

**Fachhochschule Erfurt  
Fachbereich Sozialwesen  
Sommersemester 2006**

**Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades einer  
Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialpädagogin**

**Ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender  
Angehöriger demenziell erkrankter Menschen  
Engagementförderung und –qualifizierung**

**Erstgutachter: Prof. Dr. Schmidt  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Weitzel-Polzer  
Bearbeitungszeitraum: 28.03.2006 – 28.06.2006**

**Diplomandin: Alexandra Krauß  
8. Semester**

**Matrikelnummer: 121040608**

**Elgersburg, 22.06.2006**

# INHALTSVERZEICHNIS

<b><u>1</u></b>	<b><u>EINLEITUNG.....</u></b>	<b><u>7</u></b>
1.1	PROBLEMAUFRISS .....	7
1.2	INHALTLICHER ABLAUF .....	8
1.3	METHODENBERICHT .....	9
1.3.1	LITERATURRECHERCHE .....	9
1.3.2	EMPIRISCHES VORGEHEN .....	14
<b><u>2</u></b>	<b><u>DEMENZ IN DER HÄUSLICHEN VERSORGUNG .....</u></b>	<b><u>18</u></b>
2.1	DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNGEN IN DEUTSCHLAND.....	18
2.2	KRANKHEITSBILD .....	20
2.3	EPIDEMIOLOGIE DER DEMENZEN .....	28
2.4	PFLEGENDE ANGEHÖRIGE.....	29
2.4.1	SITUATION PFLEGENDER ANGEHÖRIGER.....	29
2.4.2	MOTIVE ZUR ÜBERNAHME VON PFLEGE.....	31
2.4.3	BELASTUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER.....	32
2.4.4	ENTLASTUNGSMÖGLICHKEITEN .....	38
2.5	NIEDRIGSCHWELIGE BETREUUNGSANGEBOTE .....	41
2.5.1	RECHTLICHE GRUNDLAGEN .....	42
2.5.2	BETREUUNGSGRUPPE.....	44
2.5.3	HELFERINNENKREIS .....	45
<b><u>3</u></b>	<b><u>RAHMENBEDINGUNGEN NIEDRIGSCHWELLIGER BETREUUNGSANGEBOTE.....</u></b>	<b><u>46</u></b>
3.1	KONZEPT.....	47
3.2	FACHLICHE BEGLEITUNG.....	48
3.3	SCHULUNG UND FORTBILDUNG EHRENAMTLICHER HELFER .....	48
3.4	JAHRESBERICHT .....	49
3.5	ANGEBOTSENTWICKLUNG IN DEUTSCHLAND .....	49
<b><u>4</u></b>	<b><u>BÜRGERSCHAFTLICHES ENGAGEMENT UND DEMENZVERSORGUNG .</u></b>	<b><u>52</u></b>
4.1	EHRENAMT IM SOZIALBEREICH.....	52
4.1.1	BEGRIFFSDEFINITIONEN .....	52
4.1.2	GESELLSCHAFTLICHE BEDEUTUNG .....	53

4.1.3	GRUNDZÜGE DES EHRENAMTLICHEN ENGAGEMENTS .....	54
4.1.4	STRUKTURWANDEL DES EHRENAMTLICHEN ENGAGEMENTS.....	57
4.1.5	QUALIFIKATION IM EHRENAMT.....	58
4.2	EHRENAMT IN DER VERSORGUNG DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN .....	60
4.2.1	DEMENZSPEZIFISCHE BELASTUNG .....	61
4.2.2	ZIELE.....	62
4.2.3	KONZEPTIONELLE BAUSTEINE.....	64
4.2.4	UMSETZUNG.....	77
4.2.5	ERFAHRUNGEN UND HINWEISE AUF WIRKUNGEN.....	79
4.2.6	ANREGUNGEN DER AUTOREN ZUR VERBESSERUNG VON EHRENAMT IN DER DEMENTENVERSORGUNG .....	84
<b>5</b>	<b><u>SCHULUNGSREIHE „DEMENZ“ FÜR EHRENAMTLICHE HELFER IN DER BETREUUNG DEMENZIELL ERKRANKTER MENSCHEN .....</u></b>	<b>86</b>
5.1	ALZHEIMER GESELLSCHAFT THÜRINGEN E.V. ....	86
5.2	KONZEPTIONELLE INHALTE DER SCHULUNG .....	88
5.3	CURRICULUM.....	90
5.4	VERGLEICH MIT DER LITERATUR.....	92
<b>6</b>	<b><u>EVALUATION DER SCHULUNG .....</u></b>	<b>94</b>
6.1	ABLAUF DER SCHULUNG.....	94
6.2	TEILNEHMER DER SCHULUNGSREIHE „DEMENZ“ .....	96
6.3	AUSWERTUNG.....	99
6.3.1	MODUL – „DEMENZ“ .....	99
6.3.2	MODUL – „SITUATION DER PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN“ .....	101
6.3.3	MODUL – „KOMMUNIKATION UND UMGANG MIT DEMENZKRANKEN“ .....	103
6.3.4	MODUL – „UMGANG MIT HERAUSFORDERNDEN VERHALTENSWEISEN“ .....	105
6.3.5	MODUL – „BETREUUNG UND BESCHÄFTIGUNG“ .....	106
6.3.6	MODUL – „RECHTLICHE GRUNDLAGEN“ .....	108
6.3.7	MODUL – „PFLEGEHILFEN“ .....	110
6.3.8	MODUL – „BEGLEITUNG UND ABLÄUFE DER BETREUUNG“ .....	112
6.3.9	ORGANISATION.....	113
6.4	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE .....	116
6.5	OPTIMIERUNGSVORSCHLÄGE FÜR DIE SCHULUNGSREIHE „DEMENZ“ .....	116

<u>7</u>	<u>ENGAGEMENTFÖRDERUNG DURCH SOZIALE ARBEIT UND SCHLUSSFOLGERUNG .....</u>	<u>118</u>
<u>8</u>	<u>ZUSAMMENFASSUNG.....</u>	<u>123</u>
	<u>QUELLENVERZEICHNIS.....</u>	<u>124</u>
	<u>ANHANG .....</u>	<u>I</u>

## **ABBILDUNGSVERZEICHNIS**

<b>Abbildung 1:</b>	Alterstruktur in Deutschland 2001 und 2050 .....	18
<b>Abbildung 2:</b>	Theoretisches Modell zur pflegebedingten Belastung .....	36
<b>Abbildung 3:</b>	Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“ .....	97
<b>Abbildung 4:</b>	Geschlechtszugehörigkeit.....	98
<b>Abbildung 5:</b>	Tätigkeitsfelder der ehrenamtlich Engagierten .....	98
<b>Abbildung 6:</b>	Modul – „Demenz“.....	100
<b>Abbildung 7:</b>	Modul – „Situation der pflegenden Angehörigen“ .....	102
<b>Abbildung 8:</b>	Modul – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“ .....	104
<b>Abbildung 9:</b>	Modul – „Rechtliche Grundlagen“.....	109

## TABELLENVERZEICHNIS

<b>Tabelle 1:</b>	Literatur zum Thema Ehrenamt in der Dementenversorgung .....	12
<b>Tabelle 2:</b>	Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“ .....	16
<b>Tabelle 3:</b>	Überblick - Demenzformen .....	21
<b>Tabelle 4:</b>	Überblick - Schulungsinhalte .....	70
<b>Tabelle 5:</b>	Curriculum der Schulungsreihe „Demenz“ .....	90
<b>Tabelle 6:</b>	Modul – „Demenz“ .....	99
<b>Tabelle 7:</b>	Modul – „Situation der pflegenden Angehörigen“ .....	101
<b>Tabelle 8:</b>	Modul – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“ .....	103
<b>Tabelle 9:</b>	Modul – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“ .....	105
<b>Tabelle 10:</b>	Modul – „Betreuung und Beschäftigung“ .....	107
<b>Tabelle 11:</b>	Modul – „Rechtliche Grundlagen“ .....	108
<b>Tabelle 12:</b>	Modul – „Pflegehilfen“ .....	111
<b>Tabelle 13:</b>	Modul – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“ .....	112
<b>Tabelle 14:</b>	Übersicht – Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer .....	113
<b>Tabelle 15:</b>	qualitative Ergebnisse – „Demenz“ .....	XX
<b>Tabelle 16:</b>	qualitative Ergebnisse – „Situation der pflegenden Angehörigen“ .....	XX
<b>Tabelle 17:</b>	qualitative Ergebnisse – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“ .....	XXI
<b>Tabelle 18:</b>	qualitative Ergebnisse – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“ .....	XXI
<b>Tabelle 19:</b>	qualitative Ergebnisse – „Betreuung und Beschäftigung“ .....	XXII
<b>Tabelle 20:</b>	qualitative Ergebnisse – „Rechtliche Grundlagen“ .....	XXII
<b>Tabelle 21:</b>	qualitative Ergebnisse – „Pflegehilfen“ .....	XXIII
<b>Tabelle 22:</b>	qualitative Ergebnisse – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“ ....	XXIII

Aus stilistischen Gründen wird in dieser Diplomarbeit für Personen immer die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist damit immer gleichfalls angesprochen.

# 1 Einleitung

## 1.1 Problemaufriss

Der demografische Wandel in Deutschland ist geprägt von der Tendenz einer zunehmend alternden Gesellschaft. Dadurch gewinnt das Krankheitsbild Demenz an Bedeutung, denn das Risiko an Demenz zu erkranken, erhöht sich mit ansteigendem Alter. Eine demenzielle Störung ist eine hirnorganische Erkrankung mit vielfältigen Symptomen und Ursachen. Der Verlauf ist mit starken Beeinträchtigungen des Demenzerkrankten verbunden, die bis zum erheblichen Hilfe- und Pflegebedarf führen kann. Dabei sind nicht nur die demenziell erkrankten Menschen betroffen, sondern auch die, die sich an der Betreuung und Pflege beteiligen. Die meisten Demenzerkrankten werden in der Häuslichkeit betreut. Entweder im eigenen Haushalt des Erkrankten oder im Haushalt des Angehörigen (Re, Wilbers 2004, S. 508). Diese Situation stellt somit die betreuenden Angehörigen sowie das gesamte soziale Netzwerk vor neue Herausforderungen.

„Die Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen ist in Deutschland mit unterschiedlichen Betreuungsarrangements möglich. Neben einer reinen Betreuung in der Familie, können „familienentlastende“ Angebote, wie ambulante Dienste oder Betreuungsgruppen, hinzugezogen sowie „familienersetzende“ Strukturen, wie Alten- und Pflegeheime, in Anspruch genommen werden.“ (ebd.).

Eine Möglichkeit der Inanspruchnahme von Hilfe ist der Einsatz von ehrenamtlich Engagierten<sup>1</sup>, die den Erkrankten entweder in der Häuslichkeit oder innerhalb eines Gruppenangebotes betreuen. Diese niedrighwelligen Angebote sind oftmals für Angehörige der erste Schritt in Richtung „Hilfe annehmen“. Alle diese Punkte stellen den Grundgedanken meiner Diplomarbeit dar, die zum Thema: „Ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen – Engagementförderung und –qualifizierung“ führen. Der Schwerpunkt meiner Arbeit ist die Qualifizierung ehrenamtlicher Helfer in der Dementenversorgung. Dementsprechend lautet die

---

<sup>1</sup> Bei der automatischen Silbentrennung von Microsoft Word kommt es in der Diplomarbeit gelegentlich zu falschen Silbentrennungen. Dies konnte aus technischen Gründen nicht aufgehoben werden.

zentrale Fragestellung meines Theorieteils der Diplomarbeit: Welche Herausforderungen und Kernelemente beinhalten ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen in der Häuslichkeit?

Darauf aufbauend gehe ich speziell folgenden Fragen nach:

- Welche ehrenamtliche Angebote gibt es in Deutschland, wie werden sie umgesetzt und was sind konzeptionelle Inhalte?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, um ehrenamtliche Hilfen einzusetzen?
- Wie sieht eine adäquate Qualifizierung ehrenamtlicher Helfer in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen aus? Was sind die wesentlichen Gesichtspunkte?
- Was kann durch ehrenamtliches Engagement erreicht werden?

Nachdem diese Punkte bearbeitet und mit der Konzeption der Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. verglichen sind, ist der zweite zentrale Teil meiner Diplomarbeit die Evaluation der Schulung. Dieser empirische Abschnitt baut auf den theoretischen Grundlagen auf, das heißt, die Erkenntnisse sind Basissteine einer Qualifikation, die bei der Optimierung der Schulung mit beachtet werden. Dabei gehe ich der Frage nach: Entspricht die Konzeption der Schulung den Anforderungen der erarbeiteten Literatur und welche Verbesserungsvorschläge der Beteiligten der Schulungsreihe „Demenz“ können realisiert bzw. umgesetzt werden? Aufgrund des Problemaufrisses und meiner Fragestellung wird nachgehend in Kurzfassung der Ablaufplan der Diplomarbeit erläutert.

## 1.2 Inhaltlicher Ablauf

Das Diplomarbeitsthema beinhaltet vielfältige Themengebiete, die eng miteinander verbunden sind, wie z.B. das Krankheitsbild Demenz und die Situation pflegender Angehöriger. **Ziel** meiner Arbeit ist es, die recherchierten Quellen des Themas Ehrenamt in der Dementenversorgung auszuwerten und die Ergebnisse mit dem Konzept der Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. zu vergleichen. Darauf aufbauend wird die Schulungsreihe evaluiert mit dem Ziel, Verbesserungsvorschläge zu formulieren bzw. anzubieten.



Ausgehend von der Einleitung, in der Problemaufriss, inhaltliches Vorgehen, Literaturrecherche und empirisches Vorgehen erörtert werden, erläutere ich im Kapitel 2 die demografische Entwicklung in Deutschland. In meinem Problemaufriss beschreibe ich die daraus resultierende Brisanz von Demenz, erkläre das Krankheitsbild und schildere die Situation pflegender Angehöriger sowie die sich daraus ergebenden Konsequenzen. Darauf aufbauend erläutere ich die Möglichkeiten der Entlastung niedrighschwelliger Betreuungsangebote, die auf Ehrenamt basieren.

Im dritten Kapitel werden Rahmenbedingungen für niedrighschwellige Betreuungsangebote vorgestellt und der „aktuelle“ Stand deren Umsetzung in Deutschland bzw. im Bundesland Thüringen erläutert.

Auf der Grundlage der bisherigen Ausführungen werden anhand von wesentlichen Inhalten des Ehrenamtes im Sozialbereich bürgerschaftliches Engagement und Demenzversorgung als Hauptgegenstand meiner Diplomarbeit behandelt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf der Betreuung demenzerkrankter Menschen durch ehrenamtlich engagierte Menschen und dessen Darstellung in der Literatur.

Im Kapitel 5 stelle ich die Konzeption der Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. vor und vergleiche sie mit der Literaturlauswertung Ehrenamt in der Dementenversorgung. Der empirische Teil meiner Arbeit beinhaltet die Evaluation der Schulungsreihe „Demenz“ für ehrenamtliche Helfer, wobei ich ausgehend von den Zielen den Ablauf der Qualifizierung und ihre Auswertung untersuche sowie Schlussfolgerungen erarbeitet. Im abschließenden Kapitel wird der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt sowie die Bedeutung von Engagementförderung bearbeitet. Anschließend folgt die Quintessenz der Diplomarbeit.

## **1.3 Methodenbericht**

### **1.3.1 Literaturrecherche**

Das Thema meiner Diplomarbeit wurde mir von der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. angeboten. Die wichtigsten Inhalte stimmte ich mit Prof. Dr. Schmidt ab. Im Januar

2006 begann meine Literaturrecherche, sie endete Ende Februar 2006. Ziel der Diplomarbeit ist, den aktuellen Stand der Umsetzung sowie die gesetzlichen Vorlagen von Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen zu erarbeiten, um anschließend die Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. zu evaluieren und Vorschläge zur Optimierung darzustellen.

Für die Erarbeitung der Literaturlauswertung (siehe Kapitel 4.2) zum Thema Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen konnte ich nach intensiver Literaturrecherche insgesamt 21 Quellen aus dem deutschsprachigen Raum aufspüren. Das Alter der Quellen begrenzt sich auf den Zeitraum 1998 bis 2005.

Zu Beginn meiner Recherche nutzte ich den Opac Katalog der Fachhochschule Erfurt sowie der Universität Erfurt. Nach umfassender Nachforschung konnte ich nur für den allgemeinen Teil meiner Diplomarbeit, wie zum Krankheitsbild Demenz, zur Situation pflegender Angehöriger, zu rechtlichen Grundlagen und zum Ehrenamt allgemein Quellen in den beiden Bibliotheken auffinden. Bei der Literatursuche zum Inhalt Ehrenamt in der Dementenversorgung benutzte ich beispielsweise folgende Schlagwörter und Wortkombinationen:

- „Ehrenamt“
- „Ehrenamt in der Demenzversorgung“
- „Ehrenamt und Demenz“
- „Ehrenamtliche Helfer, ehrenamtliche Mitarbeiter“
- „Ehrenamtliches Engagement / Bürgerschaftliches Engagement“
- „Niedrigschwellige Betreuungsangebote“
- „Ehrenamtliche Betreuung“
- „Betreuung Demenzkranker“
- „Betreuungsgruppen“
- „Freiwilliger HelferInnenkreis / Besuchsdienste“
- „Ambulante Pflege“

Anschließend erweiterte ich die Suche über die Datenbank WISO III. Hierbei konzentrierte ich mich nur auf Zeitschriften der Fachhochschule und Universität Erfurt. Die Erhebung führte ebenso zu keinem Ergebnis.

Ende Januar 2006 besuchte ich auf Empfehlung von Prof. Dr. Schmidt die Bibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen in Berlin. Zuvor recherchierte ich in der Literaturdatenbank „DIMDI“ über die in dieser Bibliothek vorhandene Literatur. Dabei gebrauchte ich, wie vorher genannt die Schlagwörter und Wortkombinationen. Ich konnte etwa 20 Literaturnachweise speziell zu diesem Thema ausfindig machen. Nach der Literatursichtung in Berlin sind 11 Quellen für die Bearbeitung des Themas Ehrenamt in der Dementenversorgung geeignet. Von diesen 11 Quellen sind 8 diesbezügliche Aufsätze in renommierten Fachzeitschriften. Beim kurzen Durchblättern der recherchierten Literatur gab es einige Literaturhinweise im Quellenverzeichnis. Diesen Empfehlungen ging ich nach und konnte vor allem durch das Internet weitere Fundstellen ergänzen. Zudem war in fast allen Fachzeitschriften die Broschüre „Für ein paar Stunden Urlaub. Die stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch freiwillige HelferInnen“ von Pilgrim und Tschainer (1998) als Quelle verwendet. Diese Broschüre erhielt ich von Prof. Dr. Schmidt. Durch diese verschiedenen Hinweise auf Fachliteratur ergaben sich insgesamt fünf weitere Schriftgüter. In weiterer Zusammenarbeit mit Frau Lauterbach konnte ich meine Literatur letztendlich um weitere fünf Quellen ergänzen.

Nach intensivem Lesen der Aufsätze und Berichte traten Überschneidungen von Inhalten sowie Autoren auf. Um klare Trennungen und Gemeinsamkeiten einzelner Quellen von einander zu differenzieren, habe ich mich dafür entschieden, die Literatur im Einzelnen aufzuzeigen. Sie ist der Tabelle 1 zu entnehmen. Die Quelle Nr. 1 wurde bei der Literaturlauswertung nach den einzelnen Referenten der Tagung getrennt ausgewertet. Durch diese Handhabung blieben die Meinungen und Ansichten der einzelnen Referenten erhalten. Dazu kommt, dass einige Vorträge konkrete Aspekte der praktischen Arbeit beinhalten, während andere, wie die von Zank, theoretische Perspektiven beleuchten.

Weiterhin ist bei der Literaturlauswertung zu beachten, dass die Quellen Nr. 2 und 3 vom gleichen Autor verfasst wurden und es sich in beiden Fällen um das Projekt Tandem handelt. Des Weiteren stellt Nr. 3 eine Ergänzung von Nr. 2 dar. Die Quellen Nr. 5, 6 und 7 haben immer einen Bezug zum HelferInnenkreis Nürnberg. Darüber hinaus befassen sich die Zeitschriftenartikel Nr. 13, 14 und 15 mit dem Projekt Kompass.

Insgesamt handelt es sich bei der recherchierten Literatur um unterschiedliche Formen der Erläuterung, die das Thema Ehrenamt in der Versorgung dementer Menschen darlegen. Vor allem sind die Quellen entweder Erfahrungsberichte oder theoretisch wissenschaftliche Arbeiten. Folgende Typen werden verwendet:

- Konzeptvorstellungen mit Erfahrungsberichten,
- theoretisch wissenschaftliche Berichte,
- Praxiserfahrungen,
- Schulungskonzepte,
- empirische Arbeiten oder
- Konzepte der Angebote.

**Tabelle 1:** Literatur zum Thema Ehrenamt in der Dementenversorgung

Nr.	Quelle	Fundort
1	Forum Altenhilfe (2003). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.	DZA <sup>2</sup>
2	Knauf, Antje Franziska (2004). Demenz und pflegende Angehörige – Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Dissertation. Weingarten.	DZA
3	Knauf, Antje Franziska (2005). Tandem – häusliche Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Demenz. In: Berghaus, Helmut C, Bermond, Heike, Milz, Heike (Hrsg.). Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen für ältere Menschen mit Behinderung – eine unlösbare Herausforderung? Köln. S. 136 – 149.	DZA
4	Daßler, Michael u.a. (2005). Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Thüringen: Angebotsstruktur und Implementationserfahrungen. Erfurt.	AGT <sup>3</sup>
5	Pilgrim, Konstanze, Tschainer, Sabine (1998). Für ein paar Stunden Urlaub. Die stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch freiwillige HelferInnen. Nürnberg.	Prof. Schmidt
6	Tschainer, Sabine (2004). Helferkreis für Demenzkranke – Ehrenamtliche Entlastung für Angehörige. In: Glück, Alois, Magel, Holger, Rübke, Thomas (Hrsg.). Neue Netzwerke des Bürgerschaftlichen Engagements. Heidelberg, München, Berlin.	AGT
7	Gräbel, Elmar, Schirmer, Barbara (2003). Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken – Zwischenergebnisse einer prospektiven Studie und Ergebnisse einer retrospektiven Studie. Pflege, 16. Jg. (2003), H. 4, S. 216 – 221.	DZA
8	Schrön, Judith (2005). Niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz nach §45c SGB XI – Konzeptionelle Anforderungen und Umsetzungsoptionen. Schwarzhausen. S. 118 – 132.	AGT
9	Landesinitiative Demenz-Service NRW (2005a). Rahmenempfehlung zur Weiterentwicklung von Schulungskursen für freiwillig Engagierte in niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW – Dokumentation eines Workshops am 10. und 11. Dezember 2004 in Paderborn. Köln. <a href="http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/vereoffentlichungen/Band_4.pdf">http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/vereoffentlichungen/Band_4.pdf</a> am 25.02.2006.	Internet

**Abkürzungsverzeichnis für die Tabelle 1:**

<sup>2</sup> Deutsches Zentrum für Altersfragen

<sup>3</sup> Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.

10	Landesinitiative Demenz-Service NRW (2005b). Freiwillige Hilfen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in niedrighschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW“- Dokumentation einer Fachtagung am 30.11.2004 in Duisburg. Köln. <a href="http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/ vereoeffentlichungen/Band_4.pdf">http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/ vereoeffentlichungen/Band_4.pdf</a> am 25.02.2006.	Internet
11	Reinhard, Harald (2000). Die Rolle des Ehrenamtes bei der Versorgung Demenzkranker am Beispiel Samariterstift Leonberg. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Berlin.	DZA
12	Plümpe, Johannes (2004). Bürgerschaftliches Engagement macht's möglich – niedrighschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz. Forum Sozialstation, 28. Jg. (2004), H. 129, S. 18 – 20.	DZA
13	Philipp-Metzen, H. Elisabeth (2004). Freiwilliges Engagement in häuslichen Pflegearrangements bei Demenz. NDV, 84. Jg. (2004), H. 11, S. 378-380.	DZA
14	Forum Sozialstation (2004). Profis ergänzen, nicht ersetzen – Unterstützung für Angehörige: Ehrenamtliche helfen bei der Betreuung Demenzkranker. Forum Sozialstation, 28. Jg. (2004), H. 130, S. 26 – 27.	DZA
15	Kröger, Christiane, Phillip-Metzen, H. Elisabeth (2005). Freiwillige Helfer gesucht – Betreuung von Demenzerkrankungen. Häusliche Pflege, 15. Jg. (2005), H. 10, S. 22 – 29.	DZA
16	Gröning, Katharina (2005). In guten wie in schlechten Tagen – zum Verhältnis von professioneller und ehrenamtlicher Arbeit in der Pflege demenziell Erkrankter. Nightingale, 4. Jg. (2005), H. 2, S. 16-21.	DZA
17	BMFSFJ (2002).Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesrepublik. Berlin. <a href="http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=5362.html">http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=5362.html</a> am 24.01.2006.	Internet
18	Klaes, Lothar, Raven, Uwe, Reiche, Ralf, Schüler, Gerhard, Potthoff, Peter, von Törne, Ingolf, Schneekloth, Ulrich (2004). Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. BMFSFJ (Hrsg.). Berlin. E:\materialien\AHSZ_Abschlussbericht.pdf am 14.02.2006.	Internet
19	Kannen, Waltraud (2004). Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker – Kursleiter Handbuch. Breisgau.	AGT
20	Wolff, Birgit (2004). Einstieg in ein wichtiges Angebot. Häusliche Pflege, 13. Jg. (2004), H. 9, S. 14-19.	DZA
21	Schmidt, Tanja-Aletta, Wolff, Birgit (2004). Schulung von ehrenamtlichen bzw. freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Landesvereinigung für niedrighschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen. <a href="http://195.37.203.38/wwwiracerehrenamt/index.cfm?uuid=78F71528CF3D4DBC85A4CB50C1CAB26F&amp;pad=74&amp;index=nied">http://195.37.203.38/wwwiracerehrenamt/index.cfm?uuid=78F71528CF3D4DBC85A4CB50C1CAB26F&amp;pad=74&amp;index=nied</a> am 28.02.2006.	Internet

Quelle: eigene Darstellung

Um diese Literatur auswerten zu können, erarbeitete ich einen Fragekatalog (siehe Anhang, S. V). Anhand dieser Fragen ging ich auf das Thema Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen ein. Nach dieser Auswertung, die anschließend mit dem Konzept der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. verglichen wurde, fand die Evaluation der Schulungsreihe statt. Das Vorgehen wird im folgenden Punkt beschrieben.

### 1.3.2 Empirisches Vorgehen

Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. hat eine Schulung für freiwillige Helfer in der Versorgung dementiell erkrankter Menschen konzipiert. Nach Erarbeitung der theoretischen Aspekte und der Literaturlauswertung erfolgte die Evaluation der Schulungsreihe. Ziel dieser Evaluation ist es, die Qualifizierung der Ehrenamtlichen inhaltlich sowie methodisch zu optimieren. Was bedeutet Evaluation? „Mit dem Begriff Evaluation wird die systematische, datenbasierte und kriterienbezogene Bewertung von Programmen, Projekten und einzelnen Maßnahmen bezeichnet. Sie soll zu einer rationaleren Entscheidungsfindung über die Fortführung oder Umgestaltung der untersuchten Angebote beitragen.“ (Heiner 2002, S. 301). Bei der Evaluation war es ein weiteres Bestreben, alle Teilnehmer der Schulung zu befragen und deshalb eine Vollerhebung durchzuführen. Um alle Teilnehmer erreichen zu können, wurde ein Fragebogen (siehe Anhang, S. VII) entwickelt. Bei der Verbesserung der Qualifizierungsmaßnahme spielten nicht nur die Ergebnisse der Teilnehmer eine Rolle, sondern es werden auch die Meinungen und Vorschläge der Referenten in Bezug auf die Weiterentwicklung der Schulung einbezogen.

In Zusammenarbeit mit Frau Lauterbach, Projektkoordinatorin der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. wurden zuerst die Themenschwerpunkte festgelegt. Die Schwerpunkte des Fragebogens sind:

- Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit
- Personendaten
- Einschätzung der jeweiligen Module
- Einschätzung zur Organisation

Insgesamt wurde der Fragebogen nach Wunsch von Frau Lauterbach weiter ausgebaut, als für meine Auswertung nötig war. Das betrifft besonders den ersten Teil, Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit, da in Thüringen bisher keine Daten zu engagierten Menschen in der Demenzbetreuung existieren. In Hinsicht auf die Diplomarbeit bedeutet dies, dass die erhobenen Daten zur ehrenamtlichen Tätigkeit und der persönlichen Daten von mir nur zum Teil verwendet wurden. Lediglich, wer an dieser Schulung teilgenommen hat (Ehrenamtlicher oder Hauptamtlicher), wie die Geschlechtsverteilung war und in welchem Bereich sich die bereits ehrenamtlich engagierten Menschen betätigen wurde von

mir ausgewertet. Ein besonderes Augenmerk richtete ich auf die einzelnen Module der Schulungsreihe. Entwickelt wurde der Fragebogen in Anlehnung der bearbeiteten Literatur, sowie in Absprache mit Frau Lauterbach und Herrn Prof. Dr. Schmidt.

Der Fragebogen besteht aus quantitativen und qualitativen Fragenteilen. Bei den geschlossenen Fragen werden Antworten vorgegeben, die vor sich vor allem auf die Ermittlung von Fakten beziehen (Kirchhoff u.a. 2003, S. 20f.). Demzufolge ist ein ausreichender Kenntnisstand nötig, den ich aus unterschiedlichen Quellen beziehe. Des Weiteren beziehen sich die offenen, also die qualitativen Fragen vor allem auf Meinungen und Erfahrungen der Teilnehmer. Zu diesen Typen werden im Bewertungsteil der Module Skalen verwendet. Die Ratingskala zeigt anhand der aufgestellten Hypothese auf, ob die Teilnehmer dem zustimmen. Positive und negative Auffälligkeiten können so konkret geäußert werden. Anhand von solchen Skalen wird das Ausmaß von Zustimmung oder Ablehnung zu vorgegebenen Gründen erfasst (ebd., S. 22).

Nachdem die Schwerpunkte festgelegt waren, wurden die inhaltlichen Fragen erstellt. Der erste Teil (**Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit**) befasst sich mit der momentanen Betreuungspraxis der teilnehmenden Ehrenamtlichen. Die Fragen sind aus den gesetzlichen Vorgaben der Thüringer Landesverordnung über niedrigschwellige Betreuungsangebote, den Zeitschriftenaufsatz „Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken“ (Gräbel 2003, S. 216ff.), sowie aus den Ergebnissen der recherchierten Literatur entstanden.

Im zweiten Teil werden die **personenbezogenen Daten** erhoben, die später in die statistische Auswertung der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. eingehen.

Der Schwerpunkt des Fragebogens lag für mich in der **Bewertung der einzelnen Module** (dritter Teil). Die Ausgestaltung stand stets vor dem Hintergrund: Was benötige ich an Informationen, damit die Schulungsreihe optimiert werden kann. Dazu nutzte ich den Evaluationsbogen der Fachhochschule Erfurt als Orientierung sowie das Buch „Der Fragebogen“ (Kirchhoff u.a. 2003). Methodisch wählte ich, wie zuvor beschrieben die Ratingskala mit anschließenden offenen Fragen. Ziel dabei ist es vor allem die Verbesserungsmöglichkeiten heraus zu kristallisieren. Dazu dienen besonders die qualitativen Fragen.

Im abschließenden Teil des Fragebogens werden Fragen zur **Organisation** gestellt, die darauf abzielen zu erfahren, worauf es bei der Vorbereitung und Durchführung ankommt. Da zu dem Zeitraum der Organisation der Schulung das Modellprojekt kaum über personelle Kapazitäten verfügte (aufgrund der ausbleibenden Landesförderung) und damit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden waren, wurde auf die explizite Evaluation der organisatorischen Rahmenbedingungen verzichtet. Dieser Teil des Evaluationsbogens kommt bei der nächsten Schulung zum Einsatz. Ausgleichend sammelte ich Meinungen und Verbesserungsvorschläge von den Teilnehmern sowie von den Referenten. Diese Ergebnisse gehen ebenso in die Evaluation der Schulungsreihe in einem gesonderten Punkt „Organisation“ ein.

Bevor der Fragebogen bei der Qualifizierung zum Einsatz kam, fand ein „**Pretest**“ statt. Er wurde von Frau Lauterbach und einer ehrenamtlichen Mitarbeiterin der Arbeiterwohlfahrt auf Verständlichkeit überprüft. Im Anschluss wurden Korrekturen bezüglich Wortwahl und Formulierungen vorgenommen. Zudem wurde die erste Schulung genutzt, um den Fragebogen ein weiteres Mal auf Anwendungstauglichkeit zu überprüfen und falls nötig, ihn weiter zu bearbeiten.

**Zum Ablauf selbst:**

Die Schulungsreihe „Demenz“ fand vom 04.04 - 07.04.2006 erstmalig statt. Zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme wurde der Fragebogen an alle Teilnehmer ausgeteilt. Da der Fragebogen aus mehreren Teilen besteht, fand zu Beginn der Veranstaltung eine kurze Erläuterung des Vorgehens und Aufbaus statt. Die Fragebögen wurden vor jeder Veranstaltung ausgegeben und am Ende eingesammelt. Bei auftretenden Fragen konnten sich die Teilnehmer jeder Zeit an mich bzw. an Frau Lauterbach wenden. Insgesamt nahmen 37 Personen in unterschiedlichem Umfang an der Schulung teil.

Die Zusammensetzung der Teilnehmer ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

**Tabelle 2:** Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“

<b>1. Tag</b>	<b>2. Tag</b>	<b>3. Tag</b>	<b>4. Tag</b>
18 Teilnehmer	24 Teilnehmer	20 Teilnehmer	25 Teilnehmer

Quelle: eigene Darstellung



Von den 37 Schulungsteilnehmern erhielt ich bis einschließlich zum Abschluss der Qualifizierung insgesamt 35 Fragebögen (**Rücklauf**) zurück. Von diesen 35 Fragebögen wurden nur 30 komplett ausgefüllt zurückgegeben, von den Restlichen konnten nur Teile verwendet werden. So beinhalten davon nur 3 Bögen die Bewertung der Module und 2 Bögen, die Angaben zu persönlichen Daten und ehrenamtlicher bzw. nichtehrenamtlicher Tätigkeit.

Nach diesen Mengenaufschlüsselungen begann die **Datenerhebung und Auswertung**. Dazu wurden die Daten in eine Exceltabelle numerisch eingegeben, um diese anschließend auszuzählen. Letztendlich erhielt ich durch dieses Vorgehen die Datenmaske für die Auswertung. Zuerst erhob ich aus den ehrenamtlichen und den persönlichen Angaben die Aussagen zu den Schulungsteilnehmern. Dabei ging ich der Frage nach: Wer waren die Teilnehmer? Das heißt ich klärte, wie viele Hauptamtliche, ehrenamtlich Interessierte oder Ehrenamtliche vertreten waren, wie die Geschlechtsverteilung war und in welchen Bereichen die Ehrenamtlichen tätig sind. Dieser Einstieg in meine Auswertung zeigt zunächst die Ausgangslage der Qualifizierungsmaßnahme. Diese Daten werden später als Diagramme bildlich dargestellt. Alle anderen Angaben aus den Bereich Ehrenamt und Fragen zur Person wurden von mir nicht aufbereitet.

Der nächste Schritt war die Auswertung der Module. Dazu erstellte ich für jedes Modul eine Tabelle, die alle Wertungen der Ratingskala aufzeigen. In deskriptiver Form wurden die einzelnen Meinungen des qualitativen Frageteils mit einbezogen (siehe Anhang, S. XX). Besonderheiten, das heißt Auffälligkeiten in den jeweiligen Tabellen, werden graphisch dargestellt, um sie besser wahrnehmen und im Zusammenhang darstellen zu können.

Nach der Modulauswertung gehe ich auf die Organisation der Schulung ein. Die Angaben zu diesen Punkt entstanden aus Gesprächen mit den Teilnehmern und Referenten sowie in der Abschlussrunde. Dabei werde ich vordergründig auf die Verbesserungsvorschläge eingehen. In einem abschließenden Punkt fasse ich alle Ergebnisse zusammen, die für eine Optimierung der Schulungsveranstaltung verwendbar sind.

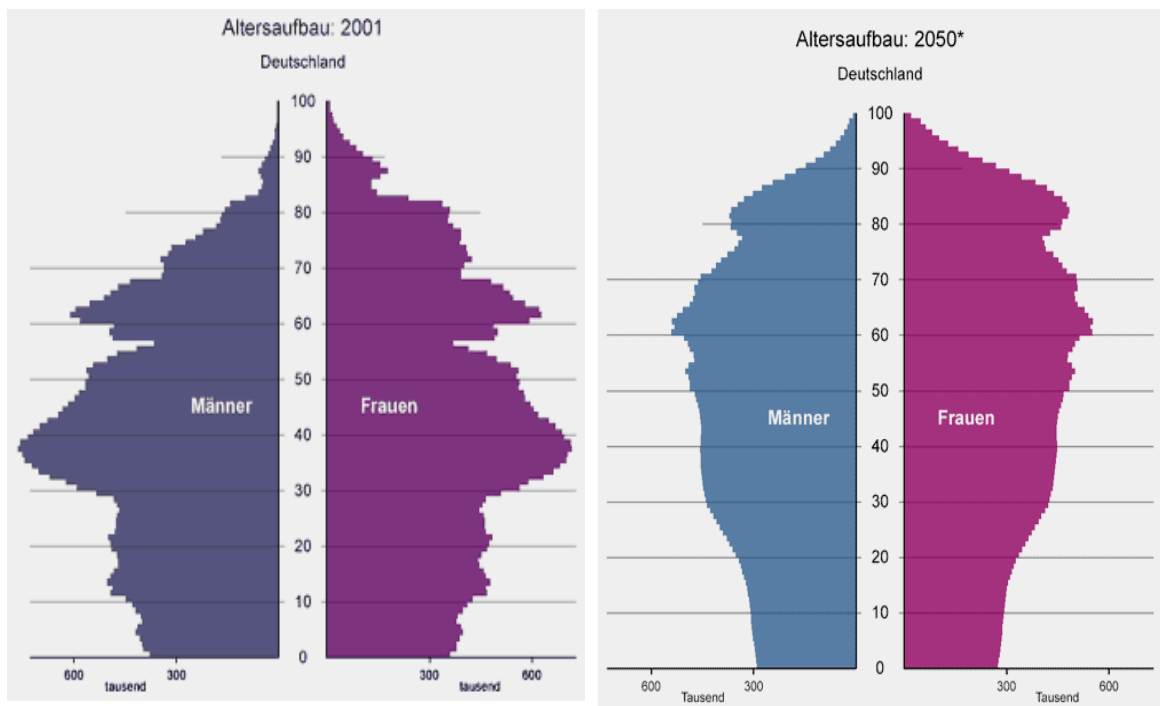
# Theoretischer Teil

## 2 Demenz in der häuslichen Versorgung

### 2.1 Demografische Entwicklungen in Deutschland

„Die Demographie ist die Wissenschaft von den Entwicklungen der Bevölkerung“ (Kramer, Zippel 2003, S. 18). Es werden auf wissenschaftlicher Basis Bevölkerungsbe-  
wegungen analysiert und beschrieben (ebd.). Die demografische Entwicklung in  
Deutschland ist von zwei Tendenzen geprägt. Die Gesamtbevölkerung sinkt kontinuier-  
lich und der Anteil alter Menschen erhöht sich ständig (ebd.). Im 4. Altenbericht vom  
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wird beschrie-  
ben, dass die Entwicklung in Deutschland begleitet wird von „einem fortschreitenden  
Wandel der Familienstrukturen mit Abnahme des Anteils alter Menschen, die mit ande-  
ren zusammenleben, Zunahme der Anzahl alter Menschen, die ältere betreuen und Zu-  
nahme der Frauenerwerbstätigkeit mit geringerer Bereitschaft zur häuslichen Pflege.“  
(2002, S. 207).

**Abbildung 1:** Altersstruktur in Deutschland 2001 und 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt Deutschland, 2003, o.S.

Die beiden Grafiken zeigen die fortschreitende Verformung der Alterspyramide in den nächsten 50 Jahren in Deutschland. Diese Tendenzen konzentrieren sich nach Kramer und Zippel auf zwei grundsätzliche Ursachen, der sinkenden Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartung in Deutschland (Kramer, Zippel 2003, S. 19). Deutlich wird in der Abbildung 1, dass die Geburtenzahl bis 2050 immer weiter abnimmt. Im Jahr 2001 lag sie noch weit über 600.000 Geburten und im Jahr 2050 wird es unter 600.000 Babys geben (siehe Abbildung 1). Die Geburtenzahl der Frau liegt in Deutschland bei 1,36 und um die Bestandserhaltung der Bevölkerung zu gewährleisten, wären 2,1 Kinder nötig. Die Zahl der Frauen, die sich für Kinderlosigkeit entscheiden steigt und 30% aller Frauen bringen bis zum 32. Lebensjahr keine Kinder zur Welt (Kramer, Zippel 2003, S. 20).

Zudem erhöht sich die Anzahl der älteren Generation mit steigender Lebenserwartung (siehe Abbildung 1). In den nächsten 30 Jahren werden die 65 Jährigen um etwa 7 Millionen auf insgesamt über 20 Millionen ansteigen (BMFSFJ 2002, S. 207). Weiterhin steigt der Anteil der über 80 Jährigen von derzeit 4% auf 11%. Bis 2050 wird es eine Zunahme von 4 Millionen der 80-90 Jährigen geben und der Anteil der über 90 Jährigen wächst um eine Million an (ebd.). Durch die steigende Lebenserwartung wird 2030 die Zahl der Personen die schon das 80. Lebensjahr erreicht haben bei etwa 6,6 Millionen und 2050 bei rund 10 Millionen liegen (Kramer, Zippel 2003, S. 22).

Die privaten Haushalte werden zukünftig immer kleiner, die Verhältnisse zwischen Arbeitenden und Rentnern verschiebt sich und der Ausländeranteil wird zunehmen. Diese demografischen Entwicklungen haben Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialwesen. Zum Beispiel kann der Generationsvertrag bei der Rentenversicherung auf Dauer nicht mehr erhalten werden (ebd., S. 28). Auch in der Krankenversicherung und in der Pflegeversicherung müssen neue Ansätze geschaffen werden. Neben diesen Auswirkungen gewinnt die Demenz an Bedeutung. Da die Anzahl an alten Menschen steigt und somit auch an demenziell erkrankten Menschen, müssen neue Strukturen geschaffen werden, wie z.B. eines ausgebauten Unterstützungssystems im ambulanten Bereich. Dazu zählen auch niedrigschwellige Betreuungsangebote, die momentan einen ersten Ansatz in dieser Richtung aufzeigen. Die Versorgungssysteme stehen vor neuen Herausforderungen in der Gesellschaft. Eine Herausforderung ist der Anstieg der dementiellen Erkrankungen, auf die folgend eingegangen wird.

## 2.2 Krankheitsbild

Demenz, aus dem lateinischen „demens“ abgeleitet, bedeutet soviel wie „unvernünftig“ (Grond 2002, S. 196). Nach Förstel, Maelicke und Weichel (2005, S. 6) wird das Demenzsyndrom wie folgt **definiert**: „Eine schwerwiegende Hirnveränderung führt zu einem deutlichen Verlust geistiger Fähigkeiten und damit zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung.“ Das bedeutet, dass durch den hirnrorganischen Abbauprozess eine Beeinträchtigung in den kognitiven, den emotionalen und den sozialen Fähigkeiten erfolgt. Das sind z.B. Störungen des Gedächtnisses, des Denkens, der Orientierung, des Urteilsvermögens und der Lernfähigkeit. Nach dem ICD 10 (International Classification of Diseases) ist Demenz eine hirnrorganische Erkrankung (Dilling, Mombour, Schmidt 2005, S. 60). Um eine Demenz festzustellen, müssen die diagnostischen Leitlinien des ICD 10 zutreffen. Es handelt sich um eine Demenz (ebd., S. 61), wenn ein Nachweis über die Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens mit erheblicher Beeinträchtigung der alltäglichen Aktivitäten besteht. Weiterhin existiert eine Störung des Urteilsvermögens und des Ideenflusses. Die Informationsverarbeitung sowie die Aufmerksamkeit sind beeinträchtigt. Es darf keine Bewusstseinsstörung (z.B. Delir) vorliegen und die beschriebenen Symptome müssen mindestens für sechs Monate bestehen.

Bei der Demenzdiagnostik werden verschiedene Untersuchungen und Verfahren eingesetzt, um einen Verdacht zu bestätigen oder ausschließen zu können. Nach Förstel, Maelicke und Weichel (2005, S. 16) sind das zum einen die kognitiven Testverfahren. Die bekannteste Methode ist der Mini-Mental-Status-Test (MMST). Bei diesem Test werden die Bereiche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechnen, Erinnern, Benennen, Anweisungen befolgen, Gesagtes wiederholen, Reagieren, Schreiben und Abzeichnen geprüft (ebd.). Weitere Verfahren sind die Funktionsskalen, die sich an der Alltagsbewältigung orientieren, wie z.B. der NOSGER und Verhaltensskalen, die sich besonders auf die Veränderung des Erlebens und Verhaltens beziehen (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 18ff.). Neben diesen Tests darf die klinische Diagnostik nicht Außen vor gelassen werden. Dazu zählen Laboruntersuchungen, Liquordiagnostik, Elektroenzephalographie und bildgebende Diagnostik (ebd., S. 20). Laboruntersuchungen dienen dazu, die seltenen sekundären Demenzformen auszuschließen und Begleiter-

krankungen zu erkennen. Die bildgebenden Verfahren erlauben es, die Struktur bzw. die Funktionsweise des Gehirns abzubilden (Martin, Schelling 2005, S. 30). Genutzt werden strukturell bildgebende Verfahren, wie z.B. der CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder seltener funktionell bildgebende Verfahren, wie z.B. das PET (Positronenemissionstomographie). Beim ersten Verfahren wird der Aufbau des Gehirns abgebildet, beim PET können aufgrund verschiedener Parameter, wie dem Glukoseverbrauch und der zerebralen Durchblutung, Rückschlüsse auf die Hirnaktivität gezogen werden (Martin, Schelling 2005, S. 30f.).

Bei dementiellen Störungen handelt es sich um ein breites Spektrum von Erkrankungen, die voneinander differenziert werden. Die unterschiedlichen **Demenzformen** werden in primäre und sekundäre Demenzen unterschieden.

**Tabelle 3:** Überblick - Demenzformen

Primär degenerative demenzielle Erkrankungen (primär oder idiopathisch)	Vaskuläre Demenzen	Sekundäre demenzielle Erkrankungen
Frontotemporale Lappendegeneration <ul style="list-style-type: none"> <li>• frontotemporale Demenz</li> <li>• progressive nicht flüssige Aphasie</li> <li>• semantische Demenz</li> </ul>	Multiinfarktdemenz <ul style="list-style-type: none"> <li>• kortikal</li> <li>• gemischt (kortikal und subkortikal)</li> </ul>	Demenzen bei: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrozephalus</li> <li>• Metabolischen Störungen</li> <li>• Mangelernährungen</li> <li>• Intoxikationen</li> </ul>
Überwiegend temporoparietale Dominanz <ul style="list-style-type: none"> <li>• früh beginnende AD</li> <li>• spät beginnende AD</li> <li>• Trisomie 21 mit Alzheimer-typischer Demenz</li> </ul>	Demenzen bei strategischen Infarkten <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gyrus-angularis-Syndrom</li> <li>• Nucleus-caudatus-Infarkt</li> <li>• Globus-pallidus-Infarkt</li> <li>• Thalamusinfarkt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infektionen, z. B. + Creutzfeld-Jakob-Krankheit</li> <li>+ Borreliose</li> <li>+ Syphilis</li> <li>+ AIDS</li> <li>• Hirntraumata</li> <li>• Hirntumore</li> </ul>
Überwiegend subkortikale Prädominanz <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinsonismus mit Demenz</li> <li>• Chorea Huntington</li> <li>• Progressive supranukleare Paralyse</li> <li>• Shy-Drager-Syndrom</li> <li>• Multiple Systematrophie mit Demenz</li> <li>• Progressive subkortikale Gliose</li> <li>• Hallervorden-Spatz-Syndrom</li> </ul>	Demenzen bei Small-Vessel-Erkrankung <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status lacunaris</li> <li>• Morbus Binswanger</li> </ul>	

Quelle: Martin, Schelling 2005, S. 15

In der Abbildung 2 von Martin und Schelling (2005, S. 15) sind die verschiedenen Demenzformen aufgezeigt, die im Folgenden kurz erklärt werden. **Primäre Demenzen** sind irreversibel, die Krankheitsursache liegt im Gehirn. Das sind zum einem die primär degenerativen Demenzen, die durch die Zerstörung von Nervenzellen charakterisiert

sind. Dazu zählt vor allem die Alzheimer Demenz, aber auch die Demenz mit Lewy-Körperchen und die Frontotemporale Demenz (Gutzmann, Zank 2005, S. 37). Eine weitere Form der primären Demenzen sind die vaskulären Demenzen, der die zweithäufigste, die Multi-Infarkt-Demenz, zugeordnet wird (ebd., S. 95). Vaskuläre Demenzen sind gekennzeichnet durch zerebrale Durchblutungsstörungen (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 44). Ihr Ablauf ist im typischen Falle erkennbar durch einem plötzlichen Beginn mit einem nachfolgenden fluktuierenden Verlauf oder schubweisen Verschlechterung der Symptomatik (Gutzmann, Zank 2005, S. 103). Darüber hinaus gibt es Kombinationen von degenerativer und vaskulärer Demenz sowie ein Reihe anderen Demenzen, wie die Demenz bei Morbus Parkinson. Die **sekundären Demenzen** sind reversibel. Ihre Krankheitsursache liegt in anderen Körperorganen, sie kann aber auch die Folge von Herz-Kreislaufkrankungen bzw. einer Depression sein oder durch Medikamente hervorgerufen werden, die demenzähnliche Symptome begünstigen können (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 52).

Folgend möchte am Beispiel der **Alzheimer Demenz** den Verlauf dieser Krankheit charakterisieren, weil sie die bekannteste und häufigste Demenzerkrankung ist. Sie trifft etwa bei 50-70% aller Demenzerkrankungen zu (Martin, Schelling 2005, S. 14). Dabei handelt es sich nach Gutzmann und Zank (2005, S. 38) „um ein klinisches Bild, das pathologisch gekennzeichnet ist durch eine ausgeprägte Hirnschrumpfung (Atrophie) mit Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume (Hirnwasserkammern), wobei der Krankheitsprozess beide Gehirnhälften gleichermaßen mit einbezieht.“ Erste Anzeichen dafür sind vieldeutig und schwer abgrenzbar. Meist sind erste Hinweise Vergesslichkeit, sozialer Rückzug, Interessenverlust, Aufgeben von Hobbys, häufiges Verlegen und Suchen von Dingen (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 26). Um eine Demenz vom Alzheimer Typ zu diagnostizieren sind folgende Merkmale des ICD 10 (Dilling, Mambour, Schmidt 2005, S. 63) festzustellen:

1. „Vorliegen einer Demenz
2. Schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung. Während der Beginn gewöhnlich nur schwer genau festzustellen ist, kann die Erkenntnis, dass Defizite vorliegen, bei Dritten plötzlich auftreten. Im weiteren Verlauf kann ein Plateau erreicht werden.

3. Fehlen klinischer Hinweise oder spezieller Untersuchungsbefunde, die auf eine System- oder Hirnerkrankung hinweisen, welche eine Demenz verursachen kann (...).
4. Fehlen eines plötzlichen apoplektischen Beginns oder neurologischer Herdzeichen wie Hemiparese, Sensibilitätsverlust, Gesichtsfeldausfälle und Koordinationsstörungen in der Frühphase der Krankheit (solche Phänomene können jedoch später hinzukommen).“

Die Dauer der Alzheimer-Demenz kann bis zu 20 Jahren betragen. Bei einer Längsschnittstudie wurde die mittlere Überlebensdauer nach Eintritt der Krankheit bei Männern von 5,7 und bei Frauen von 7,2 Jahren errechnet (Gutzmann, Zank 2005, S. 59). Bei der präsenilen Demenz, dem Krankheitsbeginn vor dem 65. Lebensjahr, ist tendenziell mit einer längeren Überlebensdauer zu rechnen (ebd. S. 59). Nach dem ICD 10 (Dilling, Mombour, Schmidt 2005, S. 64) tritt bei einer präsenilen Demenz vom Alzheimer Typ eine raschere Verschlechterung auf, als bei senilen Formen.

Nach Förstel, Maelicke und Weichel (2005, S. 28) ist die Alzheimer Demenz in mehrere Phasen gegliedert. Zunächst wird die Prädemenzphase, also die Phase vor der Diagnosefeststellung beschrieben, die ca. 5-7 Jahre dauern kann. Es treten die ersten Anzeichen auf, wie z.B. die Verminderung der Fähigkeit etwas Neues zu lernen. Die nächste Phase ist das frühe Demenzstadium, mit einer Dauer von etwa 3 Jahren. Kennzeichen für dieses Stadium sind z.B. Wortfindungsstörungen und die Einschränkung der Merkfähigkeit. Das Altgedächtnis verliert an Detailschärfe und es bestehen Unsicherheiten bei der zeitlichen Einordnung von Ereignissen. Im mittleren Demenzstadium, mit einer Dauer von ca. 3 Jahren, ist das Neugedächtnis stark beeinträchtigt. Die Fähigkeit, Handlungsabläufe zu organisieren und zu koordinieren, ist unzureichend und der Demenzerkrankte findet sich nicht mehr in seiner eigenen Wohnung zurecht. Weiterhin verliert die Biografie langsam an Plastizität und Detailreichtum. Die Erkrankten werden im Verlauf der Krankheit zunehmend unruhiger und neigen zu Wutausbrüchen, weil oftmals Situationsverkennungen auftreten (Gutzmann, Zank 2005, S. 59). Diese heftigen Ereignisse treten in der Häuslichkeit etwa bei 30-50% der demenziell Erkrankten auf (ebd., S. 59). Im späten Demenzstadium sind sämtliche kognitive Leistungen beeinträchtigt, die Sprache reduziert sich auf einzelne Sätze, Wörter oder Silbenwiederholungen (Förstel, Maelicke Weichel 2005, S. 28). In dieser Phase kommt es meist zu Inkon-

tinenz, Bettlägerigkeit oder auch zu Störungen der Nahrungsaufnahme (Gutzmann, Zank 2005, S. 66).

„Die Alzheimer-Demenz gehört zu den Erkrankungen, die die höchsten Belastungen für das Gesundheitssystem mit sich bringen“ (Gutzmann, Zank 2005, S. 43). Im Jahr 1993 gab Deutschland nur für die direkten Kosten etwa zwischen 15,5-21 Milliarden DM aus (ebd., S. 59). Die durch Angehörige erbrachten Leistungen beliefen sich auf 39-52 Milliarden DM (ebd.). Die gesundheitlichen Konsequenzen durch die Belastung pflegender Angehöriger oder die durch das Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess entstehenden Kosten sind dabei nicht berücksichtigt (ebd.).

**Krankheitsursachen** sind bei einer Demenz bis heute nicht eindeutig geklärt. Der höchste Risikofaktor ist das Alter selbst, denn mit zunehmendem Alter steigt die Prävalenz von Demenz (Gutzmann, Zank 2005 S. 46), was in der Literatur als höchster Risikofaktor beschrieben wird.

Der 4. Altenbericht schätzt, dass die familiäre Vorbelastung ein weiteres großes Risiko ist. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass beim weiblichen Geschlecht aufgrund der höheren Lebenserwartung ein höheres Risiko für die Erkrankung an einer Alzheimer-Demenz besteht. Beim Mann ist die Wahrscheinlichkeit an einer vaskulären Demenz zu erkranken, größer als bei Frauen. Die chromosomalen Veränderungen spielen in Bezug auf das Krankheitsrisiko eine Rolle. Weitere Risiken können ein Schädel-Hirn-Traumata oder eine depressive Störung sein. Risikofaktoren, wie körperliche Inaktivität, Schilddrüsenerkrankungen, Aluminium, Zink, Alkohol, Umwelttoxine und Magnetfelder werden kontrovers diskutiert. Der 4. Altenbericht zeigt Ursachen für die vaskuläre Demenz auf: „Die Entwicklung vaskulärer Demenzen wird durch die Risikofaktoren Hypertonus, Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Hyperurikämie, Atheromatose und andere Gefäßerkrankungen sowie durch zerebrale Marklagerveränderungen gesteigert.“ (BMFSFJ 2002, S. 169ff.)

Die Krankheit Demenz hat oftmals weit reichende und vielgestaltige **Folgen und Konsequenzen**, die treffend im 4. Altenbericht beschrieben werden (ebd., S.172ff.). Während des Verlaufs der Demenz verliert der Erkrankte seine Autonomie und wird pflegebedürftig. Nicht selten tritt durch die Demenz Unterernährung auf, die bis zum Verhun-



gern führen kann. Demenzkranke können durch den oft starken Bewegungsdrang am Tag bis zu 40 km zurücklegen und haben dadurch einen sehr hohen Energieverbrauch (zwischen 3.000 und 4.800 kcal). Weiterhin ändern sich auch die Essgewohnheiten und der Geschmack im Verlauf der Krankheit. Weitere Folgen von Demenz können Verhaltensstörungen, wie wahnhaft, affektive Störungen (Depressivität, Angst) sein, aber auch Antriebsstörungen oder Persönlichkeitsveränderungen. Durch Gedächtnis- und Orientierungsstörungen besteht eine erhöhte Unfallgefährdung. Etwa 50% der Demenzkranken stürzen mindestens einmal im Jahr. Im Krankheitsverlauf treten oft Begleiterkrankungen, wie epileptische Anfälle oder Störungen der Motorik auf. Eine Folge der Demenz ist auch die medizinische Unterversorgung, denn oft wird die jährliche Konsultation bei Hausärzten vernachlässigt. Dies wirkt sich auf den allgemeinen Gesundheitszustand aus, der den Verlauf der dementiellen Erkrankung beschleunigt.

Oft wird sich die Frage gestellt, wie Demenzpatienten die Krankheit erleben. Gutzmann und Zank (2005, S. 116ff.) schildern das **Erleben von Demenzerkrankten**, um sich in die Situation des demenziell Erkrankten einzufühlen und somit adäquat intervenieren zu können. „Langfristige Beobachtungen des Verhaltens, die Kenntnis der Biografie des Erkrankten mit Vorlieben und Abneigungen sowie der Versuch, die Sinnhaftigkeit scheinbar sinnlosen Tuns zu erraten, sich in den Kranken einzufühlen, bleiben die einzigen Zugangswege.“ (ebd.). Im Anfangsstadium erleben die Betroffenen die Vergesslichkeit oder die Schwierigkeiten, sich in neuen Situationen zu Recht zu finden, häufig bewusst. Diese Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen werden oft von dem Erkrankten und auch den Angehörigen nicht realistisch wahrgenommen. Typische Reaktionen sind Angst, Verunsicherung oder Depression. Das Anfangsstadium ist besonders davon gekennzeichnet, dass die Betroffenen so lange wie möglich versuchen, ihre Defizite zu verbergen. Im weiteren Verlauf der Erkrankung erleben die Erkrankten, dass ihnen ihr Leben aus der Hand gleitet. Einfache Alltagstätigkeiten werden immer mehr zu unlösbaren Herausforderungen, die nicht bewältigt werden können. Sie erleben eine zunehmende Hilflosigkeit, die sich oft auch durch innere Angespanntheit und körperliche Unruhe äußert. Im mittleren und letzten Stadium treten häufig Verhaltensweisen, wie z.B. Umherwandern auf. Eine große psychische Belastung im letzten Stadium ist die Blasen- und Darminkontinenz, wodurch die Erkrankten Angst und Scham erleben. (ebd.)

Um die Lebensqualität der Demenzerkrankten so gut wie möglich zu erhalten, müssen verschiedene **Interventionen** im Zusammenspiel erfolgen. Ziel dieser Therapie ist es (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 54):

- (falls möglich) die Behandlung der Krankheitsursache,
- pharmakologische Therapie mit Antidementiva und anderen Psychopharmaka,
- Behandlung von Begleiterkrankungen und Risikofaktoren,
- nicht medikamentöse Maßnahmen und
- Aufklärungen sowie Begleitung.

Zusammenfassend kann von einer erfolgreichen Intervention dann gesprochen werden, wenn eine allgemeinmedizinische Basisbetreuung, eine medikamentöse und eine nicht medikamentöse Therapie stattfinden. Die Interventionen müssen dem Schweregrad der Erkrankung sowie den Bedürfnissen des Erkrankten angepasst sein (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 72). Abgesehen von der Konzentration auf den Erkrankten müssen zugleich die Angehörigen in Beratung und Begleitung einbezogen werden. Die Beratung beinhaltet Informationen über das Krankheitsbild, den Krankheitsverlauf, die Hilfsmöglichkeiten und die rechtlichen Gesichtspunkte (ebd., S. 76). Die Angehörigen erleben die Pflege und Betreuung als sehr belastend (siehe Kapitel 2.4), was zu zahlreichen Konsequenzen, wie z.B. körperliche Erkrankungen führen kann. Um dem entgegen zuwirken spielt die Entlastung der Angehörigen genauso eine zentrale Rolle, wie die adäquate Intervention des Erkrankten.

Die allgemeinmedizinische Basisbetreuung zielt auf die Behandlung der Begleiterkrankungen, der Risikofaktoren, und wenn möglich, der Krankheitsursachen. Sie ist auch dafür zuständig, an die Angehörigen Adressen und Möglichkeiten der Therapie weiterzugeben.

Die medikamentöse Therapie ist die medizinische Einstellung der demenziell erkrankten Menschen, um den Verlauf so gut wie möglich zu verlangsamen und Verhaltensauffälligkeiten zu mindern. Die Therapie mit Antidementiva ist besonders wirksam in den Bereichen der kognitiven Leistung, den Aktivitäten des täglichen Lebens und dem klinischen Gesamteindruck (ebd., S. 56). Weiterhin werden auch Psychopharmaka, wie Neu-

roleptika, Antidepressiva und Benzodiazepine (beschränken sich auf akute Angst- und Erregungszustände) von Ärzten verordnet (ebd., S. 66).

Bei der nichtmedikamentösen Therapie gibt es verschiedene Ansätze. Zum einen gibt es kognitive Verfahren, wie das Gedächtnistraining oder das Realitätsorientierungstraining (ROT). Das Gedächtnistraining ist für das frühe Stadium geeignet. Besonders positive Ergebnisse werden erzielt, wenn sich die Maßnahmen auf konkrete Alltagsfähigkeiten beziehen und mehrere Lernebenen umfassen. Das ROT kann in zwei verschiedenen Varianten durchgeführt werden. Zum einen gibt es das 24-Stunden-ROT, indem die Umgebung mit Orientierungshilfen gestaltet wird und bei Gesprächen ein Bezug zur zeitlichen, personellen und örtlichen Orientierung hergestellt wird, wie z.B. „Guten Morgen!“. Die andere Variante ist das Gruppen-ROT, welches in mehrmaligen Wochensitzungen erfolgt. In diesen Sitzungen werden Informationen zu Personen, zum Ort und zurzeit immer wieder aufs Neue eingeübt. (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 72)

Eine weitere Methode ist der biografische Ansatz. Dieser eignet sich auch gut für die häusliche Betreuung Demenzkranker durch nahe Angehörige (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 74). Der Ansatz kann durch zwei verschiedene Verfahren erfolgen, der Erinnerungstherapie oder der Selbst-Erhaltungs-Therapie. Die Erinnerungstherapie knüpft an lebenslange Interessen, Vorlieben und Neigungen an. „Der Einsatz der Erinnerungstherapie bei Demenzpatienten ermöglicht eine Stimulation des Altgedächtnisses durch die Wiederbelebung individuell bedeutsamer biographischer Ereignisse. Dabei wird nicht allein die verbale Ebene genutzt. Hohe Bedeutung haben Medien wie Bilder, Fotos, Musik und körperliche Aktivitäten (z.B. Tanzen).“ (Gutzmann, Zank 2005, S. 131). Die Selbst-Erhaltungstherapie ist eine Kombination aus Erinnerungstherapie und Validation (Förstel, Maelicke, Weichel 2005, S. 74). Sie hat die Erhaltung der persönlichen Identität zum Ziel und richtet sich speziell auf die Behandlung von Alzheimer Erkrankten (Gutzmann, Zank 2005, S. 132f.).

Die integrative Validation ist ein psychosozialer Ansatz der darauf abzielt, die Betreuungsperson dazu zu befähigen, Wahrnehmungen und das Erleben des Erkrankten zu validieren. Die Welt des demenziell Erkrankten wird akzeptiert und die Betreuungsperson versucht die Gefühle des Erkrankten zu benennen oder nonverbal zum Ausdruck zu bringen, also die Gefühle widerzuspiegeln (ebd., S. 130). Weitere Methoden der nicht-

medikamentösen Therapie sind verhaltenstherapeutische Ansätze, Milieuthherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie und Methoden der basalen Stimulation.

### **2.3 Epidemiologie der Demenzen**

Die meisten Demenzen sind Erkrankungen des höheren Lebensalters. Die Häufigkeit des Auftretens von Demenz steigt demzufolge proportional zur Lebenserwartung. Der primäre Risikofaktor für Demenz ist das Alter. Somit werden Demenzerkrankungen zu einem stetig wachsenden Problem, denn die Bevölkerung altert zunehmend. Die Prävalenz von Demenz liegt bei den 60-64 Jährigen unter 1% und verdoppelt sich etwa alle fünf Altersjahre. Bei den 85-89 Jährigen beträgt der Anteil von Demenzerkrankungen ein Viertel und bei den über 90 Jährigen sogar ein Drittel. Zurzeit leiden rund 1 Mio. Menschen in Deutschland an Demenz. Jährlich erkranken zwischen 1.5 % und 2% der Bevölkerung an dieser Krankheit. Das sind in etwa 200.000 Menschen in Deutschland pro Jahr. (Gutzmann, Zank 2005, S. 27f.).

In Thüringen sind derzeit etwa 27.500 Menschen an Demenz erkrankt. Überträgt man die Inzidenz auf Thüringen, so beläuft sich die Zahl der jährlichen Neuerkrankungen auf 6.700 Menschen. (Büchner u.a. 2001, S. 7f.)

Bei präsenilen Demenzen ist die Prävalenz sehr niedrig und ihre Schätzung noch mit großen Unsicherheiten behaftet. „Aufgrund der wenigen Gemeindestudien, die auch jüngere Altersgruppen einbezogen haben, liegt die Rate im Alter zwischen 30 und 59 Jahren bei etwa 0,1% und im Alter zwischen 55 und 64 Jahren bei 0,4%.“ (BMFSFJ 2002, S. 167). Die Neuerkrankungen in Deutschland werden aufgrund von Studien aus anderen Ländern auf etwa 20.000-30.000 geschätzt (ebd.).

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass in den nächsten Jahren die demenziellen Erkrankungen stark zunehmen werden. Um dieses Krankheitsbild erfolgreicher behandeln zu können, gibt es einen erhöhten Bedarf an Forschung, besonders in bezug auf die Weiterentwicklung von Medikamenten und die Präventionsarbeit. Es muss auch mehr Öffentlichkeitsarbeit speziell bei der Aufklärung stattfinden. Durch die Zunahme der

Krankheitsfälle sind auch immer mehr Angehörige in die Pflege und Betreuung eingebunden. Deshalb sollte nicht nur die Arbeit mit den Erkrankten erfolgen, sondern auch der Arbeit mit Angehörigen muss eine größere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Daraus folgt die Frage: In welcher Situation befinden sich pflegende Angehörige und was fühlen sie?

## **2.4 Pflegende Angehörige**

### **2.4.1 Situation pflegender Angehöriger**

Die Hauptpflegepersonen der 65-79 jährigen dementen Pflegebedürftigen sind zu 61% die Lebenspartner und zu 24% die Töchter. Dieses Verhältnis dreht sich um, sobald die zu Pflegenden über 80 Jahre alt sind. Dann pflegen zu 41% die Töchter und zu 17% die Lebenspartner. Über 80% der Pflegepersonen sind weiblich und es wird von einer sogenannten „Frauenpflege“ gesprochen. Es ist jedoch fraglich, ob in Zukunft aufgrund des Familienstrukturwandels und der Zunahme der Erwerbsarbeit von Frauen die Bedeutung der familiären Pflege weiter bestehen wird. (Gutzmann, Zank 2005, S. 149)

Etwa 48% der im häuslichen Umfeld versorgten Erkrankten mit mindestens Pflegestufe 1 werden von Familienmitgliedern betreut (Gutzmann, Zank 2005, S. 149). Nach dem 4. Altenbericht werden insgesamt „60% der Demenzkranken in Privathaushalten von hauptsächlich Angehörigen versorgt“ (BMFSFJ 2002, S. 167), was in etwa dem oben genannten prozentualen Anteil entspricht, da sich der 4. Altenbericht auf alle Demenzkranken bezieht. Davon werden 30% in der eigenen Wohnung gepflegt und 60% leben im Haushalt ihrer Angehörigen (ebd., S. 201). In der Studie über Gesundheit und Belastung der Pflegenden von Gräbel (1998, S. 58) stellte sich heraus, dass die häusliche Pflege von Demenzpatienten fast ausschließlich von engeren Verwandten ausgeübt wird. Im Gegensatz übernehmen die Pflege nichtdemenzkranker Menschen auch nicht verwandte oder ferner verwandte Personen. Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse der Studie von Sörensen und Pinquart (2005, S. 620) ist das Durchschnittsalter der Pflegenden (nicht nur bei der Pflege demenziell Erkrankter) 58,9 Jahre. Die Pflegedauer beträgt durchschnittlich 4,6 Jahre.

„Viele pflegende Angehörige leisten wöchentlich 40 Stunden und noch mehr Unterstützung für ihre chronisch kranken Angehörigen“ (Pinquart, Sörensen 2005, S. 617). Die Pflege von demenziell erkrankten Menschen bedeutet für Angehörige die Bewältigung pflegerischer Aufgaben, zeitliche und finanzielle Einschränkungen, Konfrontationen mit Verhaltensauffälligkeiten und langsames, mit Trauer verbundenes Abschied nehmen (Gutzmann, Zank 2005, S. 150). Folglich haben pflegende Angehörige Demenzerkrankter eine weitaus höhere Belastung, als bei der Pflege von nicht Dementen.

Bickel hat in einer Studie von 1999 festgestellt, dass Heimbewohner nicht nur sehr häufig an Demenz erkrankt sind, sondern dass diese Erkrankung mit großem Abstand der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Heim war (BMFSFJ 2002, S. 168). Die Überforderung der Pflegenden und deren eigene gesundheitliche Probleme können zum Zusammenbruch der häuslichen Pflege führen. Wenn zudem die vorhandenen Ressourcen nicht mehr ausreichend sind, um die Häuslichkeit aufrecht zu erhalten, wählen Angehörige die stationäre Pflege (Schacke, Zank 1998, S. 360). Schlussfolgernd ist die Überlastung der Pflegenden ein wesentlicher Grund für die Unterbringung in einem Heim.

Um diesen Zusammenbruch der Häuslichkeit zu vermeiden, ist eine Entlastung der pflegenden Angehörigen durch die Inanspruchnahme externer Hilfen notwendig. Oft treten diese Angebote auf spezifische Widerstände. Diese Widerstände ergeben sich nicht selten aus einem Schamgefühl heraus. Sie haben die Befürchtung etwas falsch zu machen und dabei bewertet zu werden. Um Angehörige zu erreichen, müssen die Entlastungsinterventionen individuell an die Pflegehaushalte angepasst sein, damit ein Stück Stabilität und Balance wieder hergestellt wird. „Hilfen für solche Haushalte sollten niedrigschwellig ansetzen und den privat Pflegenden die Chance bieten, sich von der Entlastungswirkung durch Probieren selbst zu überzeugen. Je höher die Zugangshürden gebaut werden, desto wahrscheinlicher ist ihre ausschließende Wirkung.“ (Büchner u.a. 2001, S. 11). Auch in der Untersuchung von Gräbel wird festgestellt, dass Hilfemaßnahmen so früh wie möglich eingesetzt werden sollen. Dabei ist es wichtig, dass diese Angebote akzeptiert werden. „Um die Akzeptanz der Entlastungsmaßnahmen zu erhöhen, sollten die Barrieren, die eine Anwendung begrenzen, abgebaut und eine Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Pflegepersonen vorgenommen werden.“ (Gräbel 2004, S. 61).

### 2.4.2 Motive zur Übernahme von Pflege

Zu Beginn der Erkrankung werden die Verhaltensweisen, wie z.B. die zunehmende Vergesslichkeit auf das oftmals fortgeschrittene Alter des Erkrankten geschoben. Erst durch die Häufung von auffälligem Verhalten bemerken die Angehörigen, dass diese Situation nicht normal ist und drängen zu einer gründlichen hausärztlichen Untersuchung (Hejda 2002, S. 202). Nach der Diagnose Demenz fängt ein neuer Abschnitt für die Angehörigen an, wenn sie die Pflege und Betreuung des demenzerkrankten Menschen übernehmen. Bei der Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege sind zwei Aspekte zu berücksichtigen. Zum einen die Verfügbarkeit von Familienmitgliedern und zum anderen die normativen bzw. motivationalen Grundlagen zur Übernahme der häuslichen Pflegearbeit (BMFSFJ 2002, S. 194).

Pflegende Angehörige haben verschiedene Gründe bzw. Motive, warum sie die Pflege übernehmen. „In allen Studien wird als häufigster Grund für die Bereitschaft der Pflegeübernahme auf die Selbstverständlichkeit dieser familialen Leistung hingewiesen“ (ebd., S. 195). Es ist aber nicht nur schlechthin die Selbstverständlichkeit, es gibt auch pflegende Angehörige, die davon überzeugt sind, dass der demenziell Erkrankte im umgekehrten Fall ebenso gehandelt hätte (Hejda 2002, S. 214). Eine zusätzliche Motivation gibt es dann, wenn zwischen Pflegenden und Erkrankten eine enge emotionale Beziehung und Bindung vorhanden ist (ebd.). Die Beziehungsqualität hat auch Auswirkungen auf die Empfindung der pflegebedingten Belastung. Diese Aspekte werden im Kapitel 2.3.4 genauer erörtert. Außerdem kann der starke christliche Glauben als Motivation zur Übernahme von Pflege beitragen (ebd., S. 214). In vielen Familien gibt es negative Vorstellungen von Alten- und Pflegeheimen, die dazu führen, dass die Pflege in der Häuslichkeit übernommen wird (Braidert 2000, S. 64). In einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse berichtet Braidert, dass sich bis zu zwei Drittel der Pflegepersonen für kompetent genug halten, die Pflege selbständig zu übernehmen (ebd.).

In einem Artikel der Zeitschrift „Pflegen Ambulant“ wird eine weitere Hypothese aufgestellt, warum pflegende Ehefrauen die Pflege übernehmen. „Die Versorgung durch die Ehefrau wird in unserer Gesellschaft vorausgesetzt. Man kann davon ausgehen, dass die Bereitschaft dazu bei den meisten Ehefrauen aus traditioneller Ehevorstellung herrührt, die am gemeinsamen Zusammenleben orientiert ist. Dieses Verantwortungsgefühl

besteht häufig auch bei einer konfliktbehafteten ehelichen Beziehung.“ (Klostermann 2004, S. 21). Dieses Argument trifft vor allem auf die ältere Generation zu.

Neben diesen Gründen kann die Pflege aber auch ausschließlich aufgrund von Entschädigung oder anderen materiellen Interessen und/oder aufgrund moralischer Verpflichtungen gegenüber den Erkrankten erfolgen (Hejda 2002, S. 214). Es besteht bei dieser Konstellation die Gefahr einer höheren Belastung, weil z.B. innere Konflikte bei den pflegenden Angehörigen entstehen können.

### **2.4.3 Belastung pflegender Angehöriger**

Bei der Pflege von demenziell erkrankten Menschen kommt es bei den Angehörigen zu vielfältigen Belastungen. Das sind zeitliche, körperliche, emotionale, finanzielle Belastungen durch Verhaltensstörungen und Belastung durch kognitive Ausfälle der Demenzkranken (Martin, Schelling 2005, S. 116f.). Diese objektiven und subjektiven Belastungen können zu physischen bzw. psychischen Krankheiten bei den Pflegenden führen bis hin zum Zusammenbruch der häuslichen Pflege. Zu Beginn einer Pflegeübernahme von pflegenden Angehörigen ist die Belastung am größten und im Verlauf der Pflege passen sich die Angehörigen an die Situation an (BMFSFJ 2002, S. 202).

Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse der Studie von Sörensen und Pinguart zeigt sich, dass pflegende Angehörige demenziell erkrankter Menschen mehr gestresst bzw. höheren Belastungen ausgesetzt sind als andere Pflegenden. Sie leisten nicht nur Pflege und Supervision des Erkrankten, sondern sind den demenzspezifischen Belastungen ausgesetzt. Die **demenzspezifischen Faktoren** beinhalten die Veränderungen der Persönlichkeit, Verhaltensprobleme der Erkrankten, die fortschreitende Verschlimmerung des Krankheitsbildes und die oftmals fehlenden Anerkennung der geleisteten Hilfe (Pinguart, Sörensen 2005, S. 622). Die Stresssymptome bei der Pflege Demenzkranker sind bei den Ehepartnern im Gegensatz zu anderen Helfern höher, denn sie leisten in der Regel mehr Pflege und haben mehr eigene gesundheitliche Einschränkungen (ebd.). Darüber hinaus haben sie weniger alternative soziale Rollen und wohnen meist mit dem Erkrankten zusammen. In der Studie wurde festgestellt, dass Menschen, die Pflege leis-



ten und ein hohes Alter haben, vermehrt depressive Symptome und geringere Selbstwirksamkeitserwartungen aufweisen (ebd., S. 623).

Durch die Versorgung demenzerkrankter Menschen erfolgt eine gravierende Veränderung der pflegenden Angehörigen. In Untersuchungen zum **Belastungserleben** wurde nachgewiesen, dass pflegende Angehörige (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 30):

- Verschlechterung ihres körperlichen Gesundheitszustandes und Wohlbefindens,
- Einbußen des psychischen Wohlbefindens,
- finanzielle Belastungen,
- Einschränkungen der Quantität und Qualität der sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie,
- Begrenzungen in ihren persönlichen Handlungsspielräumen und Zukunftsperspektiven sowie
- Verschlechterungen im Gesundheitsverhalten erleben.

Die pflegenden Angehörigen bekommen die Belastungen in zwei Ebenen mit; der Objektiven und der Subjektiven. Zu der **objektiven Belastung** gehören die Pflegeaufgaben. Diese sind vielfältig und bedürfen oft eines intensiven Zeitaufwandes. Pflegende Angehörige leisten Hilfestellungen bei der Haushaltsführung, bei den grundlegenden Verrichtungen sowie bei der medizinischen Versorgung. Darüber hinaus koordinieren sie die pflegerische, ärztliche und sozialtherapeutische Betreuung. Die Angehörigen kümmern sich auch um Finanz- und Behördenangelegenheiten. Die Aufgaben, die speziell durch die kognitiven Verhaltensdefizite entstehen, sind emotionale Unterstützung, demenzgerechte Gestaltung der Wohnung, Tagesstrukturierung und Beaufsichtigung. (Gutzmann, Zank 2005, S. 152f.)

Bei der **subjektiven Belastung** spielen besonders die kognitiven Krankheitsdefizite eine große Rolle. Die Pflegenden „leiden am Sterben der gemeinsamen Biographie, haben mitunter das Gefühl, einen Schandfleck in der Familie zu haben, empfinden Scham über ihre vermeintlichen Defizite, verspüren einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten und empfinden Wut über einen Lebensabend, den sie sich gemeinsam anders vorgestellt hatten.“ (Gutzmann, Zank 2005, S. 154). Die permanente Beaufsichti-

gung bedeutet für viele pflegende Angehörige eine erhebliche Einschränkung in ihrer Lebensqualität. Für relativ viele Frauen tritt aufgrund der Pflege oft ein Konflikt zwischen Familie, Beruf und sozialem Bereich auf. Die Beibehaltung der Erwerbstätigkeit wird als positiv gesehen, weil die Möglichkeit nach außerfamiliärem Kontakt besteht. Innerhalb der Familie kann es durch die Übernahme der Pflege zu einer erhöhten Stress- und Krisensituation kommen. Ein sehr hoher Belastungsfaktor entsteht, wenn es in der Herkunftsfamilie zu Konflikten bezüglich des Schweregrades der Erkrankung, der Auseinandersetzung über den richtigen Umgang, des empfundenen Mangels an Unterstützung für die Hauptpflegeperson oder es zu Rivalität kommt. Darüber hinaus gibt es Einschränkungen der außerfamiliären Kontakte und Aktivitäten. Viele Bekannte nehmen, oft aus Unsicherheit, Abstand. Aber es gibt auch Freundschaften, die große Unterstützung geben. Vielen pflegenden Angehörigen ist es peinlich, wenn sich die demenziell Erkrankten in der Öffentlichkeit mit Verhaltensauffälligkeiten präsentieren. Die immerwährende Pflege ist eine Belastung, die zu negativen Konsequenzen für das psychische Wohlbefinden führen kann. (ebd., S. 155f.)

Neben objektiven und subjektiven Faktoren spielt auch die Beziehung zwischen den pflegenden Angehörigen und den demenziell erkrankten Menschen eine sehr bedeutende Rolle. Untersuchungen haben bewiesen, dass die **Beziehungsqualität** und der Grad der emotionalen Abhängigkeit stärker mit dem Belastungserleben in Zusammenhang stehen, als die objektivierbaren Bedingungen der Pflege (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 31). Pflegende sind emotional abhängig, sie erleben z.B. Schuldgefühle bei Unternehmungen ohne den Kranken. Aber auch das Verleugnen oder Zurückstellen eigener Bedürfnisse gehört dazu. Emotional Abhängige sind „stärker in ihren sozialen Kontakten eingeschränkt, fühlten sich stärker überfordert, erlebten mehr Ärger in der Pflege und empfanden mehr Angst, schätzten ihre gesundheitlichen Probleme höher ein und gaben eine höheres Ausmaß an Erschöpfung und an depressiven Symptomen an“, als emotional autonome Pflegende (ebd.).

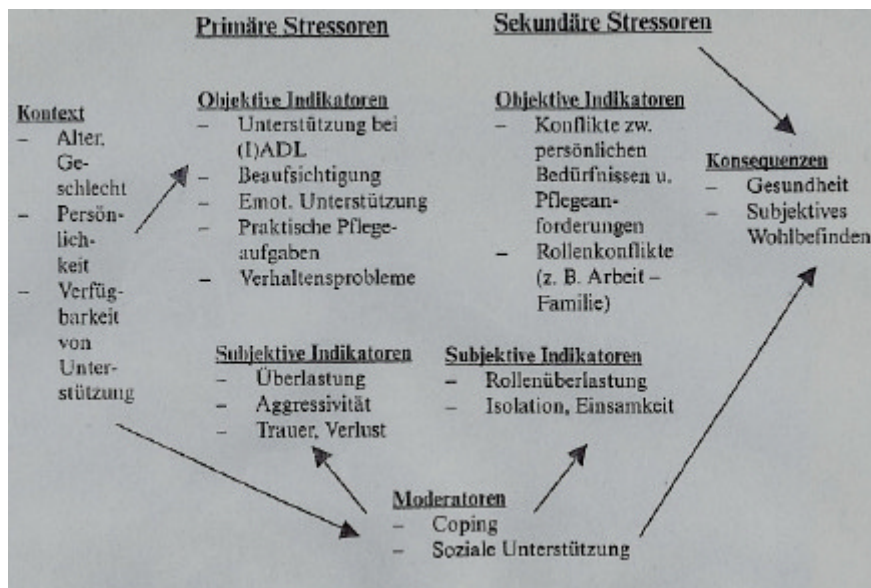
Als **Folgen** der Belastung weisen pflegende Angehörige mit im Vergleich der altersentsprechenden Allgemeinbevölkerung mehr psychosomatischen Beschwerden auf. Das sind vor allem chronische Schmerzen, wie Rücken- oder Gliederschmerzen, Erschöpfungszustände, Schlafstörungen oder Appetitlosigkeit (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 30). Weiterhin treten Beeinträchtigungen des Herzens und der Gefäße, Erhöhung der

Herzfrequenz und des Blutdrucks sowie die Schwächung des Immunsystems auf (ebd., S. 30). Darüber hinaus berichtet die Zeitschrift „Pflegen Ambulant“, dass ein Zusammenhang der psychischen Belastung einhergeht mit Schlaflosigkeit, Unruhe und nervösen Zuständen (Hiersch, Hayder, Borger 2004, S. 20). Wenn die pflegenden Angehörigen an ihre Leistungsgrenze geraten, kann es mit dem „Bournout-Syndrom“ verglichen werden (ebd., S. 20). In einer Untersuchung von 1995 wurde festgestellt, dass pflegende Angehörige ihren Gesundheitszustand wesentlich schlechter einschätzen, als nicht pflegende Angehörige (Gutzmann, Zank 2005, S. 157). Der Gesundheitszustand wird durch nächtliche Pflege zusätzlich belastet (ebd.). Als Folge der gesundheitlichen Einschränkung tritt ein erhöhter Schlaf- und Beruhigungsmittelkonsum auf (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 30). Psychische Folgen der Belastung sind vor allem Depressivität, aber auch mehr Ängstlichkeit und Feindseligkeit und ein geringeres Maß an Lebenszufriedenheit (ebd., S. 31). Die pflegenden Angehörigen fühlen sich „in ihren persönlichen Freiräumen, Lebensperspektiven und in ihren Sozialkontakten eingeschränkt“ (ebd., S. 31). Besonders oft berichten Angehörige von Mangel an sozialen Kontakten. So werden spontane Besuche sowohl zu Hause als auch außerhalb der Wohnung ausgeschlossen oder zumindest als problematisch eingeschätzt (Hiersch, Hayder, Borger 2004, S. 20).

Trotz dieser erheblichen Belastungsfaktoren sind Angehörige dazu bereit, alles zu tun, damit die stationäre Versorgung vermieden wird. Sie geben ihre eigenen Bedürfnisse völlig auf, um die häusliche Pflege zu gewährleisten (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 31).

Um Zusammenhänge zwischen Belastungsfaktoren und der individuellen Belastung zu skizzieren sind Modelle wie von Pearlin und Zarit sehr hilfreich. Folgend möchte ich auf das theoretische Modell zur pflegebedingten Belastung von Zank (nach Pearlin und Zarit) eingehen. Dieses **Belastungsmodell** beschreibt die verschiedenen Ebenen im zeitlichen Verlauf, die auf die pflegenden Angehörigen einwirken. Mit diesem Modell können alle wichtigen Zusammenhänge erfasst werden.

**Abbildung 2:** Theoretisches Modell zur pflegebedingten Belastung



Quelle: Gutzmann, Zank 2005, S. 160

Beim Belastungsmodell von Susanne Zank ist der erste wesentliche Baustein der **Kontext**. Diese Kontextvariablen sind soziodemografische Variablen des Pflegenden und des Pflegebedürftigen (Gutzmann, Zank 2005, S. 159). Die Kontextvariablen, wie man in der Abbildung 2 sieht, haben Einfluss auf die primären Stressoren und auf die Moderatoren.

Die **primären Stressoren** sind Anforderungen, die sich aus der Pflegesituation ergeben (ebd., S. 159). Sie entstehen direkt aus der Krankheit und den damit verbundenen Defiziten. Auf diese primären Stressoren wirken objektive und subjektive Indikatoren ein. Objektive Indikatoren sind Einschränkungen des Pflegebedürftigen und seine Verhaltensprobleme. Das sich daraus ergebende Befinden, wie Wut und Trauer, also die Gefühle, sind die subjektiven Indikatoren. Wenn z.B. als Kontextvariable keine pflegerische Unterstützung vorhanden ist, muss der pflegende Angehörige alle Pflegeaufgaben selbst übernehmen. Das heißt, es ergeben sich objektive Indikatoren, also notwendige Maßnahmen, wie die Unterstützung bei den ADL, Beaufsichtigung und das Bewältigen von Verhaltensproblemen. Ein Indikator, der für die Wahrnehmung der Pflegeaufgaben belastend ist, ist z.B. die Überforderung (ebd.).

Die Kontextvariablen wirken aber auch auf die **Moderatoren** ein. Moderatoren sind Faktoren, die einen leitenden Einfluss auf den Pflegeprozess haben (ebd., S. 160). Diese

Faktoren sind individuelle Bewältigungsstrategien und die verfügbare soziale Unterstützung (ebd.). Bei der vorher genannten fehlenden pflegerischen Unterstützung ist es wichtig, die verfügbaren Ressourcen zu erkennen, denn diese sind eine wichtige Komponente zur Klärung des Zusammenhangs zwischen primären und sekundären Stressoren und längerfristigen Konsequenzen. Zum Beispiel kann durch die vorhandene soziale Unterstützung des sozialen Umfeldes die empfundene Belastung der Pflegesituation gemindert werden oder als weniger belastend empfunden werden, was wiederum Auswirkungen auf die sekundären Stressoren hat.

Die **sekundären Stressoren** sind die unmittelbaren Auswirkungen der primären Stressoren in anderen Lebensbereichen, wie Arbeit und Familie (ebd., S. 159). Objektive Indikatoren sind vor allem Rollenkonflikte, die sich auch bei den subjektiven Indikatoren zeigen, wie der Rollenüberlastung oder der Isolation. Wenn also alle Pflegeaufgaben selbst übernommen werden, kann sich der Pflegende überlastet fühlen. Das hat Auswirkungen auf die Familie. Durch die hohe Belastung hat der pflegende Angehörige kaum Zeit für die Kinder und Ehepartner, die aber auch Aufmerksamkeit brauchen. Diese Rollenkonflikte setzen Gefühle frei, wie am Beispiel der Rollenüberlastung. Durch die Nutzung der vorhandenen Ressourcen, wie z.B. die emotionale Unterstützung des sozialen Umfeldes, wird der Pflegeprozess positiv beeinflusst.

Die **Konsequenzen** sind die Folgen der Belastung durch die Übernahme der Pflege. Diese äußern sich im psychischen und physischen Unwohlbefinden oder im Zusammenbruch der häuslichen Pflegesituation (ebd., S. 160). Wenn z.B. die Einsamkeit durch die Pflege wächst, keine Unterstützung durch das soziale Umfeld oder externe Hilfen bestehen, kann das zu depressiven Verstimmungen führen. Wenn aber für Pflegende die Unterstützung als eine große Hilfe empfunden wird, kann das vor Depression schützen und das subjektive Wohlbefinden verbessern.

Zusammenfassend sei gesagt, dass durch das Modell nach Zank die Ausgangssituation analysiert, hemmende und fördernde Faktoren einer Pflege erkannt und notwendige Interventionen gezielt eingesetzt werden können. Auf die mögliche Entlastung möchte ich nun folgend eingehen.

#### **2.4.4 Entlastungsmöglichkeiten**

Um den Folgen der Belastung entgegenzuwirken oder vorzubeugen, gibt es verschiedene Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige demenziell erkrankter Menschen. Nur ein Viertel der Angehörigen nutzen zur Entlastung Beratungsangebote und ein ebenso großer Teil nimmt ambulante Dienste in Anspruch (BMFSFJ 2002, S. 202).

Die Nichtinanspruchnahme von Hilfen resultiert besonders aus der Unkenntnis der verschiedenen und verfügbaren Angebote. Außerdem wird auch keine Hilfe in Anspruch genommen, solange sie noch nicht als erforderlich empfunden wird. Darüber hinaus wird Hilfe oft als Eingriff in das familiäre Gefüge gesehen oder Pflegende empfinden Schuldgefühle, wenn die demenziell erkrankten Menschen von „Profis“ in Obhut genommen werden. Ob eine Hilfe beansprucht wird, hängt vom Schweregrad der Erkrankung und dem subjektiven Belastungsniveau ab. Insgesamt nehmen nur ca. 13% der Pflegenden professionelle Hilfen in Anspruch. (ebd., S. 203)

Das Minimum an Hilfe im gesamten Netz der Unterstützungsmöglichkeiten stellen die informellen Unterstützungen dar. Informelle Unterstützung sind Informationsmaterialien, wie z.B. Bücher, Zeitschriften oder das Internet. Pflegende Angehörige können sich über das Krankheitsbild Demenz einen Überblick verschaffen und bleiben dabei anonym. Die wichtigste Hilfe durch Information und Beratung sind die Alzheimer Gesellschaften und die Alzheimer Angehörigen Initiative. Die Alzheimer Gesellschaften beschäftigen sich umfassend mit allen Problemfeldern, die mit der Versorgung demenziell erkrankter Menschen verbunden sind. Ihre Arbeitsgebiete umfassen die Vertretung der Interessen der Erkrankten, Öffentlichkeitsarbeit, den Kampf um die Verbesserung von Diagnostik, Betreuung und Pflege, Angebote von Fortbildungen für Angehörige bzw. professionell Tätige und die Unterstützung von Projekten. Das wichtigste Wirkungsfeld ist die Entlastung pflegender Angehöriger, indem spezielle Beratungen angeboten werden, um über das Krankheitsbild aufzuklären, Hilfsangebote zu machen und die rechtlichen Bestimmungen zu verdeutlichen. (Gutzmann, Zank 2005, S. 161f.)

Nach Biegel, Sales und Schulz (ebd., S. 162ff.) werden die Entlastungsmöglichkeiten unterschieden in Unterstützungsinterventionen, psychoedukative Interventionen, psychotherapeutische Interventionen und Erholungsinterventionen.

**Unterstützungsinterventionen** für pflegende Angehörige sind Gesprächs- und Selbsthilfegruppen, die auf die emotionale Unterstützung, Informations- und Erfahrungsaustausch pflegender Angehöriger zielen (ebd., S. 163). Es werden Kontakte zu anderen Betroffenen geschaffen, die ähnliche Situationen durchleben. Somit erfahren pflegende Angehörige, dass sie mit der Bewältigung der Pflege demenziell erkrankter Menschen nicht allein sind und andere Pflegende mit ähnlichen Schwierigkeiten konfrontiert werden (Bayer-Feldmann 2006, S. 1). Die meisten Selbsthilfegruppen bestehen über mehrere Jahre und sind nicht zeitlich begrenzt. Das ist besonders hilfreich, weil sich im Verlauf der Erkrankung die Probleme immer wieder verändern (ebd.). Nach Einschätzung der Gruppenleiterinnen tritt bei 70% der Angehörigen ein großer Entlastungseffekt ein (BMFSFJ 2002, S. 203). Die emotionale Unterstützung in der Gesprächs- und Selbsthilfegruppe ist der „Moderator zwischen dem subjektiven wahrgenommenen Stress durch primäre und sekundäre Stressoren und den langfristigen Konsequenzen“ (Gutzmann, Zank 2005, S. 163). Die Anerkennung und Unterstützung durch ebenfalls betroffene Angehörige wirkt sich unmittelbar auf die allgemeine Befindlichkeit des pflegenden Angehörigen aus. Diese Unterstützungsintervention hat keine Wirkung auf den objektiven Stressoren (ebd.).

**Psychoedukative Interventionen** finden ebenfalls in Gruppen statt. Im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen steht hier die von professionellen Experten geleistete Wissens- und Informationsverarbeitung im Mittelpunkt. Es werden die Inhalte zum Krankheitsbild, den Ursachen und den Verlauf von Demenz vermittelt und Pflege Techniken erlernt. Darüber hinaus wird ein Überblick über rechtliche und finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten, bestehende Versorgungseinrichtungen und über Gesundheitsförderung der Pflegenden gegeben. Die psychoedukative Intervention ist vor allem eine instrumentelle Unterstützung, die die Kontextbedingungen verbessert. (ebd., S. 163f.)

**Psychotherapeutische Interventionen** ist eine Zusammensetzung aus therapeutischen Ansätzen und zielt auf die Modifikation des Erlebens und Verhaltens des Pflegenden. Sie finden in Einzel- oder Gruppensettings statt. Die Angebote können kognitiv-verhaltens-therapeutisch orientierte Gesprächsgruppen für Angehörige oder psychodynamisch orientierte Gruppenarbeit sein. Sie lernen, durch die Reflexion eigener Verhaltensweisen, Gefühle, Kompetenzen und Defizite besser einzuschätzen. Dadurch reduzieren sie unrealistische Erwartungen. Diese Intervention setzt bei den objektiven Stres-

soren an, denn durch die Vermittlung von Fertigkeiten kann die Pflege erleichtert werden. Darüber hinaus zielt dieser Ansatz auf die Reduktion des subjektiv wahrgenommenen Stressors. Durch die Maßnahmen der Gesundheitsförderung sollen den negativen Folgen der Pflege vorgebeugt werden. Ein weiterer Ansatz der subjektiven Verarbeitung objektiver Stressoren ist die Wissensvermittlung. (Gutzmann, Zank 2005, S. 164ff.)

**Erholungsinterventionen** zielen darauf ab, Angehörige zeitlich und aufgabenspezifisch zu entlasten. Durch die zeitliche Entlastung wird auf die sekundären Stressoren Einfluss genommen, denn es bleibt z.B. wieder Zeit für die Familie. Das sind zum einen die Sozialstationen in der ambulanten Versorgung. Sie unterstützen die häusliche Krankenpflege und erledigen hauswirtschaftliche Verrichtungen. Diese Angebote können individuell vereinbart werden, z.B. mehrmals täglicher Anspruch. Von Angehörigen wird oft die Fluktuation des Personals bemängelt. Nicht selten ist eine unzureichende Ausbildung speziell im gerontopsychiatrischen Bereich festzustellen (ebd.).

Eine weitere Entlastung können gerontopsychiatrische und geriatrische Tageskliniken sein. Sie haben eine nachbetreuende Funktion, das bedeutet, dass die demenziell Erkrankten nach einer vollstationären Behandlung in der Tagesklinik wieder an ein selbstständiges Leben herangeführt werden. Eine Kernaufgabe dieser Einrichtungen ist es, bei Verdacht auf Demenz, eine sorgfältige diagnostische Abklärung durchzuführen. Die Patienten sind abends und am Wochenende in ihrer häuslichen Umgebung, es bleiben die sozialen Beziehungen erhalten. (ebd.)

Die Tages- und Nachtpflege ist eine weitere Entlastungsmöglichkeit für pflegende Angehörige. Im Zentrum steht die individuelle Förderung alltagsnaher, praktischer, sozialer und kognitiver Fähigkeiten und selbstständiger Verhaltensweisen. Diese Dienste geben auch Hilfestellungen bei den praktischen Pflegeaufgaben und entlasten dadurch die objektiven primären Stressoren. Längerfristige Erholungsinterventionen ermöglichen zudem, dass z.B. die Verschlechterung des Wohlbefindens des pflegenden Angehörigen verhindert wird. Das heißt, sie wirken auf die Konsequenzen der Pflege ein. (Gutzmann, Zank 2005, S. 166ff.)

Die niedrighwelligen Betreuungsangebote stellen eine weitere Erholungsintervention dar, die sich besonders an der häuslichen Situation orientiert, um gezielt eingreifen zu



können. Sie werden von geschulten ehrenamtlichen Helfern unter Anleitung von Fachkräften ausgeübt (siehe Kapitel 2.5) und schaffen vor allem, eine zeitliche Entlastung.

Kann die ambulante Versorgung nicht mehr durch die Angehörigen aufgrund der Schwere der Pflegebedürftigkeit, langandauernder Pflege oder konflikträchtiger Beziehungen gewährleistet werden, besteht die Möglichkeit der **stationären Pflege**. In Deutschland gibt es schon vermehrt dementengerechte Wohnbereiche, die speziell auf dementielle Erkrankungen ausgerichtet und ausgestattet sind.

Aber welche Wirkungen haben diese Entlastungsmöglichkeiten? Nach einer Untersuchung von Sörensen, Pinquart und Duberstein (Gutzmann, Zank 2005, S. 169f.) wurde in „einer ersten Meta-Analyse alle Arbeiten zu Interventionen mit pflegenden Angehörigen Älterer unabhängig vom Krankheitsbild“ untersucht. In einer zweiten Analyse, gingen Pinquart und Sörensen der Frage nach, ob diese Befunde auch für die Pflegenden Demenzkranker gelten. Bei dieser Evaluation wird, wie bereits beschrieben auf einzelnen Interventionen eingegangen. Insgesamt lässt sich aus den Ergebnissen schlussfolgern, dass subjektive Belastungen und Depressionen reduziert werden, das subjektive Wohlbefinden erhöht sich sowie Wissen und Pflegekompetenzen werden verbessert (ebd., S. 171). Diese Effekte sind signifikant, aber nicht sehr ausgeprägt (ebd.). Dabei sollten vermehrt Psychotherapie und Erholungsinterventionen aufgrund ihrer größeren Wirksamkeit, im Gegensatz zu den anderen Möglichkeiten, genutzt werden (ebd.).

## **2.5 Niedrigschwellige Betreuungsangebote**

Niedrigschwellige Entlastungsangebote haben das Ziel, den Pflegenden demenzerkrankter Menschen eine Möglichkeit zu schaffen, sich Auszeiten zu nehmen um auch einmal Zeit für sich selbst zu haben. Weiteres Ziel ist die Linderung von Folgen der Einschränkung von Alltagskompetenz der demenziell erkrankten Menschen. Diese zusätzliche Leistung der Pflegeversicherung kann seit dem 01.01.2002 in Anspruch genommen werden und setzt zwischen der häuslichen und der professionellen Pflege an (Wendt 2002, S. 308). Durch die unkomplizierte Zugänglichkeit bietet dieses Angebot eine Chance, dass sich die belasteten Angehörigen darauf einlassen können. Die Betreuungs-

angebote werden von ehrenamtlichen Helfern ausgeübt, die speziell geschult werden, damit sie z.B. bei Verhaltensauffälligkeiten richtig agieren können.

### **2.5.1 Rechtliche Grundlagen**

Niedrigschwellige Angebote sind in der Pflegeversicherung § 45a-c SGB XI und in der jeweiligen Verordnung des Bundeslandes geregelt. In Thüringen ist das die Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Förderung von Modellvorhaben nach § 45c Abs. 6 des Elften Sozialgesetzbuches. Um niedrigschwellige Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Betroffene pflegebedürftig sein. Wer „pflegebedürftig“ ist und was „Pflege“ beinhaltet, ist in den §§14 und 15 SGB XI geregelt. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) in Anlehnung der §§14 und 15 SGB XI durchgeführt.

Der Grund für die Etablierung des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) bestand darin, dass die Pflegeversicherung bis 2002 nicht den allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf z.B. demenzerkrankter Menschen berücksichtigt hat. Besonders bei der Pflege von demenziell Erkrankten ist die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung eine Kernaufgabe. Somit wurde der spezielle Bedarf der Demenz nicht berücksichtigt. Mit dieser Ergänzung wird ein erster Ansatz geschaffen. Das Problematische ist bis heute, dass bei der Pflegebegutachtung dieser spezielle Bedarf immer noch nicht beachtet wird. Erst wenn eine Pflegestufe vorliegt, kann der erhebliche allgemeine Betreuungsbedarf beantragt werden, um z.B. niedrigschwellige Betreuungsleistungen in Anspruch zu nehmen. (Tews 2003, S. 16f.)

Leistungen nach dem PflEG erhalten Pflegebedürftige mit der Pflegestufe I, II und III, die in der Häuslichkeit gepflegt werden und Schädigungen sowie Fähigkeitsstörungen nach §45 a Abs. 2 SGB XI aufweisen (Klie 2005, S. 285). Das sind demenziell erkrankte Menschen, psychisch erkrankte Menschen oder geistig behinderte Menschen (ebd.). Die Feststellung des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfes wird vom MDS (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände) anhand eines Screenings und anschließendem Assessment erhoben (2002). Beim Screening wird festgestellt, ob ein Assessmentver-

fahren durchzuführen ist. Dazu muss mindestens eine der Auffälligkeiten, die in einer Tabelle aufgeführt sind, wie z.B. Orientierung oder Kommunikation/Sprache auffällig sein (ebd., S. 8). Zudem muss durch diese Störung ein dauerhafter und regelmäßiger Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultieren. Nach dieser bejahten Feststellung wird das Assessment durchgeführt. Bei der Untersuchung wird diagnostiziert, ob eine auf Dauer erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz besteht. Es werden dazu die krankheits- oder behinderungsbedingten Störungen sowie die Störungen des Affekts des Verhaltens erfasst (ebd., S. 9f.).

Wurde eine dauerhafte erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt, können Pflegebedürftige auf Antrag bei der Pflegekasse im Jahr bis zu 460 € für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen erstattet bekommen (Klie 2005, S. 288). Die Erstattung von Aufwendungen erhält der Pflegebedürftige gegen Vorlage entsprechender Belege über die entstandenen Eigenbelastungen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Betreuungsleistung (ebd., S. 289). Ist der Betrag von 460 € im Jahr nicht ausgeschöpft, kann der nicht verbrauchte Anteil in das Folgejahr übertragen werden (ebd.). Neben diesen 460 € gibt es die Möglichkeit nach § 45b SGB XI in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Verhinderungspflege, § 39 SGB XI, zusätzliche Betreuungsleistungen abzurufen (Wendt 2002, S. 311). „Diese Verhinderungspflege kann auch stundenweise in Anspruch genommen werden.“ (ebd., S. 311).

Niedrigschwellige Betreuungsangebote sind nach § 45c Abs. 3 SGB XI Betreuungsangebote, in denen Helfer und Helferinnen unter pflegfachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen sowie pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen (Klie 2005, S. 393). Zur Anerkennung niedrigschwellige Betreuungsangebote ist die jeweilige Landesregierung ermächtigt. Nach der Thüringer Landesverordnung § 1 werden niedrigschwellige Betreuungsangebote auf schriftlichen Antrag anerkannt.

Somit kommen die folgenden Angebote, als niedrigschwellig in Betracht (Thüringer Verordnung o.J., S. 1):

1. Betreuungsgruppen
2. ehrenamtliche Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich
3. Tagesbetreuung in Kleingruppen
4. Einzelbetreuung durch anerkannte ehrenamtliche Helfer
5. Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige
6. familienentlastende Dienstleistungen
7. sonstige Angebote, die zu einem längeren Verbleib des Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit oder im Betreuten Wohnen beitragen

Bei diesen genannten Angeboten handelt es sich hauptsächlich um Betreuungsgruppen demenziell erkrankter Menschen und der Betreuung in der Häuslichkeit des demenziell erkrankten Menschen, den HelferInnenkreis.

### **2.5.2 Betreuungsgruppe**

Die Betreuungsgruppe stellt für die Angehörigen eine Entlastung dar, die insbesondere der Ermöglichung der Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe der Pflegenden dient. Kontakte zu anderen Menschen sowie gegenseitiger Erfahrungsaustausch werden dadurch gefördert. Es entstehen auch neue Denkanstöße im Zusammenhang mit dem demenziell erkrankten Menschen. Die Betreuungsgruppe ist nicht nur für den Angehörigen ein Vorteil, auch für den Demenzkranken stellt sie ein therapeutisches Angebot dar. (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 114)

Betreuungsgruppen finden meistens ein- bis zweimal in der Woche statt. Die Erkrankten werden in kleinen Gruppen für etwa zwei bis drei Stunden (Bayer-Feldmann 2006, S. 1f.) betreut. Die Räumlichkeiten sollten den Demenzkranken Sicherheit vermitteln, und wenn möglich, können die Aktivitäten durch eine Küche und einen Garten erweitert werden (Wilz, Adler, Gunzelmann 2001, S. 114). Die Betreuung erfolgt nach einem strukturierten Ablauf mit einem immer gleichen Anfang sowie Ende (ebd., S. 115). Die Angebote richten sich nach den Fähigkeiten der demenziell Erkrankten. Es eignen sich

besonders gut Kaffeerunden, die Gespräche fördern und in denen sich die Biografiearbeit anbietet (ebd.). Weitere Möglichkeiten sind Brettspiele, Kartenspiele, gemeinsames Singen, Malen, Musik hören oder auch Gedächtnistraining. Die Betreuungsgruppen sollten möglichst lange von den gleichen BetreuerInnen ausgeführt werden (ebd., S. 114). Es sollten immer zwei Betreuungspersonen anwesend sein, um mehrere Bedürfnisse erfüllen zu können. Eine erfahrene Fachkraft leitet die Gruppe mit Hilfe von ehrenamtlichen Helfern (ebd.).

### **2.5.3 HelferInnenkreis**

Die Besuchsdienste bieten eine stundenweise Entlastung durch geschulte Laienhelfer. Diese betreuen den Erkrankten in seinem häuslichen Umfeld. „Wo keine familiären oder nachbarschaftlichen Ressourcen zur Verfügung stehen, benötigen die Angehörigen eine Helferin, die regelmäßig, aber auch möglichst zeitlich flexibel, verlässlich und bezahlbar zur Verfügung steht.“ (Jansen 2002, S. 77). Damit eine qualitativ gute Entlastung gewährleistet werden kann, werden die Engagierten geschult. Inhalte dieser Schulungen sind: Wissen über das Krankheitsbild, die Situation der Angehörigen, den Umgang und die Kommunikation mit den Kranken sowie Grundlagen der Pflege (ebd.).

Die HelferInnenkreise werben um ehrenamtliche Helfer, koordinieren Angebot und Nachfrage, gewährleisten eine fachliche Anleitung und bereiten die Ehrenamtlichen durch Schulungen vor. „Für ihre Tätigkeit erhalten sie eine Aufwandentschädigung“ (ebd.). Damit die Qualität gewährleistet wird, haben die Ehrenamtlichen eine fachliche Begleitung durch eine Fachkraft des Trägers (ebd.).

Eine Besonderheit, vor allem im Gegensatz zu der Betreuungsgruppe ist der schwierige Zugang. Die Ehrenamtliche gehen in die Häuslichkeit. Die Privatsphäre nach außen zu öffnen, kostet den Angehörigen große Überwindung.

### **3 Rahmenbedingungen niedrigschwelliger Betreuungsangebote**

Aufbauend auf die rechtlichen Grundlagen von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten und die Vorstellung der umgesetzten Angebote wird nachfolgend auf die Bedingungen eingegangen, die diese Angebote zu erfüllen haben.

Rahmenbedingungen für niedrigschwellige Betreuungsangebote werden nach § 45b Abs. 3 Satz 2 SGB XI vom jeweiligen Bundesland anhand der Anerkennung geregelt. Um anerkannt zu werden, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt werden, die in den jeweiligen Rechtsverordnungen der Bundesländer geregelt sind. In Thüringen ist das die „Thüringer Verordnung über die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Förderung von Modellvorhaben nach § 45b Abs. 3 und § 45c Abs. 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch“. Darüber hinaus können niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 45c Abs. 3 SGB XI auf Antrag gefördert werden. Insbesondere zählen dazu Aufwandsentschädigungen der ehrenamtlichen Betreuungspersonen sowie Personal- und Sachkosten. Die Betreuungsangebote werden von ehrenamtlichen Helfern unter pflegebedingter Anleitung durchgeführt. Diese betreuen Pflegebedürftige mit erheblichem Beaufsichtigungsbedarf. Sie übernehmen die Betreuung in Gruppen oder im häuslichen Bereich, entlasten die pflegenden Angehörigen und unterstützen sie beratend.

Dem Antrag auf Förderung ist ein Konzept zur Qualitätssicherung des Betreuungsangebotes beizufügen. Zur Qualitätssicherung niedrigschwelliger Betreuungsangebote gehört die angemessene Schulung und Fortbildung der Helfenden sowie eine kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlich Helfenden in ihrer Arbeit. Neben diesen Voraussetzungen muss ein ausreichender Versicherungsschutz (Haftpflicht-, Unfallschutz) vorliegen. Weiterhin muss einmal jährlich ein Tätigkeitsbericht erstellt werden, die fachlich qualifizierte Leitung des Dienstes nachgewiesen sowie angemessene räumliche Voraussetzungen belegt werden (Wendt 2002, S. 311). Es wird deutlich, dass das Gesetz ein besonderes Augenmerk auf das ehrenamtliche Engagement legt. Somit gilt es, dieses ehrenamtliche Engagement, in dem beachtliches Potential steckt, über die ergänzenden niedrigschwelligen Betreuungsformen zu unterstützen (Vo-

gel 2001, S. 35). Eine weitere Besonderheit ist die Verknüpfung von professioneller Arbeit mit bürgerlichem Engagement (Wolff 2004, S. 18). „Ehrenamtliche sollen geworben, geschult und in Bereichen eingesetzt werden, die eng mit Pflegeleistungen verbunden sind“. (ebd.).

Nachfolgend erkläre ich die Rahmenbedingungen am Beispiel des Bundeslandes Thüringen. In den anderen Bundesländern gibt es andere Bedingungen.

### **3.1 Konzept**

Um die Qualität der Betreuungsangebote zu sichern, müssen die Projekte vom jeweiligen Bundesland anerkannt werden (Klie 2005, S. 291). Die niedrigschwelligen Betreuungsangebote werden in Thüringen vom Landesamt für Soziales und Familie anerkannt. Voraussetzung ist, das Vorhaben konzeptionell darzulegen. Die Inhalte des Konzeptes sind in der Thüringer Verordnung im § 2 geregelt. Die konzeptionellen Anforderungen sind (Thüringer Verordnung o.J., S. 1f.):

- auf Dauer ausgerichtetes, regelmäßiges Angebot
- Inhalte des Betreuungsangebotes sind beschrieben
- Schulung und Fortbildung der Helfer entsprechen der Anerkennungsverordnung
- Anleitung und Begleitung durch eine Fachkraft
- regelmäßige fallbezogene Teambesprechungen
- angemessene Räumlichkeiten und Ausstattung (bei Betreuungsgruppe)
- Haftpflicht- und Unfallversicherung der Helfer
- jährlicher Tätigkeitsbericht

Im folgenden Abschnitt wird die fachliche Begleitung der Helfer als Voraussetzung für die Anerkennung als niedrigschwellige Betreuungsangebote nach § 2 der Thüringer Landesverordnung erläutert.

## **3.2 Fachliche Begleitung**

Niedrigschwellige Betreuungsangebote werden hauptsächlich durch das Engagement ehrenamtlicher Helfer getragen, die fachlich begleitet werden. Die Fachkraft muss entsprechend dem Betreuungsangebot über Erfahrungen und Wissen im Umgang mit dem zu betreuenden Menschen verfügen. Zu der fachlichen Begleitung gehört die fachliche und psychosoziale Anleitung, die Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer und die Durchführung von regelmäßigen sowie fallbezogenen Teambesprechungen (Thüringer Verordnung o.J., S.2).

Gemäß § 2 Absatz 3 sind folgenden Berufsgruppen für diese Tätigkeit qualifiziert:

1. Krankenschwester/Krankenpfleger
2. Altenpfleger
3. Heilerziehungspfleger
4. Heilpädagoge
5. Sozialpädagoge
6. andere Berufsgruppen, die im Einzelfall geprüft werden

## **3.3 Schulung und Fortbildung ehrenamtlicher Helfer**

Die Schulungsmaßnahmen für die Ehrenamtlichen müssen der Betreuung demenziell erkrankter Menschen angepasst sein. Die Inhalte der Schulung werden von Fachkräften vermittelt und sollten nach § 2 Abs. 1 Satz 5 der Thüringer Verordnung folgende Themenbereiche umfassen (Thüringer Verordnung o.J., S. 2):

- Basiswissen über Krankheitsbilder, Behinderungen, Behandlungsformen und Pflege des zu betreuenden Menschen
- allgemeine Situation der pflegenden Person
- Umgang mit dem Erkrankten und zu Betreuenden, insbesondere Erwerb von Handlungskompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression und Widerstände
- Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung
- Kommunikation und Gesprächsführung



Die Schulung ehrenamtlicher Helfer ist nach der Thüringer Verordnung weder zeitlich noch in ihrem Umfang festgelegt. Evident wird lediglich, dass ein regelmäßiges Angebot an Weiterbildung bestehen muss.

### **3.4 Jahresbericht**

Nach § 2 Abs. 5 der Thüringer Verordnung muss der Anbieter bis spätestens zum 1. April einen formularmäßigen Tätigkeitsbericht über das Vorjahr ablegen. Es wird Augenmerk auf die Zahl der übernommenen Betreuungen sowie auf die eingesetzten hauptamtlichen und ehrenamtlichen Kräfte gelegt.

### **3.5 Angebotsentwicklung in Deutschland**

Der „Dritte Pflegebericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales (BMGS) erteilt Auskunft über die Infrastruktur niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Deutschland. Zudem zeigt der Bericht des Praxisseminars an der Fachhochschule Erfurt „Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Thüringen: Angebotsstruktur und Implementationserfahrungen“, wie sich die Entwicklung in Thüringen gestaltet. Nach dem Stand des dritten Pflegeberichts erhalten rund 2 Mio. Pflegebedürftige Leistungen der ambulanten und stationären Pflege (BMGS 2003, S. 47). Davon empfangen etwa 1,36 Mio. Menschen ambulante Leistungen der Pflegeversicherung (ebd.). Darüber hinaus trifft der Pflegebericht Aussagen zum Stand der Entwicklung der Bundesländer. Seit Inkraft-Treten des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes (PflEG) findet die Umsetzung der Leistungen nur zögerlich statt (ebd., S. 38). Die Inanspruchnahme von niedrigschwelligen Betreuungsmaßnahmen deutschlandweit liegt weit hinter den erwarteten Vorstellungen des Bundes und der Pflegekassen zurück. Die voraussichtliche Zahl der Leistungsberechtigten beträgt etwa 400.000 Pflegebedürftige (ebd., S. 44). Im Jahr 2002 haben ca. 8.000 Pflegebedürftige die Zusatzleistung in Anspruch genommen, ein Jahr später waren es rund 30.000 Men-

schen (ebd.). In den einzelnen Berichten werden unterschiedliche Gründe für das schlechte Voranschreiten des Umsetzens genannt. Das sind z.B. (ebd.):

- das späte In-Kraft-Treten der im Gesetz vorgesehenen Verordnungen in zahlreichen Ländern,
- die Schwierigkeit der Gewinnung von ehrenamtlichen Pflegepersonen und
- die Haushaltssituation in den Ländern und Kommunen.

Ein weiteres Ergebnis des dritten Pflegeberichts ist der Aufschwung der Weiterentwicklung der pflegerischen Versorgung von demenziell erkrankten Menschen unter Einbeziehung niedrigschwelliger Betreuung (ebd., S. 40). Insgesamt, d.h. in allen Bundesländern wurden im Jahr 2002 1092 niedrigschwellige Betreuungsangebote anerkannt (ebd., S. 41). Davon sind z.B. in Bayern schon 407 anerkannt (ebd., S. 147). Es bleiben also noch 15 Bundesländer übrig. Rechnet man bei diesen 15 Ländern den Durchschnitt aus, erhält man 45,6 Angebote pro Bundesland. Bei diesem Ergebnis wird deutlich, dass die Struktur in Deutschland keinesfalls flächendeckend ist.

In Thüringen trat die Verordnung über die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Förderung von Modellvorhaben nach § 45c Abs. 6 des Elften Sozialgesetzbuches erst zum 1.1.2004 in Kraft. Im Gegensatz dazu wurden in Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz bereits die Rechtsordnung zur Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsmaßnahmen im Jahr 2002 erlassen (ebd., S. 39). In Thüringen gab es im Frühjahr 2005 insgesamt 31 anerkannte Träger nach den Angeboten des §45c SGB XI (Daßler u.a. 2005, S. 2). Im Praxisseminar wurden alle 31 Träger angeschrieben. Durch die Rücklaufquote und den Ausschluss nicht demenz-spezifischer Angebote belief sich die Befragung auf 14 Träger mit insgesamt 28 Betreuungsmöglichkeiten für demenziell erkrankte Menschen (ebd., S. 2). Ein Ergebnis dieser Untersuchung ist, dass sich die Angebote besonders auf die städtischen Regionen, weniger auf die ländlichen Regionen konzentrieren (ebd.). Zudem gab es in manchen Landkreisen, wie z.B. im Ilmkreis gar keine Auswahl (ebd.). Schlussfolgernd ist die Angebotsstruktur in Thüringen punktuell und bedarf des weiteren Ausbaus von niedrigschwelliger Betreuung für demenzerkrankte Menschen. Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung aus dem Praxisseminar ist, dass die Gewinnung von Klienten eine komplizierte Aufgabe darstellt (Daßler u. a. 2005, S.

11). Die Zurückhaltung wird vor allem mit Schwellenängsten und anderen Vorbehalten der Angehörigen verbunden (ebd.).

In vielen Berichten der Bundesländer zeigt sich darüber hinaus, dass sich vor allem die Alzheimer Gesellschaften aktiv an der Umsetzung der Betreuungsangebote beteiligen und somit eine bedeutende Rolle der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur spielen (BMGS 2003, S. 92). Sie sind als Träger von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie von Modellversuchen und als Beratungs- und Koordinationsstellen tätig (ebd.). Die Thüringer Alzheimer Gesellschaft hat in ihren nach § 45 c Abs. 1 SGB XI geförderten Modellprojekt folgende Aufgabenschwerpunkte (Lauterbach 2005, S. 6), die ich im Kapitel 5.1 erläutere:

- Beratung und Entwicklung niedrighschwelliger Betreuungsangebote
- Schulung und Organisation
- Vernetzung

Schlussfolgernd ist festzustellen, dass die Umsetzung sowie die Inanspruchnahme des PflEG nur zögerlich vorwärts geht. Ein weiterer Ausbau der Versorgungsstruktur ist unerlässlich. Eine besondere Stütze im Voranschreiten des Leistungsangebots sind die Alzheimer Gesellschaften der einzelnen Bundesländer.

## 4 Bürgerschaftliches Engagement und Demenzversorgung

### 4.1 Ehrenamt im Sozialbereich

„Ehrenamtlich bzw. freiwillig Engagierte sind Personen jeglichen Alters, die ohne verwandtschaftliche bzw. nachbarschaftliche Beziehungen oder durch ein Amt dazu verpflichtet zu sein, unentgeltlich oder gegen eine geringfügige, weit unterhalb einer tariflichen Vergütung liegenden Entschädigung sich für soziale Aufgaben zur Verfügung zu stellen.“ (Rauschenbach 2002, S. 240f.).

#### 4.1.1 Begriffsdefinitionen

Neben der oben genannten Definition zum Begriff Ehrenamt haben sich in den letzten Jahren zunehmend neue Wortbildungen in diesem Zusammenhang entwickelt. Begriffe wie Freiwilligenarbeit oder auch bürgerschaftliches Engagement. Sie haben unterschiedliche Bedeutungen, aber einen gemeinsamen Kern. Der Mensch übt diese Tätigkeit freiwillig aus, macht sie unentgeltlich, für andere und sich selbst in einem organisatorischen Rahmen. (Seidel 2003, S. 159f.)

Der Begriff Ehrenamt entstand im 19. Jahrhundert. Es engagierten sich damals Bürger an öffentlichen Aufgaben, ohne Bezahlung zu erhalten. Diese Ämter nannten sich Ehrenämter und wurden nur demjenigen zugestanden, der sich dieser „Ehre“ würdig erwies (Seidel 2003, S. 160). Das Ehrenamt steht in Verbindung mit traditionsgebundenen Organisationen des Non-Profit-Sektors, wie die Wohlfahrtsverbände oder die Jugendverbände (Rauschenbach 2001, S. 351f.) und ist im Gegensatz zu anderen Formen stärker formalisiert, in Regeln gebunden und eine dauerhafte Form des Engagements (Enquete Kommission 2002, S. 74). Die Selbsthilfe ist eine weitere Art von Engagement. Es handelt sich um ein selbstorganisiertes Tätigsein und ein gegenseitiges Helfen gemeinsam mit anderen Menschen, die sich auf Grund eines bestimmten Problems zusammen gefunden haben (ebd.). Die Selbsthilfe findet meist in Form von Selbsthilfegruppen statt. Ein weiterer Begriff ist das bürgerschaftliches Engagement. Im Zentrum steht die Wiederbelebung der zivilgesellschaftlichen Idee eines lebendigen Gemeinwe-

sens sowie einer Demokratie der aktiven Bürgerinnen und Bürger (Rauschenbach 2001, S. 352). Das bürgerschaftliche Engagement orientiert sich an der kleinräumig ausgerichteten persönlichen Mitmenschlichkeit und der Hilfe im Sozialraum (ebd.). Die „Freiwilligenarbeit“ versucht, ein „modernes, schwach institutionalisiertes, kaum wertgebundenes und eher milieunabhängiges Engagement individualisierter, freier spontaner Menschen zum Ausdruck zu bringen.“ (Rauschenbach 2001, S. 352). Bei dieser Idee sollen Menschen erreicht werden, die sich aus Lust und Laune, aus Gründen der Selbstverpflichtung oder aus Selbstverwirklichungsgründen engagieren möchten (ebd.). Der Begriff Bürgerarbeit setzt wieder einen anderen Akzent. „Und der Vorschlag lautet, arbeitsfähigen und arbeitswilligen Menschen eine sinnvolle Tätigkeit jenseits der hausarbeitsnahen Eigenarbeit, jenseits der vermeintlich limitierten Möglichkeiten tariflicher Lohnarbeit mittels (geringfügig bezahlter) Bürgerschaft zu eröffnen.“ (Rauschenbach 2001, S. 353).

Aufgrund der Definitionen und der im allgemeinen Sprachgebrauch etablierten Begriffe werden im laufenden Text die Wörter „Ehrenamt“ und „bürgerschaftlichen Engagement“ verwendet. Darüber hinaus wird die Kombination „ehrenamtliches Engagement“ benutzt.

#### **4.1.2 Gesellschaftliche Bedeutung**

„Das Thema Ehrenamt blieb bis zu Beginn der 90er Jahre ein Randthema für Insider, mit dem sich – von der Politik so gut wie nicht beachtet – in Wissenschaft und Praxis nur eine kleine Gruppe beschäftigte.“ (Rauschenbach 2001, S. 344). Diese Situation hat sich ab den 90er Jahren grundlegend geändert. Es wurden zunehmend empirische Studien zum ehrenamtlichen Engagement durchgeführt, es stiegen die Zahlen an Publikationen und es wurden zahlreiche Fachtagungen veranstaltet (ebd.). Darüber hinaus nahmen sich zunehmend die Politik und die Öffentlichkeit diesem Thema an (ebd.). Nach dem Regierungswechsel 1999 beschloss der Bundestag eine Einrichtung der Enquete Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ (ebd.). Ihr Auftrag ist es, eine Bestandaufnahme vorzunehmen und daraus Handlungsempfehlungen zur Förderung des bürgerschaftlichen Engagement zu entwickeln (Enquete Kommission 2002, S 55). Kurz davor wurde eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zum ehrenamtlichen Engagement unter der Bezeichnung „Freiwilligensurvey 1999“ durchgeführt. Das Jahr

2001 wurde zum „Internationalen Jahr der Freiwilligen“ erklärt und es kam zu einem ersten Höhepunkt der Renaissance in der Öffentlichkeit (ebd.). Gegenwärtig ist demzufolge das Ehrenamt von großer gesellschaftlicher Bedeutung.

Für den Sozialstaat Deutschland ist bürgerschaftliches Engagement kein preiswerter Ersatz für nicht mehr finanzierbare Leistungen, hat aber seine eigenen Vorteile. Zum Beispiel beteiligt sich ehrenamtliches Engagement an der Verbesserung der Qualität von Pflege und Jugendhilfe, von Kinderbetreuung und Schule (Enquete Kommission 2002, S. 105). Somit wäre eine zukünftige Alternative, dass BürgerInnen als kooperative MitgestalterInnen bei sozialstaatlichen Leistungen gesehen werden (ebd.), das heißt die Aktivität in Form von Ehrenamt ist ein wichtiger Teil des Sozialstaates. Diese ist aber nur durch Mitwirkungsrechte erreichbar (ebd., S. 106). Das bedeutet, dass die Ehrenamtlichen in Entscheidungsprozesse integriert werden (Mitspracherecht) und in ihren Aufgaben Verantwortung übernehmen.

Insgesamt hat das bürgerschaftliche Engagement eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für zukünftige gesellschaftliche Aufgaben. Das betrifft vor allem die Reaktivierung des politischen Gemeinwesens als Bürgergesellschaft, die Aufwertung von Tätigkeiten neben und jenseits der Erwerbsarbeit und die Reform des Sozialstaates (ebd., S. 125).

#### **4.1.3 Grundzüge des ehrenamtlichen Engagements**

Im Jahr 1998 wurde eine bundesweite Erhebung zum Ehrenamt durchgeführt. Sie trägt den Namen: „Freiwilligensurvey 1999“. Nach den Ergebnissen dieser Studie ist jeder dritte Bürger der Bundesrepublik, das sind 34% der Bevölkerung, in irgendeiner Form ehrenamtlich engagiert. Das geschieht in Vereinen, Initiativen, Projekten, Selbsthilfegruppen oder Einrichtungen, aber auch die Kirche sowie staatliche und kommunale Einrichtungen setzen auf Ehrenamt. „Im Durchschnitt werden 1,6 ehrenamtliche Tätigkeiten pro engagierte Person ausgeübt. Hochgerechnet auf die Gesamtzahl von rd. 63 Mio. Bundesbürgern ab 14 Jahren heißt das, dass rd. 22 Mio. freiwillig Engagierte in rd. 35 Mio. ausgeübten Aufgaben oder Funktionen tätig sind.“ (Rosenblatt 2001, S. 18f.)

Ehrenamtliches Engagement findet in den vielfältigsten Bereichen statt. Den Spitzenplatz mit 22% aller Engagierten nimmt der Bereich „Sport und Bewegung“ ein. Im Gegensatz dazu engagieren sich nur 8% im „sozialen Bereich“. Die anderen Bereiche sind (Rosenblatt 2001, S. 18):

- Freizeit und Geselligkeit
- Kultur und Musik
- Schule und Kindergarten
- kirchlicher/religiöser Bereich
- berufliche Interessenvertretung
- Umwelt- und Naturschutz, Tierschutz
- Politik/politische Interessenvertretung
- außerschulische Jugendarbeit, Bildungsarbeit für Erwachsene
- Rettungsdienste/freiwillige Feuerwehr
- Gesundheitsbereich
- Justiz/Kriminalitätsprobleme
- sonstige bürgerschaftliche Aktivitäten am Wohnort

Das bürgerschaftliche Engagement wird in sehr unterschiedlichen organisatorischen Rahmen geleistet. Das sind vor allem Vereine, Verbände, die Kirche und staatliche sowie kommunale Einrichtungen.

Freiwilliges Engagement ist mit einem bestimmten Zeitaufwand verbunden. Mehr als die Hälfte der Engagierten sind an regelmäßigen Terminen und zeitlichen Verpflichtungen gebunden. Etwa jeder Vierte übt mehrmals in der Woche seine ehrenamtliche Tätigkeit aus. Dagegen sind 15% der Ehrenamtlichen nur einmal monatlich engagiert und 13% noch seltener. Ein Viertel der Engagierten ist weniger als 5 Stunden im Monat tätig und ein Viertel bringt mehr als 20 Stunden im Monat für seine Tätigkeit auf. (Rosenblatt 2001, S. 92)

Die ehrenamtlichen Helfer haben unterschiedliche Motive und Erwartungen sich zu engagieren. Nach der „Freiwilligensurvey 1999“ steht an der Spitze der Motive, dass die Tätigkeit Spaß macht und dass man mit sympathischen Menschen zusammen arbeitet. Danach folgen die altruistischen Motive, dass man etwas für das Gemeinwohl tut

und anderen Menschen helfen kann. Weitere wichtige Erwartungen sind, dass eigene Kenntnisse und Erfahrungen erweitert werden, dass Ehrenamtliche eigene Verantwortungs- bzw. Entscheidungsmöglichkeiten haben sowie für die Tätigkeit Anerkennung erhalten. Als ein weniger wichtiges Motiv betrachtet der Ehrenamtliche das Vertreten berechtigter eigener Interessen, eigene Probleme in die Hand zu nehmen und die ehrenamtliche Tätigkeit für berufliche Möglichkeiten zu nutzen. (Rosenblatt 2001, S. 112)

Die Motive, warum ehrenamtliches Engagement ausgeübt wird, haben sich gewandelt. Neben den altruistischen Motiven treten nun zunehmend eigene Vorteile, wie der Erwartung einer Bereicherung der eigenen Lebensführung oder der Erweiterung der individuellen Fähigkeiten, also der eigene Vorteil, in den Vordergrund (Enquete Kommission 2002, S. 115).

Wie schon in den Definitionen erkennbar ist, ist bürgerschaftliches Engagement durch grundlegende Merkmale geprägt. Ehrenamtliche Tätigkeit ist freiwillig, nicht auf materiellen Gewinn ausgerichtet, gemeinwohlorientiert, öffentlich bzw. findet im öffentlichen Raum statt und wird in der Regel gemeinschaftlich/kooperativ ausgeübt (Enquete Kommission 2002, S. 86). Durch die bestimmten Tätigkeitsfelder und die Motivation der Ehrenamtlichen hat bürgerschaftliches Engagement einen bestimmten Charakter. „Gleichzeitig erfüllt bürgerschaftliches Engagement wichtige Funktionen in der Bürgergesellschaft: Es schafft Sozialkapital und gesellschaftlichen Zusammenhalt, ermöglicht Teilhabe und trägt gesellschaftliche Selbstorganisation. Schließlich verfügt bürgerschaftliches Engagement über ein Kritik- und Innovationspotential aus Laienkompetenz und Mitgestaltungsanspruch, es stößt Lernprozesse in einer Bürgergesellschaft an bzw. befindet sich selbst im ständigen Wandel.“ (ebd., S. 87).

Die Anerkennung ist eine wichtige Form der Förderung von bürgerschaftlichem Engagement (Enquete Kommission 2002, S. 268). Durch Anerkennung wird der Ehrenamtliche zu einer wichtigen Person, die zur Gesamtleistung des Vorhabens beiträgt (ebd.). Es gibt verschiedene Formen der Anerkennung. Die Enquete Kommission teilt die Arten in immaterielle Formen der Anerkennung, geldwerte Anerkennungformen (kostenlose Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln), monetäre Anerkennungformen (z.B. Fahrkostenrückerstattung), Qualifizierung als Form der Anerkennung und gesellschaftliche Anerkennung ein (ebd., S. 270ff.).



#### **4.1.4 Strukturwandel des ehrenamtlichen Engagements**

Das Ehrenamt hat sich in den letzten 100 Jahren grundlegend verändert, in der Literatur wird von einem „Strukturwandel“ gesprochen. Das Ehrenamt findet in seiner ursprünglichen Funktion, vor allem der „hoheitlichen Aufgaben“, kaum noch statt. Es haben sich die Lebenslagen, insbesondere von jungen Menschen, Frauen sowie nicht mehr Erwerbstätigen geändert. Die gemeinnützigen Institutionen basieren nicht mehr ausschließlich auf ehrenamtlichem Engagement. (Rauschenbach 2002, S. 242)

Bürgerschaftliches Engagement hat sich pluralisiert, das heißt, neben der klassischen Form des Vereins gibt es zahlreiche andere Formen (Enquete Kommission 2002, S. 109). Das sind z.B. im sozialen Nahraum Nachbarschaftshilfen, Selbsthilfe oder informelle Hilfen (ebd.). Neben der Pluralisierung hat sich bürgerschaftliches Engagement ebenso individualisiert. Das bedeutet, dass die „Menschen heute unabhängiger von traditionellen Bindungen leben als früher, dass soziale und regionale Herkunft sowie geschlechtsspezifische und familiäre Rollen eine geringere Bedeutung für die Lebensgestaltung haben.“(ebd., S. 111). Personen, die sich engagieren wollen, möchten ihr Arbeitsfeld selbst gestalten und selbst über die Dauer ihres Engagements entscheiden, was darauf hinausläuft, zeitlich lange Verpflichtungen zu vermeiden (ebd.). Weiterhin gibt es heute kaum noch formale Zugangsbarrieren; es steht somit grundsätzlich allen frei, sich ehrenamtlich zu beteiligen.

Es haben sich vor allem die Rahmenbedingungen des ehrenamtlichen Engagements verändert. Der soziale Sektor ist zu einer Dienstleistungsgesellschaft geworden. Seit den 70er Jahren sind die Arbeitsplätze der personenbezogenen, sozialen Dienste im Sozial-, Erziehungs- und Gesundheitswesens immens gewachsen (Rauschenbach 2001, S. 357f.). „An der Schwelle zum 21. Jahrhundert sind etwa 4,5 Millionen in den Sozial-, Erziehungs- und Gesundheitsberufen tätig. Das sind 12,2% aller erwerbstätigen Personen, damit arbeitet bereits jede 8. erwerbstätige Person bzw. etwa jede 5. berufstätige Frau in einem personenbezogenen Dienstleistungsberuf, in einem Segment also, in dem früher in ganz zentraler Weise und fast ausschließlich von Ehrenamt die Rede war.“ (Rauschenbach 2001, S. 358). Zudem sind vor allem Frauen in diesem Sektor tätig. Dadurch sind sie im Arbeitsmarkt stärker vertreten und möglicherweise weniger am ehrenamtlichen Bereich orientiert (ebd.). Außerdem wurde festgestellt, dass junge Menschen, die früher unentgeltlich Engagement gezeigt haben, sich diesen Bereich zum Beruf

machten (ebd.). Ein weiterer Wandel vollzieht sich in den Wohlfahrtsverbänden. In diesem Bereich stieg die Zahl an Arbeitsplätzen in den letzten 30 Jahren um 900.000 Stellen an (ebd.). Hier wandelte sich die ursprünglich ehrenamtliche verrichtete Arbeit in den Wohlfahrtsverbänden, wie z.B. bei der Caritas, zu einer vorrangig hauptamtlichen Ausübung im Verband.

Anerkennung ist, wie im Kapitel 4.1.3 diskutiert, im ehrenamtlichen Bereich unerlässlich. Eine Möglichkeit der Anerkennung ist die Qualifizierung von Ehrenamtlichen, worauf ich im folgenden Punkt eingehe.

#### **4.1.5 Qualifikation im Ehrenamt**

Um das ehrenamtliche Engagement zu fördern, ist die Qualifizierung und die Weiterbildung ein wichtiger Punkt, der auch zunehmend in der Literatur diskutiert wird. Nach Ergebnissen der Freiwilligensurvey 1999 (2001, S. 102ff.) sind besonders qualifizierungsintensive Bereiche die Rettungsdienste/Feuerwehren und der Gesundheitsbereich. Im sozialen Bereich geben 29% an, dass besonderes Fachwissen benötigt wird. Zudem nennen 20%, dass spezielle Schulungen Voraussetzung für die ehrenamtliche Tätigkeit sind und 49% geben an, dass es Kurs- und Weiterbildungsmöglichkeiten gibt.

Qualifizierung kann auf unterschiedlichen Ebenen erfasst werden. Die Enquete Kommission stellt diese verschiedenen Ebenen dar. Als erstes qualifizieren sich die Ehrenamtlichen durch die Ausübung der Tätigkeit selbst, also dem „learning bei doing“ (Enquete Kommission 2002, S. 280). Hier handelt es sich um keine organisierte Schulung, sondern um Kompetenzerwerb. Weiterhin ist bürgerschaftliches Engagement als „Bildungsfaktor“ zu sehen. Durch Qualifizierungsmaßnahmen wird neues Wissen vermittelt, sich mit fremden Lebenswelten auseinander gesetzt und die eigenen Perspektiven erweitert (ebd.). Dabei sind nicht nur die Helfer angesprochen, sondern auch die Organisationen sowie Einrichtungen. In den Einrichtungen ist es besonders wichtig, dass auch die Hauptamtlichen ihr Wissen über das bürgerschaftliche Engagement erweitern und die Rahmenbedingungen der konkreten Zusammenarbeit kennen (ebd., S. 283). Dazu gehört vor allem die Aufgabenklärung, wer also welche Funktion hat. Zudem

muss vermittelt werden, dass das Ehrenamt die Hauptamtlichen ergänzt und nicht verdrängt.

Ein weiterer Punkt ist, dass durch die Qualifizierung der Ehrenamtlichen ein „Anreiz“ für diese Tätigkeit geschaffen wird. Außerdem ist Qualifizierung ein Bestandteil der „Organisationsentwicklung“. Ziel ist es, den steigenden Anforderungen an Qualität, Effektivität und Effizienz zu genügen (ebd., S. 281). „In bestimmten Engagementfeldern ist Qualifizierung Voraussetzung für die Übernahme freiwilliger Tätigkeiten.“ (ebd.). Diese Voraussetzung hat auch in der Dementenversorgung eine erhebliche Bedeutung, denn die Ehrenamtlichen müssen auf Verhaltensauffälligkeiten der Erkrankten eingehen können und die besondere Belastung der Pflegenden kennen. Neben diesen Möglichkeiten können die Qualifizierungsmaßnahmen als „Baustein einer Anerkennungskultur“ gesehen werden, um bürgerschaftliches Engagement anzuerkennen und aufzuwerten (ebd.). Darüber hinaus hat Qualifizierung einen „Doppelnutzen“. Es werden Fähigkeiten erworben, die zum Erhalt von Zertifikaten führen und die erworbenen Kompetenzen können wiederum im Berufsleben verwendet werden (ebd., S. 282). Schlussfolgernd ist festzustellen, dass mit Qualifikation der Ehrenamtlichen auch die Qualität der Arbeit der gesamten Organisation bzw. Einrichtung steigt.

Es gibt eine Reihe von verschiedenen Formen der Qualifizierung, wobei sich die Auswahl an den konkreten Bedürfnissen der Engagierten und den Anforderungen der Organisationen orientiert (Enquete Kommission 2002, S. 284):

- Einarbeitungshilfen,
- inhaltlich-arbeitsfeldbezogene praxisbegleitende Angebote,
- kooperationsbezogene Angebote (Supervision, Teamtraining),
- informelle Angebote (Erfahrungsaustausch zwischen Engagierten, Beratungsangebote),
- zur Verfügung stellen von Materialien sowie
- verbandliche und überverbandliche Fortbildungsveranstaltungen.

In den verschiedenen Formen der Qualifizierungsangebote spiegelt sich auch eine Vielfalt an Themen der Veranstaltungen wider. Das sind Schlüsselqualifikationen, Organisation und Management, arbeitsfeld- und fachspezifische Qualifikation sowie Angebote

der Begleitung und Reflexion (Enquete Kommission 2002, S. 284f.). Die fachspezifische Qualifikation, die sich an konkreten Aufgaben und Tätigkeitsfeldern orientiert, trifft auch auf die Versorgung Demenzkranker zu. Die Schulung der Helfer niedrigschwelliger Betreuungsangebote ist gesetzlich im § 45 c SGB XI geregelt sowie in der jeweiligen Verordnung der Bundesländer (siehe Kapitel 2.5.1). Qualifizierungsmaßnahmen im sozialen Bereich werden z.B. von Vereinen, Verbänden, regionalen und kommunalen Bildungseinrichtungen oder Freiwilligenzentralen angeboten (Enquete Kommission 2002, S. 286f.).

„Qualifizierungsmaßnahmen dürfen keinen verpflichtenden Charakter haben, sie müssen sich als freiwillige Option an die Engagierten richten. Dabei ist zu bedenken, dass nicht jedes Engagement Qualifizierung benötigt. Engagierte haben daher ein Recht darauf, nicht an Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen. In bestimmten Engagementfeldern, in denen Freiwillige besonders verantwortungsvolle Tätigkeiten ausüben (wie z.B. in der Telefonseelsorge, in der Hospizarbeit), kann Qualifizierung allerdings auch Voraussetzung und Bedingung für ein Engagement sein“. (Enquete Kommission 2002, S. 287).

Einrichtungen, die niedrigschwellige Betreuungsangebote anbieten wollen, müssen wie im Kapitel 3 erläutert, in einem Konzept beschreiben, wie ihre Schulungsangebote gesichert sind. Somit lässt sich schlussfolgern, dass auch im Bereich der niedrigschwelligen Betreuungsangebote eine fachliche Schulung der Ehrenamtlichen verbindlich ist. Wie das speziell im Bereich der Dementenversorgung umgesetzt ist und welche Konzepte bestehen, wird im folgenden Punkt analysiert.

## **4.2 Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen**

Zum Thema Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen gibt es in der Literatur verschiedene Ansätze. Es wird von Erfahrungen berichtet, Konzepte sowie empirische Studien werden vorgestellt und theoretische Perspektiven betrachtet. Der 4. Bericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ 2002) richtet ein besonderes Augenmerk auf die demenziell erkrankten Menschen. Schlussfolgernd stellt der 4. Altenbe-

richt fest, dass durch die zukünftige demografische Entwicklung, nämlich die Zunahme der Anzahl älterer Menschen, auch die Anzahl der Demenzerkrankten wächst. Deutschland wird in dieser Hinsicht vor neue Herausforderungen gestellt. Bei der Versorgung in der Häuslichkeit wird die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen und freiwillig Engagierte im Vordergrund stehen (ebd., S. 217). „Schon jetzt existieren Hunderte unterschiedlicher Gruppen und Initiativen, die beweisen, dass bereits mit einem minimalen finanziellen Aufwand eine hervorragende Betreuung von hilfebedürftigen, vor allem von demenzkranken Menschen, möglich ist. Die weitere Entwicklung besonders erfolgreicher Modelle und ihre Vernetzung mit professionellen Angeboten sind notwendig“. (ebd., S. 218).

#### **4.2.1 Demenzspezifische Belastung**

Von den insgesamt 21 Quellen, meiner Literaturrecherche (siehe Methodenbericht 1.3.1) gehen 15 Berichte sowie Zeitschriftenartikel direkt auf die enorme Belastung von pflegenden Angehörigen ein. In vier Berichten wird indirekt auf die Belastung der pflegenden Angehörigen eingegangen. Das bedeutet, dass anhand der Ziele der niedrigschwelligen Betreuungsangebote die Belastung der pflegenden Angehörigen zum Ausdruck gebracht wird. Bei den anderen zwei Literaturquellen handelt es sich um Schulungskonzepte. Das sind „Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker-Kursleiter-Handbuch“ von Waltraud Kannen (2004) und eine Übersicht der „Schulung von ehrenamtlichen bzw. freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ in Niedersachsen (Schmidt, Wolff 2004). Beide gehen ausschließlich auf die Schulung ehrenamtlicher Helfer ein. Jeweils ein Thema bezieht sich innerhalb der Qualifizierung auf die Situation der pflegenden Angehörigen.

Zank (2003, S. 30) weist in einem Vortrag zur Arbeitstagung „Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker“ nach, dass die Pflege der erkrankten Menschen ganz besonders belastend ist und sich an den daraus resultierenden Krankheitsbildern in Zukunft nichts ändern wird.

Mehr als die Hälfte der Hauptpflegepersonen von Demenzkranken sprechen von physischer, psychischer, sozialer und finanzieller Belastung. „Besondere Belastungen emoti-

onaler und physischer Art entstehen, wenn dementiell Erkrankte körperlich schwer pflegebedürftig sind oder problematische Verhaltensweisen wie Aggressivität oder Inkontinenz entwickeln (Knauf 2004, S. 54). Knauf beschreibt in ihrer Dissertation, wie sich die Gefühle der pflegenden Angehörigen zwischen Liebe und Last bewegen. Die Angehörigen haben kaum noch Zeit für sich und bedürfen deshalb der Unterstützung von Menschen, die ihnen zur Seite stehen (ebd.). Auch im Kapitel „Tandem – häusliche Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Demenz“ (2005) wird auf die Belastung eingegangen. Auf die spezifischen Belastungen der pflegenden Angehörigen, wie ausführlich in der Dissertation von Knauf dargelegt, gehen weitere 14 Berichte in unterschiedlichem Umfang ein. Zum Beispiel ist im Konzept von Schrön geschildert, dass besonders „Verhaltensweisen, wie Unruhe, Aggressivität, Weglaufen, Störungen des Tag-Nachtrhythmus sowie Verwirrtheitsempfinden“ (2005, S. 119) die Angehörigen als belastend empfinden. Viele erleben den oft jahrelangen Abschied als einen sehr schmerzhaften und Kräfte raubenden Prozess (Tschainer 2004, S. 99).

Zum Thema Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen gehen alle Autoren von der Situation der pflegenden Angehörigen aus. Dadurch können sie, aufgrund der Belastung und deren Auswirkungen auf die Angehörigen, den Bedarf an Entlastung konkret begründen. Die Faktoren der Belastung sowie die Auswirkungen gleichen denen aus Kapitel 2.4.

#### 4.2.2 Ziele

Die vorhandene Literatur geht auf verschiedene Zielebenen ein. Es werden Ziele für die allgemeine häusliche Situation, für Angehörige und für den demenzerkrankten Menschen beschrieben. Mehrheitlich steht dabei die Entlastung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund.

Etwa ein Drittel der Quellen gibt **allgemeine Ziele der häuslichen Situation** an. Darunter sind verschiedene Aspekte zu verstehen. Die Broschüre „Für ein paar Stunden Urlaub“ von Pilgrim und Tschainer (1998, S. 1) nennt neben der Entlastung der Angehörigen das Ziel des Aufbaus eines Vertrauensverhältnisses zwischen Helfern und Angehörigen und die Annahme eines langfristigen Entlastungsangebotes durch intensive

Vorbereitung. Zudem sollen die ehrenamtlich Engagierten in der Lage sein, auf die spezifischen Bedürfnisse der Angehörigen eingehen zu können (ebd.). Dagegen beschreibt Herweck (2003, S. 7), dass eine Interaktion zwischen Erkrankten, Ehrenamtlichen, Professionellen und Angehörigen stattfinden muss. Er betrachtet das Engagement nicht als Lückenbüßer, sondern als einen dynamischer Bestandteil (ebd., S. 14). Dieses Ziel wird ebenfalls von Zank angestrebt. Sie sieht Ehrenamt als dritte Säule der Betreuung (Zank 2003, S. 30). Mehrfach geschildert wird das Ziel der Sicherung und Stabilisierung der häuslichen Pflege. Durch Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen soll der frühzeitige Zusammenbruch der häuslichen Pflege entgegen gewirkt werden (Schrön 2005, S. 120). Das ergänzt die Forderung, ein stabiles und dauerhaftes Hilfsangebot zu organisieren (Klaes u.a. 2004, S. 169). Die von Tschainer formulierte Zusammenfassung unterstützt das Ziel des Gesetzgebers, die Pflege verstärkt vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern (2004, S. 101).

Neben diesen allgemeinen Zielrichtungen wird fast in jedem Text das Ergebnis der **Entlastung der Angehörigen** beschrieben. Vorrangig wird die Schaffung von Zeit für die Angehörigen genannt. Auszeiten aus dem Dauerstress, Regeneration der Kräfte, Verringerung des Gefühls des Alleingelassenseins bzw. der Überforderung, Wiederbelebung von Kontakten zur normalen Welt und zum Bekanntenkreis sollen ermöglicht werden (Reinhard 1999, S. 134). Weiterhin wird die Entlastung der Psyche, die Möglichkeit zur Entspannung und dem Vorbeugen vor körperlicher Erschöpfung genannt (Raven u.a. 2003, S. 72). Durch die Schaffung von Freiräumen soll ein Stück Stabilität und Balance hergestellt werden (Daßler u.a. 2005, S. 24). Die genannten Ziele tauchen mehrheitlich in den vorhandenen Quellen auf. Von zentraler Bedeutung ist die stundenweise Auszeit der pflegenden Angehörigen. Die Angehörigen sollen sich ausschließlich Zeit für sich selbst nehmen und dadurch einer Überlastung entgegen wirken. Dies wiederum dient dem Erhalt der häuslichen Pflege.

Zudem hat die zeitliche Entlastung auch einen präventiven Charakter, als Schutz vor körperlichen, psychosomatischen und psychischen Beschwerden (Tschainer 2004, S. 101). Auch der Zeitschriftenartikel „Profis ergänzen, nicht ersetzen“ im Forum Sozialstation (2004, S. 27) zielt auf die Prävention ab, Angehörige bereits vor einer Überlastung zu erreichen und sie zu einer Annahme vorbeugender Hilfen zu motivieren.

Als vorwiegend sekundäres Ziel wird die **Beeinflussung des demenziell erkrankten Menschen** beschrieben. Durch die Betreuung wird das soziale Eingebundensein erhöht (Klaes u.a. 2004, S. 173). Darüber hinaus wird emotionale Zuwendung gegeben, der Demente gezielt beschäftigt, und es besteht die vermehrte Möglichkeit, den Bewegungsbedarf zu befriedigen (Reinhard 1999, S. 134). Zudem sind die Aktivitäten auf die Förderung und Erhaltung von Orientierung und Alltagsfähigkeiten sowie auf die Sicherung der sozialen Bereiche des Lebens gerichtet (Tschainer 2004, S. 101). Zusammenfassend wird eine angemessene Betreuung angestrebt, welche den Erkrankten aktiviert und therapeutisch beeinflusst.

Die drei grundsätzlichen Ziele sind:

- Sicherung der ambulanten Versorgung
- Entlastung pflegender Angehöriger
- Aktivierung und Förderung der demenzerkrankten Menschen

#### 4.2.3 Konzeptionelle Bausteine

Die konzeptionellen Bausteine des ehrenamtlichen Engagements in der Versorgung Demenzkranker gliedern sich in die Art des Engagements, die Gewinnung ehrenamtlicher Helfer, die Auswahl der ehrenamtlichen Helfer nach persönlicher Eignung, die Qualifikation, sowie Begleitung und Anleitung der Ehrenamtlichen. Diese Bausteine orientieren sich im Wesentlichen am Pflegeleistungsergänzungsgesetz, besonders dem §45c SGB XI, der die Rahmenbedingungen niedrighwelliger Betreuungsangebote festlegt (siehe Kapitel 3). Weitere Bezüge wurden aus der allgemeinen Literatur über ehrenamtliches Engagement entnommen (siehe Kapitel 4.1).

Ehrenamtliches Engagement kann unterschiedlich zum **Einsatz** kommen. Die recherchierte Literatur geht von zwei verschiedenen Ausgangslagen bei der Vorstellung von Einsatzmöglichkeiten aus. Ein Teil der Quellen gibt Anregungen, in welchen Bereichen sich Ehrenamtliche bei der Versorgung Demenzkranker engagieren können. Der andere Ansatz stellt die konkreten Projekte vor. In zwei Vorträgen der Fachtagung Altenhilfestrukturen der Zukunft werden die Möglichkeiten des Einsatzes Ehrenamtlicher aufgezeigt. Das sind: Die Unterstützung im Haushalt, die Entlastung und Erhaltung familialer



Hilfepotentiale durch ambulante Pflege, das Ehrenamt im Heimbereich und direkte soziale Unterstützung z.B. im Rahmen von Besuchsdiensten (Herweck 2003, S. 10). Zudem wird die ehrenamtliche Beteiligung in häusliche Versorgung, alleinlebende Demenzkranke, niedrigschwellige Hilfsbereiche, Tagespflege, Pflegeheim und Wohngemeinschaften eingeordnet (Laade 2003, S. 38ff.). Laade (von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft) ist der Meinung, dass im niedrigschwelligen Bereich das ehrenamtliche Engagement in Form von Betreuungsgruppen und HelferInnenkreisen am wirksamsten ist (ebd.). Ebenso wie diese genannten Formen, nennt Reinhard in einem Vortrag auf dem 2. Kongress der DAG (Deutsche Alzheimer Gesellschaft) in Berlin außerdem noch das Betreute Wohnen, die Selbsthilfegruppe und das Alzheimer-Trainingszentrum als Möglichkeit des Ehrenamtes (Reinhard 1999, S. 131). Zwei weitere Einsatzmöglichkeiten, die in Form von Hausbesuchen stattfinden, legt Gröning in einem Vortrag dar. Das sind die Co-Madre und die validierende Einzelbetreuung. Unter Co-Madre ist die Entlastung durch Gespräche, Hilfe bei den alltäglichen Verrichtungen und die Stabilisierung der häuslichen Situation, als eine Art Familienhilfe zu verstehen (Gröning 2005, S. 20). Der Einsatz von ehrenamtlichen Hilfen ist nach Aussagen der vorgestellten Referenten im häuslichen sowie im stationären Bereich möglich. Da sich meine Diplomarbeit auf den häuslichen Bereich beschränkt, werden hier nur die ambulanten Einsatzmöglichkeiten beachtet.

Die in der Literatur recherchierten Projekte im Zusammenhang mit ehrenamtlichen Hilfen in der Demenzversorgung sind vor allem niedrigschwellige Betreuungsangebote, wie:

- HelferInnenkreis in Nürnberg (drei Quellen beziehen sich auf dieses Projekt)
- Projekt Tandem = stundenweise Unterstützung in der Häuslichkeit (zwei Quellen beziehen sich auf dieses Projekt)
- Modellprojekt Kompass = freiwilliges Engagement in häusliche Pflegearrangements (drei Quellen beziehen sich auf dieses Projekt)
- Projekt Memory-Dienst in Niedersachsen = Hausbesuche, Gruppenbetreuungen und Beratungsstelle
- Samariterstift Leonberg = Selbsthilfegruppe, Betreuungsgruppe

- im Abschlussbericht Altenhilfestrukturen der Zukunft wird in 3 Projekten, die unmittelbar auf die Betreuung von demenziell Erkrankten abzielen, bezug genommen
  - „Tagesmütter“ für Demenzkranke und andere Angebote zur Informations-, Krisenbewältigung und Weiterbildung in Daaden/Herdorf
  - „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart
  - „KUNZ – Kirche- und Nachbarschaftszentrum“ in Bielefeld

Darüber hinaus wird in den anderen Quellen allgemein von Betreuungsgruppen und HelferInnenkreisen/Besuchsdiensten in den Bundesländern Thüringen, Brandenburg und Nordrhein-Westfalen geschrieben. Zum Beispiel bestehen in Nordrhein-Westfalen über 400 niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005b, S. 5).

Bei der **Gewinnung** von ehrenamtlichen Helfern werden verschiedene Methoden angewendet. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit findet in Form von Annoncen in Tageszeitungen, Rundfunkbeiträgen und Aushängen in sozialen Bildungseinrichtungen statt (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 3). Darüber hinaus werden Flyer bei Institutionen des öffentlichen Lebens, in Arztpraxen, aber auch in Apotheken, Bäckereien und Metzgergeschäften vor Ort ausgeteilt (Tschainer 2004, S. 101). Um Ehrenamtliche zu gewinnen, wird empfohlen, die Bevölkerung über die genauen Inhalte und Zielsetzungen der Maßnahme sowie über etwaige Ergebnisse zu informieren (Reiche, Haas 2003, S. 87). Zudem muss mitgeteilt werden, welche Erwartungen an die Ehrenamtlichen gesetzt und mit welchen Aufgaben sie betraut werden (ebd.).

Eine weitere Möglichkeit Ehrenamtliche zu gewinnen, besteht im Angebot von sogenannten Schnupperstunden, in denen jeder, der es möchte, erfahren kann, worum es konkret geht (Raven, Kricheldorf 2003, S. 76). Viele niedrigschwellige Betreuungsangebote lassen die zukünftigen Ehrenamtlichen erst nach der Qualifizierung entscheiden, ob sie sich diese Tätigkeit vorstellen können. Neben den schriftlichen Aushängen werden vor allem Informationsveranstaltungen und die direkte Ansprache bekannter Personen genutzt. Eine intensive Öffentlichkeitsarbeit, so die einheitliche Aussage in der studierten Literatur, spielt die wichtigste Rolle bei der Gewinnung ehrenamtlicher Helfer.

Darüber hinaus werden auch die pflegenden Angehörigen über die Angebote und den Ablauf informiert.

Zu der Auswahl der ehrenamtlichen Helfer nach **persönlicher Eignung** haben 9 Quellen eine Aussage gemacht, wobei alle Kriterien den gleichen Kern haben. Nach Herweck (2003, S. 10) sind die Anforderungen durch die Komplexität der Aufgaben, die zunehmende Verrechtlichung und die Ansprüche an das Fachwissen gestiegen. Weiterhin macht er deutlich, dass die Eignung nicht nur eine Frage der Kenntnisse oder angelernter Fähigkeiten ist, sondern auch eine Frage der Persönlichkeit (ebd., S. 10f.). Die Wichtigkeit der Helferauswahl spiegelt sich ebenfalls in der anderen Literatur wider. Besonders solche Persönlichkeitseigenschaften, wie Geduld, Ruhe, eine gute Beobachtungsgabe und Kreativität spielen eine Rolle (Zank 2003, S. 31). Eine weitere unerlässliche Anforderung an die Ehrenamtlichen ist die Bereitschaft zur Teilnahme an Schulungen sowie die fachliche Begleitung und Reflexion.

Im Konzept niedrigschwelliger Betreuungsangebote sollte nach Schrön (2005, S. 129) die Auswahl der Helfer nach folgenden Kriterien erfolgen: „Sensibilität und Einfühlungsvermögen, Bereitschaft, an einer Schulung sowie an qualifizierenden Weiterbildungen teilzunehmen, Bereitschaft die eigene Wahrnehmung in Bezug auf Alzheimer-Krankheit und Demenz zu reflektieren, Bereitschaft, mindestens einmal die Woche über zwei Stunden tätig zu werden, und Interesse am Erkrankten.“ Weiterhin werden Verlässlichkeit, Neugier, Freude im Umgang, Offenheit für neue Erfahrungen und die Fähigkeit, sich abgrenzen zu können, genannt (Knauf 2004, S. 59). Neben diesen Anforderungen hält der HelferInnenkreis in Nürnberg besonders nicht berufstätige Frauen nach der Familienphase, interessierte Studenten und pensionierte Fachkräfte aus der Altenarbeit für geeignete Personen (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 2).

Ein wichtiger Punkt der Konzeption ist die **Qualitätssicherung**, die sich am Pflegeleistungsergänzungsgesetz und an der Verordnung des jeweiligen Landes orientiert. Dadurch sind die fachliche Begleitung, die Reflexion und die Qualifizierung der Helfer gesetzlich festgeschrieben. Das spiegelt sich in der gesamten recherchierten Literatur wider.

Um die Helfer fachlich zu **qualifizieren**, finden, einheitlich in jeder Quelle beschrieben, vor dem Beginn der Betreuung demenzerkrankter Menschen Schulungen statt. Ziel der Qualifizierung ist es, „die HelferInnen in die Lage zu versetzen, stundenweise verwirrte oder demenziell erkrankte ältere Menschen in deren häuslicher Umgebung zu betreuen und entsprechend deren Krankheitsbild auf sie einzugehen.“ (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 11). Die Schulung ist eine Vorbereitung auf die zukünftige ehrenamtliche Tätigkeit. Dabei ist es, wie die Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen deutlich zum Ausdruck bringt, kein Ziel „kleine Altenpfleger“ auszubilden, sondern die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen wahrzunehmen und die Unterstützungsmöglichkeit einschätzen zu können (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 17).

In zwei Fällen der Literatur werden Angaben zur Gruppengröße gemacht. Sie ist beim HelferInnenkreis in Nürnberg (Pilgrim, Tschainer 1998) auf 15 bis 20 Teilnehmern beschränkt. Im Handbuch „Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker“ (Kannen 2004) wird eine maximale Teilnehmerzahl von 15 Personen empfohlen.

Der zeitliche Umfang der einzelnen Schulungen variiert nach Angaben der Quellen zwischen 18 und 50 Stunden. Das Schulungshandbuch (Kannen 2004) sieht eine Grundqualifikation von 18 Unterrichtseinheiten vor mit einer zweimonatigen Weiterbildung. Die Schulungsübersicht von Niedersachsen gibt 20 Stunden Grundschulung an. Vier Quellen nennen einen Umfang von je 30 Stunden. Das sind die Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen mit anschließenden Weiterbildungen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a), das Konzept von Schrön mit optionaler Weiterbildung (2005), der Zeitschriftenartikel über bürgerschaftliches Engagement in Brandenburg (Plümpe 2004) und das Tandem-Projekt (Knauf 2004). Einen zeitaufwändigeren Schulungsumfang von 40 Einheiten, dem ein 10-stündiger Aufbaukurs folgt, empfiehlt der HelferInnenkreis Nürnberg. Auf 50 Stunden Qualifikation verweist das Projekt „Vierte Lebensphase“ in Stuttgart. In einigen Bundesländern ist der Umfang der Schulung zeitlich festgelegt, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen. Die Helfer müssen mindestens an einer 30-stündigen Qualifizierungsmaßnahme und an der Praxisbegleitung teilnehmen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 6). Zudem werden Angaben zu den Inhalten der Schulungen gemacht, an denen sich die Projekte orientieren müssen (ebd.).

In der folgenden Tabelle werden anhand von sechs unterschiedlichen Literaturquellen die jeweiligen Inhalte der Schulungen aufgezeigt und anschließend miteinander verglichen. Die Schulungsinhalte in der Tabelle sind die groben Themenschwerpunkte.

**Tabelle 4:** Überblick - Schulungsinhalte

<b>HelferInnenkreis Nürnberg</b> (Pilgrim, Tschainer 1998)	<b>Handbuch Ehren- amtliche Betreuung Demenzkranker</b> (Kannen 2004)	<b>Projekt „Vierte Le- bensphase“ in Stutt- gart</b> (Klaes u.a. 2004)	<b>Rahmenempfehlung in NRW</b> (Landesinitiative De- menz-Service NRW 2005a)	<b>Rahmenkonzept für Betreuungsgruppen und HelferInnen- kreise</b> (Schrön 2005)	<b>Grundschulung der Landesvereinigung für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen</b> (Schmidt, Wolff 2004)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung (Vorstellung, Organisatorisches, Motivation der Helfer)</li> <li>• die Situation pflegender Angehöriger von Demenzkranken</li> <li>• Einführung in relevante Rechtsfragen</li> <li>• Krankheitsbilder Demenz und Umgang mit Erkrankten</li> <li>• Einführung in die ganzheitliche Pflege mittels ATL's (Aktivitäten des täglichen Lebens)</li> <li>• Gesprächsführung und Kommunikation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationstreffen (im Vorfeld)</li> <li>• Funktion des Gedächtnisses und mögliche Beeinträchtigungen – psychische Erkrankungen im Alter</li> <li>• dementielle Krankheitsbilder</li> <li>• Erlebniswelt von Demenzkranken verstehen lernen</li> <li>• Validation</li> <li>• Kinästhetik</li> <li>• die Betreuung Demenzkranker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationstreffen (im Vorfeld)</li> <li>• die vier Ebenen: Seiten der Kommunikation</li> <li>• das Erscheinungsbild der Demenz</li> <li>• seelische und soziale Auswirkungen der Alzheimer-Erkrankung</li> <li>• Depressionen im Alter</li> <li>• Umgangsweisen mit depressiven älteren Menschen</li> <li>• Reflexion des bisherigen Fortbildungsver-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstgespräch (im Vorfeld)</li> <li>• Basiswissen über Krankheitsbilder, Behandlungsformen der Pflege der zu betreuenden Menschen</li> <li>• allgemeine Situation der pflegenden Personen einschließlich des sozialen Umfeldes</li> <li>• Umgang mit den Erkrankten, insbesondere Erwerb von Handlungskompetenz im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Ag-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankheitsbild Demenz</li> <li>• Therapiemöglichkeiten</li> <li>• Möglichkeiten der Erhaltung oder Förderung von Kompetenzen und Fähigkeiten der Erkrankten sowie Methoden der Betreuung und Beschäftigung</li> <li>• Gesprächsführung und Kommunikation</li> <li>• Umgangsregeln mit demenzkranken Menschen</li> <li>• Situation pflegender</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennen lernen der TeilnehmerInnen</li> <li>• das Krankheitsbild Demenz</li> <li>• die Situation der pflegenden Angehörigen</li> <li>• Therapiemöglichkeiten für Demenzkranke</li> <li>• biographisches Arbeiten und validierende Gespräche</li> <li>• Betreuungsrecht</li> <li>• das Netzwerk für Demenzkranke und ihre Angehörigen</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss, Verleihung der Zertifikate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• die Pflege des Demenzkranken</li> <li>• rechtliche Aspekte der Betreuung</li> <li>• Abschluss (Prüfung in der Kleingruppe, Kursauswertung, Zertifikatübergabe)</li> </ul>	<p>lauf/Rollenspiele (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rollenspiele zum Umgang mit Demenzkranken und depressiven älteren Menschen</li> <li>• wahnhaftige Störungen im Alter</li> <li>• das Stuttgarter Altenhilfe-Versorgungssystem</li> <li>• Helfer-Syndrom</li> <li>• sozialrechtliche Grundlagen</li> <li>• Reflexion (2)</li> <li>• Kennen lernen einer biografischen Grundhaltung im Gespräch</li> <li>• Richtlinien im Umgang mit den im Projekt betreuten älteren Menschen</li> </ul>	<p>gressionen und Widerständen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung</li> <li>• Kommunikation und Gesprächsführung</li> </ul>	<p>Angehöriger</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit Krisen- oder Notsituation</li> <li>• rechtliche Grundlagen der Betreuung, der Pflegeversicherung, Versorgungsstrukturen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „Liebe den anderen wie dich selbst, aber auch nicht mehr“</li> <li>• Reflexion der gesamten Schulung</li> </ul>
---	--	--	---	---	--

Quelle: eigene Darstellung

Fünf Schulungen spezialisieren sich auf die Betreuung demenzerkrankter Menschen. Das Projekt „Vierte Lebensphase“ zielt auf allein lebende gerontopsychiatrisch veränderte Senioren ab (Schüler 2003, S. 59), das heißt, nicht nur die Betreuung demenzerkrankter Menschen, sondern auch die psychisch erkrankter Menschen im höheren Alter.

Der Aufbau der Schulungen wird in den einzelnen Projekten und Konzepten unterschiedlich umgesetzt. Einheitlich findet zuvor eine Einführung bzw. ein Erstgespräch mit den zukünftigen Ehrenamtlichen statt. Es gehen alle Schulungen auf das Krankheitsbild selbst, auf die Situation der Angehörigen und in mindestens einem Punkt auf den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ein. In fünf Projekten werden rechtliche Gesichtspunkte behandelt. Das Modul Betreuung und Beschäftigung findet bei nur vier Schulungen statt. Neben diesen beinhaltet das Schulungskonzept von Niedersachsen als einziges explizit das Thema: „Liebe den anderen wie dich selbst, aber auch nicht mehr“. Hierbei geht es um das Verhältnis von Nähe und Distanz in der Betreuung, das Erkennen eigener Grenzen, die Unterstützungsmöglichkeiten der Helfer sowie das Thema Selbstpflege (Schmidt, Wolff 2004, S. 2). In diesem Punkt wird über die Rolle der Ehrenamtlichen gesprochen. Die anderen Schulungen nehmen bei den Modulen Bezug auf die Rolle des Ehrenamtlichen.

Alle Projekte, das Rahmenkonzept von Schrön ausgenommen, führen entweder im Vorfeld oder zu Beginn der Qualifizierungsmaßnahme eine Art Einführung durch. Hier steht das gegenseitige Kennen lernen sowie die Orientierung und Information im Vordergrund. Nach dieser einführenden Veranstaltung beginnt die Wissensvermittlung.

In allen aufgeführten Beispielen wird auf das Krankheitsbild Demenz eingegangen, um ein Verständnis für die Krankheit zu entwickeln und damit den psychosozialen Bedürfnissen gerecht zu werden (Schneider 2003, S. 106). Dazu geht Kannen (2004, S. 11) zuvor auf die Funktion von Denken und Gedächtnis ein (siehe Tabelle 4), um die hirnorganischen Prozesse bei der Demenz verstehen zu können. Anschließend werden die dementiellen Krankheitsbilder behandelt. Dabei ist zu beachten, dass es beim Thema psychische Erkrankungen im Alter, um das mögliche Auftreten dementieller Symptome geht. Unter anderen werden in diesen Handbuch die Unterschiede von Demenz und Depression beschrieben (ebd.). An Beispielen wird die Epidemiologie der Demenz, die Altersstruktur, die Krankheitsbilder, die Diagnose, die Ursachen, die Symptome, die



Frühwarnzeichen, die Verlaufsstadien und die Therapie beschrieben (ebd., S. 20f.). Mit diesen zentralen Punkten beschäftigen sich alle Schulungen. Das Rahmenkonzept von Schrön zeigt nur eine Übersicht der empfohlenen Inhalte der Schulung ehrenamtlicher Helfer.

Ebenfalls wird in allen Qualifizierungen auf die Situation der Angehörigen eingegangen. Im Handbuch von Kannen (2004, S. 10) wird dieser Inhalt innerhalb des Punktes „die Betreuung Demenzkranker“ eingebaut. Ziel (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 13) dieses Moduls ist es, dass die Ehrenamtlichen die verschiedenen Belastungen der pflegenden Angehörigen, insbesondere die höhere Belastung durch die Demenz kennen lernen (demenzspezifische Belastung, Kapitel 2.4.4). So sollten nach der Rahmenempfehlung Nordrhein-Westfalen die Helfer über folgende Kenntnisse verfügen: Familiäre und soziale Beziehungen, Belastungssituation der pflegenden Angehörigen, verschiedene Bewältigungsstrategien sowie Bedürfnisse von Pflegenden und anderen Familienmitgliedern (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 19). Dabei geht die Qualifizierung auf die Lebens- und Familienkonzepte der Angehörigen ein. Die Ehrenamtlichen müssen die Konzepte akzeptieren (ebd.). „Wichtig ist, dass diese Inhalte immer bezogen auf die Rolle des freiwilligen Helfenden vermittelt werden, also konkret, praxisbezogen und nicht abstrakt und theoretisch sind.“(ebd.).

Als wesentlichen inhaltlichen Punkt wird in fünf Fällen auf die rechtlichen Aspekte der Betreuung in unterschiedlichem Umfang eingegangen. Die erarbeitete Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen geht darauf allerdings nicht ein. Sie orientiert sich an der Landesverordnung Nordrhein-Westfalen, in der das Thema Recht nicht aufgeführt ist (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 9). Bei der Qualifizierung des HelferInnenkreises in Nürnberg (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 16) werden Aspekte der Leistungsvoraussetzungen, der Pflegestufen, der Antragstellung bis hin zur Leistungsentscheidung, der Angehörigenkurse und –beratung vermittelt. Darüber hinaus gehören Kontrollbesuche und Höherstufungsantrag bei der Pflegeversicherung sowie der Betreuungseinrichtung, Pflichten und Rechte der Betreuungsperson sowie freiheitsentziehende Maßnahmen des Betreuungsgesetzes zum Inhalt dieser Qualifikation. Das Konzept von Kannen (2004, S. 10) beschränkt sich auf die Bedeutung der Schweigepflicht, den Tatbestand der Freiheitsberaubung, die Möglichkeiten der Vorsorge und der gesetzlichen Betreuung. Bei den Inhalten der Schulung in Niedersachsen wird nur Bezug auf das

Betreuungsrecht genommen. Die anderen beiden Quellen nennen die Inhalte, wie sie in der Tabelle 2 aufgeführt sind.

Ein weiterer zentraler Baustein ist die Vermittlung pflegerischer Themen, wie die Aktivitäten des täglichen Lebens, der Umgang mit Hilfsmitteln, die Unterstützung von Bewegungsabläufen, der Umgang mit Essen und Trinken, der Umgang mit Körperpflege und Kleidung sowie der Umgang mit einer auftretenden Demenz. Der HelferInnenkreis Nürnberg, das Handbuch Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker und die Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen nehmen sich diesem Thema in unterschiedlicher Intensität an.

In jeder Schulung wird sich mit Kommunikation und Umgang auseinander gesetzt. Sie beinhaltet die Auseinandersetzung mit dem, was bei der Kommunikation zu beachten ist (Gesprächsregeln und der Umgang mit schwierigen Situationen). In vier Schulungen werden der Umgang und die Kommunikation in Verbindung mit Gesprächsführung in zwei getrennten Modulen behandelt. Zum Beispiel ist im Rahmenkonzept von Schrön dieser Punkt in:

- Gesprächsführung und Kommunikation,
  - Umgangsregeln mit demenzkranken Menschen und
  - Umgang mit Krisen- oder Notsituationen
- gegliedert.

Dagegen wird im Handbuch von Frau Kannen nur allgemein auf die Kommunikationsregeln eingegangen und als eine Kommunikationsmöglichkeit die Validation beschrieben.

Vier Schulungen haben die Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung als Thema. Dabei geht z.B. das Konzept von Niedersachsen auf den biografischen Ansatz ein. Die Rahmenempfehlung in Nordrhein-Westfalen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 25) erörtert dagegen mehrere Möglichkeiten, wie ebenfalls Biografie- und Erinnerungsarbeit, aber auch kreative Ansätze, hauswirtschaftliche und handwerkliche Tätigkeiten, gemeinsame Unternehmungen, Spiele, Methodik und Didaktik.

Wie weit spielt in den Schulungen neben der inhaltlichen Vermittlung die Reflexion eine Rolle? Die „Vierte Lebensphase“ geht in zwei Modulen besonders auf die Reflexion der Ehrenamtlichen mit anschließenden Rollenspielen ein. Bei dem Schulungskonzept von Kannen wird nach jedem Schulungsthema die Frage gestellt, was die Ehrenamtlichen an diesem Tag gelernt haben, es wird also eine Reflexion der Nachhaltigkeit gefordert. Die Schulung der Landesvereinigung Niedersachsen plant für das Ende der gesamten Qualifizierung eine Reflexion. Der HelferInnenkreis Nürnberg und die Rahmenempfehlung Nordrhein-Westfalen nehmen sich während der Module Zeit dafür, wie z.B. die Darstellung der eigenen Ängste bezüglich des Erstkontaktes (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 19). Nordrhein-Westfalen setzt Selbsterfahrungsübungen bei der Beschäftigung von Demenzerkrankten ein, damit sich die Helfer in die Lage hineinversetzen können (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005a, S. 27). Insgesamt wurden keine genauen Angaben zum Umfang von Reflexionsanteilen während der Schulung gemacht.

Zusammenfassend sind die zentralen Inhalte der Schulung:

- Krankheitsbild Demenz
- Situation pflegender Angehöriger
- Umgang mit demenzerkrankten Menschen (Umgangsregeln, Umgang mit Krisensituationen)
- Kommunikation und Gesprächsführung
- Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung demenziell Erkrankter
- wesentlichen Grundlagen der Pflegeversicherung und des Betreuungsrechtes
- pflegerische Hilfen

Zum Abschluss der Schulungsreihe findet, wie in nahezu allen 21 Quellen beschrieben, eine feierliche Zertifizierung der ehrenamtlichen Helfer statt.

Die gesamten Module der Schulung sollen dem inhaltlichen Verständnis eines Laien angepasst sein (Kannen 2004, S. 3), z.B. bei der Benutzung von Fremdwörtern der Referenten darf auf eine Erklärung nicht verzichtet werden. Bei der Vermittlung der unterschiedlichen Themen können verschiedene Methoden angewandt werden. Das sind u. a. Kleingruppenarbeit, Einzelarbeit, Diskussionen, Erfahrungsberichte, Vorträge von Fachexperten, Rollenspiele, Medieneinsatz und Hospitationen. In der meisten Literatur

wird sehr viel Wert auf praktische Übungen gelegt. Das sind in den Schulungen der Modellprojekte Altenhilfestrukturen der Zukunft, Rollenspiele bzw. Praktika und Hospitationen (Klaes u.a. 2004, S. 172). Während der Durchführung soll stets ein adäquates Gleichgewicht zwischen den theoretischen und praktischen Inhalten gewährleistet werden (Reiche, Haas 2003, S. 89). Dabei muss die Schulung flexibel bleiben und auf Wünsche sowie Anforderungen der Teilnehmer reagieren können (ebd.). Weiterhin ist „bei den einzelnen Fortbildungseinheiten genügend Raum dafür zu lassen, dass die GruppenteilnehmerInnen untereinander in Kontakt treten können“ (Schneider 2003, S. 107f.).

Der HelferInnenkreis Nürnberg gibt im Curriculum Informationsbroschüren und eine Seminarmappe für jeden Teilnehmer aus (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 7). Auch die Rahmenempfehlung von Nordrhein-Westfalen stützt sich auf die Ausgabe von Seminarmappen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005, S. 24), in denen die Teilnehmer informiert werden und die Möglichkeit haben, jederzeit darin nachzuschlagen, wenn es z.B. in der Praxis Unsicherheiten gibt. Zur Verwendung von Mappen wurde nur in diesen beiden Quellen Auskunft gegeben.

Ein weiterer konzeptioneller Baustein ist das **Verhältnis sowie die Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamtlichen**. Außer in den reinen Schulungskonzepten, wird überall von einer Zusammenarbeit mit der Fachkraft gesprochen, die die Ehrenamtlichen anleitet (Schrön 2005, S. 126). Die fachliche Begleitung ist vom Gesetzgeber festgeschrieben. In nur drei Quellen wurden Aussagen zum Verhältnis professionell Pfleger und Ehrenamtlicher gemacht. Dabei ist zu beachten, dass von der Arbeitstagung „Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker“ dazu in drei Vorträgen Bezug genommen wurde. Im Vortrag von Herwick, Mitarbeiter des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Jugend und Frauen (2003, S. 11) wird dargelegt, dass das Verhältnis nicht immer spannungsfrei ist. Die hauptamtlichen Tätigen sind nach Herwick „bisher weder vom Arbeitszuschnitt noch von ihrer Ausbildung her ausreichend für den Umgang mit ehrenamtlichen Mitarbeitern gerüstet“ (ebd.). Um eine kooperierende Zusammenarbeit zu gewährleisten, müssen die Aufgaben beider Seiten sorgfältig definiert und aufeinander abgestimmt sein (ebd.). Daraus folgt, dass durch die Entwicklung von festgeschriebenen Leitlinien und Standards im Umgang und im Miteinander mit Ehrenamtlichen in Zukunft eine bessere Hilfe ermöglicht wird (ebd.). Dar-

über hinaus wird zweimal berichtet, dass ehrenamtliche Hilfen kein Ersatz für die professionelle Pflege sind, sondern sich gegenseitig ergänzen. Dies begründet wieder die Notwendigkeit einer klaren Aufgabenverteilung. Die Differenzen entstehen nicht, „wenn professionelle und ehrenamtliche Tätigkeit gleichermaßen akzeptiert, aber auch die Grenzen der jeweiligen Betätigung festlegt und respektiert werden“ (Laade 2003, S. 36).

#### **4.2.4 Umsetzung**

In 15 von 21 vorhandenen Literaturquellen gibt es Aussagen dazu, wie Betreuungsangebote organisatorisch umgesetzt werden. Der Beitrag von Laade (2003, S. 37f.) fasst die Umsetzung und die Anforderung an eine ehrenamtliche Betreuung in acht Grundsätzen zusammen:

1. Aufgaben festlegen = soziale Betreuung
2. Begleitung und Anleitung aller ehrenamtlichen Tätigen durch Fachkräfte
3. Schulung vor Aufnahme der Tätigkeit und Fortbildung in einem zeitlich festgelegten Rahmen → vor allem gegenseitig begleitender Austausch der Ehrenamtlichen
4. Festlegung eines Qualitätsstandards für Ehrenamtliche → Grenzen der freiwilligen Mitwirkung klar aufzeigen
5. Entwicklung einer Strategie zur Gewinnung von Freiwilligen
6. Schaffung von gegenseitiger Verlässlichkeit durch verbindliche Vereinbarungen
7. klare Regeln der Entschädigung
8. Aufarbeitung professioneller Vorbehalte

Die einzelnen Projekte qualifizieren, wie auch in den konzeptionellen Bausteinen beschrieben, zunächst die Ehrenamtlichen. Erst wenn sich interessierte Angehörige melden, beginnt die Umsetzung des ehrenamtlichen Engagements. Vorab ist es wichtig, dass die Rahmenbedingungen der Helfer eindeutig geklärt und transparent aufgezeigt werden (Schneider 2003, S. 107). In elf Quellen wird die Umsetzung ausführlich erklärt. Dabei ist zu beachten, dass davon drei den HelferInnenkreis Nürnberg, zwei das Modellprojekt Tandem und drei das Projekt Kompass betreffen. Nach erfolgter Kon-

taktaufnahme geht die Mehrheit der Einrichtungen nach den Richtlinien vor, die der HelferInnenkreis Nürnberg in seiner Broschüre beschreibt. Wenn sich die interessierten Angehörigen melden, werden Einzelheiten zur zu betreuenden Person erfragt, sowie Art und Umfang der erwünschten Entlastung (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 4). Dabei entstehen manchmal auch Beratungsgespräche. Zum Abschluss werden Auswahltermine für den ersten Hausbesuch vereinbart (ebd.). Anschließend erfolgt die Kontaktaufnahme mit einem freiwilligen Helfer. In diesem Gespräch werden die Kapazitäten der Ehrenamtlichen sowie die Bereitschaft zur Übernahme der Problematik geklärt (ebd.). Zudem empfiehlt der Abschlussbericht zu Altenhilfestrukturen der Zukunft (Klaes u.a. 2004, S. 173), dass die Freiwilligen vor ihrem ersten Hausbesuch Informationen sowohl über die familiäre Situation, als auch über die Vorlieben und Interessen der Erkrankten erhalten. Danach wird dem Ehrenamtlichen ein Terminvorschlag unterbreitet und auch dem Angehörigen mitgeteilt (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 4). Die erhaltenen Daten werden von der verantwortlichen Fachkraft dokumentiert (ebd.). Der erste Besuch in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen wird gemeinsam mit der begleitenden Fachkraft wahrgenommen. Es werden konkrete Absprachen zu inhaltlichen und organisatorischen Fragen getroffen (ebd., S. 5).

In acht Literaturquellen werden jeweils Angaben zur Aufwandsentschädigung der Ehrenamtlichen gemacht. Das sind die Projekte: „Mehr vom Leben“ in Karlsruhe, der HelferInnenkreis Nürnberg, die Modellprojekte von Altenhilfestrukturen der Zukunft, das Projekt Kompass, das Projekt Tandem, der Memory-Dienst in Niedersachsen, die Darstellung der Entschädigung in den Betreuungsangeboten in Brandenburg und das Samariterstift Leonberg. Die Aufwandsentschädigung wird nach dem stündlichen Einsatz abgerechnet. Dabei liegt der Lohn zwischen fünf und acht Euro pro Stunde.

Darüber hinaus findet, wie im Kapitel 4.2.3 geschildert, in allen Projekten eine fachliche Begleitung statt. Bei Problemen und Fragen ist jederzeit ein Ansprechpartner vorhanden. Die fachliche Begleitung findet meist einmal monatlich zum Erfahrungsaustausch sowie zur Reflexion der eigenen Tätigkeit statt. Der Einsatz der Helfer hat einen Umfang etwa zwei bis drei Stunden pro Woche. Einheitlich ist der Versicherungsschutz der Freiwilligen über die Projekte bzw. Einrichtungen umgesetzt.

Drei Literaturnachweise geben ihren Standpunkt zur Dokumentation des Betreuungseinsatzes der ehrenamtlich Engagierten an. Reiche und Haas (2003, S. 89f.) berichten bei den Ergebnissen der Gruppenarbeit, dass zum Aufgabengebiet des „freiwilligen Seniorenbegleiters“ für Demenzerkrankte die selbstständige Dokumentation des Einsatzes zählt. Sie beinhaltet, welche Einsätze erbracht, welche positiven Erfahrungen gemacht wurden und welche Problemsituationen dabei aufgetreten sind (ebd., S. 90). Darüber hinaus wird im Praxisbericht „Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Thüringen“ (Daßler u.a. 2005, S. 12) die Aussage getroffen, dass die Dokumentation durch die freiwilligen Helfer kaum verbreitet ist. Im Konzept von Schrön (2005, S. 131) steht die Aufgabe der Ehrenamtlichen, ihre Einsätze zu dokumentieren, um sie anschließend reflektieren zu können.

Ein letzter Punkt bei der Umsetzung der ehrenamtlichen Einsätze wird von Reinhard (1999, S. 136) genannt. Zur Aufgabe der Einrichtung zählt es, dass die Ehrenamtlichen in ihren Stärken im besonderen Maße individuell gefördert werden.

Die Umsetzung der Betreuungsangebote wird von den Trägern ausführlich konzipiert und vorbereitet. Dabei müssen die Einrichtungen die Angaben und Wünsche der pflegenden Angehörigen beachten. Die Ehrenamtlichen werden nach ihrer persönlichen Eignung in Bezug auf die Anforderungen und Wünsche des pflegenden Angehörigen ausgewählt. Anschließend wird durch einen gemeinsamen ersten Hausbesuch Kontakt zwischen Ehrenamtlichen und Angehörigen hergestellt und die Art und der Umfang der Betreuung vereinbart. Während des gesamten Prozesses ist die begleitende Fachkraft für die Umsetzung verantwortlich und sichert die Qualität des Angebotes.

#### **4.2.5 Erfahrungen und Hinweise auf Wirkungen**

Durch die Implementierung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten haben die Beschäftigten sowie Verantwortlichen der Projekte zahlreiche Erfahrungen in diesem Bereich gesammelt. In einigen Beispielen wurden während der praktischen Ausübung Aussagen zur Wirkung des Einsatzes von Ehrenamtlichen zum Ausdruck gebracht. Diese Aussagen über die Wirkung von Angehörigen und begleitenden Fachkräften und ha-

ben somit Erfahrungscharakter. Nur in einem Fall wird diese in Bezug auf die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen empirisch untersucht.

Die **Inanspruchnahme** niedrigschwelliger Betreuungsangebote bei pflegenden Angehörigen ist mit viel Geduld verbunden. Mehrheitlich machten die Projekte die Erfahrung, dass die Angehörigen diese Angebote kaum wahrnehmen, wie z.B. das Projekt Kompass oder die Angebote in Nordrhein-Westfalen. Der HelferInnenkreis Nürnberg benötigte viel Zeit, bis alle Helfer zum Einsatz kamen, aber dann war die Nachfrage groß (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 9). In den Interviews der Fachhochschule kam zum Ausdruck, dass die Gewinnung von Klienten sehr schwierig ist (Daßler u.a. 2005, S. 11). Trotz direkten Kontakten zu den Pflegehaushalten bei den Trägern und umfangreicher Öffentlichkeits- und Informationsarbeit konnten die Schwellenängste und andere Vorbehalte der pflegenden Angehörigen nicht überwunden werden (ebd.).

Gegensätzlich wird sich bei der Gewinnung von ehrenamtlichen Helfern geäußert. Der Abschlussbericht Altenhilfestrukturen der Zukunft kam bei allen Projekten zu dem Ergebnis, dass die Bereitschaft sich freiwillig zu engagieren, bemerkenswert groß war (Klaes u.a. 2004, S. 174). Es gelang zum Teil, eine beachtlich große Menge an ehrenamtlich Engagierten zu mobilisieren und zu qualifizieren (ebd.). Dagegen hatte der Workshop „Freiwillige Hilfen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW“ (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005b, S. 26) folgende Erfahrungen gemacht: „Es gibt Regionen, in denen man genügend Ehrenamtliche hat, aber zu wenig Einsatzmöglichkeiten. In anderen Regionen besteht eine große Nachfrage nach Einzelbetreuung oder Kleingruppenbetreuung, aber es gibt zu wenig freiwillig Engagierte, die man dort einsetzen könnte.“ Ebenfalls gab es im Projekt Kompass bei der dritten Schulung Schwierigkeiten, Ehrenamtliche zu gewinnen (Philipp-Metzen 2004, S. 379). Nach Einführung von einer Aufwandsentschädigung von 5,40 € pro Stunde und einer erneuten öffentlichen Bekanntmachung konnte dieses Problem gelöst werden (ebd.). Diese Beispiele zeigen, dass die Anbieter sowohl bei der Gewinnung von Klienten, als auch bei der Gewinnung von Ehrenamtlichen vor neuen Herausforderungen stehen, die der im dritten Pflegebericht dargelegten Angebotsentwicklung in Deutschland entsprechen (siehe Kapitel 3.5).



Erfahrungen belegen, dass besonders die intensive **Öffentlichkeitsarbeit** einen wesentlichen Punkt des Erfolgs von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten darstellt. Darauf wird in allen recherchierten Projekten großer Wert gelegt. Nürnberg ist zu der Erkenntnis gelangt, dass viele Interessierte durch die Presse geworben wurden (Pilgrim, Tschainer 1998, S. 9). Das Projekt Kompass konnte durch die Lokalpresse, den ambulanten Pflegedienst oder durch den Hausarzt besonders viele pflegende Angehörige gewinnen (Kröger, Philipp-Metzen 2005, S. 24). Vor allem wird die Erfahrung gemacht, dass gerade im ländlichen Raum, der Hausarzt noch eine enorme Wichtigkeit hat und daher als Lotse fungieren sollte (ebd.). Der Workshop in Nordrhein-Westfalen betrachtet die Zusammenarbeit mit den Ärzten ebenfalls als sehr wichtig. Die Erfahrung zeigt aber, dass diese Zusammenarbeit mit den Ärzten oft nicht vorhanden ist (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005b, S. 26). Durch mehr Kooperation könnten Hausärzte die Angehörigen über die Angebote in der Region informieren (ebd.).

Die **Ehrenamtlichen** sind, wie auch in der allgemeinen Literatur zum Ehrenamt geschildert, überwiegend Frauen (siehe Kapitel 4.2). Zum Alter der Ehrenamtlichen geben drei Quellen Auskunft. Das Altersspektrum liegt bei zwei Literaturangaben zwischen 45 und 64/65 Jahren im Tandemprojekt sind die jüngsten Ehrenamtlichen 22 Jahre alt, die ältesten 73 Jahre. In einer Studie (Gräbel, Schirmer 2003, S. 219) wurden die Beweggründe bzw. Motive der Ehrenamtlichen erfragt, wobei sieben verschiedene Typen voneinander differenziert werden konnten. Das sind: Der Wissenshungrige, der an die Zukunft Denkende, der finanziell Orientierte, der Unschlüssige, der ehemals pflegende Angehörige, der soziale Engagierte und der an einer Neuorientierung Interessierte (ebd.). In zwei Quellen wurden Angaben zu positiven und negativen Erfahrungen der Ehrenamtlichen gemacht. In der oben genannten Studie kam es zu den Ergebnissen, dass die meisten Ehrenamtlichen unter angenehmen Erfahrungen folgendes aufzählen: Es ist ein gutes Gefühl zu helfen sowie eine positive Beziehung zur betreuenden Person zu haben (ebd.). Unangenehme Erfahrungen sind z.B.: Anfangs die zu betreuende Person nicht zu kennen, dass die betreute Person unkooperativ oder aggressiv ist oder der Umgang mit den Angehörigen schwierig ist (ebd.). Das Projekt Kompass nennt bei positiven Erfahrungen der Helfer ebenfalls die Freude zu Helfen, gute Beziehungen zu Angehörigen und Erkrankten, Erfolgserlebnisse und Entscheidungsspielräume (Kröger, Philipp-Metzen 2005, S. 24). Als besonders erschwerend beim Ausüben der Tätigkeit wird die nicht-wertschätzende Haltung von Seiten der Angehörigen empfunden (ebd.).

Um eine ehrenamtliche Tätigkeit zu gewährleisten, sind folgende Rahmenbedingungen unabdingbar, die von den Angehörigen, von den Trägern und anderen betreffenden Personen einheitlich geschildert werden. Das sind die Schulungen der Ehrenamtlichen, die fachliche Begleitung in Bezug auf monatliche Treffen und die ständige Möglichkeit der Kontaktaufnahme. „Das Wissen, bei problematischen Situationen nicht allein gelassen zu werden und die Möglichkeit, diese in Fallbesprechungen und im Erfahrungsaustausch bearbeiten zu können, befähigen die Helferinnen, sich auch weiterhin potentiell negativen Erfahrungen in der Betreuung demenzkranker Menschen auszusetzen.“ (Gräbel, Schirmer 2003, S. 219). Durch Schulungen wird den Helfern Sicherheit in der Betreuung gegeben (Pilgrim, Tschainer, 1998, S. 9). In einem anderen Beispiel von Plümpe (2004, S. 20) wird deutlich zum Ausdruck gebracht, dass der Erfolg der Begleitungsangebote auf einer intensiven fachlichen und methodischen Vorbereitung der Helfer basiert.

In zwei Quellen wird durch die praktische Tätigkeit festgestellt, dass durch Ehrenamt noch **weitere Entlastungsmöglichkeiten** in Anspruch genommen werden. Nachdem die ehrenamtliche Tätigkeit von pflegenden Angehörigen genutzt wird, werden auch höherschwellige Angebote, wie Tagespflege oder auch Heimunterkunft genutzt (Pilgrim, Tschainer, 1998, S. 9). Ebenfalls schreibt Tschainer, im Bezug zum HelferInnenkreis Nürnberg im Jahr 2004 (S. 102f.), dass nach langjährigen Erfahrungen die niedrighschwelligen Angebote eine Einstiegshilfe für die Inanspruchnahme weitergehender institutioneller Hilfen sind.

Durch ehrenamtliches Engagement bauen sich **Beziehungen** zum Angehörigen und zum Erkrankten auf. Nach Erfahrungen des HelferInnenkreises Nürnberg (Pilgrim, Tschainer, 1998, S. 8) entwickelt sich oftmals ein Vertrauensverhältnis zwischen Ehrenamtlichen und Angehörigen, das zu einer häufigeren Inanspruchnahme der ehrenamtlich Tätigen führt. Weiterhin wird behauptet, dass auch der Demenzerkrankte eine Beziehung zu den Ehrenamtlichen aufbauen kann (ebd.). Zank (2003, S. 31) verweist darauf, dass jeder demenziell Erkrankte ein Gefühl von Sicherheit sowie eine stabile und verlässliche Beziehung benötigt.

Die Autoren von drei Werken verweisen auf **Wirkungen**, die sie in der Praxis festgestellt haben. Zum einen belegen Aussagen von Fachkräften in Interviews des Praxispro-

jekt des der Fachhochschule Erfurt (Daßler u.a. 2005, S. 11), dass Angehörige positive Effekte im Wohlbefinden (10 Nennungen) und in der zeitlichen Entlastung (4 Nennungen) empfinden. Zum anderen wird im Memory Dienst in Niedersachsen geäußert, dass die Angehörigen diese Betreuung super finden, sich entlastet fühlen sowie etwas Zeit für sich selbst haben (Wolff 2004, S. 16). Diese Wirkungen werden außerdem von einer Teilnehmerin der Arbeitstagung „Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker“ genannt (Raven, Kricheldorf 2003, S. 76). In einer vierten Literaturangabe werden die Wirkungen stundenweiser Unterstützung zum Thema „Steigerung der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen“ im Projektes Tandem über einen Zeitraum von 6 Monaten wissenschaftlich evaluiert (Knauf 2004, S. 127ff.). Die Ergebnisse sind zusammengefasst:

- signifikante Steigerung der subjektiv empfundenen Lebensqualität im Verlauf der stundenweisen Unterstützung
- stundenweise Unterstützung ermöglicht den Pflegenden auf jeden Fall etwas Zeit (z.B. Termine wahrzunehmen)
- die Lebensqualität der Pflegenden stieg nicht nur an, sondern sie erhöhte sich gleich zu Beginn der Intervention in besonderen Maße
- das Bedürfnis nach Zeit, die ohne den Demenzkranken verbracht wurde, hatte einen höheren Stellenwert, als die mögliche Sorge, den Kranken mit einer für beide relativ fremden Betreuungsperson allein zu lassen
- bietet Pflegenden, die keine Tagespflege, Betreuungsgruppe oder ähnliches besuchen können, eine Möglichkeit, etwas freie Zeit zu haben
- mit einem solchen Konzept werden auch Angehörige angesprochen, die noch keine Hilfe in Anspruch nehmen
- 4/5 der Befragten profitieren über die Unterstützungsbesuche hinaus = nutzen die Beratung und Informationsabende

„Voraussetzung für die Verallgemeinerung aller Ergebnisse dieser Studie ist allerdings, dass ein Dienst, der solch umfassende Hilfe anbietet und bei der Hilfeebringung recht häufig erster Ansprechpartner in seelischen Notlagen ist, von einer qualifizierten Fachkraft geleitet wird.“ (Knauf 2004, S. 155).

Schlussfolgernd beschreibt Knauf, dass die stundenweise Entlastung hauptsächlich kurz- oder mittelfristige Entlastung mit sich bringt (ebd., S. 158). In einem Fall von Knauf wurde deutlich, dass die Lebensqualität des Angehörigen in den ersten vier Besuchen gestiegen war, aber im Folgenden, aufgrund von vermehrten Verhaltensauffälligkeiten des Mannes wieder auf das Ausgangsniveau sank (ebd.). Eine wirksamere langfristige Entlastung nach Knauf könnte erreicht werden, wenn die Unterstützung zu einem deutlich früheren Zeitpunkt einsetzen würde und somit z.B. eine Isolation weitgehend erspart bliebe (ebd.).

Zusammenfassend wurden zumeist positive Erfahrungen bei der Betreuung von ehrenamtlichen Engagierten gemacht. Nach einer zu Beginn oft zögerlichen Inanspruchnahme werden die Projekte mehrheitlich genutzt. Zudem wird wieder deutlich, dass das „A und O“ die intensive Vorbereitung der Ehrenamtlichen sowie eine qualifizierte begleitende Fachkraft ist. Nach Erfahrungen des Modellprojektes Altenhilfestrukturen der Zukunft (Klaes u.a. 2004, S. 180), lassen sich ehrenamtliche Betreuungsstrukturen dann auf Dauer etablieren, wenn es gelingt, verschiedene Kostenträger zur Finanzierung heranzuziehen. Aber auch die Einrichtungen müssen sich dem neuen Bild des Ehrenamts anpassen (Tschainer 2004, S. 103), um zu einem Gelingen des Angebotes zu führen. Die Erfahrungen der Angebote können genutzt werden, um die Versorgungsstruktur weiter aufzubauen und die Angehörigen so früh wie möglich für solche Angebote zu gewinnen. Auf weitere Vorschläge, auf die die Literatur verweist, wird im folgenden Kapitel eingegangen.

#### **4.2.6 Anregungen der Autoren zur Verbesserung von Ehrenamt in der Demen- tenversorgung**

Drei wesentliche Punkte, die zukünftig weiterentwickelt werden sollen, wurden anhand der Literatur deutlich. Vor allem wird bei den Quellen auf die Verbesserung der **Versorgungsstruktur** für niedrigschwellige Betreuungsangebote eingegangen. So fordert Herweck (2003, S. 12), dass es auch die Aufgabe von Kosten- und Leistungsträgern sowie von Kommunen, Kreisen und Ländern ist, verstärkt auf die Rolle und den Einbezug von Ehrenamt zu achten. Dabei geht es nicht nur um die Zulassung des Betreuungsangebotes, sondern auch um die Förderung und Weiterentwicklung der Angebote (ebd.).

Darüber hinaus soll eine unkomplizierte und transparente Versorgungsstruktur geschaffen werden (Laade 2003, S. 40). Weiterhin bedarf das Zusammenwirken von Ehrenamt und Professionellen einer regionalen Vernetzungsstruktur (ebd.). Auch auf der Fachtagung in Nordrhein-Westfalen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005b, S. 28) wird auf die stärkere Vernetzung hingewiesen und darauf, dass niedrigschwellige Betreuungsangebote stärker bekannt gemacht werden müssen. Auch Plümpe (2004, S. 20) fordert einen Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten, besonders in sehr ländlichen Gegenden.

Neben der Versorgungsstruktur wird vor allem auf die **Öffentlichkeitsarbeit** eingegangen. Besonders deutlich wird die Notwendigkeit dazu in der Fachtagung Nordrhein-Westfalen hervorgehoben. Man benötigt eine effektivere und engere Zusammenarbeit mit den Medien, um über die Krankheit Demenz aufzuklären und Angebote für Kranke und deren Angehörige öffentlich zu machen (Landesinitiative Demenz-Service NRW 2005b, S. 28). Plümpe (2004, S. 20) geht sehr intensiv auf die Bewusstseitsentwicklung ein. Er weist darauf hin, dass es noch keine Strategien gibt, „wie Personen und Familien erreicht werden können, die bisher keine oder kaum Kontakte zu professionellen Diensten haben“(ebd.).

Zank (2003, S. 33) begründet in ihrem Vortrag während der Arbeitstagung „Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker“ dass insbesondere in der Ermittlung der Effekte ehrenamtlicher Betreuung **Forschungsbedarf** besteht. Zank wünscht sich eine methodische anspruchsvolle Forschung, um zu einer fundierten Evaluation der Verläufe zu gelangen. Nur eine solide, hochwertige Forschung kann darüber Auskunft geben, welche Aspekte von Professionalität bei welcher ehrenamtlichen Tätigkeit unabdingbar nötig sind. (Zank 2003, S. 33)

## **5 Schulungsreihe „Demenz“ für ehrenamtliche Helfer in der Betreuung demenziell erkrankter Menschen**

### **5.1 Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.**

Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen wurde durch die Initiative von Fachleuten und Angehörigen im Jahr 2002 gegründet. Sie ist ein eingetragener Verein, mit Sitz in Erfurt. Der Vorstand besteht aus Fachleuten, Betroffenen und Angehörigen. Der Verein fördert die Aufklärung über Demenzformen, insbesondere der Alzheimer-Krankheit, setzt sich für die Verbesserung der Krankheitsbewältigung, der Lebensqualität der Betroffenen und die Selbsthilfefähigkeit der Angehörigen ein und unterstützt gesundheits- und sozialpolitische Initiativen. (Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. 2002, S. 1)

Unmittelbar wird die Alzheimer Gesellschaft tätig unter anderen durch (ebd., S. 2):

- Einzel- und Gruppenberatung für Angehörige,
- Beratung, Interessenvertretung und Organisationshilfen für die mit der Betreuung von Alzheimerpatienten und deren Angehörigen befassten Berufsgruppen und Institutionen,
- Organisationshilfen und Unterstützung bei Gründung und Entwicklung örtlicher und regionaler Beratungs- und Anlaufstellen,
- Anregung und Unterstützung von Angehörigengruppen,
- Veröffentlichung von Fachinformationen,
- Entwicklung, Erprobung und Implementierung neuer Betreuungsformen,
- Durchführung und Organisation von Fachtagungen und Fortbildungsveranstaltungen,
- Anregung gesundheits- und sozialpolitischer Initiativen zur Verbesserung der Versorgungs- und Informationsstruktur sowie
- Zusammenarbeit mit anderen Landesverbänden, insbesondere der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. und anderen örtlichen, regionalen oder auf Landesebene tätigen freien und öffentlichen Fachorganisationen.

Ab 01.07.2004 ist das Modellprojekt zur Überwindung der Implementationsprobleme des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes der Thüringer Alzheimer Gesellschaft genehmigt. Ziel ist es, in den nächsten Jahren in Zusammenarbeit mit Einrichtungen ein flächendeckendes Netz an niedrigschwelligen Betreuungsangeboten zu gestalten. Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. fungiert als trägerübergreifende Regie- und Koordinationsstelle zum Aufbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote in Thüringen. Die Säulen sind:

1. Beratung und Entwicklung niedrigschwelliger Betreuungsangebote
2. Schulung und Organisation
3. Vernetzung

Die Gewinnung und Vermittlung ehrenamtlicher Helfer ist aufgrund von reduzierten personellen Kapazitäten entfallen (Lauterbach 2006a, S. 6).

Der oben genannte 1. Punkt konzentriert sich, wie die Formulierung bereits aussagt, auf die Unterstützung des Aufbaus von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Das wird z.B. durch die Ausarbeitung von Arbeitshilfen zur Implementierung oder die Bereitstellung von Informationsmaterial für Angehörige sowie Einrichtungen erreicht. Seit Beginn des Modellprojektes nahm die Anzahl niedrigschwelliger Betreuungsangebote zu. Im Jahr 2004 waren es 21 anerkannte Angebote, im Jahr 2005 bereits 39 und im Frühjahr 2006 41 Betreuungsangebote. Trotz der wachsenden Verbreitung konzentrieren sich die Angebote weiterhin auf städtische Regionen. (ebd., S. 2)

Darüber hinaus wurden insgesamt 245 Beratungen durchgeführt, wovon 110 professionelle Dienste und Einrichtungen betrafen. Diese wurden hauptsächlich zu konzeptionellen, strukturellen und personellen Voraussetzungen der Anerkennung bzw. Aufrechterhaltung der niedrigschwelligen Angebote genutzt. Die anderen 135 waren Beratungen mit Angehörigen zu Hilfs- und Entlastungsangeboten. (ebd.)

Die zweite Säule, Schulung und Organisation, beinhaltet hauptsächlich die Schulung pflegender Angehöriger und Ehrenamtlicher sowie die Organisation und Teilnahme von Mitarbeitern bzw. Vorstandsmitgliedern der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. an Veranstaltungen in allen Regionen Thüringens.“ (Lauterbach 2006a, S. 3). Im Jahr

2005/2006 fanden insgesamt vier Angehörigenschulungen statt. Des Weiteren wurden im Jahr 2005 zwei Einzelmodule der Schulungsreihe Demenz durchgeführt. Die Realisierung der gesamten Schulung fand erstmalig vom 04.04-07.04.2006 in Erfurt statt.

Darüber hinaus organisierte die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. den 4. und 5. Alzheimer Tag in Thüringen. Der Schwerpunkt des 4. Alzheimer-Tages im Jahr 2004 lag auf niedrigschwelligen Betreuungsangeboten. Im folgenden Jahr konzentrierten sich die Themen auf Betreuungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten demenziell erkrankter Menschen. Weitere Veranstaltungen waren z.B. eine Multiplikatorenschulung im Oktober 2005 und ein Netzwerktreffen im April 2006. (ebd., S. 4f.)

Im Punkt Vernetzung wird vor allem der Erfahrungs- und Informationsaustausch sowie die Gewinnung von Kooperationspartnern angestrebt. Dazu zählen z.B. die Kooperation bei der Verbreitung von Informationsmaterialien und die Organisation von gemeinsamen Veranstaltungen. Zudem konnte, wie zuvor erwähnt, erstmalig ein Netzwerktreffen organisiert werden. Neben dem Erfahrungsaustausch wurden verschiedene Konzepte bzw. Erfolgsfaktoren und Ergebnisse des Praxisseminars vorgestellt. Weiterhin arbeiteten und diskutierten Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen. Zwei Arbeitsgruppen hatten die Schwerpunkte (ebd., S. 7):

- Planung eines Angebotes bis zur Anerkennung „erfolgreich konzipieren“
- Gewinnung von Klienten bzw. Ehrenamtlichen

Folgend wird die Konzeption der Schulungsreihe „Demenz“, die eine Aufgabe des Modellprojektes ist, vorgestellt.

## **5.2 Konzeptionelle Inhalte der Schulung**

Die Konzeption der Schulungsreihe „Demenz“ knüpft an den gesetzlichen Bestimmungen des § 45c SGB XI sowie der Thüringer Verordnung an. In diesem Zusammenhang werden Angaben über den Inhalt einer qualitativen Schulung gemacht (siehe Kapitel 3). Das Ziel der Schulung ist die Erarbeitung einer Schulungsreihe, die diese geforderten Inhalte praxisnah vermittelt (Lauterbach 2006b, S. 4).



Lauterbach (Projektkoordinatorin der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.) orientiert sich bei der Erarbeitung der Schulungsinhalte an bestehende Curricula innerhalb Deutschlands. Intensiver Austausch über die Qualifizierungsmaßnahmen fand mit der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg statt, die über langjährige Erfahrungen in diesem Bereich verfügt. Eine weitere Hilfe waren das Kursleiter-Handbuch sowie das Handbuch „Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker“ von Kannen (2004). Neben den gesetzlich festgeschriebenen Inhalten nahm sie das Modul rechtliche Grundlagen und pflegerische Hilfen als weitere Elemente in der Qualifizierung auf. Für die Vermittlung von Lerninhalten hat Lauterbach (2006b, S. 7) fachdidaktische Gesichtspunkte bestimmt. Dazu gehören Vorträge, Referate, Kommunikations-, Interaktionsübungen, Rollenspiele, Einzel- und Gruppenarbeit und Diskussionsrunden.

Nach der Thüringer Landesverordnung ist kein zeitlicher Mindestumfang für eine „Erstschulung“ festgelegt. Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. hat eine Schulung für 4 Tage konzipiert. Dabei orientierte sich die Gesellschaft an bestehende Schulungen, wie z.B. der Alzheimer Gesellschaft Brandenburg. Aufgrund des modularen Aufbaus können allerdings auch Einzelveranstaltungen zu den Themenbereichen stattfinden (ebd., S. 5). Die Qualifizierungsmaßnahme wird in Erfurt angeboten, bei angemessener Teilnehmerzahl kann sie auch in anderen Regionen Thüringens stattfinden.

Die Schulung ist für Personen gedacht, die über keinerlei Vorerfahrungen im Bereich Demenz verfügen. Vorrangig sind ehrenamtlich Engagierte bzw. an Ehrenamt Interessierte die Zielgruppe, aber es können auch Mitarbeiter aus Einrichtungen teilnehmen.

Zu jedem Modul steht ein Handout für die Teilnehmer zur Verfügung, die Vortragsfolien und Anschauungsmaterialien enthalten. Diese werden zu Beginn jeder Veranstaltung ausgeteilt. Die Anwesenden können durch die Handouts die Inhalte angemessen verfolgen, sich Anmerkungen notieren und beim späteren Bedarf als Nachschlagewerk benutzen.

Folgend sind die Einzelmodule mit Inhalten und die damit verfolgten Ziele dargestellt.

## 5.3 Curriculum

**Tabelle 5:** Curriculum der Schulungsreihe „Demenz“

Module und Inhalte	Ziele
<p><b><u>1. Tag</u></b></p> <p><b>Einführung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kennen lernen der Organisatoren und Teilnehmerinnen</li> <li>▪ ehrenamtliche Helfer in der Betreuung von demenzkranken Menschen</li> <li>▪ organisatorische Rahmenbedingungen</li> </ul> <p><b>Modul 1 – „Demenz“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomatik, Diagnostik, Verlauf, Formen dementieller Erkrankungen</li> <li>▪ andere psychische Störungen</li> </ul> <p><b>Modul 2 – „Situation der pflegenden Angehörigen“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anforderungen und Belastungen der Angehörigen</li> <li>▪ Konsequenzen der Belastung und Entlastungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Zusammenarbeit und Umgang mit Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Voraussetzungen für eine „vertraute“ Atmosphäre schaffen</li> <li>▪ Möglichkeiten und Grenzen ehrenamtlicher Betreuung verdeutlichen</li> <li>▪ fachlichen Voraussetzungen für den richtigen Umgang schaffen</li> <li>▪ Abgrenzung zu anderen Störungen</li> <li>▪ Situation von pflegenden Angehörigen und deren Konsequenzen vermitteln, so dass individuelle Entlastungsbedarfe abgeleitet werden können</li> <li>▪ Befähigung zur Beratung in Bezug auf Entlastungsangebote</li> <li>▪ Vorbereitung auf Konfliktsituationen und Aufzeigen bzw. Erarbeitung von Lösungsansätzen</li> </ul>
<p><b><u>2. Tag</u></b></p> <p><b>Modul 3 – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommunikationsformen und Störungen der Kommunikation bei Demenz</li> <li>▪ Tipps und Übungen für den Umgang und Kommunikation</li> </ul> <p><b>Modul 4 – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Handlungshinweise</li> <li>▪ Umgang mit verschiedenen Problemsituationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermittlung kommunikationspsychologischer Grundkenntnisse</li> <li>▪ Erkennen von Kommunikationsstörungen</li> <li>▪ Umgang mit Kommunikationsstörungen</li> <li>▪ Erkennen von Ursachen von herausforderndem Verhalten</li> <li>▪ Fähigkeiten zur reflexiven Reaktion und adäquatem Umgang</li> </ul>

<p><b><u>3. Tag</u></b></p> <p><b>Modul 5 - Methoden und Möglichkeiten der „Betreuung und Beschäftigung“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ milieuorientierte Ansätze</li> <li>▪ Biographie- und Erinnerungsarbeit</li> <li>▪ sinnesorientierte und bewegungsorientierte Ansätze</li> </ul> <p><b>Modul 6 – „Rechtliche Grundlagen“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechte von Demenzkranken</li> <li>▪ Pflegeversicherung</li> <li>▪ Betreuungsrecht</li> <li>▪ Vorsorge-, Betreuungs- und Patientenverfügung</li> <li>▪ rechtliche und versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen der Helfertätigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erkennen von Ressourcen</li> <li>▪ phasenspezifische Beschäftigungsansätze vermitteln</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befähigung zur Information und Beratung zu rechtlichen Fragen</li> <li>▪ Unterstützung der Angehörigen bei der „Vorbereitung“ der Pflegebegutachtung</li> <li>▪ Kenntnis der versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen ehrenamtlichen Engagements</li> </ul>
<p><b><u>4. Tag</u></b></p> <p><b>Modul 7 – „Pflegehilfen“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umgang mit Apathie und Starre, Gefahrensituationen, Inkontinenz</li> <li>▪ Unterstützung beim Essen und Trinken, beim Aufstehen und Hinsetzen und Treppensteigen</li> <li>▪ Umgang mit technischen Hilfsmitteln</li> </ul> <p><b>Modul 8 – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rechte und Pflichten der Helfer</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit der Fachkraft</li> <li>▪ Planung und Dokumentation der Betreuung</li> </ul> <p><b>Beendigung der Seminarreihe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evaluation, Rückmeldung und „Zertifizierung“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erkennen von pflegerelevanten „Problemen“</li> <li>▪ Umgang mit pflegerelevanten „Problemen“</li> <li>▪ Befähigung zur Information zu technischen Hilfsmitteln</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wahrnehmung von Rechten und Pflichten der Helfer</li> <li>▪ Klärung der Rolle und Aufgaben der Fachkraft</li> <li>▪ Erkennung von Ressourcen</li> <li>▪ Ableitung von Beschäftigungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Befähigung zur Erst- und Verlaufsdocumentation der Betreuung</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erwartungen versus Erfahrungen</li> </ul>

Quelle: Lauterbach 2006, S. 5f.

## 5.4 Vergleich mit der Literatur

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen: Entspricht die Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. den Anforderungen der recherchierten Literatur?

Das Konzept der Alzheimer Gesellschaft wurde nach verschiedenen bestehenden Schulungskonzepten erarbeitet (**Vorgehen**). Das heißt, dass neben den gesetzlichen Rahmenbedingungen der aktuelle Stand an vorhandenen Schulungen einbezogen wurde und dass auf dieser Grundlage das Konzept erarbeitet wurde. Somit lässt sich bereits schlussfolgern, dass die Qualität der Schulung der recherchierten Literatur im Wesentlichen entsprechen muss.

Vergleicht man zunächst die **Inhalte** der Schulungen der Literaturrecherche von Tabelle 2 (Kapitel 4.2.3) mit der Tabelle 5 (Kapitel 5.3) dem Curriculum der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. sind überwiegend Gemeinsamkeiten zu finden. Alle zentralen Schulungsinhalte werden erfasst, die ich zusammenfassend im Kapitel 4.2.3 als die wesentlichen Kernelemente für eine adäquate Qualifizierung festgestellt habe. Besonders hervorzuheben ist, dass die Alzheimer Gesellschaft einen Schwerpunkt auf „Betreuung und Beschäftigung“ setzt, was bei der Literaturrecherche von zwei Projekten nicht behandelt wird. Ebenfalls ist festzustellen, dass die Alzheimer Gesellschaft auf die Rechte und Pflichten der Ehrenamtlichen eingeht. Auch diese wurde in Projekten der Literaturauswertung nicht deutlich hervorgehoben. Darüber hinaus hat sich die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. dafür entschieden, über die gesetzlich festgeschriebenen Inhalte hinaus zu gehen. Das heißt, „Rechtliche Grundlagen“ und „Pflegehilfen“ wurden in die Schulung mit aufgenommen, wodurch eine umfassende Qualifizierung ermöglicht wird. Die **Umsetzung** der Inhalte erfolgt, wie in der recherchierten Literatur gefordert aus einem Wechsel von Theorie und Praxis. Neben Vorträgen sind z.B. Gruppenarbeiten oder Rollenspiele vorgesehen.

Die Schulungsreihe der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. ist für Ehrenamtlich und ehrenamtlich Interessierte ohne Vorkenntnisse konzipiert und entspricht auch den Projekten der Literaturauswertung (**Zielgruppe**). Zudem lässt die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. die Möglichkeit zu, dass hauptamtlich Tätige ohne Vorkenntnisse an

diesem Seminar teilnehmen können. Primär werden jedoch die Ehrenamtlichen angesprochen.

Die Schulungsreihe „Demenz“ ermöglicht während der Module eine **Reflexion** der Ehrenamtlichen. Durch die einzelnen Ziele der jeweiligen Inhalte, wie z.B. Wahrnehmung von Rechten und Pflichten ist Reflexion erforderlich. Ausdrücklich wird die Reflexion im Konzept nicht erwähnt, aber durch die Ziele indirekt angesprochen.

Ein weiterer Punkt ist die **Teilnehmerzahl** der Schulung. In der Literaturrecherche machen zwei Quellen darüber eine Aussage. Das Konzept der Alzheimer Gesellschaft beschreibt diesen Punkt nicht. Möglicherweise wäre über eine Festlegung der Teilnehmerzahl nachzudenken, denn wenn wie geplant Gruppenarbeiten durchgeführt werden sollen, ist das bei einer großen Teilnehmerzahl nicht möglich.

Der **Umfang** der Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. beträgt vier Tage. Zum Vergleich: Zirka 50% derjenigen, die in der recherchierten Literatur dazu Angaben gemacht haben, sehen 30 Stunden für die Grundschulung vor. Das entspricht in etwa der Schulungsreihe „Demenz“, wenn ca. acht Stunden pro Tag angesetzt sind. Demzufolge ist der zeitliche Rahmen nach der Literaturlauswertung für die Qualifizierung ausreichend genug. In Thüringen ist der zeitliche Umfang für eine Erstschulung nicht gesetzlich vorgeschrieben, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen. Zudem ist es bei der Schulungsreihe „Demenz“ aufgrund des modularen Ausbaus möglich, dass Einzelveranstaltungen stattfinden können. Die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. zertifiziert die Schulungsmaßnahme ebenso wie die recherchierten Projekte.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. aus theoretischer Perspektive allen Anforderungen der gesetzlichen Bedingungen und der recherchierten Quellen, wovon vor allem zu Projekten Bezug genommen wird, entspricht. Folgend wird die Schulungsreihe evaluiert.

## Empirischer Teil

### **6 Evaluation der Schulung**

Das empirische Vorgehen, wie die Erstellung des Fragebogens und die Datenauswertung, sind in der Einleitung beschrieben (siehe Kapitel 1.3.2). Folgend erläutere ich, den Ablauf der Schulung und gehe auf die Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“ ein. Im Anschluss werden alle Module analysiert und die organisatorischen Aspekte besprochen. Danach fasse ich die wichtigsten Punkte der Ergebnisse zusammen. Zudem stelle ich Möglichkeiten von Veränderungen der Schulungsreihe auf.

#### **6.1 Ablauf der Schulung**

Vom 04.04.2006 – 07.04.2006 wurde erstmalig die gesamte Schulungsreihe in Kooperation mit der Stadtverwaltung Erfurt durchgeführt. Vorher gab es bereits Veranstaltungen zu einzelnen Modulen. Die „**Einführung**“ der Schulungsreihe Demenz gestaltete Frau Lauterbach. In einer Vorstellungsrunde machten sich die Teilnehmer bekannt und schilderten ihre Erwartungen an die Schulungsreihe. Im weiteren Verlauf wurde der Ablauf der nächsten Tage besprochen sowie organisatorische Rahmenbedingungen geklärt. Anschließend gab Frau Lauterbach einen Überblick über Aufgaben und Anforderungen in Bezug auf ehrenamtliche Helfer in der Betreuung von demenzkranken Menschen.

Nach der Einführung wurde das erste Modul „**Demenz**“ behandelt. Der Vortrag wurde von Herrn Dr. Christ, Chefarzt des Geriatriezentrums des Helios Klinikums Erfurt gehalten. Um das Krankheitsbild verstehen zu können ging er zunächst auf Funktion und Aufbau des menschlichen Gedächtnisses ein und erklärte anhand von Beispielen die Gedächtnisformen (Kurzzeit-, Mittelzeit- und Langzeitgedächtnis). Anschließend sprach er über Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Formen dementieller Erkrankun-

gen, erläuterte die Unterschiede zwischen Demenz, Depression und psychischen Erkrankungen sowie therapeutischen Ansätze bei Demenz.

Das nächste Thema, die „**Situation der pflegenden Angehörigen**“, wurde von Frau Lösch, selbst pflegende Angehörige begleitet. Inhaltlich ging sie, wie im Curriculum (siehe Kapitel 5.3) ersichtlich, auf die Anforderungen und Belastungen der Angehörigen, die Konsequenzen der Belastung und Entlastungsmöglichkeiten sowie die Zusammenarbeit und den Umgang mit Angehörigen ein. Die theoretischen Aspekte erklärte Frau Lauterbach und Frau Lösch brachte die eigenen Erfahrungen mit ein. Zu Erkennen, in welcher Situation und Gefühlslage sich pflegende Personen befinden, welche Konflikte in der Beziehung zwischen Erkrankten und Angehörigen auftreten können und welche Lösungsansätze es gibt müssen die Ehrenamtlichen verstehen lernen.

Der zweite Tag begann mit einem Vortrag zum Thema „**Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken**“, der von Frau Schönfeld, Heimleiterin einer Altenpflegeeinrichtung gehalten wurde. Sie behandelte zunächst Kommunikationsformen, wobei sie die Bedeutung für die Betreuung dementer Menschen erläuterte. Durch Beispiele wurde immer wieder Bezug zur Praxis hergestellt. Das betraf insbesondere Kommunikationsformen und ihre Störungen bei Demenz. Die geplanten Gruppenarbeiten entfielen aufgrund von Zeitmangel. Anschließend sprach Frau Schönfeld über den „**Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen**“ bei demenziell erkrankten Menschen. Dazu gehören u.a. depressive Verstimmungen, Vergesslichkeit, Weglaufen, Umherwandern, Sinnestäuschungen und aggressives Verhalten. Durch organisatorische Veränderungen musste das Modul „**Rechtliche Grundlagen**“ zeitlich getrennt werden. Somit fand der erste Teil des Themas schon am zweiten Tag statt. Frau Härtel, Mitarbeiterin des Betreuungsvereins in Erfurt, veranschaulichte rechtliche Grundlagen der Betreuung sowie der Vorsorge-, Betreuungs- und Patientenverfügung, um die Ehrenamtlichen zu befähigen den Angehörigen die wichtigsten Informationen weitervermitteln zu können

Am folgenden Tag wurden die „**Rechtlichen Grundlagen**“ von Frau Lauterbach dargelegt. Die Themen waren Rechte von Demenzkranken, Pflegeversicherung, Schwerbehinderung sowie rechtliche und versicherungsrechtliche Rahmenbedingungen der Helfertätigkeit. Diese Inhalte sollen den ehrenamtlichen Helfern Basiskenntnisse vermitteln.

Der Schwerpunkt des dritten Tages lag auf der Erörterung von „Methoden und Möglichkeiten der **„Betreuung und Beschäftigung“**“ im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Dabei wurden Möglichkeiten der Betreuung in den einzelnen Stadien der Demenzerkrankung erklärt. Diese phasenspezifische Herangehensweise ermöglicht den Ehrenamtlichen die Beschäftigung der Erkrankten nach ihrem Demenzstadium vorzubereiten, um Über- bzw. Unterforderung zu vermeiden. Speziell wurde auf milieuorientierte Ansätze, Biographie-, Erinnerungsarbeit, sinnesorientierte sowie bewegungsorientierte Ansätze eingegangen. Auch diese geplante Gruppenarbeit konnte aufgrund von Zeitmangel nicht realisiert werden.

**„Pflegehilfen“** war das Thema des letzten Tages. Frau Moliterus, eine Pflegefachkraft, führte die Veranstaltung durch. Inhaltlich ging sie auf den Umgang mit Apathie und Starre, Gefahrensituationen, Inkontinenz, die Unterstützung beim Essen und Trinken, beim Aufstehen und Hinsetzen und Treppensteigen sowie auf den Umgang mit technischen Hilfsmitteln ein. Durch praktische Übungen und einige Anschauungsmaterialien wurde die Theorie vermittelt.

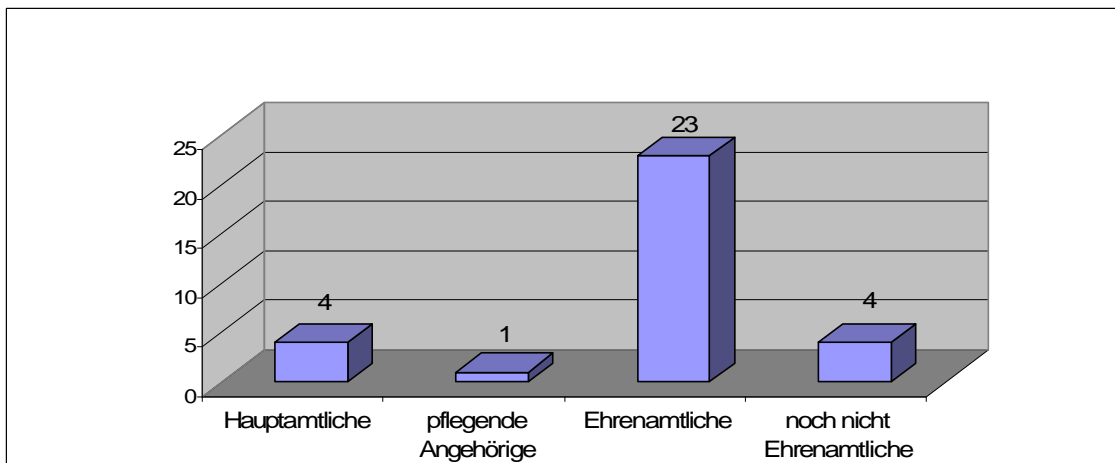
Das letzte Modul, geleitet von Frau Lauterbach, behandelte **„Begleitung und Abläufe der Betreuung“**. Dabei wurde über Rechte und Pflichten der Helfer, über die Zusammenarbeit mit Fachkräften, Planung und Dokumentation der Betreuung gesprochen. Zum Abschluss fand eine Feedbackrunde statt. Aufgrund der Möglichkeit der Teilnehmer, einzelne Tage zu buchen, wurden jeweils zum Ende des Tages die Teilnahmebescheinigungen/Zertifikate ausgegeben.

## **6.2 Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“**

An der Schulungsreihe „Demenz“ nahmen insgesamt 37 Personen in jeweils unterschiedlichem Umfang teil. Von diesen 37 Teilnehmern gaben 32 Anwesende an, ob sie Hauptamtliche, pflegende Angehörige, Ehrenamtliche oder noch nicht Ehrenamtliche sind. Die Häufigkeitsverteilung der Teilnehmer ist der Abbildung 3 zu entnehmen.



**Abbildung 3:** Teilnehmer der Schulungsreihe „Demenz“

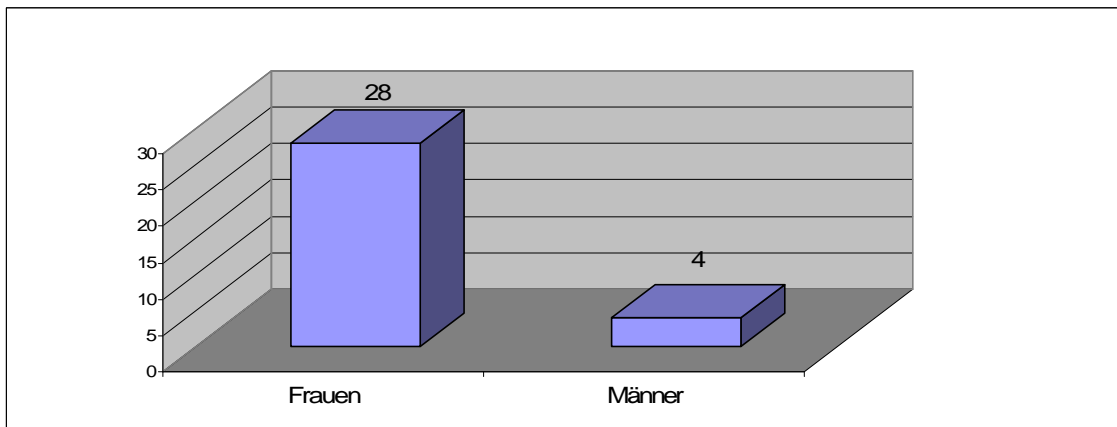


Quelle: eigene Darstellung

Die Mehrheit der teilnehmenden Personen waren ehrenamtlich Engagierte, die schon im Bereich Demenz tätig sind. Zudem waren vier Teilnehmer an einer ehrenamtlichen Tätigkeit interessiert. Darüber hinaus wurde diese Schulung auch von Hauptamtlichen und einem pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen. Die vordergründige Zielgruppe für diese Qualifizierung waren, wie in der Konzeption beschrieben, Ehrenamtliche bzw. interessierte Personen am Ehrenamt, aber auch hauptamtliche Personen ohne Vorkenntnisse können teilnehmen. Diese wurden, wie in der Abbildung 3 erkennbar, auch vordergründig erreicht.

Von den 32 Personen waren 28 Teilnehmer weiblich und 4 Teilnehmer männlich, wie es in der Abbildung 4 skizziert ist. Dieses Ergebnis zeigt die deutliche Mehrheit der Frauen, die sich an der Qualifizierung beteiligen. Weiterhin wurde auch das Alter der teilnehmenden Personen erfragt. Das Spektrum variiert zwischen 23 und 73 Jahren. Nach einer Berechnung liegt der Altersdurchschnitt bei 49 Jahren und zeigt deutlich, dass an dieser Schulung vor allem ältere Personen um das 50ste Lebensjahr interessiert waren. Trotz des „hohen“ Altersdurchschnitts sind insgesamt 4 Personen jünger als 30 Jahre alt.

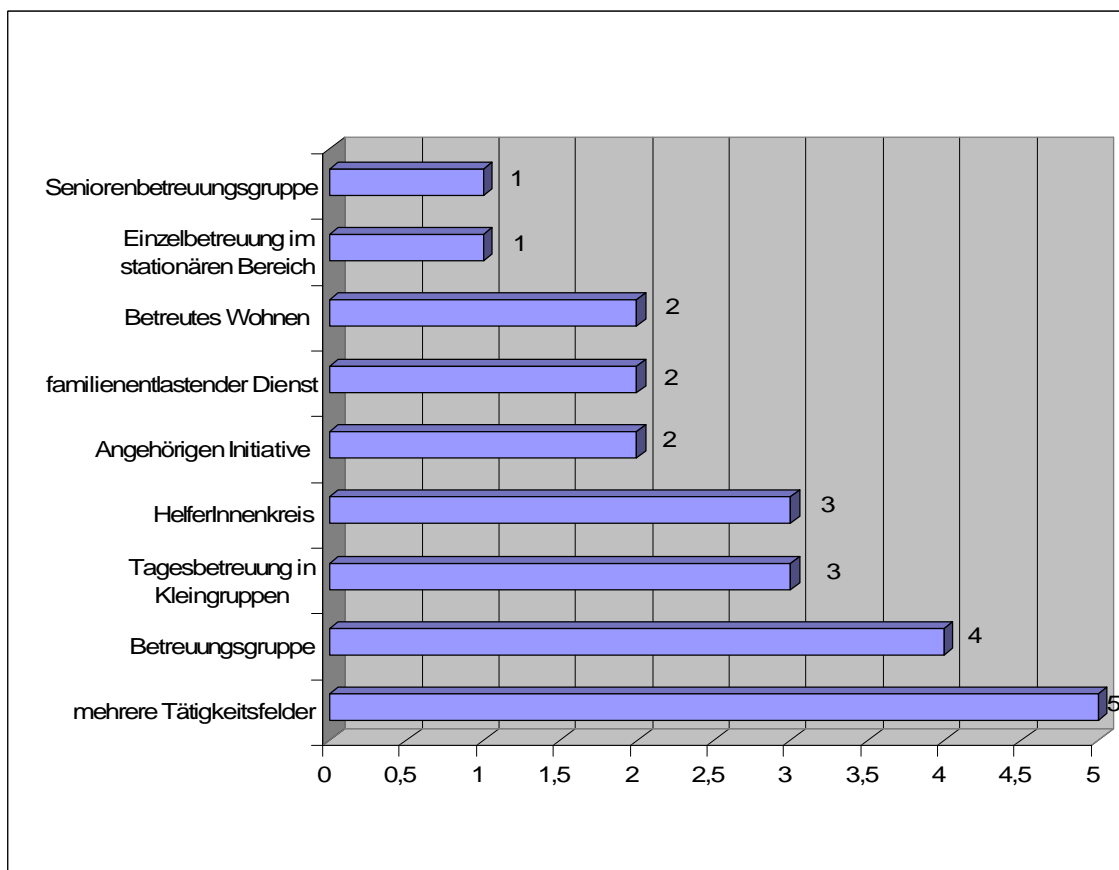
**Abbildung 4: Geschlechtszugehörigkeit**



Quelle: eigene Darstellung

Von diesen 32 Teilnehmern engagieren sich bereits 23 Personen ehrenamtlich in unterschiedlichen Bereichen der Altenhilfe. Folgend werden die verschiedenen Tätigkeitsfelder der Ehrenamtlichen aufgezeigt.

**Abbildung 5: Tätigkeitsfelder der ehrenamtlich Engagierten**



Quelle: eigene Darstellung

Die Abbildung 5 präsentiert die verschiedenen Einsatzfelder, die im ambulanten und stationären Bereich ausgeübt werden. Davon engagieren sich fünf Personen in mehreren Tätigkeitsfeldern. Eine Person ist z.B. in einer Einzelbetreuung im Heim, in einer Hospizgruppe und in einem Seniorenclub beschäftigt.

Folgend werden die einzelnen Module ausgewertet. Insgesamt haben 33 Personen diesen Teil ausgefüllt bzw. zurückgegeben.

## 6.3 Auswertung

### 6.3.1 Modul – „Demenz“

Das erste Modul, wie im Punkt „Ablauf der Schulung“ geschildert, behandelte den Vortrag von Dr. Christ über „Demenz“. In der folgenden Tabelle sind alle Wertungen bezüglich der aufgestellten Behauptungen zusammengefasst. Am Modul nahmen insgesamt 18 Personen teil, wovon 16 Teilnehmer die Rückmeldung ausfüllten bzw. abgaben.

**Tabelle 6:** Modul – „Demenz“

<b>„Demenz“</b>					
<b>N=16</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	16				
Verständlichkeit	14	2			
Aufbau ist nachvollziehbar	14	2			
praxisnahe Schilderung	13	2			1
Zeit für Diskussion / Austausch	14	2			
Zeit zum Nachfragen	14	2			
Material erleichtert Verständlichkeit	13	3			
Übereinstimmungen mit Erwartungen	12	2			
Tempo ist richtig	11	4	1		
Wissensbereicherung	11	4			1

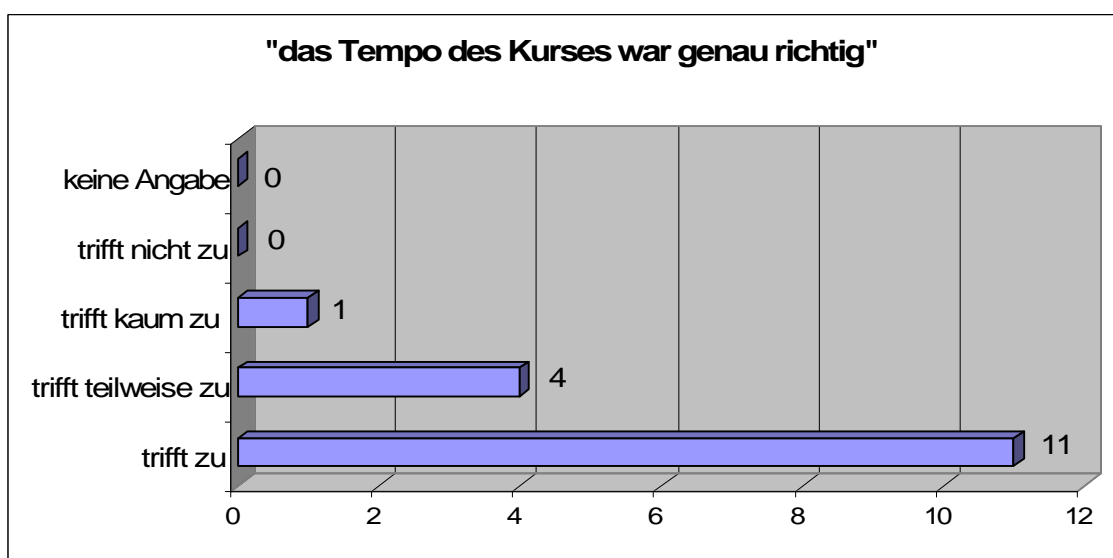
Quelle: eigene Darstellung

Allgemein ist festzustellen, dass die Teilnehmer überwiegend den vorgegeben Aussagen zu- oder teilweise zustimmen. Die Mehrheit der teilnehmenden Personen waren folgedessen mit dem Modul „Demenz“ zufrieden bzw. sehr zufrieden. Alle Beteiligten sind der Meinung, dass das Modul sehr abwechslungsreich war, besonders die Verbindung zwischen Theorie und Praxis. Folglich ist das Modul ein gutes Beispiel der inhaltlichen Gestaltung des Themas.

Die Handouts zum Thema haben nach Teilnehmermeinung die Verständlichkeit nur teilweise erleichtert. Es wird sich von einzelnen Teilnehmern gewünscht, dass mehr schriftliches Material zum Nachlesen ausgeteilt wird. Aufgrund des Umfangs und der individuellen Gestaltung der Präsentation der Referenten gab es Differenzen zwischen den dargebotenen Folien und den Handouts, die bemängelt wurden.

Ein weiterer hervorzuhebender Punkt der Tabelle 6 betrifft das Tempo des Moduls. Hier sind trotz mehrheitlicher Zufriedenheit (11 Nennungen) mit der Geschwindigkeit des Ablaufs, vier Personen teilweise und eine kaum (siehe Abbildung 6) zufrieden. Anhand der möglichen Meinungsdarlegungen durch die Beantwortung von qualitativen Untersuchungsanteilen wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Abhandlung des Themas zeitweise zu schnell war, zu wenig Raum für Erläuterungen und Austausch blieb.

**Abbildung 6:** Modul – „Demenz“



Quelle: eigene Darstellung

Darüber hinaus wird bei der Beantwortung der Frage, was verbesserungswürdig ist, mehrfach darauf hingewiesen, dass Fachbegriffe erklärt werden sollen. Trotz der mehrheitlichen Aufforderung (siehe Anhang, S. XX), werden in der Auswertung des Punktes Verständlichkeit keine Abzüge vorgenommen.

Zusammenfassend ist zukünftig darauf zu achten:

- Zeitmanagement
- das Erklären von Fachwörtern bzw. Fachsprache an Teilnehmer anpassen
- Übereinstimmung Handout – Referat

### 6.3.2 Modul – „Situation der pflegenden Angehörigen“

Nach dem Modul „Demenz“ referierte Frau Lösch zu dem Thema „Situation pflegender Angehöriger“. Die theoretischen Erläuterungen machte Frau Lauterbach. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht, wie das Modul bewertet wurde. An diesem Thema nahmen insgesamt 18 Personen teil, wovon 16 Teilnehmer eine Rückmeldung abgaben.

**Tabelle 7:** Modul – „Situation der pflegenden Angehörigen“

<b>„Situation der Angehörigen“</b>					
<b>N=16</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	11	3			2
Verständlichkeit	12	1			3
Aufbau ist nachvollziehbar	11	2			3
praxisnahe Schilderung	10	3			3
Zeit für Diskussion / Austausch	9	1	3		3
Zeit zum Nachfragen	9		3		4
Material erleichtert Verständlichkeit	11	2			3
Übereinstimmungen mit Erwartungen	9	2	1		4
Tempo ist richtig	11	1	1		3
Wissensbereicherung	9	4			3

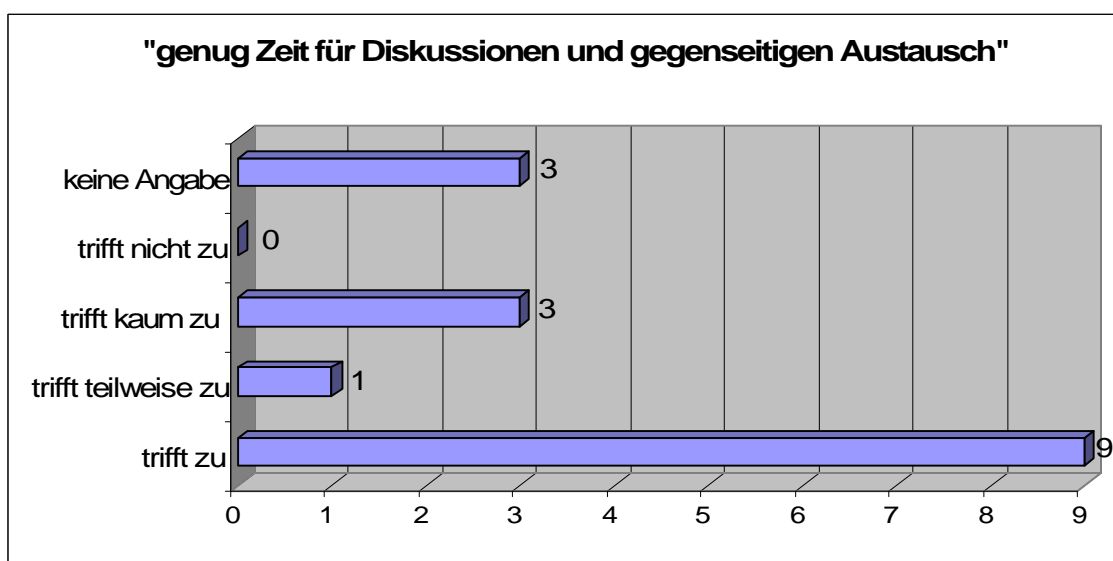
Quelle: eigene Darstellung

Tendenziell sind die Teilnehmer mehrheitlich der Auffassung, dass die Behauptungen zutreffen. Trotzdem ist ein nicht unbedeutender Anteil (acht Nennungen) in einigen Bewertungseinheiten kaum der Zustimmung, dass die Aussagen zutreffen. Weiterhin ist auffällig, dass jeweils zwei bzw. drei Personen keine Angaben gemacht haben. Drei enthaltene Aussagen von nur 16 Nennungen sind nicht wenig.

Die Verständlichkeit des Themas zur „Situation der pflegenden Angehörigen“ wurde einstimmig positiv bewertet. Diese Bewertung ist möglicherweise zustande gekommen, weil das Modul von einer Angehörigen geschildert wurde. Besonders die Erlebnisberichte wurden als sehr gut empfunden und zeigten praxisnahe Beispiele. Das knüpft an den Punkt praxisnahe Schilderung an, den 10 Personen (62,50%) bejahten.

Dagegen wird der Punkt „genug Zeit für Diskussionen und Austausch“ kontrovers diskutiert. Ganze 3 Nennungen halten dies für kaum zutreffend. Im Diagramm wird das noch einmal verdeutlicht.

**Abbildung 7:** Modul – „Situation der pflegenden Angehörigen“



Quelle: eigene Darstellung

Mögliche Gründe für die im Diagramm vorgenommenen Einschätzungen, können Zeitmangel oder zu schnelles Voranschreiten im Stoff sein. Beim Thema Zeit sind ebenfalls zwei Personen der Meinung, dass sie nicht ausreicht. Das gleiche spiegelt sich in den geschilderten Verbesserungsvorschlägen der Teilnehmer wider. Bei fast jeder Aus-

sage ist das Wort „Zeit“ enthalten, wie z.B. mehr Zeit zum Fragen. Dagegen meinen wiederum andere Personen, dass dieses Thema kürzer gefasst werden sollte.

Als Ergebnis dieser Analyse ist besonders Wert zulegen auf:

- Zeitmanagement
- mehr Möglichkeit zum Erfahrungs- und Diskussionsaustausch

### 6.3.3 Modul – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“

Am zweiten Tag der Schulung wurde das Thema „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“ von Frau Schönfeld vorgetragen. In der folgenden Tabelle sind alle Wertungen bezüglich der aufgestellten Behauptungen zusammengefasst. Am Modul nahmen insgesamt 24 Personen teil, wovon 23 Teilnehmer (nahezu 100%) eine Rückmeldung abgaben bzw. ausfüllten.

**Tabelle 8:** Modul – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“

<b><u>„Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“</u></b>					
N=23					
Inhalt	trifft				keine Angabe
	zu	teilweise zu	kaum zu	nicht zu	
abwechslungsreiche Gestaltung	17	5			1
Verständlichkeit	22				1
Aufbau ist nachvollziehbar	22				1
praxisnahe Schilderung	23				
Zeit für Diskussion / Austausch	20	3			
Zeit zum Nachfragen	20	3			
Material erleichtert Verständlichkeit	20	3			
Übereinstimmungen mit Erwartungen	17	6			
Tempo ist richtig	14	6	1	2	
Wissensbereicherung	17	5		1	

Quelle: eigene Darstellung

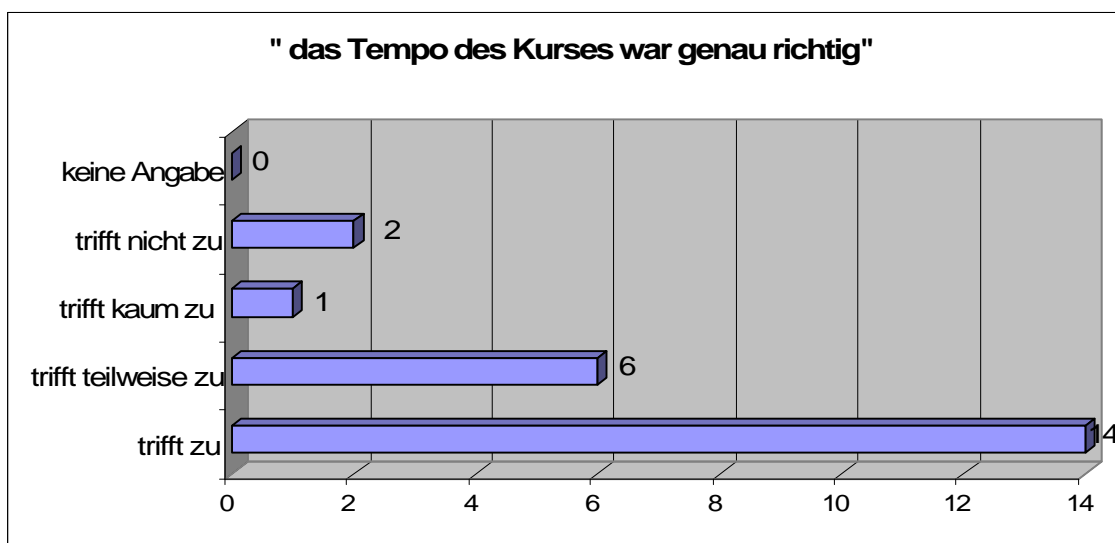
Insgesamt überwiegen in dieser Tabelle die Antworten, trifft zu und trifft teilweise zu. Somit ist die Mehrheit der Beteiligten mit dem Modul im Großen und Ganzen zufried-

den. Manche waren jedoch der Meinung, dass die Punkte Tempo und Wissensbereicherung nicht zutreffen (siehe Tabelle 8). Eine denkbare Erklärung wäre, dass dieses Thema für einige Teilnehmer bekannt war. Für diese Personen besteht die Möglichkeit, Module auszulassen, die sie kennen bzw. in denen sie bereits Fachwissen besitzen.

Alle Teilnehmer bejahten, dass die Inhalte praxisnah geschildert und erklärt wurden. Als besonders positiv erwiesen sich die Schilderungen von eigenen Erfahrungen sowie die alltagsnahen Beispiele. Zudem schlugen einige Teilnehmer den Einsatz von Videos, Rollenspielen und weiteren Situationsbeispielen zum besseren Verständnis vor.

Jedoch äußerten sich die Teilnehmer zum Tempo des Kurses sehr verschieden. Das Balkendiagramm zeigt die Verteilung graphisch. Trotz der mehrheitlichen Meinung (14 Nennungen), dass die Geschwindigkeit dem Vortrag angepasst ist, stimmten 6 Personen teilweise zu, und 3 Nennungen stimmten dem kaum oder gar nicht zu. Insgesamt sind das neun Personen, die nicht voll zufrieden waren. Das heißt, dass ca. ein Drittel das Tempo für nicht angepasst hielt. Um dies zu verbessern, wird von den Anwesenden empfohlen, mehr Zeit für dieses Thema zu investieren. Dagegen sind andere der Meinung, dass die Inhalte in kürzerer Zeit behandelt werden sollten. Eine mögliche Alternative, um möglichst vielen Personen gerecht zu werden ist es, insgesamt mehr Zeit für das Modul einzuplanen und die Teilnehmer aktiv mit einzubeziehen. Das könnte, wie auch gewünscht ein Rollenspiel sein.

**Abbildung 8:** Modul – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“



Quelle: eigene Darstellung



Anhand dieses Beispiels wird sichtbar, dass jeder Mensch die Vermittlung von bestimmten Inhalten anders verarbeitet. Manche brauchen dafür viel Zeit und Praxisbeispiele andere weniger.

Fazit des ausgewerteten Moduls sind gedankliche Anregungen des:

- Zeitmanagements und
- des aktiven Einsatzes der Teilnehmer.

### 6.3.4 Modul – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“

Im Anschluss an das Modul „Kommunikation und Umgang mit Demenzzkranken“ referierte Frau Schönfeld zum Thema „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“. Die folgende Tabelle zeigt eine Übersicht, wie das Modul bewertet wurde. An diesem Seminarteil nahmen insgesamt 24 Personen teil, wovon 20 Teilnehmer eine Rückmeldung abgaben.

**Tabelle 9:** Modul – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“

<b>„Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“</b>					
<b>N=20</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	16	1			3
Verständlichkeit	17				3
Aufbau ist nachvollziehbar	16	1			3
praxisnahe Schilderung	17				3
Zeit für Diskussion / Austausch	14	3			3
Zeit zum Nachfragen	15	2			3
Material erleichtert Verständlichkeit	17				3
Übereinstimmungen mit Erwartungen	14	3			3
Tempo ist richtig	13	3	1		3
Wissensbereicherung	14	2	1		3

Quelle: eigene Darstellung

Tendenziell waren die Teilnehmer mehrheitlich der Auffassung, dass die Behauptungen zutreffen bzw. teilweise zutreffen. Ein geringfügiger Teil der Anwesenden war kaum zufrieden. Weiterhin ist auffällig, dass immer drei Personen keine Angaben zur jeweiligen Bewertungseinheit gemacht haben. Zudem gaben vier Personen die Wertung nicht ab. Das bedeutet, dass zu jeder Bewertungseinheit nur 17 Personen ihre Meinung äußerten (geringer Rücklauf).

Bei diesem Modul waren, wie beim vorherigen Thema, die meisten Teilnehmer mit der Gestaltung, dem Praxisbezug und der Verständlichkeit zufrieden. Ebenso wird wieder das Tempo der Veranstaltung angesprochen. Der Wunsch besteht in mehr Zeit für Diskussionen und weiteren praktischen Beispielen. Trotzdem wurde bei diesem Modul das Zeitmanagement nicht so gravierend bewertet, wie beim Modul „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“. Mögliche Erklärungen könnten sein, dass die Rückmeldung des Seminars geringer war oder dass der zeitliche Ablauf dieses Moduls den Vorstellungen der Beteiligten entsprach. Weitere Auffälligkeiten können der Tabelle und der Beantwortung des qualitativen Teils (siehe Anhang, S. XXI) nicht entnommen werden.

### **6.3.5 Modul – „Betreuung und Beschäftigung“**

Am dritten Tag der Schulung wurde das Thema Möglichkeiten der „Betreuung und Beschäftigung“ demenziell erkrankter Menschen behandelt. Das Modul wurde von Frau Lauterbach, Projektleiterin der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. durchgeführt. In der folgenden Tabelle sind alle Wertungen bezüglich der aufgestellten Behauptungen zusammengefasst. Es nahmen insgesamt 20 Personen teil. Davon gaben 19 Teilnehmer die Einschätzung zurück.

**Tabelle 10:** Modul – „Betreuung und Beschäftigung“

<b>„Betreuung und Beschäftigung“</b>					
<b>N=19</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	18	1			
Verständlichkeit	19				
Aufbau ist nachvollziehbar	19				
praxisnahe Schilderung	18	1			
Zeit für Diskussion / Austausch	19				
Zeit zum Nachfragen	18	1			
Material erleichtert Verständlichkeit	19				
Übereinstimmungen mit Erwartungen	17	2			
Tempo ist richtig	19				
Wissensbereicherung	18	1			

Quelle: eigene Darstellung

In der Auswertung des Fragebogens wird sichtbar:

1. Alle abgegebenen Rückmeldungen enthalten Angaben, jeder Punkt wurde beurteilt.
2. Alle Teilnehmer sind, wie der offene Frageteil widerspiegelt, mit dem Modul zufrieden.

Anhand der Tabelle kann keine Kritik bzw. kein Veränderungsbedarf herauskristallisiert werden. Bei der Beantwortung der Frage, was in diesem Modul verbessert werden könnte (siehe Anhang, S. XXII) werden insgesamt zwei Aussagen getroffen. Zum einen wünscht ein Teilnehmer mehr Beispiele und zum anderen fordert ein anderer, mehr Zeit für bestimmte Themen. Leider geht die betreffende Personen nicht auf die Themen ein, die intensiver bearbeitet werden sollen. Neben diesen Vorschlägen wurde von zwei Anwesenden beanstandet, dass zu wenig auf die Details eingegangen wird und zu wenig Zeit zum Nachfragen da war. Aufgrund der positiven Wertung können diese Ideen als Tipps für die nächste Schulung eingebunden werden. Zum Beispiel wäre es möglich, dass die angesetzten Gruppenarbeiten intensiver in dem Modul genutzt werden.

Ein Vorschlag zur Weiterentwicklung des Moduls ist:

- intensive Einbindung der Teilnehmer in Form von Gruppenarbeit

### 6.3.6 Modul – „Rechtliche Grundlagen“

Das Modul wurde aufgrund der zeitlichen Eingebundenheit von Frau Härtel in zwei Teile gesplittet. Das bedeutet, dass Frau Härtel den Teil zur rechtlichen Betreuung, Vorsorge-, Betreuungs- und Patientenverfügung am zweiten Seminartag vorstellte. Der andere Part von Frau Lauterbach, zur Pflegeversicherung, Schwerbehinderung, rechtliche Bedingungen der freiwillig Engagierten, wurde, wie geplant, am dritten Tag vorgetragen.

Aufgrund der Teilung des Vortrags und des Einsatzes zweier Referenten ist die Bewertung sehr schwierig. Bei der nächsten Schulung ist darauf zu achten, dass jeder Referent einzeln bewertet werden kann. Zudem ist bei der folgenden Auswertung zu berücksichtigen, dass nach den Vorträgen von Frau Härtel und Frau Lauterbach eine verbale Rückmeldung stattfand, die ebenfalls in die Bearbeitung des Moduls eingeht.

Aufgrund des Splittings kann keine eindeutige Teilnehmerzahl festgelegt werden. Insgesamt gaben 25 Personen eine Rückmeldung zur Veranstaltung ab. Die folgende Tabelle zeigt alle Wertungen bezüglich der aufgestellten Behauptungen.

**Tabelle 11:** Modul – „Rechtliche Grundlagen“

<b>„Rechtliche Grundlagen“</b>					
<b>N=25</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	14	8	2		1
Verständlichkeit	18	6	1		
Aufbau ist nachvollziehbar	16	8	1		
praxisnahe Schilderung	16	7	2		
Zeit für Diskussion / Austausch	18	6			1
Zeit zum Nachfragen	18	6			1
Material erleichtert Verständlichkeit	16	7	2		
Übereinstimmungen mit Erwartungen	15	7	1	1	1
Tempo ist richtig	16	8	1		
Wissensbereicherung	18	4	2		1

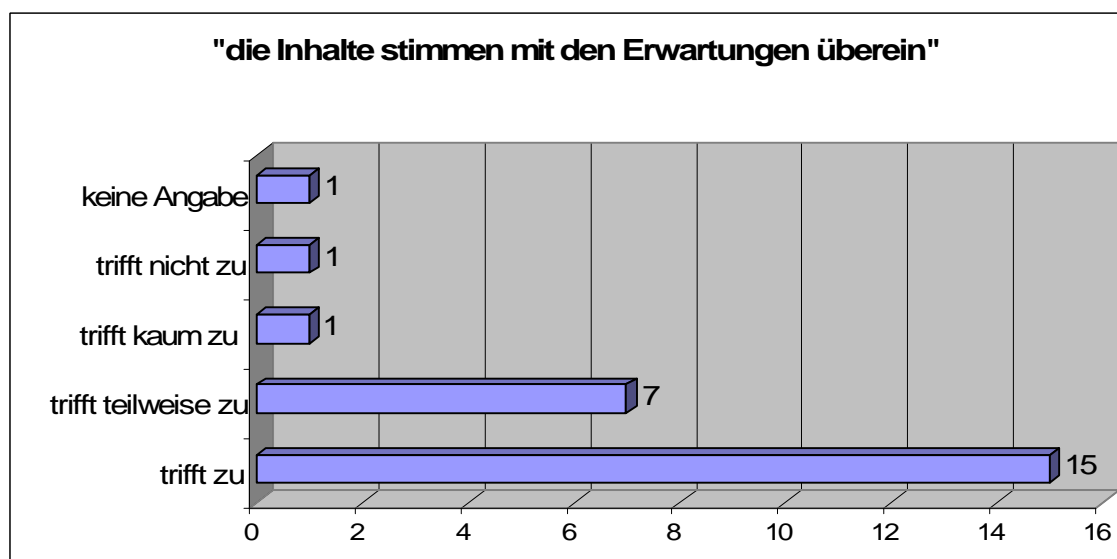
Quelle: eigene Darstellung

Tendenziell ist trotz Angaben in allen quantitativen Bewertungskategorien die Mehrzahl der Teilnehmer der Ansicht, dass die vorgegebenen Behauptungen zutreffen bzw. teilweise zutreffen. Infolgedessen war der überwiegende Anteil mit dem Modul zufrieden. Neben diesem zentralen Befund ist eine deutliche Streuung der Wertung zu erkennen, im Gegensatz zur vorangegangenen Tabelle. Ein Teil der Anwesenden war kaum oder überhaupt nicht mit den einzelnen Bewertungseinheiten zufrieden. Zudem machen Einzelne keine Angaben.

Der Punkt „abwechslungsreiche Gestaltung des Seminars“ wurde sehr unterschiedlich wahrgenommen. Von den 25 Angaben der Teilnehmer waren 14 zufrieden. Acht Personen stimmten dem Punkt nur teilweise zu und zwei Personen stimmten dem kaum zu. Bei Frau Härtel wird gewünscht, dass mehr praktische Beispiele und mehr Materialien zur Veranschaulichung einbezogen werden. Besonders positiv wurde die Kompetenz von Frau Härtel und Frau Lauterbach bewertet.

Ganze 36% (9 Nennungen) fanden, dass die Praxisnähe nur teilweise oder kaum zutrifft. Bei Frau Härtel wurde zum Beispiel der Bezug zum Krankheitsbild Demenz vermisst. Wie in den anschließenden Zwischenrückmeldungen einheitlich geäußert wurde, empfanden die Teilnehmer das gehaltene Seminar von Frau Härtel insgesamt als zu theoretisch. Zudem waren die Anwesenden der Meinung, dass Frau Härtel versucht hat, innerhalb der kurzen Zeit zu viel zu vermitteln.

**Abbildung 9:** Modul – „Rechtliche Grundlagen“



Quelle: eigene Darstellung

Während 15 Teilnehmer ihre Erwartungen erfüllt sahen, gaben 9 Personen an, unzufrieden oder teilweise unzufrieden zu sein (siehe Abbildung 9). Das Ergebnis könnte dafür sprechen, dass die Referenten unterschiedlich bewertet wurden oder der Inhalt des Moduls zu theoretisch war. Eine Möglichkeit wäre, die inhaltliche Menge zu reduzieren und praktisch erweiterter anzubieten. Bedenkt man zudem, dass die Ehrenamtlichen zumeist „artfremde“ Personen sind, denen es vielleicht schwer fällt, geballte Theorie aufzunehmen, scheint oben genanntes umso mehr geboten. Vielmehr sollten die Ehrenamtlichen das Gefühl der Sicherheit erhalten, indem sie erfahren, an wen sie sich beim Auftreten ganz konkreter rechtlicher Entscheidungen vertrauensvoll wenden können. Sie müssen keine Experten im Punkt Recht sein, sondern grundlegende Möglichkeiten, die in einer Betreuung auftauchen können, verstehen, wie z.B. was ist eine rechtliche Betreuung, was beinhalten die einzelnen Pflegestufen usw.

Schlussfolgernd ist zukünftig darauf zu achten:

- Verquickung von Theorie und Praxis
- Material zur Veranschaulichung
- inhaltlich den Bezug zum Ehrenamt in der Dementenversorgung herstellen, besonders im Hinblick auf rechtliche Betreuung
- Überdenken des Detaillierungsgrades der Darbietung

### **6.3.7 Modul – „Pflegehilfen“**

Der letzte Tag der Schulung beinhaltete das Thema „Pflegehilfen“. Das Modul wurde von Frau Moliterus, einer Pflegefachkraft gestaltet. In der folgenden Tabelle sind alle Wertungen bezüglich der aufgestellten Behauptungen zusammengefasst. Am Modul „Pflegehilfen“ nahmen insgesamt 25 Personen teil, wovon 23 Teilnehmer eine Einschätzung zurückgaben.

**Tabelle 12:** Modul – „Pflegehilfen“

<b>„Pflegehilfen“</b>					
N=23					
Inhalt	trifft				keine Angabe
	zu	teilweise zu	kaum zu	nicht zu	
abwechslungsreiche Gestaltung	21	1			1
Verständlichkeit	20	2			1
Aufbau ist nachvollziehbar	18	2			3
praxisnahe Schilderung	21				2
Zeit für Diskussion / Austausch	20	1			2
Zeit zum Nachfragen	20	1			2
Material erleichtert Verständlichkeit	18	2			3
Übereinstimmungen mit Erwartungen	20	1			2
Tempo ist richtig	17	4			2
Wissensbereicherung	18	3			2

Quelle: eigene Darstellung

In der Tabelle sind alle Beurteilungen in bezug auf die Behauptungen zutreffend bzw. teilweise zutreffend. Darüber hinaus wird zu jeder Wertungseinheit mindestens einmal keine Angabe gemacht. Mehrheitlich stimmen die Teilnehmer dem Punkt abwechslungsreiche Gestaltung zu.

Des Weiteren sind beim Punkt „Tempo“ 17 Personen der Meinung, dass die Geschwindigkeit stimmt und vier Nennungen stimmen dem teilweise zu. Von einem Teilnehmer wird mehr Zeit für Diskussionen und Austausch gefordert. Zudem werden sich noch einige Hilfen zur Vorführung gewünscht. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten können diesem Modul anhand des Fragebogens nicht entnommen werden.

Resümierend ist zukünftig zu beachten:

- Zeitmanagement
- mehr Anschauungsmaterialien

### 6.3.8 Modul – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“

Zum Abschluss der Schulungsreihe fand das Modul „Begleitung und Abläufe der Betreuung“ statt. Frau Lauterbach referierte zu diesem Thema. Insgesamt nahmen 25 Personen teil, wovon 22 Teilnehmer eine Rückmeldung abgaben.

**Tabelle 13:** Modul – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“

<b>„Begleitung und Abläufe der Betreuung“</b>					
<b>N=22</b>					
<b>Inhalt</b>	<b>trifft</b>				<b>keine Angabe</b>
	<b>zu</b>	<b>teilweise zu</b>	<b>kaum zu</b>	<b>nicht zu</b>	
abwechslungsreiche Gestaltung	18	2			2
Verständlichkeit	19	1			2
Aufbau ist nachvollziehbar	18	2			2
praxisnahe Schilderung	17	3			2
Zeit für Diskussion / Austausch	19	1			2
Zeit zum Nachfragen	19	1			2
Material erleichtert Verständlichkeit	17	2			3
Übereinstimmungen mit Erwartungen	15	4			3
Tempo ist richtig	16	3			3
Wissensbereicherung	15	3			4

Quelle: eigene Darstellung

Tendenziell ist der Tabelle zu entnehmen, dass alle Teilnehmer den einzelnen Bewertungspunkten zustimmten bzw. teilweise zustimmten. Des Weiteren machten mindestens zwei Personen keine Angabe zur Bewertungseinheit. Der überwiegende Anteil der Anwesenden war mit dem Modul zufrieden.

Der Tabelle sind keine „Ausreißer“ zu entnehmen. Einzig kann man aus ihr erkennen, dass noch mehr Praxisbezug gewünscht wird. In der qualitativen Untersuchungseinheit empfand eine Person das Modul als zu schnell. Weitere Anmerkungen wurden zu diesem Thema nicht gemacht. Demzufolge ist noch einmal das Zeitmanagement zu überprüfen.



### 6.3.9 Organisation

Die Organisation der Schulung, wie z.B. die Ausschreibung des Seminars, die Räumlichkeiten oder der Ablauf der Veranstaltung wurden mündlich, wie im Methodenbericht geschildert, erfasst. Die folgende Tabelle beinhaltet alle, während der vier Tage gesammelten Anregungen der Teilnehmer, Referenten und Veranstalter.

**Tabelle 14:** Übersicht – Verbesserungsvorschläge der Teilnehmer

<u><b>Anregungen zur Verbesserung der organisatorischen Inhalte</b></u>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Überweisung der Teilnehmergebühr vor der Schulung → dadurch Verbindlichkeit der Teilnahme</li><li>• Bescheinigung über die „Ehrenamtlichkeit“ bei der Anmeldung</li><li>• bessere Wegbeschreibung</li><li>• klare Zeiteinteilung</li><li>• mehr Zeit für die einzelnen Module</li><li>• Namensschilder</li><li>• Seminarmappe mit Handouts, Materialien und integrierten Fragebogen</li><li>• bessere Ausführung der Teilnahmebestätigung, eventuell feierliche Übergabe</li></ul>

Quelle: eigene Darstellung

Die Tabelle beinhaltet nur Verbesserungsvorschläge und nimmt keinen Bezug dazu, was positiv war. In diesem Punkt gehe ich nur auf mögliche Veränderungen ein, um die Veranstaltung optimieren zu können. Insgesamt fanden alle Teilnehmer (mehrmals in der Abschlussrunde geschildert) die Schulungsreihe „Demenz“ als sehr gelungen, vor allem durch unterschiedliche Referenten und den direkten Bezug zu Praxis.

Es wurde festgestellt, dass nicht geplante Teilnehmer erschienen. Durch die nachrangige Zahlung der Tagungsgebühren wurde dies begünstigt. Um dem entgegen zu wirken, wäre eine Möglichkeit, dass die Teilnehmergebühren zur Anmeldung der Schulung überwiesen werden und die Teilnahme damit verbindlich ist.

Von den Schulungsteilnehmern wurde teilweise der Status Ehrenamtlicher falsch angegeben. Das könnte an der Staffelung der Teilnehmergebühren gelegen haben (Hauptamtliche 30 € Ehrenamtliche 15 €). Das Verschweigen der Hauptamtlichkeit könnte

auch ein Grund sein, warum nicht alle Fragebögen zurückgegeben wurden (siehe Kapitel 6.1.1). Bei der nächsten Schulung wäre es möglich, eine Bescheinigung der „Ehrenamtlichkeit“ bzw. „bevorstehender Ehrenamtlichkeit“ von den Einrichtungen bzw. Projekten, für die die Teilnehmer tätig sind, anzufordern und dies im Anmeldeverfahren einzubeziehen.

Ein weiterer Punkt der Anregungen befasst sich mit dem Ablauf der Vorbereitung und Anmeldung. Dadurch, dass der Veranstaltungsort sehr spät endgültig feststand, kam es zu Problemen im Finden der Örtlichkeit. Für den Fall, dass rechtzeitig geklärt ist, wo die Veranstaltung stattfindet, wurde vorgeschlagen, dem entsprechenden Flyer (oder Anmeldeformular) eine Wegbeschreibung beizufügen.

Weiterhin gibt es Anregungen zum Ablauf der Schulung und zu den verwendeten Materialien. Zur Planung der Veranstaltung wird gewünscht, dass eine klare Zeiteinteilung über Beginn und Ende der Module angegeben wird. Nach dieser ersten Schulung sowie den Ergebnissen der einzelnen Module ist es möglich, beim nächsten Seminar die Angaben evtl. im Flyer beizufügen. Darüber hinaus wurde bemerkt, dass an der Kleidung angeheftete Namensschilder vorteilhafter wären. Dadurch können sich die Teilnehmer und Referenten mit Namen ansprechen.

Darüber hinaus wurde, wie auch in den einzelnen Modulen deutlich, die Zeit angesprochen. Weiterhin sind Teilnehmer der Meinung, dass zu wenig Zeit für die einzelnen Module zur Verfügung stand. Ebenfalls äußerten zwei Personen, dass der „Tag zu lang“ sei. Viele Teilnehmer haben jedoch eine größere Anreiseentfernung und da stellt sich die Frage, ob sich das für weniger Seminarzeit lohnt.

Neben diesen Anregungen wurde weiterhin deutlich, dass durch die vielen Kopien die Menge an losen Blättern benutzerunfreundlich ist. Frau Lauterbach und ich diskutierten über diese Situation im Anschluss an die Schulung. Wir einigten uns auf die Möglichkeit eines Seminarordners für jeden Teilnehmer. Diese Idee löst mehrere Probleme auf einmal. Die Seminarteilnehmer haben dadurch alle Unterlagen zusammen und können sie später weiter benutzen. Zudem besteht die Möglichkeit, den Fragebogen in die Mappen zu integrieren und z.B. die Bewertung der Module jedem Vortrag zuzuordnen und anschließend gleich einzusammeln. Der Einsatz von Seminarordnern wird in der nächs-

ten Vorstandssitzung der Alzheimer Gesellschaft e.V. vorgestellt, um rechtzeitig vor der zweiten Schulungsveranstaltung das Nötige vorzubereiten.

Nach der Ausgabe der Teilnahmebestätigungen wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass diese in Optik und Papierqualität nicht ansprechend wirken. Diese Kritik nahm ich sogleich auf und leitete sie an den Vorstand der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. weiter. Zu der nächsten Schulungsveranstaltung werden neue Zertifikate, die dem Anlass und der Qualifizierung entsprechen, ausgeteilt. Diese Verbesserung wurde sogleich angenommen und zeigt die Bereitschaft, gegebene Hinweise schnell aufzugreifen und umzusetzen. Weiterhin war für die Zertifikatübergabe nicht genügend Zeit vorhanden und sie fand ohne Feierlichkeit statt. Durch die Möglichkeit der Teilnehmer, nur einzelne Module zu besuchen ist eine feierliche Zertifikatsübergabe am letzten Tag der Schulung nicht realisierbar. Eine weitere Möglichkeit wäre die Übergabe zu einem späteren Zeitpunkt. Hier ist aber zu bedenken, dass einige Teilnehmer nicht von Erfurt sind und dann diese Übergabe eventuell nicht nutzen. Weiterhin könnten die Zertifikate am Ende jedes Tages ausgeteilt werden, aber dafür muss die Übergabe im Zeitplan integriert sein. Letztendlich wäre eine vierte Variante, die Zertifikate nach der Schulung zu versenden.

Neben diesen Punkten wird folgend die Teilnehmerzahl betrachtet. Im Vergleich vom Konzept der Schulungsreihe „Demenz“ und der Literaturlauswertung wurde deutlich, dass im Konzept keine Teilnehmerzahl festgelegt wurde. Nachdem ständig vom Zeitmangel gesprochen wird und vor allem dadurch keine Gruppenarbeit möglich war, könnte man durch eine Teilnehmerbegrenzung bzw. Teilnehmerreduzierung dafür Platz finden. Bei einer Teilnehmerzahl von 15-20 Personen haben die Referenten die Möglichkeit, die Meinungen, Fragen und Erfahrungen der Ehrenamtlichen intensiv einzubeziehen und mehr praktische Übung mit den Teilnehmern durchzuführen. Dabei ist ebenfalls zu bedenken, dass die Teilnehmerzahl die bestehenden Kosten, wie z.B. Kopiermaterial oder Raummiete deckt.

Wie im Methodenbericht beim empirischen Vorgehen (siehe Kapitel 1.3.2) beschrieben, soll anhand der ersten Schulung der Fragebogen noch einmal auf Aufbau und Inhalt überprüft werden. Zunächst ist zu überlegen, ob am Anfang des Fragebogens ganz allgemein der Status der Teilnehmer abgefragt wird, dass heißt Hauptamtlicher, Ehrenamtlicher oder bevorstehender Ehrenamtlicher bzw. am ehrenamtlichen Engagement Inte-

ressierter. Mit dieser Teilnehmerklärung können die Fragebögen leichter zugeordnet werden und es wird klar, wie die Teilnehmerverteilung ist. Darüber hinaus könnte der Fragebogen beim Einsatz von Seminarmappen integriert werden. Der erste, zweite und vierte Teil (Fragen zur ehrenamtlichen Tätigkeit, Personendaten, Organisation) könnte gleich am ersten Tag eingesammelt werden und die einzelnen Bewertungen nach dem jeweiligen Modul. Somit wird zugleich der Rücklauf abgesichert. Neben diesen Punkten ist es wichtig, dass die Teilnehmer erfahren, dass besonders die offenen Fragen wichtig sind, weil sie die persönlichen Meinungen der Teilnehmer widerspiegeln. Dabei wäre zu überlegen, ob es einen Verantwortlichen für den Fragebogen geben soll, der ihn zu Beginn kurz erklärt und die einzelnen Teile einsammelt.

#### **6.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Zusammenfassend ist die Schulungsreihe „Demenz“ als erfolgreich einzustufen. Alle Module wurden überwiegend positiv bewertet, denn die ermittelten Daten stimmen mehrheitlich mit den Behauptungen überein. Weiterhin benutzten viele Teilnehmer den qualitativen Frageteil, um positive sowie negative Kritik und Verbesserungsvorschläge zu formulieren. Alle genannten Kritiken und Anregungen sind aufgrund der mehrheitlich positiven Resonanz, als Vorschläge für die folgenden Schulungen anzusehen. Organisatorisch sind dagegen einige Gegebenheiten veränderungswürdig, um damit auch den Aufwand während der Schulungen zu optimieren. Folgend nehme ich alle Vorschläge und Anreize der Schulung auf.

#### **6.5 Optimierungsvorschläge für die Schulungsreihe „Demenz“**

Zunächst sollte die Schulungsreihe vor allem im Punkt **Zeitmanagement** überprüft werden. In fast jedem Modul sowie in der Abschlussrunde wurde der Zeitmangel erwähnt. Als erstes ist der zeitliche Umfang zu betrachten, ob vier Tage bleiben sollen oder vielleicht fünf Tage besser sind. Wenn es beim Vier-Tage-Seminar bleibt, ist es ratsam, dass der inhaltliche Umfang noch einmal überdacht wird, um eventuell einige

Punkte zu reduzieren. Weiterhin ist eine Absprache über den zeitlichen Umfang mit den Referenten nötig. Innerhalb der Module muss dabei immer bedacht werden, dass sich die Teilnehmer Zeit für Diskussion und Austausch wünschen.

Darüber hinaus ist darauf zu achten, dass die Handouts mit dem Vortrag/Inhalt übereinstimmen. Weiterhin müssen diese Inhalte an die Teilnehmer angepasst sein, denn es ist eine Schulung für Ehrenamtliche. Das heißt **Fachausdrücke** sind zu vermeiden bzw. zu erklären.

Besonders beim Modul „Rechtliche Grundlagen“ wurde Kritik geäußert. Veränderungsmöglichkeiten wurden in der Auswertung geschildert. Allgemein sollte das Modul „Rechtliche Grundlagen“ im Umfang, besonders der Part **rechtliche Betreuung** überdacht werden. Wichtig ist, dass ein Bezug zum Krankheitsbild Demenz hergestellt wird.

Wie der Auswertung zu entnehmen ist, werden Rollenspiele, Gruppenarbeit und Anschauungsmaterial, als **Verquickung von Theorie und Praxis** in einigen Modulen vermehrt gewünscht. Das sind z.B.:

- Erfahrungsberichte von Ehrenamtlichen oder ein Ehrenamtlicher berichten während der Schulung über ihre Erfahrungen
- Mitbringen von Anschauungsmaterialien
- Ablauf eines Betreuungsnachmittags vorstellen oder Hospitationen

**Organisatorische Vorschläge** sind ausführlich, im Punkt 6.3.9 beschrieben. Mögliche Veränderungen sind:

- Anmeldung: vor der Schulung die Gebühr überweisen, Bescheinigung der „Ehrenamtlichkeit“, Wegbeschreibung sowie inhaltlicher und zeitlicher Ablauf den Interessierten zusenden
- Teilnehmerbegrenzung: 15 bis max. 20 Teilnehmer
- während der Schulung: Namensschilder für alle teilnehmenden Personen, Seminarordner mit Handouts, Materialien und integrierten Fragebögen
- Zertifizierung: Zertifikatsübergabe, Zertifikat in entsprechender Form

Diese Möglichkeiten sind als Vorschläge zu betrachten, die Veränderung liegt im Ermessen der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.

## 7 Engagementförderung durch Soziale Arbeit und Schlussfolgerung

**Sozialarbeit** ist vielgestaltig und erfüllt eine überaus wichtige Rolle in unterschiedlichen Bereichen. An dieser Stelle seien nur die Kinder- und Jugendhilfe sowie die Altenhilfe genannt. In meiner Diplomarbeit habe ich mich auf ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen im ambulanten Bereich konzentriert.

Nach Kraus (2003, S. 39) besteht der zentrale Auftrag der Sozialarbeit im Bereich Altenhilfe darin, sich für die Erhaltung der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung einzusetzen und Sorge für die Integration älterer Menschen in der Gemeinschaft und Gesellschaft zu tragen. Es sind aber nicht nur die Erkrankten selbst, die Unterstützung und Hilfe brauchen, sondern auch die pflegenden Angehörigen (siehe Kapitel 2).

In den letzten Jahren wurden deutschlandweit zunehmend niedrigschwellige Betreuungsangebote aufgebaut, die seit 2002 im PfIEG gesetzlich verankert sind. Diese Angebote beruhen vor allem auf sozialem Engagement und sind ohne Ehrenamt nicht umsetzbar. Zudem ist ein großer Teil der Bevölkerung dazu bereit, sich ehrenamtlich zu engagieren (Freiwilligensurvey 1999). Genau an dieser Bereitschaft muss Soziale Arbeit ansetzen, um das Ehrenamt zu fördern. Darüber hinaus sind Soziale Arbeit und Ehrenamt geschichtlich sehr eng miteinander verbunden. Für die Soziale Arbeit insgesamt ergibt sich daraus aber zwingend, die Aufgaben von Profession und freiwilligen Engagement u. a. durch die Schaffung entsprechender Strukturen klar zu trennen. „Helfen wurde nie vollständig verberuflicht und kann es auch nie werden.“ (Nadai u.a. 2005, S. 165).

Grundsätzlich ist, wie Rosenkranz und Weber argumentieren, zu beachten, dass der Einsatz von Freiwilligen eine Ergänzung ist mit einem qualitativ eigenständigen Beitrag, wovon Professionelle und Ehrenamtliche profitieren (2002, S. 7). Diese Aussage macht auch den Wandel im Ehrenamt deutlich. Es sind nicht mehr ausschließlich die altruistischen Motive, sondern zunehmend spielen der eigene Nutzen sowie die Kompetenzerweiterung eine Rolle. Das bedeutet, dass die Ehrenamtlichen selbst Beteiligte im

Prozess der Hilfe sind und selbständig bestimmt Entscheidungen treffen können (wie im Kapitel 4.1 beschrieben). Somit treten auch Veränderungen im Aufgabenspektrum für die Soziale Arbeit auf. Nach Pott und Wittenius (2002, S. 51ff.) sind in Zukunft berufliche Aufgaben für soziale Fachkräfte:

- Entwicklung von sinnvollen und flexiblen Betätigungsmöglichkeiten (auch gemeinsam mit Ehrenamtlichen)
- Kontaktgespräche mit Interessierten führen
- zur Eigeninitiative anregen
- Organisation der Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen

Darüber hinaus formuliert die Fachliteratur Handlungsempfehlungen, wie Soziale Arbeit und Ehrenamt zusammenarbeiten. Außerdem soll die Zusammenarbeit mit Freiwilligen zum festen Bestandteil der Qualitätsmanagementsysteme gehören (Pott, Wittenius 2002, S. 59). Kriterien, die zu einer guten Organisation gehören und Engagement fördern, sind nach Pott und Wittenius (ebd., S. 59ff.):

1. die Einrichtung muss auf das Anliegen ausgerichtet sein (Philosophie)
2. personelle Verantwortung (Klärung der Zuständigkeit)
3. hauptamtliche Tätige als Mitstreiter für bürgerschaftliches Engagement gewinnen
4. geeignete Aufgaben der Freiwilligen planvoll ermitteln und beschreiben
5. Aufgabenbeschreibungen mit Anforderungen an die Ehrenamtlichen
6. Festlegung und Beschreibung ihrer Entscheidungs- und Handlungsspielräume
7. Einbeziehung der Ehrenamtlichen in das betriebliche Informations- und Kommunikationssystem
8. Qualifizierungsangebote
9. Anerkennung der Ehrenamtlichen ist im System der Einrichtung festgelegt
10. Gespräche → Erstgespräch, Einführungsgespräch, begleitende Kontaktgespräche
11. Klärung rechtlicher Fragen, wie Unfall- und Haftpflichtversicherung, Aufwandsentschädigung, Anerkennungshonorare

Um Engagement in seiner Gesamtheit zu fördern, sollen alle Mitarbeiter der betreffenden sozialen Bereiche konsequent hinter der Forderung nach Einbeziehung und Beteili-

gung von Ehrenamtlichen stehen. Wichtig ist, dass sowohl die Anforderung an die Ehrenamtlichen als auch deren Aufgaben konkret festgelegt sind. Nur so kann der Einsatz von Ehrenamt sinnvoll, das heißt im Interesse der Hilfebedürftigen sein.

Wenn Möller (2002, S. 11) darauf hinweist, dass professionelle Sozialarbeit Bürgerengagement sehr wohl unterstützen, aber auch überformen, behindern und verfremden kann, dann heißt das:

- Soziale Arbeit ist immer Arbeit mit und für Menschen.
- Soziale Arbeit ist aktiv bei der Gestaltung von Bürgerengagement beteiligt.
- Der Erfolg von Sozialer Arbeit hängt im hohen Maße davon ab, ob und wie es gelingt, dass Unterstützung individuell zugeschnitten ist und alle Beteiligten (Haupt- und Ehrenamtliche) an „einem Strang ziehen“.
- Das Handeln Sozialer Arbeit ist auf Fachwissen gestützt.
- Die Auswahl und Qualifizierung von ehrenamtlichen Helfern auf konzeptioneller Basis sowie die eindeutige und klare Trennung der Aufgaben sind Grundvoraussetzungen für eine effektive und auf hohem Niveau funktionierende Soziale Arbeit.

Nachdem der Bezug der Sozialen Arbeit zum bürgerschaftlichen Engagement hergestellt wurde, folgen an dieser Stelle **Schlussfolgerungen der Diplomarbeit**. Das heißt, auf die in der Einleitung aufgeworfenen Fragen einzugehen, die eigenen Erkenntnisse darzustellen und Kritik zu äußern. Die beiden Hauptanliegen sind:

- Welche Herausforderungen und Kernelemente beinhalten ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen in der Häuslichkeit?
- Entspricht die Konzeption der Schulung den Anforderungen der erarbeiteten Literatur und welche Verbesserungsvorschläge der Beteiligten der Schulungsreihe „Demenz“ können realisiert bzw. umgesetzt werden?

Ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger demenziell erkrankter Menschen im ambulanten Bereich werden in Deutschland vor allem durch niedrigschwellige Betreuungsangebote umgesetzt. Für die Angehörigen wird eine Möglichkeit geschaffen, aufgrund der hohen physischen und psychischen Belastung bei der



Pflege ihrer demenzkranken Angehörigen eine Auszeit zu nehmen. Die Inanspruchnahme von niedrighschwelligem Angeboten ist oftmals der erste Schritt für die Angehörigen, Hilfe zu bekommen. Diesem Öffnungsprozess folgen später oft weitere Hilfen, wie beispielsweise ambulante Pflegedienste. Die große Herausforderung besteht darin, die Scheu und den falschen Scham der pflegenden Angehörigen zu überwinden und sich für Hilfe von außen zu öffnen. Hier hat die Arbeit der Ehrenamtlichen eine Schlüsselqualifikation. Um sie darauf vorzubereiten, müssen sie geschult und fachlich begleitet werden.

Die bearbeitete Literatur (Kapitel 4) belegt, dass Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen nur dann funktioniert, wenn eine intensive Vorbereitung nach entsprechendem Konzept in der Einrichtung erfolgt und die Einrichtung voll und ganz hinter dem Ehrenamt steht. Neben den festgeschriebenen Rahmenbedingungen ist die qualifizierte Fachkraft für den Erfolg des Angebotes mit verantwortlich. Durch den Beginn der Einführung solcher Projekte rückt jetzt verstärkt der Anspruch „ambulant vor stationär“ in den Vordergrund. In Zukunft müssen die niedrighschwelligem Angebote flächendeckend geschaffen werden.

Bei den vorgestellten Beispielen der Schulungen in der recherchierten Literatur treten für mich einige Fragen auf: Warum wird in zwei Projekten kein Modul Beschäftigung und Betreuung in der Basisqualifikation angeboten? Ist Validation im Grundseminar (Erstschulung) zu verstehen und anschließend in der Betreuungspraxis umsetzbar? Bei der ersten Frage gibt es für mich einen Widerspruch. Bei den Zielen niedrighschwelliger Betreuungsangebote geht es neben Entlastung der Angehörigen auch um eine Aktivierung und Förderung des demenziell erkrankten Menschen. Wird kein Bezug auf die Möglichkeiten der Beschäftigung genommen, fehlen nicht-praxis-erfahrenen Ehrenamtlichen die grundsätzlichen Bausteine, wie eine Betreuung gestaltet werden kann und was dabei zu beachten ist. Bei der zweiten Frage ist es zweifelhaft, ob es möglich ist, gleich zu Beginn der ehrenamtlichen Aktivität die Validation umzusetzen.

Neben diesen theoretischen Inhalten war der zweite zentrale Auftrag, die Schulungsreihe „Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. mit der recherchierten Literatur zu vergleichen. Das Konzept entspricht den Anforderungen der erarbeiteten Literatur und befasst sich mit allen Themen, die für eine Schulung wichtig sind. Zudem ermög-

licht der modulare Aufbau der Schulungsreihe, dass dem individuellen Fortbildungsbedarf, der sich während der ehrenamtlichen Tätigkeit herauskristallisiert mit Tagesschulungen zu den jeweiligen Inhalten entgegnet werden kann. Darauf aufbauend sind durch die Evaluation der Schulungsreihe zentrale Ergebnisse entstanden. Insgesamt waren die Teilnehmer mit der Qualifizierung sehr zufrieden und es wurden alle Module überwiegend positiv bewertet. Bei ihrer Gestaltung kam es vor allem im Zeitmanagement zu Schwierigkeiten. Dabei wäre eine Möglichkeit, die Schulung um einen Tag verlängern. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass dadurch zukünftig mehr Zeit für praxisnahe Übungen eingeplant werden kann und insbesondere Raum für verschiedene Methoden, wie Rollenspiele besteht. Die im Kapitel 6.3.9 erarbeiteten Vorschläge der Organisation für spätere Schulungen möchte ich an dieser Stelle noch einmal unterstreichen, wie beispielsweise das Anmeldeverfahren.

Zusammenfassend wird für mich ersichtlich, dass in Zukunft die Beteiligung von Ehrenamt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen eine zentrale Rolle spielen wird. Die Organisation, Vorbereitung und Umsetzung sind dabei die Aufgaben der Sozialen Arbeit. Vor allem eine adäquate Qualifizierung trägt dazu bei, den Ehrenamtlichen zu zeigen, was bei einer Betreuung beachtet werden muss und zu welchen fatalen Folgen es z.B. bei Situationsverkennungen kommen kann. Darüber hinaus geht es nicht nur um die Betreuung des Demenzkranken, Ehrenamtliche müssen ausgehend vom Verständnis des Krankheitsbildes sowohl mit dem Demenzkranken als auch mit den Angehörigen umgehen und kommunizieren können.

Folgendes Zitat drückt die Wichtigkeit von Ehrenamt aus:

„In der Betreuung und Begleitung Demenzerkrankter kann (besser: darf) weder heute noch in Zukunft auf ehrenamtliches Engagement verzichtet werden.“ (Reinhard 1999, S. 137).

## 8 Zusammenfassung

Ehrenamt ist so aktuell wie nie zuvor und ehrenamtliche Hilfen zur Unterstützung pflegender Angehöriger im ambulanten Bereich gewinnen an Bedeutung. Die zunehmende Anzahl demenzerkrankter Menschen fordert somit auch immer mehr pflegende Angehörige. Die Pflegenden benötigen ebenso wie die Demenzkranken Hilfe und Unterstützung. Darauf zielen niedrigschwellige Betreuungsangebote, die sich besonders an der jeweiligen häuslichen Situation orientieren. Eine unkomplizierte Zugänglichkeit schafft die Chance, dass sich die oft sehr belasteten Angehörigen darauf einlassen. Diese Angebote werden von geschulten ehrenamtlichen Helfern unter Anleitung von Fachkräften ausgeübt und schaffen für die Pflegenden eine zeitliche Entlastung. Damit die Qualität von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gesichert ist, sind gesetzliche Rahmenbedingungen einzuhalten. Nach diesen Kriterien werden zunehmend mehr niedrigschwellige Betreuungsangebote ins Leben gerufen, die jedoch zurzeit noch nicht flächendeckend in Deutschland sind. Die gegenwärtig laufenden Projekte konzentrieren sich unter anderem auf die Qualifizierung von ehrenamtlich Engagierten. Die Schulungen beinhalten die Vermittlung des Krankheitsbildes Demenz, die Situation der pflegenden Angehörigen, Kommunikation und Umgang mit den Demenzkranken, Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung, Pflege und Recht. Zudem konnten zahlreiche Erfahrungen mit Akzeptanz und Umsetzung der Angebote, mit den Anforderungen von Ehrenamtlichen und deren Gewinnung sowie mit Ergebnissen und Wirkungen gemacht werden.

Ausgehend von der erarbeiteten Literatur wurde das Konzept der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. mit dieser Literaturlauswertung verglichen. Die Schulung beinhaltet alle zentralen Themen mit einer Mischung aus Theorie und Praxis. Sie fand erstmalig im April 2006 statt mit der Aufgabe, diese Qualifizierung im Zusammenhang mit der vorliegenden Diplomarbeit zu evaluieren und anschließend zu optimieren. Ausgehend von der Literatur wurden Vorschläge von den Teilnehmern und den Referenten einbezogen. Abschließend wird der Bezug zu Sozialer Arbeit hergestellt sowie Schlussfolgerungen der Diplomarbeit formuliert.

## Quellenverzeichnis

**Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.** (2002). Satzung der Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. Erfurt.

**Bayer-Feldmann, Claudia** (2006). Das Wichtigste. Die Entlastung pflegender Angehöriger. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Berlin. [http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no\\_cache=1&file=13&uid=224.de](http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1&file=13&uid=224.de) am 20.02.2006.

**BMFSFJ** (2002). Vierter Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen und Stellungnahme der Bundesrepublik. Berlin. <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/publikationsliste,did=5362.html> am 24.01.2006.

**BMGS** (2003). Der Dritte Pflegebericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. o. O.

**Breidert, Ute** (2000). Demenz–Pflege-Familie. Hilfen zur Bewältigung emotionaler Belastungen in der ambulanten Pflege. Stuttgart, Berlin, Köln.

**Büchner, Dorit, Dobenecker, Petra, Engelhard, Hans-Peter, Fütterer, Sigrun, Georgi, Christa, Holitschke, Ulrike, Kalthoff, Heidi, Keck, Waltraut, Preuß, Kerstin, Schmidt, Roland, Schönfeld, Heidrun, Spittel, Sabine, Sydow, Chritoph, Wieland, Willi** (2001). Memorandum. Probleme und Perspektiven der Versorgung von Demenzkranken in Thüringen. Erfurt.

**Daßler, Michael, Felske, Yvonne, Geisthardt, Katharina, Kampik, Caroline, Lauterbach, Chritiane, Müller, Dorit, Schmidt, Roland, Seugling, Christine** (2005). Niedrigschwellige Betreuungsangebote in Thüringen: Angebotsstruktur und Implementationserfahrungen. Erfurt.

**Dilling, Horst, Mombour, Werner, Schmidt, Martin H.** (2004). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

**Enquete Kommission** (2002). Enquete Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag. Opladen.

**Förstel, Hans, Maelicke Alfred, Weichel, Claus** (2005). Demenz. Taschenatlas spezial. Stuttgart.

**Forum Altenhilfe** (2003). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Forum Sozialstation** (2004). Profis ergänzen, nicht ersetzen – Unterstützung für Angehörige: Ehrenamtliche helfen bei der Betreuung Demenzkranker. Forum Sozialstation, 28. Jg. (2004), H. 130, S. 26–27.

**Gräbel, E.** (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31 (1998), H. 1, S. 57–62.

**Gräbel, Elmar, Schirmer, Barbara** (2003). Freiwillige Helferinnen und Helfer in der stundenweisen häuslichen Betreuung von Demenzkranken – Zwischenergebnisse einer prospektiven Studie und Ergebnisse einer retrospektiven Studie. Pflege, 16. Jg. (2003), H. 4, S. 216–221.

**Grond, Erich** (2002). Demenz. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main. S. 196.

**Gröning, Katharina** (2005). In guten wie in schlechten Tagen – zum Verhältnis von professioneller und ehrenamtlicher Arbeit in der Pflege demenziell Erkrankter. Nightingale, 4. Jg. (2005), H. 2, S. 16-21.

**Gutzmann, Hans, Zank, Susanne** (2005). Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart.

**Heiner, Maja** (2002). Evaluation. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main. S. 301-302.

**Hejda, Matthias** (2002). Was belastet Angehörige dementierender alter Menschen? In: Schnepf, Wilfried (Hrsg.). Angehörige pflegen. Bern. S. 197–218.

**Herweck, Rudolf** (2003). Neue Wege in der Altenhilfe. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Hiersch, Th., Hayder, D., Borger, M.** (2004) Den Angehörigen im Blick. Für einen verständnisvollen Umgang mit pflegenden Angehörigen. Teil I. Pflegen Ambulant, 15. Jg. (2004), H. 5, S. 19–21.

**Jansen, Sabine** (2002). Nicht-ärztliche Versorgungsformen. In: Hallauer, Johannes F., Kurz, Alexander (Hrsg.). Weißbuch Demenz. Stuttgart. S. 74–77.

**Kannen, Waltraud** (2004). Ehrenamtliche Betreuung Demenzkranker – Kursleiter Handbuch. Breisgau.

**Kirchhoff, Sabine, Kuhnt, Sonja, Lipp, Peter, Schlawin, Siegfried** (2003). Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. Opladen.

**Klaes, Lothar, Raven, Uwe, Reiche, Ralf, Schüler, Gerhard, Potthoff, Peter, von Törne, Ingolf, Schneekloth, Ulrich** (2004). Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Bundesmodellprogramm. BMFSJ (Hrsg.). Berlin.

**Klie, Thomas** (2005). Pflegeversicherung. Hannover.

**Klostermann, Jutta** (2004). Den Angehörigen im Blick. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Teil II. Pflegen Ambulant, 15. Jg. (2004), H. 6, S. 21–22.

**Knauf, Antje Franziska** (2004). Demenz und pflegende Angehörige – Eine Intervention zur Steigerung der Lebensqualität von pflegenden Angehörigen. Dissertation. Weingarten.

**Knauf, Antje Franziska** (2005). Tandem – häusliche Unterstützung für Angehörige von Menschen mit Demenz. In: Berghaus, Helmut C, Bermond, Heike, Milz, Heike (Hrsg.). Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen für ältere Menschen mit Behinderung – eine unlösbare Herausforderung? Köln. S. 136–149.

**Kramer, David, Zippel, Christian** (2003). Demographische Grundlagen und Entwicklungen oder der Weg weg von der Pyramide. In: Zippel, Christian, Kraus, Sibylle (Hrsg.). Soziale Arbeit mit alten Menschen, Berlin. S. 17-32.

**Kraus, Sybille** (2003). Rolle und Selbstverständnis von Sozialarbeit in der Altenhilfe. In: Zippel, Christian, Kraus, Sibylle (Hrsg.). Soziale Arbeit mit alten Menschen. Berlin. S. 33-41.

**Kröger, Christiane, Phillip-Metzen, H. Elisabeth** (2005). Freiwillige Helfer gesucht – Betreuung von Demenzerkrankungen. Häusliche Pflege, 15. Jg. (2005), H. 10, S. 22–29.

**Laade, Horst** (2003). Möglichkeiten und Grenzen ehrenamtlicher Betreuung von Demenzkranken – Erfahrungen aus der Praxis. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Landesinitiative Demenz-Service NRW** (2005a). Rahmenempfehlung zur Weiterentwicklung von Schulungskursen für freiwillig Engagierte in niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW – Dokumentation eines Workshops am 10. und 11. Dezember 2004 in Paderborn. Köln. [http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band\\_4.pdf](http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band_4.pdf) am 25.02.2006.

**Landesinitiative Demenz-Service NRW** (2005b). Freiwillige Hilfen für Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in niedrigschwelligen Hilfe- und Betreuungsangeboten in NRW“- Dokumentation einer Fachtagung am 30.11.2004 in Duisburg. Köln. [http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band\\_4.pdf](http://www.demenz-service-nrw.de/files/bilder/veroeffentlichungen/Band_4.pdf) am 25.02.2006.

**Lauterbach, Christiane** (2006a) Sachbericht: Modellprojekt zur Überwindung der Implementierungsprobleme des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes nach § 45c Abs. 6 SGB XI. Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. Erfurt.

**Lauterbach, Christiane** (2006b). Konzept Schulungsreihe „Demenz“. Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V. Erfurt.

**Martin, Mike, Schelling, Hans Rudolf** (2005). Demenz in Schlüsselbegriffen. Grundlagen und Praxis für Praktiker, Betroffene und Angehörige. Bern.

**MDS** (2002). Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. o.O. [http://mds-ev.org/pflegevers/pflegebegutachtung/020801%20PEA\\_Verfahren%20BMA-genehmigt.pdf](http://mds-ev.org/pflegevers/pflegebegutachtung/020801%20PEA_Verfahren%20BMA-genehmigt.pdf) am 21.02.2006.

**Möller, Kurt** (2002). Auf dem Weg in die Bürgergesellschaft? Soziale Arbeit als Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements. Opladen.

**Nadai, Eva, Sommerfeld, Peter, Bühlmann, Felix, Krattiger, Barbara** (2005). Fürsorgliche Verstrickung. Soziale Arbeit zwischen Profession und Freiwilligenarbeit. Wiesbaden.

**Philipp-Metzen, H. Elisabeth** (2004). Freiwilliges Engagement in häuslichen Pflegearrangements bei Demenz. NDV, 84. Jg. (2004), H. 11, S. 378-380.

**Pilgrim, Konstanze, Tschainer, Sabine** (1998). Für ein paar Stunden Urlaub. Die stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger von Demenzkranken durch freiwillige HelferInnen. Nürnberg.

**Pinquart, Martin und Sörensen, Silvia** (2005). Belastungen pflegender Angehöriger. Einflussfaktoren und Interventionsansätze. In: Otto, Ulrich und Bauer, Petra (Hrsg.). Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten, Band 1. Tübingen. S. 617–635.

**Plümpe, Johannes** (2004). Bürgerschaftliches Engagement macht's möglich – niedrigschwellige Betreuungsangebote für Menschen mit Demenz. Forum Sozialstation, 28. Jg. (2004), H. 129, S. 18–20.

**Pott, Ludwig, Wittenius, Ullrich** (2002) Qualitätsmanagement in der Zusammenarbeit mit Freiwilligen. In: Rosenkranz Doris, Weber, Angelika (Hrsg.). Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. Weinheim, München. S. 51–62.

**Rauschenbach, Thomas** (2001). Ehrenamt. In: Otto, Hans-Uwe, Thiersch, Hans (Hrsg.). Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. Neuwied, Kriftel, Luchterhand, S. 344-360.



**Rauschenbach, Thomas** (2002). Ehrenamtlich/freiwillige Tätigkeit im sozialen Bereich. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Fachlexikon der sozialen Arbeit. Frankfurt am Main. S. 240-243.

**Raven, Uwe, Kricheldorf, Cornelia** (2003). Unterstützungsleistung für Familie bzw. die pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Re, Susanna, Wilbers, Joachim** (2004). Versorgung demenzkranker Menschen. In: Kruse, Andreas, Martin, Mike (Hrsg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. S. 506–518.

**Reiche, Ralf, Haas, Birgit** (2003). Offene Hilfen in der Betreuung Demenzkranker. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Reinhard, Harald** (2000). Die Rolle des Ehrenamtes bei der Versorgung Demenzkranker am Beispiel Samariterstift Leonberg. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.). Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Berlin.

**Rosenblatt, Bernhard** (2001). Freiwilliges Engagement in Deutschland - Freiwilligen-survey 1999. Stuttgart, Berlin, Köln.

**Rosenkranz Doris, Weber, Angelika** (2002). Freiwilligenarbeit. Einführung in das Management von Ehrenamtlichen in der Sozialen Arbeit. Weinheim, München.

**Schacke, C., Zank, S.** (1998). Zur familiären Pflege demenzkranker Menschen: Die differenzierte Bedeutung spezifischer Belastungsdimensionen für das Wohlbefinden der Pflegenden und die Stabilität der häuslichen Pflegesituation. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31 (1998), H. 5, S. 355-360.

**Schmidt, Tanja-Aletta, Wolff, Birgit** (2004). Schulung von ehrenamtlichen bzw. freiwilligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Landesvereinigung für niedrigschwellige Betreuungsangebote in Niedersachsen. [http://195.37.203.38/ wwwiracerehrenamt/ in-](http://195.37.203.38/wwwiracerehrenamt/in-)

dex.cfm?uuid=78F71528CF3D4DBC85A4CB50C1 CAB26F &pad=74&index=nied.  
28.02.2006.

**Schneider, Martin** (2003). Erhöhung demenzbezogener Handlungskompetenz bei freiwillig Engagierten. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Schrön, Judith** (2005). Niedrigschwellige Betreuungsleistungen für Menschen mit Demenz nach §45c SGB XI – Konzeptionelle Anforderungen und Umsetzungsoptionen. Schwarzhausen. S. 118–132.

**Schüler, Gerhard** (2003). Die Lösungswege im Modellprojekt „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ – ein Überblick. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

**Seidel, Gisela** (2003). Freiwilligenarbeit, Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement. In: Zippel, Christian, Kraus, Sibylle (Hrsg.). Soziale Arbeit mit alten Menschen. Berlin. S. 159-173.

**Statistisches Bundesamt Deutschland** (2003). 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden. [http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bev\\_svg\\_var.php](http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bev_svg_var.php) am 20.02.2006.

**Tews, Bernd** (2003). Eine Leistungslücke schließen. Pflegedienste können mit niedrigschwelligen Betreuungsleistungen ihr Dienstleistungsangebote ausbauen. Häusliche Pflege, H. 1/2003, S. 16–20.

**Thüringer Verordnung** über die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Förderung von Modellvorhaben nach § 45c Absatz 6 des Elften Sozialgesetzbuches. o.O. <http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tmsfg/abteilung3/2.pdf> am 20.02.2006.

**Tschainer, Sabine** (2004). Helferkreis für Demenzkranke – Ehrenamtliche Entlastung für Angehörige. In: Glück, Alois, Magel, Holger, Röbbke, Thomas (Hrsg.). Neue Netzwerke des Bürgerschaftlichen Engagements. Heidelberg, München, Berlin.

**Vogel, Georg** (2001). Mehr Betreuung für demenziell Erkrankte. Häusliche Pflege, 10. Jg. (2001), H. 11, S. 34–36.

**Wendt, Sabine** (2002). Neue Leistungen für die häusliche Pflege nach dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz. PflegeRecht, 6. Jg. (2002), H. 9, S. 307–313.

**Wilz, Gabriele, Adler, Corinne und Gunzelmann, Thomas** (2001). Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

**Wolff, Birgit** (2004). Niedrigschwellige Betreuungsleistungen schließen eine Versorgungslücke. Einstieg in ein wichtiges Angebot. Häusliche Pflege, 13. Jg. (2004) H. 9, S. 14–19.

**Zank, Susanne** (2003). Zur Dynamik von Ehrenamtlichkeit und Professionalität aus Sicht der Altersforschung. In: Forum Altenhilfe (Hrsg.). Ehrenamtlichkeit und Professionalität bei der Betreuung Demenzkranker - Ergebnisse einer Arbeitstagung. 3. Jg., o.O.

# Anhang

<b>Thüringer Verordnung</b>	<b>II</b>
<b>Fragen zur Literaturlauswertung</b>	<b>V</b>
<b>Fragebogen der Schulungsreihe „Demenz“</b>	<b>VII</b>
<b>Qualitative Ergebnisse der Module</b>	<b>XX</b>
Modul „Demenz“	XX
Modul „Situation der pflegenden Angehörigen“	XX
Modul „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“	XXI
Modul „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“	XXI
Modul „Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung“	XXII
Modul „Rechtliche Grundlagen“	XXII
Modul „Pflegehilfen“	XXIII
Modul „Begleitung und Abläufe der Betreuung“	XXIII

# **Thüringer Verordnung**

## **über die Anerkennung und Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie die Förderung von Modellvorhaben nach § 45b Abs. 3 und § 45c Abs. 6 des Elften Buches Sozialgesetzbuch**

**Vom ...**

Aufgrund des § 45b Abs. 3 Satz 2 und des § 45c Abs. 6 Satz 4 des Elften Buches Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014 - 1015), zuletzt geändert durch Artikel 212 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304), und des § 7 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 des Verkündigungsgesetzes vom 30. Januar 1991 (GBl. S. 2) verordnet die Landesregierung:

### § 1

#### Niedrigschwellige Betreuungsangebote

(1) Als niedrigschwellige Betreuungsangebote im Sinne des § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI können auf schriftlichen Antrag Angebote anerkannt werden, in denen ehrenamtliche Helfer unter pflege fachlicher Anleitung die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung von Pflegebedürftigen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen in Gruppen oder im häuslichen Bereich übernehmen oder pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Die Angebote müssen die Linderung von Folgen der Einschränkung der Alltagskompetenz zum Ziel haben und sich an diejenigen Pflegebedürftigen richten, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung nach § 45a Abs. 1 Satz 2 SGB XI solche Einschränkungen infolge ihrer Krankheit oder Behinderung festgestellt hat.

(2) Als niedrigschwellige Betreuungsangebote für die in Absatz 1 genannten Pflegebedürftigen kommen insbesondere in Betracht

1. Betreuungsgruppen,
2. ehrenamtliche Helferkreise zur stundenweisen Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich,
3. Tagesbetreuung in Kleingruppen,
4. Einzelbetreuung durch anerkannte ehrenamtliche Helfer,
5. Agenturen zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige,
6. familienentlastende Dienstleistungen und
7. sonstige Angebote, die zu einem längeren Verbleib des Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit oder im Betreuten Wohnen beitragen.

### § 2

#### Anerkennung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

(1) Die Anerkennung eines niedrigschwelligen Betreuungsangebots setzt voraus, dass der Antragsteller ein Konzept zum Betreuungsangebot und dessen Qualitätssicherung vorlegt, das folgende Anforderungen erfüllt:

3. Der Antragsteller trifft Aussagen zur Anzahl der Betreuer im Verhältnis zur Anzahl der Betreuten.
4. Das Betreuungsangebot ist auf Dauer ausgerichtet.
5. Die Betreuung muss regelmäßig und verlässlich angeboten werden; dabei ist anzustreben, dass das niedrigschwellige Betreuungsangebot mindestens einmal je Woche zumindest drei Pflegebedürftige erreicht oder die Einzelbetreuung von Pflegebedürftigen an mindestens drei Tagen je Woche ermöglicht wird.
6. Die wesentlichen Inhalte des Betreuungsangebots müssen beschrieben werden.
7. Die Schulung und Fortbildung der ehrenamtlichen Helfer erfolgt, ausgerichtet auf das jeweilige Betreuungsangebot, durch eine Fachkraft und vermittelt insbesondere folgende Inhalte:
  - a) Basiswissen über Krankheitsbilder, Behinderungsarten, Behandlungsformen und Pflege der zu betreuenden Menschen,
  - b) die allgemeine Situation der pflegenden Person,
  - c) Umgang mit den Erkrankten und zu Betreuenden, insbesondere Erwerb von Handlungskompetenzen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wie Aggression und Widerständen,
  - d) Methoden und Möglichkeiten der Betreuung und Beschäftigung sowie
  - e) Kommunikation und Gesprächsführung.

(2) Die ehrenamtlichen Helfer werden von einer Fachkraft angeleitet, die entsprechend dem Betreuungsangebot über Erfahrungen und Wissen im Umgang mit den zu betreuenden Menschen verfügen soll. Der Fachkraft obliegt die fachliche und psychosoziale Anleitung, Begleitung und Unterstützung der ehrenamtlichen Helfer sowie die Durchführung von regelmäßigen sowie fallbezogenen Teambesprechungen.

(3) Als Fachkräfte kommen je nach Zielgruppe der Pflegebedürftigen und Betreuten folgende Berufsgruppen in Betracht:

1. Krankenschwestern und Krankenpfleger,
2. Altenpfleger,
3. Heilerziehungspfleger,
4. Heilpädagogen oder
5. Sozialpädagogen.

Die Eignung anderer Berufsgruppen ist im Einzelfall zu prüfen.

(4) Das niedrigschwellige Betreuungsangebot muss die Bereitstellung von für den Bedarf der Zielgruppe angemessenen Räumlichkeiten und Ausstattungen sowie den Nachweis eines ausreichenden Versicherungsschutzes, der den mit der Betreuung des betreffenden Personenkreises verbundenen Gefährdungen und Risiken Rechnung trägt, beinhalten.

(5) Der Antragsteller verpflichtet sich, der zuständigen Behörde jährlich, spätestens bis zum 1. April, einen formularmäßigen Tätigkeitsbericht über den Vorjahreszeitraum vorzulegen, der insbesondere Auskunft über die Zahl und die Art der übernommenen Betreuungen sowie über die eingesetzten hauptamtlichen Kräfte und ehrenamtlichen Helfer gibt.

(6) Die Anerkennung des niedrigschwelligen Betreuungsangebots begründet keinen Anspruch des Antragstellers auf eine öffentliche Förderung.

(7) Sofern die Voraussetzungen für eine Anerkennung nicht mehr vorliegen, kann die Anerkennung durch die zuständige Behörde widerrufen werden. Hiervon sind die Verbände der Pflegekassen unverzüglich zu unterrichten.

### § 3

#### Gegenstand der Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote

(1) Gefördert werden vorrangig Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Helfer sowie Personal- und Sachausgaben, die durch die Wahrnehmung folgender Aufgaben entstehen:

1. Koordination und Organisation der Hilfen,
2. fachliche Anleitung,
3. Schulung und Fortbildung der ehrenamtlichen Helfer und
4. kontinuierliche fachliche Begleitung und Unterstützung durch Fachkräfte.

(2) Die Förderung soll die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterstützen und bereits geförderte Einrichtungen nachhaltig sichern. Vorrang in der Förderung haben der Auf- und Ausbau neuer Angebote, um eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung zu erreichen. Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements sind mit Vorrang zu fördern.

(3) Die Fördermittel werden regelmäßig für ein Kalenderjahr bewilligt.

### § 4

#### Gegenstand der Förderung von Modellvorhaben

(1) Modellvorhaben, mit denen neue Versorgungskonzepte und -strukturen insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige erprobt werden, können gefördert werden. Dabei sollen alle Möglichkeiten einer stärker integrativ ausgerichteten Versorgung Pflegebedürftiger sowie einer wirksamen Vernetzung aller für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen in einzelnen Regionen ausgeschöpft werden.

(2) Die Förderung ist vorrangig auf ambulante Hilfen auszurichten. Insbesondere unter dem Aspekt der Vernetzung können auch stationäre Angebote einbezogen werden.

(3) Durch die Förderung von Modellvorhaben soll insbesondere eine bessere Versorgung demenzkranker Pflegebedürftiger angestrebt und eine wirksame Vernetzung der Versorgungsangebote in einer Region erprobt werden.

(4) Für die Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen, die allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards entspricht und Auskunft über das Erreichen der mit dem Modellvorhaben verfolgten Ziele sowie über die Auswirkungen auf Qualität und Kosten der Versorgung gibt.

(5) Modellvorhaben werden in der Regel für drei Jahre gefördert, in Ausnahmefällen bis zu fünf Jahre.

## § 5

### Umfang und Verfahren der Förderung

(1) Die Zuwendung des Landes erfolgt nach Maßgabe des Landeshaushaltes und wird in Form eines nicht rückzahlbaren Zuschusses als Projektförderung im Wege der Anteilfinanzierung gewährt. Sie kann bis zu 50 v.H. der Aufwandsentschädigungen für die ehrenamtlichen Helfer sowie der Personal- und Sachausgaben nach § 3 Abs. 1 betragen.

(2) Förderanträge sind von dem für das niedrigschwellige Betreuungsangebot oder das Modellvorhaben Verantwortlichen schriftlich an die zuständige Behörde zu richten.

(3) Aus dem Förderantrag muss hervorgehen, ob und in welchem Umfang Mittel der Arbeitsförderung unter dem Vorbehalt der Sicherstellung der Gesamtfinanzierung zugesagt wurden.

(4) Die Entscheidung über die Förderung ist im Einvernehmen mit den zuständigen Stellen der Landesverbände der Pflegekassen zu treffen.

(5) Die zuständige Behörde informiert das Bundesversicherungsamt über die Entscheidung und über die Höhe der verbindlich zugesagten Fördermittel des Landes und der Arbeitsförderung. Die Mittel der Arbeitsförderung oder des Landes sowie die Mittel der Pflegekassen werden jeweils in eigener Zuständigkeit dem für das niedrigschwellige Betreuungsangebot oder für das Modellvorhaben Verantwortlichen zugewiesen.

(6) Der Antragsteller ist verpflichtet, spätestens bis zum 1. April des Folgejahres den Verwendungsnachweis vorzulegen. Der Sachbericht hat insbesondere Auskunft über die Zahl und die Art der übernommenen Betreuungen sowie über die eingesetzten hauptamtlichen Kräfte und ehrenamtlichen Helfer zu geben. Bei der Erstellung des Sachberichts kann der Tätigkeitsbericht nach § 2 Abs. 5 zugrunde gelegt werden.

## § 6

### Zuständige Behörde

Das Landesamt für Soziales und Familie ist zuständige Behörde für die Anerkennung von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI sowie die Rücknahme und den Widerruf der Anerkennung. Gleichzeitig ist das Landesamt für Soziales und Familie zuständige Behörde für die Förderung niedrigschwelliger Betreuungsangebote sowie von Modellvorhaben.

## § 7

### Gleichstellungsbestimmung

Status- und Funktionsbezeichnungen in dieser Verordnung gelten jeweils in männlicher und weiblicher Form.

## § 8

### In-Kraft-Treten, Außer-Kraft-Treten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2004 in Kraft und am 31. Dezember 2008 außer Kraft.

## Fragen zur Literaturlauswertung

---

**Quellenangabe:** (Name des Autors, Titel, Jahresangabe, Art der Quelle)

---

1. Gibt es Punkte, wo auf die besondere Belastung durch die Demenz eingegangen wird?

---

2. Welche Ziele werden verfolgt?

---

3. Was sind konzeptionelle Bausteine?

---

3.1 Betreuungsformen

---

3.2 Voraussetzungen und Gewinnung ehrenamtlicher Helfer



---

### 3.3 Qualifikation

---

### 3.4 Kooperation Haupt- und Ehrenamtliche

---

### 3.5 sonstiges

---

## 4. Wie werden sie umgesetzt?

---

## 5. Welche Erfahrungen wurden gemacht und gibt es Hinweise auf Wirkungen?

---

## 6. Wie sollte es aussehen? Verbesserungsvorschläge

---

## 7. Sonstiges



## Fragebogen der Schulungsreihe „Demenz“

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

auf den folgenden Seiten werden Ihnen Fragen zum ehrenamtlichen Engagement und zu Abläufen sowie Inhalten der Schulungsreihe gestellt. Alle Angaben werden anonym behandelt und sind vollkommen freiwillig. Ziel dieser Befragung ist es, ehrenamtliches Engagement in ihrer Umsetzung aufzuzeigen (dazu Fragen zu Ihrer Tätigkeit), die Schulungsreihe thematisch an die Bedürfnisse der Ehrenamtlichen anzupassen und die Veranstaltung so weiter zu optimieren. Um diese Ziele zu erreichen, sind wir auf Ihre Meinung und Erfahrungen angewiesen. Bitte füllen Sie daher den nachfolgenden Fragebogen gründlich aus. Vielen Dank!

### **Ehrenamtliche Arbeit**

**1. In welcher Form des ehrenamtlichen Engagements sind Sie tätig?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Betreuungsgruppe                       | <input type="checkbox"/> familienentlastenden Dienst        |
| <input type="checkbox"/> Helferinnenkreis                       | <input type="checkbox"/> sonstiges:                         |
| <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung in Kleingruppen         | .....   |
| <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung im stationären Bereich | <input type="checkbox"/> noch keine ehrenamtliche Tätigkeit |

**2. In welchem Turnus üben Sie ihre Tätigkeit aus?**

.....

**3. Was ist Ihr stündlicher Wochenumfang?**

.....

**4. Was sind Ihre Aufgaben in der Betreuung demenzerkrankter Menschen (Spaziergänge, Spiele, Vorlesen....)?**

.....  
.....  
.....

**5. Verfügen Sie über persönliche Erfahrungen im familiären Umfeld mit dem Krankheitsbild Demenz?**

- ja  nein

Wenn ja, welche persönlichen Erfahrungen haben Sie gemacht?

.....  
.....

**6. Verfügen Sie über persönliche Erfahrungen im Beruf mit dem Krankheitsbild Demenz?**

- ja  nein

Wenn ja, welche persönlichen Erfahrungen haben Sie gemacht?

.....  
.....

**7. Was motiviert Sie zum ehrenamtlichen Engagement?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> macht Spaß       | <input type="checkbox"/> Kenntnisse erweitern |
| <input type="checkbox"/> Menschen treffen | <input type="checkbox"/> beruflicher Nutzen   |
| <input type="checkbox"/> Menschen helfen  | <input type="checkbox"/> sonstiges: .....     |
- .....

**8. Welche angenehmen/positiven Erfahrungen haben Sie während ihrer freiwilligen Tätigkeit gemacht?**

.....  
.....  
.....

**9. Was waren für Sie schwierige Situationen bei ihrer Arbeit?**

.....  
.....  
.....

**10. Von wem werden Sie fachlich betreut?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankenschwester / Krankenpfleger       | <input type="checkbox"/> SozialpädagogIn/ SozialarbeiterIn |
| <input type="checkbox"/> AltenpflegerIn                          | <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppe: .....        |
| <input type="checkbox"/> HeilerziehungspflegerIn / HeilpädagogIn | <input type="checkbox"/> keine fachliche Begleitung        |
|  | <input type="checkbox"/> weiß nicht                        |

Wenn Sie **keine fachliche Begleitung** haben, machen Sie mit Frage 15 weiter.

**11. In welchen Abständen findet in etwa die fachliche Begleitung statt?**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> alle 6 Wochen    |
| <input type="checkbox"/> 14-tägig    | <input type="checkbox"/> anderer Abstand: |
| <input type="checkbox"/> monatlich   | .....                                     |

**12. In welchem zeitlichen Umfang ist die fachliche Begleitung?**

.....

**13. Was ist für Sie besonders hilfreich bei der Begleitung durch professionelle Personen?**

.....  
.....

**14. Wie wurden Sie auf das Angebot, sich ehrenamtlich zu engagieren aufmerksam?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> persönliche Ansprache | <input type="checkbox"/> Aushänge, Plakate |
| <input type="checkbox"/> Zeitungsannonce       | <input type="checkbox"/> Internet          |
| <input type="checkbox"/> Radio                 | <input type="checkbox"/> anderes: .....    |

**15. Werden Ihnen die Fahrkosten erstattet**

- ja  nein

**16. Erhalten Sie zudem eine Aufwandsentschädigung?**

- ja  nein

Wenn ja, in welcher Form

Pauschalbetrag in Höhe von: .....€

Stundenlohn in Höhe von: .....€

**17. Haben Sie schon zuvor an einer Schulung bezüglich ihres ehrenamtlichen Engagements teilgenommen?**

- ja  nein

Wenn ja, Was waren die Inhalte der Schulung?

.....  
.....

Wer veranstaltete die Schulung?

.....  
.....



**Modul: Krankheitsbild „Demenz“ – Herr Dr. Christ**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: „Situation der pflegenden Angehörigen“ – Frau Lösch**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“ – Frau Schönfeld**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....



**Modul: „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“ – Frau Schönfeld**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: Möglichkeiten der „Betreuung und Beschäftigung“ – Frau Lauterbach**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: „Rechtliche Grundlagen“ – Frau Härtel / Frau Lauterbach**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: „Pflegehilfen“ – Frau Moliterus**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**Modul: „Begleitung und Abläufe der Betreuung“ – Frau Lauterbach**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Gestaltung des Seminars war abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Thema wurde verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der inhaltliche Aufbau war gut nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte wurden praxisnah geschildert und erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gab genug Zeit für Diskussionen und gegenseitigen Austausch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es war genug Zeit zum Nachfragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Materialien erleichterten die Verständlichkeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Inhalte stimmen mit den Erwartungen überein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Tempo des Kurses war genau richtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durch diese Veranstaltung wurde mein Wissen für den Betreuungsalltag erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was war besonders gut an dieser Veranstaltung?**

.....

.....

**Was war weniger gut?**

.....

.....

**Was sollte besser gemacht werden?**

.....

.....

**„Organisation“**

	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft kaum zu	trifft nicht zu
Die Ausschreibung des Seminars war ansprechend und verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fand ein guter Service bei der Anmeldung statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über den Ablauf und den Inhalt der Schulung gab es im Vorfeld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumlichkeiten und Ausstattung sind gut gewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**War der Termin der Veranstaltung zum passenden Zeitpunkt?**

ja  nein

Wenn nicht, welcher wäre günstiger:

.....

**Welche weiteren Themen würden Sie für die Veranstaltung vorschlagen?**

.....  
 .....  
 .....

**Sonstige Anmerkungen:**

.....  
 .....  
 .....

# Qualitative Ergebnisse der Module

## Modul - „Demenz“

**Tabelle 15:** qualitative Ergebnisse – „Demenz“

<b>„Demenz“ N=16</b>		
Was war besonders gut? 9 Nennungen	Was war weniger gut? 4 Nennungen	Verbesserungsvorschläge: 6 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• grundlegende Inhalte wurden gut vermittelt (2x)</li> <li>• es war sehr gut (2x)</li> <li>• sehr realistische und anschauliche Darstellung, wissenschaftlicher Hintergrund wurde verständlich herübergebracht</li> <li>• Abwechslung zwischen Theorie und praktischen Anschauungsmaterial, Beispiele</li> <li>• fachspezifisch verständlich vermittelt, gute Präsentation</li> <li>• Vortrag von Fachmediziner aus praktischer Erfahrung</li> <li>• ausführliche Erläuterung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu wenig Praxisnähe</li> <li>• Folien zu schnell geblättert</li> <li>• fachliche Begriffe</li> <li>• zeitweise zu schnell, dadurch schlechtes Mitschreiben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erläuterung von Fachbegriffen (3x)</li> <li>• mehr Zeit zum Erklären</li> <li>• mehr Beispiele</li> <li>• mehr schriftliches Material zum Nachlesen</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Situation der pflegenden Angehörigen“

**Tabelle 16:** qualitative Ergebnisse – „Situation der pflegenden Angehörigen“

<b>„Situation der pflegenden Angehörigen“ N=16</b>		
Was war besonders gut? 9 Nennungen	Was war weniger gut? 5 Nennungen	Verbesserungsvorschläge: 6 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiele aus der Praxis und Erfahrungen</li> <li>• Erlebnisberichte von Frau Lösch, wie fühle und verhalte ich mich als Angehöriger, Verhaltensmuster</li> <li>• hat es gefallen</li> <li>• praxisnahe Beispiele</li> <li>• interessant</li> <li>• Beispiele, sehr gute Erläuterung</li> <li>• wertvolle direkte Beiträge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu weit ausgeholt</li> <li>• zu wenig auf die Sicht des Ehrenamtlichen im Umgang mit Angehörigen (Reaktionen, Akzeptanz usw.) eingegangen</li> <li>• Zeit war zu kurz</li> <li>• kaum jmd. zu Wort kommen lassen</li> <li>• zu wenig Zeit für Diskussion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aufs wesentliche konzentrieren</li> <li>• bessere Organisation des Seminarablaufs, dadurch weniger Zeitdruck</li> <li>• mehr Zeit um alles zu erklären</li> <li>• mehr Zeit, andere zu Wort kommen lassen, andere Erfahrungen würdigen</li> <li>• mehr Zeit für Fragen</li> <li>• kürzer fassen</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“

**Tabelle 17:** qualitative Ergebnisse – „Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“

<b>„Kommunikation und Umgang mit Demenzkranken“</b>		
<b>N=23</b>		
Was war besonders gut? 16 Nennungen	Was war weniger gut? 4 Nennungen	Verbesserungsvorschläge: 5 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (sehr) praxisnah (3x)</li> <li>• Erzählung aus eigener Erfahrung (3x)</li> <li>• sehr kompetente Referentin</li> <li>• alles sehr gut</li> <li>• Atmosphäre, fachkompetent und nachvollziehbar, Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch, große Bereicherung für Tätigkeit</li> <li>• Gestaltung</li> <li>• eigene Erfahrungen, sympathisches Auftreten</li> <li>• alltagsnahe Schilderungen, anschauliche Beispiele aus der Praxis</li> <li>• Erläuterungen an Beispielen aus der Praxis</li> <li>• praxisnahe Beispiele</li> <li>• Theorie und Praxis in guter Harmonie</li> <li>• Gestaltung, Beispiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu kurz</li> <li>• etwas zu langsam, bitte noch mehr Praxis</li> <li>• zu langatmig, wäre in kürzerer Zeit behandelbar, teilweise zu oberflächlich</li> <li>• Diskussionsbeiträge bzw. Fragen wurden zu breit erläutert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr zum Umgang, mehr Beispiele</li> <li>• evtl. Video von Beispielen im Umgang mit Demenzkranken</li> <li>• Abwechslung durch beispielhafte Situationen/Rollenspiele</li> <li>• mehr Zeit zum Erklären</li> <li>• in kürzerer Zeit zu behandeln</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“

**Tabelle 18:** qualitative Ergebnisse – „Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“

<b>„Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen“</b>		
<b>N=20</b>		
Was war besonders gut? 7 Nennungen	Was war weniger gut? 1 Nennung	Verbesserungsvorschläge: 3 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• praxisbezogene Beispiele (2x)</li> <li>• sehr praxisnah (2x)</li> <li>• alles sehr gut</li> <li>• sehr ausführlich, sehr viele Beispiele</li> <li>• Praxisbeispiele von betroffenen Personen bzw. Angehörigen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu kurz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr zum Umgang, mehr Beispiel</li> <li>• mehr Zeit für Diskussionen</li> <li>• Zeit reduzieren</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung



## Modul - „Betreuung und Beschäftigung“

**Tabelle 19:** qualitative Ergebnisse – „Betreuung und Beschäftigung“

<b>„Betreuung und Beschäftigung“</b>		
<b>N=19</b>		
Was war besonders gut? 8 Nennungen	Was war weniger gut? 2 Nennungen	Verbesserungsvorschläge: 2 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiele und Hinweise von Teilnehmern</li> <li>• gute Beispiele zu Veranschaulichung</li> <li>• Inhalt</li> <li>• inhaltsreich, nachvollziehbar und verständlich, Kompetenz</li> <li>• erfolgreiches Seminar geleitet</li> <li>• sehr gut Erläuterung und Beispiele</li> <li>• interessant vorgetragen</li> <li>• sehr gute Vorbereitung und Umsetzung des Themas, viele verständliche Beispiele, Rhetorik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zu wenig Details</li> <li>• zu wenig Zeit zum Nachfragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beispiele für die Praxis</li> <li>• mehr Zeit für bestimmte Themen</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Rechtliche Grundlagen“

**Tabelle 20:** qualitative Ergebnisse – „Rechtliche Grundlagen“

<b>„Rechtliche Grundlagen“</b>		
<b>N=25</b>		
Was war besonders gut? 6 Nennungen	Was war weniger gut? 8 Nennungen	Verbesserungsvorschläge: 4 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle Punkte waren sehr gut</li> <li>• Frau Lauterbach</li> <li>• Kompetenz von Frau Härtel</li> <li>• gut und in ansprechender Form dargestellt</li> <li>• Erläuterungen von Frau Lauterbach</li> <li>• praxisnahe Beispiele</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vortrag von Frau Härtel war etwas unsortiert</li> <li>• zu laut, dadurch kaum etwas verstanden</li> <li>• zu theoretisch</li> <li>• Frau Härtel</li> <li>• zu schnell gesprochen</li> <li>• Frau Härtel, keine Reihenfolge</li> <li>• Beginn von Frau Härtel, Rhetorik verbessern</li> <li>• Zeit war zu knapp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr praktische Beispiele</li> <li>• getrennte, inhaltliche ausführlichere Seminare zu Patientenverfügung, Vollmachten, Betreuung</li> <li>• Schwerpunkt sollte auf Vorsorgevollmacht gelegt werden</li> <li>• Materialien mitbringen, um Beispiele besser zu veranschaulichen</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Pflegehilfen“

**Tabelle 21:** qualitative Ergebnisse – „Pflegehilfen“

<b>„Pflegehilfen“</b> <b>N=23</b>		
Was war besonders gut? 6 Nennungen	Was war weniger gut? keine Nennung	Verbesserungsvorschläge: 2 Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>fürs erste Mal Klasse, sehr bildliche Darstellung des Inhaltes (2x)</li> <li>Demonstrationsübungen</li> <li>alltagsnahe Schilderungen, viele praktische Hinweise</li> <li>Inhalt</li> <li>Erfahrungen aus der praktischen Tätigkeit</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>mehr Zeit für Diskussionen</li> <li>wenn möglich, einige Hilfen zu Vorführung</li> </ul>

Quelle: eigene Darstellung

## Modul - „Begleitung und Abläufe der Betreuung“

**Tabelle 22:** qualitative Ergebnisse – „Begleitung und Abläufe der Betreuung“

<b>„Begleitung und Abläufe der Betreuung“</b> <b>N=22</b>		
Was war besonders gut? 6 Nennungen	Was war weniger gut? 1 Nennung	Verbesserungsvorschläge: keine Nennung
<ul style="list-style-type: none"> <li>Thema gut vermittelt</li> <li>informativer Überblick</li> <li>wichtige Hinweise für praktische Tätigkeit</li> <li>Inhalt</li> <li>gesamte Modul</li> <li>sehr verständlich, gute Hinweise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu schnell</li> </ul>	

Quelle: eigene Darstellung

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe. Ich habe das Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift