimhilfen, entlastet die Angehörigen meist nicht in der gewünschten Form. Die Gründe dafür liegen in strukturellen Gegebenheiten, wie z. B. in fehlenden Zeit- und Personalressourcen und in einer mangelnden Flexibilität der Organisationen; aber auch das Verhalten der Pflegepersonen, wie z. B. Unhöflichkeit, wird beklagt.

„Ist nicht immer so ganz ideal gewesen, eine professionelle Hilfe hat mir gesagt: ‚Na, warum lassen Sie sie nicht im Bett, das ist ja unmöglich, dass Sie sie da hin und her schleppen.‘ Und dann kam eine Kollegin von ihr, die sagte: ‚Sie machen das goldrichtig, setzen Sie sie so lange wie möglich hinaus.‘ Dann hatte ich einen Dienst, und den hab ich mir extra ausgesucht, weil junge Männer kamen, um sie zu schleppen. Aber das war nicht sehr angenehm. Sie sind mit den Schuhen im Winter bis ins Schlafzimmer gekommen. Sie waren dann etwas unangenehm: ‚Na, wenn Ihnen das jetzt nicht passt, dann kommen wir halt nicht wieder.‘ Was hab ich noch gehabt? Ja, einen Dienst in der Nähe. Der sagte mir immer: ‚Tut mir Leid, wir haben nicht so viel Personal, wir

können Ihnen nicht helfen.' Dann hab ich mich mal an den Stützpunkt gewandt, da wollte ich nur für ein paar Wochen jemanden haben, die sagten: ‚Dafür sind wir nicht zuständig, wir machen das nur auf Dauer.‘ Also, so stößt man immer wieder irgendwo an Grenzen.“

Eigene körperliche Beschwerden

Bei älteren pflegenden Angehörigen treten altersbedingte Krankheiten auf, die die Pflege erschweren. Körperliche Beschwerden, hervorgerufen durch körperliche Anstrengungen bei der Betreuungsarbeit, finden kaum Erwähnung. Die psychische Beanspruchung ist dagegen enorm und wird von den pflegenden Angehörigen als Ursache von psychischen und physischen Beschwerden gesehen.

„... es schnürt einem den Hals ab, also ich hab immer die Angst, ich hab Krebs im Hals, weil da immer so ein Knödel drinnen ist – ich hab immer Angst, mein Herz drückt sich ab. Das hab ich abklären lassen, ich bin zur Ärztin gegangen. Das ist alles bestens.“

Entlastungsstrategie – Handlungsorientierung

Alle pflegenden Angehörigen dieser Untersuchung waren mit objektiven und subjektiven Belastungen konfrontiert, wenn auch in unterschiedlichster Quantität und Qualität. Die Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen mit den Anforderungen verschieden umgehen. Die Handlungskontrolltheorie von Kuhl (Kuhl 1983, 1994), die eine Erweiterung und Ergänzung zur Theorie der erlernten Hilflosigkeit ist und die Realisierung einer Handlungsintention zu erklären versucht, stellt ein ideales Modell zur Erklärung dieser Unterschiede dar.

Zwischen einer Handlungsintention und einer Handlungsrealisierung liegen vermittelnde Prozesse der Handlungskontrolle. Von der Handlungskontrolle hängt es ab, ob eine beabsichtigte Handlung trotz möglicher Hindernisse auch tatsächlich durchgeführt wird. In welchem Ausmaß Handlungskontrolle gelingt, ist vom Zustand der Handlungs- bzw. Lageorientierung abhängig. Personen im Zustand der Handlungsorientierung zeigen eine hohe Handlungskontrolle, drängen auf Realisierung der Handlungsintention und können ihre Handlungskompetenz in jeder Situation ausschöpfen. Im Gegensatz dazu liegt Lageorientierung und damit Zögern, Passivität sowie das Abbrechen von Handlungen vor, wenn Personen hauptsächlich auf ihre

Situation fixiert sind, was sie daran hindert, sich mit Handlungsalternativen, die sie aus dieser Lage herausbringen könnten, zu befassen.

Die Ursachen der Lage- bzw. Handlungsorientierung liegen einerseits in der persönlichen Disposition, die auf die individuelle Lerngeschichte rückführbar ist, und andererseits in Merkmalen der Situation (Semmler, 1999). So tritt besonders unter Belastung eine Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit auf (Pint, 2003). Lang andauernde Unkontrollierbarkeit bzw. ständiger Misserfolg in einer bestimmten Situation – wie unter Umständen bei der Pflege eines demenzkranken Angehörigen – können zur Lageorientierung führen.

Das Konzept der Handlungs- und Lageorientierung ist geeignet, Unterschiede im Umgang der pflegenden Angehörigen mit der Pflegesituation aufzuzeigen und die verschiedenen Ausprägungen der Belastungen zu verstehen. So erleben lageorientierte pflegende Angehörige die Betreuungsarbeit als belastender als handlungsorientierte Angehörige. Handlungs- und Lageorientierung sind zwei extreme Positionen, zwischen denen fließende Übergänge möglich sind. Die vermittelnden Prozesse der Handlungskontrolle werden hier anhand konkreter Beispiele dargestellt.

Selektive Aufmerksamkeit und Enkodierkontrolle

Pflegende Angehörige sind mit einer Informationsflut in Form von Broschüren, Zeitschriftenartikeln, Büchern und Vorträgen konfrontiert. Es gilt nun – im Sinne der selektiven Aufmerksamkeit – die relevanten Informationen auszuwählen und die irrelevanten auszublenden. Mit der Auswahl der wichtigen Informationen ist es aber nicht getan. Die pflegenden Angehörigen müssen diese noch enkodieren, d. h. verstehen und an ihre individuelle Pflegesituation anpassen und praktisch anwenden. Handlungsorientierte pflegende Angehörige schaffen diesen komplexen Vorgang vom Lesen einer Information bis zu deren praktischen Umsetzung. Allerdings kann nicht verlangt werden, dass diese Herausforderung von allen pflegenden Angehörigen, die lebensweltliche und nicht professionelle Helfer sind (Schnepf, 2003), bewältigt wird.

Emotions- und Motivationskontrolle

Unter Emotionskontrolle ist die Meidung von Emotionen zu verstehen, die die weitere häusliche Betreuungsarbeit beenden würden (z. B. Angst vor der oder dem Erkrankten), bzw. das Zulassen von Emotionen, die den Fortbestand des

Pflegearrangements sichern (z. B. Zuneigung zu der oder dem Erkrankten). Die Motivationskontrolle bezieht sich auf die Entwicklung von motivationsstärkenden Strategien. Dazu zählen z. B. das Akzeptieren und Zulassen von Hilfe. Eine pflegende Gattin drückt ihre Emotion und Motivation folgendermaßen aus:

Ich bin prinzipiell der Mensch, der immer dort ist, wo Hilfe gebraucht wird. Und außerdem, also wie gesagt, also ich, er war immer ... richtig lieb und alles, also warum soll ich ihn jetzt, wo er mich braucht, nicht pflegen. Also das war für mich schon selbstverständlich, nur ich muss ehrlich sagen, ich gehöre schon zu denen, die sich die Hilfe von außen suchen ... da bin ich schon der Meinung, dass man also irgendwann Hilfe in Anspruch nehmen sollte, wenn es sie gibt. Und die gibt's.

Umweltkontrolle

Dieser Prozess der Handlungskontrolle ist dann gelungen, wenn Umweltbedingungen, die die Pflegearbeit erschweren, beseitigt und solche, die die Pflegearbeit erleichtern, geschaffen werden können. Eine pflegende Tochter löste das Problem der Umweltpassung folgendermaßen:

Diese verschiedenen Verhaltensänderungen am Beginn haben wir immer aufzufangen versucht, indem wir ihr gegeben haben, was möglich war, damit wir erleichtert waren. Wir stellten im Wohnzimmer oft die Möbel um, wir haben einmal den hinteren Teil ganz adaptiert, da ist sie immer vom Lesesessel gerutscht auf die Erde, also haben wir ihr eine große Liegewiese gemacht. Dann haben wir hier einmal alles abgetrennt ..., sodass sie einen Ausgang hatte, aber doch nicht überallhin konnte, sodass man den Glasschrank retten konnte ... Sie wollte ... oft mit dem Kopf durch die Fensterscheibe ... Damit sie nicht hinunterfällt, haben wir uns Schlüssel besorgt und alles ... abgeschlossen. Dann habe ich sie einmal erwischt, wie sie in meinen Küchenasterln kramte, und ich fragte: „Was suchst du?“ Sagte sie: „Nur Harakiri.“ Da hab ich für eineinhalb Jahre alle Messer und spitzen Gegenstände weggesperrt.

Sparsame Intensionsverarbeitung

Angehörige, die sich bewusst für oder gegen die Pflege eines demenzkranken Familienmitglieds aussprechen, sind weniger belastet als solche, die sich

noch im Entscheidungsprozess befinden. Mit dem Handlungskontrollprozess der sparsamen Intensionsverarbeitung ist ein rationelles Abwägen der Vor- und Nachteile gemeint, um schlussendlich eine Entscheidung zu treffen. Eine Tochter berichtet wie folgt über den Entscheidungsprozess:

„Nun, ich musste damals entscheiden, ob ich sie in ein Pflegeheim gebe oder ob ich sie zu Hause pflege. Ich wollte ihr die Geborgenheit, das Familienleben erhalten. Ich hätte sie damals nicht in ein Heim gegeben, dafür war sie noch viel zu lebendig, sie hätte das mitbekommen. Nun, ich hab das dann gut regeln können. Zunächst war sie noch in ihrer eigenen Wohnung. Als es dann schlechter wurde, war ich in Pension und konnte sie zu mir nehmen. Ich habe mich entschieden, es wird bis zum Ende gehen.“

Misserfolgsbewältigung

Die Demenz ist eine progredient verlaufende Erkrankung, weswegen die Pflege eines demenzkranken Menschen kaum Erfolge im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustandes bringt. Die Bewältigung der „Misserfolge“ und der adäquate Umgang damit sind ein wesentlicher entlastungsfördernder Aspekt. Eine pflegende Tochter geht beispielsweise so damit um:

„Je nach dem, wie wir fertig sind ... machen wir einen Rundgang. Entweder ist es eine halbe Stunde, eine Dreiviertelstunde, entweder ist es nur Spazierengehen oder gleich in Verbindung mit Einkaufen ... Also, das wird alles gemeinsam gemacht. Aber nur, wenn ich merke, dass er die, die Motorik, also, das heißt, die ... Beine so ein bisschen so eigenartig gehen, dann brauchen wir keinen Spaziergang. Dann fällt mir irgendwas anderes ein. Dann, dann, ja, dann tun wir halt Staub wischen oder weiß ich nicht. Irgend-, irgendwas, irgendwas fällt mir immer ein.“

Handlungsbedarf – advanced nursing-practice

Wie bereits weiter oben verdeutlicht, sind pflegende Angehörige, obwohl sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, in hohem Maße subjektiv belastet. Dies verweist auf Defizite und somit auf dringenden Handlungsbedarf im professionellen Pflege- und Betreuungssystem. Pflegende Angehörige, die

die Pflegesituation als Ganzes oder bestimmte Bereiche gut meistern, lassen die Art des Unterstützungsbedarfs erkennen.

Family-Health-Nurse

Die in der Praxis vorherrschende individuumsorientierte Pflege greift bei der Demenz zu kurz. Diese Erkrankung wirkt sich auf die ganze Familie aus, und manche Angehörige äußern, dass sie Betreuung bräuchten und nicht der oder die Erkrankte. Wünschenswert wäre daher eine Planung, Durchführung und Evaluierung der Pflege, die die gesamte Familie umfasst und nicht nur das erkrankte Familienmitglied. Der erste Schritt zu einer professionellen Pflegeplanung ist der Einsatz geeigneter Assessmentinstrumente wie z. B. der bereits erwähnte „Pflegekompass“ (Blom & Duijnste, 1999). Dadurch wird es möglich, die Individualität der Situation zu erfassen und gezielte pflegerische Unterstützung anzubieten.

Die Weltgesundheitsorganisation erkannte, dass Pflegekonzepte, die sich an Dyaden oder ganzen Familien orientieren, notwendig sind, und sprach sich 1999 für die Etablierung von Family-Health-Nurses aus. Die Rolle der Family-Health-Nurse besteht darin,

„dem einzelnen Menschen und ganzen Familien [zu] helfen, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zurechtzukommen, indem sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit im Zuhause der Patienten und mit deren Familien verbringt. Diese Pflegekräfte können sinnvolle Ratschläge zu Fragen der Lebensweise und verhaltensbedingten Risikofaktoren erteilen und den Familien in gesundheitlichen Anliegen zur Seite stehen. Sie können die gesundheitlichen Probleme schon im Frühstadium erkennen und damit gewährleisten, dass sie auch frühzeitig behandelt werden. Mit ihrem gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund und ihrer Kenntnis anderer für Sozialfragen zuständiger Stellen können sie die Auswirkungen sozioökonomischer Faktoren auf die Gesundheit einer Familie erkennen und die Familie an die richtige zuständige Stelle verweisen. Durch häusliche Pflege können sie eine frühe Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtern, sie können als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt dienen und an die Stelle des Arztes treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis gefordert ist.“ (Gesundheit 21, 1999, S. 169–170)

Voraussetzung für den Einsatz von FamiliengesundheitspflegerInnen ist eine Ausbildung, die sich an das Curriculum der WHO (World Health Organisation, 2000) anlehnt und die professionellen HelferInnen befähigt, mit Familien zu arbeiten. Werden Familien mit einem demenzkranken Mitglied betreut, wären zusätzlich spezielle gerontopsychiatrische Kenntnisse notwendig. In Großbritannien übernehmen „community psychiatric nurses“ mit gerontopsychiatrischer Ausbildung (Adams, 1996) bzw. „advanced nurse practitioners in dementia“, dies sind Pflegepersonen mit Masterdegree und Spezialkenntnissen in der Pflege von Demenzkranken und der Begleitung von Angehörigen, die Betreuung (Rolfe & Phillips, 1997).

Beratung

Einer Meta-Analyse folgend, sind Hilfsmaßnahmen für pflegende Angehörige vor allem dann effektiv, wenn sie deren Wissen und deren Fähigkeiten bezüglich der Betreuung erhöhen (Sörensen, Pinguart, & Duberstein, 2002). Im Projekt zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen äußerten die Interviewten den Wunsch nach Information über die Krankheit und nach Tipps im praktischen Umgang mit dem Kranken. Die informierten Betreuungspersonen betonten den belastungsreduzierenden Effekt des Informiert-Seins.

Über Broschüren vermitteltes allgemeines Pflegewissen ist für die meisten Angehörigen nicht umsetzbar. Notwendig wäre eine Unterstützung bei der Auswahl der relevanten Informationen und bei der individuellen praktischen Umsetzung des Wissens. Es ist erforderlich, Rahmenbedingungen zu gezielten und effektiven Beratung der pflegenden Angehörigen zu schaffen, die in Form einer begleitenden Pflegeberatung im Zuhause der Familien stattfinden sollte.

Schlussbemerkung

Die Familie spielt im Leben der meisten Menschen eine wesentliche Rolle, wobei deren Wichtigkeit besonders bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu Tage tritt. Durch die Übernahme der Pflege sind Familien mit diversen Aufgaben konfrontiert. Neben der Organisation der Betreuung des pflegebedürftigen Angehörigen gilt es, den Alltag neu zu gestalten, die bisherigen Aufgaben umzuverteilen und das Herausbilden neuer Familienstrukturen zu bewältigen. Diese Herausforderungen gehen nicht spurlos an der Familie vorbei, sondern

wirken sich auch auf deren Gesundheit und Wohlbefinden aus (Freivogel-Sigrist, 1994). Damit die Familien die Betreuungsarbeit langfristig leisten können, ist deren Unterstützung im Interesse der Pflegenden und Gepflegten eine wichtige gesellschaftliche, gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe.

Anmerkungen

- 1) Motto des Weltaltzheimerstages 2004
- 2) Das „Projekt zur Unterstützung der Angehörigen demenzkranker Menschen“ wurde vom Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Sektion V – Familie und Senioren, gefördert.

Literatur

- ADAMS, Trevor (1996):** A descriptive study of the work of community psychiatric nurses with elderly demented people. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1177–1184
- BICKEL, Horst (1996):** Pflegebedürftigkeit im Alter: Ergebnisse einer populationsbezogenen retrospektiven Längsschnittstudie. *Das Gesundheitswesen*, 58 (Sonderheft 1), 56–62
- BLOM, Marco & DUIJNSTEE, Mia (1999):** Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Bern: Hans Huber. [Dt. Ausg. hrsg. von Wilfried SCHNEPP]
- DILLING, Horst, MOMBOUR, W. & SCHMIDT, M. H. (Hrsg.) (1993):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern: Hans Huber
- FREIVOGEL-SIGRIST (1994):** Die Familie. Auch heute noch wichtigste Betreuungs- und Pflegeinstitution in der Schweiz. *Pflege*, 25, 11–14
- GESUNDHEIT 21 (1999):** Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die europäische Region der WHO (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6). Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa
- GRÄSSEL, Elmar (1998):** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 57–62
- KESSELRING, Annemarie (2002):** Die Situation pflegender Angehöriger. In: Vlastimil KOZON & Elisabeth SEIDL (Hrsg.): *Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet*, Wien, Facultas, 88–10
- KLUGE, Susann (1999):** Empirisch begründete Typenbildung. Opladen: Leske und Budrich
- KUHL, Julius (1983):** Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin: Springer
- KUHL, Julius (1994):** Handlungs- und Lageorientierung. Forschungsberichte aus dem Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück
- NEMETH, Claudia & POCHOBRADESKY, Elisabeth (2002):** Qualitätssicherung in der Pflege: Pilotprojekt. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR MARKETING (Oktober 2002): Umfrage: Pflegeberufe. Wien, Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit

PINT, Barbara (2003): Handlungskontrolle und Coping: Untersuchung des Konzepts der Handlungs- versus Lageorientierung mittels konfirmatorischer Faktorenanalyse unter Berücksichtigung von Stressbewältigung im Sinne des Monitoring- und Blunting-Konzepts. Diplomarbeit, Universität Wien

ROLFE, Gary & PHILLIPS, Lisa-Marie (1997): The development and evaluation of the role of an Advanced Nurse Practitioner in dementia – an action research project. *International Journal of Nursing Studies*, 34 (2), 119–127.

SCHNEPP, Wilfried (2003): Unterstützung der pflegenden Angehörigen seitens der professionellen Pflege. In: Vlastimil KOZON & Norbert FORTNER (Hrsg.): *Gerontologische Pflege – Pflegeberatung*, Wien: Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege, 63–75

SEIDL, Elisabeth, WALTER, Ilsemarie & MAUDREY, Sigrid (2003): Projekt zur Unterstützung der Angehörigen demenzkranker Menschen (Forschungsbericht). Wien: Abteilung Pflegeforschung

SEMMLER, Regina (1999): Psychophysiologische Betrachtungen von Antizipationsleistungen von Handballspielern. In: Manfred WEGNER, Andreas WILHELM & Jan-Peters JANSSEN (Hrsg.): *Empirische Forschung im Sportspiel: Methodologie, Fakten und Reflexionen*, Kiel: Eigenverlag, 61–73

SÖRENSEN, S., PINQUART, M. & DUBERSTEIN, P. (2002): How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *Gerontologist*, 42, 356–372

WANCATA, Johannes (2002): Die Epidemiologie der Demenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 3/4, 52–56

WILZ, Gabriele, ADLER, Corinne & GUNZELMANN, Thomas (2001): Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken: Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen: Hogrefe

WORLD HEALTH ORGANISATION (2000): Die Familien-Gesundheitsschwester: Kontext, Rahmenkonzept und Curriculum. Kopenhagen: Gesundheitsdokumentationsdienst WHO-Regionalbüro für Europa

Erich Schütendorf

**Biotope und Schleusen
im Meer der Ver-rücktheit**

Kern(ige)-Thesen

I

Ständig versuchen wir, Menschen mit Demenz zu verstehen.

Wir sind gewohnt, den Umgang, die Beziehung, das Milieu, die Angebote, die Hilfsmittel vom Menschen mit Demenz aus zu betrachten.

Und was ist mit uns?

Verstehen wir uns selbst?

Wissen wir, was uns gut tut, welche Hilfsmittel und welche Umgebung wir für unser Wohlbefinden benötigen?

So ganz genau scheinen wir das nicht zu wissen.

Das mag daran liegen, dass wir nicht gerne auf uns selbst schauen.

Doch es ist offensichtlich:

Ununterbrochen sind wir in der Pflege auf der Suche nach Rückzugsmöglichkeiten und Eigenzeiten.

Wir rauchen, trinken Kaffee, greifen zu „Nervenfutter“, müssen mal anrufen, machen Umwege, flüchten uns in Hektik und Aktivitäten, laufen wie irre und schreien allen zu: „Keine Zeit!“

Wir, die behaupten, nur für die Menschen mit Demenz da zu sein, verbringen ziemlich viel Zeit mit und für uns. Wir tun dies, ohne jeden Zweifel, zu Recht.

Nur leider tun wir es meistens unbewusst, unreflektiert, heimlich oder mit schlechtem Gewissen.

Das ist schade.

II

Beziehungen sind schwierig.

Ein und derselbe Mensch kann einem den Morgen versauen und den Abend verzaubern.

Man liebt seine Kinder und könnte sie dennoch manchmal „an die Wand klatschen“.

Und wie ergeht es uns bei den Menschen mit Demenz?

Sie nerven.

Sie saugen Energie ab.

Sie machen einen krank.

Wir wissen, was sie sagen, was sie tun, was sie fragen, wie sie einen ansehen.

Wir hören, wie sie weinen, schreien, über Schmerzen klagen.

Wir sehen, wie sie mit ihren Ausscheidungen umgehen.

Wir erleben, dass man ihre Wünsche, ihre Forderungen nicht erfüllen kann.

Natürlich wissen wir, was ihnen gut tut, wie man ihnen gerecht werden könnte.

Aber es ist so schwierig, sie auf Dauer zu ertragen, sie auszuhalten.

Man kann keine Absprachen treffen, sich nicht verständigen.

Man erreicht nichts bei ihnen.

Trotz alledem:

Sie sind auf uns angewiesen.

Wie halten wir sie aus?

Wie versuchen wir, uns zu retten?

Was gibt uns Kraft?

Wie gewinnen wir Abstand?

Wie können wir überleben?

III

Denken wir mal über uns nach.

Wir sind Festlandbewohner, die im Meer der Ver-rücktheit arbeiten müssen.

Das Meer ist nicht unser Element.

Hier gehen wir leicht unter.

Was tun wir Festlandbewohner im Meer?

1. Wir halten uns an Rettungsbooten fest, die uns Sicherheiten geben: Logik, das vernünftige Wort, die Verständigung, der Erfolg, das Ergebnis, die Planbarkeit, die Berechenbarkeit, die Nützlichkeit, die Zweckmäßigkeit, unsere Vitalität, die chronologische Uhrzeit. Wenn wir uns zu den Menschen mit Demenz begeben, lehnen wir uns über den Rand des Rettungsbootes und passen auf, dass wir nicht hinausfallen und im Meer ertrinken. Zum Beispiel klagt Frau Schmitz: „Mir ist so schwindelig.“ Statt bei ihr zu bleiben, sagen wir zu ihr: „Dann setzen Sie sich.“

Ohne Zweifel, wir brauchen unsere Rettungsboote.

Aber was könnte uns dazu verführen, die Boote immer wieder mal zu

verlassen, um uns in die andere Welt der Menschen mit Demenz zu begeben, uns ihnen zur Verfügung zu stellen, ohne sie gleich in unsere Boote zu ziehen?

2. Wie der Berufstaucher vergangener Tage brauchen wir (Caisson-)Schleusen zum Druckausgleich. Wenn wir unter Wasser arbeiten, müssen wir uns ausgleichen, entladen oder vergewissern. Nach der Langsamkeit müssen wir unseren eigenen Rhythmus spüren und unsere Vitalität erleben. Wir brauchen das vernünftige Wort mit den funktionierenden Erwachsenen, wenn wir uns nicht verständigen konnten. Wir müssen uns ausrichten, wenn wir zerrissen sind, weil wir zugleich dem alten Menschen und uns selbst gerecht werden wollten, aber es mal wieder nicht geschafft haben. Wir wollen uns vergewissern, ob unser Handeln angemessen war, wenn wir uns verweigert oder gereizt reagiert haben.

Keine Frage, Schleusen sind überlebensnotwendig.

Wie können wir Schleusen so nutzen, dass sie zu Eigen-Zeiten werden, in denen wir Kraft für den nächsten Tauchgang finden?

3. Wir haben unser Festland, das uns von den Meeresbewohnern trennt. Aber was ist, wenn wir uns im Meer aufhalten müssen? Auch dort brauchen wir Abstand von den Menschen, die wir pflegen. Wir können nicht immer zur Verfügung stehen. Und dennoch scheint es keine Alternative zu geben. Egal, wie wir versuchen, uns zu entziehen, die Meeresbewohner sind immer präsent.

Wir hören sie.

Wir sehen sie.

Wir riechen sie.

Wir spüren sie.

Wir erahnen sie.

Sie geistern durch unsere Fantasie.

Ganz sicher, ohne Inseln gehen wir unter.

Können wir Inseln schaffen, die so gestaltet sind, dass wir die Anwesenheit der Meeresbewohner ertragen, ohne dass sie uns wesentlich stören?

IV

Wenn Menschen, die Menschen mit Demenz begleiten, bereit sind, sich auf ihre Sehnsüchte, Träume und Fantasien für ein menschliches Miteinander zu verlassen, und sie sich ermutigt sehen, einige Fantasien zu verwirklichen, wenn sie sich von der Funktionalität lösen und ihre Lust am Spiel, am zweckfreien Tun entdecken, dann gestalten sie ein Milieu, das sie dazu verführt,

- **Rettungsboote zu verlassen,**
- **sich in Schleusen Eigen-Zeiten zu nehmen,**
- **Inseln zu finden, auf denen sie ganz bei sich und doch mittendrin sind.**

Scheuen Sie sich nicht, an sich selbst zu denken, sich zu verwöhnen.

Fragen Sie sich:

Was bringt in mir etwas zum Klingen und Schwingen?

Was bewegt etwas in mir?

Sind es Stoffe?

Farben?

Kuschelecken?

Blumen?

Steine?

Zärtlichkeit?

Schmuck?

Was macht Ihnen Spaß?

Was rührt Sie an?

Was zieht Sie an?

Was bereichert Sie?

Wenn Sie diese Fragen beantwortet haben, fangen Sie an, sich das eine oder andere zu gönnen. Sie werden sehen, dass Sie gleichzeitig Biotope für Ver-rückt-heiten schaffen, in denen sich Menschen mit Demenz entwickeln können.

Liegen Sie im Sommer gerne unter einem Baum und sehen den Wolken zu?

Lieben Sie den Geruch des Waldbodens?

Liegen Sie gerne am Sandstrand und hören den Wellen zu?

Genießen Sie im Urlaub italienische Marktplätze?

Träumen Sie davon, in einem Himmelbett zu schlafen?

Dann gehen Sie doch hin und bauen Liegewiesen, verzaubern Sie die Pflegezimmer mit Himmelbetten, holen Sie Sand, Erde, Steine, Wasser in die triste, farblose, sterile, lebensabgewandte Pflegewelt.

Verwöhnen Sie sich und die Ihnen anvertrauten Menschen.

Nur Mut!

Anregungen finden sich in dem Buch:

Erich Schützendorf
Biotope und Schleusen im Meer der Ver-rücktheit

Zu beziehen bei:

Ev. Verband für Altenarbeit im Rheinland
Lenaustraße 41
D-40470 Düsseldorf
Tel.: 0049/211/63 98-288
Fax: 0049/211/63 98-299
E-Mail: rkraemer@dw-rheinland.de
Preis: Euro 11,25 zzgl. Versand

Ian Gordon Manson

Dementia and us

Good morning ladies and gentlemen, it is a privilege and an honour to be with you in such a beautiful city in such a beautiful country to participate in your Conference. For those of you that have not yet been able to visit Scotland, it is also a very beautiful country, though our mountains are not as high as yours and I am sure we get much more rain but in common with yours have many beautiful places with breathtaking scenery to visit.

Firstly it might be worthwhile to tell you just a little bit about myself. I am Director of Social Work with the Church of Scotland Board of Social Responsibility. I have been in post for the last two years and it has been a time of great excitement, challenge and change. Prior to this I worked as Director of Social Work with a Scottish local authority. I live in the middle of nowhere and my wife and I are now experiencing the „empty nest syndrome“ now that our two daughters and the cats have left our home. My home is in the centre of Scotland which makes it very handy to travel to different parts of the country, visiting our various projects. I am actively involved in my own church and any spare time that I manage to find is either spent with my family or pursuing my hobby of singing. You will be pleased that I am not going to sing to you this morning but just talk about our work with people with dementia! Let me tell you something about our Board.

The Board of Social Responsibility has been part of the national Church since 1869 and has gone through much change reflecting different social issues of our communities and our country. We have 80 projects throughout Scotland covering a wide range of services to a wide group of people. We provide services to people with mental health problems, homeless people, people with learning disabilities, people with addiction problems, children and families and offenders within the criminal justice system. We also provide a range of specialist and generic counselling services that are much used throughout the country.

For many years we have provided residential care services to older people and now have 29 residential homes in different parts of Scotland. For a number of years these homes were under threat of closure, largely due to the lack of financial resources being provided by our Government and local authorities, but now I am glad to say that our homes have a secure future in both financial and quality terms. That is not to say that we can rest on our

laurels but continually strive to provide care of the highest quality to those in most need.

The Board has a proud history of providing specialist services to people with dementia and in 1982 we opened a residential home that, at that time, was leading the way for the whole of Scotland in the care of people with dementia. Williamwood House in Glasgow shone brightly as a home that provided excellence in dementia care and people throughout the country from both the health and social care fields visited Williamwood to find out more about what we were doing. Of our 29 homes, 5 are specialist homes for people with dementia, but of course there are many people with dementia also being cared for in our other 24 homes.

That pioneering spirit of the early days of dementia care is still evident in the Board. I am delighted that we are still providing specialist residential services for people with dementia. I am delighted that we are refocusing on that area of work leading towards even higher quality services. I am delighted that the Church will continue to lead the way in Scotland for the care of people with dementia.

You might be interested to know that my first tentative step into management was in the area of older people's care so it is a subject that I have some direct experience of, combined with a genuine personal and professional determination to see development in the quality of the services we provide.

For many years the care of older people has not been funded as well as other areas of service and consequentially has worked with staff groups with lower levels of training and professional input. This is changing, and I am delighted to say that there is clear evidence of progress in the important areas of training and professional development throughout the country. And so to the focus of today, and I would like to introduce a sub-title for my talk which is:

How shall we sing a new song in a strange land?

In this connection, I am indebted to Malcolm Goldsmith for his book entitled „In a Strange Land ... People with Dementia and the Local Church“.

Or to put it another way, how can we rewrite and recreate new services for vulnerable people in their own land. One that may be described as “strange”

because maybe it is strange to us in that we don't understand it, and also strange to those living and trying to cope with dementia.

This is a challenge to us, as we are learning to sing this new song, and as a Christian organisation, we are challenged to provide quality services in Christ's name and to seek and find renewal in ourselves as well as for those we serve. As medical and social care services develop, along with people's expectations, it is right that we take stock and consider how best we can adapt to sing a new song in the strange land of dementia. This is indeed a challenge and an opportunity for all of us. Later in my talk I will make specific reference to the work we are doing but firstly a Scottish context in which to understand what we are trying to do and what we are doing.

Most people with dementia live within the community with only 6% living in some type of institutional setting. Of those living within the community who are aged 85 and over, about 25% of men live alone and about 50% of women live alone. Of those who do not live alone, most will live with their partner, siblings or children. These figures provide the policy-makers for health and social care with huge challenges as well as those who are providing services.

There are 62,000 people in Scotland who have dementia and this number is growing as the population ages. Worldwide there are 18 million people with this illness. It is good to note that just last month on Tuesday, 21st September, World Alzheimer Day, Alzheimer associations throughout the world were pressing their governments to do more to improve services for this group of people. Within Scotland, with our new devolved Parliament, a delegation of people with dementia and carers of people with dementia met the Minister for Health and Community Care. Their appeal to the Minister was to modernise the health and social care services for better dementia care. In this appeal, the delegation stated that the status quo is not an option. Changes need to be made in the organisation of services if:

- diagnosis and access to drug treatments are not to be delayed;
- post diagnosis support services are to be developed;
- community care services are to reach more people with dementia;
- the quality and long-term care is to be improved.

The big challenge for national health service and social care partnerships will be to make those services accessible. In some parts of Scotland it may be

necessary to close existing hospitals in order to reinvest in more suitable local services.

The second key message to the Minister for Health and Community Care is the urgent need for more research. The direct costs of Alzheimer disease in the UK are estimated to be between £7.06 billion and £14.93 billion which is substantially greater than stroke (£3.2 billion), heart disease (£4.05 billion) and cancer (£1.66 billion excluding informal care costs). However research expenditure on Alzheimer disease was 57% of that on stroke, 10% of that on heart disease and 31% of that on cancer.

The delegation who met with the Health Minister was urging the Scottish Executive and Parliament to put as much pressure as possible on the various research councils to increase research into the causes of and possible treatments for, dementia. In Scotland every encouragement should be given for Scottish researchers to participate in international drug trials. In this way, it is hoped that the health and social care needs of people with dementia will not be forgotten or overlooked because they and their family carers are not as vociferous as some campaigners.

So, back to the new song. The church and church people have often helped societies push forward the boundaries of man's discovery, research and thinking. At around the same time that Dr. Alois Alzheimer was challenging our understanding of people who were cognitively impaired, Dr Albert Schweitzer (1910) – who knew a thing or two about music as well, being a biographer of Johann Sebastian Bach – was challenging our understanding of God's presence in the world and His will for His church:

„He comes to us as One unknown, without a name, as of old by the lakeside, He came to those who knew Him not. He speaks to us the same words 'follow thou me!' and sets us to the tasks which He has to „fulfil for our time. He commands. And to those who obey Him, whether they be wise or simple, He will reveal Himself in the toils, the conflict, the sufferings which they shall pass through in His fellowship, and, as an ineffable mystery, they shall learn in their own experience Who He Is ...“

And so we learn from our experience, from our encounters with family, friends, colleagues and those whom we serve.

A New Model is Emerging

We live in exciting and challenging times and a new model of care and understanding is unfolding. It is now possible to discern a definite shift in society's understanding of and attitudes towards people with dementia and dementia care. Put as its simplest, this is a shift from what is often called the 'biomedical model' to what has increasingly been called the 'person-centred approach'. There are, of course, many grey areas and I must stress that it is not a black and white divide with all the 'goodies' in one camp and the 'bad-dies' in the other. We clearly need a fusion of the best of both but for the sake of simplicity it is easy to set them out as contrasting and sometimes conflicting.

Within the Board of Social Responsibility, we are continuing to develop our person-centred approach as we think this has much to offer.

The biomedical approach focuses upon the disease whilst the person-centred approach focuses on the person. It is sometimes expressed as:

The person with DEMENTIA
rather than
The PERSON with dementia

It is a seemingly small difference with huge implications.

The biomedical approach tends to suggest that the „person“ is gradually dis-integrating until, at the end, there is no person left. The person-centred approach tends to suggest that, despite the illness, the „person“ remains, even though as the illness progresses it may be more and more difficult to „access“ or communicate with that person.

The biomedical approach has a tendency to focus on what a person can no longer do, whereas the person-centred approach tends to stress what a person is still able to do and achieve. The biomedical approach has a tendency to

'look beyond' the person with dementia and discuss their diagnosis, symptoms or treatment with their family or carers. The person-centred approach would perhaps be more willing to involve the person with dementia as much as possible in all discussions and decisions about their situation.

At those times when there may be some form of challenging or anti-social behaviour, the biomedical model would be primarily concerned with managing and controlling the behaviour. The person-centred approach would lay a greater emphasis upon training to understand what lies behind such behaviour.

The biomedical model tends to see dementia as a disease and the person-centred approach tends to see it as a disability. The biomedical model has tended to pay little heed to the experience of the person with dementia whilst the person-centred approach seeks to illicit and engage with what the person with dementia experiences and feels.

This list could be extended but these few examples serve to illustrate the nature of the shift in thinking, or the new song that is being composed. I am conscious of portraying the biomedical model as almost entirely negative and, of course, this is clearly not the case but I have made that emphasis in order to highlight areas in which a different understanding is being offered by the advocates of a person-centred approach.

And so it is that through all our dementia care work in the Board we are refocusing on the person to ensure that all our structures, processes and methods are there to meet the needs of the person rather than the person with dementia having to fit in with inflexible methods and approaches.

Here are a few examples of some of our person-centred care in St Margaret's Home in Polmont, which was visited by some of the Eurodiaconia delegates in 2003. Lying behind these pictures are a series of processes which seek to identify positive ways that we can meet the needs of each individual. In St Margaret's home there is not one care plan, but 35 care plans, one for each resident.

Good care does not just happen; it requires careful planning, organisation and delivery. Much attention is given to what might be considered as small

things but in the total care of the individual are very meaningful. This includes nutritional advice where for each individual great care and attention is focused on their individual nutritional requirements. This is undertaken in partnership with a dietician and complements the other aspects of care provided.

Careful initial and ongoing assessment is undertaken with geriatric psychiatrist and community psychiatric nurses, but most particularly the person with dementia themselves, along with their family. We are seeking no longer to view people with dementia as passive recipients of care but as active participants in their care. In this way, the quality of life of each of the residents at St Margaret's, along with the job satisfaction of the staff, is consistently increased but as I have said we do not undertake this work on our own within St Margaret's. We regularly work with a number of volunteers who add to the caring family providing these person-centred services. Volunteers with St Margaret's Home are involved in a number of ways. These include: spending valuable one-to-one time with individuals; activities either individually or in small groups; outings, either shopping or going to church. The crucial point of all these activities is that they relate to the individual's life history and the aim is to retain and regain all the quality aspects of life once enjoyed by the individual. Whilst we concentrate on the person with dementia within the residential care setting, we acknowledge that this person does not exist in isolation and we seek to embrace that person's needs within the relationships of a WIDER FAMILY CONTEXT. The strange land will not seem quite so barren if we include those familiar to the person in our flexible approach.

Another key partnership is the learning we gain from the Scottish Dementia Services Development Centre. This Centre was established in 1990 and, as far as we know, was the first of its kind in Europe. Partially funded by the Government, the Centre survives through a series of grants and donations. It is wonderful to report now that there are 10 such centres across the UK and, we believe, a number in Europe. Again, members of Eurodiaconia had the opportunity to visit this Centre during their AGM held in Edinburgh in 2003.

The fundamental purpose of this Centre is to encourage training, research and development within a wide range of professional staff and specialist training for particular groups, e.g. general practitioners, social workers, nurses. To complement the working of the Dementia Services Development Centre,

a voluntary organisation called Alzheimer Scotland Action on Dementia provide support, training and research for people with dementia and their carers, and advocate loudly on the necessity for increased resources for research into the area of dementia.

In conclusion, the new song is being written by people with dementia themselves and those who care for them, whether within a family or care setting. In Scotland, the latest development is the setting up of the Scottish Dementia Working Group, a group of people who have a diagnosis of dementia and who have formed this group to campaign for the voice of people with dementia to be heard, and it is heartening to know that with earlier diagnosis this has become a reality, with the collaboration of Alzheimer Scotland Action on Dementia. We are all being challenged by the voices of people with dementia and their carers, voices that for many years have not been heard, or if heard, not responded to. We must now all accept the challenge of being part of that new song that will see the provision of the highest possible quality of service for such important people within their families and communities.

I will leave you with the words of a hymn written by June Boyce-Tillman which sums up in words far more eloquent than mine how we should approach this vital part of our work:

*We'll give a voice to those who have not spoken
We'll find the words for those whose lips are sealed,
We'll make the tunes for those who sing no longer
Vibrating love alive in every heart.
We'll share our joy with those who still are weeping
Chant hymns of strength for hearts that break in grief
We'll leap and dance the resurrection story
Including all within the circles of our love.*

Thank you very much.

Ian Gordon Manson

Demenz und wir

Guten Morgen, meine Damen und Herren! Es ist ein Privileg und eine Ehre, in einer so schönen Stadt in einem so schönen Land an Ihrer Konferenz teilzunehmen. Für diejenigen von Ihnen, die bis jetzt noch nicht Schottland besuchen konnten, möchte ich sagen, dass es auch ein sehr schönes Land ist, obwohl die Berge nicht so hoch wie bei Ihnen sind und es bei uns sicher viel öfter regnet, aber so wie bei Ihnen gibt es auch bei uns viele Orte von atemberaubender Schönheit.

Zuerst sollte ich Ihnen vielleicht ein kleines bisschen von mir erzählen. Ich bin Direktor für Sozialarbeit beim Kuratorium für soziale Verantwortung der schottischen Kirche. Ich habe diese Stellung seit zwei Jahren inne, und es war eine Zeit von großer Aufregung, Herausforderung und Veränderung. Vorher war ich bei einer schottischen Kommunalbehörde als Direktor für Sozialarbeit tätig. Ich lebe an einem Ort, wo Füchse und Hasen einander gute Nacht sagen, und meine Frau und ich haben gerade das „Leere-Nest-Syndrom“, weil unsere beiden Töchter und die Katzen unser Heim verlassen haben. Ich wohne in der Mitte von Schottland und kann daher bequem in die verschiedenen Teile des Landes fahren und unsere verschiedenen Projekte besuchen. Ich bin in meiner eigenen Kirche aktiv und meine gesamte spärliche Freizeit verbringe ich mit meiner Familie, oder ich gehe meinem Hobby, dem Singen, nach. Keine Angst, heute Morgen singe ich nicht für Sie! Ich möchte nur über unsere Arbeit mit Menschen sprechen, die Demenz haben. Aber zuerst möchte ich Ihnen etwas über unser Kuratorium erzählen.

Das Kuratorium für soziale Verantwortung ist seit 1869 Teil der nationalen Kirche und hat viele Veränderungen mitgemacht, die verschiedene soziale Themen in unseren Gemeinden und unserem Land widergespiegelt haben. Wir haben 80 Projekte in ganz Schottland, die viele verschiedene Leistungen an einer großen Bevölkerungsgruppe abdecken. Wir bieten Menschen mit geistig-seelischen Problemen, Obdachlosen, Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Drogenproblemen, Kindern und Familien sowie Menschen, die mit dem Strafrecht in Konflikt geraten sind, Hilfe an. Wir bieten auch eine Reihe von allgemeinen und speziellen Beratungsleistungen an, die im ganzen Land rege in Anspruch genommen werden. Schon seit vielen Jahren widmen wir uns der Altenpflege und haben jetzt 29 Pensionistenheime in verschiedenen Teilen von Schottland. Einige Jahre lang waren diese Heime vom Schließen bedroht, hauptsächlich weil die finanziellen Ressourcen, die unsere Regierung und

Kommunalbehörden zur Verfügung stellen, fehlten, aber ich bin froh, sagen zu können, dass jetzt unsere Heime sowohl finanziell als auch qualitativ einer gesicherten Zukunft entgegenblicken können. Das soll nicht heißen, dass wir uns auf unseren Lorbeeren ausruhen können, nein, wir bemühen uns ständig, denjenigen, die der Hilfe am dringendsten bedürfen, Pflege auf höchstem Qualitätsniveau zukommen zu lassen.

Das Kuratorium kann auf eine stolze Geschichte in der fachlichen Betreuung von Personen mit Demenz zurückblicken, und 1982 haben wir ein Seniorenheim eröffnet, das sich zu der Zeit für ganz Schottland als federführend in der Betreuung von Personen mit Demenz erwiesen hat. Das Williamwood House in Glasgow stach durch seine exzellente Betreuung in der Demenzpflege hervor, und sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Sozialarbeitssektor haben Menschen aus dem ganzen Land Williamwood besucht, um sich anzusehen, was wir tun. Von unseren 29 Heimen sind fünf auf Menschen mit Demenz spezialisiert, aber natürlich werden auch in unseren anderen 24 Heimen viele Menschen mit Demenz betreut.

Im Kuratorium ist noch immer dieser Pioniergeist der Frühzeit in der Betreuung von Demenzpersonen zu spüren. Ich bin hocheifrig, dass wir noch immer Spezial-Heimbetreuung für Menschen mit Demenz anbieten. Ich bin hocheifrig, dass wir uns wieder auf dieses Arbeitsgebiet konzentrieren, was zu einer noch höheren Betreuungsqualität führt. Ich bin hocheifrig, dass die Kirche in Schottland weiterhin tonangebend in der Betreuung von Personen mit Demenz sein wird.

Es interessiert Sie vielleicht, dass ich meine erste leitende Funktion auf dem Gebiet der Altenbetreuung bekleidete. Basierend auf den gesammelten Erfahrungen ist eines meiner Hauptanliegen, die Qualität der von uns angebotenen Dienstleistungen weiterzuentwickeln.

Viele Jahre lang ist die Altenpflege finanziell nicht so gut wie andere Dienstleistungsgebiete unterstützt worden und musste deshalb mit Personal auskommen, das weniger gut ausgebildet war und weniger Leistungseinsatz zeigte. Das ändert sich, und es freut mich zu sagen, dass es in den wichtigen Sektoren Ausbildung und berufliche Entwicklung im ganzen Land deutliche Zeichen des Fortschritts gibt.

Und jetzt wenden wir uns dem heutigen Thema zu, und ich möchte Ihnen gern einen Untertitel für meinen Vortrag liefern, der da lautet:

Wie singen wir ein neues Lied in einem fremden Land?¹⁾

Oder anders gesagt, wie können wir neue Leistungen für verwundbare Menschen in ihrem eigenen Land definieren. Ein Land, das als „fremd“ bezeichnet werden kann, weil es uns vielleicht fremd ist, da wir es nicht verstehen, und auch fremd für jene, die mit Demenz leben und versuchen, damit fertig zu werden.

Das ist eine Herausforderung für uns, wenn wir lernen, dieses neue Lied zu singen, und als christliche Organisation müssen wir die Herausforderung annehmen, im Namen Christi qualitativ hochwertige Leistungen anzubieten und in uns selbst und auch für diejenigen, denen wir dienen, Erneuerung zu suchen und zu finden. Da sich die Leistungen in Medizin und Sozialarbeit weiterentwickeln und zusammen mit den Erwartungen der Menschen steigen, ist es nur recht und billig, eine Bestandsaufnahme zu machen und zu überlegen, wie wir am besten ein neues Lied in dem fremden Land der Demenz singen können. Das ist nun wirklich eine Herausforderung und Chance für alle von uns.

Auf die Arbeit, die wir leisten werde ich später genauer eingehen. Zuerst möchte ich aber die Lage in Schottland beschreiben, damit Sie verstehen können, was wir zu tun versuchen und was wir tun.

Nur 6 % der Menschen mit Demenz leben in irgendeiner Art Anstalt. Von den anderen 94 % leben ca. 25 % der Männer und ca. 50 % der Frauen, die über 85 sind, allein. Von denen, die nicht allein leben, leben die meisten mit ihrem Partner, ihren Kindern oder Verwandten. Diese Zahlen sind eine große Herausforderung für diejenigen, die die Gesundheits- und Sozialpolitik machen, und auch für diejenigen, die diese Leistungen anbieten.

In Schottland gibt es 62.000 Personen, die Demenz haben, und diese Zahl ist im Steigen begriffen, da die Bevölkerung immer älter wird. Weltweit gibt es 18 Millionen Menschen mit dieser Krankheit. Es ist gut, dass erst letzten Monat, am Dienstag, den 21. September, dem Welt-Alzheimer-Tag, Alzheimer-Verbände überall auf der Welt Druck auf ihre Regierungen ausgeübt

haben, mehr für diese Personengruppe zu tun und ihre Betreuung zu verbessern. Innerhalb Schottlands traf sich eine Delegation von Menschen mit Demenz und Betreuern von dementen Menschen mit dem Minister für Gesundheit und Fürsorge. Sie appellierten an den Minister, die Gesundheits- und Sozialfürsorgeleistungen zu verbessern, um Menschen mit Demenz besser betreuen zu können. Mit diesem Appell brachte die Delegation zum Ausdruck, dass der Status quo keine Option ist. Die Organisation der Dienstleistungen muss verändert werden, wenn

- Diagnose und Zugang zur medikamentösen Behandlung nicht verzögert werden sollen,
- Unterstützungsleistungen nach der Diagnose entwickelt werden sollen,
- Fürsorgeleistungen mehr Personen mit Demenz erreichen sollen,
- Qualität und Langzeitbetreuung verbessert werden sollen.

Die große Herausforderung für das Gesundheitswesen des Landes und die Sozialfürsorgeorganisationen wird darin bestehen, diese Leistungen zugänglich zu machen. In manchen Teilen Schottlands wird es vielleicht erforderlich sein, bestehende Krankenhäuser zu schließen, um in besser geeignete lokale Leistungen zu investieren.

Die zweite Schlüsselnachricht an den Minister für Gesundheit und Fürsorge ist der dringende Ruf nach mehr Forschung. Die direkten Kosten der Alzheimer-Krankheit im Vereinigten Königreich werden auf zwischen 7,06 Milliarden Pfund und 14,93 Milliarden Pfund geschätzt, was deutlich über den Kosten von Schlaganfällen (3,2 Milliarden), Herzkrankheiten (4,05 Milliarden) und Krebs (1,66 Milliarden ohne informelle Betreuungskosten) liegt. Trotzdem betragen die Forschungsausgaben für Alzheimer nur 57 % der Forschungsausgaben für Schlaganfälle, 10 % der Forschungsausgaben für Herzkrankheiten und 31 % der Forschungsausgaben für Krebs.

Die Delegation, die sich mit dem Gesundheitsminister getroffen hat, hat die schottische Exekutive und das Parlament aufgefordert, so viel Druck wie möglich auf die verschiedenen Forschungsräte auszuüben, ihre Forschungen nach den Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Demenz zu intensivieren. In Schottland sollte schottischen Forschern jedwede Unterstützung zukommen, um sich an internationalen Arzneimittelversuchen zu beteiligen. Damit ist die Hoffnung verbunden, dass die gesundheitlichen und sozialen Be-

dürfnisse von Personen mit Demenz nicht vergessen oder übersehen werden, weil sie und ihre betreuenden Angehörigen ihre Bedürfnisse nicht so lautstark artikulieren wie manche Kampagnenbetreiber.

So, nun zurück zum neuen Lied. Die Kirche und ihre Mitstreiter haben oft Gesellschaften geholfen, die Grenzen der menschlichen Entdeckungen, der Forschung und des Denkens zu verschieben. Etwa um dieselbe Zeit, als Dr. Alois Alzheimer unser Verständnis von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung herausforderte, forderte Dr. Albert Schweitzer im Jahr 1910 unser Verständnis von Gottes Anwesenheit in der Welt und Seinem Willen für Seine Kirche heraus:

„Er kommt zu uns als ein Unbekannter, ohne Namen, wie damals am Ufer des Sees. Er kam zu denen, die Ihn nicht kannten. Er spricht zu uns dieselben Worte: ‚Folge mir nach!‘, und stellt uns die Aufgaben, die Er für unsere Zeit zu erfüllen hat. Er befiehlt. Und denjenigen, die Ihm gehorchen, egal, ob sie weise oder einfach sind, wird Er sich in den Plagen, dem Konflikt, den Leiden offenbaren, die sie in Gemeinschaft mit Ihm auf sich nehmen, und, als ein unnennbares Mysterium, werden sie aus ihrer eigenen Erfahrung kennen lernen, wer Er ist ...“

Und so lernen wir aus unserer eigenen Erfahrung, aus den Begegnungen mit Familie, Freunden, Kollegen und denen, denen wir dienen.

Ein neues Modell wird geboren

Wir leben in einer aufregenden und anspruchsvollen Zeit, und ein neues Modell von Betreuung und Verständnis eröffnet sich uns. Es ist jetzt möglich, eine definitive Wandlung im Verständnis der Gesellschaft und ihrer Einstellung gegenüber Menschen mit Demenz und Demenzbetreuung wahrzunehmen. Ganz einfach gesagt ist dies eine Wandlung weg vom so genannten „biomedizinischen Modell“ zu dem, was immer öfter als „personenzentrierter Ansatz“ bezeichnet wird. Es gibt natürlich viele Grauzonen, und ich muss betonen, dass ich keine Schwarz-Weiß-Malerei mit all den „Guten“ auf einer Seite und den „Bösen“ im anderen Lager betreiben will. Wir brauchen offensichtlich eine Mischung aus dem Besten von beiden, aber der Einfachheit

halber ist es besser, sie als gegensätzlich und einander manchmal widersprechend darzustellen.

Im Kuratorium für soziale Verantwortung arbeiten wir an der Weiterentwicklung unseres personenzentrierten Ansatzes, denn wir glauben, dass er viel zu bieten hat. Im Gegensatz zum biomedizinischen Ansatz, der sich auf die Krankheit konzentriert, konzentriert sich der personenzentrierte Ansatz auf die Person. Man könnte es wie folgt ausdrücken:

Die Person mit DEMENZ
eher als
die PERSON mit Demenz

Das ist ein scheinbar kleiner Unterschied mit riesigen Folgen. Der biomedizinische Ansatz tendiert dazu, einem nahe zu legen, dass sich die „Person“ nach und nach auflöst, bis zum Schluss keine Person mehr übrig ist. Der personenzentrierte Ansatz tendiert dazu, einem nahe zu legen, dass die „Person“ trotz ihrer Krankheit bleibt, obwohl es bei fortschreitender Krankheit immer schwieriger wird, diese Person zu „erreichen“ oder mit ihr zu kommunizieren.

Der biomedizinische Ansatz tendiert dazu, sich darauf zu konzentrieren, was eine Person nicht mehr tun kann, wogegen der personenzentrierte Ansatz dazu tendiert, zu unterstreichen, was eine Person noch immer tun und erreichen kann. Der biomedizinische Ansatz tendiert dazu, „über die Person mit Demenz hinaus“ zu sehen und ihre Diagnose, Symptome oder Behandlung mit ihrer Familie oder ihren Betreuern zu besprechen. Der personenzentrierte Ansatz wäre vielleicht williger, die Person mit Demenz so viel wie möglich in alle Diskussionen und Entscheidungen über ihre Situation mit einzu beziehen.

In Zeiten, in denen es irgendeine Form von Herausforderung oder antisoziales Verhalten gibt, würde sich das biomedizinische Modell in erster Linie mit der Handhabung und Kontrolle des Verhaltens beschäftigen. Der personenzentrierte Ansatz würde mehr Betonung darauf legen, herauszufinden, was einem solchen Verhalten zugrunde liegt. Das biomedizinische Modell tendiert dazu, Demenz als eine Krankheit anzusehen, und der personenzentrierte Ansatz tendiert dazu, sie als Behinderung zu sehen.

Das biomedizinische Modell weist die Tendenz auf, der Erfahrung der Person mit Demenz wenig Aufmerksamkeit zu schenken, wogegen der personenzentrierte Ansatz versucht, das, was eine Person mit Demenz erfährt und fühlt, ans Licht zu bringen und sich damit zu beschäftigen.

Diese Aufzählung könnte man noch fortführen, aber diese wenigen Beispiele dienen dazu, die Veränderung in der Denkweise bzw. das neue Lied zu veranschaulichen, das derzeit komponiert wird. Ich bin mir bewusst, dass ich das biomedizinische Modell als fast gänzlich negativ dargestellt habe, und das ist es natürlich nicht, aber ich habe die Betonung darauf gelegt, um jene Bereiche aufzuzeigen, in denen die Befürworter des personenzentrierten Ansatzes ein anderes Verständnis anbieten.

Und so kommt es, dass wir uns durch all unsere Demenzbetreuungsarbeit im Kuratorium wieder auf die Person konzentrieren, um sicherzugehen, dass alle unsere Strukturen, Prozesse und Verfahren am richtigen Platz sind, um die Bedürfnisse des Menschen zu befriedigen, statt zuzulassen, dass sich die Person mit Demenz an starre Methoden und Ansätze anpassen muss.

Ich möchte Ihnen ein paar Beispiele für unsere personenzentrierte Betreuung im St. Margaret's Home in Polmont geben, das 2003 von einigen Delegierten des Europäischen Verbands für Diakonie, kurz Eurodiaconia, besucht wurde. Hinter diesen Bildern steckt eine Serie von Prozessen, die positive Wege suchen, wie man die Bedürfnisse jedes Einzelnen befriedigen kann. Im St. Margaret's Home gibt es nicht einen Betreuungsplan, sondern 35 Betreuungspläne, einen für jeden Bewohner.

Gute Betreuung ist kein Zufall; sie bedarf sorgfältiger Planung, Organisation und Ausführung. So genannten Kleinigkeiten wird viel Aufmerksamkeit geschenkt, denn sie sind in der ganzheitlichen Betreuung des Individuums von großer Bedeutung. Das gilt auch für Ernährungsberatung, wo für jeden Einzelnen große Sorgfalt und Aufmerksamkeit auf seine individuellen Ernährungsbedürfnisse gelegt wird. Das geschieht zusammen mit einem Diätspezialisten und vervollständigt die anderen Aspekte der gebotenen Betreuung.

Der Zustand des Patienten wird zu Beginn und im Verlauf sorgfältig mit geriatrischen Psychiatrisschwestern der Gemeinde bewertet, aber besonders

mit der dementen Person selbst und ihrer Familie. Wir wollen Menschen mit Demenz nicht länger als passive Betreuungsempfänger sehen, sondern als aktiv an ihrer Betreuung Beteiligte. So wird die Lebensqualität eines jeden Bewohners des St. Margaret's ständig erhöht, und auch das Personal ist mit seiner Arbeit zufriedener. Aber wie ich schon gesagt habe, machen wir diese Arbeit im St. Margaret's nicht ganz allein. Wir arbeiten regelmäßig mit Freiwilligen zusammen, die die Betreuungsfamilie, die die personenzentrierten Leistungen erbringt, ergänzen. Freiwillige werden im St. Margaret's Home auf verschiedenste Weise eingesetzt, z.B. indem sie wertvolle Zeit mit einem Patienten allein verbringen; Aktivitäten werden entweder individuell oder in Kleingruppen gesetzt; Ausgänge werden unternommen, entweder zum Einkaufen oder in die Kirche. Das Wichtigste bei all diesen Aktivitäten ist, dass sie einen Bezug zur Lebensgeschichte des Einzelnen haben, und sie zielen darauf ab, alle qualitativen Aspekte des Lebens, das der Einzelne einmal genossen hat, zu erhalten bzw. wiederzuerlangen. Während wir uns auf die Person mit Demenz innerhalb der Heimbetreuung konzentrieren, erkennen wir an, dass diese Person nicht isoliert existiert, und versuchen, die Bedürfnisse dieser Person in einen größeren Zusammenhang mit ihrer Familie zu stellen. Das fremde Land ist nicht ganz so unwirtlich, wenn wir in unseren flexiblen Ansatz die Personen mit einbeziehen, die die Person kennt.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist das Wissen, das uns das Schottische Entwicklungszentrum für Demenzdienste zukommen lässt. Dieses Zentrum wurde 1990 gegründet und war, soweit wir wissen, das erste seiner Art in Europa. Das Zentrum wurde teilweise von der Regierung finanziert und überlebt durch Subventionen und Spenden. Es ist wundervoll, jetzt zu berichten, dass es im ganzen Vereinigten Königreich zehn solche Zentren gibt, und auch ein paar in Europa. Wieder hatten Mitglieder von Eurodiaconia die Gelegenheit, dieses Zentrum 2003 während ihrer Jahreshauptversammlung in Edinburgh zu besuchen.

Der wichtigste Zweck dieses Zentrums besteht darin, Ausbildung, Forschung und Entwicklung innerhalb eines breiten Spektrums von professionellem Personal und Spezialausbildung für bestimmte Gruppen, z. B. Allgemeinmediziner, Sozialarbeiter und Krankenschwestern, zu fördern. Um die Arbeit des Entwicklungszentrums für Demenzdienste zu ergänzen, bietet eine Freiwilligenorganisation namens Alzheimer Scotland Action on Dementia Unterstüt-

zung, Ausbildung und Forschung für Menschen mit Demenz und ihre Betreuer, und sie tritt lautstark dafür ein, dem Thema Demenz mehr Forschungsmittel zur Verfügung zu stellen.

Zu guter Letzt wird das neue Lied von den Menschen mit Demenz selbst und ihren Betreuern, entweder in der Familie oder in einer Betreuungsstelle, geschrieben. In Schottland besteht die jüngste Entwicklung im Entstehen einer Arbeitsgruppe für Demenz. Die Gruppe wurde von Menschen ins Leben gerufen, bei denen Demenz diagnostiziert wurde, damit die Stimme der Menschen mit Demenz gehört wird. Und es ist schön zu wissen, dass dies anhand der früheren Diagnose in Zusammenarbeit mit der Alzheimer Scotland Action on Dementia Wirklichkeit geworden ist. Es ist für uns alle eine Herausforderung, die Stimmen der dementen Menschen und ihrer Betreuer zu hören, Stimmen, die viele Jahre lang nicht gehört wurden oder denen jedenfalls nicht geantwortet wurde. Wir müssen jetzt alle die Herausforderung annehmen, ein Teil dieses neuen Lieds zu sein, das die höchstmögliche Qualität von Diensten an so wichtigen Personen innerhalb ihrer Familien und Gemeinschaften sehen wird.

Ich verlasse Sie mit den Worten aus einer Hymne von June Boyce-Tillman, die in viel beredteren Worten, als ich sie finden könnte, zusammenfasst, wie wir an diesen wichtigen Teil unserer Arbeit herantreten sollten:

We'll give a voice to those who have not spoken
We'll find the words for those whose lips are sealed,
We'll make the tunes for those who sing no longer
Vibrating love alive in every heart.
We'll share our joy with those who are still weeping
Chant hymns of strength for hearts that break in grief
We'll leap and dance the resurrection story
Including all within the circles of our love.

*(Wir werden denen eine Stimme geben, die nicht gesprochen haben
Wir werden die Worte für diejenigen finden, deren Lippen versiegelt sind,
Wir werden die Melodien für diejenigen machen, die nicht länger singen
Und lebendige Liebe in jedem Herzen erklingen lassen.
Wir werden unsere Freude mit denjenigen teilen, die noch weinen*

*Hymnen der Stärke für Herzen singen, die vor Gram zerbrechen
Wir werden springen und die Auferstehungsgeschichte tanzen
Und alle in den Kreislauf unserer Liebe einschließen.)*

Vielen Dank!

1) In diesem Zusammenhang bin ich Malcolm Goldsmith für sein Buch mit dem Titel „In einem fremden Land ... Menschen mit Demenz und die lokale Kirche“ sehr zu Dank verpflichtet.

Michael Schmieder

**Sonnweid Wetzikon:
150 Modelle zur Betreuung von
Menschen mit Demenz**

Das Betreuungskonzept der Sonnweid beruht auf dem Gedanken, dass Menschen mit Demenz ihren eigenen, individuellen Weg gehen können, unabhängig von ihrem Krankheitsstadium und ihrem Krankheitsverlauf. Die Institution sorgt für Rahmenbedingungen, innerhalb derer die Menschen mit ihrer Krankheit Bedingungen vorfinden, die negativ erlebte Auswirkungen der Krankheit möglichst in den Hintergrund treten lassen.

Gelingt es, den Lebensraum an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz anzupassen, können Verhaltensstörungen eventuell abnehmen oder treten im besten Fall gar nicht auf. Die Sonnweid konzentriert sich auf die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Für Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, werden innerhalb der Institution verschiedene Wohn-, Betreuungs- und Aktivierungsmöglichkeiten angeboten. Die Platzierungen und eventuelle Umplatzierungen erfolgen vor allem aus sozialen und pflegerischen Gründen. Kognitive Kompetenzen spielen eine sehr untergeordnete Rolle. Die Punkte des Minimentalstatus sind für Platzierung und Umplatzierungen nicht relevant. Sie werden dafür nicht erhoben. Intensive Testverfahren sind zur Diagnosestellung notwendig.

In der Sonnweid gibt es 14 verschiedene Wohn- und Lebensmöglichkeiten. Neben Wohngruppen und Pflegewohngruppen gibt es Bereiche für Menschen mit schwerer Demenz, für mobile und immobile Menschen, für Menschen mit starkem Bewegungsdrang, mit hohem pflegerischem und betreuerischem Bedarf. Und es gibt Pflegeoasen, die zum Ziel haben, Menschen mit sehr hohem pflegerischem Aufwand und in einem sehr fortgeschrittenen Krankheitsstadium eine ihrem Erleben und Empfinden angepasste Betreuung und Pflege zukommen zu lassen.

Wohngruppen

Bereiche für Menschen mit leichter bis schwerer Demenz

Die Entwicklung der Wohngruppen begann 1987. Heute zeigen diese fünf Gruppen sehr verschiedene Schwerpunkte. So ist das gemeinsame – betreute – Haushalten in den einzelnen Gruppen auf sehr unterschiedlichem Niveau möglich. Abhängig ist dies immer von der Kompetenz einzelner Bewohnerinnen und Bewohner. Dies verändert sich dauernd und ist nie planbar. Etwas wollen, können, tun – das sind mögliche Schwerpunkte dieser Wohnform. Die Men-

schen treffen selbst Entscheidungen über „Öffentlich-Sein“ und „Privat-Sein“. Sie können sich z. B. noch in ihr Zimmer zurückziehen, falls es die Situation für sie erfordert. Soziale, an familiäre Strukturen angelehnte Kontakte untereinander sind möglich und finden tatsächlich auch statt. Gemeinsames Tun, vor allem geführte Aktivitäten, stehen im Vordergrund. Die Menschen nicht damit zu konfrontieren, was sie nicht mehr können, ist dabei ein wichtiger Grundpfeiler der alltäglichen Betreuung.

Wohngruppen eignen sich ideal als Ort der Erstplatzierung von Menschen mit Demenz, die zu Hause alleine leben. Wohngruppen ersetzen den gesunden Partner, der zu Hause fehlt. Die Zunahme der Einpersonenhaushalte wird eine verstärkte Nachfrage nach Wohngruppen mit sich bringen. Die derzeit bestehenden fünf Gruppen haben sehr unterschiedliche Schwerpunkte. Die Menschen, die darin leben, bestimmen dies. So existieren neben sehr selbstständigen Gruppen auch solche, in denen nur noch wenige Eigenleistungen möglich sind, in denen das Personal praktisch alle Tätigkeiten des Haushaltes ausführen muss. Das Niveau und die Qualität der Aktivität sagen jedoch nichts über die sozialen Qualitäten der Gruppe aus.

Im Laufe der Erkrankung gehen nun Kompetenzen verloren. In den Gruppen sind diese Verluste meist sehr gut durch angepasste Betreuung zu kompensieren. Verluste der sozialen Kompetenz können für so kleine Gruppen (6–8 BewohnerInnen) große Probleme mit sich bringen. Eine Umplatzierung kann durchaus zu konkreten Verbesserungen des Wohlbefindens führen, beim Betroffenen selbst, aber auch in der Gruppe. Eine Abnahme von Stress führt zu ruhigerem Verhalten. Eine Zunahme der Pflegebedürftigkeit oder ein Rückgang der geistigen Leistungsfähigkeit führt nicht zwingend zu Umplatzierungen. Im Vordergrund steht eine zu erwartende subjektive Verbesserung der momentanen Lebenssituation. Dies ist immer vorausschauend zu entscheiden. Die Entscheidung basiert auf den Erfahrungen der Pflegenden, der Ärzte und der Leitung.

Betreuungs- und Pflegegruppen

Bereiche für Menschen mit schwerer Demenz.

Die Bereiche für Menschen mit schwerer Demenz orientieren sich vor allem an der Zielsetzung, die aus dieser Erkrankung begründbaren Verhaltensstö-

rungen mit verschiedenen milieuthérapeutischen Maßnahmen und Interventionen zu reduzieren.

Räumlich geschieht dies vor allem durch eine Architektur, die Wege eröffnet, die das Innen mit dem Außen verbindet, die „zufällige Begegnungen“ fördert, die Menschen an jedem Ort ankommen lässt. Große, helle und schön gestaltete Aufenthaltsräume haben Priorität. Die „gute Stube“ wird zum zentralen Wohnelement. Hier gibt es keine Regeln und Normen mehr, da das Bewusstsein für Regeln und Normen entschwunden ist. Hier bringt jeder Mensch sein individuelles „anarchistisches“ Denken, Fühlen und Handeln mit in den Alltag ein. Wenige, aber gezielte Interventionen sollen Strukturen schaffen, die das dementielle Chaos möglich machen. Die Räume sind einfach gestaltet. Das Bewusstsein für Besitz verschwindet, alles gehört allen und ist jederzeit von jedem zum Gebrauch freigegeben.

Außerordentlich hohe Flexibilität der Organisation und des Personals ist Voraussetzung für einen möglichst konfliktarmen Tagesablauf. Menschen mit Demenz haben kein Bewusstsein für Konflikte und deren Entstehung. Die Kommunikation mit Menschen mit Demenz beruht auf einer wertschätzenden, validierenden Haltung und nimmt den Menschen in seinem Person-Sein und seinem individuellen, sich verändernden Krankheitsstadium an. Kommunikation besteht eben nicht nur aus Sprache, sondern aus allen Bereichen, in denen Menschen miteinander in Verbindung treten können.

In der Ausbildung der Mitarbeitenden sind Validation (nach Feil) und validierende Haltung ein Grundpfeiler neben basaler Stimulation in der Pflege, Kienästhetik und Schulung in Ethik.

Oasen

Pflegeoasen sind Bereiche für Menschen mit schwerer Demenz und dauernder schwerer Pflegebedürftigkeit.

Die Entwicklung der Oase erfolgte aus der Beobachtung, dass viele Menschen im sehr fortgeschrittenen Demenzstadium sich ausschließlich in öffentlichen Räumen bewegen. Sie suchen Gemeinschaft und vermeiden das Alleinsein. Das beobachtete Verhalten, das durchaus sehr kindhaft sein kann, führte zu

der Idee, eine Umgebung zu gestalten, die die Gefühle der Angst, des Alleinseins und des Verlassenseins aufnimmt und diese zu verhindern oder abzuschwächen sucht.

Entstanden sind große Räume (ca. 100 Quadratmeter), in denen bis zu sieben Menschen den Tag und die Nacht verbringen. Die Gestaltung orientiert sich am Anspruch: gemeinsames Leben – die leise Gemeinschaft – unter Wahrung der Intimsphäre, in optisch schön gestalteten Räumen. Je nach Situation kann mit Licht, Farben und Formen stimuliert oder beruhigt werden.

Wir bieten Schutz, wo es Schutz braucht, Hilfe wo es Hilfe braucht, wir pflegen, wir betreuen, wir begleiten in den Oasen bis zum Tod. Die Diskussionen um die Oasen erfolgen intensiv und sehr kontrovers. Oasen sind eine weitere Möglichkeit, Menschen mit Demenz im Stadium der völligen Pflegebedürftigkeit ihren (oft sehr kindähnlichen) Bedürfnissen entsprechend betreuen zu können.

Aktivent

So heißt die Aktivierung in der Sonnweid.

Der Name setzt sich aus „Activity“ und „Event“ zusammen. Damit werden bereits die Schwerpunkte aufgezeigt. Neben verschiedensten Aktivitäten werden vor allem auch Events durchgeführt, wie Livemusik, Kinoabende, Ausfahrten mit Pferdekutschen, Wandergruppen etc. Es geht immer darum, all das tun zu können, wo keine Defizite spür- und für andere sichtbar werden.

Menschen mit Demenz sollen so aktiviert werden, dass momentanes Wohlbefinden vor einem therapeutischen Anspruch Vorrang hat. Im subjektiven Erleben ist der Mensch nicht demenzkrank. Ebendiese Erkenntnis führt oft zu schweren Konflikten im Zusammenleben. Aktivierung hat sich dem individuellen Krankheitsstadium, vor allem aber dem subjektiven Erleben anzupassen.

Folgende Kriterien sind möglich:

- a) **Koordinierte, geplante Aktivitäten** wie Singen, Wandern, Backen. Dazu sind direkte Hilfe und Anleitung notwendig.
- b) **Unkoordinierte Aktivitäten** wie Herumwandern, Stühleschieben, Streiten. Dazu braucht es keine direkte Anleitung.

c) **Zufallsaktivitäten:** alles, was beim Herumwandern entdeckt und genutzt werden kann, wie Essen aus Häppchentellern, Joghurt aus dem Kühlschrank. Dazu braucht es gezielt eingesetzte Anregungen.

In all den verschiedenen Bereichen können angepasste Aktivitäten durchgeführt werden. Es ist sehr individuell zu erfassen, wieweit Hilfe notwendig und sinnvoll ist. Aktiv sein soll Freude machen und nicht zu Überforderung führen. Menschen sind nicht gerne damit konfrontiert, was sie nicht können – ob dement oder nicht.

Zusammenfassung

Die Sonnweid bietet mit ihrem differenzierten Pflege-, Betreuungs- und Aktivierungsangebot ein sehr hohes Maß an Möglichkeiten zur individuellen Gestaltung des Lebens, auch mit Demenz. Für jeden Menschen sein eigenes Modell möglich machen, das ist unsere tägliche Herausforderung.

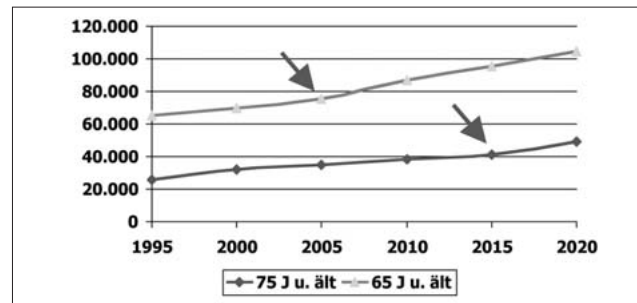
Herbert Prucher

Perspektiven in der Betreuung von Personen mit dementiellen Erkrankungen – geplante Angebote im Bundesland Salzburg

Ausgangslage:

- Demografische Entwicklung
- Ziele
- Österreichischer Vergleich
- Qualitätsentwicklung
- Pflege

Demografische Entwicklung der über 65- bzw. 75-Jährigen

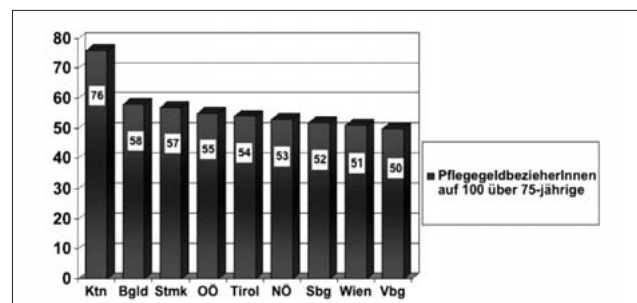


Zielsetzungen des Landes:

- Freie Wahl der Leistungsanbieter
- Definition der Leistungen
- Flächendeckendes Angebot
- Entlastung der Familien
- Sozial gestaffelter Einsatz des Einkommens bzw. Vermögens

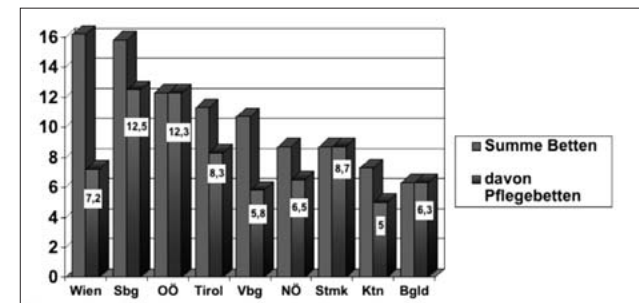
Bundesländervergleich „Pflegebedürftigkeit“

Pflegeldbezug nach Bundesländern



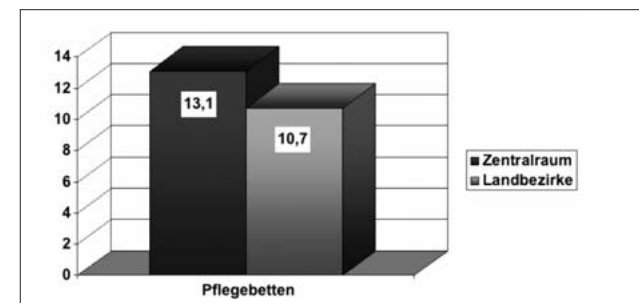
Bundesländervergleich „Bettendichte“

Betten in Senioren(pflege-)heimen auf 100 über 75-Jährige



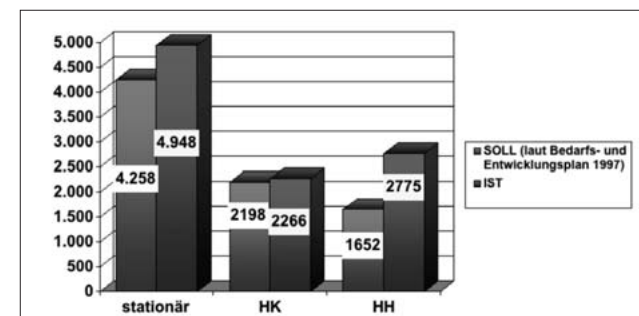
„Bettendichte“ in Salzburg

Pflegebetten auf 100 über 75-Jährige



Professionelle Pflege in Salzburg

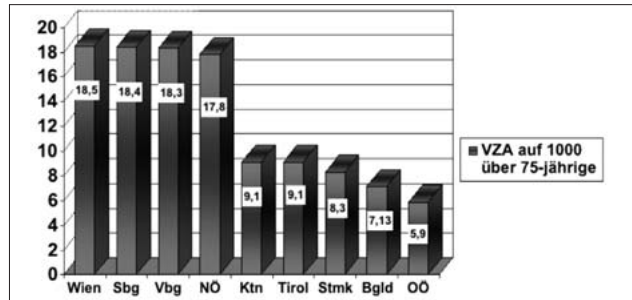
Plätze bzw. betreute Personen



Bundesländervergleich soziale Dienste

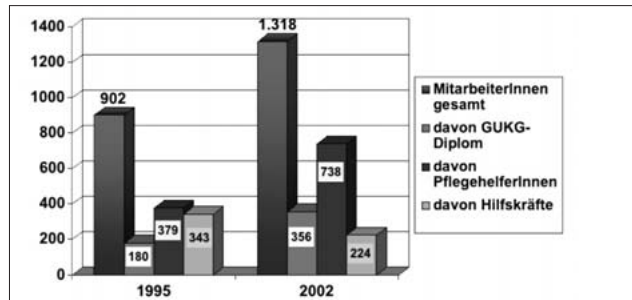
Hauskrankenpflege + Haushaltshilfe

(MitarbeiterInnen in Vollzeitäquivalenten auf 1000 über 75-Jährige)



Qualitätsentwicklung

MitarbeiterInnen in Senioren(plege-)heimen



Pflege

- **Private:**
 - Private Pflege
 - Böhmisches Pflege
- **Öffentliche bzw. unterstützte Pflege:**
 - Seniorenpflegeheime
 - Soziale Dienste
 - Übergangspflege
 - Tagespflegeeinrichtungen

Private Pflege:

- ca. 60 % der chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen werden von Familienangehörigen gepflegt (vorwiegend Frauen)
 - Veränderungen durch die Pensionsharmonisierung sind zu erwarten
 - Berufstätigkeit von Frauen
 - Berufliche Mobilität
- Familiärer Strukturwandel
 - Hohe Belastungen
 - Fehlende Hoffnung auf „positive Veränderung“
 - Kleinfamilien/ Einzelhaushalte
- Wertschätzung der erbrachten Leistungen von anderen Angehörigen

Böhmische Pflege:

Rechtlich keine Anerkennung (Umgebungsgeschäfte)

- Keine Arbeitsbewilligung
- Keine Aufenthaltsgenehmigung
- Wechseltturnus (2–4 Wochen)
- Unsicheres Arbeitsverhältnis
- Keine sozialrechtliche Absicherung
- Solidarität mit dem Heimatland?

Unter bestimmten Voraussetzungen eine gute Lösung:

- Einkommen über dem Durchschnittsmeridian
- Kosten pro Monat an die € 1.700,-
- Räumliche Möglichkeiten
- Ganzheitliche Hilfestellungen (sehr positiv)
 - Keine Stundenabrechnung
 - Sehr gute Ausbildung
 - Aktivierung

Senioreneinrichtungen:

- 75 Heime
- Über 5000 Pflegebetten
- Angebot ab der Pflegestufe 3, für den Träger kostendeckend
- Integration von Kurzzeitbetten, Sicherstellung von Qualität und bedarfsgerechten Angeboten

Soziale Dienste:

- So lange wie möglich zu Hause bleiben
- Aufrechterhaltung des eigenen Haushaltes
- Freie Wahl des Trägers (15 verschiedene Träger)
- Geregelter, sozial gestaffelter Zuschussleistung des Landes

Übergangspflege:

- Schnittstelle Krankenhaus und außerstationäre Versorgung
- Fast alle allgemeinen Stationen der KH sind erfasst
 - Christian Doppler Klinik; St. Johanns Spital; St. Veit; Zell am See;
 - geplant: Hallein
- Aktivierende Pflege
- Festlegen der erforderlichen zusätzlichen Leistungen
- Kein Kostenbeitrag
 - Dauer bis zu 3 Wochen nach Krankenhausaufenthalt

Tagespflegeeinrichtungen:

- Vorwiegend Stadt Salzburg
 - Tageszentrum Rauchgründe
 - Sozial- und Gesundheitszentrum Gnigl
 - Haus der Senioren
- Ziel ist die Entlastung von pflegenden Angehörigen und die soziale Integration

Teilweise spezialisierte Angebote für Personen mit dementiellen Erkrankungen

Bisherige Erfahrungen:

- Keine Verlegung nach Einzug

Pflegegerechte Ausstattung aller Räume bei Neubauten und bauliche Adaptierung aller Räume

- Keine Sonderstationen
- Integrative Konzepte
- Integration hat ihre Grenzen
- Unterschiedliche Bedarfslagen: Betreuung

Neue Positionen und Perspektiven

Neue Positionen:

- Gruppenorientierte Konzepte (mehrere Gruppen sind möglich)
- Höhere Beweglichkeit nach Einzug
- Spezialisierung in bestimmten Fällen

Perspektiven:

- Der Mensch und seine Bedürfnisse stehen im Mittelpunkt
- Flexibilisierung der Angebote
- Spezielle Angebote

Teilweise bereits vorhanden:

- Einige Senioreneinrichtungen haben in bestehenden alten Einrichtungen Wohngruppen geschaffen:
- Im Rahmen des Normalbetriebes
 - Milieugerechte Gestaltung (allerdings gibt es kein idealtypisches Angebot – Individualität)
- Hallein, Oberndorf und die Stadt Salzburg
 - Alles was adaptierbar war

Geplante Angebote, spezielle Einrichtungen:

- Adaptierung bestehender und neuer Senioreneinrichtungen
 - Neues Raum- und Funktionsprogramm
 - Wohngruppen
- Eigene Spezialeinrichtung
- Tagespflege

Geplante Angebote:

Wohnen in Wohngruppen

- Integration in geplante und bestehende Senioreneinrichtungen
 - Rücksichtnahme auf eine gemütliche Wohnatmosphäre
 - Heimaufenthaltsgesetz
- Räumliche Gestaltung
 - Gemeinschaftsräume
 - Stärkere Aktivierung in der Gemeinschaft
 - Eigener Garten etc.

Modellprojekt für schwere dementielle Erkrankungen:

Neue Wohnform:

- Aufrechterhaltung der sozialen Bezüge
 - Insbesondere durch Einbindung der Angehörigen in die Versorgung
 - Aufrechterhaltung der Lebensqualität
 - Personelle und strukturelle Integration in einen spezialisierten Krankenhausbetrieb
 - Aktueller Stand der Medizin und Pflege
 - Aufbau einer medizinischen und pflegerischen Lehrkompetenz

Tagespflege:

Modellprojekt in ländlichen Regionen

- Ziel
 - Entlastung von Angehörigen
 - Gemeinwesenorientierung
 - Zugänglichkeit für alle Einkommensschichten
 - Bedarfsorientierte Angebote
 - Sinnvolle alltagsorientierte Angebote (Lebensgewohnheiten)
- Einbeziehen von Personen mit dementiellen Erkrankungen (Kontinuität, Gruppenfähigkeit etc.)

Zusammenfassung:

- Flächendeckender Ausbau der sozialen Dienste und der Seniorenpflegeheime ist erreicht
- Umdenken für „alle“ ist erforderlich
 - Wohngruppen, Aktivierung, bauliche Adaptierungen
- Spezialeinrichtungen sind unabdingbar
- Neue Familienkonstellationen werden zu mehr öffentlichen Leistungen führen, die auch bereitgestellt werden müssen

WORKSHOP 1

MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER REHABILITATION VON MENSCHEN MIT DEMENZERKRANKUNG IN EINEM GERIATRIEZENTRUM

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Alzheimer Angehörige Austria, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Compass-Gesundheitszentrum, LSF-Graz, Magistrat der Stadt Salzburg – Seniorenbetreuung, Magistrat Linz – Abt. Pflege und Betreuung, Psychiatrische Sonderpflege, Seniorenresidenz Schloss Kahlsparg GmbH, Seniorenresidenz Mirabell, Sozial- und Gesundheitszentrum Gnigl, Stadtgemeinde Salzburg – MA 4/00 Seniorenheimverwaltung, Volkshilfe Steyr

Moderator:

Dr. Gerald Gatterer, Geriatriezentrum „Am Wienerwald“

Im Workshop wurden zuerst die Möglichkeiten des geriatrischen Assessments besprochen. Assessment wurde als Prozess der Beurteilung von Patienten zur Einteilung in die Bereiche

- Rehabilitation zu Hause,
- Zuweisung zu einer Rehabilitationsinstitution oder
- Verbleib in einer Langzeitbetreuung

definiert.

Das geriatrische Assessment sollte multiduaktional und multiprofessionell durchgeführt werden. Dafür notwendig sind aber die entsprechenden Fachkompetenzen sowie dahinter liegende stationäre und teilstationäre Versorgungsstrukturen.

Diese müssen sowohl für den Rehabilitationsbereich als auch für den Langzeitbereich differenziert angeboten werden und sollten sich auf die Bereiche

- primär körperliche Beeinträchtigung,
- primär kognitive Beeinträchtigungen bzw.
- Kombinationen aus beiden erstrecken.

Als bereits bestehende Strukturen wurden sowohl die Bereiche im Geriatriezentrum am Wienerwald als auch die Bereiche in anderen Institutionen angeführt. Hier zeigte sich, dass zur Betreuung von Personen mit Demenz ein breites Spektrum an differenzierten Angeboten notwendig ist. Ein Betreu-

ungsmodell alleine kann für sich nicht in Anspruch nehmen, alle Möglichkeiten abzudecken, sondern das Ziel ist, die Lebensqualität eines Demenzkranken bei Erhalt von möglichst viel Selbstständigkeit bei akzeptablem Risiko zu sichern.

Weiteres wurden die Möglichkeiten der Rehabilitation bei Demenz insgesamt diskutiert. Es zeigt sich, dass demenzkranke Personen bis zur mittelgradigen Demenz wenn möglich in ihrer Wohnung verbleiben sollten. Darüber hinaus ist ab dem Stadium einer mittelgradigen Demenz sowohl eine teilstationäre als auch eine stationäre Betreuung möglich. Wohngemeinschaften, Tageskliniken aber auch sonstige Tagesbetreuungsstätten können hier Möglichkeiten schaffen. Erst bei schwerer Demenz beziehungsweise ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten oder Pflegebedürftigkeit wäre eine vollstationäre Betreuung notwendig. Diese sollte wieder entsprechend den Möglichkeiten des Patienten an seinen Ressourcen und seinen Defiziten orientiert sein. Ziel ist das möglichst lange Erhalten von Fähigkeiten. Ressourcen werden nicht immer als Ressourcen gesehen, insofern kann davon ausgegangen werden, dass es auch wichtig ist, hier einen Umdenkprozess einzuleiten.

Ein demenzkranker Patient hat so wie jeder andere Mensch Fähigkeiten, die gefördert und erhalten werden sollten, auch wenn sie durch bestehende Organisationsdefizite nicht immer gewünscht sind, wie zum Beispiel Herumwandern.

Zusammenfassung

Abschließend kommt die Gruppe zur Meinung, dass gerade im Bereich der Rehabilitation Demenzkranker noch viele neue Schritte zu unternehmen sind. Diese sollten sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erfolgen. Im ambulanten Bereich ist zur Förderung der Rehabilitation bereits ein vorgeschobenes geriatrisches Assessment nötig, das vor allem zur Abklärung der Selbstständigkeit, des Demenzgrades sowie der Depression geeignet sein sollte. Im stationären Bereich sollte das Assessment die frühzeitige Aufnahme und Langzeitbetreuung vermeiden.

Nur solche Patienten sollten in einen langzeitstationären Bereich aufgenommen werden, bei denen das Rehabilitationspotential nur mehr sehr gering ist.

WORKSHOP 2

PFLEGE IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN ANGEHÖRIGEN UND BESCHÄFTIGUNG – ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE/RAHMENBEDINGUNGEN UND FINANZIERUNG

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Alzheimer Angehörige Austria, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Compass-Gesundheitszentrum, LSF-Graz – Gerontopsychiatrie, Magistrat der Stadt Salzburg – Seniorenbetreuung, Magistrat der Stadt Linz – Abt. Pflege und Betreuung, Psychiatrische Sonderpflege, Seniorenresidenz Schloss Kahlsparg GmbH, Seniorenresidenz Mirabell, Stadtgemeinde Salzburg – MA 4/00, Volkshilfe Steyr

ModeratorInnen:

Dr. Tom Schmid, Institutsleiter, SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien
Mag. Monika Wild, Österreichisches Rotes Kreuz

Zu Beginn des Workshops wurden jene besonderen Bedingungen und Belastungen, die an der Schnittstelle zwischen professioneller und familiärer Pflege demenzkranker Menschen entstehen, durch die Arbeitskreisleitung näher beleuchtet.

Darauf aufbauend wurden konkrete Forderungen und Vorschläge für eine verbesserte Versorgung von demenzkranken Menschen mit dem Fokus auf die Entlastungsmöglichkeiten für Angehörige, die einen dementen Menschen pflegen, erarbeitet. Diese Forderungen und Vorschläge wurden den einzelnen Anspruchsgruppen zugeordnet.

Bund

- Sozialrechtliche Absicherung für pflegende Angehörige
- Splitting der begünstigten Weiterversicherung auf zwei Personen, die sich die Pflege teilen
- Aufbau von Casemanagementstrukturen – damit aus der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen eine Nahtstelle wird
- Recht auf Betreuung sowie das Recht auf Beschäftigung von pflegenden Angehörigen
- Verstärkte Aufklärungsarbeit durch Ausbau von leicht zugänglichen, niederschweligen Beratungsangeboten, verstärkte allgemeine Informationsarbeit zum Thema Demenz
- Vereinheitlichung von Rahmenbedingungen (z. B. Qualitätsstandards) für die Pflege und Betreuung (unabhängig von der verfassungsmäßigen Zuständigkeit) und regionale Detailbestimmungen

- Reagieren auf veränderte Rahmenbedingungen z. B. durch moderne Form der Altersteilzeit
- Finanzieller Ausgleich bei Teilzeitbeschäftigung aufgrund der Pflgetätigkeit durch „Teilzeit-Karenz“
- Bei der PflegegeldEinstufung sollte für das Krankheitsbild der Demenz ebenfalls eine diagnosebezogene Einstufung geschaffen werden – wie z. B. für Menschen mit einer Querschnittslähmung
- Bei der Pflegegeldbegutachtung sollten verstärkt Pflegekräfte mit einbezogen werden
- Bei den Pflegegeldstufen 5–7 sollten zusätzlich Sachleistungen erbracht werden bei Beibehaltung der Geldleistungen
- Förderung der Forschung auf diesem Gebiet

Länder/Gemeinden

- Verstärkte allgemeine Informationsarbeit zum Thema Demenz
- Aufbau von Casemanagementstrukturen – damit aus der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Versorgungseinrichtungen eine Nahtstelle wird.
- Recht auf Betreuung
- Schaffen von längerfristigen Betreuungspaketen (ganztägige oder Dauerpflege zu Hause) – Entwicklung von neuen Tarifmodellen (diese Betreuungspakete sind nicht zu verrechnen nach den Tarifen der mobilen Dienste)
- Personalschlüssel in stationären und mobilen Einrichtungen müssen den Erfordernissen angepasst werden.
- Aufnahme von Beratung in den Leistungskatalog der verschiedenen Dienstleistungen
- Schaffung von Zentren und Angeboten zur Krisenintervention
- Förderung der Freiwilligenarbeit
- Förderung von Forschungen auf diesem Gebiet

Organisation/Träger

- Demenzgerechte Betreuung in stationären Einrichtungen z. B. durch mehr qualifiziertes Personal in den Heimen
- Unterstützung von tragfähigen regionalen Netzwerken zur Entlastung durch ehrenamtliche Besuchsdienste
- Aus-, Fort- und Weiterbildung von ehrenamtlichen und hauptberuflichen Mitarbeitern

- Ausreichendes Zeitmanagement für Beratung
- Schaffung innovativer und flexibler Betreuungsformen, z.B. Wochenendbetreuung zur Entlastung der Familien, Schaffung von Nachtbetreuungseinrichtungen bzw. Einrichtungen für Krisensituationen und Notfälle, die Flexibilität zwischen mobiler und institutioneller Pflege erhöhen (Heime sollten keine Einbahnstraße sein)

Professionen

- Ende der Diskussion über Pflegegeldmissbrauch
- Aufklärung durch ÄrztIn nach der Diagnosestellung über
 - medikamentöse/nichtmedikamentöse Therapien
 - multiprofessionelle Arbeit
 - Selbsthilfegruppen etc.
- Sensible Einstufungsuntersuchungen (Pflegegeld)
- Verstärktes Miteinbeziehen von Angehörigen in den gesamten Behandlungs- und Betreuungsplan

Ausbildungsträger

- Notwendigkeit, Gesprächsmethoden zur Aufklärung über Krankheitsbild, Verlauf, Therapie etc. ins Medizinstudium zu integrieren
- Sensibilisierung der Pflegepersonen für die Angehörigenarbeit

Wirtschaft

- Flexible Arbeitszeitgestaltung z. B. durch Betriebsvereinbarungen
- Schaffen von Möglichkeiten für eine Teilzeitkarenz – finanzieller Ausgleich durch den Bund
- Bessere Möglichkeiten für die Nutzung der Familienhospizkarenz (ist allerdings für Demenzkranke aufgrund des langen Krankheitsverlaufes nicht ausreichend)

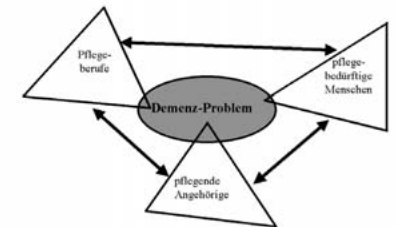
Medien

- Auf die Dringlichkeit des Problems verstärkt aufmerksam machen
- Das Ausmaß und die Qualität der Angehörigenpflege sichtbar machen
- Selbsthilfegruppen mehr unterstützen

Gliederung

- Schnittstellenproblematik
- Pflegende Angehörige
- Pflegebedürftige Personen
- In der Pflege Beschäftigte

Schnittstellenproblematik



Pflegende Angehörige (1)

Unterschiedliche Situation und Probleme

- Im Beruf
 - Volle Beschäftigung
 - Reduzierte Arbeitszeit
 - Beendigung des Dienstverhältnisses
- (Nicht mehr) im Beruf
 - Soziale Absicherung, SV-Schutz
 - Wiedereinstieg
- Unterschiedliche Familiensituation
- Gender-Probleme (80% der pflegenden Angehörigen sind Frauen)

SFS

Pflegende Angehörige (2)

- Belastungen
 - Umfassender Hilfebedarf
 - Mehrfachbelastung (auch andere Verpflichtungen)
 - Körperliche Belastungen
 - Organisation umfassender Hilfe
 - Allein-Sein
 - Schnittstellenprobleme zu stationärer Pflege und Dienste
- Informationsbedarf
 - Informationen über Sozialleistungen und Unterstützungen
 - Information über richtige Pflege
- Informelle Hilfen
 - Nachbarschaft
 - Ausländische Pflegekräfte

SFS

Pflegebedürftige Personen (1)

- 360.000 Menschen, davon rund 60.000 in Heimen und Spitälern
- Selbstbestimmt leben
 - Was wollen und brauchen die Betroffenen?
 - So lange wie möglich zu Hause
 - Einstufungen und Leistungen (umfassende Interessen?)
 - Geld- oder Sachleistungen
- Gender
 - 2/3 der Pflegegeldbezieher/innen sind Frauen
- Alter
 - Überwiegende Zahl der Pflegegeldbezieher/innen sind „alt“

SFS

Pflegebedürftige Personen (2)

- Probleme
 - Selbstbestimmung
 - Einstufungen
 - Information
 - Dienste und Einsatzzeiten
 - Familiäre Belastungen / Konflikte
- Alternativen
 - Nicht vorstellbar
- Herausforderungen
 - Demografische Entwicklung
 - Zukünftige Familienentwicklung
 - Entwicklungen bei Versorgung und Personal

SFS

In der Pflege Beschäftigte (1)

- Berufliche Differenzierung
 - Diplomiertes Personal
 - Nicht diplomiertes Gesundheitspersonal
 - Hilfe und Unterstützung (z.B. Heimhilfe)
 - Integrationsfachkräfte
- Ausbildung
 - Bundesweit uneinheitlich
 - Oft nur trägerbezogen
 - Abstimmung durch Art. 15a-Vereinbarung geplant
- Ehrenamtlichkeit
 - Schnittstellenproblem

SFS

In der Pflege Beschäftigte (2)

- Pflegenotstand?
 - Ungedeckter Personalbedarf
 - Starke Fluktuation
 - Herausforderung: Steigender Bedarf
 - Belastung durch Personalmangel
- Belastungen
 - Veränderbare Belastungen
 - Aus Organisation, Arbeitszeit, Einteilung, Finanzierung
 - Kaum veränderbare Belastungen
 - Arbeitsbelastungen, Umgang mit Leid, Sterben,...
- Wissen und Information

SFS

In der Pflege Beschäftigte (3)

- **Gender**
 - ┆ Überwiegender Frauenberuf
 - ┆ Oft Beruf des Wiedereinstieges
 - ┆ Geringe Aufstiegsmöglichkeiten
 - ┆ Leitungen oft männlich
- **Stellung im Beruf**
 - ┆ Entlohnungssystem (BAGS-KV)
 - ┆ Qualifikationsbilanz
 - ┆ Tatsächliche Qualifikation oft höher als formale
- **Interessensvertretung**
 - ┆ Gewerkschaften und Arbeiterkammern

SFS

In der Pflege Beschäftigte (4)

- **Ausländische Pflegekräfte**
 - ┆ Geschätzt 8.000 – 10.000 – manche Schätzungen bis 40.000
 - ┆ Überwiegend aus CZ und SK
 - ┆ Aus Ungarn im „Direkt-Kontakt“ (Adressenbörse)
 - ┆ Über in- und ausländische Agenturen vermittelt
 - ┆ Rechtlicher Grauraum
- **Rahmen**
 - ┆ Die PflegerIn wird von der Agentur vermittelt (rasch!)
 - ┆ Sie steht 14 Tage in der Wohnung zur Verfügung (wenn nötig rund um die Uhr)
 - ┆ Danach Ablöse für wieder 14 Tage

SFS

In der Pflege Beschäftigte (5)

- **Kosten** (Bsp. „Das Beste“, Ceske Budejovice)
 - ┆ **Für die PflegerIn**
 - ┆ Eintritt in die Stiftung und Adresse – 734,- €
 - ┆ Versicherung 1,- € / Tag
 - ┆ **Für die zu pflegende Person**
 - ┆ Eintritt in die Stiftung 300,- € (Langzeit) bzw. 600,- € (Kurzzeit)
 - ┆ Vermittlungsgebühr €1.100,- €
 - ┆ Einmalige Zahlung pro Pflegeturnus 667,- €
 - ┆ 40,- € / Tag
- **Einnahmen**
 - ┆ **Für die PflegerIn**
 - ┆ 40,- € / Tag (Rund-um-die-Uhr-Pflege)
 - ┆ Fahrtkosten (Bahn)
 - ┆ **Für die Agentur**
 - ┆ Pro Vermittlung in eine Langzeitpflege – 2.434,- €
 - ┆ Zusätzlich Stiftungseinnahmen – 417,- €

SFS

In der Pflege Beschäftigte (6)

- **Probleme**
 - ┆ Abdeckung eines tatsächlichen Bedarfes
 - ┆ Fehlende rechtliche Absicherung
 - ┆ Anti-Dumping-Schutz (Kostendruck auf Pflege!)
 - ┆ Steuer, Sozialversicherung
 - ┆ Qualitätssicherung
 - ┆ Sicherheit für alle Beteiligten
 - ┆ Information
 - ┆ Breites Angebot legaler Pflege
 - ┆ Entlastung der Angehörigen

SFS

Forderungen/Anliegen

- In der **Arbeitsgruppe** sollen nun Forderungen entwickelt bzw. Anliegen formuliert werden

SFS

WORKSHOP 3

FREIHEITSBESCHRÄNKUNGEN IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

AK Salzburg, Altenbetreuungsschule des Landes Oberösterreich, Alzheimer Angehörige, Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Amt der Salzburger Landesregierung – Sozialplanung, Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Caritas der Erzdiözese Wien, Caritaszentrale Österreich, Caritas für Betreuung und Pflege, Evangelisches Diakoniewerk, Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe – Diakoniezentrum Salzburg, Fachschule für Altendienste – Caritas St. Pölten, Haus der Senioren, Institut Hartheim gemeinnützige BetriebsgmbH, Österreichischer Dachverband der HeimleiterInnen, Psychiatrische Sonderpflege, Seniorenresidenz Schloss Kahlsperg GmbH, Stadtgemeinde Salzburg – Seniorenheimverwaltung, VAGET Übergangspflege Tirol, Verein für Sachwalterschaft und Patientenanzwtschaft, Verein M.A.S., Zentrum für Gesundheit, Integration und Sicherheit

Moderatoren:

Dr. Peter Barth, Justizministerium

V-Ass. Dr. Michael Ganner, Zivilrecht, Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck

Gliederung

1. Überblick
2. Freiheitsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen
 1. Rechtstatsachen
 2. Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)
 - 2.1. Anwendungsbereich
 - 2.2. Was ist eine Freiheitsbeschränkung iSd HeimAufG?
 - 2.3. Wann ist eine Freiheitsbeschränkung zulässig?
 - 2.4. Wer ist befugt, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen?
 - 2.5. Welches Verfahren ist dabei einzuhalten?
 - 2.6. Wer ist dem Betroffenen als Vertreter zur Seite gestellt?
 - 2.7. Wann kommt es zur Überprüfung der Freiheitsbeschränkung durch das Gericht?
3. Zusammenfassung

1. Überblick

Die körperliche Bewegungsfreiheit ist eines der am besten geschützten Rechtsgüter. Für Österreich garantieren auf Verfassungsebene Art. 5 EMRK und das B-VG über den Schutz der persönlichen Freiheit den Schutz vor Einschränkungen, und im Strafrecht wird die Verletzung dieses Rechtsgutes in mehreren Straftatbeständen behandelt (insbesondere Freiheitsentziehung gemäß § 99 StGB).¹ In Deutschland ist gemäß Art. 2 Abs. 2 S 2 GG die Freiheit der Person unverletzlich. Ein Eingriff in dieses Grundrecht kann nur aufgrund eines mit wesentlichen formalen Garantien ausgestatteten Verfahrens, das auf einer gesetzlichen Grundlage basiert, erfolgen.² Die Beschränkung der persönlichen Freiheit bedarf jedenfalls eines besonders wichtigen Grundes und muss stets auf ihre Verhältnismäßigkeit überprüft werden.³

Hoheitliche Eingriffe in die Bewegungsfreiheit gestatten neben dem Straf- und Fremdenrecht vor allem das Seuchen- und teilweise das Suchtmittel- sowie das Unterbringungsrecht. Abseits hoheitlicher Eingriffe können Beschränkungen der Bewegungsfreiheit durch die gültige, allenfalls auch mutmaßliche, Einwilligung der betroffenen Person, durch Notwehr⁴ und Nothilfe⁵ sowie durch entschuldigenden und rechtfertigenden Notstand⁶ gerechtfertigt sein.

Freiheitsbeschränkungen in stationären Pflege- und Betreuungseinrichtungen werden seit kurzem vom Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) geregelt. Das Gesetz tritt mit 1. Juli 2005 in Kraft.⁷

2. Freiheitsbeschränkungen in Pflegeeinrichtungen

1. Rechtstatsachen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen in Altenwohn- und vor allem in Pflegeheimen stellen sowohl für betroffene Heimbewohner als auch für die Heimleitung und das Heimpersonal, ebenso aber auch für Angehörige und Sachwalter ein enormes Problem dar, was einerseits durch verschiedenste Berichte in der Presse, aber auch durch wissenschaftliche Untersuchungen immer wieder bestätigt wird. Für Deutschland wurde festgestellt, dass in Heimen täglich rund 400.000 freiheitsbeschränkende Maßnahmen gesetzt werden, von denen nur ein Bruchteil gerichtlich genehmigt ist.⁸ In einer anderen Studie wurden in einer Stichtagserhebung 26 stationäre Einrichtungen mit 3.084 Bewohnern untersucht, wobei festgestellt wurde, dass am Tag der Erhebung auf die 3.084 Bewohner

2.207 unterbringungsähnliche Maßnahmen entfielen. Davon wurden in 1.008 Fällen Medikamente zur Beruhigung – 425-mal Neuroleptika, 397-mal Beruhigungsmittel und 186-mal Tranquilizer – eingesetzt, in 905 Fällen wurden Bettgitter verwendet oder andere Fixierungen am Bett vorgenommen, in 36 Fällen wurden Fixiergurte und in 12 Fällen Pflegehemden verwendet und in 246 Fällen wurden Fixierungen verschiedener Art am (Roll-)Stuhl durchgeführt.⁹

Nur zirka ein Drittel der Pflegeheimbewohner wird ohne freiheitsbeschränkende Maßnahmen gepflegt.¹⁰ Besonders bedenklich erscheint, dass bis zu 50 % der als freiheitsentziehende Maßnahmen zu wertenden pflegerischen Tätigkeiten vom Pflegepersonal nicht als solche erkannt werden, was auf beträchtliche Mängel in der Ausbildung hindeutet.¹¹ Angesichts dieser Fakten in Deutschland muss davon ausgegangen werden, dass für Österreich Ähnliches gilt. Umfassende Untersuchungen dazu fehlen zwar, der Bericht des Vereins für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft aus dem Jahr 1999 hat aber festgestellt, dass Freiheitsbeschränkungen in stationären Pflegeeinrichtungen auch in Österreich an der Tagesordnung sind.¹² Die allermeisten dieser Freiheitsbeschränkungen könnten bei entsprechend hohem Personalstand und guter Ausbildung vermieden werden. Personalmangel ist aber regelmäßig kein Rechtfertigungsgrund für das Ergreifen freiheitsbeschränkender Maßnahmen.¹³ Nur in sehr wenigen Fällen stellen freiheitsentziehende Maßnahmen die angemessene Hilfe für betroffene Heimbewohner dar und sind auch in fachlicher Hinsicht erforderlich.¹⁴ Vor allem mit dem starken Anstieg von Demenzerkrankungen wird dieser Problembereich zunehmend virulent werden.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen stellen sehr häufig gerade nicht die Lösung des Problems der Selbstgefährdung dar, sondern begründen oder erhöhen ihrerseits oft die Gefährdung der in ihrer Bewegung eingeschränkten Personen. Sie führen nämlich regelmäßig zu – teilweise massiven – psychischen oder physischen Verschlechterungen: Die Aggressivität der Betroffenen steigt, die körperlichen und geistigen Fähigkeiten nehmen ab. Bettgitter und Medikamente erhöhen mittel- und langfristig zumeist die Sturzgefahr, schwere Verletzungen und auch Todesfälle sind nicht selten die Folge.¹⁵ Das Anbringen von Bettgittern kann sich darüber hinaus sogar für den Fall, dass die betroffene Person darüber klettert und stürzt, haftungsbegründend auswirken, weil beim Verlassen des Betts die Verletzungsgefahr durch ein Bettgitter wesentlich erhöht wird.

2. Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG)

2.1. Anwendungsbereich

§ 2 HeimAufG legt den Anwendungsbereich des Gesetzes fest:¹⁶ Erfasst sind zunächst *Alten- und Pflegeheime* (einschließlich so genannter „Seniorenresidenzen“ und „Geriatrizentren“ zur Pflege oder Betreuung alter Menschen). Darüber hinaus gilt es in *Tagesbetreuungseinrichtungen* zur ständigen Pflege oder Betreuung alter Menschen, wenn sie wie Heime organisiert oder an diese angeschlossen sind.¹⁷

Es gilt weiter in *Heimen für behinderte Menschen* und *Wohngemeinschaften* im psychosozialen Bereich, wenn dort wenigstens drei pflegebedürftige und zugleich geistig beeinträchtigte Menschen rund um die Uhr gepflegt und betreut werden.¹⁸

Das Gesetz gilt außerdem in Krankenanstalten (mit Ausnahme psychiatrischer Anstalten oder Abteilungen)¹⁹, soweit dort psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen, die ständiger (also voraussichtlich auf Dauer oder auf unbestimmte Zeit) Pflege und Betreuung bedürfen, Freiheitsbeschränkungen unterworfen werden. Wesentlich ist hierbei, dass die Pflege oder Betreuung nicht durch die dem Patienten in der Anstalt oder Einrichtung zukommende oder zugekommene medizinische Behandlung bedingt ist.²⁰ Zu denken ist also etwa an jene Fälle, in denen Pflegebedürftige nach Abschluss der medizinischen Behandlung – streng genommen den Grundsätzen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung widersprechend – im Krankenhaus „auf einen Heimplatz warten“.

Vom Anwendungsbereich ausgenommen sind nach Abs. 2 Heime und sonstige Einrichtungen zur Übernahme von *Minderjährigen* in Pflege und Erziehung. Im Rahmen der elterlichen Obsorge typische und altersübliche Freiheitsbeschränkungen unterliegen nicht dem Heimaufenthaltsgesetz, auch wenn diese Beschränkungen nicht durch die Obsorgeberechtigten selbst, sondern aufgrund deren Ermächtigungen durch öffentliche oder auch private Einrichtungen vorgenommen werden.

Weiter soll das Gesetz aufgrund gänzlich anderer organisatorischer und zum Teil auch verfassungsgesetzlicher Rahmenbedingungen keine Anwendung finden, wenn eine Person zu Hause von Familienangehörigen oder mobilen Diensten oder im Rahmen einer familienähnlichen Wohngemeinschaft betreut oder gepflegt wird.²¹

2.2. Was ist eine Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG?

Nach § 3 Abs. 1 liegt eine Freiheitsbeschränkung vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (eines Bewohners) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird. Da – wie erwähnt – insb. das PersFrG für den Gesetzgeber bei der Regelung von Freiheitsbeschränkungen in Heimen Maßstäbe setzt und diese Vorgaben auch die Entstehung des UbG bestimmt haben und dessen Vollzug bestimmen, können für die Frage, was unter dem Begriff „Freiheitsbeschränkung“ im Sinn dieses Gesetzes zu verstehen ist, die Judikatur und das Schrifttum zum PersFrG und zum Unterbringungsrecht herangezogen werden.²² Folgende Tatbestandsmerkmale charakterisieren demgemäß die Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG:

2.2.1. Allseitigkeit der Freiheitsbeschränkung

Eine Freiheitsbeschränkung im Verständnis dieses Gesetzes liegt immer dann vor, wenn es einer Person unmöglich gemacht wird, ihren Aufenthalt nach ihrem freien Willen zu verändern. Es kommt hierbei darauf an, dass die Bewegungsfreiheit auf einen bestimmten räumlich begrenzten Bereich beschränkt wird. Die Unmöglichkeit, bestimmte Räume oder Areale zu betreten (die so genannte „negative Konfinierung“), ist keine Freiheitsbeschränkung i. S. d. Gesetzes.²³

2.2.2. Anwendung physischer Mittel

Wesentlich ist weiter, dass die Unterbindung persönlicher Ortsveränderungen mit physischen Mitteln erfolgt, wobei das Gesetz beispielhaft mechanische, elektronische und medikamentöse Maßnahmen erwähnt. Hierbei kann es sich etwa um *unmittelbare körperliche Zugriffe* mit dem Ziel, den Bewohner zurückzuhalten, handeln. Beispiele hierfür sind etwa die Anbringung eines Steckgitters am Bett, das Vorstellen eines Sessels oder Tisches, die Entfernung einer Gehhilfe, die Verhinderung des Aufstehens aus dem Rollstuhl oder einer anderen Sitzgelegenheit mittels eines Fixiergurts, einer „Fixierhose“ oder eines Leintuchs oder das körperliche Festhalten. Aber auch das Einschließen des Betroffenen in einem Raum oder in einer Abteilung fällt unter diese Kategorie.²⁴

Eine Freiheitsbeschränkung kann darüber hinaus auch durch *medikamentöse Mittel* erfolgen. Davon kann allerdings nur dann gesprochen werden, wenn die Behandlung unmittelbar die Unterbindung des Bewegungsdrangs bezweckt,

nicht jedoch bei unvermeidlichen bewegungsdämpfenden Nebenwirkungen, die sich bei der Verfolgung anderer therapeutischer Ziele mitunter ergeben können.²⁵

Der Einsatz *elektronischer Überwachungsmaßnahmen* wiederum (z. B. die so genannte „Induktionsschleife“ oder so genannte „Skorpione“) stellt nur dann eine Freiheitsbeschränkung dar, wenn bei Auslösung des Alarms unmittelbar freiheitsentziehende Folgen zu erwarten sind, also etwa der Betreute „zurückgeholt“ wird.²⁶

Andere Methoden können etwa *rein bauliche Maßnahmen* sein, die die persönliche Bewegungsfreiheit beeinträchtigen sollen (etwa ein „Labyrinth“ zur Lenkung dementer Personen, die Anbringung schwerer oder mit komplizierten Türöffnungsmechanismen versehener Türen, die von den Betroffenen in der Regel nicht geöffnet werden können, oder die entsprechende Ausgestaltung einer Station).²⁷

Der *räumliche* und *zeitliche Umfang* der Maßnahme spielt keine Rolle. Auch die Beschränkung auf das gesamte Areal einer Einrichtung oder etwa das Festbinden am Bett über wenige Minuten sind als Freiheitsbeschränkungen zu qualifizieren.²⁸ Das Versperren der Stationstüre während der Nachtzeit stellt dagegen keine Bewegungseinschränkung dar, sondern eine allgemeine Vorsichtsmaßnahme zur Verhinderung des unkontrollierten Ein- und Ausgangs.²⁹

2.2.3. Androhung physischer Mittel

Eine Freiheitsbeschränkung setzt nicht notwendigerweise die Anwendung physischen Zwangs voraus. Es genügt auch dessen Androhung. Darunter ist zu verstehen, dass der Betroffene aus dem Gesamtbild des Geschehens den Eindruck gewinnen muss, dass er seinen Aufenthaltsort nicht mehr verlassen kann.³⁰

2.2.4. Möglichkeit zur willkürlichen körperlichen Bewegung besteht

Eine Freiheitsbeschränkung kann nur an jemandem vorgenommen werden, der die Möglichkeit zur körperlichen Bewegung und Ortsveränderung hat. Einer bewusstlosen, nach einer Operation im Koma liegenden oder im Dämmerzustand automatischen Handlungsschablonen folgenden Person fehlt der grundrechtliche Schutz der Bewegungsfreiheit; diese Menschen können daher auch nicht Objekt einer Freiheitsbeschränkung i. S. d. HeimAufG sein.³¹

Auf die Bildung eines (vernünftigen) Fortbewegungswillens kommt es nicht an.³²

2.2.5. Keine wirksame Einwilligung des Betroffenen

Gem. § 3 Abs. 2 liegt eine Freiheitsbeschränkung nicht vor, wenn der einsichts- und urteilsfähige Bewohner der Unterbindung der Ortsveränderung zugestimmt hat. Voraussetzung für die Wirksamkeit der Einwilligung ist, dass die betreute oder gepflegte Person geistig in der Lage ist, die Situation an sich und die Tragweite ihres Einverständnisses zu erfassen. Die Einwilligung kann sich schon aus diesem Grund nur auf eine konkrete Situation und einen zeitlich überschaubaren Rahmen beziehen. Eine pauschale Zustimmung zu allen denkbaren Beschränkungen ist nicht wirksam. Die Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.³³

Die mit dem Willen des einsichtsfähigen Bewohners vorgenommenen Freiheitsbeschränkungen sind grundsätzlich vom Anwendungsbereich des Gesetzes ausgeschlossen. Damit das Regelungsregime des HeimAufG nicht allzu leicht umgangen werden kann, sind allerdings Dokumentations- und Verständigungspflichten vorgesehen.

2.3. Wann ist eine Freiheitsbeschränkung zulässig?

§ 4 normiert die Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung:

2.3.1. Psychische Krankheit oder geistige Behinderung des Betroffenen

Eine Freiheitsbeschränkung des Betroffenen darf ohne oder gegen dessen Willen nur vorgenommen werden, wenn er an einer *psychischen Krankheit* leidet oder *geistig behindert* ist.³⁴ Das HeimAufG bleibt hier in dem vom PersFrG vorgegebenen Rahmen, da die geistige Behinderung unter den Begriff der „psychischen Erkrankung“ i. S. d. Art. 2 Abs. 1 Z 5 PersFrG fällt.³⁵ Hervorzuheben ist außerdem, dass Demenzkranke an einer psychischen Krankheit i. S. d. Gesetzes leiden.³⁶

2.3.2. Selbst- oder Fremdgefährdung

Für die Zulässigkeit einer Freiheitsbeschränkung wird neben der psychischen Beeinträchtigung auch gefordert, dass der Betroffene wegen dieser Krankheit sich oder andere gefährdet. Die Gefährdung muss – ebenso wie nach § 3 Z 1 UbG – *ernstlich* sein. Es reicht nicht aus, dass der Bewohner sich oder andere viel-

leicht gefährden könnte, die Gefahr muss konkret, also aktuell vorhanden sein, der Eintritt der Schädigung muss allerdings nicht unmittelbar bevorstehen.³⁷

Weiter muss eine *erhebliche Gefährdung* bestehen. Eine solche Schwere der drohenden Schädigung kann – in Anlehnung an § 110 Abs. 2 StGB – dann angenommen werden, wenn eine Gesundheitsschädigung von mehr als 24-tägiger Dauer, ein Knochenbruch, eine Gehirnerschütterung oder eine angesichts der Wichtigkeit des betroffenen Organs, des Ausmaßes der Krankheitserscheinungen, der Gefährlichkeit der Beeinträchtigung und der Ungewissheit des Heilungsverlaufes „an sich schwere“ Beeinträchtigung der Gesundheit droht.³⁸ Bei einem desorientiert Herumirrenden ist konkret mit Unfällen im Straßenverkehr zu rechnen, daher ist eine ernstliche und erhebliche Gefährdung i. S. d. Gesetzes gegeben.³⁹

2.3.3. Verhältnismäßigkeit

§ 4 Z 2 setzt weiters voraus, dass die Freiheitsbeschränkung zur Gefahrenabwehr unerlässlich und geeignet ist. Sie muss sowohl in ihrer Dauer als auch in ihrer Intensität im Verhältnis zur Gefahr angemessen sein. „Disziplinäre“ oder „erzieherische“ Erwägungen spielen hier keine Rolle.⁴⁰

§ 4 Z 3 setzt schließlich voraus, dass die Gefährdung nicht durch andere pflegerische Maßnahmen, die nicht (oder weniger) in die Freiheitsrechte des Betroffenen eingreifen, abgewendet werden kann. Mit diesem Grundsatz der Subsidiarität wird zum Ausdruck gebracht, dass die Freiheitsbeschränkung nur als letztes Mittel in Frage kommt, also wenn dem Bewohner nicht mehr auf andere Weise geholfen werden kann, somit der mit seiner Krankheit verbundenen Gefahr nicht auf andere Weise als durch die Freiheitsbeschränkung entgegengewirkt werden kann.⁴¹ Dabei wird es selbstverständlich auf zeitgemäße Pflegestandards ankommen.

Eine Fixierung des Bewohners mit Hand- und Fußfesseln zur Abwehr einer Brandgefahr durch Zigarettenrauchen im Bett ist unverhältnismäßig und menschenunwürdig, weil auch weniger eingriffsintensive Maßnahmen (Entzug von Rauchtensilien, Eröffnung eines separaten Rauchzimmers oder Ausfolgung von Zigaretten zu entsprechend beaufsichtigten Rauchpausen) zur Gefahrenabwehr ausreichen. Dass solche Betreuungsmaßnahmen mit dem gegebenen Personalstand nicht leicht zu bewältigen sind, vermag am Befund

der Unverhältnismäßigkeit einer dennoch vorgenommenen Fixierung des Betroffenen nichts zu ändern.⁴² Die Maßnahme wird wohl auch dann unverhältnismäßig sein, wenn außerhalb des konkreten Heimes „schonendere Betreuungs- oder Pflegemaßnahmen“ möglich sind.

2.4. Wer ist befugt, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen?

2.4.1. Anordnungsbefugnis bei länger dauernden oder wiederholten und medikamentösen Freiheitsbeschränkungen

Wenn im Zeitpunkt der Anordnung der Freiheitsbeschränkung schon absehbar ist, dass diese Maßnahme *länger als 24 Stunden* aufrechterhalten wird oder *wiederholt*, also voraussichtlich öfter als einmal, vorgenommen wird, muss die Freiheitsbeschränkung nach § 5 Abs. 2 von einem Arzt (egal welcher Fachrichtung) angeordnet werden. Auch ein ärztliches Zeugnis kann eine solche Anordnung enthalten.⁴⁴

Einer ärztlichen Anordnung bedarf es außerdem generell, also unabhängig von der Dauer oder der Häufigkeit der Freiheitsbeschränkung, bei *medikamentösen Maßnahmen*. Wie für jede medizinische Behandlung ist auch für eine medikamentöse Freiheitsbeschränkung, unabhängig von der Frage der Zulässigkeit nach dem HeimAufG, entweder die Einwilligung des vom Arzt aufgeklärten Betroffenen oder – falls dieser nicht die hierfür erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit aufweist – die Zustimmung von dessen gesetzlichen Vertreter (bei Erwachsenen also des Sachwalters) erforderlich.

2.4.2. Anordnungsbefugnis bei einmaligen und kurzfristigen Freiheitsbeschränkungen

1. Nach § 5 Abs. 1 Z 1 ist der mit der Führung der Abteilung betraute Arzt oder sein Vertreter⁴⁵ befugt, freiheitsbeschränkende Maßnahmen anzuordnen. Bestehen in der Einrichtung keine Abteilungen unter ärztlicher Führung, so ist der mit der Leitung der Einrichtung betraute Arzt oder sein Vertreter anordnungsbefugt.
2. In anderen Einrichtungen, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen, sind nach Abs. 1 Z 2 die mit der *ärztlichen Aufsicht*⁴⁶ und die mit der Leitung des Pflegediensts *betrauten Personen*⁴⁷ oder ihre Vertreter anordnungsbefugt. In derartigen Einrichtungen ist also (unabhängig da-

von, ob eine ärztliche Aufsicht gegeben ist oder nicht) auch jene Person anordnungsbefugt, die mit der Pflegedienstleitung im Sinn des § 26 Abs. 1 Z 2 GuKG betraut ist.

Die Pflegedienstleitung kann auch einen *Arzt beauftragen*, die Voraussetzungen für die Vornahme einer Freiheitsbeschränkung zu überprüfen und die entsprechende Anordnung in Form eines ärztlichen Zeugnisses zu erteilen. § 5 Abs. 2 sieht die ärztliche Anordnung einer Freiheitsbeschränkung zwingend zwar nur bei längerfristigen, wiederholten oder medikamentösen Maßnahmen vor. Kraft *Größenschluss* muss es jedoch auch bei kurzfristigen – und daher weniger eingreifenden – Freiheitsbeschränkungen möglich sein, einen Arzt beizuziehen, der die Anordnung treffen kann.

3. In Einrichtungen, die weder unter ärztlicher Leitung oder Aufsicht noch unter Leitung eines Pflegediensts stehen, kann die Befugnis zur Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen nach § 5 Abs. 1 Z 3 erster Fall einem *Angehörigen des gehobenen Diensts für Gesundheits- und Krankenpflege* übertragen werden.⁴⁸ Die Fachkraft muss die organisatorische Verantwortung in diesem Bereich innehaben und daher in einem dauernden Dienstverhältnis zum Einrichtungsträger stehen.⁴⁹ In diesen Einrichtungen steht gem. § 5 Abs. 1 Z 3 zweiter Fall die Anordnungsbefugnis – soweit vorhanden – auch den mit der *pädagogischen Leitung* der Einrichtung betrauten Bediensteten zu. Hier kommen akademische Sonder- und Heilpädagogen oder Sozialpädagogen in Betracht.⁵⁰ Wieder ist es möglich, einen Arzt zu beauftragen.
4. Ist auch eine pflegerische oder pädagogische Leitung nicht eingerichtet oder ist diese unbesetzt und wird auch kein Arzt beigezogen, so dürfen keine Freiheitsbeschränkungen nach diesem Gesetz vorgenommen werden.⁵¹

2.5. Welches Verfahren ist dabei einzuhalten?

Die §§ 6 f. beschreiben das Verfahren, das bei der Anordnung freiheitsbeschränkender Maßnahmen – bei deren sonstiger Unzulässigkeit – eingehalten werden muss:

2.5.1. Dokumentation

Gem. § 6 Abs. 1 sind der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer der Freiheitsbeschränkung schriftlich zu dokumentieren und ärztliche Zeugnisse und

der Nachweis über die notwendigen Verständigungen diesen Aufzeichnungen anzuschließen.⁵² Ebenso sind gem. § 6 Abs. 2 der Grund, die Art, der Beginn und die Dauer einer mit Einwilligung des einsichtsfähigen Bewohners vorgenommenen Freiheitsbeschränkung festzuhalten.

2.5.2. Aufklärung

Die anordnungsbefugte Person hat den Bewohner über den Grund, die Art, den Beginn und die voraussichtliche Dauer der Freiheitsbeschränkung auf geeignete, seinem Zustand entsprechende Weise aufzuklären (§ 7 Abs. 1 erster Satz). Dabei ist keine bestimmte Form einzuhalten. Es genügt auch ein bloßes Gespräch, dem der Bewohner folgen und dessen Inhalt er verstehen kann.⁵³

2.5.3. Verständigungen

Zudem hat die anordnungsbefugte Person von der Freiheitsbeschränkung, von deren Aufhebung und von einer mit Einwilligung des Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich den Leiter der Einrichtung zu verständigen (§ 7 Abs. 1 zweiter Satz).

Nach § 7 Abs. 2 hat der Leiter der Einrichtung von der Freiheitsbeschränkung oder von deren Aufhebung unverzüglich den Vertreter (also den Sachwalter, den selbst gewählten Vertreter nach § 8 Abs. 1 oder den Verein nach § 8 Abs. 2)⁵⁴ und die Vertrauensperson⁵⁵ des Bewohners zu verständigen und diesen Gelegenheit zur Stellungnahme einzuräumen. Diese Personen sind auch von einer mit Einwilligung des einsichtsfähigen Bewohners vorgenommenen Einschränkung seiner persönlichen Freiheit unverzüglich zu verständigen.

2.6. Wer ist dem Betroffenen als Vertreter zur Seite gestellt?

2.6.1. Selbst gewählter Vertreter

§ 8 Abs. 1 räumt dem Heimbewohner die Möglichkeit ein, selbst einen Vertreter bei der Wahrnehmung seines Rechtes auf persönliche Freiheit zu bestellen. Nach dem Gesetz sind hierzu nahe Angehörige, Rechtsanwälte oder Notare berufen. Damit diese Personen die Interessen des von ihnen vertretenen Bewohners ordnungsgemäß wahrnehmen können, ist vorausgesetzt, dass sie vom Heim unabhängig sind.⁵⁶

Da ein besonderes Schutzbedürfnis des Bewohners nicht besteht (siehe gleich b.), ist der Begriff des nahen Angehörigen nicht restriktiv auszulegen. Nahe

Angehörige können daher i. S. d. § 32 KO der Ehegatte oder Lebensgefährte, Personen, die mit dem Bewohner oder dessen Ehegatten in gerader Linie (auch unehelich) oder bis zum vierten Grad der Seitenlinie verwandt oder verschwägert sind, und Wahl- und Pflegekinder sein. Andere Personen können nicht als Vertreter bestellt werden. Freilich ist es möglich, etwa „einen guten Freund“ als Vertrauensperson namhaft zu machen, der das HeimAufG ebenfalls gewisse Rechte einräumt.⁵⁷

Insbesondere für Rechtsanwälte ist relevant, dass die Ausübung der Befugnisse eines Bewohnervertreters einer besonderen, schriftlichen Vollmacht bedarf. Nach § 1008 ABGB kann diesem Erfordernis auch dadurch Genüge getan werden, dass im Rahmen der allgemeinen Vollmacht zumindest die Gattung der Angelegenheit, für die an sich Einzelvollmacht erforderlich wäre, angeführt wird.⁵⁸ Im konkreten Fall wäre es also erforderlich, den Anwalt mit der Wahrnehmung seiner Freiheitsrechte nach dem HeimAufG zu betrauen.

Wenn der Bewohner die Bestellung eines solchen Vertreters aufgrund seines Geisteszustandes nicht selbst besorgen kann, bedarf es hierfür der Zustimmung eines Sachwalters.⁵⁹ Ein vom Betroffenen bestellter Vertreter hat gem. § 8 Abs. 4 die Begründung und die Beendigung des Vollmachtsverhältnisses der Geschäftsstelle des Vereins, dem Träger der Einrichtung und – wenn ein gerichtliches Verfahren anhängig ist – auch dem zuständigen Gericht mitzuteilen.

2.6.2. Der gesetzlich vorgesehene Bewohnervertreter

Unabhängig von der Bestellung eines Vertreters nach § 8 Abs. 1 ist auch der nach der Lage der Einrichtung für die Namhaftmachung von Sachwaltern nach § 1 VSPAG örtlich zuständige Sachwalterverein kraft Gesetzes Vertreter des Betroffenen.⁶⁰

Anders noch, als es die Regierungsvorlage vorsah, wird diese gesetzliche Vertretungsbefugnis in allen Fällen neben der eines wirksam bestellten Vertreters bestehen, sie soll also durch die Bestellung eines Rechtsanwalts oder Notars oder die besondere Verfügung des Heimbewohners nicht beendet werden können.⁶¹ Diese – erst im Justizausschuss beschlossene – Lösung soll die Qualität der gesetzlichen Vertretung durch die Vereine sichern und allfällige Nachteile der Bewohner aufgrund einer Untätigkeit des bestellten Vertreters verhindern.⁶²

Der Verein hat der Leitung der Einrichtung und dem zuständigen Bezirksgericht eine oder mehrere von ihm ausgebildete und für die besonderen Verhältnisse im Pflegebereich geschulte Personen namhaft zu machen, denen die Ausübung der Vertretungsbefugnisse des Vereins in der betreffenden Einrichtung zukommt. Diese Personen werden für den Verein tätig, das Gesetz nennt sie „Bewohnervertreter“⁶³. Sofern ein Verein keine Bewohnervertreter namhaft macht (weil in der Aufbauphase die erforderlichen Mittel noch nicht zur Verfügung stehen oder weil der Verein die Namhaftmachung eines Bewohnervertreters widerruft, ohne einen anderen Bewohnervertreter namhaft zu machen), hat der Vorsteher der zuständigen Bezirksgerichte gem. § 23 Abs. 2 geeignete und bereite Personen (z. B. aus dem Kreis der Seniorenvertreter)⁶⁴ zu Bewohnervertretern bestellen.

2.6.3. Welche Rechte und Pflichten hat der Vertreter dem Heimbewohner bzw. dem Heim gegenüber?

Der bestellte Vertreter und Bewohnervertreter sind gem. § 9 Abs. 1 insbesondere berechtigt, die Einrichtung unangemeldet zu besuchen, sich vom Bewohner einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, mit der anordnungsbefugten Person und Bediensteten der Einrichtung das Vorliegen der Voraussetzungen der Freiheitsbeschränkung zu besprechen, die Interessenvertreter der Bewohner oder Klienten der Einrichtung zu befragen und in dem zur Wahrnehmung seiner Aufgaben erforderlichen Umfang Einsicht in die Pflegedokumentation, die Krankengeschichte und andere Aufzeichnungen über den Bewohner zu nehmen.

Bei der Wahrnehmung seiner Rechte hat der bestellte Vertreter oder Bewohnervertreter auf die Erfordernisse des Betriebs der Einrichtung Bedacht zu nehmen (§ 9 Abs. 1 letzter Satz). Der Leiter der Einrichtung hat dafür zu sorgen, dass der Bewohner in geeigneter Weise Auskunft über den Bewohnervertreter erhält und sich mit diesem oder dem von ihm bestellten Vertreter ungestört besprechen kann (§ 9 Abs. 2).⁶⁵

Der Bewohnervertreter ist gem. § 9 Abs. 3 befugt, den für die Aufsicht über die Einrichtung oder zur Bearbeitung von Beschwerden zuständigen Behörden (Aufsichtsbehörde der Länder oder Bundespflegegeldbeschwerdestelle) die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen mitzuteilen. Er hat diesen Behörden insoweit Auskünfte zu erteilen, als dies für die Besorgung der ihnen zukommenden Aufgaben erforderlich ist. Er hat den

Bewohner über die beabsichtigten Vertretungshandlungen und sonstige wichtige Angelegenheiten auf geeignete, dessen Zustand entsprechende Weise aufzuklären. Er hat den Wünschen des Bewohners zu entsprechen, soweit diese dessen Wohl nicht offenbar abträglich und dem Bewohnervertreter zumutbar sind (§ 10 Abs. 1⁶⁶).

Der Bewohnervertreter ist zur Verschwiegenheit über die von ihm in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Bewohners erforderlich ist und nicht diesen selbst eine Auskunftspflicht trifft.⁶⁷ Diese Verschwiegenheitspflicht gilt nicht gegenüber dem Gericht, dem Verein, dem Vertreter und der Vertrauensperson des Bewohners sowie gegenüber den oben genannten Behörden (§ 10 Abs. 2).

2.7. Wann kommt es zur Überprüfung der Freiheitsbeschränkung durch das Gericht?

Das Gericht wird nicht von Amts wegen, sondern nur gem. § 11 Abs. 1 auf Antrag und nachprüfend tätig.⁶⁸ Berechtigt, einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung einer Freiheitsbeschränkung zu stellen, sind

- der Bewohner,
- sein Vertreter (bestellter Vertreter, Bewohnervertreter oder auch Sachwalter),
- seine Vertrauensperson und
- der Leiter der Einrichtung.

Um die Zugänglichkeit und Wirksamkeit des „Rechtsmittels“ nicht zu beeinträchtigen, knüpft das Gesetz an die Form des Antrags keine Formerfordernisse. Auch mündlich dem Gericht vorgetragene Anträge sind zu behandeln.⁶⁹

Der Entscheidung des Bewohnervertreters, kein gerichtliches Verfahren einzuleiten, kommt (jedenfalls in rechtlicher Hinsicht) keine „Genehmigungswirkung“ zu. Auch wenn er davon absieht, einen Überprüfungsantrag zu stellen, kann die Freiheitsbeschränkung gegebenenfalls unzulässig sein und haftungs- sowie strafrechtliche Konsequenzen⁷⁰ für die anordnende und die die Anordnung vollziehende Person nach sich ziehen. Daher kann auch der Leiter der Einrichtung einen Antrag auf gerichtliche Überprüfung stellen, wenn er, die anordnungsbefugte Person oder die Bediensteten der Einrichtung diesbezüglich Klarheit wünschen (§ 11 Abs. 1).

3. Zusammenfassung

Das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) legt fest, unter welchen Voraussetzungen in Heimen und vergleichbaren Einrichtungen Freiheitsbeschränkungen an kranken und behinderten Menschen rechtmäßig sind: Solche Maßnahmen sind nur dann zulässig, wenn der Betroffene an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist, wenn er sich oder andere deshalb ernstlich und erheblich gefährdet und wenn diese Gefahr nicht auf andere, schonendere Weise abgewendet werden kann. Bei der Vornahme der Freiheitsbeschränkung sind moderne fachliche Standards einzuhalten.

Diese materiell-rechtlichen Vorschriften werden durch besondere Verfahrensregeln ergänzt. Den in der Einrichtung betreuten oder gepflegten Menschen wird durch das Gesetz ein bei dem örtlich zuständigen Sachwalterverein angesiedelter „Bewohnervertreter“ zur Wahrung ihrer Freiheitsrechte zur Seite gestellt. Er hat sie der Einrichtung gegenüber zu vertreten und ihre Interessen wahrzunehmen. Zusätzlich kann der Bewohner auch einen nahen Angehörigen, Rechtsanwalt oder Notar mit seiner Vertretung in der Wahrnehmung seines Freiheitsrechts betrauen. Die Durchführung von Beschränkungen der persönlichen Freiheit kann durch das Gericht überprüft werden. Zu einem derartigen Verfahren kommt es dann, wenn dies der Betreute selbst, sein Vertreter oder seine Vertrauensperson oder auch die Einrichtung beantragt.

Das HeimAufG tritt mit 1. 7. 2005 in Kraft.

1) Auf zivilrechtlicher Ebene genießt die persönliche Freiheit den Persönlichkeitsrechtsschutz des § 16 i. V. m. § 1329 ABGB. Daraus ergeben sich ein verschuldensunabhängiger Unterlassungsanspruch und ein verschuldensabhängiger Schadenersatzanspruch.

2) Inhalt und Reichweite freiheitsbeschränkender Regelungen sind so zu interpretieren, dass sie eine der Bedeutung des Grundrechts angemessene Wirkung entfalten. Das Bundesverfassungsgericht kann bei gerichtlichen Entscheidungen erst dann korrigierend tätig werden, wenn das fachgerichtliche Auslegungsergebnis über die vom Grundgesetz gezogenen Grenzen hinausgeht, insb. wenn es mit Bedeutung und Tragweite des Grundrechts auf persönliche Freiheit nicht zu vereinbaren ist; BVerfGE 65, 317 (322) = FamRZ 1984, 139.

3) Das Gebot der Verhältnismäßigkeit wird für Österreich in Art. 1 Abs. 3 PersFrG festgelegt, wonach Personen, die festgenommen oder angehalten werden, unter Achtung der Menschenwürde und mit möglichster Schonung zu behandeln sind; Mayer, B-VG3 Art. 1 PersFrG III; vgl. für Deutschland BVerfGE 45, 187 (223); BVerfG FamRZ 1998, 895 (896).

4) Notwehr liegt vor, wenn jemand eine an sich strafbare Handlung begeht, um sich selbst vor

einem Schaden zu schützen; Leukauf/Steininger, Komm3 Rz 69 ff. zu § 3. Dieser Fall wird in der Altenpflege kaum von Bedeutung sein.

5) Dient eine strafbare Handlung dem Schutz eines Dritten, so ist es Nothilfe. Voraussetzung sowohl bei der Notwehr als auch bei der Nothilfe ist, dass es sich dabei um einen „unmittelbar drohenden rechtswidrigen Angriff auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Freiheit oder Vermögen“ handelt. Im Rahmen der vertraglichen Schutz- und Sorgfaltspflichten zwischen Einrichtungsträger und Bewohner besteht für das Pflege- und Betreuungspersonal allenfalls die Pflicht zur Nothilfe. Zu denken ist dabei beispielsweise an den Schutz von Bewohnern vor körperlichen Attacken aggressiver Mitbewohner.

6) Eine an sich strafbare Handlung kann dennoch gerechtfertigt sein, wenn sie dazu dient, einen bedeutenden Schaden für sich oder jemand anderen abzuwenden. Dabei wird vorausgesetzt, dass „von einem mit den rechtlich geschützten Werten verbundenen Menschen kein anderes Verhalten zu erwarten war“. Die Bewertung erfolgt anhand des so genannten „rechtsgerechten, maßstabgerechten Durchschnittsmenschen“. Während beim entschuldigenden Notstand (§ 10 StGB) dem Täter rechtmäßiges Verhalten unzumutbar ist, setzt der – gesetzlich nicht geregelte, aber von Lehre und Rsp anerkannte – rechtfertigende Notstand die Rettung eines eindeutig höherwertigen Guts auf Kosten eines geringwertigen voraus; Leukauf/Steininger, Komm3 § 10 und Rz 49 ff. zu § 3. Es muss jeweils eine Notlage gegeben sein, die aber nicht durch eine bestimmte Art des Zustandekommens definiert ist. Demnach ist die Anwendung dieser Rechtsinstitute auch im Bereich der Pflege und Betreuung alter Menschen durchaus denkbar; vgl. Ganner, Heimvertrag 57 f.

7) BGBl I 11/2004.

8) Klie/Brennfleck, Altenheim 1997/7, 38.

9) Klie, Zur Verbreitung unterbringungsähnlicher Maßnahmen im Sinne des § 1906 Abs. 4 BGB in bundesdeutschen Pflegeheimen, BtPrax 1998, 50 (52). Dabei ist zu beachten, dass an einigen Bewohnern auch mehrere unterbringungsähnliche Maßnahmen vorgenommen werden, so dass jedenfalls weniger als 2.207 Personen von einer solchen Maßnahme betroffen waren.

10) Klie, VormundschaftsGerichtstag 2001/3, 9 (12).

11) Borutta, Fixierung in der Pflegepraxis (1994) 44.

12) Verein für Sachwalterschaft und Patientenrechtsanwaltschaft, Im rechtsfreien Raum (April 1999), Bericht an den Bundesminister für Justiz; der Bericht enthält, aufgegliedert nach Bundesländern, Erfahrungen und Beobachtungen über Freiheitsbeschränkungen in Behinderteneinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen. Dabei handelt es sich um eine nicht-repräsentative Bestandsaufnahme, die dennoch einen wichtigen Einblick gewährt und insb. i. V. m. den deutschen Studien durchaus seriöse Schlussfolgerungen zulässt; siehe http://www.vsp.at/doks/Im_rechtsfreien_Raum.pdf.

13) OGH 30.5.1996, 2 Ob 2100/96d; 30.10.1998, 1 Ob 287/98g; UVS Vorarlberg 11.11.2002, 3-15-01/02/E1; OLG Köln, Altenpflege 1999, 366; vgl. auch OGH 25.2.1993, 2 Ob 605/92.

14) Vgl. Klie/Lörcher, Freiheit 126.

15) Bei Bettgittern kommt es immer wieder zum Einklemmen von Kopf und Körperteilen im Bettgitter; Sturz über das Bettgitter – Einschränkung erhöht das Sturzrisiko, Lebenswelt Heim 2003/5, 16. Vgl. auch Klie, BtPrax 1998, 50 (51), der u. a. auf eine amerikanische Studie verweist, derzufolge in Minneapolis pro Jahr zirka 200 Heimbewohner durch Zwangsmaßnahmen zu Tode kommen.

16) Der Anwendungsbereich des HeimAufG ist mit jenem des HVerG nicht identisch.

- 17) RV 353 BlgNR 22. GP (im Folgenden RV HeimAufG) 5.
- 18) Vgl. RV HeimAufG 5.
- 19) Hier gilt das Regelungsregime des UbG.
- 20) RV HeimAufG 5.
- 21) RV HeimAufG 6.
- 22) RV HeimAufG 7.
- 23) RV HeimAufG 7; Kopetzki in Korinek/Holoubek Art. 1 PersFrG Rz 22.
- 24) RV HeimAufG 7; siehe zu all dem Kopetzki, Unterbringungsrecht, Band 2 (1995) 460; Hopf/Aigner, Unterbringungsgesetz (1993) § 3 Rz 7a, § 33 Rz 5.
- 25) RV HeimAufG 7; OGH RdM 1997/20 (medikamentöse Ruhigstellung); Kopetzki, Unterbringungsrecht II 464.
- 26) RV HeimAufG 7; Kopetzki in Korinek/Holoubek Art. 1 PersFrG Rz 31.
- 27) RV HeimAufG 7; Kopetzki, Unterbringungsrecht II 463 FN 2909; OGH EvBl 1992/101 (Tür von innen nur mit einem Dreikantschlüssel zu öffnen).
- 28) RV HeimAufG 8.
- 29) RV HeimAufG 8; OGH JBl 1995, 63.
- 30) RV HeimAufG 7f; OGH RdM 1994/4; KRSlg 1996/786.
- 31) RV HeimAufG 7; OGH SZ 67/87; Kopetzki in Korinek/Holoubek Art. 1 PersFrG Rz 3.
- 32) Kopetzki in Korinek/Holoubek Art. 1 PersFrG Rz 3.
- 33) RV HeimAufG 8; zu den Kriterien für die Beurteilung der Einsichtsfähigkeit siehe ausführlich Amelung, Über die Einwilligungsfähigkeit, ZStW 1992, 526, ders. in Kopetzki (Hrsg), Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit (2001), Die Einwilligungsfähigkeit in Deutschland, 24; zu diesem Modell siehe u. a. Kopetzki, Unterbringungsrecht II 818-824 und zuletzt auch Stabentheiner in Rummel, ABGB_ 1. ErgBd §§ 146c, 146d Rz 3.
- 34) Zu den Begriffen „psychische Krankheit“ und „geistige Behinderung“ siehe Stabentheiner in Rummel, ABGB_ § 273 Rz 1.
- 35) Vgl. dazu Kopetzki in Korinek/Holoubek Art. 2 PersFrG Rz 65. Die geistige Behinderung zählt demgegenüber nicht zu den psychischen Krankheiten i. S. d. § 3 UbG; OGH SZ 64/131; RZ 1994/8; Hopf/Aigner, UbG § 3 Rz 4; Kopetzki, Unterbringungsrecht II 488 m. w. N.
- 36) RV HeimAufG 8; Kopetzki, Unterbringungsrecht II 491.
- 37) Wie nach § 3 UbG wird ein „hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts gegeben sein“ müssen; Kopetzki, Unterbringungsrecht II 510 m. w. N.; allerdings bedarf es auch nicht zwingend eines Anlassfalls, in dem „gerade noch einmal alles gut gegangen ist“; RV HeimAufG 9.
- 38) RV HeimAufG 9; vgl. etwa Lewisch BT I_ 33-36.
- 39) OGH in 4 Ob 513/93 m. w. N.(die Voraussetzungen für eine Unterbringung bejahend).
- 40) RV HeimAufG 9.
- 41) So zum ähnlich lautenden § 3 Z 2 UbG schon RV 464 BlgNR 17. GP 20.
- 42) So OGH in RdM 1996/30; vgl. auch Binder, Die Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsbehandlung und behandlungsbedingter Freiheitseinschränkung, SozSi 1997, 232 (bei FN 73).
- 43) Ärzte aller Sparten erhalten nämlich eine im gegenständlichen Bereich besonders wichtig erscheinende geriatrische Ausbildung; sie erwerben – aufgrund der demografischen

Entwicklung der Bevölkerung – auch zunehmend berufliche Erfahrung in diesem Bereich.

44) RV HeimAufG 9. Hinzuweisen ist darauf, dass ein Arzt gem. § 55 ÄrzteG ärztliche Zeugnisse nur nach gewissenhafter ärztlicher Untersuchung und nach genauer Erhebung der im Zeugnis zu bestätigenden Tatsachen ausstellen darf.

45) Wer Vertreter der primär anordnungsbefugten Person ist, ergibt sich aus einrichtungsinternen Regelungen, wie etwa dem Dienstplan; vgl. Hopf/Aigner UbG § 4 Rz 10 (zu § 4 Abs. 2 UbG). § 7 Abs. 2 KAKuG sieht für Krankenanstalten vor, dass bei Verhinderung des ärztlichen Leiters dieser durch einen geeigneten Arzt vertreten werden muss.

46) Gem. § 7 Abs. 1 KAKuG ist für jede Krankenanstalt ein geeigneter Arzt als verantwortlicher Leiter des ärztlichen Dienstes und für die mit der ärztlichen Behandlung der Pflinglinge zusammenhängenden Aufgaben zu bestellen. Für Genesungsheime (§ 2 Abs. 1 Z 3 KAKuG) und für Pflegeanstalten für chronisch Kranke (§ 2 Abs. 1 Z 4 KAKuG) kann die Landesregierung von der Bestellung eines ärztlichen Leiters Abstand nehmen, wenn die Aufsicht durch einen geeigneten Arzt gewährleistet ist.

47) „Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern“ bzw. „diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger“ gehören dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege an (§§ 11 f. GuKG). Sie sind von den „Pflegehelfern“ i. S. d. §§ 82 ff. GuKG und den in manchen Landesgesetzen vorgesehenen „Altenfachbetreuern“ bzw. „Altenhelfern“ (siehe zu Letzteren Ganner, Die Kompetenzlage in der Alten- und Pflegebetreuung SozSi 1997, 938 (bei FN 35)) zu unterscheiden. Diplomierte Schwestern bzw. Pfleger können gem. § 17 Abs. 4 u. 5 GuKG die Leitung des Pflegedienstes übernehmen, wenn sie wenigstens zwei Jahre in diesem Bereich vollbeschäftigt waren und eine Sonderausbildung für Führungsaufgaben (§ 72 GuKG) absolviert haben.

48) Gemeint ist damit eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester bzw. ein diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger (§§ 11 f. GuKG), die oder der nicht über die in § 72 GuKG vorgesehene Sonderausbildung verfügt.

49) RV HeimAufG 9. Es kommt daher nicht in Frage, etwa einen Leiharbeitnehmer mit dieser Aufgabe zu betrauen.

50) RV HeimAufG 9.

51) RV HeimAufG 9.

52) In Krankenanstalten ist gemäß § 10 Abs. 1 Z 2 lit. a und b KAKuG eine einheitliche Krankengeschichte zu führen, die neben den ärztlichen insbesondere auch die pflegerischen Maßnahmen enthält. Bei Pflegeheimen sind die entsprechenden landesgesetzlichen Bestimmungen in den Pflegeheimgesetzen anzuwenden. § 5 GuKG sieht Dokumentationspflichten für Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, § 51 ÄrzteG solche für Ärzte vor.

53) RV HeimAufG 9.

54) RV HeimAufG 10.

55) § 27e Abs. 1 KSchG räumt dem Heimbewohner das Recht ein, dem Träger gegenüber jederzeit eine Vertrauensperson namhaft zu machen.

56) RV HeimAufG 10.

57) Wesentlich ist insb., dass die Vertrauensperson von der Vornahme einer Freiheitsbeschränkung verständigt werden muss und das Recht hat, ein gerichtliches Überprüfungsverfahren einzuleiten.

58) Siehe Strasser in Rummel, ABGB §§ 1006-1008 Rz 11-13.

- 59) RV HeimAufG 11.
- 60) Der Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft ist – soweit nicht eine Zuständigkeit der anderen Vereine gegeben ist – bundesweit tätig. Das Institut für Sozialdienste – Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft wirkt in Vorarlberg, der NÖ Landesverein für Sachwalterschaft in Teilen Niederösterreichs und das Salzburger Hilfswerk, Verein für Sachwalterschaft, in Teilen Salzburgs.
- 61) Vgl. dagegen § 16 Abs. 2 UbG.
- 62) AB 378 BlgNR 22. GP 2.
- 63) Der Vorsteher des Bezirksgerichts hat den ihm namhaft gemachten Bewohnervertreter in der Ediktsdatei kundzumachen. Wenn der Verein diese Namhaftmachung widerruft, hat der Gerichtsvorsteher die Kundmachung zu berichtigen (§ 5 Abs. 3).
- 64) RV HeimAufG 15.
- 65) Diese Bestimmung ist § 14 Abs. 2 UbG nachgebildet.
- 66) Vgl. § 15 Abs. 1 UbG.
- 67) Ihre Verletzung ist nach § 121 StGB strafbar (§ 10 Abs. 2). Für Rechtsanwälte und Notare ergibt sich die Verschwiegenheitspflicht aus deren Standesrecht (vgl. § 9 Abs. 2 u 3 RAO; § 37 Abs. 1-3 NO).
- 68) RV HeimAufG 11 f. Das Unterbringungsgericht hat dagegen von Amts wegen vorzugehen, von wem immer es von der Unterbringung Kenntnis erlangt hat; vgl. § 19 Abs. 1 UbG und Hopf/Aigner UbG § 18 Rz 3.
- 69) RV HeimAufG 12. Sofern der Antrag nicht von der Vertrauensperson des Bewohners gestellt wird, sind deren Name und Adresse im Antrag anzugeben (§ 11 Abs. 1).
- 70) Vgl. § 1329 ABGB und § 99 StGB.

WORKSHOP 4

PRAXISARBEIT:

ERLEBNISORIENTIERTE PFLEGE NACH DEM MÄEUTISCHEN PFLEGEMODELL

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

Amt der Salzburger Landesregierung – Seniorenbüro, Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung – Gruppe Soziales, Diakoniezentrum Salzburg, Evangelisches Alten- und Pflegeheim, Evangelisches Diakoniewerk, Fachschule für Altdienste und Pflegehilfe – Diakoniezentrum Salzburg, gesundheitsnetzwerk.at, Hauskrankenpflege Salzburg-Stadt, Magistrat Linz – Abteilung Pflege und Betreuung, MOHI Tirol, Seniorenresidenz Schloss Kahlsperg GmbH, Sozial- und Gesundheitszentrum Gnigl, Stadtgemeinde Salzburg – Seniorenheimverwaltung, VAGET Übergangspflege Tirol, Verein Ambulante Dienste Salzburg, Volkshilfe Steyr

Moderatorinnen:

DGKS Elisabeth Bauer

Brigitte Wiesinger, Bezirksalten- und Pflegeheim, Sierning, Oberösterreich

Ein Herz für die Pflege

1. Einleitung

IMOZ, das Institut für mäeutische Entwicklung der Pflegepraxis, wurde errichtet, um Pflegende in der Entwicklung ihres Selbstvertrauens und ihrer Kreativität zu unterstützen. Für diesen Bewusstwerdungsprozess benutzen wir das griechische Wort „mäeu Tisch“. Der Begriff „Mäeutik“ bedeutet ursprünglich „Hebammenkunst“. Sokrates benutzte das Wort im übertragenen Sinn, und zwar für seine Weise, Fragen zu stellen. Sein Ausgangspunkt ist, dass Menschen im Prinzip wissen, was sie brauchen. IMOZ verwendet die sokratische oder mäeutische Methode, um Pflegenden bewusst zu machen, was sie innerlich bereits wissen und fühlen. Sie brauchen Unterstützung, um dieses intuitive Wissen, basiert auf Praxis- und Lebenserfahrung, in Worte fassen zu können und eine Methode, um damit als Team bewusst umgehen zu können. Dadurch entstandene Erkenntnisse und praktische Handreichungen führen zu überraschenden Entdeckungen im Umgang mit Bewohnern.

Begriffe wie Nähe, Intimität, Sicherheit und Geborgenheit bekommen neuen Inhalt. Kern der mäeutischen Methode ist das gefühlsmäßige Erfahren des Pflegenden und des Bewohners. IMOZ ist spezialisiert in der Einführung von erlebensorientierter Pflege. Es bietet Beratung, Schulung, Coaching und unterstützt den Einführungsprozess von erlebensorientierter Pflege.

IMOZ bewegt sich ferner auf dem Gebiet von häuslicher Pflege und der Arbeit mit geistig behinderten Menschen. Dieses Informationsblatt beschränkt sich auf den Sektor Altenwohn- und -pflegeheim.

2. Sichtweise und Herausforderung

Menschen, die in ein Altenwohn- und -pflegeheim ziehen, fühlen sich unsicher, ängstlich und traurig. Sie fragen sich, was sie noch vom Leben zu erwarten haben. In dieser Situation, in der Menschen sich abhängig fühlen, spielen Pflegende eine wichtige Rolle. Für den Bewohner ist der Pflegende nicht nur jemand, der Dinge für sie tut. Der Pflegende ist auch jemand, der den Bewohner kennt, annimmt, ihm Zuneigung entgegenbringt und an den er etwas zurückgeben möchte. Für die Pflegenden sind die Momente am schönsten, in denen sie das Gefühl haben, echten Kontakt zum Bewohner hergestellt zu haben.

Je mehr die Pflegenden in der Lage sind, Invalidität und Hilfebedürftigkeit zu akzeptieren, anstatt dagegen zu kämpfen, desto besser werden sie in der Lage sein, dem Bewohner zu helfen, die Folgen seiner Krankheit anzunehmen. Die größte Kunst der Pflegenden besteht in dieser Hinsicht darin, den Eigenwert des Bewohners zu verstärken, ohne von ihm Dinge zu verlangen, zu denen er nicht mehr in der Lage ist.

In einer Einrichtung, in der Pflegende und andere Mitarbeiter erlebensorientiert arbeiten, hat der Bewohner mehr Chance, ein neues emotionales Gleichgewicht aufzubauen und ein positives Selbstbild zu behalten. Der Bewohner fühlt sich als Teil einer Lebensgemeinschaft. Die Pflegenden ihrerseits erfahren dadurch, dass an ihre Kreativität und emotionale Intelligenz appelliert wird, mehr Genugtuung in ihrer Arbeit. Sie wissen, wie sie die Atmosphäre im Wohnbereich und die Stimmung der Bewohner beeinflussen können, und sie sehen die Resultate ihrer Arbeit.

Die Praxis als Ausgangspunkt

Das mäeutische Pflegemodell ist eine situationsschaffende Theorie: Sie wurde mit dem Ziel entwickelt, Veränderungen zu bewerkstelligen in der Art, wie Pflegekräfte ihre Arbeit ausführen und erfahren.

Erlebensorientierte Pflege nach dem mäeutischen Modell ist eine Integration von verschiedenen Umgangsmethoden und Herangehensweisen, Erkenntnissen

aus der Lebenslaufpsychologie (vgl. u. a. Erik Erikson) und dem Adaption-Coping-Modell (Rosemarie Dröes). Was Bewohner brauchen, wird durch alle Entwicklungen in Hinblick auf Methode und Herangehensweise der letzten Jahre stets deutlicher. Die große Herausforderung ist nun, dies in der Hektik des Alltags auch wahr zu machen. Darum hat IMOZ ein Pflegemodell in Wechselwirkung mit der Praxis entwickelt. In diesem Pflegemodell ist erlebensorientierte Pflege theoretisch unterbaut und mit Hilfe einer praktischen Methodik und spezifischer Fachdidaktik ausführbar.

3. Zielgruppe von IMOZ

Bewohner

IMOZ entwickelt Fachkenntnis, Methoden und Managementinstrumente für die Pflege chronisch kranker Menschen, pflegebedürftiger alten Menschen im Allgemeinen und demenzerkrankten Menschen im Besonderen. Ursprünglich wurde erlebensorientierte Pflege in der Pflege demenzerkrankter Menschen entwickelt. Das IMOZ-Modell baut darauf auf. Die Erkenntnisse und Methoden die für die demenzerkrankten alten Menschen entwickelt wurden, erweisen sich auch für Menschen mit somatischen Erkrankungen brauchbar. Dies gilt ebenfalls für die Tagespflege, die Pflege in neuen Wohnformen und für die häusliche Pflege

Mitarbeiter

Da sich das Anwendungsgebiet vor allem auf die alltägliche Pflegepraxis bezieht, richtet sich die Vorgehensweise in erster Linie an Pflegende. Pflegende arbeiten jedoch überwiegend in Teams zusammen mit anderen Disziplinen. Auch die Mitarbeiter anderer Disziplinen können erlebensorientiert arbeiten. Je nach Struktur und Bedürfnis der betreffenden Einrichtung bietet IMOZ integrierte Kurse für alle Disziplinen, oder es werden erst die Pflegenden geschult und danach andere Dienste. Hierüber werden vorab Beratungsgespräche mit der betreffenden Einrichtung geführt.

Wechselwirkung von Gefühlen

Der wichtigste Ausgangspunkt des mäeutischen Modells lässt sich ableiten aus der Wechselwirkung zwischen Pflegen in der Privatsphäre und Pflegen als Berufskraft. Leben, wachsen und pflegen lehrt einen Menschen viel, wodurch man als Pflegekraft Erkenntnis, Weisheit und Mitgefühl entwickelt. Umge-

kehrt kann man durch die Arbeit als Pflegekraft viel über allgemein menschliche Gefühle, Bedürfnisse und Nöte lernen. Dadurch kann man auch als Mensch weiterkommen.

Die Wechselwirkung von Gefühlen mit Bewohnern ist nicht den Pflegenden vorbehalten. Auch die Mitarbeiter aus anderen Disziplinen können dies erfahren. Ebenso wie die Pflegenden sind auch sie sich nicht immer der Gefühle der Bewohner und ihrer eigenen Gefühle in der Pflege- oder Behandlungssituation bewusst. Dadurch, dass sie sich ihrer Gefühle bewusster werden, können auch sie sich besser in die Gefühle des Bewohners einleben. Die Wechselwirkung von Gefühlen, der Kern des mäeutischen Modells, ist gleichzeitig die Basis, aufgrund deren die Pflegenden und die Mitarbeiter aus anderen Disziplinen kommunizieren. Jede Disziplin hat ein großes Stück Fachkenntnis. Das Stück jedoch, das alle Mitarbeiter miteinander teilen, ist das emotionale Erleben im Kontakt mit dem Bewohner. Hieraus lassen sich Schlussfolgerungen ziehen hinsichtlich des Pflege- und Behandlungsplanes.

4. Einführung nach Maß

Die Einführung von erlebensorientierter Pflege wird für jede Einrichtung nach Maß zusammengestellt. Auf Wunsch analysiert IMOZ ihre Einrichtung bzw. die gewählten Wohnbereiche auf Erfolgs- bzw. Misserfolgchancen und formuliert eine Empfehlung für den Einführungsprozess. Alle größeren Probleme, die den Einführungsprozess behindern würden, können vorab gelöst werden. Wenn Mitarbeiter z. B. einen sehr hohen Arbeitsdruck erfahren, werden sie für Neues nicht offen stehen. Andererseits kann die Einführung von erlebensorientierter Pflege neue Impulse geben. Begeisterung über neue Möglichkeiten, gute Teamarbeit und deutlicher Führungsstil können die Kultur im Wohnbereich positiv beeinflussen.

Die adaptive Herangehensweise

In der Herangehensweise, wie wir sie derzeit anbieten, kombinieren wir Kurse und „Training on the Job“ mit Beratung für den Implementierungsprozess. Dabei bleiben wir so praxisnah wie möglich, da die Pflegenden am meisten aus dem eigenen Arbeitsalltag und den Erfahrungen mit ihren eigenen Bewohnern lernen. Besucht einer unserer Mitarbeiter eine Einrichtung, um eine Ist-Analyse und einen Vorgehensplan zu erstellen, gehen wir gemäß dem

mäeutischen Pflegemodell vor. Wir begleiten die Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag, achten darauf, wie sie Kontakt knüpfen, und lassen sie über die jeweiligen Bewohner berichten, mit denen sie eine gute oder besonders schwierige Pflegebeziehung haben, erkundigen uns nach ihren Möglichkeiten und Ideen und versuchen, einen Einblick in die Erlebenswelt des (demenzkranken) Bewohners zu erhalten. Wir begutachten die Pflegedokumentation und das Pflegesystem (d. h. wie die Pflegearbeit organisiert ist) und verschaffen uns einen Eindruck darüber, wie offen Mitarbeiter und Organisation einer neuen, kreativeren Arbeitsweise gegenüber eingestellt sind. Von wesentlichem Belang für eine Erneuerung sind Führungskräfte, die dahinter stehen und bereit sind, die geeigneten Rahmenbedingungen zu schaffen.

Wir entwerfen für Ihre Einrichtung einen maßgefertigten Einführungsprozess, wobei wir die folgenden Schwerpunkte berücksichtigen:

5. Bausteine

IMOZ hat eine Reihe von Bausteinen entwickelt, die in unterschiedlicher Kombination gebraucht werden können. Diese Bausteine enthalten, einzeln oder integriert, die verschiedenen Elemente des Pflegesystems: den *Inhalt* der Pflege, die *Methodik* oder *Pflegedokumentation*, wodurch der Pflege Form gegeben wird, und *die Art und Weise, wie die Pflege koordiniert und organisiert wird*. Inhalt, Methodik und Organisation zusammen werden mit Hilfe der mäeutischen Fachdidaktik integriert angeboten.

Inhalt

Das Wichtigste ist, dass sich Pflegenden stets bewusst sind, dass die Bewohner Menschen sind mit denselben fundamentalen Grundbedürfnissen, wie sie jeder Mensch hat. Sie brauchen Wärme und Zuneigung, wollen bedeutsam sein für andere und so viel wie möglich selbst wählen und entscheiden können. Bewohner reagieren auf die Situation im Hier und Jetzt, eine Situation, in der Verluste eine Rolle spielen und in der sie ein neues Gleichgewicht finden müssen. Bewohner sind auch Menschen mit einer Lebensgeschichte, mit Familie und Freunden, einer Lebensanschauung und mit besonderen Eigenschaften und Angewohnheiten. Das alles zusammen beeinflusst das Verhalten des Bewohners und färbt sein Erleben und seine Gefühle. Durch IMOZ geschulte Mitarbeiter geben an, dass sie den Bewohner auf eine völlig andere Weise sehen lernen. Sie werden sich ihres eigenen Einflusses auf das

Verhalten des Bewohners bewusster. Sie üben sich in dem Gebrauch von Umgangstechniken, die in den letzten Jahren in verschiedenen Methoden und Herangehensweisen entwickelt wurden. Diese sind anfangs für psychogeriatrische Bewohner entwickelt worden, jedoch, wie sich herausgestellt hat, auch sehr gut für Bewohner mit somatischen Krankheiten anwendbar.

Methodik und Pflegedokumentation

Der Schritt von der individuellen zur kollektiven Erfahrung, von zufälligen Momenten hin zu strukturierter Vorgehensweise ist für Pflegenden nicht selbstverständlich. Die IMOZ-Methodik regt die Pflegenden dazu an, über ihre Erfahrungen zu kommunizieren.

Die Methodik umfasst die folgenden Elemente:

Der *Beobachtungsbogen*, um die Qualität von Beobachtung und Dokumentation zu verbessern. Er umfasst Fragen nach dem Erleben des Bewohners, nach der Art und Weise, wie er im Hier und Jetzt ein neues Gleichgewicht herzustellen versucht, Fragen zur Lebensgeschichte und Fragen, die sich auf sechs Erfahrungsgebiete richten, nämlich: Körpererfahrung, Sinneserfahrung, verstandesmäßige Erfahrung, gefühlsmäßige Erfahrung, soziale Erfahrung und Sinnggebung. Ein Fragebogen zur Erstellung der Lebensgeschichte. Die gegenseitige Beeinflussung von sozialer und persönlicher Geschichte wird sichtbar, und es wird deutlicher, inwiefern die Vergangenheit auf die Gegenwart Einfluss hat.

Die *Charakteristik*, mit Blick auf den ganzen Menschen. Die Charakteristik basiert auf Informationen aus dem Beobachtungsbogen, appelliert jedoch stark an das intuitive Wissen der Pflegenden über den Bewohner. Die Charakteristik führt zu einer *Umgangsempfehlung*, zur Formulierung von positiven Punkten, die in der Alltagsgestaltung besondere Aufmerksamkeit verdienen, und zur Formulierung von Pflegeproblemen.

Die *Pflege-Übersicht* (die Pflegekarte) für die täglich zu verrichtende Pflege auf Basis der Umgangsempfehlung. Die Pflege-Übersicht kombiniert funktionsorientierte Pflege wie Körperpflege, Mobilität, Essen und Trinken, Toiletengang mit erlebensorientierter Pflege. Mit Hilfe der Pflege-Übersicht können Pflegenden über das Erleben des Bewohners und die darauf abgestimmte Herangehensweise kommunizieren. IMOZ regt zum Durchführen von Bewohner-

besprechungen innerhalb des Pflorgeteams an, bei der die Charakteristik und die Pflege-Übersicht ausgefüllt und regelmäßig ausgewertet werden.

Der *Pflegeplan*. Die Pflegeprobleme, die in der Charakteristik kurz benannt sind, werden im Pflegeplan mit Hilfe der bekannten Methodik von Problem, Ziel und Aktion weiter ausgearbeitet. Diese Probleme können mit denen des multidisziplinären Pflege- und Behandlungsplanes korrespondieren, sofern damit gearbeitet wird. Die IMOZ-Methodik schließt so viel wie möglich bei der Art und Weise an, wie in der betreffenden Einrichtung gearbeitet wird. Die neue Vorgehensweise führt zu einem gleichwertigeren Austausch zwischen den Pflegenden und anderen Disziplinen. Sozialarbeiter, Ergotherapeuten und Führungskräfte hören dem Pflegenden aufmerksam zu und erkennen den Tiefgang und die nuancierten Beobachtungen der Pflegenden.

Organisation

Hierbei sind die folgenden Aspekte von Bedeutung:

Das *Pflegesystem*: Die IMOZ-Methodik geht aus von der Pflege im Team und führt früher oder später zu einem System von Bewohnerzuweisung.

Die *Bewohnerzuweisung*: Der Inhalt von Pflege wird sichtbarer, die Methodik sorgfältiger. Pflegenden bekommen deutlich eigene Aufgaben und Verantwortlichkeiten. Wenn sie als Gruppe für Bewohner und Bewohnerdossier zuständig sind, warten sie ab, welche Initiative ein Kollege setzt. In der Vielfältigkeit der alltäglichen Aufgaben schieben sie ungewohnte oder unbekannte Aufgaben lieber vor sich her. Sie brauchen einen deutlich beschriebenen Tätigkeitsbereich und Betreuung auf ihrem Weg zum „erstverantwortlichen Pfleger“.

Der *Teamgeist*: Die Einführung von erlebensorientierter Pflege beinhaltet, dass Pflegenden mehr von sich selbst sehen lassen und hinsichtlich eigener Entscheidungen in der täglichen Pflege auf beiden Beinen stehen. Sie müssen sich untereinander sicher fühlen. In Teams, in denen dies nicht der Fall ist, kann die Kombination von neuem Inhalt und Teamarbeit dies unterstützen, sodass sich im Team echt etwas ändert.

Die *Wohnbereichsleitung*: Die Wohnbereichsleitung berücksichtigt die Gefühle der Mitarbeiter. Mit anderen Worten: Ihr Führungsstil ist erlebensorientiert.

Dass sich die Pflegenden im Wohnbereich sicher fühlen, erreicht die Leitung neben der Teamarbeit auch durch deutliches Steuern des Pflegeprozesses. Das Argument „Keine Zeit!“ kann berechtigt sein, jedoch auch ein Zeichen von Unsicherheit. Aufgaben Pflegenden zuzuweisen hat zur Folge, dass sich nicht jeder für alles verantwortlich fühlt. Gut zuhören, was die Pflegenden zu sagen haben, ist sinnvoll, denn sie haben viele gute Ideen, und ihr Widerstand gegenüber Veränderungen kann gute Gründe haben. Aufgabe der Führungskräfte ist es, gemeinsam mit den Pflegenden nach neuen Wegen zu suchen.

Beratung und Supervision

Auf Wunsch bietet IMOZ Beratung, Supervision und Kurse an zur Unterstützung von erlebensorientierter Wohnbereichsleitung.

6. Ergebnisse

Die wissenschaftliche Untersuchung der Wirkung integrierter erlebensorientierter Pflege hat unter anderem ergeben, dass demenzerkrankte Bewohner besseren Kontakt zu den Pflegenden hatten, ein besseres Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Autonomie finden konnten, öfter positive Emotionen zeigten und ein besseres Selbstbild entwickelten. Bewohner mit leichter Demenzerkrankung waren außerdem besser in der Lage, soziale Kontakte zu anderen Bewohnern zu knüpfen.

Die Pflegenden waren begeistert vom Lehrprozess und fanden selbst, tatsächlich etwas gelernt zu haben. Besonders positiv äußerten sie sich über die neuen Fertigkeiten im Umgang mit demenzerkrankten Menschen sowie über die erlebensorientierte Pflegebesprechung. Zwar können keine Garantien gegeben werden, doch es gibt Anzeichen für einen Rückgang des kurzfristigen krankheitsbedingten Ausfalls. Die Mitarbeiter sprechen öfter miteinander darüber, wie sie die Arbeit erfahren, und sind zufriedener mit der Atmosphäre am Arbeitsplatz.

Pflegende fühlen sich angesprochen

Pflegende erzählen, wenn sie danach gefragt werden, gern von ihren Bewohnern. Im Kurs ebenso wie bei „Training on the Job“ sind sie gut in der Lage, in Worte zu fassen, warum sie mit Bewohnern auf bestimmte Weise umgehen. Der Kurs regt sie dazu an, noch bewusster zu beobachten und noch mehr auszuprobieren. Dies führt zu überraschenden Entdeckungen und Resultaten.

Sie sind begeistert, weil sie lernen, das Verhalten der Bewohner an das Erleben des Bewohners in der heutigen Situation und an wichtige Erfahrungen in dessen Lebensgeschichte zu koppeln. Sie lernen, die Gefühle des Bewohners zu benennen, auch von Bewohnern mit aus ihrer Sicht schwierig handhabbarem Verhalten. Sie lernen, positive Kontaktmomente und Geschehnisse während der Pflege zu reflektieren. Sie werden sich ihrer eigenen Gefühle bewusst und benennen ihre emotionalen Spannungsfelder. Die Methodik ist kein Ziel an sich und bezieht sich nicht allein auf Probleme, sondern auch auf positive Aspekte der Pflege.

Ihre Pflege wird sichtbar, bekommt Worte. Pflegende sagen, dass diese „menschliche“ Seite in der Ausbildung durch Pathologie und körperliche Pflege verdrängt wird. Sie finden den Lernstoff zunächst merkwürdig und vermischen Klarheit. Im Laufe des Lernprozesses merken sie jedoch, dass sie sich tatsächlich ihrer eigenen Gefühle bewusster sind und dass ihnen die Gefühle der Bewohner deutlicher werden. Dadurch können sie besser mit unbegreiflichem Verhalten von Bewohnern umgehen.

Die Pflegenden sind sich ihrer eigenen Möglichkeiten bewusst. Sie arbeiten in einem Team, in dem sie akzeptiert werden, so wie sie sind, mit ihren starken und schwachen Seiten. Die Mitarbeiter anderer Disziplinen unterstützen die Pflegenden dadurch, dass sie im Wohnbereich mit ihnen zusammenarbeiten und deren Fachkenntnis genauso ernst nehmen wie die eigene. Angehörige sehen, wie die Pflegenden es abends gemütlich machen für die Bewohner anstatt hektisch herumzurennen. Die Angehörigen erfahren mehr Aufmerksamkeit für sich selbst und für ihre Familienmitglieder. Es wird nicht in Arbeit, in die Kaffeepause oder ins Büro geflüchtet. Es ist eine Art Lebensgemeinschaft.

Information für Deutschland

Altenzentrum St. Josef
Herr Ulrich Schindler
Elisabethstraße 7–9
D-48336 Sassenberg
Tel.: 02583/93 13-0
Fax: 02583/93 13-20
E-Mail:
schindler@altenzentrum-sassenberg.de

Informationen für Österreich

Altenbetreuungsschule des Landes OÖ
Bildungseinrichtung für Berufe in der
Altenarbeit
Fr. Michaela Amerstorfer
Petrinumstr. 12/2. St.
A-4040 Linz
E-Mail: michaela.amerstorfer@ooe.gv.at

WORKSHOP 5

ALT, KRANK UND VERWIRRT. IST DAS NOCH LEBENSWERT? VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE GUTE LEBENSQUALITÄT BIS ZULETZT BEI HOCHBETAGTEN ODER DEMENTEN MENSCHEN

TeilnehmerInnen aus den Organisationen:

ALSO-Altenpflege, Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Amt der Salzburger Landesregierung – Sozialplanung, Bezirkshauptmannschaft Hallein, Bezirkshauptmannschaft Salzburg-Umgebung, Caritas der Diözese Innsbruck, Caritas für Betreuung und Pflege, Diakonie Waiern, Erwachsenenhilfe, Evangel. Alten- und Pflegeheim, Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe – Diakoniezentrum Salzburg, gesundheitsnetzwerk.at, Hauskrankenpflege Salzburg-Stadt, Herz-Jesu-Asyl BetriebsgmbH, Kuratorium Wiener Pensionistenhäuser, Landesnervenklinik Sigmund Freud, LASATA Betreuungs- und Pflegeheim GmbH, LSF Graz – Neuropsychologie, Magistrat Linz – Abt. Pflege und Betreuung, MOHI Tirol, Schladminger Bruderlade, Selbsthilfe Salzburg, Seniorenresidenz Schloss Kahlsparg GmbH, Seniorenresidenz Mirabell – Psychosozialer Dienst, Seniorenzentrum Jakobushaus, Sozial- und Gesundheitszentrum Gnigl, Stadtgemeinde Salzburg – Seniorenheimverwaltung, Verein M.A.S., Volkshilfe Oberösterreich, Volkshilfe Steyr, Volkshilfe Wien

Moderatorinnen:

Dr. Martin Schmidl

DGKS Ursula Gutenthaler, Geriatriezentrum „Am Wienerwald“

Das Recht des dementen Patienten auf eine Institution, deren Leitbild folgende Kriterien enthält:

1. Ausreichende Personalressourcen

- Personalschlüssel in der Pflege 1:1,5
- Anspruch auf ausreichende ärztliche Präsenz
- Seelsorger, Sozialarbeiter, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen (falls erforderlich)
- 60 % diplomierte Pflegendes
40 % Pflegehelfer
- **0 % ohne Ausbildung!**

2. Kontinuierliche Betreuung

- Durch ein kompetentes Pflege- und Ärzteteam
- Keine Pooldienste

- Keine unnötigen Verlegungen
- Paradigmenwechsel von Warm-satt-sauber-Pflege zur Beziehungspflege/Beziehungsmethodik
- Radikale Patientenorientierung

3. Flexible Arbeitsabläufe, die der jeweiligen Situation der Patienten angepasst werden

- 2-mal täglich Arbeits-Prioritäten festlegen
- Entscheidungen nur vorläufig treffen

4. Anspruch auf „kommunikative Grundversorgung“

5. Ausbildungsstandards

Demente Menschen haben ein Recht darauf, von gut ausgebildetem Personal (Pflege/Arzt/Therapeuten) betreut zu werden, das bereit ist, sich weiterzubilden, um nötige Kompetenzen zu erwerben, allen voran:

- Palliative Care
- Validation: Kompetenz in Kommunikation mit Dementen
- Basale Stimulation: Kompetenz, Demente auf allen Sinnesebenen anzusprechen und zu stimulieren
- Kompetenz, sich in der Muttersprache der Betreuten auszudrücken

6. Adäquate Rahmenbedingungen

Demente Menschen haben das Recht auf Rahmenbedingungen, die

- ihnen das Wohlfühlen und Daheimfühlen in der Institution ermöglichen, weil sie ihren eigenen Bedürfnissen (und nicht den Bedürfnissen jüngerer, nicht dementer Menschen) entsprechen; z. B. keine Einbettzimmer für Demenzkranke
- ihnen Beschäftigung ermöglichen, d. h. Ergotherapeuten und Altenhelfer mit Ausbildung in Beschäftigung mit demenzkranken Menschen

7. Einbindung und Betreuung der Angehörigen = Angehörigenkonzept

Die Angehörigen haben das Recht, bereits bei der Aufnahme ihres Familienangehörigen in das gesamte Konzept der Patientenbetreuung eingewiesen zu werden, das heißt:

- laufende Vermittlung aller wesentlichen Informationen, Anbieten von Ratschlägen und Hilfestellungen
- die Möglichkeit, mitzuentcheiden und auch selbst an der Begleitung im Leben und im Sterben mitzuwirken
- in schwierigen Situationen, vor allem wenn Sterben sich anbahnt, auch selbst unterstützt und begleitet zu werden.

Mitwirkende

Dr. Peter Barth, Justizministerium

Roswitha Bartsch, Selbsthilfegruppe Alzheimer Austria

DGKS Elisabeth Bauer, Bezirksalten- und -pflegeheim Sierning, Oberösterreich

Dr. Erwin Buchinger, Landesrat für Soziales, Land Salzburg

Pfr. Mag. Michael Chalupka, Präsident des ÖKSA, Direktor der Diakonie Österreich

V.-Ass. Dr. Michael Ganner, Zivilrecht, Leopold-Franzens-Universität, Innsbruck

Dr. Gerald Gatterer, Geriatriezentrum „Am Wienerwald“

DGKS Ursula Gutenthaler, Geriatriezentrum „Am Wienerwald“

BM Mag. Herbert Haupt, Bundesminister für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz

Univ.-Prof. Dr. Gunther Ladurner, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

Ian Gordon Manson Board of Social Responsibility, Church of Scotland, Edinburgh, United Kingdom

Maga. Sigrid Maudrey, Abteilung Pflegeforschung des Instituts für Pflege- und Gesundheitssystemforschung, Johannes-Kepler-Universität, Linz

HR Dr. Herbert Prucher, Sozialabteilung, Land Salzburg

Dr. Tom Schmid, SFS-Sozialökonomische Forschungsstelle, Wien

OA Dr. Martina Schmidl, Geriatriezentrum „Am Wienerwald“

Michael Schmieder, Sonnweid, Schweiz

Erich Schützendorf, Volkshochschule Kreis Viersen, Deutschland

OA Dr. Erwin Weber, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg

Brigitte Wiesinger, Bezirksalten- und Pflegeheim, Sierning, Oberösterreich

Maga. Monika Wild, Österreichisches Rotes Kreuz

DIE TEILNEHMERINNEN AN DER ÖKSA-JAHRESKONFERENZ 2004 KAMEN AUS FOLGENDEN ORGANISATIONEN

Johannes-Kepler-Universität Linz, Abt. Pflegeforschung
A.ö. KH Oberndorf
AK Salzburg
AKS Vorarlberg
ALSO – Altersorge
Altenbetreuungsschule des Landes OÖ
Alzheimer Angehörige Austria
Alzheimer Angehörige Kärnten
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Sozialabteilung
Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Büro LR Ackerl
Amt der Salzburger Landesregierung, Abteilung Soziales
Amt der Salzburger Landesregierung, Abt. 3
Amt der Niederösterreichischen Landesregierung, Abt. Sanitäts- und
Krankenanstaltenrecht
Ausbildungszentrum St. Pölten
Bezirkalten- und -pflegeheim Sierning
BH Hallein, Soziale Dienste
BH Salzburg-Umgebung, Gruppe Soziales
BH Salzburg-Umgebung, Sozialamt
Bundesministerium für Justiz, Abt. I/1
Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und
Konsumentenschutz
Bundessozialamt Kärnten, Sozialservice
Bundessozialamt Salzburg
Caritas der Diözese Innsbruck, Seniorenbetreuung
Caritas der Diözese St. Pölten
Caritas der Erzdiözese Wien
Caritas für Betreuung und Pflege
Caritas Socialis GmbH
Caritasverband Salzburg
Christian-Doppler-Klinik
Church of Scotland, Charis House
Compass-Gesundheitszentrum
Diakonie Waiern

Diakoniewerk Haus Elisabeth
Diakoniezentrum Salzburg
Erwachsenenhilfe
Evangelisches Alten- und Pflegeheim
Evangelischer Diakonieverein, Gesundheits- und Sozialzentrum
Evangelisches Diakoniewerk
Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe, Diakonie-Zentrum Salzburg
Fachschule für Altendienste und Pflegehilfe, Caritas St. Pölten
Geriatrizentrum am Wienerwald
gesundheitsnetzwerk.at
Haus der Senioren, Kuchl
Hauskrankenpflege, Salzburg-Stadt
Herz-Jesu-Asyl BetriebsgmbH
Institut Hartheim gemeinn. BetriebsgesmbH
Krankenheim Sonnweid
Land Salzburg, Ref. 3/06 Sozialplanung
Landesnervenklinik Sigmund Freud
Betreuungs- und Pflegeheim GmbH
LSF Graz Neuropsychologie
LSF Graz Gerontopsychiatrie
Magistrat der Stadt Salzburg, Seniorenbetreuung
Magistrat Linz, Abt. Pflege und Betreuung
Magistrat Steyr, Sozialabteilung
MOHI Tirol
NÖ Hilfswerk
Österreichisches Rotes Kreuz
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband OÖ
Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Salzburg
Österreichische Caritas Zentrale, Sozialpolitik u. Grundlagenarbeit
Österreichischer Dachverband der HeimleiterInnen
pde Pflegedienst, Errath Ingo & Partner OEG
A.ö. Krankenhaus Zell am See
Psychiatrische Sonderpflege
Salzburger Hilfswerk, Landesgeschäftsstelle
Schladminger Bruderlade
Selbsthilfe Salzburg, SHG Alzheimer
Seniorenresidenz, Schloss Kahlsperg GmbH

Seniorenresidenz Mirabell, Psychosozialer Dienst
Seniorenzentrum Jakobushaus, Obertrum
SFS – Sozialökonomische Forschungsstelle
Sozial- und Gesundheitszentrum Gnigl
Stadtgemeinde Salzburg, MA 4/00 Seniorenheimverwaltung
SVB
Universität Innsbruck
VAGET Übergangspflege Tirol
Verein Ambulante Dienste
Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur
Verein M.A.S. Morbus Alzheimer Syndrom
Volkshilfe Oberösterreich
Volkshilfe Österreich
Volkshilfe Salzburg
Volkshilfe Steiermark
Volkshilfe Steyr
Volkshilfe Wien
Volkshochschule Kreis Viersen
Zentrum für Gesundheit, Integration und Sicherheit