universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Alleinlebende Menschen mit Demenz in Privathaushalten – eine Herausforderung für HeimhelferInnen im Bereich der Hauskrankenpflege

Verfasserin

Michaela Bergmann

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (mag. phil)

Wien, im Mai 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:	A 057 122
Studienrichtung lt. Studienblatt:	Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft
Betreuerin / Betreuer:	Prof^{in} Dr^{in} Elisabeth Seidl

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

_____ _____

Datum Unterschrift

DANKSAGUNG

Ich möchte mich an dieser Stelle recht herzlich bei allen Menschen bedanken, die mich während meines Studiums und beim Erstellen dieser Diplomarbeit unterstützt haben:

Mein besonderer Dank gilt Fr. Prof^{in} Dr^{in} Elisabeth Seidl für die Betreuung meiner Diplomarbeit. Danke für die ausgezeichnete fachliche und menschliche Begleitung sowie für viele Denkanstöße und Tipps beim Erstellen dieser Arbeit.

Ganz besonders möchte ich mich auch bei meinen Interviewpartnerinnen bedanken, denn ohne ihre Mitarbeit und Offenheit während der Interviews wäre diese Arbeit nicht zustande gekommen.

Meinem Lebensgefährten Günter danke ich für die mentale Unterstützung während meiner gesamten Studienzeit sowie für die computertechnische Hilfe und für jede Menge liebevoller Geduld.

Danke Wolfgang für das mühevolle Korrekturlesen dieser Arbeit.

Nicht zuletzt möchte ich meinem Sohn Daniel und all meinen FreundInnen für ihr Verständnis danken, dass ich in den letzten Jahren oft wenig Zeit für sie hatte.

ZUSAMMENFASSUNG

„Alleinlebende Menschen mit Demenz in Privathaushalten – eine Herausforderung für HeimhelferInnen im Bereich der Hauskrankenpflege“

Aufgrund der demographischen Entwicklung steigt auch die Zahl der Demenzerkrankungen in Österreich stark an. Schätzungen zufolge leben ca. 30% der Demenzkranken, die in einem Privathaushalt leben, alleine. Für das Gesundheits - und Sozialsystem bedeuten Demenzerkrankungen eine große Herausforderung, da neben der medizinischen Versorgung auch die notwendige Betreuung und Pflege sichergestellt werden muss. Demenzen sind mit 43,2% bereits der häufigste Grund für eine Pflegeheimeinweisung in Österreich. Um den Betroffenen ein möglichst langes Leben zu Hause ermöglichen zu können, ist es daher notwendig, über neue Modelle der Zusammenarbeit, speziell im Bereich der mobilen Pflege, nachzudenken. Die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz ist sowohl für professionelle Pflegepersonen wie auch für informelle HelferInnen sehr belastend. Das im theoretischen Teil vorgestellte Konzept einer multiprofessionellen Pflegebegleitung hat zum Ziel, pflegende Angehörige in der häuslichen Pflege und Betreuung zu unterstützen. Dadurch soll die Lebensqualität der Menschen mit Demenz und ihrer Betreuungspersonen erhöht werden.

In der hier vorliegenden Arbeit wurde versucht, festzustellen, welche Herausforderungen bei der Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz bestehen. Dazu wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, und es wurden sechs Interviews mit Heimhelferinnen durchgeführt. Die Analyse der Daten erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. In den Ergebnissen zeigte sich, dass es unbedingt notwendig ist, ein Vertrauensverhältnis zu den KlientInnen aufzubauen, um ihnen ein Leben zu Hause ermöglichen zu können. Neben Belastungen wie Zeitmangel oder dem Gefühl alleine für die Betreuung zuständig zu sein, konnte auch dargestellt werden, wie viel Engagement und Einfühlungsvermögen die Betreuerinnen in ihrem Berufsalltag zeigen. Es gelingt den Heimhelferinnen, die speziellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz zu erkennen, darauf einzugehen und dadurch eine kompetente Versorgung zu ermöglichen. Nach der Darstellung der Ergebnisse wird versucht, aufzuzeigen, welche Maßnahmen in Zukunft gesetzt werden müssen, um die Versorgung alleinlebender Menschen mit Demenz zu erleichtern.

ABSTRACT

"People with dementia living alone in private homes - a challenge for professional caregivers in the field of home care"

Due to the demographic development, the number of dementia patients in Austria is strongly increasing. About 30% of these patients are estimated to be living alone, in a private home. For the public health and welfare system, dementia is a challenge since, in addition to medical care, the necessary support for everyday life must be ensured. Dementia is already the most common reason for nursing home admission in Austria, 43.2% of the total. In order to allow these patients to live at home as long as possible, it is necessary to consider new models of cooperation, especially in the field of mobile care. The supervision and care of people with dementia is often very stressful, both for professional caregivers and informal helpers. The concept presented in the theoretical part of this work, has the goal of support family caregivers in their daily routine, through a multi-professional team of caregivers. This should increase the quality of life of dementia patients as well as their family members.

In the present study, the first step was to determine what challenges exist in the care of people with dementia living alone. For this reason, a qualitative research approach was chosen and six interviews were conducted with professional caregivers. Data analysis was performed following qualitative content analysis according to Mayring. The results showed that it is absolutely necessary to build a relationship of trust with the patients, in order to enable them to live at home. In addition to identifying the stress factors, such as lack of time or feeling solely responsible for the patient's care, it was possible to show how much commitment and empathy the caregivers put in their everyday work. Professional caregivers are able to recognize the special needs of people with dementia, managing them correctly and thereby ensuring a competent care. Based on the results presented, this work tries to identify what kind of measures need to be taken in the future, in order to facilitate the support of dementia patients living alone.

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung 5

Persönlicher Zugang zum Thema 5
Problemstellung und Ziele der Arbeit 5

1 Theoretischer Teil 7

1.1 Hauskrankenpflege und Heimhilfe 7
1.1.1 Definition von Hauskrankenpflege 7
1.1.2 Hauskrankenpflege in Österreich 8
1.1.3 Heimhilfe 9
1.1.3.1 Die Entwicklung der sozialen Dienste 10
1.1.3.2 Der Beruf der Heimhilfe 11

1.2 Demenz 12
1.2.1 Definition 12
1.2.2 Epidemiologie 13
1.2.3 Symptomatik bei Demenz 14
1.2.4 Stadien der Demenz 15
1.2.4.1 Leichte Demenz 15
1.2.4.2 Mittlere Demenz 16
1.2.4.3 Schwere Demenz 16
1.2.5 Formen von Demenz 17
1.2.5.1 Morbus Alzheimer 18
1.2.5.2 Vaskuläre Demenz 21
1.2.5.3 Seltenere Demenzformen 22
1.2.6 Pflegerelevante Therapieansätze 23
1.2.6.1 PatientInnenbezogene Therapieansätze 24
1.2.6.2 Umgebungsbezogene Therapieansätze 25

1.3 Modelle der Zusammenarbeit 26
1.3.1 Belastungen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz 26
1.3.2 Mängel bei der Versorgung 27
1.3.3 Die Bedeutung des Versorgungsteams 28
1.3.3.1 HausärztInnen 29
1.3.3.2 Professionelle Pflegepersonen 31
1.3.3.3 Pflegende Angehörige 34
1.3.4 Folgerungen 35

1.4 Multiprofessionelle Pflegebegleitung von Menschen mit Demenz 36
1.4.1 Kernelemente der multiprofessionellen Pflegebegleitung 37
1.4.2 Die Qualifikation der MitarbeiterInnen 39
1.4.3 Angebote einer multiprofessionellen Pflegebegleitung 41
1.4.4 Dringender Handlungsbedarf 44
1.4.5 Zusammenfassung 47

2 Empirischer Teil 49

2.1 Aufbau der empirischen Untersuchung und Methodik 49

2.1.1 Datenerhebung 50

2.1.1.1 Das problemzentrierte Interview 51

2.1.1.2 Interviewpartnerinnen 51

2.1.1.3 Transkription 53

2.1.2 Datenauswertung 53

2.2 Ergebnisse 56

2.2.1 Ein Vertrauensverhältnis aufbauen 58

2.2.1.1 Vertrauen herstellen 59

2.2.1.2 Sich Zeit nehmen 62

2.2.2 Vor Gefahren schützen 65

2.2.2.1 Umgang mit elektrischen Geräten und dem Gasherd 66

2.2.2.2 „Den Notruf verwendet sie eigentlich nicht“ 67

2.2.2.3 „Man muss viel mit Tricks arbeiten“ 69

2.2.3 Das Leben zu Hause ermöglichen 73

2.2.3.1 Das Erkennen spezieller Bedürfnisse 73

2.2.3.2 „Going the extra mile“ - Eingehen auf spezielle Wünsche und Bedürfnisse 78

2.2.4 Belastungen des beruflichen Alltages 81

2.2.4.1 Das Suchen diverser Gegenstände 81

2.2.4.2 Beschuldigt werden 83

2.2.4.3 Ablehnung erfahren 85

2.2.4.4 Zeitmangel 88

2.2.4.5 Alleine zuständig sein 90

2.2.5 Die Rolle der Angehörigen 92

2.2.5.1 Angehörige als Unterstützung 92

2.2.5.2 Angehörige als Belastung 94

2.2.6 Die Rolle der HausärztInnen 97

2.2.6.1 Unzureichende Zusammenarbeit 97

2.2.6.2 Hausbesuche 99

2.2.6.3 Positive Strategien der Heimhilfen 100

2.2.6.4 Zusammenarbeit mit den HospizärztInnen 101

3 Zusammenfassung und Diskussion 103

4 Forderungen für die Zukunft 114

Literatur 118

Abbildungsverzeichnis 125

Lebenslauf 126

EINLEITUNG

PERSÖNLICHER ZUGANG ZUM THEMA

Die Basis für die hier vorliegende Arbeit bildet meine vierjährige Tätigkeit im Bereich der Hauskrankenpflege. Zu meinem Aufgabengebiet als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester zählte es unter anderem, Hausbesuche bei den KlientInnen durchzuführen, deren Gesundheitszustand sich verändert hatte. Bei den Hausbesuchen wurde gemeinsam mit den KlientInnen das nunmehr erforderliche Betreuungsausmaß festgelegt. Zu den sogenannten „schwierigen" KlientInnen zählten dabei jene Menschen, deren Allgemeinzustand sich offensichtlich verschlechtert hatte, die aber dennoch keine oder zu wenig Hilfe in Anspruch nehmen wollten. Bei den meisten dieser Menschen wurde bereits Demenz, meist noch im Anfangsstadium, diagnostiziert, und viele von ihnen neigten zu ablehnendem Verhalten und zu Selbstüberschätzung. Besonders schwierig war die Situation dann, wenn diese Personen alleine lebten und auch keine Angehörigen und/oder Bekannten hatten, die in die Betreuung mit eingebunden waren. Da der Großteil der Menschen mit Demenz im Anfangsstadium der Erkrankung noch mobil ist, erfolgt die Betreuung meist ausschließlich durch Heimhilfen, oft auch nur ein- oder zweimal pro Woche. Nicht selten kommt es vor, dass diese KlientInnen nach einem Sturz, der oftmals eine Folge von Flüssigkeitsdefizit ist, in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Die nach der Entlassung erhöhte Einsatzzeit wird meist nach wenigen Tagen von den KlientInnen wieder gekürzt – meist bis zum nächsten Sturz.

PROBLEMSTELLUNG UND ZIELE DER ARBEIT

Durch die demographische Entwicklung in Österreich, wobei hier in erster Linie die Zunahme der Lebenserwartung genannt werden muss, hat die Zahl der Menschen mit dementiellen Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Demenzerkrankungen bedeuten eine große Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialsystem, denn die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz unterscheidet sich wesentlich von der Pflege von Menschen ohne kognitive

Einschränkungen. Auch die Anzahl der alleinlebenden Menschen hat sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Gab es im Jahr 1989 noch 793.000 Einpersonenhaushalte in Österreich, so ist diese Zahl im Jahr 1999 auf 953.000 angestiegen und betrug im Jahr 2009 bereits 1.283.000.[1]

Anhand dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, welchen unterschiedlichen Herausforderungen sich die HeimhelferInnen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz täglich stellen, aber auch, mit wie viel Einfallsreichtum und Engagement sie diesen komplexen Situationen begegnen. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit liegt darin, aufzuzeigen, welche Maßnahmen bei der Versorgung dieser Personengruppe notwendig sind, um sie zu Hause adäquat versorgen zu können. Im theoretischen Teil der Arbeit werden zuerst die zentralen Begriffe „Hauskrankenpflege“ und „Demenz“ definiert. Anschließend folgt die Darstellung neuer Modelle der Versorgung, die unter anderem einen längeren Verbleib im eigenen Heim ermöglichen sollen. Das Konzept der multiprofessionellen Pflegebegleitung von Menschen mit Demenz bildet den Abschluss des theoretischen Rahmens.

Im empirischen Teil der Arbeit werden zuerst die Rahmenbedingungen der Untersuchung aufgezeigt. Es wurden sechs Interviews mit Heimhelferinnen durchgeführt, die nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert wurden. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt und im abschließenden Teil der Arbeit den Ergebnissen der internationalen Fachliteratur gegenübergestellt.

[1] Vgl.: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/040791.html

1 THEORETISCHER TEIL

1.1 HAUSKRANKENPFLEGE UND HEIMHILFE

Die Summe von Leistungsangeboten für die Pflege und Betreuung zu Hause werden unter Sammelbegriffen wie „Extramurale Dienste“, „Soziale Dienste“, „Ambulante Dienste“ oder „Mobile Dienste“ zusammengefasst. Dazu zählen unter anderem Dienstleistungen wie Essen auf Rädern, Besuchsdienst, Familienhilfe, Nachbarschaftshilfe, Verleih von Pflegebehelfen, Altenhilfe, Fahrtendienste, sowie mobile therapeutische Dienste wie Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie. Auch die Hauskrankenpflege ist ein Teil dieses Leistungsangebotes.[2]

1.1.1 DEFINITION VON HAUSKRANKENPFLEGE

Das Wort „Hauskrankenpflege“ ist eine klassisch österreichische Bezeichnung. In anderen deutschsprachigen Ländern spricht man von Gemeindepflege, häuslicher Pflege, dem sozialmedizinischen Pflegedienst oder auch von ambulanter oder extramuraler Pflege.

Es gibt die verschiedensten Definitionen, was Hauskrankenpflege eigentlich ist oder sein soll, abhängig davon, wer befragt wird. So haben Pflegepersonen, Gemeinden, Sozialversicherungen und natürlich Personen, die Hauskrankenpflege in Anspruch nehmen, ein unterschiedliches Bild davon, was Hauskrankenpflege sein soll. Eine Übereinstimmung gibt es allerdings bei allen Definitionen - Hauskrankenpflege bedeutet immer die Pflege und Betreuung von Menschen zu Hause. Geht man von der Annahme aus, dass Hauskrankenpflege die physischen, psychischen und sozialen Bedürfnisse befriedigen soll, so ist die folgende Definition von Ertl und Kratzer (2007) zutreffend – „Hauskrankenpflege hat die Befriedigung physischer, psychischer und sozialer Bedürfnisse von kranken Menschen zu Hause zum Ziel. Um dieses Ziel zu erreichen, sind einige Rahmenbedingungen notwendig: ein

[2] Vgl. Ertl und Kratzer, 2006: S. 12

ganzheitlich orientiertes Pflegekonzept auf der Grundlage neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse, die Anwendung adäquater fachlicher Methoden und ein effizienter Ressourceneinsatz sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen Personen und Berufsgruppen, die in die Pflege involviert sind."[3]

Diese Definition von Hauskrankenpflege orientiert sich an den Bedürfnissen der Menschen und ihr ist zu entnehmen, dass Hauskrankenpflege nicht nur von professionell Pflegenden durchgeführt wird, sondern von allen an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen sowie auch von privaten HelferInnen und von Angehörigen[4].

1.1.2 HAUSKRANKENPFLEGE IN ÖSTERREICH

Die Hauskrankenpflege ist EU-weit ein Teil des Gesundheitssystems, die Unterschiede in der historischen Entwicklung und in den Organisations- und Angebotsformen sind allerdings sehr groß. Während Länder wie Belgien, Großbritannien, Finnland, Irland oder die Niederlande bereits auf eine langjährige Tradition im Bereich der Hauskrankenpflege zurückblicken können, konnten die Sozialversicherungsträger in Österreich lange keinen Vorteil in der Hauskrankenpflege erkennen. Erst in den 80er-Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde der Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF) errichtet, der finanzielle Mittel für den Ausbau extramuraler Dienste bereitstellte. 1993 wurde per Gesetz das Pflegegeld im Rahmen der Pflegevorsorge eingeführt und 1997 folgte das leistungsorientierte Krankenhausfinanzierungssystem. 1997 trat auch das neue Gesundheits- und Krankenpflegegesetz in Kraft. In diesem Gesetz werden die Mitglieder des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verpflichtet, sich bezüglich der neuesten Entwicklungen und Erkenntnisse, im Besonderen im Bereich Pflegewissenschaft, fortzubilden. Der Hauskrankenpflege wurde damals erstmals ein rechtlicher und öffentlicher Stellenwert zuerkannt[5].

Heute ist Hauskrankenpflege in Österreich (nahezu) überall verfügbar. Die verschiedensten Organisationen bieten unter anderem auch Leistungen wie Essen auf Rädern, Heimhilfe oder Besuchsdienst an. Die Länder und Gemeinden bieten die

[3] Ertl, Kratzer, 2007: S. 16
[4] Vgl. Ertl, Kratzer, 2007: S. 16
[5] Vgl. ebd.: S. 10-17

extramuralen Dienste kaum selbst an. Die öffentliche Hand beschränkt sich meist auf die Steuerung der Gesundheits- und Sozialleistungen, die Bereitstellung der erforderlichen finanziellen Mittel und die Qualitätskontrolle zum Schutz der Klientinnen[6].

Noch immer ist die Personalsituation in den Krankenhäusern wesentlich besser als im ambulanten Bereich. Die demographische Entwicklung in Richtung einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung verlangt allerdings neue Formen der Pflege- und Gesundheitsversorgung. Da die Menschen zunehmend auch im Alter und bei Krankheit zu Hause betreut und gepflegt werden möchten, besteht ein hoher Entwicklungsbedarf im Bereich der Hauskrankenpflege.[7] Zu erwähnen sind hier unter anderem der Aufbau von neuen extramuralen Strukturen wie Gesundheitszentren oder die Entwicklung von Netzwerken zur Koordination von pflegenden Angehörigen. Damit die Pflege diese Leistungen erbringen kann, sind Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig, wie unter anderem die Anhebung der Qualifikation der Pflegepersonen sowie eine bedeutende Erhöhung der Anzahl der Pflegepersonen in Österreich.[8]

1.1.3 HEIMHILFE

Da für die hier vorliegende Arbeit Interviews mit Heimhelferinnen geführt wurden, soll in diesem Kapitel ein kurzer Einblick in die Entwicklung der sozialen Dienste sowie das Berufsbild der Heimhilfen gegeben werden. Ertl und Kratzer (2006) bezeichnen die Heimhilfe als die Basis, auf der die ambulanten Dienste aufbauen. Sie ist ein gleichwertiger Teil der interdisziplinären Zusammenarbeit innerhalb der einzelnen Einrichtungen und über deren Grenzen hinaus. Auch der Begriff „Heimhilfe“ ist eine klassisch österreichische Bezeichnung für eine soziale Dienstleistung, die von einer Heimhelferin bzw. einem Heimhelfer erbracht wird.[9]

[6] vgl. ebd.: S. 24
[7] Vgl. Seidl, Rappold, Walter, 2006: S. 4
[8] Vgl.ebd.: S. 6
[9] Vgl. Ertl, Kratzer, 2006: S. 13-15

1.1.3.1 DIE ENTWICKLUNG DER SOZIALEN DIENSTE

Im Jahr 1946 gab es in Wien noch 41 Wärmestuben für Menschen, die ihre Wohnung nicht beheizen konnten. Das betraf vorwiegend alte, kranke und hilfsbedürftige Personen. Als man erkannte, dass nicht mehr das Wärmen sondern menschliche Kontakte im Vordergrund standen, wurden diese Wärmestuben im Laufe der Jahre in „Tagesstätten für alte Leute“ und später in „Pensionistenclubs für Senioren“ umbenannt.

Der österreichische Städtebund hat in den Jahren 1958/59 eine richtungsweisende Enquete über „Die Betreuung alter Menschen“ veranstaltet und festgestellt, dass die Probleme alter Menschen in Zukunft nicht mehr alleine durch finanzielle Zuwendungen zu lösen sein würden. Es würden zusätzliche Leistungen wie ambulante soziale Dienste, Pflegeheime und andere Einrichtungen benötigt werden. In der Enquete wurden alle ambulanten sozialen Dienste aufgelistet, für die Bedarf bestehe, unter anderem die Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern sowie Beratungs- und Besuchsdienste.

Es sollte eine Plattform geschaffen werden, auf der öffentliche und private Wohlfahrt Erfahrungen austauschen und Probleme erörtern könnten. Diese Aufgabe wurde vom Österreichischen Komitee für Soziale Arbeit (ÖKSA) übernommen[10]. Das 1956 gegründete ÖKSA ist ein überparteiliches fachliches Gremium und steht als offene Dialog- und Koordinationsplattform zur Verfügung. Es vereinigt Organisationen aus dem Bereich der freien Träger der Wohlfahrt (z. B. Caritas, Volkshilfe, Rotes Kreuz), die ministerielle Sozialbürokratie (Sozialministerium) und die einschlägigen Fachabteilungen der Ämter der einzelnen Landesregierungen. Das ÖKSA ist Mitglied des Internationalen Council on Social Welfare (ICSW), das wiederum aus 50 Nationalkomitees und 14 internationalen Vereinigungen besteht. Der ICSW arbeitet mit internationalen Organisationen, unter anderem der UNO, zusammen.[11]

Anfang der 1980er Jahre gab es in den einzelnen Bundesländern ungefähr 130 Städte und Gemeinden, die soziale Dienste eingerichtet hatten, im Besonderen

[10] Vgl. ebd.: S. 10-11
[11] Vgl. http://www.oeksa.at/wir_ueber_uns/

Heimhilfe und Essen auf Rädern. Heute ist Heimhilfe als Dienstleistung fast überall in Österreich verfügbar.[12]

1.1.3.2 DER BERUF DER HEIMHILFE

Der Beruf der HeimhelferInnen zählt zu den Sozialberufen und ist ein Bindeglied zwischen den KlientInnen, deren familiärem Umfeld und anderen Berufsgruppen. Die Ausbildung und die Berufsausübung sind in Österreich seit dem Jahr 2009 einheitlich durch das Sozialbetreuungsberufegesetz geregelt. Die Ausbildung zur/zum Heimhelfer/in erfolgt in Kursen und umfasst 200 Einheiten theoretischen Unterricht und 200 Stunden Praktika. HeimhelferInnen unterstützen hilfsbedürftige und kranke Menschen aller Altersstufen bei der Haushaltsführung und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Betreuung der Menschen erfolgt entweder in deren Wohnung, in Wohn- oder Pflegeheimen, Tages - und Nachbarschaftszentren oder in Einrichtungen für Behinderte und Wohnungslose; eine freiberufliche Ausbildung der Heimhilfe ist nach dem Sozialbetreuungsberufegesetz nicht vorgesehen. Das Mindestalter, um diesen Beruf ausüben zu dürfen, beträgt 18 Jahre.[13]

Zu den Hauptaufgaben der Heimhilfe zählen hauswirtschaftliche Tätigkeiten, im Besonderen soll die Heimhilfe auf Ordnung und Sauberkeit in der unmittelbaren Nähe der KlientInnen sorgen. Das Beheizen der Wohnung, die Beschaffung von Brennmaterial sowie die Unterstützung bei Besorgungen außerhalb des Wohnbereiches wie etwa Behördenwege oder Besorgungen aus der Apotheke zählen ebenfalls zum Aufgabengebiet der Heimhilfe. Weitere wesentliche Bestandteile der Heimhilfearbeit sind die Unterstützung bei der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, die Unterstützung bei der Körperpflege und die Hilfe bei der Einnahme von Medikamenten, die Beobachtung des Allgemeinzustandes sowie die Förderung von Kontakten im sozialen Umfeld. Die Dokumentation sowie das rechtzeitige Herbeiholen anderer Berufsgruppen zur Unterstützung und die Unterstützung von Pflegepersonen zählen ebenfalls zu den Berufspflichten der HeimhelferInnen.[14]

[12] Vgl. Ertl, Kratzer, 2006: S. 11 u. 19
[13] Vgl. http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004121
[14] Vgl. ebd.: Anlage 1, Ausbildung und Tätigkeitsbereiche der Sozialbetreuungsberufe

1.2 DEMENZ

Das Wort Demenz stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich übersetzt „ohne Geist“ sein. Es setzt sich aus der Vorsilbe „dis“, was soviel bedeutet wie „weg“ und dem Wort „mens“, dem Wort für Geist, zusammen. Es wurde erstmals im 18. Jahrhundert von den beiden französischen Forschern Philippe Pinel und Jean Etienne Esquirol verwendet. Sie wollten damit jene Art von geistigem Verfall und Idiotie benennen, die durch Gehirnläsionen oder – krankheiten entsteht.[15]

1.2.1 DEFINITION

Der Begriff „Demenz“ ist ein Oberbegriff für verschiedenste Erkrankungen, deren Symptome sich, trotz verschiedener Ursachen, sehr ähnlich sind.[16] Es liegt keine einheitliche Definition für den Begriff Demenz vor, deshalb wird Demenz von verschiedenen ExpertInnen und Institutionen unterschiedlich definiert[17]:

Nach dem Diagnoseglossar der amerikanischen Psychiatervereinigung DSM-IV ist Demenz als eine komplexe neuropsychologische Störung definiert, die auf jeden Fall eine Gedächtnisstörung einschließt. Zusätzlich weist sie jedoch mindestens eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der sogenannten höheren kortikalen Funktionen auf wie zum Beispiel eine Aphasie (Wortfindungsstörung), Apraxie (Handlungsunfähigkeit), Agnosie (Störung des Erkennens) oder eine Störung im Bereich der Exekutivfunktionen (Handlungs- und Planungskompetenz). Um die diagnostischen Voraussetzungen für eine Demenz zu erfüllen, muss die kognitive Beeinträchtigung in ihrer Summe zu einer Abnahme der Kompetenz im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens geführt haben. Diese amerikanische Definition von Demenz enthält im Vergleich zu anderen Definitionen kein Zeitkriterium. Die WHO-Definition fordert ein Vorhandensein der Störung über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.[18]

---

[15] Vgl. Feil, 2004: S. 35
[16] Vgl. Kuhlmann, 2005: S. 17
[17] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S. 2
[18] Vgl. Schröder, 2004: S. 24

1.2.2 EPIDEMIOLOGIE

„Die Prävalenzrate dementieller Erkrankungen nimmt mit steigendem Alter dramatisch zu. Sie beträgt 5-10% nach dem 65. Lebensjahr und steigt bis 25-50% bei über 85jährigen, nimmt danach aber kaum mehr zu. Die jährliche Inzidenz nimmt von 1-2% bei über 65jährigen auf 2-4% nach dem 75. Lebensjahr zu. Für beide Raten ist nach dem 65. Lebensjahr mit einer Verdoppelung alle 5 Jahre zu rechnen. Das Risiko dement zu werden beträgt somit etwa 1:4.“[19]

Durch die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtpopulation steigt auch die Häufigkeit von Demenzerkrankungen an. 1951 gab es in Österreich 35.000 Menschen, die an Demenz erkrankt waren, zur Jahrtausendwende waren es bereits 90.500, und für 2050 wird die Anzahl der Demenzkranken in Österreich auf über 230.000 geschätzt.[20]

In Summe sind mehr Frauen als Männer von Demenz betroffen. Das ist durch die höhere Lebenserwartung der Frauen zu erklären, da das Erkrankungsrisiko im fortgeschrittenen Alter zunimmt.[21] Hellweg (2003) gibt an, dass der hohe Anteil seniler Demenzen beim weiblichen Geschlecht möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass der schulische und berufliche Bildungsstand älterer Frauen niedriger ist als der gleichaltriger Männer und dadurch die zur Demenzdiagnose herangezogenen neuropsychologischen Testergebnisse kontaminiert sind[22].

Mehr als zwei Drittel der Erkrankten werden zu Hause von ihren überwiegend weiblichen Angehörigen betreut. Erst im weiteren Verlauf der Erkrankung wird die Versorgung zunehmend auch von professionell Pflegenden übernommen[23].

[19] Flatz, Öhlinger, Schneider, 2004: S.11
[20] vgl. Müller, Mertin, Beier, Them, 2008: S.1
[21] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.24
[22] Vgl. Hellweg, 2003: S.37
[23] Vgl. Müller et al., 2008: S.1

1.2.3 SYMPTOMATIK BEI DEMENZ

Nach Grond (2005) bleibt Demenz aufgrund des langsam fortschreitenden Prozesses und der fehlenden Krankheitseinsicht oft lange unentdeckt. Folgende Frühsymptome weisen bereits auf das Vorhandensein einer Demenz hin - Das Vergessen von kurz Zurückliegendem, passende Worte nicht zu finden, Stimmungsschwankungen oder auch das Leugnen von Fehlern sowie das Erfinden von Ausreden.[24]

Der Verlauf einer Demenzerkrankung ist geprägt von einer Abnahme des Gedächtnisses, der geistigen Leistungsfähigkeit und von zunehmenden Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags. Zu den Schwierigkeiten, komplexe Sachverhalte zu verstehen, kommt zusätzlich eine Urteilsstörung, besonders die eigene Erkrankung betreffend. Das führt von einer Bagatellisierung der eigenen Krankheit bis hin zu einer Anosognosie. Bei einer Anosognosie wird die eigene kognitive Beeinträchtigung nicht mehr wahrgenommen oder nicht als Krankheit angesehen[25].

Nach Held und Ermeni-Fünfschilling (2006) lassen sich die Symptome der Demenz in kognitive, funktionelle und in Verhaltensstörungen einteilen. Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens, der Reizverarbeitung und der Sprache zählen zu den kognitiven Störungen. Zu den funktionellen Störungen zählen eine zunehmende Unselbstständigkeit in den komplizierteren und einfachen Alltagsfähigkeiten, Unsicherheit der Bewegungen und Gangstörungen, Störungen der Körperhaltung, Kontrollverlust über Darm und Blase, Schluckstörungen und andauernde Bettlägerigkeit. Zu den Verhaltensstörungen gehören unter anderem wahnhafte Störungen, Depression, Gefühlsschwankungen, Angst, Hyperaktivität, Apathie, Schlaflosigkeit, unruhiges Herumwandern und verbale und körperliche Aggressionen.[26] Auffälligkeiten im Verhalten werden sowohl von pflegenden Angehörigen wie auch von Pflegepersonen als störender empfunden als die kognitiven Ausfälle.[27]

[24] Vgl. Grond, 2005: S. 22
[25] Vgl. Hellweg, 2003: S. 35
[26] Vgl. Held, Ermeni-Fünfschilling, 2006: S. 2
[27] Vgl. Grond, 2005: S. 25

1.2.4 STADIEN DER DEMENZ

Eine in der Literatur häufig vorzufindende Einteilung ist die in die Stadien leichte, mittlere und schwere Demenz. Es handelt sich dabei allerdings nur um eine grobe Einteilung, da der individuelle Fall und der Verlauf der Erkrankung immer berücksichtigt werden müssen.

1.2.4.1 LEICHTE DEMENZ

Nach dem ersten österreichischen Demenzbericht (2009) ist dieses Anfangsstadium dadurch gekennzeichnet, dass die Betroffenen noch ein weitgehend unabhängiges Leben führen können und noch gut alleine zurecht kommen. Erste Symptome sind oft Leistungsverschlechterungen bei der Arbeit und auch Beeinträchtigungen von sozialen Kontakten. Es fällt den Betroffenen schwer, Gesprächen zu folgen, die Merkfähigkeit ist leicht eingeschränkt (Dinge werden verlegt, Termine vergessen etc.). In Gesprächen sind Wortfindungsstörungen und Wiederholungen von Gesprächsinhalten zu bemerken. Häufig können sich die Betroffenen besser an länger zurückliegende Gesprächsinhalte erinnern, und es kommt zu ersten Fehlhandlungen, tendenziell eher bei komplexen Aufgaben wie beispielsweise der Bedienung von Geräten oder der Haushaltsführung.[28] Erste zeitliche und räumliche Orientierungsstörungen treten auf, was sich zum Beispiel durch das Verwechseln von Datum und Uhrzeit bemerkbar macht. Die beeinträchtigte räumliche Orientierung kann das Fahrverhalten beeinflussen, indem Abstände und Zeit falsch eingeschätzt werden. Das Verhalten der Betroffenen wird zunehmend teilnahmslos apathisch und erste emotionale Reaktionen wie depressive Verstimmungen, Gereiztheit, Zorn und Aggressionen treten auf.[29]

Alleinlebende Personen mit leichter Demenz benötigen Hilfe von NachbarInnen oder FreundInnen, um die tägliche Routine aufrecht zu erhalten, bei Besorgungen, Bezahlung von Rechnungen oder im Haushalt.[30]

[28] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S. 8
[29] Vgl. Flatz et al., 2004: S. 19
[30] Vgl. Grond, 2005: S. 201

1.2.4.2 MITTLERE DEMENZ

In diesem Stadium ist nach Flatz et al. (2004) eine selbständige Lebensführung nur noch mit Schwierigkeiten möglich. Um den Alltag bewältigen zu können, ist im mittleren Stadium der Demenz ein gewisses Maß an Hilfestellung und Aufsicht notwendig. Es treten nun auch vermehrt Störungen bei einfachen Abläufen auf, zum Beispiel bei der Auswahl von Kleidungsstücken. Gesichter naher Verwandter oder gut bekannte Namen werden vergessen, und häufig werden Verrichtungen wie die Körperpflege, das Anziehen oder die Nahrungsaufnahme vernachlässigt.

In dieser Phase treten verstärkt psychische Symptome wie Angst oder wahnhaftes Erleben auf. Häufig ist auch eine starke innere Unruhe zu beobachten, die sich unter anderem durch das Sammeln und Sortieren von Gegenständen bemerkbar macht. In Kombination mit Orientierungsstörungen führt diese innere Unruhe oft zu ziellosem Herumirren bzw. „Weglaufen“, und es entwickelt sich ein verkehrter Tag-Nacht-Rhythmus.

Versuche, fehlerhaftes Verhalten von außen zu korrigieren, können zu gereiztem bzw. aggressivem Verhalten führen. In dieser Phase kann auch eine kognitive Harninkontinenz auftreten, da die Betroffenen die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen oder irrtümlich Stühle oder Mülleimer benutzen.[31]

Nach Grond (2005) benötigen alleinlebende Menschen mit mittelschwerer Demenz unbedingt eine Person, die eine Heimeinweisung veranlasst, sobald Verwahrlosung droht.[32]

1.2.4.3 SCHWERE DEMENZ

In diesem Stadium sind die Betroffenen auf kontinuierliche Hilfe und Unterstützung angewiesen, eine selbständige Lebensführung ist nicht mehr möglich. Selbst einfache Tätigkeiten sind nicht mehr selbständig durchführbar, es treten zunehmend motorische Störungen wie zum Beispiel Gangstörungen auf, die bis zur Bettlägerigkeit führen. In dieser Phase verlieren die Betroffenen häufig die Kontrolle über die Blasen- und Darmfunktion. Geschmacks - und Geruchsstörungen, oft auch in Kombination mit Schluckbeschwerden, können außerdem zu einer verminderten

[31] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.8 u. Flatz et al., 2004: S.19-20
[32] Vgl. Grond, 2005: S.202

Nahrungsaufnahme führen. Zunehmende Sprachstörungen beeinträchtigen die Kommunikation, was es zusätzlich erschwert, die Bedürfnisse der Betroffenen wahrzunehmen. Emotionale Bindung und Körperkontakt gewinnen in dieser Phase zunehmend an Bedeutung.

Im Stadium der schweren Demenz steigt die Zahl der Infektionen stark an. Lungenentzündungen stellen bei Menschen, die an Morbus Alzheimer erkrankt sind, die häufigste Todesursache dar.[33]

1.2.5 FORMEN VON DEMENZ

Aus dem ersten österreichischen Demenzbericht (2009) geht hervor, dass derzeit ungefähr 50 Krankheiten bekannt sind, welche zu einer dementiellen Erkrankung führen können. Dazu zählen unter anderem Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson, Epilepsie, Gefäßerkrankungen des Gehirns sowie Gehirntumore. Es gibt demzufolge unterschiedliche Formen von Demenzen, die in Häufigkeit und Ursachen stark voneinander abweichen.

Prinzipiell unterscheidet man primäre und sekundäre Demenzformen. Primäre Demenzen entstehen durch die Schädigung des Hirngewebes, sekundäre Formen werden durch pathologische Geschehnisse und physiologische Störungen ausgelöst. Dazu zählen unter anderem Schädel-Hirn-Traumen, Folgewirkungen von Alkohol- und Medikamenteneinnahme oder Stoffwechselveränderungen. Die primären Demenzen stellen den Großteil der Demenzerkrankungen dar.

Demenzen lassen sich auch noch in degenerative (fortschreitende) und nichtdegenerative (nicht fortschreitende) Formen unterteilen. Hierfür ist entscheidend, ob sich der Abbauprozess des Gehirns kontinuierlich verstärkt oder ob ihm eine einmalige Schädigung zugrunde liegt.[34]

Die folgende Abbildung zeigt die Häufigkeit der der Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen, bei 675 autopsierten PatientInnen, in Prozent:

[33] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.8-9 u. Flatz et al., 2004: S.20
[34] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.3-4

Ursachen	Häufigkeit (%)
Alzheimer-Demenz	60
Vaskuläre Demenz	16
Alzheimer-Demenz + vaskuläre Demenz	8
Alzheimer-Demenz + Morbus Parkinson	8
Morbus Parkinson	1
Fronto-temporale Demenz (Morbus Pick)	1
Lewy-Körper-Demenz	1
Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung	1
Andere Ursachen	4

Tabelle 1: Häufigkeit der der Demenz zugrunde liegenden Erkrankungen in Prozent (Quelle: Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009, S. 4)

1.2.5.1 MORBUS ALZHEIMER

Die Alzheimer-Demenz (AD) ist die klinisch und epidemiologisch häufigste Form der Demenz. Der klinisch feststellbare Beginn der Erkrankung liegt gewöhnlich in den späten 70er-Jahren oder danach. Diese Form der Demenz wird selten vor dem 65. Lebensjahr beobachtet, gar nicht vor dem 40. Lebensjahr. Bei der AD handelt es sich um eine primär degenerative Hirnerkrankung.[35]

1.2.5.1.1 "EINE EIGENARTIGE KRANKHEIT DER HIRNRINDE"

Diese Form der Demenz ist nach dem deutschen Arzt Dr. Alois Alzheimer (1864-1915) benannt. Im November 1901 traf er erstmals seine Patientin Auguste Deter, durch die er später in die Geschichte eingehen sollte und die ihn weltberühmt machte.

Auguste Deter wurde von ihrem Mann zu Dr. Alzheimer gebracht, da sich ihr Verhalten im letzten Jahr stark verändert hatte. Sie begann Gegenstände im Haus zu

[35] Vgl. Hellweg, 2003: S.39

verstecken, belästigte die Nachbarschaft, unterstellte ihrem Mann, sie zu betrügen, und war ihrerseits davon überzeugt, verfolgt und belästigt zu werden. Zu diesem Zeitpunkt war sie 51 Jahre alt, und das klinische Bild konnte damals in keines der bekannten Krankheitsbilder eingeordnet werden. Alzheimer begann Aufzeichnungen über seine Gespräche mit Auguste Deter zu führen, und als sie 1906 starb, sezierte er ihr Gehirn. Dabei fand er heraus, dass großflächig Nervenzellen ausgefallen waren, und er fand Eiweißablagerungen in der gesamten Hirnrinde. Auffallend war, dass es sich um eine Form der Demenz handelte, bei der keine Arteriosklerose vorlag.

Alzheimer begann seine Erkenntnisse zu veröffentlichen. Er hielt Vortragsreisen und veröffentlichte seine Fallstudie "Eine eigenartige Krankheit der Hirnrinde". Emil Kraeplin, Alzheimers Chef, schlug bereits 1910 vor, diese eigenartige Form von Demenz nach Alzheimer zu benennen.[36]

Alzheimers Erkenntnisse fanden damals jedoch wenig Anklang bei seinen KollegInnen und gerieten bald in Vergessenheit. Erst Anfang der 90er-Jahre begannen sich WissenschafterInnen aus Amerika und Japan wieder für die Aufzeichnungen von Dr. Alzheimer zu interessieren. Im Keller der psychiatrischen Universitätsklinik München wurden tatsächlich noch über 150 gut erhaltene Präparate von verschiedenen Hirnschnitten sowie die Krankengeschichte von Auguste Deter gefunden.[37]

1.2.5.1.2 URSACHEN UND RISIKOFAKTOREN

Der Hippocampus ist jene Hirnregion, die als zentrale Sammelstelle für einlangende Sinneseindrücke wie riechen, schmecken oder hören verantwortlich ist. Diese Vielfalt an Sinneseindrücken wird hier verarbeitet, Gedächtnisinhalte werden hier abgelegt und aussortiert. Der Hippocampus ist auch für die Koordinierung der verschiedenen Gedächtnisinhalte zuständig. Hier werden die verschiedensten Eindrücke, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten gewonnen wurden, zusammengefügt, sodass man sich besser orientieren kann.[38]

[36] Vgl. Gerschlager; Baumgart, 2007: S. 51-54
[37] Vgl. ebd.: S. 48-49
[38] Vgl. ebd.: S. 58-59

Wenn im Temporallappen, besonders aber im Hippocampus, eine Schädigung, Verletzung oder biochemische Entgleisung auftritt, führt das zu einer Störung der Gedächtnisleistung, insbesondere der Merkfähigkeit. Die bereits von Dr. Alzheimer entdeckten Eiweißablagerungen, sogenannte Plaques, treten zuerst im Hippocampus und den angrenzenden Bereichen auf. Der Auslöser für das biochemische Geschehen im Gehirn ist bis heute unbekannt[39].

Als stärkster Risikofaktor für das Auftreten einer Demenz gilt das Alter. Da Frauen ein höheres Lebensalter erreichen als Männer, haben sie eine höhere Prävalenz der AD. Auch die Inzidenz ist bei Frauen in allen Altersgruppen höher als bei Männern.[40] Gemäß dem ersten österreichischen Demenzbericht haben auch Östrogene einen protektiven Effekt hinsichtlich einer AD. Als weitere Risikofaktoren werden genetische Faktoren, Rauchen, Fehlernährung, Alkoholkonsum sowie Vorerkrankungen wie Morbus Parkinson, Diabetes oder Depression genannt. Dem österreichischen Demenzbericht ist zu entnehmen, dass in Studien nachgewiesen wurde, dass eine höhere Bildung zu signifikant niedrigeren AD-Raten führt.[41]

Die Erkrankung gilt bis heute als unheilbar und führt letztlich zum Tod. Der Krankheitsverlauf ist relativ typisch und beginnt meist mit Störungen der Emotion. Zu den weiteren Symptomen zählen der Verlust der kognitiven und geistigen Fähigkeiten und im späteren Verlauf das Auftreten motorischer Einschränkungen bis hin zu Bewegungsstörungen. Im Krankheitsverlauf treten häufig Verhaltens- bzw. Persönlichkeitsveränderungen bis hin zur Paranoia auf, auf die die Betroffenen oft mit Feindseligkeit und Gewalt reagieren. Die Pflege und Betreuung der Erkrankten ist dadurch zusätzlich erschwert. Die Krankheitsverläufe werden zwischen zwei und zehn Jahren beschrieben, wobei die Betroffenen im Allgemeinen nicht unmittelbar an der Erkrankung versterben. Unmittelbare Todesursachen sind häufig Herz-Kreislauf-Versagen oder Infektionen, oft auch als Folge einer verminderten Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr[42].

[39] Vgl. Gerschlager, Baumgart, 2007: S.62-63
[40] Vgl. Schmidt, Assem-Hilger, Benke, Dal-Bianco, Delazer, Ladurner, Jellinger, Marksteiner, Ransmayr, Schmidt, Stögmann, Wancata, Wehringer 2008: S.1
[41] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.4-5
[42] Vgl. ebd.: S.5

1.2.5.2 VASKULÄRE DEMENZ

Nach der AD sind vaskuläre Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für eine Demenz. Die vaskuläre Demenz (VD) unterscheidet sich von der AD durch einen plötzlichen Beginn, meist in Zusammenhang mit einem oder mehreren Hirninfarkten. Die VD stellt kein eigenständiges Krankheitsbild dar, sondern ein Syndrom mit unterschiedlichen Ursachen und klinischen Manifestationen.

Wie die AD tritt auch die VD verstärkt im höheren Lebensalter auf, wobei bei dieser Form der Demenz mehr Männer als Frauen betroffen sind. Als Risikofaktoren werden im österreichischen Demenzbericht (2009) Komorbiditäten genannt, also Faktoren, die mit einer Arteriosklerose in Zusammenhang stehen wie unter anderem Diabetes mellitus und eine falsche Ernährung. Ähnlich wie bei der AD zählen eine niedrige Bildung, genetische Faktoren und Depressionen zu den Faktoren, die das Auftreten einer VD begünstigen.[43] Kurz, Einsiedl und Neumann (2003) nennen als ätiologische Faktoren auch die Hypertonie, die Hyperlipidämie und das Rauchen.[44]

Gemäß ICD-10-Klassifikation lassen sich verschiedene Unterformen vaskulärer Demenz unterscheiden. Die vaskuläre Demenz mit akutem Beginn entwickelt sich typischerweise nach einer Reihe von zerebralen Insulten als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder einer Blutung. Die Multiinfarkt-Demenz beginnt allmählich nach mehreren kleineren ischämischen Episoden. Die subkortikale vaskuläre Demenz hat typischerweise eine Hypertonie als Ursache und ischämische Herde im Marklager der Hirnhemisphären, die klinisch vermutet oder im CCT und MRT nachweisbar sind. Als gemischte vaskuläre Demenz wird eine Kombination von kortikalen und subkortikalen Anteilen bei den vaskulär bedingten Demenzen genannt.[45]

Die auftretenden Symptome sind je nach Ort der Hirnschädigung unterschiedlich. Sie können einzelne kognitive oder motorische Defizite und auch globale neuropsychologische Funktionseinbußen umfassen. Die Unterscheidung zwischen einer AD und einer VD aufgrund der psychischen Symptome ist schwierig, wobei bei der VD Gangstörungen und Inkontinenz oft früher auftreten. Die durchschnittliche

[43] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S.6
[44] Vgl. Kurz, Einsiedl, Neumann, 2003: S.14
[45] Vgl. Hellweg, 2003: S. 45

Lebenserwartung ist bei der VD allerdings geringer als bei der AD, was im Zusammenhang mit einer höheren vaskulären Komplikationsrate (Herzinfarkte, Rezidiv-Schlaganfälle etc.) steht.[46]

1.2.5.3 SELTENERE DEMENZFORMEN

Die selteneren Demenzerkrankungen machen etwa 15% der Demenzerkrankungen aus. Zu den weiteren primär degenerativen Hirnerkrankungen zählen unter anderem die Pick´sche Krankheit, die Creutzfeld-Jakob´sche Erkrankung, Chorea Huntington sowie Morbus Parkinson, auf die hier aber nur kurz eingegangen wird.[47]

Die Pick-Krankheit ist eine sehr seltene Form der Demenz, vermutlich weniger als 10%, und ist im Spätstadium kaum von der AD zu unterscheiden, zeigt allerdings zu Beginn zwei Merkmale: Das soziale Verhalten ist sehr früh gestört, was sich im Sinne von Enthemmung, emotionaler Verflachung und Verlust des Taktgefühls zeigt, und es kommt zu rasch voranschreitenden Sprachstörungen bis hin zum Mutismus. Die Krankheit beginnt etwa zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr und zeigt bei einem frühen Beginn eine schnelle Verschlechterung.[48]

Die Creutzfeld-Jakob-Krankheit ist nach den beiden Ärzten Jakob und Creutzfeld benannt, die ebenfalls mit Alzheimer gearbeitet haben und später, unabhängig voneinander, die nach ihnen benannte Krankheit beschrieben haben.[49] Bei dieser Form der Demenz handelt es sich um eine infektionsbedingte Erkrankung, die in ein bis zwei Jahren zum Tod führt. Sie beginnt meist mit neuropsychologischen Defiziten im Bereich des Gedächtnisses und der Sprache und schreitet rasch fort zum vollen Demenzsyndrom. Gewöhnlich tritt auch eine fortschreitende spastische Lähmung der Extremitäten auf. Die Krankheit tritt meist im fortgeschrittenen Lebensalter auf.[50]

Bei der Huntington-Krankheit handelt es sich um einen Gendefekt, der auf dem 4. Chromosom beruht. Meist liegt eine Hirnatrophie mit Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume vor. Zu den typischen Symptomen zählen unwillkürlich zuckende Bewegungen in Gesicht, Extremitäten und Rumpf (choreatische

[46] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S. 6-7
[47] Vgl. Hellweg, 2003: S. 46
[48] Vgl. ebd.: S. 46-47
[49] Vgl. Gerschlager; Baumgart, 2007: S. 49
[50] Vgl. Hellweg, 2003: S. 47

Bewegungen) und bei frühem Beginn auch Rigor oder Intentionstremor. Der Verlauf ist sehr langsam progredient.[51]

Bei Parkinson-PatientInnen tritt im höheren Lebensalter gehäuft ein Demenzsyndrom auf. Sowohl das Parkinson-Syndrom als auch die AD zeigen einen Prävalenzanstieg im Alter, sodass vermutet wird, dass eine zufallsbedingte Komorbidität beider Erkrankungen vorliegt.[52]

Auch nach einer HIV-Infektion kann sich ein depressives Syndrom oder ein hirnorganischer Versagenszustand mit Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit und Verlangsamung zeigen. Die Ursache kann eine Enzephalitis aufgrund der verminderten Abwehrlage oder auch eine sog. AIDS-Enzephalopathie sein, bei der das Gehirn selbst durch den HIV-Virus betroffen ist.[53]

1.2.6 PFLEGERELEVANTE THERAPIEANSÄTZE

Nach Grond (2005) ist die Demenzbehandlung wegen der Fülle an Problemen mehrdimensional und nur interdisziplinär durchführbar. Therapiemaßnahmen haben selten dauerhaft Erfolg und müssen sich dem fortschreitenden Demenzprozess und den wandelnden Bedürfnissen der demenzkranken Person anpassen.[54]

Bezüglich der Behandlung von Demenz unterscheidet man in der Literatur meist zwischen medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie. Da die medikamentöse Therapie wie zum Beispiel Cholinesterasehemmer oder Memantin in das Gebiet der Medizin fallen, und Pflegepersonen darauf kaum Einfluss nehmen können, wird in dieser Arbeit darauf nicht näher eingegangen.

Die nichtmedikamentösen Behandlungsverfahren sind darauf ausgerichtet, die Begleitsymptome und die Folgen der Erkrankung abzumildern. Ziel ist es, Menschen mit einer Demenz den Umgang mit der Krankheit zu erleichtern und ihre Lebensqualität zu fördern. Bei vielen dieser Therapien werden auch Angehörige und Pflegepersonen miteinbezogen.[55]

[51] Vgl. Kurz et al., 2003: S. 19 und Hellweg, 2003: S. 48
[52] Vgl. Hellweg, 2003: S. 48
[53] Vgl. ebd: S. 49
[54] Vgl. Grond, 2005: S. 65
[55] vgl. IQWIG, 2009: S. 257

1.2.6.1 PATIENTINNENBEZOGENE THERAPIEANSÄTZE

In der Darstellung des IQWIG (2006) lassen sich nichtmedikamentöse Therapieansätze in mehrere Gruppen einteilen, abhängig davon, ob die Behandlung bei den Erkrankten selbst, bei den Angehörigen, den Pflegepersonen oder bei der Umgebung bzw. Umwelt ansetzt.[56] Zu den patientInnenbezogenen Therapieansätzen zählen unter anderem der kognitive, der verhaltenstherapeutische, der emotionsorientierte und der aktivitätsorientierte Ansatz.

Ziel der kognitiven Ansätze ist die Aktivierung bzw. Reaktivierung kognitiver Funktionen. Zu ihnen gehören unter anderem das Realitätsorientierungstraining und das Gedächtnistraining.

Zum verhaltenstherapeutischen Ansatz zählen neben der Verhaltenstherapie auch kombinierte Behandlungen wie z. B. das verhaltenstherapeutische Kompetenztraining. Der kognitive und der verhaltenstherapeutische Ansatz haben den Aufbau von Kompetenzen zum Ziel, um den Betroffenen eine Bewältigung der realen Anforderungen zu ermöglichen.

Die Validationstherapie nach Naomi Feil gehört zum emotionsorientierten Ansatz. Dabei setzt man auf die Wertschätzung der Gefühle der Betroffenen und auf die Mobilisierung der vorhandenen Ressourcen. Weitere Behandlungskonzepte sind die Selbst-Erhaltungs-Therapie (engl.: self maintenance therapy) und die biographieorientierte Erinnerungstherapie (engl.: reminiscence therapy), die jeweils auf die subjektive Sicht und Wahrnehmung der Betroffenen fokussieren.

Snoezelen zählt zu den Behandlungen, die auf eine Aktivierung bzw. Beruhigung der Betroffenen ausgerichtet sind. Mit dieser Form der Therapie sollen Veränderungen im Verhalten, in der Interaktion und Kommunikation mit anderen, aber auch im Erleben der Betroffenen erzielt werden. Weitere Konzepte sind unter anderem die Aromatherapie, Lichttherapie, Therapie mit Tieren, Kunst-, Tanz-, Musiktherapie und die simulierte Interaktion. Zur Behandlung von allgemeinen Symptomen werden auch die Akupunktur, die Logopädie sowie die Physiotherapie eingesetzt.[57]

[56] vgl. IQWIG, 2006: S. 5
[57] vgl. ebd: S. 6

1.2.6.2 UMGEBUNGSBEZOGENE THERAPIEANSÄTZE

Zu den umgebungsbezogenen Therapieansätzen werden Interventionen auf ökologischer und sozialer Ebene wie zum Beispiel der milieutherapeutische Ansatz gezählt. Dieser Ansatz hat unter anderem zum Ziel, den Betroffenen eine adäquate Orientierung, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln. Der Grundgedanke der Milieutherapie entstammt ursprünglich der Systemtherapie und besagt, dass ein Mensch immer Teil seines Umfeldes (Milieu) ist und mit diesem Umfeld auch ständig in Kontakt steht. Deshalb können bestimmte Probleme, die bei einem Menschen auftreten, nie isoliert betrachtet werden sondern immer nur vor dem Hintergrund seines individuellen Umfeldes.[58] Um Menschen mit Demenz ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit geben zu können, ist es also wichtig, ihr Umfeld so zu gestalten, dass sie sich darin wohl fühlen. Das bezieht sich nicht nur auf bauliche und gestalterische Maßnahmen sondern auch auf die Gestaltung der Tagesstrukturen sowie auf eine angepasste und wertschätzende Kommunikation.

Auf der sozialen Ebene lassen sich das Training des Pflegepersonals (engl.: staff training) und das Training der Angehörigen (engl.: caregiver training) einordnen. Ziele dieser Trainings sind insbesondere das bessere Verständnis für die Defizite der Betroffenen, aber auch die Stützung noch vorhandener Ressourcen und die Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten.[59]

[58] Vgl. Held, Ermeni-Fünfschilling, 2006: S. 180
[59] vgl. IQWIG, 2006: S 7

1.3 MODELLE DER ZUSAMMENARBEIT

Demenzerkrankungen bedeuten eine große Herausforderung für das Gesundheits- und Sozialsystem, da neben der medizinischen Versorgung auch die notwendige Betreuung und Pflege sichergestellt werden muss. Dem ersten österreichischen Demenzbericht (2009) ist zu entnehmen, dass Demenzen in Österreich mit 43,2% bereits der häufigste Grund für eine Pflegeheimeinweisung sind.[60] Pflegende Angehörige von Demenzkranken spielen in der Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems eine besonders wichtige Rolle. Doch nicht nur die Verhaltensauffälligkeiten der an Demenz Erkrankten stellen pflegende Angehörige und professionelle Pflegepersonen vor große Herausforderungen; es bestehen auch zahlreiche Mängel im Gesundheitssystem, die die Versorgung von Menschen mit Demenz zusätzlich erschweren. Es ist daher an der Zeit, über neue Modelle der Zusammenarbeit, speziell im ambulanten Bereich, nachzudenken.

1.3.1 BELASTUNGEN BEI DER BETREUUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Müller et al. (2008) sind in ihrer Arbeit der Frage nachgegangen, welche Auswirkungen die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen auf pflegende Angehörige hat und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen: Im Vergleich zu pflegenden Angehörigen von Menschen, deren kognitive Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt ist, gaben 73% der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz überdurchschnittlich stark ausgeprägte körperliche Beschwerden an. Dazu zählen unter anderem Gliederschmerzen, Schlaflosigkeit und Herz-Kreislauferkrankungen. Sie neigen auch dazu, ihre eigenen physischen und psychischen Probleme zu negieren. Ein weiteres Ergebnis ihrer Untersuchung ist, dass die Pflege von Demenzkranken auch psychisch belastender ist als die Pflege von Menschen, die keine kognitive Einschränkung haben. Pflegende Angehörige demenzkranker Menschen neigen deshalb auch stark zu Depressionen, einer Reduktion des subjektiven Wohlbefindens, und sie haben ein erhöhtes Stresserleben. Sie nehmen oft weniger Hilfe in Anspruch als andere pflegende

[60] Vgl. Erster Österreichischer Demenzbericht, 2009: S. 11-12

Angehörige, was wiederum oft mit Enttäuschung und sozialer Isolation verbunden ist. Nicht selten führen die unvorhersehbaren Verhaltensweisen von Demenzkranken auch zu zeitlichen und finanziellen Problemen. Nicht zu vergessen sind auch die sozialen Auswirkungen wie zum Beispiel der Verlust von Freundschaften, da bei fortschreitender Erkrankung oft eine kontinuierliche Präsenz der Angehörigen erforderlich ist.[61]

Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt aber nicht nur für pflegende Angehörige, sondern auch für professionell Pflegende eine große Herausforderung dar. Rüsing, Herder, Müller-Hergl und Riesner (2008) fanden in ihrer Arbeit „Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung“ fest, dass bei der Versorgung von Menschen mit Demenz sowohl das räumliche Milieu als auch die Pflegenden selbst eine entscheidende Rolle spielen. Für Pflegepersonen sind deshalb Informationen und Wissen über „Umgangskonzepte“ (im Speziellen wurde in der Arbeit von Rüsing et al. das Konzept der Validation genannt) sowie über Demenzformen und Demenzdiagnostik wichtig. Ein großer Wissensbedarf besteht auch, was den Umgang mit der Aggressivität, der Beschäftigung und der Ernährungsproblematik von Personen mit Demenz betrifft.[62]

1.3.2 MÄNGEL BEI DER VERSORGUNG

In der Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) steht der sensible Umgang mit den PatientInnen und deren Angehörigen im Vordergrund. In dieser Leitlinie wird darauf hingewiesen, dass die Therapie der Demenz aus drei Bausteinen bestehen soll – einer optimalen Betreuung und Pflege, dem Einsatz nichtmedikamentöser Therapiemaßnahmen und der kritisch abzuwägenden Gabe von Medikamenten.

Es wird allerdings auch erwähnt, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz zu den großen Problemen im gesundheitlichen Versorgungssystem zählt. Als Gründe dafür werden unter anderem ein unzureichendes Wissen über diagnostische Verfahren und adäquate Behandlungsmöglichkeiten, Defizite bei den Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula, eine späte Diagnosestellung sowie das Fehlen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes genannt. Viele Pflegeeinrichtungen sind auch

[61] Vgl. Müller et al, 2008: S. 2-3
[62] Vgl. Rüsing, Herder, Müller-Hergl, Riesner, 2008: S. 307 u. 313

nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz eingerichtet und/oder leiden unter personellen Engpässen[63].

In ihrer Arbeit „Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz“ nannten Kaduszkiewicz, Röntgen, Mossakowski und van den Bussche (2009) das unzureichende Versorgungsangebot sowie eine suboptimale Aufgabenwahrnehmung seitens der primär zuständigen Berufe, und zwar der HausärztInnen und der Pflegedienste, als Ursachen, warum die Versorgung von Menschen mit Demenz schwerwiegende Defizite aufweist. Als Gründe dafür wurden Zeitmangel, sozialrechtliche Einschränkungen des Leistungsspektrums, geringe Honorierung einzelner Leistungen, mangelndes Fachwissen und Defizite in der kommunikativen Kompetenz und der Managementkompetenz angeführt. Die Tabuisierung und Stigmatisierung der Kranken, auch von Seiten professionell Pflegender und von ÄrztInnen wurden ebenfalls als Ursachen der Versorgungsproblematik genannt.[64]

Im ambulanten Versorgungssektor gab es in den letzten Jahren ein enormes Wachstum an Angeboten und Instanzen. Dieses Wachstum führt aber nicht selten dazu, dass die Vielzahl der Angebote in diesem Bereich für viele Menschen als unübersichtlich empfunden wird. Nicht nur den pflegenden Angehörige und den KlientInnen, auch den professionellen Pflegepersonen fällt es daher oft schwer, die Übersicht zu behalten.[65]

1.3.3 DIE BEDEUTUNG DES VERSORGUNGSTEAMS

Demenz kann nicht nur als eine rein organische Störung betrachtet werden, sondern es müssen sowohl die Persönlichkeit der Betroffenen als auch deren Umwelt in die Behandlung mit einbezogen werden. Da meist unterschiedliche Berufsgruppen und Einrichtungen an der Versorgung der Demenzkranken beteiligt sind, sind eine einheitliche Vorgehensweise sowie eine klar umrissene Aufgabenteilung erforderlich.

Hirsch (2008) bezeichnet Demenz als einen biopsychosozialen funktionellen, interaktiven und prozesshaften Vorgang auf den Ebenen „Gehirn“, „Umwelt“ und „Persönlichkeit“. Da sich die Betroffenen vom Beginn der Erkrankung bis zu ihrem Tod auf vielfältigste Weise verändern, und zwar abhängig von Milieu,

[63] Vgl. Vollmar, Abholz, Egidi, Mand, Butzlaff, Wilm, 2010: S. 41-42
[64] Vgl. Kaduszkiewicz, Röntgen, Mossakowski, van den Bussche, 2009: S. 155-156
[65] Vgl. Schäffer, Kuhlmey, 2008: S. 81-82

Lebensbiographie und Neurodegeneration, sind mehrschichtige, multidisziplinäre und institutionsübergreifende Interventionen erforderlich. Das Ziel für alle an der Betreuung beteiligten Personen sollte die Selbstbestimmung der an Demenz erkrankten Menschen sein. Es soll versucht werden, die Selbstständigkeit der Betroffenen möglichst lange aufrecht zu erhalten und ihnen ein hohes Maß an Lebensqualität zu ermöglichen. Um dieses Ziel zu erreichen, benötigen die Betroffenen und auch die pflegenden Angehörigen eine enge Zusammenarbeit mit fachlich versierten Personen aus den unterschiedlichsten Berufsgruppen. Als erste Anlaufstelle sind hier zumeist die HausärztInnen zu nennen, später auch oft in Zusammenarbeit mit anderen FachärztInnen, MitarbeiterInnen aus dem Bereich der Hauskrankenpflege, verschiedenen TherapeutInnen sowie auch rechtlichen BetreuerInnen, um nur einige zu nennen.[66]

Im Folgenden soll nun näher auf die Situation von HausärztInnen, Pflegepersonen und von pflegenden Angehörigen eingegangen werden.

1.3.3.1 HAUSÄRZTINNEN

Bei der Behandlung von Demenz sind HausärztInnen meist die erste Anlaufstelle für alle Beteiligten, erst nachrangig werden FachärztInnen wie PsychiaterInnen oder NeurologInnen, kontaktiert. Sobald die ersten Anzeichen von Hirnleistungsstörungen auftreten, sollten eine sorgfältige und ausreichende Diagnostik sowie ein mehrdimensionales Assessment stattfinden. Dies ist notwendig, um andere Erkrankungen ausschließen zu können, denn häufig wird die Diagnose „Demenz“ ohne differentialdiagnostische Überlegungen und Kenntnisse gestellt.[67]

1.3.3.1.1 DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

In einem ersten Schritt sollte das dementielle Syndrom gesichert werden. Das erfolgt durch eine ausführliche Anamnese, bei der die HausärztInnen auch auf Angaben von Angehörigen und Betreuungspersonen angewiesen sind (Fremdanamnese) und durch das Erheben eines psychopathologischen Befundes. Zusätzlich sollten neuropsychologische Screeningverfahren wie etwa der weltweit verbreitete Mini-Mental-Status-Test (MMST) durchgeführt werden. Der MMST dauert nur wenige

[66] Vgl. Hirsch, 2008: S. 107-110
[67] Vgl. ebd.: S. 109

Minuten und ist ohne weitere Hilfsmittel durchführbar. Erst wenn das dementielle Syndrom gesichert ist, folgt in einem zweiten Schritt die Suche nach der Ursache. Dazu ist eine ausführliche körperliche Untersuchung notwendig und laborchemische Parameter sind zu erheben. Ebenso sollen ein Elektrokardiogramm (EKG) und eventuell bildgebende Verfahren wie eine Tomographie durchgeführt werden.[68]

In ihrer Arbeit „ Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz“ beschäftigten sich Kaduszkiewicz und van den Bussche (2003) mit Studien, die sich mit dieser Thematik befassen. Dabei fanden sie heraus, dass HausärztInnen bei Verdacht auf eine dementielle Erkrankung nur selten oder nie einen „Gedächtnistest“ zur Unterstützung ihrer Diagnostik herangezogen haben. Bei einer Befragung niederländischer HausärztInnen kam man zu dem Ergebnis, dass Hindernisse auf unterschiedlichen Ebenen eine Frühdiagnose erschweren. Genannt wurden dabei unter anderem die Scham der ÄrztInnen, die PatientInnen auf kognitive Defizite zu testen und das Wort Demenz zu benutzen. Das Leugnen der Defizite und der Diagnose seitens der Betroffenen wurde ebenso als Hindernis genannt wie die diagnostischen Schwierigkeiten in den frühen Stadien der Demenz. Auch die Multimorbidität der PatientInnen, derentwegen kognitive Störungen oftmals übersehen werden, sowie zeitliche Beschränkungen in der normalen Sprechstunde wurden als Gründe angeführt, warum die Diagnosestellung oftmals schwierig ist. Im Gegensatz zu anderen Professionen wurden HausärztInnen von den Angehörigen als hilfreicher eingestuft, dennoch wurde das hausärztliche Verhalten oft als unzureichend empfunden. Die HausärztInnen haben zwar mit den Angehörigen über die Diagnose Demenz gesprochen, dennoch fühlten sie sich über die Prognose und über das Management der Krankheit zu wenig informiert.[69]

[68] Vgl. Mahlberg, Gutzmann, 2005: S. 2035-2037
[69] Vgl. Kaduszkiewicz, van den Bussche, 2003: S. 276-277

1.3.3.1.2 Empfehlungen zur Versorgung von Menschen mit Demenz

Es existiert keine Kausaltherapie zur Behandlung von dementiellen Erkrankungen. Ziele sollten deshalb in erster Linie die Verzögerung der Progression sowie die Verbesserung der Versorgungssituation und Lebensqualität von PatientInnen und Angehörigen sein. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin hat deshalb Leitlinien entwickelt, die den ÄrztInnen in spezifischen Situationen helfen sollen. Die Leitlinien sollen für mehr Sicherheit in der Medizin sorgen, sind aber für die ÄrztInnen rechtlich nicht bindend.[70]

Die hausärztliche Demenz-Leitlinie der DEGAM empfiehlt ein multimodales Behandlungskonzept auf drei Ebenen. Wichtig ist dabei eine optimale Betreuung und Pflege der Betroffenen. Diese ist aber nur möglich, wenn man sich dabei an den emotionalen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz orientiert. Positive Effekte zeigen sich auch durch eine bedarfsgerechte Umgestaltung des Umfeldes. Durch den Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen bei Menschen mit Demenz soll versucht werden bestehende Fähigkeiten zu erhalten bzw. sie auch auszubauen. Vollmar et al. (2010) weisen allerdings darauf hin, dass die Studienlage zum Thema nichtmedikamentöse Therapien noch nicht ausreichend sei, um ein bestimmtes Verfahren zu bevorzugen, sodass das lokale Angebot entscheiden sollte. Die Gabe von Antidementiva sei auf jeden Fall kritisch abzuwägen, da diese Medikamente nur eine begrenzte bzw. nicht überzeugend nachgewiesene Wirkung zeigen.[71]

1.3.3.2 Professionelle Pflegepersonen

In Österreich arbeiten wesentlich mehr Pflege- und Betreuungspersonen in stationären Langzeiteinrichtungen und (Akut)Krankenhäusern als im mobilen Bereich. Krajcik, Nowak und Rappold (2005) gaben in ihrer Arbeit „Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten“ an, dass nur etwa 3,6% aller diplomierten Pflegekräfte und nur 8,6% aller Pflege- und AltenhelferInnen in der mobilen Pflege arbeiten.[72]

[70] Vgl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2008: S. 2
[71] Vgl. Vollmar et al., 2010: S. 45
[72] Vgl. Krajic, Nowak, Rappold, 2005: S. 17

Bei einer Untersuchung von Resch, Rainer und Böhm (2007) zum Thema „Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung“ zeigte sich eine Vielzahl an Belastungen, denen die MitarbeiterInnen in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind. Besonders häufig wurden dabei mentale Belastungen wie Zeitdruck, Stress und Überforderung genannt. Dazu kamen physische Belastungen wie schwere körperliche Arbeit und die Erschwernis der Arbeit durch verschiedene Wetterbedingungen. Zu den sozialen Belastungen zählen unter anderem Auseinandersetzungen mit den Angehörigen, die steigenden Erwartungen der KlientInnen sowie der Umgang mit „schwierigen“ oder gar „aggressiven“ KlientInnen. Die MitarbeiterInnen fühlen sich aber auch durch die geteilten Dienste und die oftmals notwendigen kurzfristigen Dienstplanumstellungen zusätzlich belastet.[73]

Krajic et al. (2005) zeigen in ihrer Arbeit auf, dass sich der Personalmangel in der mobilen Pflege nach qualitativen und quantitativen Aspekten darstellen lässt. Unter einem quantitativen Personalmangel wird verstanden, dass offene Stellen nicht nachbesetzt werden können, zum Beispiel aufgrund fehlender Bewerbungen. Bei einem qualitativen Mangel handelt es sich unter anderem um einen Mangel an Fähigkeiten und Fertigkeiten der eingesetzten Pflegepersonen. Dazu zählt auch das Fehlen von SpezialistInnen für diverse pflegerische Fachbereiche, zum Beispiel den Bereich Demenz. Als Ursachen für einen qualitativen Personalmangel in den mobilen Diensten wurden auch die kurze Verweildauer und die hohe Fluktuation im Beruf genannt. Notwendig sind daher qualifizierte Pflegende, die über Case und Care Management-Kompetenzen und/oder Spezialwissen in bestimmten Bereichen verfügen. [74]

Schaeffer (2000) hat in ihrer Arbeit „Care Management – Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema“ darauf hingewiesen, dass speziell im ambulanten Bereich viele Herausforderungen auf die Pflege warten. Menschen mit chronischen und degenerativen Krankheiten benötigen multiprofessionelle Behandlungsstrategien, die über die Grenzen von einzelnen Einrichtungen und Versorgungsbereichen hinweg wirken. Das Ziel von Care Management (Versorgungsmanagement) besteht darin, eine bedarfsgerechte Versorgung

[73] Vgl. Resch, Rainer, Böhm, 2007: S. 26-28
[74] Vgl. Krajic, Nowak, Rappold, 2005: S. 17 u. S. 25

herzustellen, in der eine Fehl-, Unter- und Überversorgung der KlientInnen vermieden werden soll. Dazu ist es allerdings notwendig, die unterschiedlichen Versorgungsarten (Medizin, Pflege/soziale Dienste und informelle Hilfe) zu drei tendenziell gleichberechtigten Säulen der Versorgung aufzubauen. Schaeffer bezeichnet das als eine Grundvoraussetzung, um eine prioritär ambulante Versorgung zu ermöglichen.[75] Das deckt sich auch mit den Ergebnissen von Seidl et al. (2006) die ein „Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs“ entwickelt haben. Auch sie empfehlen den Aufbau einer Case- und Care Management-Infrastruktur, um dadurch die Betroffenen und deren Angehörige systematisch begleiten zu können und die jeweiligen Pflege- und Betreuungsprozesse zu steuern.[76]

Aber nicht nur die Bewältigung von Krankheit und Hilfebedürftigkeit, sondern auch gesundheitsfördernde Maßnahmen sind ein wichtiges Aufgabengebiet, das von den Pflegenden wahrgenommen werden muss. Pflege hat auch die Aufgabe, die verbliebenen Gesundheitspotentiale und -ressourcen zu fördern. So kann man zum Beispiel mit einer Beratung durch PflegeexpertInnen erreichen, dass die Hospitalisierungs- und Rehospitalisierungsquoten gesenkt werden.[77]

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können, ist eine hohe Qualifikation der Pflegepersonen erforderlich. Es geht nicht nur darum, alte Menschen zu „versorgen“, sondern auch darum, lebensnahe Betreuungskonzepte zu entwickeln und auch andere Berufsgruppen einzubinden, zu schulen und/oder zu begleiten. Dazu zählen unter anderem pflegende Angehörige oder auch ehrenamtliche MitarbeiterInnen.[78]

[75] Vgl. Schaeffer, 2000: S. 17-18
[76] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 20
[77] Vgl. ebd.: S. 18 und Schaeffer, 2000: S. 18
[78] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 23

1.3.3.3 PFLEGENDE ANGEHÖRIGE

Wie bereits im Kapitel „Epidemiologie“ erwähnt, werden mehr als zwei Drittel der an Demenz erkrankten Personen zu Hause von ihren überwiegend weiblichen Angehörigen betreut. Damit diese Angehörigen die Pflege bzw. die Betreuung zu Hause möglichst lange durchführen können, ist es notwendig, adäquate Entlastungsangebote für pflegende Angehörige von Demenzkranken zu schaffen.

In einer systematischen Literaturübersicht haben Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc und Them (2010) Entlastungs- und Förderinterventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz recherchiert und dargestellt. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass die Situation der pflegenden Angehörigen zu komplex ist, als dass sie anhand einer einzelnen Variable beurteilbar wäre. Nur ein ausführliches Assessment der häuslichen Belastungssituation zu verschiedenen Variablen kann die Realität der pflegenden Angehörigen annähernd darstellen. Auf Basis dieses Assessments könnten dann die entsprechenden Maßnahmen eingeleitet werden und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt werden. Es bedarf also eines übergeordneten Konzepts, um eine individuelle Versorgung pflegender Angehöriger sicherstellen zu können. Als Beispiele wurden das Konzept Case Management bzw. Care Management und das Konzept „Family Health Nursing“ genannt.[79]

Eine weitere Möglichkeit, die Betreuung zu Hause für pflegende Angehörige und alle anderen an der Betreuung Beteiligten zu erleichtern, stellt die Implementierung von Pflegestützpunkten dar. Schaeffer und Kuhlmey (2008) kommen zu dem Ergebnis, dass es schwierig ist, derart komplexe und flexible Versorgungspakete, wie sie für eine individuelle Betreuung notwendig sind, in der häuslichen Betreuung anzubieten. Speziell pflegebedürftige Menschen leiden oft unter chronischen Krankheiten und Multimorbidität und benötigen in der Regel meist mehrere unterschiedliche wie zum Beispiel medizinische, rehabilitative, pflegerische und soziale Dienste. Pflegestützpunkte sind leicht auffindbare Informations– und Anlaufstellen für Angehörige und Pflegebedürftige, die auch als pflegerische Versorgungszentren dienen können und in denen alle erforderlichen Dienste vermittelt werden. Das hat auch den Vorteil, dass Informationen gebündelt werden und die Pflegestützpunkte

[79] Vgl. Mantovan, Ausserhofer, Huber, Schulc, Them, 2010: S. 235 - 236

auf den regional spezifischen Bedarf ausgerichtet sind. Die Herstellung enger Kooperationsbeziehungen zu weiteren Instanzen und Diensten wie beispielsweise dem mobilen Hospiz stellt einen weiteren Gewinn dar.[80]

1.3.4 FOLGERUNGEN

Die Ergebnisse der vorhergehenden Kapitel zeigen, dass es an der Zeit ist, die Krankheit Demenz als eine gemeinsame Aufgabe aller an der Pflege, Betreuung und Behandlung beteiligten Personen zu sehen und über neue Modelle der Versorgung nachzudenken. Bei der Versorgung von Menschen mit Demenz herrscht eher ein Nebeneinander statt eines Miteinanders. Durch das Bestehen einer Vielzahl von Einrichtungen und Institutionen, die sich für die Versorgung von Menschen mit Demenz zuständig fühlen, kommt es zu einer gewissen Schnittstellenproblematik. Aufgrund dieser vorhandenen Problematik der Schnittstellen und des mehrjährigen Krankheitsverlaufes bei Demenz ist es notwendig, einen lückenlosen Datenfluss zwischen allen Institutionen sowie allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Berufsgruppen zu ermöglichen.

Für die Betroffenen und auch für die Angehörigen würde das eine Vermeidung von häufigen Krankenhausaufenthalten, ein längeres Verbleiben im eigenen Heim und dadurch eine Verzögerung von Pflegeheimeinweisungen bedeuten. Zusätzlich würde die Lebensqualität von pflegenden Angehörigen und den an Demenz Erkrankten verbessert werden. Auch die Gesundheit der Angehörigen wäre dadurch besser geschützt.[81]

[80] Vgl. Schaeffer u. Kuhlmey, 2008: S. 82 -83
[81] Vgl. Hirsch, 2008: S. 112

1.4 MULTIPROFESSIONELLE PFLEGEBEGLEITUNG VON MENSCHEN MIT DEMENZ

Seidl, Walter und Labenbacher (2007) haben in ihrer Arbeit „Multiprofessionelle Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familien“ ein multiprofessionelles Konzept zur Pflegebegleitung entwickelt, das hier nun vorgestellt werden soll. Pflegende Angehörige von demenzkranken Menschen benötigen über den gesamten Zeitraum der Pflegeübernahme interdisziplinäre Begleitung. Die Autorinnen befürworten daher einen ganzheitlichen Blick der HelferInnen auf die Pflegesituation und keine ausschnitthafte, von der Profession abhängige Betrachtung des Unterstützungsbedarfs.[82]

Bei der Entwicklung des Konzepts wurden zwei Prozesse miteinander verbunden. Es wurden die pflegenden Angehörigen miteinbezogen, indem man versuchte, auf ihre Wünsche und Bedürfnisse einzugehen (Bottom-up-Strategie). Um die Entlastungsstrategien und den Unterstützungsbedarf der Angehörigen zu ermitteln, wurde das Assessmentinstrument „Pflegekompass“ verwendet, das in den Niederlanden von Marco Blom und Mia Duijnstee entwickelt wurde. Der Pflegekompass dient dazu, die Belastungen pflegender Angehöriger besser einschätzen zu können und dadurch ein individuelles Unterstützungsangebot für die Betroffenen zu erstellen.[83] Ebenso wurde eine Literaturrecherche durchgeführt, um die Konzeptentwicklung durch theoretische Überlegungen zu festigen (Top-down-Prozess). Das hier vorgestellte Konzept basiert also auf den Erkenntnissen aus Befragungen pflegender Angehöriger und von ExpertInnen sowie einer umfassenden Literaturrecherche.

Die Autorinnen sind bei der Entwicklung des Konzepts einer multiprofessionellen Pflegebegleitung unterschiedlichen Fragen nachgegangen: Welche Strukturen sind überhaupt notwendig, um demenzkranke Menschen und ihre pflegenden Angehörigen zu begleiten? Welche Qualifikationen benötigen die MitarbeiterInnen?

[82] Vgl. Seidl, Walter, Labenbacher, 2007b: S. 245
[83] Seidl, Walter, Labenbacher, 2007a: S. 68-70

Welches Tätigkeitsprofil ist eigentlich zu erwarten, und welche Angebote sollte eine multiprofessionelle Pflegebegleitung überhaupt beinhalten?[84]

1.4.1 KERNELEMENTE DER MULTIPROFESSIONELLEN PFLEGEBEGLEITUNG

Die Ziele einer multiprofessionellen Pflegebegleitung liegen darin, die Belastungen von pflegenden Angehörigen zu verringern und die Lebensqualität der Erkrankten und ihrer Betreuungspersonen zu steigern. Um diese Ziele zu erreichen, müssen bestimmte Kernelemente vorhanden sein, die hier nun zusammengefasst werden sollen.[85]

Der Aufgabenbereich einer multiprofessionellen Pflegebegleitung liegt in der Unterstützung der häuslichen Pflege und Betreuung und bietet auch eine Pflegeberatung im häuslichen Umfeld an. Unabdingbar ist daher auch eine enge Zusammenarbeit mit stationären und teilstationären Einrichtungen, um eine größtmögliche Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten und um das Entlassungsmanagement pflegebedarfsspezifisch zu gestalten.

Da die Förderung und die Erhaltung der psychischen Gesundheit der pflegenden Angehörigen, aber auch die Therapie bei Krisen ein wichtiger Bestandteil des Konzepts sind, ist es notwendig, sowohl psychologische Beratung als auch Psychotherapie anzubieten.

Die medizinische Behandlung, die auch eine rasche Diagnoseerstellung sowie eine adäquate medikamentöse Einstellung beinhaltet, soll von speziell ausgebildeten FachärztInnen übernommen werden. Die pflegenden Angehörigen müssen in den Behandlungsprozess eingebunden werden und über den Verlauf der Erkrankung, deren Symptome und über die Wirkung von Medikamenten aufgeklärt werden.

Fehlende Informationen, zum Beispiel zu den Themen Pflegegeld oder über Karenzmöglichkeiten, bewirken einen hohen Zeitaufwand für die Angehörigen. Darum muss eine multiprofessionelle Pflegebegleitung auch Informationen über diverse Unterstützungsmöglichkeiten anbieten. Das kann entweder durch JuristInnen oder durch SozialarbeiterInnen erfolgen. Es ist aber zu betonen, dass diese

[84] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 247-249
[85] Vgl. ebd.: S. 250-256

Personen keine Informationen zu pflegerischen, psychologischen oder medizinischen Belangen geben.

Für die professionellen HelferInnen ist es wichtig, interdisziplinär zu agieren, da auch die pflegenden Angehörigen und die Erkrankten interdisziplinäre Unterstützung benötigen. Es ist daher notwendig, dass sich das Team aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzt und die MitarbeiterInnen gut miteinander arbeiten können. Aber auch die Kooperation mit den verschiedensten Einrichtungen wie unter anderem Selbsthilfegruppen, Anbietern der mobilen Pflege und Betreuung oder auch mit Zentren verschiedener Religionen ist wichtig.

Da der Versorgungsbedarf der Zielgruppe vielschichtig ist, ist ein so genanntes medizinisch-pflegerisch-soziales Case Management, das sich an der Betreuung chronisch kranker Menschen und Langzeit-PatientInnen orientiert, notwendig, um pflegerische, medizinische und soziale Dienstleistungen miteinander zu verknüpfen.

Ein besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, dass es nur eine professionelle Bezugsperson für die Familie gibt. Diese Person arbeitet nach den Prinzipien der Familiengesundheitspflege, soll sich um die notwendige Unterstützung kümmern und auch die Ansprechperson für Angehörige und PatientInnen sein. Dadurch kennt sie die einzelnen Familienmitglieder und deren häusliche Pflegesituation und ist so in der Lage, die Familien individuell zu beraten. In ihrem Artikel „Patientenerwartungen an die häusliche Pflege bei schwerer Krankheit“ geben Moers und Schaeffer (2002) an, dass die verschiedensten Untersuchungen zum Thema Patientenerwartungen ähnliche Ergebnisse zeigen. An erster Stelle steht der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann.[86] Die multiprofessionelle Pflegebegleitung soll einen systemischen Blick auf die Pflegesituation haben, da chronische Erkrankungen eines Familienmitglieds nicht nur die erkrankte Person alleine betreffen, sondern sich immer das gesamte soziale Gefüge ändert. Betroffen davon sind auch die Hauptbetreuungspersonen sowie FreundInnen, NachbarInnen oder auch ArbeitskollegInnen. Es sollen also die Erkrankten selbst, die Hauptbetreuungspersonen und die Familien während der ganzen Zeit der Pflegebedürftigkeit der erkrankten Person und auch darüber hinaus begleitet werden.

[86] vgl. ebd.: S. 254 und vgl. Moers und Schaeffer, 2002: S. 221-222

Neben der Beteiligung an der Entwicklung neuer Konzepte zur Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zählen auch die Koordination und Moderation von Angehörigengruppen, Wissen und Erfahrung nach außen zu kommunizieren, kultursensibel zu arbeiten sowie zur Enttabuisierung der häuslichen Pflegearbeit und der Demenz beizutragen zu den Kernelementen einer multiprofessionellen Pflegebegleitung.[87]

1.4.2 DIE QUALIFIKATION DER MITARBEITERINNEN

Um demenzkranke Menschen professionell betreuen und pflegen zu können, benötigen die MitarbeiterInnen besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten. Da das Spektrum der objektiven und subjektiven Belastungen von pflegenden Angehörigen sehr groß ist, besteht ein dringender Handlungsbedarf im professionellen Pflege- und Betreuungssystem.[88] Die Mitglieder aller beteiligten Berufsgruppen benötigen neben persönlichen Fähigkeiten wie der Fähigkeit sich abzugrenzen und Empathie auch Spezialkenntnisse im Bereich der dementiellen Erkrankungen sowie in der Begleitung pflegender Angehöriger.

Um Demenzkranke und ihre Angehörigen qualitativ hochwertig zu betreuen, benötigen Pflegepersonen ein spezifisches pflegerisches Wissen. Das könnte eine Person mit Masterdegree sein, die über diese Spezialkenntnisse verfügt. In Großbritannien wird diese Pflege von speziell ausgebildetem Personal übernommen, sogenannten „community psychiatric nurses“ mit einer geriatrisch-psychiatrischen Ausbildung bzw. „Advanced Nurse Practitioner in dementia“.[89]

Da die Krankheit Demenz Auswirkungen auf die gesamte Familie hat, wäre auch das Konzept einer „Family Health Nurse“ vorstellbar. Ihr spezielles Wissen und Können liegt im Bereich der Familie und auch sie ist eine Advanced Nurse.[90] Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht die Rolle einer sogenannten „Familiengesundheitsschwester“ darin, dass sie dem einzelnen Menschen und ganzen Familien dabei hilft, mit Krankheit und chronischer Behinderung fertig zu werden und in Stresssituationen zu Recht zu kommen. Sie hat einen gesundheitswissenschaftlichen und sozialwissenschaftlichen Ausbildungshintergrund

[87] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 255-256
[88] Vgl. Maudrey, 2004: S. 6-7
[89] Vgl. Rolfe und Phillips, 1997; zit. n. Maudrey, 2004: S. 7 und vgl. Seidl et al., 2007b: S. 257-258
[90] Vgl. Maudrey, 2004: S 7

und verbringt einen großen Teil ihrer Arbeitszeit bei den Familien zu Hause. Sie kann daher gesundheitliche Probleme bereits im Frühstadium erkennen und darauf achten, dass diese rechtzeitig behandelt werden. Sie ist in der Lage, die Familien bei Bedarf an die richtigen Stellen zu überweisen und kann auch als Verbindungsglied zwischen Familie und Hausarzt auftreten bzw. an dessen Stelle treten, wenn eindeutig eher pflegerische Sachkenntnis erforderlich ist.[91]

Eine weitere Aufgabe der multiprofessionellen Pflegeteams besteht in der Moderation von Angehörigengruppen. Diese Gruppen bieten den pflegenden Angehörigen die Möglichkeit zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Die ModeratorInnen haben die Aufgabe, die Gesprächsführungen in den Gruppen zu verbessern, Informationen von pflegenden Angehörigen zu bestätigen, zu ergänzen oder zu revidieren und natürlich selbst Informationen weiterzugeben. Dazu benötigen sie ein umfangreiches Wissen auf dem Gebiet der gerontopsychiatrischen Pflege, besonders im Bereich der Demenz, Erfahrung in Einzel- und Gruppenberatung sowie geeignete Gesprächstechniken, um Einzel- und Gruppengespräche kompetent führen zu können. Die ModeratorInnen müssen mit den Unterstützungsangeboten der Region vertraut sein und Kenntnisse in rechtlichen Belangen haben.[92]

Die Schulung der MitarbeiterInnen ist also ein erster wichtiger Schritt, um eine Basis für die Institutionalisierung einer multiprofessionellen Pflegebegleitung zu schaffen. Die Fortbildungsmaßnahmen müssen sich dabei an ein interdisziplinäres Team wenden. Für Pflegepersonen sind vor allem Kenntnisse im Bereich der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (Advanced Nurse Practitioner in dementia), der Pflege von Familien (Family Health Nurse) sowie der Moderation von Gruppen erforderlich.

[91] Vgl. Gesundheit 21, 1999: S. 169-170
[92] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 259-260

1.4.3 ANGEBOTE EINER MULTIPROFESSIONELLEN PFLEGEBEGLEITUNG

Wie aus der Darstellung des Konzepts einer multiprofessionellen Pflegebegleitung hervorgeht, setzt sich das interdisziplinäre Team aus unterschiedlichen Berufsgruppen zusammen.

Abbildung 1: Die Darstellung des Konzepts einer multiprofessionellen Pflegebegleitung (Quelle: Seidl et al., 2007b, S. 261)

In den Bereich der Pflege fallen dabei die pflegerische Versorgung der Demenzkranken und deren Angehörigen, die Vermittlung pflegerischer Handlungskompetenz und die Beratung. Die Belastungen der pflegenden Angehörigen können durch eine Verbesserung ihrer pflegerischen Fertigkeiten stark reduziert werden, wobei zu beachten ist, dass die Anleitung unbedingt im pflegerischen Umfeld mit der zu pflegenden Person stattfinden muss. Die Durchführung pflegerischer Tätigkeiten muss aber nicht den MitarbeiterInnen des Teams obliegen, sie kann auch von den mobilen Diensten übernommen werden. Das Ziel eines Zentrums für Pflegebegleitung wäre es also, eine übergeordnete Anlauf- und Koordinationsstelle für pflegerische, medizinische, soziale und rechtliche Probleme zu sein.[93]

Ein weiterer wichtiger Bestandteil des multiprofessionellen Teams sind speziell ausgebildete MedizinerInnen und PsychologInnen. Die psychologische Betreuung beinhaltet dabei Techniken der Psychoimagination (Körperwahrnehmung, Entspannung) und der Psychoedukation (Umgang mit Konflikten, Auseinandersetzung mit der Beziehung zur gepflegten Person), damit die pflegenden Angehörigen ihre Bewältigungsstrategien stärken können. Diese Techniken können in Gruppen vermittelt werden, doch beim Auftreten von akuten oder chronischen psychischen Krisen müssen auch Einzelinterventionen angeboten werden.[94]

Nach Maudrey (2004) äußern pflegende Angehörige häufig den Wunsch nach mehr Information über die Krankheit und nach Tipps im praktischen Umgang mit den Kranken. Da informierte Betreuungspersonen den belastungsreduzierenden Effekt des Informiert-Seins betonen, ist es unbedingt erforderlich, dass Rahmenbedingungen zur gezielten und effektiven Beratung pflegender Angehöriger geschaffen werden.[95] Da es aber nicht möglich ist, sämtliche Informationen zu Unterstützungsangeboten, Sozialleistungen und der praktischen Pflege in einer Mappe oder Broschüre zusammenzufassen, benötigt das multiprofessionelle Team eine Person, die in der Lage ist, über die umfassenden und teilweise sehr verwirrenden sozialen Hilfen wie unter anderem Pflegegeld oder Karenzmöglichkeiten Auskunft zu geben. Diese Person kann eine SozialarbeiterIn

[93] Vgl. ebd.: S. 262
[94] Vgl. ebd.: S. 263
[95] Vgl. Maudrey, 2004: S. 8

oder JuristIn sein, die weiß, wie man Familien individuell beraten kann, was zum Beispiel in Form von Sprechstunden für die Angehörigen stattfinden kann. Die Information kann aber auch durch Vorträge und/oder schriftliche Aussendungen erfolgen.

Zusätzlich zu ihrem Wunsch nach mehr Information hat sich gezeigt, dass pflegende Angehörige ein großes Mitteilungsbedürfnis haben und Hilfe bei der Verarbeitung der emotionalen Belastungen benötigen. Dieser Bedarf kann durch reine Angehörigengruppen nicht gedeckt werden. Die Aufgabe der multiprofessionellen Pflegebegleitung besteht darin, moderierte Gesprächsrunden zu initiieren und eine Brückenfunktion zu bestehenden Selbsthilfegruppen einzunehmen.

Da die Aufklärungsarbeit ebenfalls zum Aufgabenbereich des Case-Managements gehört und ein multiprofessionelles Team auch nicht alle bei der Versorgung von Demenzkranken notwendige Bereiche abdecken kann, ist eine gute Zusammenarbeit mit anderen Institutionen von großer Wichtigkeit. Dazu zählen unter anderem Tageszentren, Pfarren, Behörden, Einrichtungen für Kurzzeitpflege und Stellen zur Krisenintervention.[96]

Die Autorinnen geben an, dass ein Team zur multiprofessionellen Pflegebegleitung aus mindestens drei Personen bestehen muss, und zwar aus je einem Vollzeitäquivalent einer akademisch ausgebildeten Pflegeperson, einer PsychologIn oder PsychotherapeutIn und einer SozialarbeiterIn oder JuristIn. Für eine/n Fachärztin/Facharzt wäre ein halbes Vollzeitäquivalent notwendig. Ein Team soll auf ungefähre 500 Demenzkranke kommen, was für Österreich bedeutet, dass 200 solcher Teams etabliert werden müssten, alleine 40 davon in Wien.

Die einzelnen Teammitglieder sind nun für Familien, die sich an das Team wenden, zuständig. Wie bereits erwähnt ist es dabei wichtig, dass die Familie eine für sie hauptverantwortliche Bezugsperson hat. Die anderen Teammitglieder werden je nach Bedarf zugezogen.

Eine multiprofessionelle Pflegebegleitung sollte für eine bestimmte Region zuständig sein. Abhängig davon, ob es sich um eine städtische oder um eine ländliche Region handelt, kommt es zu einer Komm- bzw. zu einer Gehstruktur. Unter einer

[96] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 263-267

Kommstruktur ist zu verstehen, dass die Familienmitglieder zu den Professionellen kommen, wobei darauf zu achten ist, dass die Räumlichkeiten leicht zugänglich sind und die Institution mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist. Diese Struktur ist also eher im städtischen Bereich anzutreffen. Günstig wäre es, diese Einrichtung direkt an eine Sozialstation, ein Tageszentrum oder ein Krankenhaus anzubinden. Aber auch bei einer Kommstruktur muss die hauptverantwortliche PflegebegleiterIn das häusliche Umfeld der Betroffenen kennen und deshalb Haus- bzw. Wohnungsbesuche durchführen. In ländlichen Regionen ist es oftmals schwierig, bestimmte Institutionen mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Dort wird dann eher die Gehstruktur überwiegen, die Professionellen kommen also direkt zu den Betroffenen nach Hause. Es ist aber auch vorstellbar, dass das Team in verschiedenen Orten der Region Sprechstunden abhält und/oder wöchentlich in anderen Orten moderierte Angehörigengruppen anbietet. Um eine gute Beratung zu ermöglichen, ist es unbedingt notwendig, dass die MitarbeiterInnen selbst die Region gut kennen und unter anderem über barrierefreie Einkaufsmöglichkeiten oder Freizeitangebote Bescheid wissen.[97]

1.4.4 DRINGENDER HANDLUNGSBEDARF

Aus mehreren Untersuchungen geht hervor, dass alle pflegenden Angehörigen, wenn auch in unterschiedlich hohem Maße, Unterstützung benötigen. Es besteht somit ein dringender Handlungsbedarf im professionellen Pflege- und Betreuungssystem. Pflegende Angehörige stellen eine bedeutende Ressource im Gesundheitswesen dar, und wenn sie keine bzw. nicht die geeignete Unterstützung erhalten, besteht die Gefahr, dass sie selbst erkranken und die Pflege nicht mehr weiterführen können.[98] Für die Pflege bedeutet das auch, dass die Belastungen und auch die Bewältigungsmöglichkeiten mit geeigneten Assessmentinstrumenten erhoben werden müssen, um in adäquater Weise Unterstützung anbieten zu können.[99]

Warum pflegende Angehörige Hilfsangebote oft nicht in Anspruch nehmen, lässt sich in drei Gruppen von Barrieren unterteilen. Die erste Gruppe bezieht sich auf Schuldgefühle, finanzielle Überlegungen, soziale Normen und Informationsmängel.

[97] Vgl. ebd.: S. 268-270
[98] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 25
[99] Vgl. Maudrey, 2004: S. 9

Die zweite Barriere betrifft Überlegungen der Angehörigen, dass sie die Pflege nicht übergeben können, weil sie zum Beispiel annehmen, dass das aufgrund von Aggressivität oder Immobilität zu schwierig ist. Die dritte Barriere besteht im strukturellen Problem der fehlenden Verfügbarkeit. Es ist daher dringend notwendig, möglichst heterogene Dienstleistungsangebote zu entwickeln und zu etablieren. Das Konzept der multiprofessionellen Pflegebegleitung deckt hier „nur“ die Unterstützung der pflegenden Angehörigen in der häuslichen Pflege und Betreuung ab. Ergänzend wird aber noch eine Infrastruktur benötigt, welche eine professionelle Pflege und Betreuung der Erkrankten auch außerhalb des häuslichen Umfeldes gewährleistet. Um pflegenden Angehörigen die Möglichkeit zu bieten, die für sie geeignete Unterstützungsform zu finden, ist es wichtig, eine begleitende, professionelle und kompetente Beratung anzubieten.[100]

Ein erster Schritt, um das Konzept der multiprofessionellen Pflegebegleitung in der Praxis umsetzen zu können, wäre die Schulung der MitarbeiterInnen. Die Fortbildungsmaßnahmen sollen sich wegen der Vielfalt der Aufgaben an ein interdisziplinäres Team richten. Die Autorinnen betonen, dass das Konzept, bevor es eingeführt wird, passend zur regionalen Versorgungsstruktur adaptiert werden muss. Es ist auch denkbar, nur einzelne Komponenten wie zum Beispiel die moderierten Gespräche für Angehörige herauszunehmen und umzusetzen. Es wäre gut, wenn Gemeinden und Länder diese Dienstleistung den BewohnerInnen zur Verfügung stellen würden, denn von pflegenden Angehörigen ist kein finanzieller Beitrag einzufordern, da sie ohnehin bereits unentgeltlich eine gesellschaftlich wichtige Aufgabe leisten. Das Konzept würde sich gut für Anbieter der mobilen Pflege und Betreuung eignen.

In Österreich besteht nach wie vor ein großer Nachholbedarf im Bereich der Pflege und Betreuung zu Hause, unterstützt durch professionelle Dienste.[101] Pflegende Angehörige haben auch den Wunsch nach mehr Männern in der Pflege geäußert. Einerseits, da diese ihrer Meinung nach besser mit Aggression und Gewalt von Seiten der Erkrankten umgehen können und andererseits, weil demenzkranke

[100] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 271-272
[101] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 25

Männer die Körperpflege oft eher durch Männer akzeptieren. Imagekampagnen, um mehr Männer für die Pflege zu gewinnen, sind deshalb notwendig.[102]

Es hat sich gezeigt, dass Angehörige von einer zeitweisen Übernahme der Betreuung durch professionelle Pflegekräfte profitieren. Das kann zum Beispiel durch ein geriatrisches Tageszentrum erfolgen. Wünschenswert wäre daher der Ausbau von Tageszentren, eventuell auch mit längeren Öffnungszeiten. Die Autorinnen erwähnen auch den Bedarf an eigens für Menschen mit Demenz eingerichtete Tageszentren, die auch am Wochenende und an Feiertagen geöffnet haben sollen. Vorstellbar wäre weiters die Möglichkeit von Nachtzentren.

Neben dem Ausbau der ambulanten Einrichtungen besteht auch die Notwendigkeit, spezielle Wohnformen für Menschen mit Demenz zu errichten. Wenn die häusliche Versorgung nicht mehr möglich ist, benötigt man stationäre Einrichtungen, die auf die Betreuung von Demenzkranken spezialisiert sind wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für demenzkranke Menschen oder eigene Stationen in Geriatriezentren.[103]

Ebenfalls Handlungsbedarf besteht im Bereich „kultursensible Pflege“, da auch ausländische Familien professionelle Betreuung benötigen. Oft sind die Schwellen zu hoch, um professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und/oder die Betroffenen sind nicht ausreichend informiert. Speziell für MigrantInnen aufgearbeitetes Informationsmaterial sowie niederschwellige Angebote werden deshalb dringend benötigt.[104]

Neben den Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger müssen aber auch noch andere Möglichkeiten der Versorgung Demenzkranker angedacht werden. Es ist zu erwarten, dass es in Zukunft immer weniger Angehörige geben wird, die die pflegebedürftigen Personen versorgen. Eine Möglichkeit besteht etwa im Ausbau des Ehrenamtes und der Freiwilligenarbeit. Freiwillige HelferInnen, die die Kranken besuchen, sind eine wichtige Maßnahme, um die häusliche Pflege zu stärken. Die Freiwilligen benötigen dazu allerdings eine umfassende Vorbereitung,

[102] Vgl. Maudrey, 2004: S. 8-9 und vgl. Seidl et al., 2007: S. 273-274
[103] Vgl. Seidl et al., 2007b: S. 275-280
[104] Vgl. ebd.: S. 280-281

eine professionelle Begleitung und eine Ansprechperson, die ihnen bei den anfallenden Problemen kontinuierlich zur Verfügung steht.[105]

Seniorengenossenschaften, wie eine zum Beispiel in Riedlingen (Deutschland) angeboten wird, stellen ebenfalls eine Alternative dar. Die ca. 600 Mitglieder dieser seit 1991 bestehenden Genossenschaft helfen sich gegenseitig und bieten unter anderem Leistungen wie Essensdienst, Fahrtendienst oder handwerkliche Dienste an. Dieses zukunftsweisende Projekt, das es älteren Menschen ermöglicht, möglichst lange in ihrem eigenen Heim leben zu können, wurde im Jahr 2004 in Berlin mit dem Zukunftspreis ausgezeichnet.[106]

1.4.5 ZUSAMMENFASSUNG

Das Konzept einer multiprofessionellen Pflegebegleitung hat zum Ziel, pflegende Angehörige in der häuslichen Pflege und Betreuung zu unterstützen und dadurch die Lebensqualität der an Demenz Erkrankten sowie deren Betreuungspersonen zu erhöhen. Um diese Ziele zu erreichen, müssen allerdings bestimmte Kernelemente vorhanden sein. Abhängig von den regionalen geographischen Bedingungen kann eine multiprofessionelle Pflegebegleitung unterschiedliche Strukturen aufweisen. Die MitarbeiterInnen sollen akademisch ausgebildete Pflegepersonen, PsychologInnen oder PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen oder JuristInnen sowie FachärztInnen sein, die wegen der Vielfältigkeit der Aufgaben ausreichend in einem interdisziplinären Team geschult werden müssen.

[105] Vgl. Grässel und Schirmer, 2006: S. 217
[106] Vgl. http://www.martin-riedlingen.de/senioren/seniorenhomepage.htm

2 EMPIRISCHER TEIL

2.1 AUFBAU DER EMPIRISCHEN UNTERSUCHUNG UND METHODIK

„Qualitative Forschung gewinnt in der Pflege in zunehmenden Maße an Bedeutung insofern als sich die Pflege mehr und mehr am Menschen und an seiner Individualität und Subjektivität und nicht nur an seinen Körperfunktionen orientiert.“[107]

Da das subjektive Erleben der Interviewten im Mittelpunkt dieser Untersuchung steht, wurde für die hier vorliegende Arbeit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Die Terminologie und die Methoden der Schlussfolgerung der qualitativen Forschung unterscheiden sich von denen der quantitativen Forschung. Qualitative Ansätze beruhen auf den Überzeugungen, dass es nicht nur die „eine“ Realität gibt, sondern viele verschiedene Realitäten, und dass das, was wir wissen, nur in einem bestimmten Kontext oder in einer bestimmten Situation eine Bedeutung hat.[108]

Aufgrund der steigenden Inzidenz und Prävalenz bei Demenz sind in den letzten Jahren viele Studien zu diesem Thema erschienen, doch es existieren kaum Arbeiten zum Thema alleinlebende, ältere Menschen mit Demenz. Edwards und Morris (2007) haben sich in ihrer Arbeit „Alone and confused: Community-residing older African Americans with dementia” mit diesem Thema auseinandergesetzt. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass ein großer Unterschied zwischen alleinlebenden Menschen mit Morbus Alzheimer und solchen, die mit Familienmitgliedern leben, besteht, und auch sie weisen auf einen Mangel an Erkenntnissen auf diesem Gebiet hin[109].

Mit der hier vorliegenden empirischen Untersuchung soll ein Beitrag geleistet werden den Forschungsstand zu erweitern. Es wurden folgende Forschungsfragen gestellt:

[107] Mayer, 2000: S. 9
[108] Vgl. Burns, Grove, 2005: S. 456
[109] Vgl. Edwards, Morris, 2007: S. 500

- Welche besonderen Herausforderungen bestehen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz?
- Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um bestehende Probleme zu verringern bzw. zu beseitigen?

Die folgenden Kapitel widmen sich der näheren Darstellung der Erhebung und der Auswertung der Daten dieser qualitativen Untersuchung.

2.1.1 DATENERHEBUNG

In der qualitativen Forschung wird versucht, zu erklären, wie es ist, ein bestimmtes Phänomen zu erfahren. Qualitative Methoden werden verwendet, wenn über ein Phänomen wenig bekannt ist und man eine persönliche, subjektive Sichtweise darstellen möchte. Man verwendet dazu offene, nicht standardisierte Erhebungsverfahren. Folgende Grundprinzipien sind für die qualitative Forschung charakteristisch:

Qualitative Forschung ist

- subjektiv,
- idiographisch (das Einzigartige beschreibend),
- ganzheitlich (nicht einzelne Merkmale, sondern der persönliche Ausdruck sind wesentlich),
- bezogen auf das Relevanzsystem der Betroffenen,
- theoriebildend,
- induktiv,
- interpretativ (die Bedeutung der sozialen Wirklichkeit erschließt sich nur über die Interpretation derselben),
- offen und flexibel im Vorgehen
- am Alltagsgeschehen orientiert[110].

Die am häufigsten verwendeten Datensammlungsmethoden bei qualitativen Studien sind die Beobachtung von TeilnehmerInnen, das Befragen von TeilnehmerInnen und das Studium von Schriftstücken.[111]

[110] vgl. Mayer, 2007: S. 88-89

2.1.1.1 DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW

Zur Erhebung der Daten wurde bei dieser Arbeit das problemzentrierte Interview gewählt. Diese Form des Interviews wurde vom deutschen Psychologen Andreas Witzel konzipiert und zielt darauf ab, die persönliche Sichtweise der befragten Personen zu gewissen Problembereichen innerhalb der Gesellschaft zu erfassen. Es wird bei Fragestellungen angewandt, die keinen rein explorativen Charakter mehr haben oder bei stärker theoriegeleiteten Fragestellungen, wo konkrete und spezifische Fragen im Vordergrund stehen.

Die Fragen wurden anhand eines flexiblen Interviewleitfadens gestellt. Der flexible Interviewleitfaden soll die für das Thema relevanten Bereiche umfassen. Der/die Interviewer/Interviewerin fordert dabei die befragte Person dazu auf, zu einem bestimmten Thema frei zu erzählen. Das Interview kommt dadurch einem offenen Gespräch sehr nahe.[112]

2.1.1.2 INTERVIEWPARTNERINNEN[113]

Für die hier vorliegende Untersuchung wurde zuerst Kontakt mit der Vorständin eines großen Anbieters im Bereich Hauskrankenpflege in Wien aufgenommen. Sie wurde per Mail über den Inhalt und die geplante Untersuchungsmethode der Arbeit informiert, und es wurde um die Erlaubnis gebeten, HeimhelferInnen des Unternehmens interviewen zu dürfen.

Nach der schriftlich erfolgten Zusage wurde in einem zweiten Schritt Kontakt mit einigen Teamleitungen des Unternehmens aufgenommen. Jede Teamleitung ist für die Dienstplanerstellung in unterschiedlichen Bezirken Wiens zuständig. Die Teamleitungen wurden ebenfalls über die geplante Untersuchung und über die Einschlusskriterien der Heimhelferinnen informiert.

Die Auswahl der ProbandInnen in der qualitativen Forschung muss sowohl nützlich als auch angemessen sein. Die Stichprobenbildung soll zweckgebunden sein, das

[111] vgl. Burns, Grove, 2005: S. 435
[112] vgl. Mayer, 2007: S. 181-182
[113] Da ausschließlich Frauen interviewt wurden, wird in diesem Kapitel bewusst nur die weibliche Form verwendet.

heißt: Die Auswahl der TeilnehmerInnen ist immer von bestimmten Kriterien abhängig.[114]

Für diese Arbeit gab es folgende Auswahlkriterien:

- Die Interviewpartnerin sollte seit mindestens fünf Jahren als Heimhelferin tätig sein.
- Sie sollte zur Zeit des Interviews mindestens eine alleinlebende Person mit Demenz betreuen.
- Sie ist fähig, sich der deutschen Sprache in Wort und Schrift zu bedienen.

Die Teamleitungen nahmen anschließend Kontakt mit den in Frage kommenden Mitarbeiterinnen auf. War eine Mitarbeiterin damit einverstanden, ein Interview zu geben, gab die Teamleitung ihre Telefonnummer an die Autorin weiter.

Die Interviewpartnerinnen wurden bei der ersten telefonischen Kontaktaufnahme über Sinn und Zweck der Untersuchung informiert, es wurde ihnen Anonymität zugesichert, und es wurde ein Ort für ein Treffen vereinbart, an dem man möglichst störungsfrei sprechen konnte. Alle sechs Interviews wurden, mit Zustimmung der Interviewpartnerinnen, auf Tonband aufgenommen. Die Interviews wurden im Zeitraum September bis November 2009 geführt. Alle Interviewpartnerinnen waren Frauen, die zwischen 9 und 24 Jahren in diesem Beruf tätig waren.

Die Interviews dauerten zwischen 45 und 90 Minuten. Vier Interviews wurden in den Wohnungen der Interviewpartnerinnen geführt, zwei Interviews in der Wohnung der Autorin.

[114] Vgl. Mayer, 2007: S. 286

2.1.1.3 TRANSKRIPTION

Man unterscheidet drei Formen der Transkription:

- Die phonetische Umschrift – diese Form der Transkription verwendet man bei Sprachanalysen.
- Die literarische Umschrift – hier werden der gesprochene Dialekt oder die von der Schriftsprache abweichenden Äußerungen im hierzulande gebräuchlichen Alphabet wiedergegeben.
- Die Übertragung in normales Schriftdeutsch.[115]

In der hier vorliegenden Arbeit wurden die Regeln der Transkription sorgfältig eingehalten. Die Gespräche wurden wortwörtlich und in gesamter Länge transkribiert. Die Dialektsprache wurde ins Hochdeutsche übertragen, außer der Sinn einer Aussage wäre dadurch verändert worden. Besonders betonte Worte wurden groß geschrieben und die Zeilen wurden am linken Blattrand durchgängig nummeriert. Anschließend wurden die Interviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

2.1.2 DATENAUSWERTUNG

Mayer (2007) bezeichnet die Auswertung qualitativer Daten als einen aktiven und schöpferischen Prozess, bei dem der/die Forscher/Forscherin sich auf eine Art „Dialog“ mit dem Datenmaterial einlassen muss. Das „Kommunizieren“ mit dem Text führt zum Verstehen der Inhalte und der Zusammenhänge[116].

Die Form der Datenanalyse muss bei jedem qualitativen Forschungsprojekt sorgfältig beschrieben werden, um den Gütekriterien Nachvollziehbarkeit und Regelgeleitetheit gerecht zu werden. Im Groben lassen sich zwei verschiedene Ansätze zur Auswertung qualitativer Methoden unterscheiden:

[115] Vgl. Mayer, 2007: S. 238-239
[116] Vgl. ebd.: S. 241

- Die interpretativ-explikativen Verfahren

Das sind deutende Verfahren, mit denen man in die Tiefe geht und sich auf die Suche nach verborgenen Strukturen und Bedeutungen begibt, die oft auf den ersten Blick nicht sichtbar sind. Als Beispiele können die objektive Hermeneutik oder textanalytische Verfahren genannt werden.

- Die interpretativ-reduktiven Verfahren

Diese Verfahren sind deskriptiv. Der Text wird hier reduziert, umgeschrieben und in Kategorien zusammengefasst, um dann miteinander verknüpft und interpretiert zu werden. Beispiele für interpretativ-reduktive Verfahren sind die Grounded Theory, die zirkuläre Dekonstruktion und die in dieser Arbeit verwendete Inhaltsanalyse nach Mayring. Kodierung, Kategorisierung und Synthetisierung sind zentrale Aspekte die man bei allen reduktiven Analyseverfahren finden kann[117].

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring

„Dieses Verfahren untersucht die manifesten Kommunikationsinhalte, also Aussagen von Befragten, die diese bewusst und explizit von sich geben“[118].

Eine Inhaltsanalyse ist eine Methode, um fixierte, reproduzierbare Kommunikation auszuwerten. Das Ziel einer Inhaltsanalyse ist die systematische Bearbeitung von Kommunikation, die in irgendeiner Form gespeichert wurde (z. B. Filme oder Videos). In der hier vorliegenden Arbeit wurden Tonbandaufnahmen verwendet. Man orientiert sich bei der Inhaltsanalyse nicht nach vorher definierten Kategorien, sondern bildet diese aus dem Material heraus und orientiert sich dabei an den Forschungsfragen. Eine der bekanntesten inhaltsanalytischen Methoden ist die Inhaltsanalyse nach Mayring [119].

Nach Mayring will Inhaltsanalyse Kommunikation analysieren, fixierte Kommunikation analysieren und dabei systematisch vorgehen. Das heißt: Regelgeleitet und auch theoriegeleitet vorgehen mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.[120]

[117] vgl. Mayer, 2007: S. 241-243
[118] Lamnek, 2005: S. 513
[119] vgl. Mayer, 2007: S. 246
[120] Vgl. Mayring, 2008: S.13

Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring soll nach den folgenden sieben Schritten vorgegangen werden:

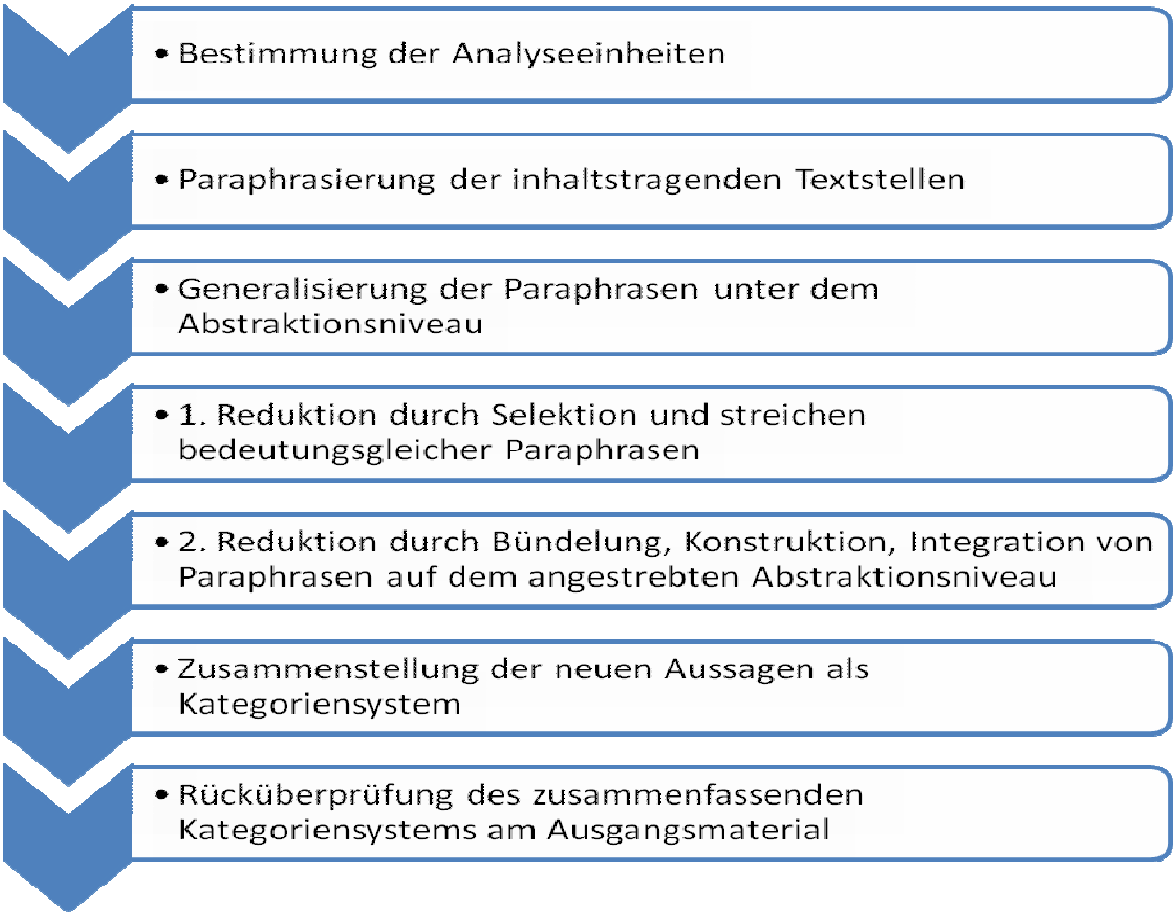

Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Quelle: Mayring, 2008, S. 60); eigene Darstellung

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsverfahren liegt laut Mayring darin, dass die Analyse in einzelne, vorher festgelegte Interpretationsschritte zerlegt wird. Sie wird dadurch für andere nachvollziehbar, intersubjektiv überprüfbar, übertragbar auf andere Gegenstände und für andere benutzbar. Dadurch wird sie zur wissenschaftlichen Methode.[121]

[121] Vgl. ebd.: S. 53

2.2 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Analyse der Interviews dargestellt und interpretiert. Es wurden sechs Hauptkategorien gebildet, die sich wiederum in mehrere Subkategorien unterteilen lassen:

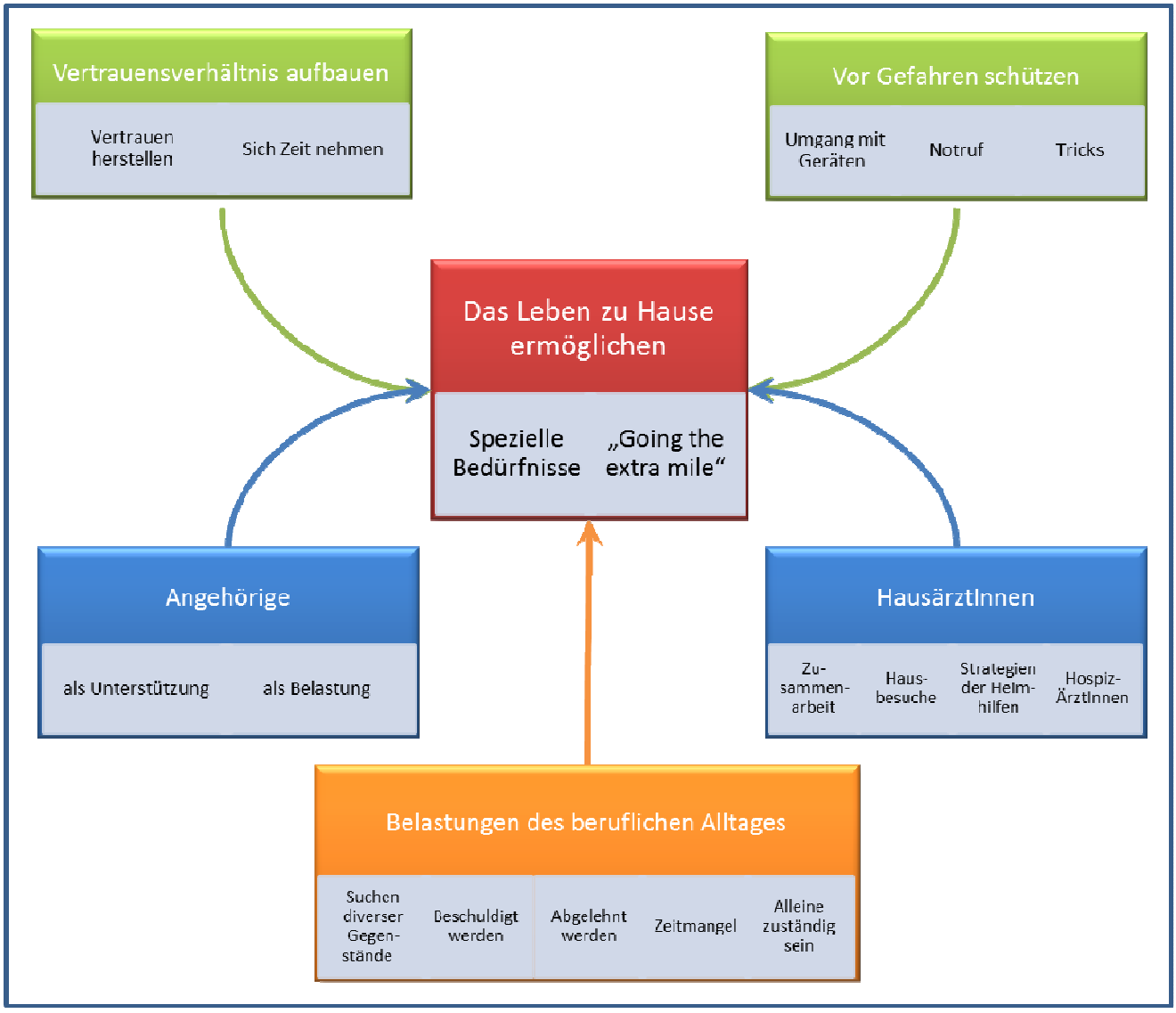

Abbildung 3: Die sechs Hauptkategorien; eigene Darstellung

I. Ein Vertrauensverhältnis aufbauen

a) Vertrauen herstellen

- Regelmäßiges Kommen
- „Langsam arbeiten und mit Humor“
- „Mit dem Lob kann man viel erreichen“

b) Sich Zeit nehmen
   - Für sich wiederholende Gespräche
   - Zeit zum Zuhören

II. Vor Gefahren schützen

a. Umgang mit elektrischen Geräten und dem Gasherd
b. „Den Notruf verwendet sie eigentlich nicht“
c. „Man muss viel mit Tricks arbeiten“
   - „…und dann haben wir getanzt“ - Tricks bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
   - „man müsste eigentlich die ganze Wohnung auspolstern!“ - Für eine sichere Umgebung sorgen

III. Das Leben zu Hause ermöglichen

a) Das Erkennen spezieller Bedürfnisse
   - Das Leugnen von Defiziten
   - Das Anwenden von speziellem Wissen

b) „Going the extra mile“ - Eingehen auf spezielle Wünsche und Bedürfnisse
   - „Dann habe ich überall meine Telefonnummer hinterlassen“
   - „Dann habe ich noch einen Extra-Dispenser besorgt“
   - „Ich komme Sie nur besuchen“

IV. Belastungen des beruflichen Alltages

a) Das Suchen diverser Gegenstände
b) Beschuldigt werden
c) Ablehnung erfahren
d) Zeitmangel
e) Alleine zuständig sein

V. Die Rolle der Angehörigen

a) Angehörige als Unterstützung
b) Angehörige als Belastung

VI. Die Rolle der HausärztInnen

a) Unzureichende Zusammenarbeit
b) Hausbesuche
c) Positive Strategien der Heimhilfen
d) Positive Hospizbetreuung

2.2.1 EIN VERTRAUENSVERHÄLTNIS AUFBAUEN

Der Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis aufbauen“ kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie die Basis für die weitere Betreuung bildet. Fast jede Interviewpartnerin hat davon erzählt, dass die Betreuung der KlientInnen mit Demenz am Anfang meist schwierig war. Sie waren oft ablehnend und es hat einige Zeit (oft mehrere Monate) gedauert, bis die KlientInnen zu ihnen Vertrauen fanden. Erst dann war es überhaupt möglich, mit ihnen zu arbeiten, also sie zum Beispiel bei der Körperpflege zu unterstützen oder ihnen im Haushalt zu helfen.

Diese Kategorie wird wiederum in zwei Subkategorien unterteilt, denn um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, muss zuerst Vertrauen hergestellt werden, und man muss sich ausreichend Zeit nehmen.

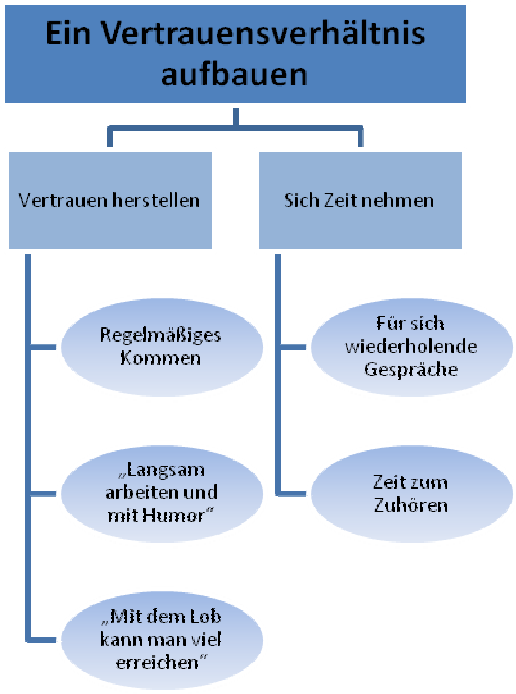

Abbildung 4: Die Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis aufbauen“; eigene Darstellung

2.2.1.1 VERTRAUEN HERSTELLEN

Aus zahlreichen Passagen der Interviews geht hervor, dass es den Betreuerinnen bewusst ist, dass sie Vertrauen nur dann aufbauen können, wenn eine gewisse Regelmäßigkeit bei der Betreuung statt findet:

> *„gleich am Anfang habe ich bemerkt, dass das eine schwierige Situation ist und es ist wichtig dass sie zu mir Vertrauen hat.“* (IW 1, Z. 462-463)

> *„Und so langsam, wenn man das Vertrauen aufbaut, dann kann man wirklich wunderbar mit den Menschen weiter arbeiten, weil das Wichtigste ist Vertrauen.“* (IW 1, Z. 480-483)

Es ist allerdings auch notwendig langsam zu arbeiten, gewisse Situationen mit Humor zu betrachten und den KlientInnen gegenüber Lob und Anerkennung auszusprechen.

2.2.1.1.1 REGELMÄßIGES KOMMEN

Regelmäßigkeit scheint eine Grundvoraussetzung zu sein, um Vertrauen aufbauen zu können. Den KlientInnen ist es wichtig, dass sie von einer bestimmten Heimhilfe betreut werden, die regelmäßig zu ihnen kommt und die weiß, wie man bestimmte Tätigkeiten bei ihnen durchführt, die also mit den Gewohnheiten der KlientInnen vertraut ist:

> *„Man macht das immer, schrittweise, immer denselben Ablauf… und wenn jetzt jemand anders kommt, der das vielleicht ein bisschen (.) versucht, weiß ich nicht, a bisserl abweicht (.) das ist ganz schlimm, ist ganz schlimm für die Leute.“* (IW 2, Z. 216-221)

Oft sind die KlientInnen bereits beunruhigt, wenn sie erfahren, dass ihre Stammheimhilfe einige Tage frei hat oder einen Urlaub plant. Eine Heimhilfe berichtet von einer Klientin, die dreimal täglich betreut wird:

> *„Ja, genau, wenn ich auf Urlaub geh‘, ja schon im Vorhinein - und jetzt sind sie ja bald wieder nicht da und sie gehen ja dann bald auf Urlaub und wie wird das sein und wer wird da kommen und da wird wieder ein Durcheinander sein und das wird wieder nicht funktionieren!“* (IW 2, Z. 209-213)

Und nach dem Urlaub:

> *„und ich bin so froh, dass sie wieder da sind, und es war so schlimm, weil sie nicht da waren.“* (IW 2, Z. 1049-1050)

Die BetreuerInnen berichteten in den Interviews, dass die KlientInnen oft auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme vergessen. Da die Heimhilfen meist alleine für den Einkauf zuständig sind, können sie durch ein regelmäßiges Kommen kontrollieren, ob und wie viel die KlientInnen gegessen und getrunken haben:

> *„Aber natürlich ist es wichtig, wenn man regelmäßig zu jemand kommt, dann kann man das wesentlich besser feststellen … ob er trinkt, man kennt dann schon seine Gewohnheiten*.“ (IW 4, Z. 120-124)

> *„ … und die* (Anm.: die Fertiggerichte) *waren original zu und da weiß ich genau sie hat nichts gegessen.*“ (IW 3, Z. 148-149)

Eine gewisse Regelmäßigkeit in der Betreuung ist also nicht nur für die KlientInnen selbst sondern auch für die BetreuerInnen von Vorteil.

2.2.1.1.2 „LANGSAM ARBEITEN UND MIT HUMOR“

Das langsame Arbeiten scheint besonders am Beginn der Betreuung wichtig zu sein, einerseits, um die KlientInnen nicht zu verunsichern und andererseits auch, um mit ihnen in Kontakt zu kommen:

> *„… aber am Anfang war es sehr schwer mit ihr Kontakt aufzunehmen und ich habe mir Zeit gelassen und dann war es viel leichter und das ist ganz wichtig.“* (IW 1, Z. 652-655)

> *„Und vor allem langsam arbeiten und ja, ein bisschen mit Humor (lacht). Also das hab ich in den letzten Jahren schon in vielen verschiedenen Situationen erlebt.“* (IW 1, Z. 254-256)

Eine Heimhilfe berichtet von einer Klientin mit Demenz, die sie seit einigen Monaten betreut und die ihr gegenüber anfangs sehr ablehnend war. Die Klientin fragt sie oft „alle fünf Minuten“, wo ihr Schlüssel ist, und das ist teilweise sehr anstrengend für sie. Kurz darauf sagt sie *„aber oft lachen wir auch“* (IW 3, Z. 873) und:

„Am Anfang habe ich mir gedacht, na die Frau kann ja überhaupt nicht lachen, aber heute, sie lacht … oder sie sagt, ich bin froh, dass sie wieder zu mir kommen.“ (IW 3: Z. 876-879)

Mehrere InterviewpartnerInnen betonten, wie wichtig es ist, mit den KlientInnen auch einmal lachen zu können und wie sich dadurch eine angespannte Situation oftmals auch wieder entspannen kann.

2.2.1.1.3 „MIT DEM LOB KANN MAN VIEL ERREICHEN“

Um Vertrauen herzustellen und einen Zugang zu den KlientInnen zu finden, wird von den Betreuerinnen in den unterschiedlichsten Situationen Lob und Anerkennung ausgesprochen. Eine Heimhilfe schildert die Situation bei einem Klienten, der trotz offener, nässender und schmerzender Beine nicht mit der Rettung ins Krankenhaus fahren wollte. Der ebenfalls anwesende Notarzt hatte bereits angedroht, den Klienten mittels Amtsarzt in ein psychiatrisches Krankenhaus einweisen zu lassen:

„Da hab ich ihn gelobt, dass er so schöne Haare hat, dass nicht einmal junge Leute so viele Haare haben wie er. Dann wieder etwas anderes, lauter positive Sachen ... und nach einer Stunde hat er gesagt, ja, er geht ins Spital und ist ein Monat im Spital geblieben!“ (IW 1, Z 230-232 und Z. 235-237)

Nachdem der Klient aus dem Krankenhaus entlassen wurde, sollte er regelmäßig Medikamente einnehmen, hat das aber abgelehnt, da er auch zuvor nie Medikamente eingenommen hatte:

„Und ich habe ihn auch erinnert und gelobt, dass er so klug und intelligent ist, dass er die Pulver nimmt … und da muss man die Leute viel loben.“ (IW 1, Z. 248-251)

Dieselbe Heimhilfe erzählt auch von einer Klientin, die sie bereits seit zwei Jahren betreut und die trotz ihrer Demenz wieder zunehmend selbständiger wird. Sie sagt, anfangs lag die Klientin viel im Bett, war inkontinent und hat sich die Schutzhose immer von ihr wechseln lassen:

„Und jetzt steht sie oft alleine, wechselt sich die Schutzhose ... und wenn ich komme, dann lobe ich sie, dass sie so selbständig geworden ist, …“ (IW 1: Z. 311-314)

Aus diesen Beispielen geht deutlich hervor, dass es den Heimhilfen durch das Aussprechen von Anerkennung, zumindest bei einigen KlientInnen, besser gelingt, einen Zugang zu ihnen zu finden und Vertrauen aufzubauen.

2.2.1.2 SICH ZEIT NEHMEN

Die Unterkategorie „Sich Zeit nehmen“ unterteilt sich wiederum in zwei Kategorien. Zeit nehmen müssen sich die Betreuerinnen für die Wiederholungen der KlientInnen, aber auch dafür, sich selbst oft zu wiederholen, und es ist auch wichtig, den Betroffenen zuzuhören.

2.2.1.2.1 FÜR SICH WIEDERHOLENDE GESPRÄCHE

Die Abnahme des Gedächtnisses, im Besonderen des Kurzzeitgedächtnisses bei Menschen mit Demenz führt oftmals zu ständigen Wiederholungen. Alle Interviewpartnerinnen erzählen in unterschiedlichster Art von solchen Situationen und wie wichtig es ist, sich dafür ausreichend Zeit zu nehmen.

Eine Heimhelferin berichtete von einer 97-jährigen Klientin, mit der sie vor wenigen Wochen ein Konto eröffnet hat. Zuvor hatte die Klientin das gesamte Bargeld immer zu Hause und hat auch alle ihre Zahlungen selbst erledigt. Mit fortschreitender Demenz war es nicht mehr nachvollziehbar, ob Rechnungen bezahlt wurden oder nicht:

> *„Ich weiß nicht, zahlt sie die ein, zahlt sie die nicht ein, zahlt sie die doppelt ein!“ (*IW 2, Z. 411-413)

Nach langem Zureden durch die Heimhilfe gab die Klientin ihre Zustimmung zur Eröffnung eines Kontos. Die Klientin war in der darauf folgenden Zeit allerdings sehr beunruhigt und fragte die Heimhilfe wiederholt danach, wo denn ihr Geld sei und ob noch genug Geld vorhanden ist:

> *„… und ich versuche halt jedes Mal, wenn ich komme, ihr das wieder zu erklären. Wenn sie Geld brauchen, wenn sie keines mehr zu Hause haben, dann gehe ich mit ihnen auf die Post, wir heben Geld ab und dann sagt sie - na, ich habe eh noch genug zu Hause.“ (*IW 2, Z. 459-463)

Eine andere Heimhilfe schildert die Situation bei einer Klientin, deren Ehemann vor einigen Monaten verstorben ist und die jetzt dreimal täglich durch HeimhelferInnen betreut wird. Sie erzählt, dass es Tage gibt, an denen die Klientin wartet, dass ihr Mann nach Hause kommt und sie auch nicht versteht, warum immer wieder verschiedene Leute zu ihr kommen:

> *„… aber zum großen Teil sagt sie - erklären sie mir die Situation, warum bin ich alleine? – oder, wie ist das jetzt, wer kommt jetzt zu mir? (.) fünfmal, zehnmal!“* (IW 3, Z. 635-637)

> *„Und das mit dem - na, habe ich vergessen - sagt sie in einer Tour.“* (IW 3, Z. 487-488)

Dieselbe Heimhilfe betreut noch eine weitere Klientin mit Demenz. Die Klientin ist noch alleine ausgehfähig ist und wird von der Betreuungsperson als sehr unruhige und nervöse Person beschrieben, die sich ständig wiederholt:

> *„die geht immer herum, die ist so unruhig … Kann ich jetzt fortgehen, kommt jetzt jemand, kann ich fortgehen? ... sie geht fünfmal in die Trafik und kauft sich am Tag fünfmal die Kronenzeitung.“* (IW 3, Z. 529-536)

Wiederholungen werden aber nicht nur als Belastung empfunden. Eine Interviewpartnerin berichtet darüber, dass es auch ihr Freude bereitet, wenn sich die Klientin freut. Sie sagt, dass man sich dafür oft nur wenige Minuten am Tag Zeit nehmen muss:

> *„und sie hat mir schon oft Fotos ein paar Mal gezeigt und jedes Mal habe ich sie bewundert und habe so getan als würde ich die Fotos das erste Mal sehen - sie war begeistert!“* (IW 1, Z. 781-784)

Sich Zeit zu nehmen für die sich wiederholenden Gespräche bedeutet aber nicht nur dass sich die HeimhelferInnen Zeit nehmen für die Wiederholungen der KlientInnen. Fast alle Betreuerinnen gaben in den Interviews an, dass sie sich viel Zeit dafür nehmen, die KlientInnen immer wieder an die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu erinnern:

> *„Da muss man sie immer wieder auffordern - bitte trinken, trinken, trinken!“* (IW 5, Z. 286-287)

„…aber da muss ich daneben sitzen und sagen jetzt an Schluck und wieder an Schluck.“ (IW 3, Z. 135-136)

„Darum versucht man mit ihnen wirklich zu reden, immer wieder zu reden …“ (IW 5: Z. 384-385)

Die BetreuerInnen müssen sich also einerseits dafür Zeit nehmen, dass die KlientInnen bestimmte Tätigkeiten und auch Gespräche ständig wiederholen. Andererseits ist es auch wichtig sich Zeit zu nehmen um den Betroffenen bestimmte Situationen oder auch notwendige Tätigkeiten immer wieder zu erklären.

2.2.1.2.2 ZEIT ZUM ZUHÖREN

Wie wichtig es ist, sich Zeit zum Zuhören zu nehmen, geht aus der folgenden Schilderung hervor. Eine Heimhelferin erzählt von einer Klientin, die nur dann das Gefühl hatte, dass jemand bei ihr war, wenn man sich zu ihr gesetzt hat und ihr zugehört hat, „nur“ im Haushalt zu arbeiten hat für diese Klientin nicht gezählt:

„… und sie sagt zu mir, sie waren heute fast gar nicht bei mir. Ja, weil bei ihr hat nur das gezählt, wo sie sich Zeit genommen haben und mit ihr gesessen sind und ihr zugehört haben.“ (IW 1, Z. 743-746)

Besonders am Anfang der Betreuung bedarf es eines gewissen Taktgefühls. Man kann nicht in die Wohnung eines Menschen mit Demenz kommen und, ebenso wie bei KlientInnen ohne Demenz, bei der ersten Begegnung den Tagesablauf erstellen:

„da muss man sich die Zeit nehmen, auch wenn man glaubt, die Zeit ist vielleicht verloren, aber so heraus zu hören, was notwendig ist … und das ist auch nicht immer bei der ersten Begegnung klar … Da muss man ein bisschen beobachten.“ (IW 4, Z. 58-60 und Z. 62-63)

Eine Interviewpartnerin berichtete von einer Klientin, die früher viel gereist ist und meint, sie profitiert davon, wenn sie der Klientin zuhört, wenn diese (auch wiederholt) von ihren Reisen erzählt:

*„ich habe sehr gerne zugehört, was sie mir zu sagen hat, weil die Menschen haben viel zum Sagen … wenn die sehen, dass man ihnen gerne zuhört.“(*IW 1, Z. 493-496)

Sich Zeit zu nehmen, um den Menschen zuzuhören kann also, wie im oben genannten Beispiel, auch als persönliche Bereicherung empfunden werden. Zur Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis aufbauen“ lässt sich zusammenfassend sagen, dass es viel Einfühlungsvermögen, Taktgefühl und Engagement der BetreuerInnen benötigt, damit überhaupt ein Vertrauensverhältnis zustande kommen kann.

2.2.2 VOR GEFAHREN SCHÜTZEN

Aus zahlreichen Passagen der Interviews geht hervor, dass das Thema Sicherheit und die Sorge um die KlientInnen für alle Interviewpartnerinnen von großer Bedeutung sind. Alle Heimhelferinnen konnten über gefährliche Situationen bei den KlientInnen, die sie meist selbst beobachtet hatten oder von KollegInnen und Angehörigen erzählt bekamen, berichten.

Wie aus der folgenden Darstellung hervorgeht, lässt sich die Kategorie „Vor Gefahren schützen“ wiederum in drei Unterkategorien unterteilen.

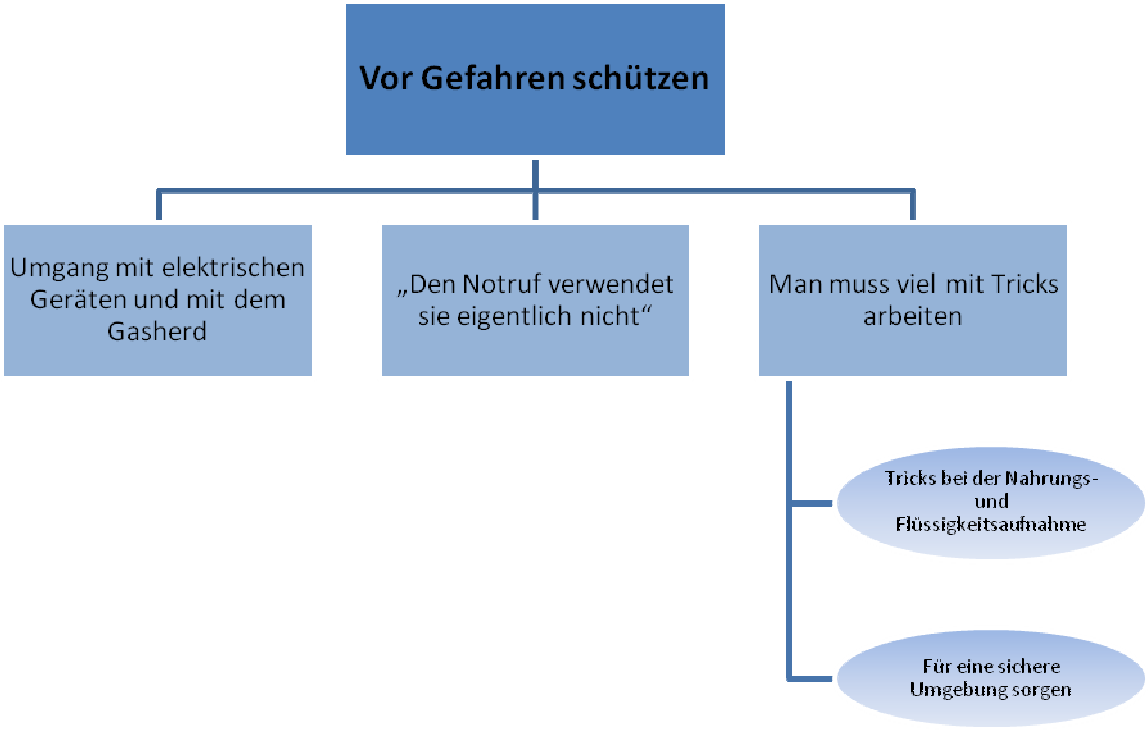

Abbildung 5: Die Kategorie „Vor Gefahren schützen“; eigene Darstellung

2.2.2.1 UMGANG MIT ELEKTRISCHEN GERÄTEN UND DEM GASHERD

In fast jedem Interview berichten die Heimhelferinnen von Situationen, in denen die KlientInnen vergessen hatten, eines oder mehrere elektrische Geräte und/oder den Gasherd abzuschalten:

> *„Man weiß ja nicht, ob sie das Gas aufgedreht lässt, sie hat im Badezimmer so einen Heizstrahler, da habe ich schon ein paar Mal bemerkt, dass der gebrannt hat, also dass sie den aufgedreht hat und vergessen hat, …“* (IW 2, Z. 400-403)

> „… *aber jetzt habe ich von meiner Kollegin gehört, sie war mal dort und sie hat gesagt, sie* (Anm.: die Klientin) *hat geschlafen und das Gas war aufgedreht.“* (IW 4, Z. 954-956)

Das Wissen über diesen Zustand löste bei den Betreuerinnen immer wieder Angst um die KlientInnen aus, speziell dann, wenn es wiederholt zu solchen Situationen kam:

> *„Aber am Anfang habe ich große Angst gehabt, … weil wie oft bin ich am Anfang gekommen und die Flamme hat gebrannt, das Gas hat gebrannt, aber es war nichts am Ofen!*“ (IW 3, Z. 323-326)

Eine Betreuerin berichtete davon, dass sie zu einer Klientin zum Abendeinsatz kam und bereits beim Betreten der Wohnung einen unangenehmen Geruch wahrnehmen konnte. Die Klientin wurde dreimal täglich von HeimhelferInnen betreut, und normalerweise bereitete die Betreuerin am Abend eine Suppe für sie zu. An diesem Tag versuchte die Klientin, sich die Suppe selbst zu wärmen. Den Gasherd konnte sie dazu nicht benützen, da die Knöpfe zum Betätigen des Herdes seit einiger Zeit prophylaktisch abgezogen waren:

> *„Die Knöpfe waren abgezogen vom Gasherd und sie hat den Suppentopf in die Mikrowelle gestellt. Und ich komme zu ihr in die Wohnung, ein penetranter Geruch in der ganzen Wohnung! … die Mikrowelle war kohlschwarz … und der Deckel war aus Bakelit und dieses Bakelit, das war zerschmolzen!“* (IW 4, Z. 1070-1078)

In einem anderen Fall zeigte sich, wie wichtig die Kommunikation der BetreuerInnen untereinander ist, speziell bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Das Team erkannte durch verschiedene Anzeichen bereits sehr früh, dass die Klientin sich im Anfangsstadium einer Demenz befand. Sie fand unter anderem zeitweise vom Gang des Hauses nicht mehr in ihre Wohnung zurück oder hatte wiederholt vergessen, die Flamme vom Gasherd abzudrehen. Durch die gute Zusammenarbeit im Team einigten sich die Heimhilfen rasch darauf, rechtzeitig eine Erhöhung der Betreuungszeiten zu beantragen sowie eine Sachwalterschaft anzuregen:

> *„… das hat auch eher langsam angefangen mit der Demenz. Eben dass sie einmal vergessen hat den Herd, also die Flamme abzudrehen,… und dann haben wir eben gesprochen und gesagt, ja, man braucht mehr Einsätze, das geht nicht,…“* (IW 5, Z. 210-214)

Die hier angeführten Beispiele veranschaulichen sehr deutlich, warum die HeimhelferInnen sich oft Sorgen um ihre alleinlebenden KlientInnen mit Demenz machen. Das wiederholte Beobachten solcher Situationen kann eine große psychische Belastung für die Betreuerin sein, vor allem dann, wenn sie das Gefühl hat, alleine zuständig zu sein und kein Austausch mit KollegInnen möglich ist.

Die Entscheidung, bestimmte Maßnahmen zur Sicherheit der KlientInnen zu setzen wie zum Beispiel die Erhöhung der Betreuungsstunden oder die Anregung einer Sachwalterschaft, ist leichter in einem Team zu treffen als als Einzelperson.

2.2.2.2 „DEN NOTRUF VERWENDET SIE EIGENTLICH NICHT“

Viele alleinlebende Menschen verwenden einen sogenannten Hausnotruf, um im Notfall Hilfe zu bekommen. Dieser „Notruf“ wird in Form eines Arm- oder Halsbandes getragen. Bei Menschen mit Demenz scheint der Notruf allerdings, vor allem aufgrund der Vergesslichkeit, nicht sehr hilfreich zu sein.

Die folgende Interviewpartnerin berichtet von einer Klientin, die trotz des Notrufes nicht in der Lage war, sich Hilfe zu organisieren:

> *„Die haben oft den Notruf … diese Hilfe und können sich auch nicht damit helfen, weil sie wissen nicht, was sie damit machen sollen.“* (IW 1: Z. 34-37)

Im weiteren Verlauf des Interviews stellte sich heraus, dass die Klientin wahrscheinlich bereits einige Stunden auf der Toilette verbracht hatte und total verzweifelt war, da sie alleine nicht mehr aufstehen konnte:

> *„Ich bin zum Beispiel zu einer Klientin gekommen, und die ist auf der Toilette gesessen, total verzweifelt … erst nachher hat sie erzählt, dass sie wahrscheinlich schon zwei, drei Stunden gesessen ist und sie wusste nicht, was sie weiter machen soll.“* (IW 1: Z. 51-56)

Die KlientInnen vergessen einerseits darauf, den Notruf in Notsituationen zu drücken, in anderen Fällen wurde berichtet, dass die KlientInnen den Notruf ständig, also ohne besonderen Anlass, betätigen. Auch das wiederholte Erinnern bringt in diesem Fall nicht das gewünschte Ergebnis:

> *„naja, es hat ja fast keinen Sinn, dass man sagt drücken sie auf die Uhr, also auf den Notruf … das hat keinen Sinn (.) das bringt gar nichts, …“* (IW 5: Z. 378-378 u. Z. 383)

Eine Interviewpartnerin gab an, dass ihre Klientin es trotz mehrmaliger Aufforderung ablehnt, den Hausnotruf tagsüber bei sich zu tragen. Sie gibt an, dass sie den Notruf nicht verwenden möchte, da sie Angst hat, von der Rettung ins Krankenhaus gebracht zu werden:

> *„… den Notruf verwendet sie eigentlich nicht, nur beim Schlafen hat sie ihn oben beim Bett liegen … In der Wohnung tragt sie ihn nicht, weil wenn sie da drauf drückt, die dann kommen und sie ins Spital führen.“* (IW 2: Z. 177-183)

Aus den oben genannten Zitaten geht deutlich hervor, dass der Hausnotruf für alleinlebende Menschen mit Demenz nicht das geeignete Mittel ist, um bei Bedarf Hilfe zu rufen. Wie auch in der Unterkategorie „Umgang mit elektrischen Geräten und Gasherd“ beschrieben, weisen auch hier einzelne Passagen der Interviews darauf hin, dass dieses Wissen für einige der interviewten Personen belastend ist. Sie wissen einerseits, dass den KlientInnen jederzeit etwas zustoßen kann, und dass sie andererseits, hauptsächlich aufgrund ihrer Vergesslichkeit, nicht in der Lage sind, Hilfe zu holen.

2.2.2.3 „MAN MUSS VIEL MIT TRICKS ARBEITEN“

Fast alle Betreuerinnen berichteten davon, dass es bei alleinlebenden Menschen mit Demenz nicht immer leicht ist, sie vor Gefahren zu schützen. Herkömmliche Mittel wie zum Beispiel der Hausnotruf oder auch ein Aufklärungsgespräch führen hier, im Gegensatz zu den meisten Menschen ohne Demenz, nicht oder nur selten und oft nur kurzfristig zum Ziel.

Alle Befragten erwähnten in den Interviews, dass sie sich oft Sorgen um das Wohlergehen ihrer KlientInnen machen und deshalb im Alltag zu den verschiedensten Tricks greifen oder wie es eine Heimhilfe nennt: *„hie und da muss man ein bisschen Notlügen gebrauchen.“* (IW 5, Z. 394)

2.2.2.3.1 „… UND DANN HABEN WIR GETANZT“ - TRICKS BEI DER NAHRUNGS- UND FLÜSSIGKEITSAUFNAHME

Einen besonderen Einfallsreichtum zeigen die Betreuerinnen, wenn es um die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme geht. Wie bereits in der Kategorie „Sich Zeit nehmen“ erwähnt wurde, bedarf es oft einiger Wiederholungen, um die KlientInnen zum Essen und Trinken zu motivieren.

Eine Betreuerin erzählt von einer 97-jährigen Klientin, die sich das Essen teilweise noch selbst zubereitet bzw. aufwärmt und bei der sie oft beobachten kann, dass sie vergisst zu essen. Sie macht sich deshalb Sorgen um die Klientin, möchte ihr allerdings auch nicht das Gefühl geben sie zu bevormunden:

> *„… sage ich na gut, dann stellen wir es gleich raus* (Anm.: das Essen aus dem Kühlschrank)*, dass es nicht so kalt ist, damit sie sich dann leichter tun mit dem Wärmen … damit sie ja nicht vergisst zum Essen … ja, so kleine Tricks, wo sie nicht das Gefühl hat, ich bevormunde sie.“* (IW 2, Z. 645-653)

Sie bemerkt auch immer wieder, dass die Klientin vergisst zu trinken und hat deshalb gefüllte Gläser in der ganzen Wohnung verteilt sowie zusätzlich Zettel mit der Aufforderung zu trinken angebracht:

„und wenn ich dort bin, dann stell ich ihr da ein Glas hin und dort ein Glas hin und die Flasche dazu und das Fortimel (Anm.: Trinknahrung) *ins Glas hinein, damit sie es ja trinkt, weil sonst weiß sie nicht, was ist das eigentlich.“* (IW 2, Z. 884-887)

„Ich hab das schon versucht mit Zetteln aufzukleben – WICHTIG TRINKEN!“ (IW 2, Z. 64-65)

Eine andere Betreuerin gibt an, dass ihre Klientin am liebsten bei „ihrem Wirt am Eck“ gegessen hat und oft nur dann essen möchte, wenn das Mittagessen von diesem Wirt zubereitet wurde:

„Man muss viel mit Tricks arbeiten … zum Beispiel, wenn die Leute nicht essen wollen, da kann man sagen, das hat der Wirt am Eck gekocht, bei dem sie früher immer essen war, wenn man das weiß.“ (IW 6: Z. 202-207)

Dieselbe Betreuerin berichtet von einer anderen Klientin, mit der sie über das Tanzen einen Zugang gefunden hat und sie auf diesem Weg auch zum Essen bewegen konnte:

„mit der Frau H. hat man über das Tanzen einen guten Zugang gefunden … die hat früher gerne getanzt und wenn man gesagt hat, sie soll jetzt essen und dann tanzen wir, dann hat sie gegessen.“ (IW 6, Z. 38-42)

Auf die Frage, wie sie mit der Klientin getanzt hat, meinte sie:

„da hat sie sich auf meine Beine gestellt und ich bin mit ihr im Kreis gegangen … und das war für sie tanzen und dann war sie zufrieden.“ (IW 6, Z. 54-57)

Die Betreuerin gibt auch an, dass es für sie sehr wichtig ist, einen Zugang zu den Menschen zu finden:

„Und da musst du einen Zugang finden, über irgendetwas, was früher einmal war … der eine singt gerne, und der andere lacht gerne oder tanzt …“ (IW 6, Z. 36-37 u. Z. 65-66)

Besonders an Tagen, an denen die KlientInnen sich eher ablehnend verhalten, ist es gut, über bestimmte Gewohnheiten Bescheid zu wissen, da das die Betreuung für alle Beteiligten erleichtern kann.

2.2.2.3.2 „MAN MÜSSTE EIGENTLICH DIE GANZE WOHNUNG AUSPOLSTERN!“ - FÜR EINE SICHERE UMGEBUNG SORGEN

Eine häufige Ursache für Verletzungen bei älteren Menschen sind Stürze. Aus zahlreichen Passagen der Interviews geht hervor, dass viele der alleinlebenden KlientInnen mit Demenz bereits wiederholt gestürzt sind:

> *„sie ist oft gestürzt“* (IW 1, Z. 329)
> *„sie ist überhaupt sehr sturzgefährdet“* (IW 2, Z. 188-189)
> *„die tut sich oft irgendwo weh“* (IW 6, Z. 185-186)

Eine Betreuerin gibt an, dass sie sich besonders beim Stufensteigen um ihre KlientInnen sorgt und deshalb besonderen Wert darauf legt, dass sie Gehhilfen verwenden oder sich beim Gehen bei ihr einhängen:

> *„man kann nicht alles wegräumen, jeden Stein kann man nicht aus dem Weg räumen, das geht nicht … aber den Großteil halt und immer schauen, dass sie mit einem Stock gehen oder mit der Gehhilfe.“* (IW 5, Z. 409-413)

> *„Ich sage immer, na hängen sie sich ein oder lassen sie mich einhängen, ich bin müde, also ich mache das eher auf die lustige Tour.“* (IW 5, Z. 347-350)

Diese Heimhelferin sagt auch, angesprochen auf das Thema alleinlebende Menschen mit Demenz und Sturzgefahr - *„das ist dann ein Riesenproblem!“* (IW 5, Z. 354). Die interviewten Betreuerinnen waren auch hier darum bemüht die KlientInnen vor Gefahren zu schützen, indem sie versuchten, Hindernisse rechtzeitig aus dem Weg zu räumen und die Ursachen für den Sturz zu beheben:

> *„wir versuchen im Vorfeld schon wegzuräumen, was wegzuräumen ist, an Teppich, an Vorleger, wo sie halt stürzen könnten … oder keine offenen Schuhe, eher geschlossene Hauspantoffel anziehen mit Klettverschluss.“* (IW 5, Z. 354-356 u. 358-360)

> *„… dass Teppiche entfernt werden, Kabeln müssen entfernt werden. Man muss oft Kanten sichern, weil sie oft hinfallen … und dann Kopfverletzungen haben. Eben die Frau B. die ist schon auf die Tischkante gestürzt, … man müsste eigentlich die ganze Wohnung auspolstern!“* (IW 6, Z. 181-186)

Nicht selten lehnen die KlientInnen es aber ab, dass zum Beispiel Teppiche entfernt werden. Eine Heimhilfe gibt an, in Ausnahmefällen Teppiche auch heimlich zu entfernen, und oft fällt es den KlientInnen gar nicht auf:

> *„das muss man auch heimlich machen manchmal.“* (IW 6, Z. 192)

Es kommt aber auch vor, dass KlientInnen zuerst mit dem Entfernen des Teppichs einverstanden sind und ihn in einigen Tagen wieder haben möchten. Auch in diesen Fällen werden oft kleine Tricks oder Notlügen verwendet. Eine Heimhilfe antwortet auf die Frage einer Klienten wo den ihr, vor wenigen Tagen entfernter Teppich sei, folgendermaßen:

> *„… der ist in der Reinigung … hie und da muss man ein bisschen Notlügen gebrauchen … das macht man einfach, weil man ja will, dass es dem Klienten gut geht.“* (IW 5, Z. 391-397)

Zusammenfassend lässt sich zur Kategorie „Vor Gefahren schützen“ sagen, dass der Umgang mit elektrischen Geräten und dem Gasherd sowie Stürze die häufigsten Gefahrenquellen bei alleinlebenden Menschen mit Demenz darstellen. Hilfsmittel wie der Hausnotruf erfüllen ihren Zweck bei dieser KlientInnengruppe kaum, da sie ihn aufgrund ihrer Vergesslichkeit nicht richtig bedienen können.

Wie aus den meisten Interviews hervor geht, ist die Betreuung dieser Menschen für die Heimhelferinnen dadurch zusätzlich erschwert. Das Wissen über die vorhandenen Gefahrenquellen stellt oftmals eine psychische Belastung dar. Die Situation unterscheidet sich in dieser Hinsicht wesentlich von der Betreuung älterer, alleinlebender Menschen ohne Demenz. Die meisten Interviewten gaben an, in ihrem Berufsalltag kleine Tricks oder Notlügen zu gebrauchen, um die KlientInnen dadurch vor Gefahren zu schützen.

2.2.3 DAS LEBEN ZU HAUSE ERMÖGLICHEN

Wie bereits in den vorherigen Kategorien erwähnt, benötigen die BetreuerInnen oftmals viel Einfühlungsvermögen, Engagement und auch Taktgefühl, um alleinlebende Menschen mit Demenz zu betreuen. Um ihren KlientInnen das Leben zu Hause zu ermöglichen, müssen die HeimhelferInnen zusätzlich auch in der Lage sein, die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erkennen und entsprechend darauf einzugehen.

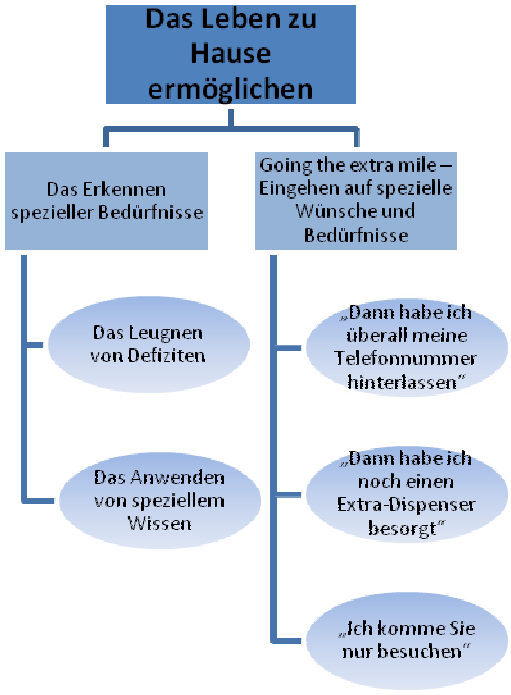

Abbildung 6: Die Kategorie „Das Leben zu Hause ermöglichen"; eigene Darstellung

2.2.3.1 DAS ERKENNEN SPEZIELLER BEDÜRFNISSE

Wie im Kapitel „Symptomatik bei Demenz" bereits beschrieben, neigen Menschen mit Demenz häufig dazu, begangene Fehler zu leugnen oder Ausreden zu erfinden, vor allem auch, wenn es um ihren Gesundheitszustand geht. Eine besondere Aufmerksamkeit seitens der HeimhelferInnen ist deshalb bei der Betreuung dieser Personengruppe wichtig.

2.2.3.1.1 Das Leugnen von Defiziten

Eine Heimhilfe berichtete von einer Klientin, die im Anfangsstadium der Erkrankung über einen längeren Zeitraum in der Lage war, bestimmte Defizite vor ihrer Betreuerin, aber auch vor ihrer Familie zu verstecken. Sie erzählte, dass die Klientin eines Tages erwähnte, dass am Abend des Vortages keine Heimhilfe bei ihr war. Die Betreuerin empfahl der Klientin, in so einem Fall sofort im Büro der Organisation anzurufen und den Vorfall zu melden. Die Klientin reagierte auf diesen Vorschlag mit Ablehnung:

> *„Nein, das kann man nicht, das kann man nicht, man weiß nicht den Grund, warum jemand nicht gekommen ist oder nicht zugeteilt wurde, und man kann nicht jemanden gleich verpetzen!“* (IW 4, Z. 432-435)

In einem Gespräch mit der Schwiegertochter der Klientin fand die Heimhilfe heraus, dass sich die Schwiegertochter bereits seit einiger Zeit wegen des Verhaltens ihrer Schwiegermutter kränkte. Sie erzählte ihr unter anderem, dass die Klientin ihre Enkelkinder nicht mehr zum Geburtstag anrief, obwohl alle besonderen Anlässe am Kalender vermerkt waren. Durch diese Vorfälle fand die Heimhilfe heraus, dass es der Klientin einfach nur schwer fiel, das Telefon zu bedienen:

> *„sie hat einfach nicht mehr anrufen können, sie hat die Nummer nicht wählen können.“* (IW 4, Z. 450-451)

Die Betreuerin begann also die Klientin beim Telefonieren zu unterstützen, indem sie für sie die jeweiligen Telefonnummern wählte:

> *„also dann habe ich für sie die Nummer gewählt… und dann hat sie normal gesprochen, wie wenn nichts gewesen wäre, also dort, wo sie die Defizite hatte, habe ich einfach … geschaut halt, dass das gedeckt ist.“* (IW 4, Z. 455 u. 458-460)

Einen weiteren Punkt, bei dem KlientInnen häufig versuchen, ihre Defizite zu verstecken, stellt die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr dar. Mehrere Interviewpartnerinnen berichteten darüber, dass sie oft nur durch Zufall entdecken, dass die KlientInnen nicht ausreichend essen und trinken. Eine Heimhilfe erzählte von einer Klientin, die sie bereits seit einigen Jahren betreute und die ihr gegenüber

stets betonte, dass sie ausreichend essen und trinken würde. Da die Betreuerin aber auch den Einkauf für die Klientin erledigte, bemerkte sie bald, dass meist alle von ihr gekauften Lebensmittel und auch Getränke noch im Kühlschrank waren, wenn sie nach einigen Tagen wieder zum Einsatz kam:

> *„ … und dann, wo es mir aufgefallen ist, dass es nicht funktioniert und dass sie es* (Anm.: das Essen und Trinken) *wirklich vergisst, haben wir geschaut, dass wir jetzt jeden Tag kommen, …“* (IW 2, Z. 488-490)

Durch die Aufmerksamkeit der Betreuerin und das rechtzeitige organisieren von täglichen Einsätzen konnte dafür gesorgt werden, dass die Klientin nun regelmäßig ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt:

> *„… und jetzt, ab diesem Wochenende, kommen die Heimhilfen am Wochenende auch, zwar nur eine Viertelstunde, aber dass man schaut, dass sie trinkt und wir richten ihr das Essen her, also einfach nur, dass jemand da ist und schaut.“* (IW 2, Z. 493-496)

Bei einer anderen Klientin bemerkte ihre Betreuerin eine zunehmende Urininkontinenz. Die Klientin hingegen beteuerte, regelmäßig auf die Toilette zu gehen. Durch das Erhöhen der Einsätze auf dreimal täglich konnte nun die Schutzhose bei der Klientin regelmäßig gewechselt werden bzw. die Klientin zur Toilette begleitet werden. Die Heimhilfe zeigte sich im Interview erfreut über die erhöhten Einsatzzeiten, da sie nun das Gefühl hatte, dass die Klientin trotz dieses Defizits ausreichend versorgt wurde:

> *„… na das klappt perfekt mit der Versorgung, weil wir kommen dreimal täglich … Früh, Mittag und Abend und das klappt wirklich toll.“* (IW 5, Z. 482-483 und Z. 491-492)

In den hier aufgezählten Fällen ist es der besonderen Aufmerksamkeit der BetreuerInnen zu verdanken, dass die KlientInnen mit Demenz trotz des Leugnens bestimmter Defizite ausreichend versorgt werden und dadurch auch in der Lage sind, weiter alleine zu Hause zu leben.

2.2.3.1.2 DAS ANWENDEN VON SPEZIELLEM WISSEN

Die interviewten Heimhelferinnen berichteten darüber, dass sie sich ihr Wissen über die Krankheit Demenz und den Umgang mit Menschen mit Demenz auf die unterschiedlichste Art angeeignet haben. Da die Befragten zum Zeitpunkt der Interviews bereits zwischen 9 und 24 Jahren in ihrem Beruf tätig waren, haben die meisten von ihnen während ihrer Heimhilfeausbildung nur wenig über das Thema Demenz gelernt. Eine Interviewpartnerin erwähnte, dass es bei der derzeitigen Heimhilfeausbildung ihrer Organisation seit kurzer Zeit einen Schwerpunkt „Demenz" gibt:

> *„in den Anfangskursen … ist jetzt die Demenzschulung dabei."* (IW 6, Z. 396-397)

Eine andere Betreuerin erzählte, dass sie in ihrer Freizeit Validationskurse nach Naomi Feil besuchte und sich diese Kurse auch selbst bezahlte. Das daraus gewonnene Wissen kann sie gut in ihrem Berufsalltag anwenden, speziell bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz. Sie berichtete im Interview von einer Frau, die sie, als sie zum Einsatz kam, mit einem Wortschwall begrüßte, und dass sie anfangs nicht wusste, wie sie darauf reagieren soll. Sie erinnerte sich aber daran, im Validationskurs gelernt zu haben, wie man mit solchen Situationen umgeht:

> *„aber ein bisschen Erfahrung habe ich schon … weil wenn man nicht weiß, was man sagen soll, da kann man die letzte Sequenz wiederholen."* (IW 4, Z. 784-786)

Wie aus dem nächsten Beispiel hervorgeht, benötigt man aber auch oft eine andere Art von Wissen, um Menschen mit Demenz zu betreuen. Eine Heimhelferin berichtete, dass sie ihrer Klientin ein Getränk brachte, dass sie mit Absicht nicht in den Kühlschrank gestellt hatte, damit es nicht zu kalt sei. Die Klientin fragte die Betreuerin daraufhin, ob das Getränk aus dem „warmen Eiskasten" kommt:

> *„Das ist aber aus dem warmen Eiskasten … na, ich weiß, dass mein Eiskasten warm ist, weil der Eismann war noch nicht da, der, der die Eisblöcke bringt."* (IW 5, Z. 223-224 u. 227-228)

Die Heimhilfe erinnerte sich daran, dass sie den Eismann, der früher regelmäßig das Eis geliefert hatte, aus Erzählungen kannte. Dieses spezielle Wissen ermöglichte es ihr, das Gespräch mit der Klientin fortzuführen, da sie wusste, wovon sie spricht.

Wissen eignen sich die Betreuerinnen auf die unterschiedlichste Art an. Eine andere Interviewpartnerin sagte, ihr sei aufgefallen, dass Menschen mit Demenz starke Stimmungsschwankungen haben, und aus diesem Grund macht sie sich an bestimmten Tagen, an denen es den KlientInnen gut geht, Notizen. Sie gab an, dass ihr dieses Vorgehen die Arbeit an jenen Tagen erleichtere, an denen die KlientInnen eher zurückgezogen sind:

> *„Und wenn sie einen guten Tag hat, nehme ich einen Zettel und einen Bleistift und schreibe mit, was ihr schmeckt oder was sie gerne getrunken hat.“* (IW 5, Z. 548-550)

Diese Art des Handelns kann als intuitives Handeln bezeichnet werden. Mayer (2007) bezeichnet Intuition als eine Art Eingebung oder einen speziellen Einfall, der im beruflichen Alltag ein weit verbreitetes Mittel zur Lösung von Problemen ist. Intuition zählt zu den unstrukturierten Wissensquellen und trägt im Gegensatz zu den strukturierten Wissensquellen nicht zur systematischen Vermehrung von beruflichem Wissen bei.[122]

Aus der Kategorie „Das Leben zu Hause ermöglichen“ geht hervor, dass es für die Betreuerinnen von Menschen mit Demenz unbedingt notwendig ist, die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe erkennen zu können. Da die Betroffenen dazu neigen, Defizite zu leugnen, müssen die Betreuerinnen in ihrem Berufsalltag besonders achtsam sein, um rechtzeitig zu erkennen, wann zum Beispiel eine Erhöhung der Betreuungszeiten notwendig ist. Aber auch das Anwenden von speziellem Wissen ist nötig, um den Betroffenen ein möglichst langes Leben in ihren eigenen vier Wänden zu ermöglichen:

> *„Wir betreuten sie eigentlich bis zum Tod … und sie hat immer gesagt, wir sind ihre Familie.“* (IW 5, Z. 200 u. 203-204)

[122] Vgl. Mayer, 2007: S. 13-15

Dieses Textbeispiel verdeutlicht, dass eine gute Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz zu Hause möglich ist, sogar bis zum Tod. Den Worten „wir sind ihre Familie“ ist zu entnehmen, dass die Beziehung zwischen Betreuungspersonen und Klientin für diese Frau weit über das übliche Maß hinausging.

Damit ein möglichst langes Leben zu Hause ermöglicht werden kann, ist es aber nicht nur notwendig, spezielle Bedürfnisse zu erkennen, sondern die BetreuerInnen müssen auch in der Lage sein, auf diese Bedürfnisse einzugehen.

2.2.3.2 „GOING THE EXTRA MILE“[123] - EINGEHEN AUF SPEZIELLE WÜNSCHE UND BEDÜRFNISSE

In dieser Unterkategorie soll aufgezeigt werden, wie viel Fingerspitzengefühl und Kreativität die BetreuerInnen in ihrem Berufsalltag zeigen, um den KlientInnen ein möglichst langes Leben zu Hause zu ermöglichen und um ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

2.2.3.2.1 „DANN HABE ICH ÜBERALL MEINE TELEFONNUMMER HINTERLASSEN“

Eine Betreuerin erzählt von einer Klientin, die gerne täglich ins Kaffeehaus ging, sich ihre Illustrierten kaufte und einfach gerne unter Leuten war. Durch die fortschreitende Demenz war es notwendig geworden, eine Sachwalterin einzuschalten, die sich auch um die finanziellen Angelegenheiten der Klientin kümmerte. Die Klientin hatte dadurch kaum mehr eigenes Geld zur Verfügung. Durch Zufall erfuhr die Heimhilfe, dass die Klientin bereits in mehreren Geschäften Schulden gemacht hatte und nahm daraufhin Kontakt mit der Sachwalterin auf:

> *„… und die Sachwalterin hat mir dann mehr Geld geschickt. Dann bin ich mit dem Geld gegangen und habe alles bezahlt und die Frau war glücklich und die Welt war vollkommen in Ordnung … sie ist (lacht) überall hingegangen, in die Trafik, sie hat sich Lose gekauft und Zeitschriften und die Illustrierte, alles was*

[123] vgl. Seidl, Walter, 2005: S. 42-43 - Der Begriff „Going the extra mile“ stammt von der Pflegewissenschafterin Mieke Grypdonck, die ein Modell der Pflege chronisch Kranker erarbeitet hat. Sie meint damit, dass Pflegepersonen von den PatientInnen dann Vertrauen bekommen, wenn sie mehr tun, als von ihnen erwartet werden darf.

sie früher gemacht hat, hat sie weiter gemacht, aber ohne Geld.“ (IW 1: Z. 902-912)

Durch Gespräche mit der Sachwalterin sowie mit den VerkäuferInnen in den umliegenden Geschäften hat sie es der Klientin ermöglicht, sich bargeldlos in ihrer bisher vertrauten Umgebung zu bewegen. Sie berichtet davon, dass die Klientin weiter zu der ihr bekannten Fußpflegerin ging oder sich Vitamintabletten aus der Apotheke besorgen konnte:

„sie ist nicht nur in die Trafik gegangen ihre Illustrierte zu holen, sondern sie war dort vielleicht zwei Stunden und hat kommuniziert mit dem Trafikanten und hat mit ihm Kontakt gehabt.“ (IW 1, Z. 1027-1030)

„Dann hab ich mein Telefonnummer überall gelassen, falls was ist, sollen sie mich immer anrufen, sie haben mich auch angerufen und haben gesagt, bitte kommen sie und zahlen sie so viel, weil es sind schon Schulden da…“ (IW 1, Z. 1010-1014)

Durch die Aufmerksamkeit und das Engagement der Betreuerin war es der Klientin somit möglich, auch weiterhin ihre sozialen Kontakte zu pflegen.

2.2.3.2.2 „DANN HABE ICH NOCH EINEN EXTRA-DISPENSER BESORGT“

Eine andere Heimhilfe erzählt von einer Klientin, deren Medikamente wöchentlich von der Apotheke in einem Wochendispenser vorbereitet wurden. Die Heimhilfe ging einmal wöchentlich in die Apotheke, um den Dispenser auszutauschen. Sie berichtete, dass die Klientin, die damals fünfmal pro Woche betreut wurde, ihre Medikamente meist selbständig eingenommen hat:

„im Großen und Ganzen funktioniert es … aber ja, hin und wieder vergisst sie drauf, ja.“ (IW 2, Z. 89 u. 101-102)

An einem Wochentag hat sie allerdings regelmäßig auf die Medikamenteneinnahme vergessen:

„… der Tag, an dem das immer gewechselt worden ist, der Dienstagabend, da hat sie vergessen. Jetzt habe ich dann extra noch so einen Dispenser, wo Dienstagabend drauf war … oben auf diesen Wochendispenser drauf gestellt

und das hat jetzt funktioniert, ja, weil sonst sind die Dienstagabende immer vergessen worden.“ (IW 2, Z. 91-98)

Auch in diesem Fall ist es dem Einfallsreichtum der Heimhelferin zu verdanken, dass die Medikamenteneinnahme durch den zusätzlichen Dispenser nun besser funktioniert.

2.2.3.2.3 „ICH KOMME SIE NUR BESUCHEN“

Die folgende Interviewpartnerin erzählte von einer Klientin die dreimal täglich durch Heimhilfe betreut wird und die bereits sehr vergesslich ist. Die Klientin war anfangs meist sehr ablehnend, hat die Betreuungsperson wiederholt nicht in die Wohnung gelassen und behauptet, alles selbständig machen zu können. Bis heute darf die Heimhilfe nur bestimmte Tätigkeiten im Haushalt verrichten:

„ich darf kein Bett überziehen, also wie gesagt, das lässt sie nicht zu. Da wird’s ganz bös, da muss ich auf der Stelle gehen.“ (IW 3: Z. 93-95)

Die Klientin behauptet, alles selbst machen zu können bzw. gibt sie an, ihre Tochter wird kommen und ihr helfen. Deshalb lehnt sie auch die Unterstützung einer Heimhilfe ab, sie akzeptiert es allerdings, dass man zu ihr „auf Besuch kommt“:

„staubsaugen, WC putzen, also normal Küche aufwaschen … das lasst sie nicht zu … Sie können mich besuchen kommen, sagt sie, und jetzt sag ich immer, ich komme Sie nur besuchen.“ (IW 3: Z. 73-74)

Zum Zeitpunkt des Interviews wurde die Klientin bereits seit über einem halben Jahr betreut. Mittlerweile gibt es vereinzelt Tätigkeiten, die die Heimhilfe durchführen darf wie zum Beispiel Blumen gießen. Sie erzählt, dass sie die Klientin aber immer zuerst fragt, ob sie ihr dabei helfen darf, die Blumen zu gießen, und wenn sie einverstanden ist, dann machen sie es gemeinsam.

Der Kategorie „Das Leben zu Hause zu ermöglichen“ ist zu entnehmen, dass die Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz den Heimhilfen viel abverlangt.

Neben dem Erkennen von Defiziten und dem Anwenden von speziellem Wissen, das sich einzelne BetreuerInnen oft sogar in der Freizeit und auf eigene Kosten

aneignen, ist auch eine Menge an Einfühlungsvermögen notwendig, wie auch aus der Unterkategorie „Going the extra mile“ hervorgeht.

2.2.4 BELASTUNGEN DES BERUFLICHEN ALLTAGES

Die Überkategorie „Belastungen des beruflichen Alltags„ soll darstellen, welchen besonderen Herausforderungen sich die HeimhelferInnen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz täglich stellen. Sie beinhaltet die von den Interviewpartnerinnen am häufigsten angesprochenen Belastungen in ihrem beruflichen Alltag und wird in die folgenden fünf Unterkategorien unterteilt:

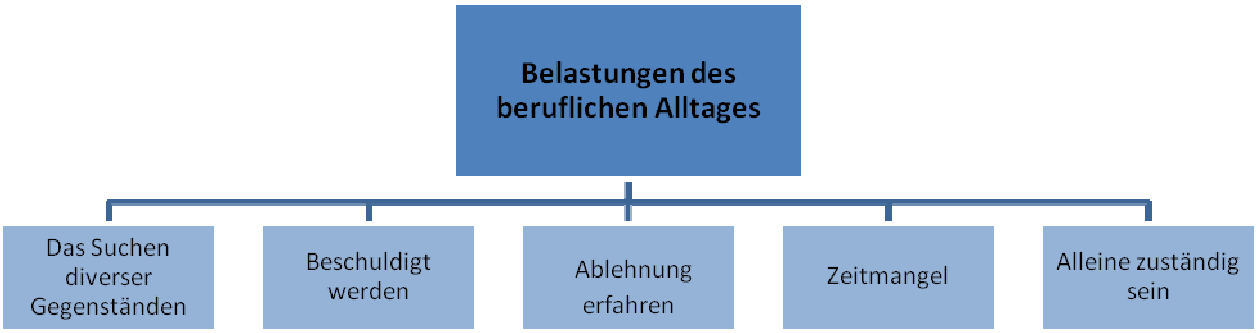

Abbildung 7: Die Kategorie „Belastungen des beruflichen Alltages“; eigene Darstellung

2.2.4.1 DAS SUCHEN DIVERSER GEGENSTÄNDE

Das Suchen der unterschiedlichsten Gegenstände stellt für alle Betreuerinnen eine besondere Herausforderung dar:

> *„Sie verlegen alles und glauben, es wurde versteckt, dabei haben sie es irgendwo hingelegt und wissen es nicht mehr.“(*IW 6, Z. 259-260)

Mehrmals wurde in den Interviews erwähnt, dass die gesamte Einsatzzeit oft nur zum Suchen diverser Gegenstände verwendet wird. Eine Betreuerin gibt an, dass das tägliche Suchen sehr belastend für sie ist und außerdem hat sie das Gefühl, dadurch keine Zeit für andere Arbeiten zu haben. Im Gegensatz zu Einsätzen bei KlientInnen ohne kognitive Einschränkungen ist sie bereits am Weg zu ihrer Klientin beunruhigt:

„Wenn ich komme, denke ich mir, was suchen wir heute?“ (IW 2, Z. 348-349)

Und wenn sie von der Klientin weggeht hat sie oft das Gefühl, Nichts getan zu haben:

„… dass man dann wirklich oft rausgeht und sich denkt - jetzt war ich eine dreiviertel Stunde dort, ich bin zu der Arbeit nicht gekommen, weil ich habe nur gesucht, einfach nur gesucht!“ (IW 2, Z. 361-364)

In einem Fall wurde von einer Klientin berichtet, die immer vier oder fünf Geldbörsen gleichzeitig in Verwendung hatte und bei jedem Einsatz suchten die Klientin und die Heimhilfe gemeinsam nach diesen Geldbörsen:

„… und jeden Tag hat sie die Geldbörsen versteckt und meine äh Arbeit hat so ausgeschaut, dass die eine Stunde jeden Tag hab‘ ich mit ihr Geldbörsen gesucht.“ (IW 1, Z. 456-459)

Aus den Interviews geht deutlich hervor, dass die Suche nach Schmuck, Bargeld und anderen Wertgegenständen die Betreuerinnen besonders stark belastet und viel Zeit in Anspruch nimmt:

„… und ich habe gesucht, in den Kästen, im Nachtkasterl, unter dem Bett, unter der Matratze war ein Packerl mit Geld.“ (IW 2, Z. 324-325)

„… dann haben wir den Ring nicht gefunden, dann haben wir die Uhr nicht gefunden, dann haben wir das Geld nicht gefunden,…“ (IW 3, Z. 716-718)

*„Sie hat dann kein Geld mehr gehabt, sie hat nie etwas gefunden!“ (*IW 6, Z. 659-660)

Aber es werden nicht nur Wertgegenstände gesucht, sondern auch andere Gegenstände, die in diesem Augenblick für die KlientInnen wichtig sind. Eine Betreuerin berichtet davon, dass ihre Klientin eines Tages ganz aufgeregt war, weil der Insektenspray, der sich immer im Vorzimmer befunden hat, verschwunden war. Sie hat also gemeinsam mit der Klientin nach der Spraydose gesucht, sie aber nicht gefunden. Im folgenden Interviewausschnitt zeigt sich, dass die Betreuerin vorsichtig versuchte, anzudeuten, dass der Spray auch leer sein könnte, ohne der Klientin dabei das Gefühl zu geben, vergesslich zu sein:

„… und sie sagt der Spray ist weg. Sage ich, vielleicht war er leer, schauen wir ob wir eine leere Dose finden – nichts! Nächsten Tag als ich gekommen bin, war dieser Insektenspray wieder da und ich sage - wo war er? – keine Ahnung, er war auf jeden Fall wieder da.“ (IW 2, Z. 351-356)

In einem anderen Fall berichtet eine Betreuerin von einer Klientin, die sehr viel Wert auf ihr Äußeres legt. Da die Klientin aber ständig die diversen Utensilien, die sie für die Körperpflege benötigt, versteckt, suchen sie fast täglich gemeinsam danach:

„… ich habe eine Tube Kukident gekauft, die Tochter hat zwei Tuben gekauft, ich komme und sie sagt - ich habe keinen Kleber für die Zähne! - … sie tut alles in den Kästen verräumen,… jetzt suchen wir wieder die Enthaarungscreme.“ (IW 3, Z. 755-761)

Eine andere Heimhelferin wundert sich vor allem über den Einfallsreichtum ihrer Klientin beim Verstecken von Gegenständen:

„… und dass sie das an Orten versteckt, wo ich mir denke, da würde ich nicht im Leben drauf kommen, dass man dort Geld rein gibt … eben im Backrohr, da in der Keksdose … dann die Tasche ah im Zimmer unter dem Tisch in der Waschschüssel drinnen, …“ (IW 2, Z. 313-319)

Wie hier gezeigt wurde, nimmt das Suchen von Gegenständen viel Zeit in Anspruch. Häufig stellt aber nicht nur das Suchen eine besondere Belastung dar, sondern auch die Angst, selbst des Diebstahls beschuldigt zu werden, erschwert den Berufsalltag der Betreuerinnen.

2.2.4.2 BESCHULDIGT WERDEN

Das Verstecken und Verlegen von Gegenständen hat oftmals zur Folge, dass die KlientInnen annehmen, von anderen Personen bestohlen zu werden. Zu den Hauptverdächtigen zählen dabei nicht selten die Betreuerinnen selbst, besonders am Anfang der Betreuung, wenn noch kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte:

„weil am Anfang … hat sie gesagt, ich habe ihr das und das gestohlen“ (IW 3, Z. 816-817)

Aber auch wenn eine Klientin bereits über einen längeren Zeitraum von einer bestimmten Heimhilfe betreut wird, kommt es vor, dass diese beschuldigt wird. In einzelnen Fällen hat das bereits zu Polizeieinsätzen geführt:

> *„… und was natürlich auch ein Problem ist, sind die Diebstähle, die dann dabei rauskommen. Wo es dann heißt, die hat mir das weggenommen oder die hat das mitgenommen. Da ist dann die Polizei schon da gewesen …“ (IW 6, Z. 274-277)*

> *„Weil voriges Wochenende war nämlich die Polizei da, weil sie behauptet hat es ist eingebrochen worden, weil ihr der Schlüssel gefehlt hat“* (IW 2, Z. 953-954)

Beschuldigt werden aber nicht nur die BetreuerInnen selbst, sondern auch andere Personen wie beispielsweise die ArbeitskollegInnen der Heimhilfen:

> *„… und sie hat gemeint, die Kollegin, die hat ihr die Kleider gestohlen und die Schuhe waren weg und die Hosen und Jacken und sogar Unterwäsche“* (IW 4, Z. 221-224)

In einem Fall berichtete eine Interviewpartnerin von einer Kollegin, die regelmäßig den Abendeinsatz bei einer Klientin gemacht hat. Eines Tages öffnete diese Kollegin wie üblich die Wohnungstür und wurde von einer aufgebrachten Klientin überrascht:

> *„… die Frau R. stürmt heraus, drängt die Heimhilfe am Gang und sagt „Gehen sie weg, sie sind eine Verbrecherin, ich lasse sie nicht herein!“ und schreit und schreit und schreit. Der Nachbar hat dann die Polizei geholt.“ (*IW 6, Z. 291-295)

Aber auch Fremde werden beschuldigt, „einfach in die Wohnung zu kommen“ und Gegenstände zu entfernen:

> *„… der Schlüssel ist ihr weggekommen, sie hat mir erklärt, es war eine Frau da, die ist mit ihrem Schlüssel davon gelaufen.“* (IW 2, Z. 26-28)

> *„… da kommen fremde Leute und die haben mir das genommen. Oder die eine Klientin hat gesagt, von der Hausbesorgerin die Schwiegertochter hat sich die Jacke geholt.“* (IW 2, Z. 371-374)

Solche Situationen sind besondere Herausforderungen im Berufsalltag der BetreuerInnen. Sie sollen einerseits die aufgebrachten KlientInnen wieder beruhigen, und andererseits dürfen sie ihnen auch nicht das Gefühl geben, ihnen nicht zu glauben. Wie der folgende Interviewausschnitt zeigt, ist es für die KlientInnen sehr belastend, wenn sie das Gefühl haben, es wird ihnen kein Vertrauen entgegengebracht. Eine Heimhilfe wollte ihre Klientin, die behauptete, ihr Schlüssel sei von einer Fremden gestohlen worden, beruhigen und hat ihr vorgeschlagen, den von ihr vermissten Schlüssel erst einmal gemeinsam in der Wohnung zu suchen:

> *„und ich habe dann gesagt, kommen's, suchen wir den Schlüssel – Ja ich bin doch nicht blöd, ich hab doch die Frau rauslaufen sehen. - Also wenn man dann versucht sie zum Überzeugen (.) … wenn man ihnen nicht glaubt, ist es noch viel schlimmer für sie."* (IW 2, Z. 30-34)

In einem Interview antwortete eine Heimhelferin auf die Frage, ob sie selbst bereits einmal beschuldigt wurde, folgendermaßen:

> *„… also dass ich persönlich beschuldigt worden bin, ist eigentlich noch nicht gewesen, nein, Gott sei Dank, Gott sei Dank noch nicht!"* (IW 2, Z. 385-387)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es für die HeimhelferInnen immer wieder eine Belastung darstellt, wenn die KlientInnen jemanden des Diebstahls beschuldigen, egal ob sie selbst beschuldigt werden, ArbeitskollegInnen oder fremde Personen.

2.2.4.3 ABLEHNUNG ERFAHREN

In jedem der Interviews wurde davon berichtet, dass man als Betreuungsperson immer wieder auf Ablehnung stößt. Ablehnung erfahren die Betreuungspersonen auf unterschiedlichste Art, aber häufig macht sich Ablehnung durch Schreien, also durch verbale Aggression, bemerkbar:

> *„Gehen Sie! - hat sie geschrien mit mir - Gehen sie raus! Ich möchte nicht dass sie kommen, warum kommen sie zu mir, aus welchem Grund, wer hat das angeschafft?"* (IW 3, Z. 257-260)

Nicht selten wird auch von starken Stimmungsschwankungen der KlientInnen berichtet - Was eben noch richtig war, ist in wenigen Minuten wieder falsch. In einem

Interview wurde davon erzählt, dass ein Klient damit einverstanden war, dass die Heimhilfe die Rettung für ihn ruft. Als die Rettung wenige Minuten später vor Ort war, reagierte der Klient äußerst ungehalten:

> *„…da hat er angefangen zum Schreien - Wieso habe ich die Rettung angerufen, er braucht keinen Arzt!“* (IW 1, Z. 206-207)

Aus den Interviews geht auch hervor, dass es oftmals zu ablehnendem Verhalten kommt, wenn die BetreuerInnen versuchen, den KlientInnen einen bestimmten Sachverhalt zu erklären oder wenn sie den Versuch unternehmen, ihnen zu wiedersprechen. In den Interviews wurde das ablehnende Verhalten der KlientInnen meist „aggressiv werden“ genannt:

> *„und man kann es ihr auch nicht erklären, weil sie wird dann so aggressiv und sie beharrt darauf, …“* (IW 2, Z. 163-164)

> *„Und dann ist sie aggressiv geworden (.) und sie können das gar nicht behaupten und ich werde sie anzeigen und jetzt ruf ich die Tochter an und ich erzähle ihr das alles.“* (IW 3, Z. 49-54)

Einigen Passagen der Interviews kann man entnehmen, dass die KlientInnen Angst davor haben, bestimmte Tätigkeiten nicht mehr selbst verrichten zu können. Es ist anzunehmen, dass das einer der Gründe ist, weshalb sie ihren Betreuerinnen gegenüber ablehnendes Verhalten an den Tag legen:

> *„Lassen sie mich in Ruhe, ich weiß das selbst, ich mache das dann schon, ich bin ja nicht blöd“* (IW 6, Z. 232-234)

> *„Nein, das können sie nicht, lassen sie das!“* (IW 3, Z. 525-526)

In anderen Fällen wird der Eindruck erweckt, dass die Betroffenen Angst davor haben, dass andere Personen an ihren Fähigkeiten zweifeln könnten. Eine Interviewpartnerin erzählt von ihrer Klientin, die sich oftmals ablehnend verhält, nicht nur ihr selbst gegenüber sondern auch gegenüber ihren Angehörigen:

> *„Sie weiß selber was für sie gut ist und wir brauchen ihr nicht sagen, was sie tun soll.“* (IW 2, Z. 747-748)

Wie bereits in der Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis schaffen“ erwähnt wurde, kommt es häufig vor, dass es den BetreuerInnen untersagt wird, bestimmte Arbeiten im Haushalt durchzuführen oder den KlientInnen bei der Körperpflege zu helfen. Dieses Phänomen ist zwar am Anfang der Betreuung häufiger zu beobachten, tritt aber auch auf, wenn KlientInnen bereits über einen längeren Zeitraum betreut werden:

> *„Aber Körperpflege und solche Sachen lässt sie nicht zu und das seit einem halben Jahr.“* (IW 6, Z. 94-95)

> *„Sie lässt sich kein Bett abziehen, sie lässt sich keinen Kühlschrank ausräumen, sie lässt sich kein Fenster aufmachen, … man darf nirgends reinschauen, man darf nicht herumgehen in der Wohnung,…“* (IW 6, Z. 118-123)

Mehrmals wurde auch davon berichtet, dass die BetreuerInnen zeitweise aufgefordert werden, die Wohnung der KlientInnen wieder zu verlassen:

> *„…dann hat sie gesagt - nein, sie können gehen, ich brauche sie ja nicht! - Dann will sie dich wieder rauswerfen.“* (IW 3, Z. 349-351)

> *„Na, wann gehen sie denn? Sie können ruhig gehen, ich brauche sie nicht!“* (IW 3, Z. 563-565)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Heimhilfen Ablehnung auf die unterschiedlichste Art erfahren. Ablehnung zeigt sich häufig durch verbale Aggression und/oder durch das Ablehnen von Hilfe bis hin zum Verweis aus der Wohnung der Betroffenen. Es ist anzunehmen, dass die KlientInnen dieses Verhalten deshalb an den Tag legen, da sie befürchten, bestimmte Tätigkeiten nicht mehr selbst durchführen zu können bzw. annehmen, dass ihnen bestimmte Arbeiten nicht mehr zugetraut werden.

Für die Betreuungspersonen ist es schwierig sich, täglich auf die häufigen Stimmungsschwankungen sowie auf das ablehnende Verhalten der Klientinnen einzustellen.

2.2.4.4 ZEITMANGEL

Zusätzlich zu den bereits erwähnten Belastungen stellt die Zeitbegrenzung bei den Einsätzen eine weitere Herausforderung im Berufsalltag der Heimhilfen dar. Im Unterschied zur Betreuung von Menschen ohne kognitive Einschränkungen kann man bei der Betreuung von Menschen mit Demenz oftmals schwer voraussagen, wie lange man für bestimmte Tätigkeiten benötigt. Auch in dieser Unterkategorie zeigt sich, dass die Betreuung stark von der Tagesverfassung der KlientInnen abhängig ist.

In den Interviews wurde häufig von einer Problematik bei der Medikamenteneinnahme berichtet. Die Heimhilfen haben oft nur fünfzehn bis dreißig Minuten Zeit, um bei einem Einsatz die Medikamenteneinnahme entweder zu kontrollieren oder den KlientInnen die Medikamente zu verabreichen. Oft sind die KlientInnen aber genau zu dem Zeitpunkt, an dem die Heimhilfe kommt, nicht bereit, ihre Medikamente einzunehmen:

> *„… man muss eben dabei sein und warten bis sie sie* (Anm.: die Medikamente) *nimmt und das dauert oft auch sehr lange.“* (IW 6, Z. 157-158)

> *„Ich bin hier nur eine halbe Stunde für die Medikamenteneinnahme, also da braucht man Zeit bis man sich in dieser Situation, dass man taktvoll agiert, dass man Entscheidungen trifft, dass man ihr auch die Medikamente gibt, dass man sie nicht verärgert und dass man sie nicht noch mehr verwirrt.“* (IW 4, Z. 792-797)

Aber auch die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme spielen in dieser Kategorie eine wichtige Rolle. Eine Heimhelferin beschreibt die Situation deshalb als so belastend, da sie merkt, dass ihre Klientin gerne Gesellschaft beim Mittagessen hätte, sie sich aber, aufgrund der vorgegebenen Zeit, auch noch um den restlichen Haushalt kümmern muss:

> *„weil du musst inzwischen etwas anderes machen, du musst die Wäsche machen, du bist vorher einkaufen gewesen, musst alles in den Eiskasten einräumen und dann sagt sie „Wollen sie auch was?“, da ruft sie in die Küche „Kommen sie rein zu mir, kommen sie rein!“ - sie mag nicht alleine sitzen!“* (IW 5, Z. 870- 874)

Eine andere Heimhelferin berichtet von einer Klientin, zu der sie meist schwer Zugang findet und die bei allen Tätigkeiten sehr langsam ist, so auch bei der Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme. Die Klientin wird dreimal täglich von HeimhelferInnen betreut. Auch in diesem Fall sind zusätzlich noch Arbeiten im Haushalt zu verrichten, und die Klientin benötigt auch Unterstützung bei der Körperpflege. Die Betreuerin macht sich aber Sorgen, da sie weiß, dass die Klientin kaum Nahrung zu sich nimmt, wenn man sich nicht die Zeit nimmt und sich zu ihr setzt:

> *„Dreimal am Tag, eine Dreiviertelstunde in der Früh und eine halbe zu Mittag … man muss mit ihr frühstücken, das benötigt schon viel Zeit, weil sonst isst sie nichts, da muss man sich mit ihr hinsetzen,…“.* (IW 6, Z. 89-94)

Der Zeitmangel ist natürlich nicht nur für die Betreuungspersonen belastend. Einzelnen Passagen der Interviews ist zu entnehmen, dass auch die Klientinnen selbst, durch einen Mangel an Zeit, unter einem gewissen Druck stehen:

> *„naja, es ist ja so, dass die Leute oft sagen „Ich mag jetzt nicht, ich will nicht“ und werden dann aggressiv und du musst in der Zeit fertig sein.“* (IW 6, Z. 32-34)

> *„also binnen dieser halben Stunde, … spielen sich eigentlich Sachen ab, mit denen sie sich befassen, also das ist wirklich eine Tragödie - für diese Frau und für uns!“* (IW 4, Z. 805-808)

Das Thema „Zeit“ nimmt einen wichtigen Stellenwert bei der Betreuung von Menschen mit Demenz ein. Wie sich gezeigt hat, stellt Zeitmangel nicht nur eine zusätzliche Belastung im Berufsalltag der Betreuerinnen dar, sondern hat auch wesentliche Auswirkungen auf die zu betreuenden Personen. Die Einnahme von Medikamenten sowie auch die Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme benötigen je nach aktueller Tagesverfassung der Betroffenen unterschiedlich lange. Vorgegebene Zeitschemata erschweren den Berufsalltag und ermöglichen es auch nicht oder nur schwer, individuell auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Klientinnen einzugehen.

2.2.4.5 ALLEINE ZUSTÄNDIG SEIN

Im Gegensatz zu Menschen, die mit ihren Angehörigen leben, ist die Heimhelferin bei alleinlebenden Menschen mit Demenz nicht selten die einzige Bezugsperson. Es hat sich gezeigt, dass es für die BetreuerInnen oft schwierig ist, alleine vor Ort zu sein und Entscheidungen zu treffen. Häufig ist die Betreuungsperson auch die einzige Person, die den Kontakt mit anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel mit Hausärztinnen herstellt und auch aufrecht erhält:

> *„… wenn sie allein leben, ohne Angehörige, dann muss man schon sehr viel mit den Ärzten in Kontakt sein, weil da ist man die einzige Bezugsperson."* (IW 1, Z. 539-541)

Alleine zuständig zu sein wird von den meisten interviewten Betreuerinnen als starke Belastung empfunden. Besonders in der Phase der Erkrankung, wenn es zu den ersten Beschuldigungen kommt, ziehen sich auch die Nachbarn und Freunde zurück, die zuvor noch Kontakt mit den Klientinnen hatten. Eine Heimhilfe schildert, dass sie eine Frau betreut, die zwar alleine lebt und auch keine Angehörigen mehr hat, die aber stets viele soziale Kontakte im Haus gepflegt hat:

> *„sie war immer beliebt … und es sind die Leute gern zu ihr gekommen. Nur jetzt merke ich halt, wo das anfangt, dass sie so verwirrt wird, dass die Leute sagen - na, ich will eigentlich nicht mehr hingehen, weil es mir unangenehm ist … diese Beschuldigungen."* (IW 2, Z. 537-544)

Der Rückzug von Freunden und Bekannten führt nicht selten dazu, dass die Heimhilfe als einzige Ansprechperson für die Klientinnen übrig bleibt. Eine Betreuerin gab an, dass diese alleinlebenden Menschen ohne soziale Kontakte sich im Vergleich zu Menschen, die Angehörige oder Freunde haben, regelrecht an die Betreuungspersonen „klammern":

> *„… dass sie sich vielleicht schon sehr klammern an die Person, die kommt, was vielleicht bei den anderen nicht so der Fall ist."* (IW 2, Z. 672-674)

Mehrmals wurde in den Interviews auch erwähnt, dass dieses „Alleine-Zuständig-Sein" eine enorme Belastung im Berufsalltag darstellt, denn die Betreuung der Klientinnen endet nicht bei der Körperpflege und der Haushaltsführung:

> *„aber bei der Dame bin eigentlich nur ich da … ich muss an die Apotheke denken, ich muss schauen dass wir auf die Post gehen, Geld abheben … sie schreibt wohl manches Mal die Liste* (Anm.: die Einkaufsliste)*, nur haben wir das dann doppelt und dreifach. Das heißt, ich muss die Liste kontrollieren, braucht sie das wirklich, ist da nichts mehr da, was fehlt sonst noch …“* (IW 2, Z. 917-923)

Dieselbe Betreuerin gibt an, dass es sich für sie anfühlt, als würde sie neben ihrem persönlichen Haushalt auch den Haushalt der Klientin mitführen:

> *„weil es ist ja dann nicht nur mein Haushalt zu Hause, sondern ich habe ja den Haushalt auch voll“* (IW 2, Z. 936-937)

Daneben betreut sie auch noch eine weitere alleinlebende Klientin mit Demenz. Sie sagt, es ist für sie wesentlich leichter, diese Frau zu betreuen, da es Angehörige gibt, die sich ebenfalls um die Klientin kümmern und sie daher nicht alleine zuständig ist:

> *„da mit den Angehörigen, da ist es ein bisschen leichter (.) weil nicht alles an mir hängt.“* (IW 2, Z. 911-913)

Eine Heimhilfe antwortete auf die Frage, was sie tut, wenn keine anderen Berufsgruppen in die Betreuung eingebunden sind und HausärztInnen nur hin und wieder einen Hausbesuch machen:

> *„Ja, da ist man dort alleine!*“ (IW 6, Z. 137)

In dieser Unterkategorie wurde aufgezeigt, dass die Heimhilfen oft die einzigen Bezugspersonen für alleinlebende Menschen mit Demenz sind. Speziell wenn es keine Angehörigen mehr gibt und sich auch Freunde und Bekannte zurückziehen, bleibt nicht selten die Betreuungsperson als einzige Ansprechperson für die Klientinnen übrig. Die Betreuung von alleine lebenden Menschen mit Demenz, die noch Angehörige haben, die sich ebenfalls für die Betreuung zuständig fühlen, wurde von den Betreuerinnen hingegen als leichter angesehen.

2.2.5 DIE ROLLE DER ANGEHÖRIGEN

Alleinlebende Menschen mit Demenz haben oftmals noch Angehörige, die teilweise auch in deren Nähe leben. Nicht immer gibt es aber eine gute Zusammenarbeit zwischen den Betreuerinnen und den Angehörigen. In den Interviews hat sich gezeigt, dass sich Angehörige auf die unterschiedlichste Art und Weise in die Betreuung einbringen. Die Heimhilfen erleben das auf zwei verschiedene Arten, entweder als Unterstützung oder aber als zusätzliche Belastung bei der Betreuung der Klientinnen.

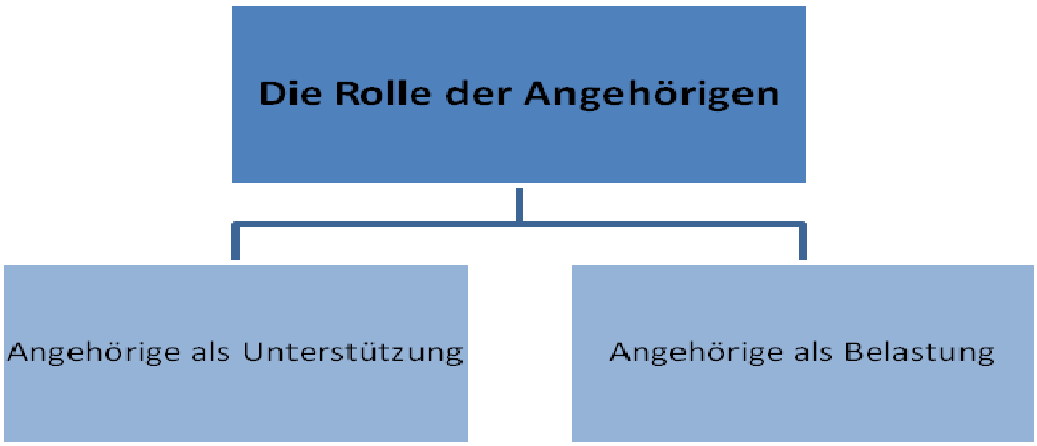

Abbildung 8: Die Kategorie „Die Rolle der Angehörigen"; eigene Darstellung

2.2.5.1 ANGEHÖRIGE ALS UNTERSTÜTZUNG

Aus mehreren Passagen der Interviews geht hervor, dass die Betreuung der Menschen mit Demenz für alle Beteiligten einfacher ist, wenn sich mehrere Personen für die Betreuung zuständig fühlen. In einem Fall berichtet eine Heimhilfe von einer Klientin, die viermal pro Woche von ihrem Sohn und der Schiegertochter besucht wird:

> *„… also sie lebt zwar alleine, aber die kommen viermal in der Woche und da richtet der Sohn die Medikamente"* (IW 2, Z. 106-107)

Aber nicht nur die regelmäßige Medikamentenvorbereitung wird von den Angehörigen übernommen, sondern die Heimhilfe kann sie auch sonst jederzeit kontaktieren:

„Also wenn irgendwelche Probleme sind, dann rufe ich die Schwiegertochter oder den Sohn an, aber nicht im Beisein von der Klientin, weil das mag sie nicht.“ (IW 2, Z. 707-710)

Auch in diesem Fall scheint es notwendig zu sein, teilweise kleine „Tricks“ in der Betreuung anzuwenden. Als die Klientin eine Wunde am Bein hatte und es ablehnte, einen Arzt zu informieren, kontaktierte die Heimhilfe den Sohn. Das erfolgte allerdings in der Freizeit der Betreuerin, da sie ja weiß, dass die Klientin es nicht möchte, dass ihr Sohn von ihr angerufen wird. Die Heimhilfe vereinbart mit dem Sohn, dass dieser am nächsten Morgen „zufällig“ bei der Klientin vorbeikommt, wenn auch die Betreuerin anwesend ist:

„dann habe ich in der Privatzeit den Sohn angerufen, habe gesagt, können sie vielleicht in der Früh kommen, wenn ich da bin, und das zufällig sehen, dass sie das am Bein hat … und dann sagen, na ich ruf den Arzt an. Und dann haben wir das so gemacht und es hat dann funktioniert.“ (IW 2, Z. 737-742)

Eine andere Interviewpartnerin erzählte über die gute Zusammenarbeit mit der Tochter einer Klientin. Betreuerin und Tochter waren in regelmäßigem telefonischem Kontakt, bei dem beispielsweise auch der Einkauf besprochen wurde:

„… weil Kleinigkeiten kaufe ich, ob dass ein Saft ist zum Verdünnen oder eben ein Gugelhupf für den Kaffee, alles andere kauft die Tochter.“ (IW 3, Z. 156-158)

Es hat sich herausgestellt, dass es natürlich auch für die Angehörigen beruhigend ist, zu wissen, welche Heimhilfe kommt und die Klientinnen betreut. Im oben genannten Fall hat die Tochter regelmäßigen telefonischen Kontakt mit der Betreuerin und ist beruhigt, wenn sie weiß, dass diese ihre Mutter betreut:

„Und jetzt ruft immer die Tochter an und sagt Fr. A., sind sie die ganze Woche bei der Mama? – (.) sagt sie, na Gott sei Dank, dann passt es!“ (IW 3, Z. 269-279)

Zusammenfassend kann hier gesagt werden, dass es für alle an der Betreuung beteiligten Personen ein Gewinn ist, wenn die Betreuungspersonen und die Angehörigen gut zusammen arbeiten. Für die Heimhilfen ist es speziell bei dieser

Gruppe von Klientinnen sehr entlastend, wenn sie nicht alleine für die Betreuung zuständig sind. Aber auch die Angehörigen sind beruhigt, wenn sie wissen, dass sich beispielsweise ihre Eltern in guten Händen befinden. Dazu scheint aber zumindest ein regelmäßiger telefonischer Kontakt notwendig zu sein, den die Betreuerinnen teilweise sogar in ihrer Freizeit ermöglichen.

2.2.5.2 ANGEHÖRIGE ALS BELASTUNG

Aber nicht immer werden Angehörige als Unterstützung erlebt. In mehreren Fällen wurde davon berichtet, dass Menschen mit Demenz kaum mehr Besuch erhalten, auch wenn es noch Angehörige gibt:

> *„Gerade bei Demenzkranken kommt oft niemand und wenn, dann haben wir oft mit den Angehörigen mehr Schwierigkeiten, als mit den Klienten selbst.“* (IW 6, Z. 494-496)

Ein Grund für die nicht funktionierende Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Betreuungspersonen scheint das mangelnde Wissen der Angehörigen über das Thema Demenz zu sein.

Aus einzelnen Passagen der Interviews geht hervor, dass zwischen den Angehörigen und den Klientinnen häufig eine schlecht funktionierende Kommunikation stattfindet. Nicht selten kritisieren oder korrigieren die Angehörigen die Klientinnen, wenn diese etwas sagen, was ihrer Meinung nach nicht der Realität entspricht. In einem Fall wurde von einer Klientin berichtet, die bereits seit einigen Wochen in der Annahme war, sich am Dachstein zu befinden. Wann immer die Angehörigen zu Besuch kamen, versuchten sie die Klientin darauf aufmerksam zu machen, dass sie eigentlich in ihrer Wohnung in Wien ist:

> *„Der Sohn ist gekommen und die Schwiegertochter und - Das ist ein Unsinn was du sagst! Du bist nicht am Dachstein! Du bist in deiner Wohnung!“* (IW 4, Z. 1149-1151)

In anderen Fällen wurde davon berichtet, dass Angehörige den an Demenz Erkrankten häufig Vorwürfe machen:

„… was Familienangehörige natürlich so häufig machen - ich habe dir schon so oft gesagt mach das nicht! ...Du vergisst das schon wieder! oder so,…“ (IW 4, Z. 1042-1045)

Es kommt allerdings auch vor, dass Angehörige von den Klientinnen beschuldigt werden. Die Angehörigen sind dann, besonders im Anfangsstadium der Erkrankung, sehr betroffen, wenn sie selbst mit diesen Beschuldigungen konfrontiert werden:

„die Angehörigen (.) waren oft beleidigt, weil die Mutter hat die Tochter beschuldigt, dass die ihr was gestohlen hat …“ (IW 1, Z. 510-112)

Schwierig ist die Situation für die Betreuerinnen auch dann, wenn sie bei den Klientinnen ein Defizit erkennen, es den Angehörigen mitteilen und diese die Situation anders einschätzen. Auch hier ist anzunehmen, dass es sich wahrscheinlich um ein Wissensdefizit der Angehörigen handelt bzw. diese die Krankheit bei ihren nahen Verwandten nicht wahrhaben möchten.

Im folgenden Beispiel hat eine Heimhilfe, die sich Sorgen um ihre Klientin machte, deren Tochter darauf aufmerksam gemacht, dass ihre Mutter bereits mehrmals vergessen hat, den Herd nach dem Kochen wieder abzudrehen:

„und da hat die Tochter darauf gesagt - wenn meine Mutter kochen will, dann lassen sie sie kochen!“ (IW 3, Z. 302-303)

Anstatt zu versuchen, in dieser, für die Klientin gefährlichen Situation, gemeinsam eine Lösung zu finden, wurde die ohnehin bereits schwierige Betreuungssituation durch das ablehnende Verhalten der Tochter für die Heimhilfe zusätzlich erschwert.

Die Unwissenheit und teilweise auch das Ignorieren bestimmter Symptome durch die Angehörigen stellen für die Betreuerinnen eine zusätzliche Belastung in ihrem Berufsalltag dar. Speziell, wenn die Angehörigen nur wenig in die Betreuung eingebunden sind und dann, wenn sie zu Besuch kommen, die Erkrankung bei ihren nahen Verwandten nicht wahrhaben möchten. Aus mehreren Passagen der Interviews geht hervor, dass es in solchen Situationen häufig zu nicht oder nur schwer erfüllbaren Forderungen von Seiten der Angehörigen kommt:

„Weil der eigene Sohn oder die Tochter gar nicht wahrhaben will, dass das so ist … und Sachen verlangt von der betreuenden Person, die gar nicht möglich sind.“ (IW 6, Z. 498-499 u. 503-504)

Eine dieser Forderungen besteht darin, dass Angehörige verlangen, dass die Betreuung ständig von derselben Heimhilfe erbracht wird. Das ist vor allem bei einer dreimal täglichen Betreuung nicht durchführbar:

„Aber da gibt es Angehörige und die beschweren sich eben dann und sagen ihr müsst jeden Tag dieselbe Heimhilfe schicken und das geht aber nicht, die wird dreimal am Tag betreut!“ (IW 6, Z. 333-336)

Aber auch Forderungen wie, den Klientinnen die Medikamente gegen ihren Willen zu verabreichen oder Tätigkeiten im Haushalt gegen deren Willen zu verrichten, sind keine Seltenheit:

„Zum Beispiel, sie muss sich waschen lassen, sie muss essen, sie muss sich das Bett überziehen lassen, sie muss das oder das essen, sie muss das oder das machen, das geht nicht!“ (IW 6, Z. 506-508)

Die hier angeführten Beispiele verdeutlichen sehr gut, warum Angehörige von den Betreuerinnen oft als Belastung empfunden werden. Das fehlende Wissen über die Krankheit Demenz führt zu einer mangelnden bzw. falschen Kommunikation unter allen Beteiligten sowie zu unrealistischen Forderungen und Fehleinschätzungen bei der Betreuung von Seiten der Angehörigen.

Dieses Wissensdefizit und das daraus entstehende Verhalten der Angehörigen, erschwert die Betreuung Demenzkranker für alle Beteiligten. Nicht nur die Heimhilfe empfindet dieses Verhalten als belastend, sondern natürlich auch die Klientinnen. Es ist anzunehmen, dass durch mehr Information über den Umgang mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, auch die Zufriedenheit bei den Angehörigen selbst steigen würde.

2.2.6 DIE ROLLE DER HAUSÄRZTINNEN

HausärztInnen spielen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz eine besonders wichtige Rolle, denn sie sind meist die erste Anlaufstelle bei diversen Gesundheitsproblemen. Auch bei dementiellen Erkrankungen wird in den meisten Fällen zuerst der/die Hausarzt/Hausärztin kontaktiert und erst nachrangig ein/eine Facharzt/Fachärztin aus dem Bereich Psychiatrie bzw. Neurologie. Da viele der Betroffenen nicht selbst über Hirnleistungsstörungen klagen, sind die HausärztInnen deshalb besonders auf die Angaben von Angehörigen und Bekannten sowie auf ein besonderes Gespür („Suchdiagnose“) angewiesen.[124]

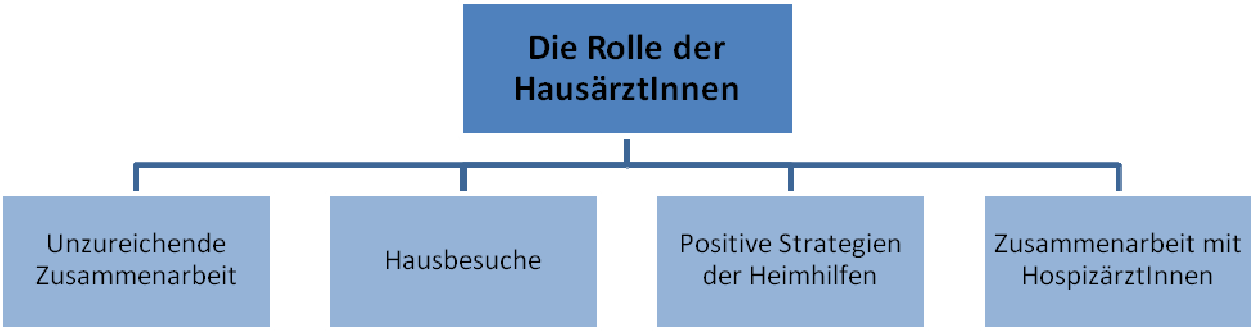

Abbildung 9: Die Kategorie „Die Rolle der HausärztInnen“; eigene Darstellung

2.2.6.1 UNZUREICHENDE ZUSAMMENARBEIT

Speziell dann, wenn keine Angehörigen mehr vorhanden sind, sind HausärztInnen oft die einzige Ansprechperson für die Heimhelferinnen, wenn sich der Allgemeinzustand der KlientInnen mit Demenz verändert. Aus mehreren Passagen der Interviews geht allerdings hervor, dass die Betreuerinnen die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen oft als unzureichend ansehen:

> *„die meisten Probleme wie gesagt gibt es mit dem Hausarzt …“* (IW 5, Z. 752)

> *„das muss ich auch sagen, (...) dass sie das eher so locker nehmen die Hausärzte.“* (IW 5, Z. 642-643)

[124] Vgl. Hirsch, 2008: S. 109

Häufig wurde von den Interviewpartnerinnen angesprochen, dass die ÄrztInnen kaum auf die Bedürfnisse der KlientInnen eingehen, und HausärztInnen wurden von ihnen auch nicht als Unterstützung bei der Betreuung der Menschen mit Demenz wahrgenommen:

> *„Ja, das mit Hausarzt ist ein eigenes Kapitel. Es gibt, ich sage mal (.) zwei, drei Hausärzte, die wirklich eingehen darauf…“* (IW 5, Z. 650-651)

> *„sogar die Ordinationsschwester kann oft mehr helfen als der Doktor…“* (IW 1, Z. 562-563)

Auch, dass sich die HausärztInnnen nicht ausreichend Zeit für die KlientInnen nehmen, wurde von den Heimhelferinnen mehrmals erwähnt. Meist wurde kritisiert, dass die ÄrztInnen eher bereit sind, ein zusätzliches Medikament zu verschreiben als auf die individuellen Bedürfnisse der Demenzkranken einzugehen:

> *„der verschreibt nur die Medikamente und die Pflegesachen zum Beine einschmieren (.) mehr macht der dort nicht.“* (IW 6, Z. 127-128)

> *„Pulverl, Stempel, auf Wiedersehen! - Leider, das ist leider so!“* (IW 5, Z. 661-662)

Die Ergebnisse dieser Unterkategorie sind vergleichbar mit den Ergebnissen der Arbeit von Kaduszkiewicz und van den Bussche (2003). Sie erwähnten in ihrer Arbeit „Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz“, dass auch Angehörige das hausärztliche Verhalten oft als unzureichend kritisierten. Als Konsequenz schlugen die AutorInnen deshalb Schulungen der HausärztInnen, besonders im Bereich der Kommunikation, vor[125].

[125] Vgl. Kaduszkiewicz, van den Bussche ,2003: S. 277

2.2.6.2 HAUSBESUCHE

Ein ebenfalls häufig angesprochenes Thema bei den Interviews waren die Hausbesuche. Hier ist zu unterscheiden zwischen HausärztInnen, die regelmäßig Hausbesuche bei alleinlebenden Menschen mit Demenz machen und solchen, die die Durchführung von Hausbesuchen eher ablehnen. Die Heimhelferinnen berichteten, dass sie bei den HausärztInnen, die regelmäßig Hausbesuche machten, oft den Verdacht hatten, dass diese mit den besonderen Anforderungen, die mit dieser speziellen Situation verbunden sind, überfordert waren:

> *„… da hat sie eben geschrieben: Vergesslichkeit und Untergewicht … sie ist halt doch schon 97 … und hat noch eine Tablette dazu verschrieben… das war eigentlich das Einzige (.) also die meint halt ja, was soll man mit dem Alter noch großartiges machen.“* (IW 2, Z. 1022-1029)

> *„… oder was sollen wir machen, es ist einfach so, sie ist halt oder derjenige ist halt alt,…“* (IW 5, Z. 656-657)

Eine andere Betreuerin berichtete von einem Hausarzt, der bei seiner dementen Patientin nie Hausbesuche durchführt. Sie erzählte, dass sie mit der Klientin einmal jährlich zum Neurologen geht. Das restliche Jahr stellt der Hausarzt die Rezepte für die Klientin nach der Anordnung des Neurologen aus, ohne dazwischen jemals einen Hausbesuch zu machen:

> *„und einmal im Jahr wird dieser Test gemacht beim Neurologen und dann verschreibt der Hausarzt wieder die Medikamente, aber kommen* (Anm.: auf Hausbesuch) *tut ja keiner!“* (IW 6, Z. 365-367)

Es hat den Anschein, als zeigten die HausärztInnen bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zeitweise eine Art Hilflosigkeit bzw. zeigten sie Anzeichen von Resignation. Kaduszkiewicz et al. (2009) weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass ein wesentliches Problem bei der Versorgung von Menschen mit Demenz die Tabuisierung der Krankheit und die Stigmatisierung der Kranken ist, auch seitens der ÄrztInnen. Sie kamen bei ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass durch gezielte Fortbildungen von HausärztInnen unter anderem die positive Grundhaltung

gegenüber der Versorgung von Demenzkranken sowie auch die Einschätzung der therapeutischen Möglichkeiten zugenommen haben.[126]

2.2.6.3 POSITIVE STRATEGIEN DER HEIMHILFEN

Wenn die KlientInnen keine Angehörigen mehr haben und auch keine anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel diplomierte Pflegepersonen oder SozialarbeiterInnen in die Betreuung eingebunden sind, sind die HeimhelferInnen auf sich alleine gestellt. Besonders schwierig wird die Situation dann, wenn auch die zuständigen HausärztInnen keine wesentliche Unterstützung sind. Es hat sich allerdings in den Interviews gezeigt, dass die Betreuerinnen vereinzelt Strategien entwickelt haben, um ihren KlientInnen dennoch eine gute ärztliche Behandlung zukommen zu lassen. Eine Interviewpartnerin hat angegeben, dass man sich als langjährig tätige Heimhilfe eben selbst helfen muss:

> *„… und sie* (Anm.: die HausärztInnen) *dann kommen und sich nur ein paar Minuten für die Menschen nehmen… da muss man schauen, dass man sich irgendwie noch zusätzlich anders helfen kann.“* (IW 1, Z. 554-555)

In Fällen, wo die Zusammenarbeit mit den HausärztInnen ihrer Meinung nach nicht so gut funktioniert, versucht sie zusätzlich noch andere ÄrztInnen in die Behandlung mit einzubeziehen:

> *„Na, zum Beispiel, dass man einen anderen Facharzt ruft (.) und nicht nur (lacht) mit dem einen Arzt zusammenarbeitet.“* (IW 1, Z. 559-560)

Eine andere Betreuerin hat eine ähnliche Strategie entwickelt. Sie konnte bereits bei einigen ihrer KlientInnen sehr gute Erfahrungen mit den ÄrztInnen des mobilen Hospizes sammeln. Sobald sie bemerkt, dass sich der Zustand ihrer KlientInnen wesentlich verschlechtert und sie das Gefühl hat, dass die HausärztInnen mit der Behandlung der Menschen mit Demenz überfordert sind, macht sie diese auf die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit dem Hospiz aufmerksam:

[126] Vgl. Kaduszkiewicz et al., 2009: S. 158-159

„… also wenn er (Anm.: der Hausarzt) *sagt - Da kann man nichts machen, es ist halt so… dann spreche ich halt den Hausarzt auf das Hospiz an.“* (IW 5, Z. 635-639)

Diese Beispiele zeigen, wie wichtig eine multidisziplinäre Zusammenarbeit besonders bei Menschen mit Demenz ist. Die Betreuung dieser Personengruppe stellt auch HausärztInnen vor eine große Herausforderung, denn es ist für Einzelpersonen kaum möglich, die vorhandenen sozialen, psychischen und physischen Probleme, die bei der Betreuung von Menschen mit Demenz auftreten, alleine zu lösen.[127]

2.2.6.4 ZUSAMMENARBEIT MIT DEN HOSPIZÄRZTINNEN

Im Gegensatz zu den HausärztInnen wurden die ÄrztInnen des mobilen Hospizes von den Interviewpartnerinnen nur lobend erwähnt:

„also Hospiz ist für mich ganz groß geschrieben, weil die machen extrem viel … die sind einfach da … die kommen wirklich nach Hause wenn man anruft und wenn man sich mit ihnen in Verbindung setzt.“ (IW 5, Z. 663-664 u. 666-668)

Eine Heimhilfe gibt an, dass sie das Gefühl hat, ihre KlientInnen befinden sich bei den ÄrztInnen des Hospizes in guten Händen, und auch die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen funktioniert hier besser:

„… und sie kommen so einmal in der Woche, zweimal in der Woche und arbeiten eigentlich mit den Organisationen sehr gut zusammen.“ (IW 5, Z. 683-685)

Es wurde auch positiv erwähnt, dass die ÄrztInnen die von ihnen getroffenen Entscheidungen dokumentieren, da eine gute Dokumentation natürlich wesentlich zu einer guten Zusammenarbeit beiträgt:

„… die haben eine eigene Dokumentationsmappe auch und schreiben eben wirklich - Patient verweigert Medikamente, muss keine mehr nehmen!“ (IW 5, Z. 675-677)

[127] Vgl. Wolfs, Kessels, Dirksen, Severens, Verhey, 2008: S. 300

Den KlientInnen bei fortgeschrittener Demenz keine Antidementiva mehr zu verabreichen, deckt sich auch mit den Empfehlungen der hausärztlichen Demenz-Leitlinie der DEGAM. Bekommen die KlientInnen allerdings eine laufende medikamentöse Therapie zur Behandlung der Demenz, wird in der Leitlinie empfohlen, die Wirkung der Medikamente alle 3-6 Monate unter Zuhilfenahme von Testverfahren und der Befragung der KlientInnen sowie deren BetreuerInnen zu evaluieren[128].

Wie aus der Kategorie „Die Rolle der HausärztInnen“ hervorgeht, nehmen diese eine entscheidende Rolle bei der Versorgung von Menschen mit Demenz ein, denn sie sind die erste Anlaufstelle, wenn sich der Gesundheitszustand der Betroffenen verändert. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Heimhelferinnen die Zusammenarbeit mit dieser Berufsgruppe als eher unzureichend eingestuft haben. Da die unterschiedlichsten Berufsgruppen an der Versorgung alleinlebender Menschen mit Demenz beteiligt sind, ist hier eine gute Zusammenarbeit unbedingt erforderlich. Das ermöglicht es einerseits den Betroffenen, lange in ihren eigenen vier Wänden bleiben zu können und würde andererseits auch dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit der BetreuerInnen sowie auch der HausärztInnen zu steigern.

[128] Vgl. Vollmar et al., 2010: S. 45

3 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung analysiert und mit vorhandenen wissenschaftlichen Studien in Beziehung gesetzt. Des Weiteren sollen an dieser Stelle auch die beiden Forschungsfragen beantwortet werden.

Mehreren Studien ist zu entnehmen, dass der Anteil der alleinlebenden Menschen mit Demenz bereits ca. 30% an der Gesamtheit der demenzkranken Menschen, die nicht in stationären Einrichtungen leben, beträgt.[129] Gilmour, Gibson und Campbell (2003) weisen in ihrer Arbeit darauf hin, dass es sich bei Menschen mit Demenz, die alleine leben, meist um ältere Frauen mit einem geringen Einkommen handelt.[130] Auch in der hier vorliegenden Arbeit berichteten die Heimhelferinnen, bis auf einen Fall, nur von alleine lebenden Klientinnen mit Demenz, die sie betreuen.

Die Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz unterscheidet sich wesentlich von der Betreuung anderer Personengruppen ohne kognitive Einschränkungen. Ein erstes Ergebnis dieser Arbeit ist, dass die Betreuung durch die Heimhelferinnen nicht erfolgen kann, wenn kein Vertrauensverhältnis zwischen Betreuungsperson und den Betroffenen besteht. Müller-Hergl (2008) nennt die Beziehung in der Pflege als das wichtigste „Arbeitsinstrument“ bei der Bewältigung des Alltags, da erst die Beziehung ein Erspüren von Bedürfnissen, Auffassungen und Stimmungen ermöglicht. Da Menschen mit Demenz im Verlauf ihrer Erkrankung die Fähigkeit verlieren, mit anderen eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen, müssen Pflegende und Betreuende versuchen, sich den Menschen mit Demenz anzupassen. Eine professionelle Beziehung erfordert allerdings Reflexion und damit Distanz, da nur aus der Distanz eine hilfreiche Nähe entstehen kann. Es ist deshalb wichtig, eine Beziehung zwischen der an Demenz erkrankten Person und den Pflegepersonen herzustellen. Bei der Gestaltung der Beziehung zu Menschen mit Demenz sind

[129] Vgl. Gilmour, Gibson, Campbell, 2003: S. 404 und Nourhashemi, Amouyal-Barkate, Gillette-Guyonnet, Cantet, Vellas, 2005: S. 118
[130] Vgl. Gilmour et al., 2003: S. 404

einige Eckpunkte zu beachten. Damit eine Beziehung beginnen und sich entwickeln kann, wird eine Bezugspersonenpflege benötigt. Auch ein umfassendes und strukturierendes Kennenlernen der KlientInnen ist unbedingt notwendig. Das Kennenlernen ermöglicht es unter anderem auch, dass die Gewohnheiten der KlientInnen systematisch für die Tagesgestaltung genutzt werden. Das äußere Kennzeichen einer guten Beziehung ist die verlässliche Präsenz der Pflegeperson. Diese Person soll darauf achten, dass bewährte Abläufe wiederholt werden.[131] Die Wichtigkeit des Einsatzes einer festen Bezugsperson bei der Betreuung von Menschen mit Demenz ist auch den Aussagen der Heimhelferinnen in der Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis aufbauen“ zu entnehmen – „*natürlich ist es wichtig wenn man regelmäßig zu jemand kommt“*. Wie aus einem Beispiel hervorgeht, führt bereits das Wissen, dass die zuständige Heimhilfe ihren Urlaub plant, zur Beunruhigung einer Klientin. Es hat den Anschein als hätte sie Angst, ihr gewohnter Tagesablauf könnte sich durch den Urlaub der Heimhilfe verändern – „*wer wird da kommen und da wird wieder ein Durcheinander sein!“*

Die Art und Weise wie die Betreuerinnen das Vertrauensverhältnis zu ihren KlientInnen aufgebaut haben, deckt sich ebenfalls in vielen Bereichen mit den Erkenntnissen von Müller-Hergl (2008). Unter anderem nennt er Ruhe und Gelassenheit, die Geschwindigkeit, das Vermeiden von Konfrontationen sowie Freundlichkeit und Lächeln als wichtige Faktoren bei der Betreuung dieser Personengruppe. Wie auch in der Unterkategorie „Langsam arbeiten und mit Humor“ erwähnt ist das gemeinsame Lachen wichtig, um belastende Situationen besser aushalten zu können.[132]

Eine Belastung der besonderen Art stellt die Ernährungsproblematik bei Menschen mit Demenz dar. Es ist ein alltäglich wiederkehrendes Problem und wird deshalb sehr oft in den Interviews angesprochen. Am häufigsten wurde dabei die mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erwähnt. Es ist anzunehmen, dass die KlientInnen aufgrund der Vergesslichkeit weniger Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen. Oftmals erwähnen die Betreuerinnen, dass sie mehrere Gläser mit Flüssigkeit in der Wohnung verteilen, um die KlientInnen dadurch daran zu erinnern, mehr zu trinken –

[131] Vgl. Müller-Hergl, 2008: S. 20-23
[132] Vgl. ebd.: S. 22

„da stelle ich ihr da ein Glas hin und dort ein Glas hin“. Es werden aber auch Zettel mit der Aufforderung zu trinken in der Wohnung angebracht. Den Interviews ist auch zu entnehmen, dass die Betreuerinnen versuchen, den Inhalt des Kühlschrankes zu kontrollieren, um dadurch überprüfen zu können, ob die KlientInnen ausreichend Nahrung zu sich nehmen – *„da weiß ich genau sie hat nichts gegessen.“* Dabei wird großer Wert darauf gelegt, den KlientInnen nicht das Gefühl zu geben, kontrolliert oder beobachtet zu werden. – *„ja, so kleine Tricks, wo sie nicht das Gefühl hat, ich bevormunde sie.“* Auch bei der Zubereitung von Speisen durch die KlientInnen selbst treten oftmals Probleme auf – *„das Gas war aufgedreht“* oder *„sie hat den Suppentopf in die Mikrowelle gestellt“.*

Die Ernährung von Menschen mit Demenz wird auch von Rüsing et al. (2008) als ein vieldimensionales Problem bezeichnet. Beruflich Pflegende empfinden die unzureichende Nahrungsaufnahme oft als ausgesprochen belastend. Pflegende geben dabei Gefühle von Hilflosigkeit und Versagensangst bis hin zur Angst um das Leben der Menschen mit Demenz an.[133] Auch Nourhashemi et al. (2005) kamen zu dem Ergebnis, dass alleinlebende Menschen mit Demenz der erhöhten Gefahr einer Mangelernährung ausgesetzt sind.[134] Thierney, Jocelyn, Naglie, Jaglal, Kiss und Fisher (2004) nannten die mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr als die häufigste Art der Selbstvernachlässigung von alleine lebenden Menschen mit Demenz. Die Folgen waren Dehydration, Delirium, Infektionen und Hüftfrakturen.[135]

Edwards und Morris (2007) nannten neben der Mangelernährung noch die erhöhte Verletzungsgefahr, mangelnde Körperhygiene sowie eine geringe Compliance bei der Medikamenteneinnahme als Risiken dieser Personengruppe.[136] Auch hier finden sich Übereinstimmungen mit der vorliegenden Arbeit. Vor allem die unregelmäßige Medikamenteneinnahme wurde mehrmals genannt – *„ja, hin und wieder vergisst sie drauf“*. Aber auch die Dauer der Medikamenteneinnahme wurde von einzelnen Interviewpartnerinnen thematisiert - *„man muss dabei sein und warten“*. Dass die KlientInnen keine Hilfe bei der Körperpflege duldeten, wurde ebenso erwähnt – *„aber Körperpflege und solche Sachen lässt sie nicht zu.“,* wie die wiederholten Verletzungen – *„sie ist oft gestürzt“* oder *„die tut sich oft irgendwo weh“.*

[133] Vgl. Rüsing et al, 2008: S. 315
[134] Vgl. Nourhashemi et al., 2005: S. 118
[135] Vgl. Tierney, Jocelyn, Naglie, Jaglal, Kiss, Fisher , 2004: S. 1438
[136] Vgl. Edwards und Morris, 2007: S 497-500

Über die häufigen Stürze der KlientInnen zeigten sich die Heimhilfen ebenso besorgt wie über deren Umgang mit diversen Geräten. Neben Elektrogeräten und dem Gasherd wurde auch der unzureichende Umgang mit dem Hausnotruf – *„den Notruf verwendet sie eigentlich nicht“* genannt. Auch das Bedienen des Telefons stellte bei einer Klientin ein Problem dar – „*sie hat die Nummer nicht wählen können.“* Dass Personen mit Demenz nur unzureichend fähig sind, das Telefon für ihre Sicherheit und zur Kommunikation zu verwenden, war auch ein Ergebnis von Nygard und Starkhammar (2003) in ihrer Arbeit “Telephone use among noninstitutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies”.[137]

Ein von den Betreuerinnen häufig angesprochenes Problem war die unzureichende Zusammenarbeit mit Angehörigen und anderen Berufsgruppen, wobei hier vorrangig die HausärztInnen genannt wurden – *„der verschreibt nur die Medikamente“.* Bei den Angehörigen kann vermutet werden, dass vor allem fehlendes Wissen über die Krankheit zu Fehleinschätzungen und unrealistischen Forderungen wie etwa – „*sie muss sich waschen lassen“* führen. Dieses Wissensdefizit führt nicht selten zu einer mangelnden bzw. falschen Kommunikation unter allen Beteiligten und erschwert die Betreuung der Menschen mit Demenz. Den Schilderungen der Heimhelferinnen ist zu entnehmen, dass die als unzureichend empfundene Zusammenarbeit mit den HausärztInnen auf eine zeitweise Hilflosigkeit bzw. Resignation der ÄrztInnen bei der Betreuung von Demenzkranken zurückzuführen ist – „… *was soll man mit dem Alter noch großartiges machen“.* Da diese Berufsgruppe aber zu den wichtigsten AnsprechpartnerInnen für die Heimhilfen zählt, ist gerade in Fällen von alleinlebenden Menschen mit Demenz eine gute Zusammenarbeit unabdingbar. Eine gute Zusammenarbeit sowohl mit Angehörigen als auch mit HausärztInnen kann dazu beitragen, dass die (Arbeits)Zufriedenheit von allen an der Versorgung beteiligten Personen steigt und erleichtert natürlich auch die Versorgung der erkrankten Personen.

Gilmour et al. (2003) beschreiben in ihrer Studie „Living alone with dementia. A case study approach to understanding risk” unter anderem die unterschiedlichen Sichtweisen der involvierten Berufsgruppen und der Angehörigen von alleinlebenden Menschen mit Demenz. In einer ländlichen Gegend Irlands führten sie Interviews mit

[137] Vgl. Nygard und Starkhammer, 2003: S. 239

Familienmitgliedern, Pflegepersonen, HausärztInnen, SozialarbeiterInnen und auch mit den an Demenz erkrankten Personen durch. Pflegepersonen nannten die erhöhte Sturzproblematik und die Gefahr eines Flüssigkeitsdefizits als vorrangige Probleme bei der Betreuung dieser Personengruppe. Die SozialarbeiterInnen sahen die Probleme ähnlich wie die Angehörigen vor allem beim Kochen, Heizen, Umgang mit Geld und Stürzen. Die Gruppe der HausärztInnen befürwortete eher den Verbleib der Menschen in deren eigenen Wohnungen, trotz der bestehenden Risiken. Es zeigte sich auch, dass sich die Betroffenen, zum Beispiel in Bezug auf Auto fahren, meist selbst überschätzten. Vereinzelt erwähnten sie auch, dass sie eigentlich keine Hilfe durch andere benötigen würden. [138] Auch in der hier vorliegenden Arbeit wurde immer wieder davon berichtet, dass die Selbstüberschätzung der KlientInnen die Betreuung oftmals erschwert. Häufig verweigerten die KlientInnen den BetreuerInnen den Zutritt zu ihren Wohnungen und behaupteten, alles selbst machen zu können. Das ist auch Aussagen wie etwa – *„ich brauche sie nicht!“* - oder – *„Sie können ruhig gehen!“* – zu entnehmen. Die Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz stellt alle an der Versorgung beteiligten Personen vor große Herausforderungen. Gilmour et al. (2003) folgern daraus, dass komplizierte Entscheidungen wie etwa, ob alleinlebende Menschen mit Demenz noch in der Lage sind in ihren Wohnungen zu bleiben oder nicht, nie die Entscheidung von Einzelpersonen oder einzelnen Berufsgruppen sein kann. Es ist dabei ein vorsichtiges Abwägen der Situation notwendig, und nicht nur körperliche, sondern auch emotionale und soziale Aspekte müssen berücksichtigt werden.[139]

Bartholomeyczik et al. (2008) nennen das störende, verletzende und auch selbst gefährdende Verhalten von Menschen mit Demenz als einen wesentlichen Problemfaktor bei der Versorgung. Dieses oft wie eine unliebsame Symptomatik der Demenz behandelte Verhalten kann auch als eine mögliche Ausdrucksweise von Bedürfnissen der Menschen mit Demenz betrachtet werden. Diese Verhaltensweisen werden häufig als herausforderndes Verhalten bezeichnet. Zu ihnen zählen unter anderem Aggressivität, Wandering, Agitation, sexuelle Enthemmung, disruptive Vokalisation, Depressivität und Apathie, von denen die eine oder andere Form im Verlauf der Demenz bei fast jedem Betroffenen auftritt.[140] Diese Verhaltensstörungen

[138] Vgl. Gilmour et al., 2003: S. 412-416
[139] Vgl. ebd.: S. 417
[140] Vgl. Bartholomeyczik, Halek, Müller-Hergl, Riesner, Rüsing, Vollmar, Wilm, 2008: S. 342-343

werden sowohl von pflegenden Angehörigen wie auch von professionell Pflegenden als störender empfunden als die kognitiven Ausfälle.

Auch in dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass das herausfordernde Verhalten von Menschen mit Demenz die Betreuung oftmals erschwert. Das Vergessen von kurz Zurückliegendem führt im Alltag häufig dazu, dass die BetreuerInnen viel Zeit mit dem Suchen von Gegenständen verbringen. Das löst bei ihnen oftmals das Gefühl aus, dass sie ihre „richtige" Arbeit nicht erledigen können – *„ich bin zu der Arbeit nicht gekommen, weil ich habe nur gesucht"*. Es stellt eine enorme Belastung für die BetreuerInnen dar, wenn die meist ohnehin knapp bemessene Einsatzzeit nur zum Suchen verwendet wird. Aber nicht nur das Suchen, auch das daraus resultierende „Beschuldigt werden" belastet die Heimhilfen. Das Verlegen von Gegenständen hat oft zur Folge, dass die KlientInnen entweder die Heimhilfen selbst oder auch andere Personen des Diebstahls bezichtigen. Einzelnen Passagen der Interviews ist zu entnehmen, dass die Beschuldigungen immer belastend sind, egal ob die Betreuungsperson selbst oder andere Personen davon betroffen sind. Es hat sich gezeigt, dass speziell am Anfang der Betreuung, wenn noch kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte, die BetreuerInnen auch oft selbst beschuldigt werden - *„weil am Anfang … hat sie gesagt, ich habe ihr das und das gestohlen".*

Der Unterkategorie „Ablehnung erfahren" ist zu entnehmen, dass sich Ablehnung auf unterschiedlichste Art zeigen kann. Am häufigsten wurde von den Interviewpartnerinnen allerdings die verbale Aggression genannt. Aber auch das Ablehnen von Hilfe bis hin zum Verweis aus der Wohnung wurde häufig angeführt - *„Gehen Sie! - hat sie geschrien mit mir - Gehen sie raus!".* Dass aggressives Verhalten von Menschen mit Demenz eine besondere Belastung für Pflegepersonen darstellt, zeigt sich auch in der Arbeit von Rüsing et al (2008). Sie kamen bei ihrer Untersuchung unter anderem zu dem Ergebnis, dass bei Pflegepersonen, selbst in spezialisierten Einrichtungen, ein hoher Wissensbedarf im Bereich „Umgang mit Aggressivität" besteht.[141]

[141] Vgl. Rüsing et al, 2008: S. 313

Das „Alleine zuständig sein“ ist ebenfalls ein häufig erwähnter Belastungsfaktor in der täglichen Betreuung von alleinlebenden Menschen mit Demenz. Speziell bei Menschen, die keine Angehörigen mehr haben, die ebenfalls in die Betreuung eingebunden sind, ist die Heimhilfe oft die einzige Bezugsperson – *„bei der Dame bin eigentlich nur ich da“*. Speziell in der Phase, wenn die ersten Beschuldigungen auftreten, ziehen sich auch die Nachbarn und FreundInnen zurück – *„die Leute sagen - na, ich will eigentlich nicht mehr hingehen“*, da sie befürchten, ebenfalls beschuldigt zu werden. Dieser Rückzug von Bekannten führt dann oft dazu, dass die Heimhilfen die einzigen Personen sind, die noch versuchen, Kontakt mit anderen Berufsgruppen aufrecht zu erhalten.

Im Hinblick auf die erste Forschungsfrage – Welche besonderen Herausforderungen bestehen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz? – lässt sich Folgendes zusammenfassen: Die Erkenntnisse der hier vorliegenden Arbeit zeigen eine große Übereinstimmung mit den Ergebnissen der internationalen Fachliteratur. Ein großer Teil der täglichen Herausforderungen bei der Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz ist auf das herausfordernde Verhalten der KlientInnen zurückzuführen. Dazu zählen unter anderem das aggressive sowie auch das ablehnende Verhalten der KlientInnen. Aber auch die ungenügende Nahrungs- und Flüssigkeitseinnahme der KlientInnen sowie die oft unregelmäßige Einnahme der Medikamente belasten die BetreuerInnen. Mangelnde Körperhygiene und die häufigen Verletzungen der KlientInnen, oft aufgrund der krankheitsbedingten Selbstüberschätzung, erschweren die Betreuungssituation für die Heimhilfen ebenfalls. Die ungenügende Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und mit Angehörigen stellt ebenfalls einen Teil der Belastungen dar. Das hat wiederum zur Folge, dass die Heimhilfen oftmals das Gefühl haben, alleine für die Betreuung der Menschen mit Demenz zuständig zu sein.

Die zweite Forschungsfrage bezieht sich auf die benötigten Maßnahmen, um die vorhandenen Probleme zu beseitigen bzw. zu verringern. Um ihren KlientInnen das Leben zu Hause weiter ermöglichen zu können, müssen die HeimhelferInnen in der Lage sein, die speziellen Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erkennen und darauf einzugehen. Den Interviews ist zu entnehmen, dass sie zur Bewältigung dieser Aufgaben viel Einfühlungsvermögen, Engagement und Taktgefühl gezeigt haben. Um sich den täglich wiederkehrenden Herausforderungen bei der Betreuung

alleinlebender Menschen mit Demenz zu stellen, ist auch viel Einfallsreichtum notwendig. Die Betreuerinnen gaben an, vereinzelt zu „Tricks“ zu greifen und auch „Notlügen“ zu verwenden, um die KlientInnen vor Gefahren zu schützen - *„hie und da muss man ein bisschen Notlügen gebrauchen.“*

Alle Interviewpartnerinnen waren seit mindestens neun Jahren als Heimhilfe tätig und konnten deshalb auf viel Erfahrung in ihrem Beruf zurückgreifen. Es hat sich gezeigt, dass sich die Heimhilfen Wissen auf die unterschiedlichste Art angeeignet haben. Häufig wurde erwähnt, dass sie bei ihrer Arbeit einer Art Eingebung gefolgt sind, also intuitiv gehandelt haben. So haben einzelne Betreuerinnen erkannt, dass es wichtig ist, die Erlebnisse und Erfahrungen zu sammeln, die für die KlientInnen von Bedeutung sind - *„und wenn sie einen guten Tag hat, nehme ich einen Zettel und einen Bleistift und schreibe mit“* oder „*da musst du einen Zugang finden, über irgendetwas was früher einmal war“.*

Berendonk, Stanek, Schönit, Kaspar, Bär und Kruse (2011) bezeichnen die Biographiearbeit als ein weitverbreitetes und bedeutsames Konzept in der Arbeit mit Menschen mit Demenz. Durch die Verluste der kognitiven Funktionen, besonders auch durch Störungen des autobiographischen Gedächtnisses, benötigen sie Hilfe durch Dritte, um sich an individuell bedeutsame Situationen zu erinnern. Da Menschen mit Demenz lange in der Lage sind, zu kommunizieren, ist es ihnen auch möglich, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu formulieren. Es ist daher wichtig, diese Ressourcen zu nützen, um biographisch bedeutsame Aspekte aus dem Leben der Betroffenen zu erfahren. Die Biographiearbeit nimmt deshalb bei der Betreuung von Menschen mit Demenz einen zentralen Stellenwert ein. Pflege- und Betreuungspersonen müssen das als einen Kern ihrer Arbeit erkennen. Um das emotionale Wohlbefinden von Menschen mit Demenz zu ermöglichen, müssen bedeutsame Themen durch Pflege- und Betreuungspersonen erfasst werden. Auf dieser Basis können dann gezielte Maßnahmen im Alltag abgeleitet werden. Dazu sind Geduld und Zeit ebenso notwendig wie die Fertigkeit des aktiven Zuhörens. [142]

[142] Vgl. Berendonk, Stanek, Schönit, Kaspar, Bär, Kruse, 2011: S. 13

Aus mehreren Passagen der Interviews geht auch hervor, dass bestimmte Defizite der KlientInnen nur zufällig entdeckt werden, wie beispielsweise die mangelnde Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Andere Defizite werden wiederum durch genaue Beobachtung der Betreuungspersonen erkannt. Die Gewohnheiten der KlientInnen können allerdings nur erkannt werden, wenn die Betreuung durch eine feste Bezugsperson erfolgt. Nur so können die Betreuungspersonen individuell auf die Bedürfnisse der KlientInnen eingehen. Das hat sich auch am Beispiel jener Klientin gezeigt, die Hilfe durch eine Heimhelferin abgelehnt hat, sich aber über Besuch gefreut hat – *„jetzt sage ich immer, ich komme Sie nur besuchen."*

Keine der InterviewpartnerInnen hat angegeben, eine spezielle Schulung zum Thema „Demenz" erhalten zu haben, auch nicht während der Ausbildung. Nur eine Heimhilfe, die in ihrer Freizeit einen Validationskurs nach Naomi Feil besucht hat, konnte daher gezielt auf Strategien in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz zurückgreifen – *„da kann man die letzte Sequenz wiederholen."* Neben den bereits erwähnten Wissensbedarfen im Bereich „Ernährungsproblematik" und „Umgang mit Aggressivität" benötigen Pflegepersonen auch noch Schulungen in weiteren Bereichen. Zu den vier am häufigsten genannten Themenbereichen der Untersuchung von Rüsing et al. (2008) zählen auch die „Kommunikation mit Menschen mit Demenz" und die „Beschäftigung von Personen mit Demenz".[143]

In den Interviews hat sich gezeigt, dass die Heimhilfen es als Erleichterung ansehen, wenn Entscheidungen wie beispielsweise die Erhöhung der Einsatzzeit im Betreuungsteam getroffen werden – *„und dann haben wir eben gesprochen und gesagt, ja, man braucht mehr Einsätze."* Auch wenn die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen gut funktioniert, wurde das positiv erwähnt. Speziell die Zusammenarbeit mit den ÄrztInnen des mobilen Hospizes wurde hier angesprochen - *„die kommen wirklich nach Hause wenn man anruft".* Die Betreuerinnen haben es sehr geschätzt, dass die ÄrztInnen klare Entscheidungen getroffen haben und diese auch dokumentierten - *„die…schreiben eben wirklich - Patient verweigert Medikamente, muss keine mehr nehmen!"* Ähnlich wurde auch eine gute Zusammenarbeit mit den Angehörigen bewertet. Es erleichtert den Berufsalltag der

[143] Vgl. Rüsing et al., 2008: S. 313

BetreuerInnen, wenn die Zusammenarbeit mit den Angehörigen gut funktioniert - *„da mit den Angehörigen, da ist es ein bisschen leichter, (.) weil nicht alles an mir hängt.“*

Natürlich profitieren im Besonderen die alleinlebenden Menschen mit Demenz davon, wenn alle an der Versorgung beteiligten Personen gut zusammenarbeiten. Vor allem am Beginn der Erkrankung ist es nämlich besonders wichtig, ihnen ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Mok, Lai, Wong und Wan (2009) interviewten 15 Menschen mit Demenz im frühen Stadium der Erkrankung und kamen dabei zu folgenden Erkenntnissen. Die von Demenz betroffenen Personen nannten unter anderem Gefühle wie Frustration, Unsicherheit und Hilflosigkeit. Es war für sie wichtig, wertgeschätzt zu werden, und sie hatten den Wunsch nach Gesellschaft und stimulierenden Aktivitäten. Aber sie gaben auch an, Schuldgefühle zu haben sowie die Angst, anderen eine Last zu sein.[144] Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Steeman, Casterle, Godderis und Grypdonck (2005). Personen mit beginnender Demenz befinden sich in einem Übergangsprozess, der mit dem Gefühl beginnt, dass „etwas nicht stimmt“. Das führt zu Gefühlen von Unsicherheit und es ist für die Betroffenen wichtig, dass sie weiterhin selbst über ihr Leben bestimmen können. Pflegepersonen nehmen während des Krankheitsverlaufes eine wichtige Rolle ein.[145]

Im Hinblick auf die zweite Forschungsfrage - Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um bestehende Probleme zu verringern bzw. zu beseitigen? – lässt sich Folgendes zusammenfassen: Die Heimhilfen handeln bei der Betreuung der Menschen mit Demenz meist intuitiv. Defizite der KlientInnen werden oft durch eine genaue Beobachtung der KlientInnen entdeckt, häufig aber auch nur durch Zufall. Gespräche mit den TeamkollegInnen wurden als hilfreich eingestuft, da es leichter ist, Entscheidungen im Team zu treffen als alleine. Auch eine gute Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und mit den Angehörigen erleichtert die Arbeit mit Menschen mit Demenz.

Die Ergebnisse zeigen, dass es unbedingt notwendig ist, die Krankheit Demenz als eine gemeinsame Aufgabe von allen an der Versorgung beteiligten Personen zu betrachten. Um mit den Herausforderungen, die die Betreuung alleinlebender Menschen mit Demenz mit sich bringt, umgehen zu können, ist es daher wichtig, die

[144] Vgl. Mok, Lai, Wong, Wan, 2009: S. 594-598
[145] Vgl. Steeman, Casterle, Godderis, Grypdonck, 2005: S. 736

MitarbeiterInnen ausreichend zu schulen. Ein Schulungsbedarf besteht im Besonderen in den Bereichen „Umgang mit Aggressivität“, „Ernährungsproblematik“, „Kommunikation mit Menschen mit Demenz“ und „Beschäftigung von Personen mit Demenz“.

4 FORDERUNGEN FÜR DIE ZUKUNFT

In dieser Arbeit konnte aufgezeigt werden, dass die Versorgung von Menschen mit Demenz noch immer starke Defizite aufweist. Im abschließenden Teil dieser Arbeit soll deshalb festgehalten werden, welche Maßnahmen notwendig wären, um die Situation für alle an der Versorgung beteiligten Personen zu verbessern.

Eine besondere Wichtigkeit kommt dem Thema „Enttabuisierung von Demenz“ zu. Dazu ist eine vorurteilsfreie und verständnisvolle Auseinandersetzung mit der Erkrankung Demenz notwendig. Vorstellbar sind hier unter anderem gezielte Schulungen und Vorträge, aber auch Werbekampagnen, um das Thema einer breiten Öffentlichkeit nahe zu bringen. Wichtig wäre es auch, gezielt junge Menschen anzusprechen, beispielsweise an Schulen, um der Entstehung negativer Stereotypen vorzubeugen und um vorhandene Berührungsängste abzubauen.[146]

Österreich hat noch immer einen großen Nachholbedarf im Bereich der Hauskrankenpflege. Ein rascher Ausbau der Pflege und Betreuung zu Hause, unterstützt durch professionelle Dienste, ist unbedingt erforderlich. Eine weitere dringend notwendige Maßnahme besteht in der Anhebung der Qualifikation von Pflegepersonen. Durch die Anhebung der Grundausbildung des „gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege“ auf Bachelorniveau sollte ein Niveau erreicht werden, das in vielen europäischen Staaten bereits besteht. Gleichzeitig muss auch die Anzahl an Pflegepersonen in Österreich, speziell im Bereich der Hauskrankenpflege, erhöht werden. Die Ausbildung der HeimhelferInnen, die eine wesentliche Rolle bei der Betreuung von Menschen in der Hauskrankenpflege einnehmen, muss inhaltlich und auch umfangmäßig angehoben werden.[147]

Menschen mit Demenz benötigen multiprofessionelle Behandlungsstrategien. Daher ist der Aufbau einer Case- und Care Management-Infrastruktur unbedingt erforderlich. Aber auch eine demenzbezogene Qualifizierung der MitarbeiterInnen

[146] Vgl. http://www.demenz-begegnen.de/
[147] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 6 u. 9

wird benötigt, da der Wissensstand bei der Versorgung von Menschen mit Demenz häufig mangelhaft ist. Des Weiteren sind hochqualifizierte Pflegepersonen mit Masterdegree, die über Spezialkenntnisse auf dem Gebiet der Demenz verfügen wie etwa eine „Family Health Nurse“ notwendig. Diese speziellen Pflegepersonen sollten nicht nur die Betroffenen und deren Angehörige unterstützen, sondern auch für Pflege – und Betreuungspersonen auf niedrigerem Ausbildungsniveau zuständig sein.

In Österreich wird der Großteil der Pflege- und/oder Betreuungsbedürftigen von Angehörigen betreut. Speziell pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz benötigen neben Schulungen und/oder einer psychologischen Betreuung auch adäquate Entlastungsangebote. Neben der Begleitung der Familie durch eine feste Bezugsperson eines multiprofessionellen Teams sind auch niederschwellige, leicht erreichbare und kostengünstige Unterstützungsangebote notwendig. Dazu zählt unter anderem die Einrichtung von Pflegestützpunkten, die es den Betroffenen und den pflegenden Angehörigen ermöglichen, medizinische, pflegerische und soziale Unterstützung zu erhalten. Der Ausbau von Tageszentren und die Erhöhung des Angebotes von Kurzzeitpflegeplätzen sind ebenfalls von großer Wichtigkeit.[148] Nicht zu vergessen sind auch der Ausbau des Ehrenamtes und der Freiwilligenarbeit, um pflegende Angehörige zumindest stundenweise entlasten zu können.

Wenn ein Leben zu Hause nicht mehr möglich ist, werden vermehrt Einrichtungen benötigt, die auf die Pflege von Menschen mit Demenz spezialisiert sind. Benötigt werden vor allem Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz und spezielle Stationen in Pflegeheimen. Diese Einrichtungen müssen den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz gerecht werden. Dabei sind bauliche und gestalterische Maßnahmen ebenso zu beachten wie die Gestaltung der Tagesstrukturen und eine wertschätzende Kommunikation mit den Betroffenen.

Krankenhausaufenthalte stellen für Menschen mit Demenz eine besondere Belastung dar. Es ist daher denkbar, spezielle Bereiche in Krankenhäusern zu schaffen, um die Betreuung dieser Personengruppe zu erleichtern.[149] Aufgrund einer erheblichen Schnittstellenproblematik ist eine bessere Vernetzung des mobilen

[148] Vgl. ebd.: S. 26
[149] Vgl. Bartholomeyczik et al., 2008: S. 342

Bereiches mit den Einrichtungen der teilstationären und stationären Pflege notwendig.

Da Demenz (noch) nicht heilbar ist und die Menschen mit Demenz adäquat versorgt werden müssen, ist eine Vernetzung von Forschung und Praxis unumgänglich. Im Bereich Demenz gibt es noch immer viele offene Fragen. Da die Forschung auf diesem Gebiet noch immer eher biomedizinisch ausgerichtet ist, besteht ein großer Bedarf an pflegerelevantem Wissen zum Thema Demenz. Wissensbedarfe aus der Praxis müssen in die Wissenschaft kommuniziert werden. Gleiches gilt für die Sichtweise der professionell Pflegenden und deren Erleben der Situation bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Da die Probleme und der Bedarf bei der Betreuung vom Setting abhängig sind, müssen settingspezifische Forschungsfragen zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz und den sie Versorgenden entwickelt werden.[150] Ein besonderer Bedarf wird hier im Bereich der Hauskrankenpflege gesehen. Weitere Schwerpunkte liegen bei der Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von Pflegephänomenen, wie beispielsweise dem herausfordernden Verhalten bei Demenz und der Entwicklung pflegerischer Leitlinien und Qualitätsstandards.[151] Kaum Wissen besteht auch über die Lebenswelt der Menschen mit Demenz, also darüber, wie die Betroffenen selbst ihre Krankheit erleben und welche speziellen Bedürfnisse sie haben.[152]

Da es sich bei alleinlebenden Menschen mit Demenz vor allem um ältere Frauen mit einem geringen Einkommen handelt, benötigt diese Gruppe von Menschen einen besonderen Schutz. Veränderungen bei der Versorgung dieser Personengruppe sind auf drei Ebenen erforderlich: auf der Ebene zwischen Pflegepersonal und den Betroffenen (Mikroebene); auf der Ebene der Anbieter von Pflege (Mesoebene) und auf der Ebene der sozial- und gesundheitspolitischen Steuerung (Makroebene).[153]

Da die Hauskrankenpflege unmittelbar von der Politik abhängig ist, sind Pflegepersonen gut beraten, den Ausführungen von PolitikerInnen zu folgen und sich die Konsequenzen für ihr Arbeitsfeld und ihren Beruf zu überlegen. Pflegepersonen

[150] Vgl. Rüsing et al., 2008: S. 320
[151] Vgl. Bartholomeyczik et al., 2008: S. 346-347
[152] Vgl. ebd.: S. 345
[153] Vgl. Seidl et al., 2006: S. 22

sollten sich in gesundheitspolitische Entscheidungen einmischen, Forderungen auf allen Ebenen des öffentlichen Lebens selbst vertreten und Einfluss und Mitbestimmung bei berufsrelevanten Fragestellungen ausüben.[154] Forderungen an die Politik in Österreich sind unter anderem der rasche Ausbau des extramuralen Bereiches (ambulante vor stationärer Pflege), die Förderung von Pflegewissenschaft und keine weiteren Sparmaßnahmen im Bereich der Pflege.

[154] Vgl. Seidl, 2003: S. 23

LITERATUR

Bartholomeyczik, S.; Halek, M.; Müller-Hergl, Ch.; Riesner, Ch.; Rüsing, D.; Vollmar, H.C.; Wilm, S. : Institut für Forschung und Transfer in der Pflege und Behandlung von Menschen mit Demenz: Konzept. In: Pflege & Gesellschaft; 13. Jg., Heft 4, November 2008; S. 337-349

Berendonk, C.; Stanek, S.; Schönit, M.; Kaspar, R.; Bär, M.; Kruse, A.: Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz. Potenziale des DEMIAN-Pflegekonzepts. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; Volume 44, Number 1, 2011; S. 13-18

Burns, N.; Grove, S. (Hrsg.): Pflegeforschung verstehen und anwenden. 1. Auflage; Verlag Urban & Fischer, München, 2005

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Demenz - DEGAM-Leitlinie Nr. 12; Düsseldorf, 2008. Verfügbar über: http://www.omikronverlag.de/catalog/3012/pdf/LL-12_Langfassung.pdf (Stand 10.03.2011)

Edwards, D. F.; Morris, J. C.: Alone and confused: Community-residing older African Americans with dementia. In: Dementia; 6, November 2007; S. 489-506

Erster Österreichischer Demenzbericht. Teil 1: Analyse zur Versorgungssituation durch das CC Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung; Wien, 2009. Verfügbar über: http://www.geronto.at/Downloads/Demenzbericht.pdf (Stand 02.11.2010)

Ertl, R.; Kratzer, U.: Heimhilfe. Ein Lehrbuch für Theorie und Praxis. Facultas Verlag, Wien 2006

Ertl, R.; Kratzer U.: Hauskrankenpflege. Wissen – Planen – Umsetzen. 2. aktualisierte Auflage. Facultas Verlag. Wien 2007

Feil, N.: Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 4. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag, München 2004

Flatz, T.; Öhlinger, R.; Schneider, R.: Demenzgerechte Pflege. Pflege und Betreuung, Kommunikation, Lebensraumgestaltung. Ein praxisorientierter Leitfaden für Angehörige und Pflegende sowie Leiter von Demenz- und Pflegeeinrichtungen. Neuer Wissenschaftlicher Verlag, Wien/Graz 2004

Gerschlager, W.; Baumgart, G.: Alzheimer. Die Krankheit des Vergessens. Verlag Maudrich, Wien 2007

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. Verfügbar über: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/109287/wa540ga199heger.pdf (Stand 16.03.2011)

Gilmour, H.; Gibson, F.; Campbell, J.: Living alone with dementia. A case study approach to understanding risk. In: Dementia, Volume 2, Number 3; 2003; S. 403-420.

Grässel, E.; Schirmer, B.: Freiwillige Helferinnen und Helfer zur Entlastung der Angehörigen demenzkranker Menschen - Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung zu den Erwartungen und Erfahrungen in Bezug auf Schulung und professionelle Begleitung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39 (2), 2006; S. 217-226

Grond, E.: Pflege Demenzkranker. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Brigitte Kunz Verlag, Hannover 2005

Held, Ch.; Ermeni-Fünfschilling, D.: Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. 2., vollständig erneuerte und erweiterte Auflage. Karger Verlag, Basel 2006

Hellweg, R.: Demenzerkrankungen. In: Gastpar, M.; Kasper, S.; Linden, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Vollständig neu bearbeitete Auflage. Springer Verlag, Wien/New York, 2003; S. 35-53

Hirsch, R. D.: Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 41 (2), 2008; S. 106-116

IQWIG: Berichtsplan zum Bericht „Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz“, Version 1.0, Köln, 2006. Verfügbar über: http://www.iqwig.de/download/A05-19D_Berichtsplan_Nichtmedikamentoese_Therapien_bei_Alzheimer_Demenz.pdf (Stand: 20.10.2010)

IQWIG: Nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer Demenz, Abschlussbericht. Köln, 2009. Verfügbar über: http://www.iqwig.de/download/A05-19D_Vorbericht_Nichtmedikamentoese_Behandlung_der_Alzheimer_Demenz_Vorbericht_V_1_0.pdf (Stand: 25.10.2010)

Kaduszkiewicz, H.; van den Bussche, H.: Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. In: Psychoneuro; 29 (6), 2003; S. 275-281

Kaduszkiewicz, H.; Röntgen, I.; Mossakowski, K.; Van den Bussche, H.: Tabu und Stigma in der Versorgung von Patienten mit Demenz. Kann ein Fortbildungsangebot für Hausärzte und ambulante Pflegedienste zur Destigmatisierung beitragen? In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 42 (2), 2009; S. 155-162

Krajic, K.; Nowak, P.; Rappold, E.: Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten (Endbericht). Wissenschaftliches Gutachten gefördert durch die Fachgruppenvereinigung Gesundheitsberufe im ÖGB. April, 2005

Kuhlmann, A.: Case Management für demenzkranke Menschen. Eine Betrachtung der gegenwärtigen praktischen Umsetzung. LIT Verlag, Münster 2005

Kurz, A.; Diehl, J.; Gräfin von Einsiedl, H.; Neumann, M.: Strukturelle Grundlagen der Demenz. In: Wächtler, Claus (Hrsg.): Demenzen. Frühzeitig erkennen, aktiv behandeln, Betroffene und Angehörige effektiv unterstützen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgard/New York, 2003; S. 10-23

Lamnek, S.: Qualitative Sozialforschung; 4. Auflage; Verlag Beltz, Weinheim 2005

Mahlberg, R.; Gutzmann, H.: Diagnostik von Demenzerkrankungen. In: Deutsches Ärzteblatt; Jg. 102; Heft 28–29, Juli 2005; S. 2032-2039

Mantovan, F.; Ausserhofer, D.; Huber, M.; Schulc, E.; Them, Ch.: Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz – Eine systematische Literaturübersicht. In: Pflege; 23 (4), 2010; S. 223-239

Maudrey, S.: Unterstützung von pflegenden Angehörigen Demenzkranker: Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. Vortrag beim 15. Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegekongress, 2004. Verfügbar über: http://www.oegkv.at/fileadmin/docs/Kongress_Linz_2004/VortraegeDon/Maudrey.pdf (Stand 15.03.2011)

Mayer, H. (Hrsg.): Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis. Band 1. Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege. Facultas Universitätsverlag, Wien 2000

Mayer, H.: Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage; Facultas, Wien 2007

Mayring, P. : Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage; Verlag Beltz, Weinheim 2008

Moers, M.; Schaeffer, D.: Patientenerwartungen an die häusliche Pflege bei schwerer Krankheit. In: Schaeffer, D.; Ewers, M. (Hrsg.): Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern 2002, S 218-232

Mok, E.; Lai, C.; Wong, F.; Wan, P.: Living with early-stage dementia: The perspective of older Chinese people. In: Journal of Advanced Nursing; Volume 59, Number 6, September 2007; S. 591-600

Müller, I.; Mertin, M.; Beier, J.; Them, Ch.: Die häusliche Betreuung demenzkranker Menschen und ihre Auswirkungen auf pflegende Angehörige - eine Literaturübersicht, 2008. Verfügbar über: http://www.demenzhilfe-tirol.at/fileadmin/userdaten/dokumente/Haeusliche_Betreuung_bei_Demenz.pdf (Stand: 25.02.2011)

Müller-Hergl, Ch.: Ein Versuch der Anpassung. Pflegerischer Auftrag in der Arbeit mit Menschen mit Demenz, die herausforderndes Verhalten zeigen. In: Pro Care, 11, 2008; S. 20-24

Nourhashemi, F.; Amouyal-Barkate, S.; Gillette-Guyonnet, S.; Cantet, C.; Vellas, B.: Living alone with alzheimer`s disease: Cross-sectional and longitudinal analysis in the real.fr study. In: The Journal of Nutrition; Volumne 9, Number 2, 2005; S. 117-120

Nygard, L.; Starkhammar, S.: Telephone use among noninstitutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies. In: Scandinavian Journal of caring Sciences; Volume 17, Number 3, September 2003; S 239-249

Resch, K.; Rainer, K.; Böhm, S.: Lebenswerte Arbeit: Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Trends in der mobilen Pflege und Betreuung. Ergebnisse einer qualitativen Befragung mit ausgewählten Trägerorganisationen in Ostösterreich. Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes. Wien, 2007

Rolfe G.; Phillips L.: The development and evaluation of the role of an Advanced Nurse Practitioner in dementia - an action research project. In: International Journal of Nursing Studies, 34 (2), 1997; S. 119-127.

Rüsing, D.; Herder, K.; Müller-Hergl, Ch.; Riesner, Ch.: Der Umgang mit Menschen mit Demenz in der (teil)stationären, ambulanten und Akutversorgung. Problematische Situationen, Wissensbedarfe und Selbsteinschätzungen. In: Pflege & Gesellschaft; 13. Jg., Heft 4, November 2008; S. 306-321

Schaeffer, D.: Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema. In: Pflege; 13, 2000; S. 17–26

Schaeffer, D.; Kuhlmey, A.: Pflegestützpunkte – Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 41 (2), 2008; S. 81-85

Schmit, R.; Assem-Hilger, E.;, Benke, T.; Dal-Bianco, P.; Delazer, M.; Ladurner G., Jellinger K.; Marksteiner J.; Ransmayr, G.; Schmidt, H.; Stögmann E.; Wancata, J.; Wehringer, Ch.: Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. In: Neuropsychiatrie, Band 22, Nr. 1/2008, S. 1–15

Schröder, S. G.: Medizinische Grundlagen der Demenz. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.): Demenz und Pflege. Eine interdisziplinäre Betrachtung. 4.Auflage. Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2004, S. 24-39

Seidl, E.: Politisches Handeln in der Pflege. Beispiele von Persönlichkeiten der Pflegegeschichte. In: Kozon, V.; Fortner, N. (Hrsg.): Gerontologische Pflege – Pflegeberatung. ÖGVP-Verlag, Wien, 2003, S. 7-26

Seidl, E.; Walter, I. (Hrsg.): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Pflegewissenschaft Heute 8. Verlag Wilhelm Maudrich (Teil 1), Wien 2005

Seidl, E.; Rappold, E.; Walter, I.: Pflegekonzept zur flächendeckenden Begleitung und Unterstützung der Bevölkerung Österreichs. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien in Zusammenarbeit mit der Abteilung Pflegeforschung des IPG der Universität Linz. Wien 2006

Seidl, E.; Walter, I.; Labenbacher, S.: Studie I – Belastungen und Entlastungsstrategien pflegender Angehöriger. In: Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien/Köln/Weimar 2007; S. 33-71 (= Seidl, Walter, Labenbacher, 2007a)

Seidl, E.; Walter, I.; Labenbacher, S.: Multiprofessionelle Pflegebegleitung demenzkranker Menschen und ihrer Familien. In: Seidl, E.; Labenbacher, S. (Hrsg.): Pflegende Angehörige im Mittelpunkt. Studien und Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenzkranker Menschen. Böhlau Verlag, Wien/Köln/Weimar 2007; S. 245-292 (= Seidl, Walter, Labenbacher, 2007b)

Steemann, E.: Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. Journal of Advanced Nursing; Vol. 54, No. 6, June 2006; S 722-738

Tierney, M. C.; Jocelyn, Ch.; Naglie, G.; Jaglal, S.; Kiss, A.; Fisher, R.: Risk factors for harm in cognitively impaired seniors who live alone: a prospective study. In: Journal of the American Geriatrics Society; 52(9), September 2004; S. 1435-1441

Vollmar, H.; Abholz, H.; Egidi, G.; Mand, P.; Butzlaff, M.; Wilm, St.: Entwicklung und Implementierung der Leitlinie „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. In: Medizinische Klinik; 105 (1), 2010; S. 41-47

Wolfs, C; Kessels, A; Dirksen, C.; Severens, J.; Verhey, R.J.: Integrated multidisciplinary diagnostic approach for dementia care: randomised controlled trial. In: The British Journal of Psychiatry; 192, 2008; S. 300-305

Internetquellen:

Homepage: Demenz begegnen – Entstigmatisierung der Demenz

http://www.demenz-begegnen.de/ (Stand 22.04.2011)

Homepage: Seniorengenossenschaft Riedlingen e. V.

http://www.martin-riedlingen.de/senioren/seniorenhomepage.htm (Stand 17.03.2011)

ÖKSA (Österreichisches Komitee für Soziale Arbeit)

http://www.oeksa.at/wir_ueber_uns/ (Stand 02.02. 2011)

Sozialbetreuungsberufegesetz (Fassung vom 30.01.2011)

http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004121 (Stand 01.02.2011)

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Die Darstellung des Konzepts einer multiprofessionellen Pflegebegleitung (Quelle: Seidl et al., 2007b, S. 261) 41

Abbildung 2: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Quelle: Mayring, 2008, S. 60); eigene Darstellung 55

Abbildung 3: Die sechs Hauptkategorien; eigene Darstellung 56

Abbildung 4: Die Kategorie „Ein Vertrauensverhältnis aufbauen“; eigene Darstellung 58

Abbildung 5: Die Kategorie „Vor Gefahren schützen“; eigene Darstellung 65

Abbildung 6: Die Kategorie „Das Leben zu Hause ermöglichen“; eigene Darstellung 73

Abbildung 7: Die Kategorie „Belastungen des beruflichen Alltages“; eigene Darstellung 81

Abbildung 8: Die Kategorie „Die Rolle der Angehörigen“; eigene Darstellung 92

Abbildung 9: Die Kategorie „Die Rolle der HausärztInnen“; eigene Darstellung 97

LEBENSLAUF

Persönliche Daten

Name :	Michaela Bergmann
Geburtsdatum:	14. 06. 1965
Geburtsort:	Rottenmann (Stmk.)
Familienstand:	in Partnerschaft lebend, 1 Sohn Daniel, geb. 24. 06. 1989

Berufliche Laufbahn

ab 04/2010	**Österreichisches Rotes Kreuz** als DGKS (Blutspendezentrale)
2006-2010	**Sozial Global AG** als DGKS (Betreuung der Pflegehotline)
2002-2005	**Confraternität** – Privatklinik Josefstadt als DGKS
2001-2002	Selbstständig Erwerbstätige als DGKS
2000-2001	Auslandsaufenthalt in Indonesien
1997-2000	**Confraternität** – Privatklinik Josefstadt als DGKS Schwerpunkt Neurologie (Morbus Parkinson) und konservative Orthopädie
1995-1997	Selbstständig Erwerbstätige als DGKS
1993-1995	**Wilhelminenspital der Stadt Wien** als DGKS (Aufwachraum für Unfall- und Gefäßchirurgie)
1992	**Haarimplant Haarersatzvertriebsgesellschaft** als Geschäftsstellenleiterin
1989-1992	Karenzzeit
1986-1988	Pulmologisches Zentrum Wien als DGKS (Chirurgische Abteilung)
1984-1986	**AKH Linz** als DGKS (Allgemeine Chirurgie)

Fort- und Weiterbildungen

2010	Abschluss der **Weiterbildung für basales und mittleres Pflegemanagement** an der Akademie des Rudolfinerhauses
ab 2006	**Studium IDS Pflegewissenschaften** (Abschluss: 27. 05. 2011)
2004	Abschluss der **Studienberechtigungsprüfung für IDS Pflegewissenschaften**

Berufsausbildung

1984	Diplom für allgemeine Krankenpflege
1981-1984	Krankenpflegeschule am Wilhelminenspital

Schulausbildung

1979-1981	Zweijährige Schule für Sozialdienste in Rottenmann
1975-1979	Bundesrealgymnasium in Waidhofen/Ybbs
1971-1975	Volksschule in Waidhofen/Ybbs