

Bayerisches Staatsministerium  
für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie und Frauen



ANGEHÖRIGENBERATUNG e.V. Nürnberg  
Beratungsstelle und Fachkoordination

## **Bayerisches Netzwerk Pflege 13. Bayerische Fachtagung**

# **Angehörigenberatung und Pflegestützpunkte in Bayern**

**am 22. und 23. September 2009  
in Stein bei Nürnberg**

**Tagungsdokumentation**

**Impressum:**

Angehörigenberatung e.V. Nürnberg

Adam-Klein-Str. 6

90429 Nürnberg

Tel.: 0911/26 61 26

Fax: 0911/287 60 80

E-Mail: [info@angehoerigenberatung-nbg.de](mailto:info@angehoerigenberatung-nbg.de)

[www.angehoerigenberatung-nbg.de](http://www.angehoerigenberatung-nbg.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Schriftliches Grußwort der Schirmherrin, Frau Staatsministerin Christine Haderthauer.....</b>	<b>1</b>
<b>„Jedem Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann...“ Angehörigenberater/innen im Spannungsfeld verschiedener Bedürfnisse und Interessen.....</b>	<b>2</b>
Sabine Tschainer	
<b>Ergebnisse aus IDA (Initiative Demenz in der Allgemeinmedizin).....</b>	<b>7</b>
Dr. Maria Großfeld-Schmitz, Prof. Dr. Elmar Gräßel	
<b>Bedürfnisse und selbstwertschützendes Bewältigungsverhaltenen Demenzkranken in der frühen Krankheitsphase.....</b>	<b>14</b>
Prof. Dr. Sabine Engel	
<b>Workshops 1 - 4:</b>	
<b>1) Der „Ressourcenkoffer“ – Einsatz von Objekten in der Beratung pflegender Angehöriger.....</b>	<b>18</b>
Elke Frohn	
<b>2) Pflegebegleiter – ein Modellprojekt des Bundes zur Begleitung pflegender Angehöriger.....</b>	<b>23</b>
Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, Susanna Eibersch, Petra Stragies	
<b>3) Beratung von demenzkranken Menschen in der frühen Krankheitsphase.....</b>	<b>27</b>
Prof. Dr. Sabine Engel	
<b>4) Bewegung und Sturzprophylaxe.....</b>	<b>28</b>
Gerd Miehl	
<b>Die Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung stellt sich vor.....</b>	<b>32</b>
Sabine Seipp	

**Schriftliches Grußwort der Schirmherrin, Frau Staatsministerin  
Christine Haderthauer, anlässlich der 13. Bayerischen Fachtagung  
Angehörigenberatung und Pflegestützpunkte in Bayern“ am 22. und  
23.09.2009 in Stein bei Nürnberg.**

In Bayern werden fast 70 % der rund 314.000 Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Den Großteil der Versorgung leisten dabei Angehörige, darunter überwiegend Frauen. Einen hilfebedürftigen Angehörigen zu Hause zu pflegen, erfordert neben Zeit und guter Organisation, auch Geduld und Liebe.

Die Angehörigen sind oft starken seelischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Deshalb ist es mir sehr wichtig, sie bei ihrer Arbeit zu unterstützen. Eine gute psychosoziale und fachliche Beratung kann viel zu ihrer Entlastung beitragen. Dies gilt in besonderer Weise für die Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankung, die zwar häufig körperlich noch sehr aktiv sind, aber zumeist einer Betreuung „rund um die Uhr“ bedürfen.

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen fördert deshalb bayernweit den Auf- und Ausbau von niedrighschwelligem ambulanten Versorgungsangeboten, insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankung. Außerdem bezuschusst mein Haus 100 „Fachstellen für pflegende Angehörige“, die vor allem psychosoziale Beratung leisten.

Es ist mir ein zentrales Anliegen, dass die Fachstellen für pflegende Angehörige die Möglichkeit erhalten, sich örtlich in die geplanten Pflegestützpunkte zu integrieren. Damit werden Doppelstrukturen vermieden, eine Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger geschaffen und das Angebot der Pflegestützpunkte um die wichtige Aufgabe der psychosozialen Beratung erweitert.

Sehr gerne habe ich für die heutige Veranstaltung die Schirmherrschaft übernommen. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wünsche ich interessante Gespräche und viele neue Anregungen für ihre Arbeit.



Christine Haderthauer  
Bayerische Staatsministerin  
für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie und Frauen  
Frauenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung

**„Jedem Recht getan, ist eine Kunst, die niemand kann...“**  
**Angehörigenberater/innen im Spannungsfeld verschiedener**  
**Bedürfnisse und Interessen**  
**Sabine Tschainer, München**

---

**Angehörigenberatung im Spannungsfeld**

**aufschwungalt**  
neue wege zurkunft

**16 grundlegende Lebensmotive** Steven Reiss

Mehrere dieser Motive bilden, mehr oder weniger stärker gewichtet, die Triebfeder im Leben.

"Motivation", "Motiv" = lat.: "motivare" ("von innen heraus bewegen,")

Biochemie-Forschung:

wir Menschen stets darauf bedacht, das Glücksgefühl im Leben (kurz- oder langfristiger) zu maximieren

individuelles "Belohnungssystem,":

biochemisch betrachtet - Pegel an Endorphinen, Dopaminen, ... im Blut hoch hält

### Angehörigenberatung im Spannungsfeld

#### Angehörigenberaterinnen und -berater: Motive, Bedürfnisse, Belohnungen

- individuell
- interpersonell / unbewusst
- intrapersonell (im Team)
  
- Träger
- Geldgeber
  
- Angehörige

### Angehörigenberatung im Spannungsfeld

#### Angehörigenberaterinnen und -berater:

- Das Interesse der Kunden steht an erster Stelle.
- In Spannung mit Trägerinteressen: Was halte ich aus?  
(eigene Fachlichkeit - eigene Existenzsicherung - Interessen meines Arbeitgebers)
- kundenbezogene Beratung mit neutraler Information
- Hintergrundwissen in Rechtsfragen

**Grundsätze für die Förderung im „Bayerischen Netzwerk Pflege“  
und von  
„Dienstern der Offenen Behindertenarbeit“  
Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und  
Sozialordnung, Familie und Frauen  
vom 29. März 2005 Az.: III 5/7630/5/04, IV 4/5415-1/9/04  
geändert durch Bekanntmachung vom 13. März 2007 (AIMBI S. 225)**

**Angehörigenarbeit („Bayerisches Netzwerk Pflege“)**

2.2.1 Aufgabe der Fachstelle für pflegende Angehörige ist es, kontinuierlich und in offener Zusammenarbeit mit allen am Pflegenetzwerk Beteiligten Angehörige psychosozial zu beraten, zu entlasten und zu unterstützen. Hierzu gehören insbesondere

- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegefachkräften,
- Aktivierung des persönlichen Umfeldes,
- neutrale Information und Beratung über Hilfsangebote und deren Finanzierung,
- Unterstützung bei Behördenangelegenheiten,
- Öffentlichkeitsarbeit.



### Offene Fragen im System:

- Akzeptanz schwieriger Rahmenbedingungen
- realistische Zielsetzungen im praktischen Alltag
- individuelle Bereitschaft, eigene Schwächen zu erkennen
- Bereitschaft zur Bildung

### Notwendig:

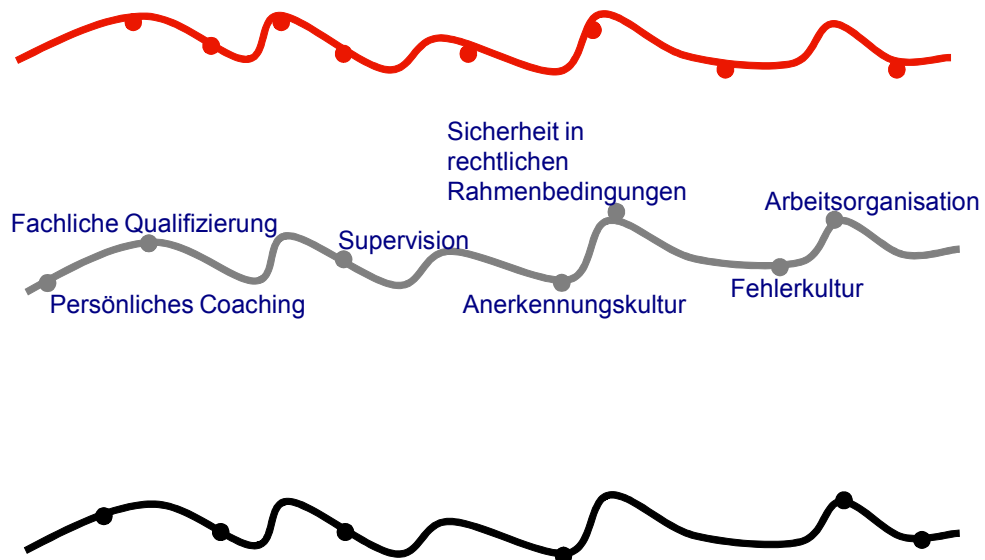
... neben kognitiven Lernen (Fachwissen)

gleichberechtigt

- personales und
- emotionales Lernen

**Notwendig:**

- zur Reflektion
  - des beruflichen Handelns und
  - des eigenen Rollenverhaltens
- zur regelmäßigen Überprüfung der persönlichen und beruflichen Zielsetzungen - und
- zur Weiterentwicklung personaler und sozialer Kompetenzen



## Ergebnisse aus IDA (Initiative Demenz in der Allgemeinmedizin)

Dr. Maria Großfeld-Schmitz

Prof. Dr. Elmar Gräbel, Erlangen

---

### Praxiserfahrungen im Versorgungsforschungsprojekt IDA

Dr. Maria Großfeld-Schmitz

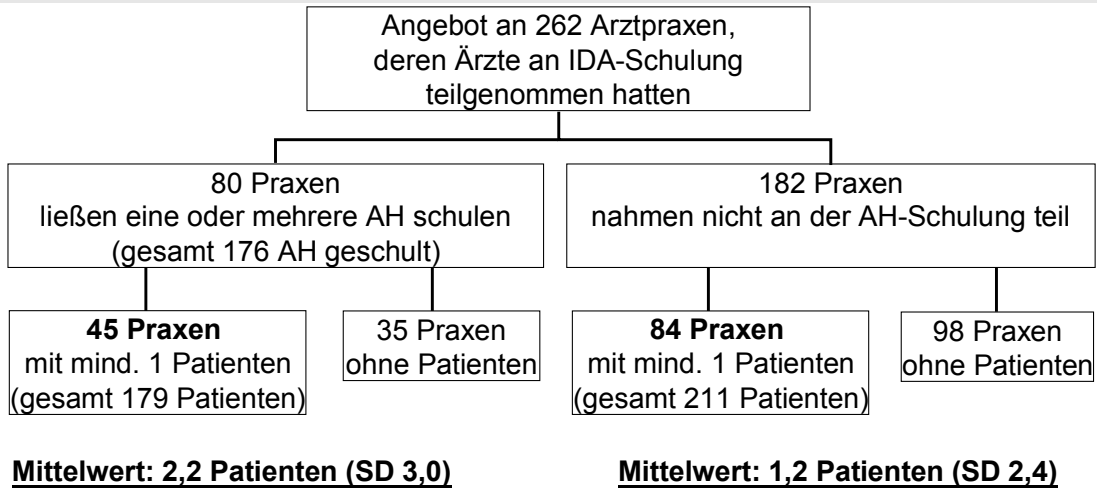
#### Kurzfassung des Vortrags

**Hintergrund:** Bei der Versorgung von Demenzpatienten spielen Hausärzte eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem. Um verbesserte Versorgungswege zu erforschen sind komplexe Studien nötig, die Wirksamkeit und Nutzen von Interventionen belegen können. Interventionsstudien im hausärztlichen Bereich müssen im Praxisalltag einer Hausarztpraxis umsetzbar sein und dennoch hohen wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen. **Methodik:** Die teilnehmenden Hausarztpraxen wurden in drei Studienarme randomisiert. Nach einer Schulung zum Thema Demenz sollten die Hausärzte in zwei Studienarmen Beratungsangebote für Angehörige vermitteln (Angehörigengruppen und Angehörigenberatung) (Studienarme B und C, während im dritten Arm die Normalversorgung durchgeführt werden sollte (Studienarm A). **Ergebnisse:** 1126 hausärztlich tätige Ärzte wurden in der Studienregion Mittelfranken zur Studienteilnahme angeschrieben. 262 nahmen an den Schulungen zum Thema Demenz teil und 129 Ärzte konnten 390 Demenzpatienten und ihren pflegenden Angehörigen für die Studie rekrutieren (Studienarm A: 171, B: 109, C: 110 Patienten und Angehörige). Das Angebot einer Schulung für Arzthelferinnen wurde von 80 Arztpraxen, bzw. 176 Arzthelferinnen angenommen. Eine abschließende Evaluation des Projektes wurde von 53% der teilnehmenden Ärzte zurückgesendet. **Diskussion:** Es wird dargestellt, wie eine Interventionsstudie im hausärztlichen Bereich durchgeführt wird und welche Erfahrungen Hausärzte und Wissenschaftler damit gemacht haben.

#### Schlussfolgerungen:

- Interventionsstudien im hausärztlichen Bereich müssen im Praxisalltag einer Hausarztpraxis umsetzbar sein und dennoch hohen wissenschaftlichen Anforderungen entsprechen.
- Die praktischen Erfahrungen, die Wissenschaftler und Hausärzte bei der Durchführung der Versorgungsforschungsstudie gesammelt haben, können wichtige Hinweise für zukünftige Forschungsvorhaben geben.

## Arzthelferinnenschulungen zur Unterstützung der Rekrutierung

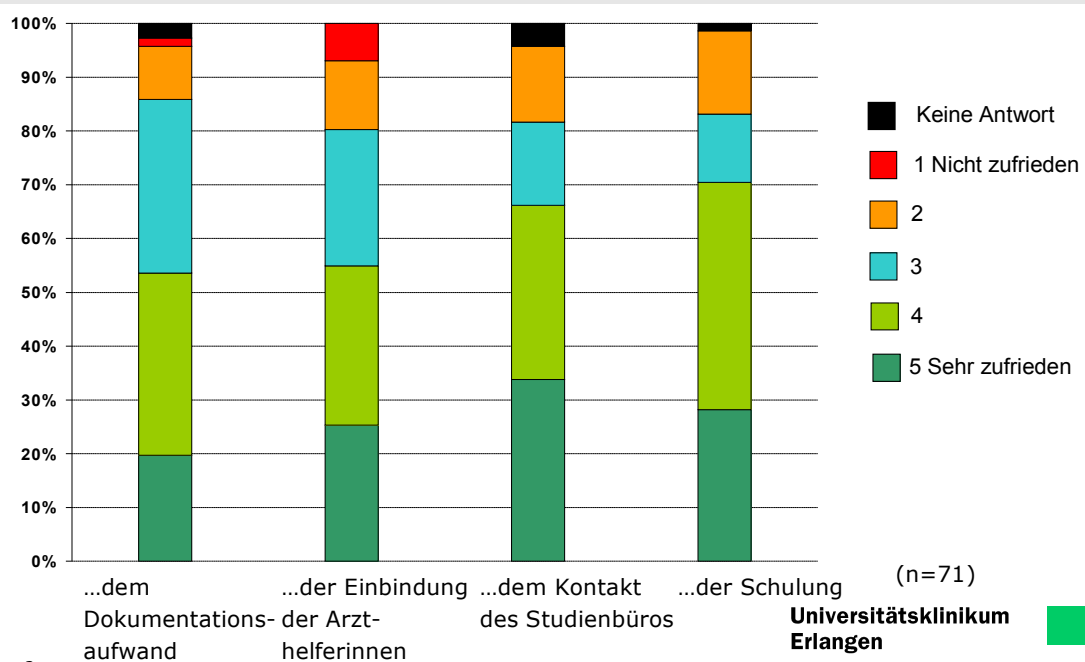


$p < 0.05$

Universitätsklinikum  
Erlangen

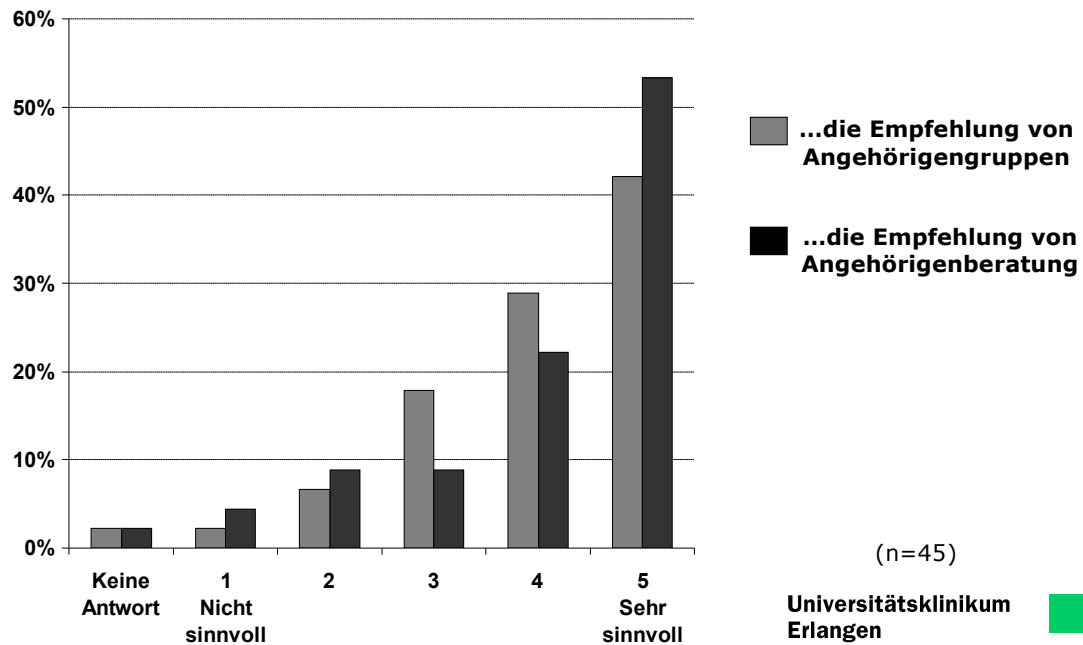
1

## Wie zufrieden waren Sie mit...



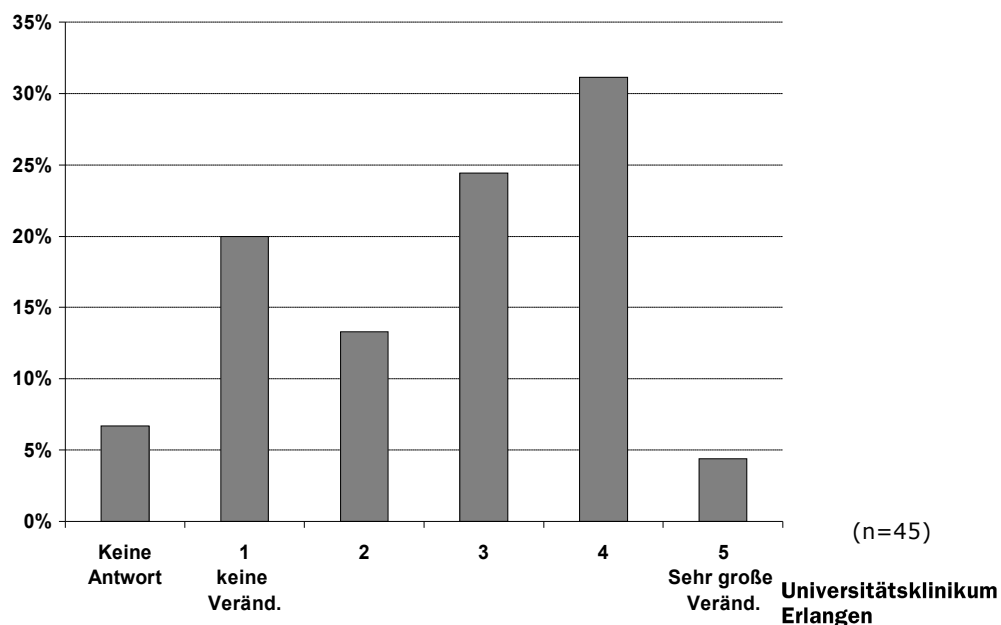
2

## Gruppe B und C: Wie sinnvoll halten Sie...



3

## Gruppe B und C: Ergab sich in Ihrer Praxis eine Veränderung im Umgang mit der Diagnose Demenz ...



4

## **Demenzversorgung aus wissenschaftlicher Sicht – Ergebnisse aus IDA**

**Prof. Dr. Elmar Gräßel**

### **Kurzfassung des Vortrags**

#### **Einleitung**

Das Projekt „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA) ist eine dreiarmlige, cluster-randomisierte, zweijährige Verlaufsstudie mit Hausärzten aus der Studienregion Mittelfranken. Initiiert wurde IDA vom AOK Bundesverband, der AOK Bayern und den forschenden Pharmafirmen Pfizer und Eisai. In der Studie wird die vom Projekt unbeeinflusste „Standardversorgung“ (Arm A) mit zwei Gruppen (Arm B und C) verglichen, in denen die Ärzte zusätzlich Angehörigengruppen und eine zugehende Angehörigenberatung vermitteln. In Arm C fand die Vermittlung der Angehörigenberatung zu Beginn der Studie statt, in B erst nach einem Jahr.

In die Studie aufgenommen wurden Demenzpatienten im leichten und mittelschweren Stadium, älter als 64 Jahre, AOK-krankenversichert und in häuslicher Umgebung lebend, die von einem Angehörigen unterstützt wurden. Zum Beginn von IDA wurden 390 Patienten von 129 Hausärzten in das Projekt aufgenommen und untersucht. Außerdem nahmen 357 Angehörige an telefonischen Interviews teil. Damit ist IDA auch international eine der größten Versorgungsforschungsstudien zu Demenz im ambulanten Bereich.

Die Ziele von IDA sind:

- Unterstützung der ambulanten Versorgung von Demenzkranken und ihrer Angehörigen
- Stärkung des ambulanten ärztlichen Versorgungssystems
- Förderung des Verbleibs der Demenzkranken in der Häuslichkeit
- Wissenschaftliche Evaluation der Versorgungsangebote

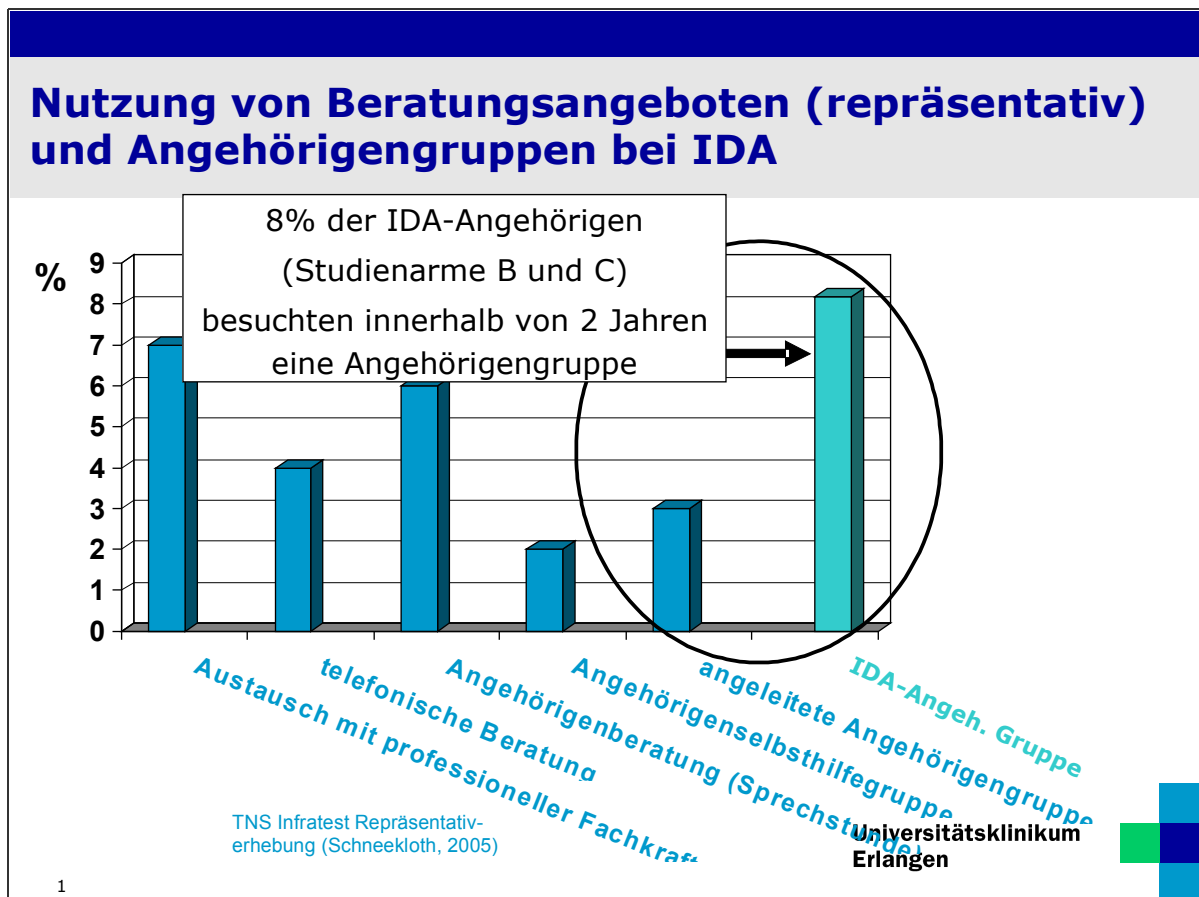
#### **Ergebnisse**

- Durch den konkreten Hinweis auf die nächstgelegene Angehörigengruppe durch den Hausarzt im IDA-Projekt – Weitergabe eines Flyers mit den Kontaktdaten zur nächstgelegenen Angehörigengruppe – konnte eine Rate der Inanspruchnahme von 8% erreicht werden. Dies stellt mehr als eine Verdopplung der Nutzungsrate dar, da in der Bundesrepublik Deutschland die Nutzungsrate für angeleitete Angehörigengruppen bei 3% liegt (repräsentative Querschnittsuntersuchung; Schneekloth, 2005).
- Durch die Vermittlung einer „zugehenden“ Angehörigenberatung durch den Hausarzt und der anschließenden Kontaktaufnahme der IDA-Berater mit den pflegenden Angehörigen kam es im ersten Studienjahr in 68% der Fälle zu mindestens einem persönlichen Kontakt (Treffen) zwischen Berater und Angehörigem. Unter „zugehender“ Angehörigenberatung ist zu verstehen, dass die IDA-Berater von sich aus in regelmäßigen Abständen die Angehörigen anriefen. Ohne hausärztliche Vermittlung und ohne zugehende Vorgehensweise liegt die Rate bei 6% für persönliche Kontakte (Besuche von Angehörigen in der Sprechstunde einer Angehörigenberatung) für die gesamte Zeit vor der Befragung, also nicht nur für einen Ein-Jahres-Zeitraum.
- Am Ende der Studiendauer nach 2 Jahren wurden die IDA-Angehörigen der Gruppe B und C (deren demenzkranker Angehöriger noch zu Hause lebte, somit in der Zwischenzeit noch nicht verstorben war oder im Pflegeheim lebte) nach ihren Erfahrungen mit der IDA-Beratung befragt. Von denjenigen, die das

Beratungsangebot in Anspruch genommen hatten (81 Angehörige) bewertete die Mehrheit das Angebot als „sehr hilfreich“ (die Antwortmöglichkeiten erstreckten sich von „gar nicht geholfen“ (0) bis „sehr hilfreich“ (4).

### Schlussfolgerungen

- Die Teilnahmerate an angeleiteten Angehörigengruppen lässt sich durch systematische Empfehlung erhöhen, verbleibt jedoch auf einem niedrigen Niveau.
- Bereits bei leichter und mittelschwerer Demenz kann eine zugehende Angehörigenberatung erfolgreich vermittelt werden.
- Zugehende Angehörigenberatung wird mehrheitlich als sehr hilfreich angesehen.



## Inanspruchnahme der zugehenden Beratung im Studienarm C (im 1. Studienjahr)

	Angehörige n (%)	
Kein persönlicher Kontakt	34 (32%)	
Ein persönlicher Kontakt (Assessment)	36 (34%)	} 73 Angehörige mit persönlichem Kontakt (68%)
Mehrere persönliche Kontakte (weiterführende Beratung)	37 (35%)	

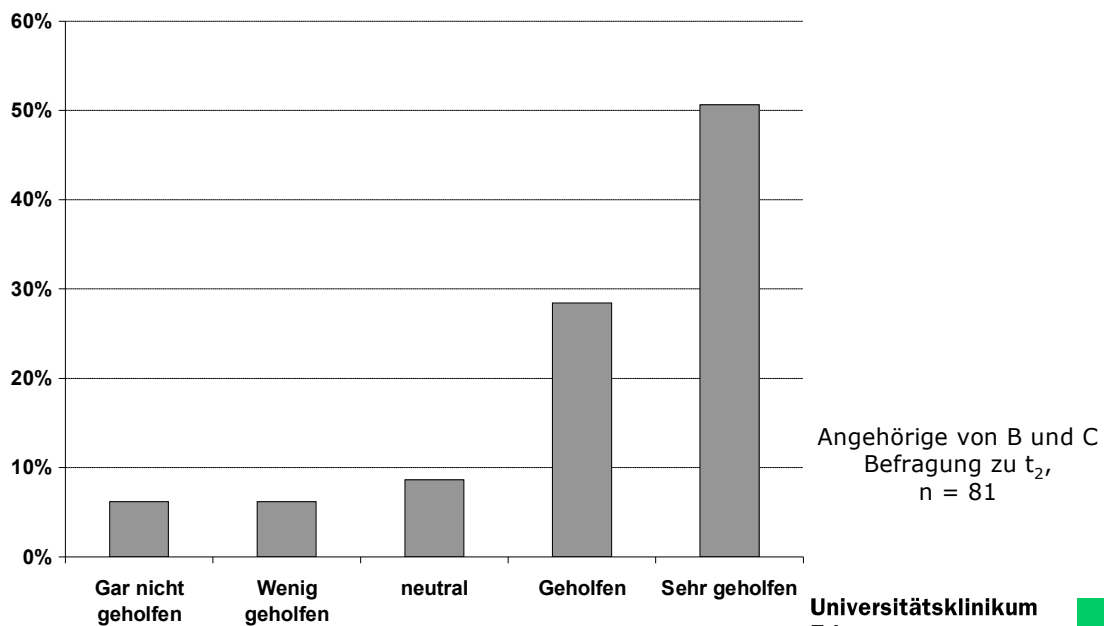
n=107

Repräsentativumfrage 2005: persönliche Kontakte mit Angehörigenberatungsstellen (Aufsuchen einer Angehörigensprechstunde) 6% (Schneekloth, 2005)

Universitätsklinikum  
Erlangen

2

## Hat die Beratung Ihnen hinsichtlich der Unterstützung des Patienten geholfen?



3

## Schlussfolgerungen

- 1. Die Teilnahme an angeleiteten Angehörigengruppen lässt sich durch systematische Empfehlung erhöhen, verbleibt jedoch auf einem niedrigen Niveau.**
- 2. Bereits bei leichter und mittelschwerer Demenz kann eine zugehende Angehörigenberatung erfolgreich vermittelt werden.**
- 3. Zugehende Angehörigenberatung wird mehrheitlich als sehr hilfreich angesehen.**



# **Bedürfnisse und selbstwertschützendes Bewältigungsverhalten Demenzkranken in der frühen Krankheitsphase**

**Prof. Dr. Sabine Engel, Erlangen**

---

Abdruck eines Artikels aus:

Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V., Band 7  
„Aktiv für Demenzkranke“

Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Selbsthilfe Demenz,  
Erfurt, 9.-11. Oktober 2008: S. 275-280.

## **1. Einleitung**

Seit einigen Jahren ist eine enorme Menge an Veröffentlichungen zu verzeichnen, in denen über Demenzkranke berichtet wird, d.h. über die ihrer Krankheit zugrunde liegenden neurophysiologischen Veränderungen, über ihre Symptome und deren Beeinflussbarkeit durch Interventionen, und über die durch die Erkrankung ausgelösten Belastungen für die Umwelt. Dagegen existiert nur eine verschwindend geringe Zahl an Publikationen, die sich – gleichsam aus der Innenperspektive der Demenzkranken - mit dem persönlichen Erleben, den Wünschen, Empfindungen und Bedürfnissen der Betroffenen selbst befasst.

Doch die Beschäftigung mit der Innensicht Demenzkranker hat höchste Dringlichkeit in einer Zeit, in der die Möglichkeiten zur Früherkennung von Demenzerkrankungen stetig verbessert werden. Denn Menschen, die in einer frühen Krankheitsphase von ihrer Demenzerkrankung erfahren, sind häufig noch in der Lage einerseits die eigenen krankheitsbedingten Veränderungen und andererseits die Reaktionen ihrer Mitmenschen auf ihre Beeinträchtigungen wahrzunehmen. Um diese wachsende Zahl an Menschen therapeutisch begleiten und in ihrem Bewältigungsverhalten unterstützen zu können, ist es notwendig, mehr von ihrem Erleben und ihren Copingstrategien zu wissen. Die Wissenschaft ist daher gefordert einen „Perspektivwechsel von der Objekt- zur Subjektforschung“ (Stechl et al., 2007: S. 72) zu vollziehen.

## **2. Gründe für die Zurückhaltung gegenüber einer Beschäftigung mit der Erlebenswelt Demenzkranker**

Viele derjenigen, die einen Mangel an Forschungsliteratur über die subjektive Erlebenswelt Demenzkranker beklagen, führen diese Forschungslücke auf die weit verbreitete Hypothese zurück, Demenzkranke litten unter Anosognosie, d.h. sie hätten keine unbeeinträchtigte Krankheitseinsicht und stellten daher keine verlässliche Datenquelle für wissenschaftliche Untersuchungen dar. Je nach wissenschaftlicher Studie werden zwischen 20% und 80% aller Demenzkranken als anosognostisch eingestuft (Kessler, H., Supprian, T. 2003). Doch der Behauptung der fehlenden Krankheitseinsicht bei Demenz können m.E. drei Argumente entgegengehalten werden: (1) Krankheitseinsicht ist keine Alles-oder-Nichts-Größe, d.h. sie kann fluktuieren, heute stark und morgen weniger vorhanden sein. (2) Sie hängt sehr stark vom Kontext ab, d.h. auch von den Personen, die als Kommunikationspartner dem Demenzkranken gegenüber treten. (3) Sie hat unterschiedliche Dimensionen, die unterschiedlich stark betroffen sein können: So kann man aus den Aussagen von betreuenden Angehörigen erfahren, dass viele Demenzkranke zwar unter Umständen keine tief greifende intellektuelle Einsicht in ihre Demenzerkrankung haben, aber dennoch an sich selbst wahrnehmen, „dass etwas mit ihnen nicht mehr stimmt“, und auf diese erlebten Veränderungen emotional reagieren (Engel, S. 2007).

Welche Veränderungen sind es, die demenzkranke Menschen an sich erleben und auf welche Weise reagieren sie emotional auf dieses Erleben? Wenige kleinere Interviewstudien haben sich mit diesen Fragen beschäftigt, deren Ergebnisse im Folgenden exemplarisch dargestellt werden sollen (einen Überblick geben Steeman, E. et al. 2006).

### **3. Selbsterleben von Betroffenen in der frühen Krankheitsphase und ihre emotionale Reaktion auf dieses Erleben**

Viele der in der Literatur zu Wort kommenden demenzkranken Interviewpartner berichten von ihrem subjektiven Eindruck, dass etwas mit ihnen nicht stimme. Auf die Frage nach konkreten Erfahrungen, an denen sich diese Empfindung festmachen, berichten sie von unterschiedlichen Verlusterlebnissen: Von Situationen, in denen sie nicht in der Lage sind, einen Gedanken zu Ende zu denken, eine Entscheidung zu treffen, ein Problem zu lösen, einer Unterhaltung zu folgen oder Kontrolle über die Dinge in ihrer Umwelt zu behalten. Auch vom Misslingen alltäglichster Handgriffe berichten sie. So erzählt beispielsweise eine Frau, dass sie es selbst gar nicht fassen kann, wenn sie plötzlich nicht mehr weiß, wie sie ihren Schrank öffnen muss: „Dann denke ich immer, das kann doch überhaupt nicht angehen, dass ich z.B. vor einem Schrank stehe und nicht mehr weiß, wie der aufgeht. [...] Dann warte ich, bis ich das überlegt habe, [...] und dann mache ich das, wie Halbblinde das machen, dass ich das so anfasse und abtaste... und meistens geht es dann doch noch.“ (Zitat aus: Engel, S. 2008). Die Selbstberichte machen auch deutlich, dass einige Betroffene erleben, wie ihre Fähigkeit zielgerichtet zu handeln, schwindet. So schildert eine Interviewte, dass es ihr mittlerweile fast unmöglich ist, ihre Zeit so einzuteilen, dass sie pünktlich einen Termin wahrnehmen kann: „[...] das ist eine Katastrophe, wenn ich einen Termin habe. [...] Ich lege mir schon abends die ganzen Sachen zurecht, so dass ich morgens nur noch duschen muss und trotzdem! Ich kann mich nicht richtig konzentrieren! [...] mein Mann sagt: Du brauchst überhaupt nichts zu tun! Nur dich anzuziehen und fertig zu sein um die und die Uhrzeit! Und ich kann es einfach nicht! Dann erwische ich mich wieder, dann habe ich da etwas gesehen, dass ich das wieder sauber mache, [...] Aber ich überlege einfach nicht: Soll ich die Sache liegen lassen? Ich mache es einfach, ich kann gar nicht anders! [...] Ich denke, dass ich nichts dafür kann - ich war ja früher nicht so, sonst hätte ich ja nie arbeiten können!“ (Zitat aus: Engel, S. 2008).

Solche subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen, von denen hier nur eine kleine Auswahl exemplarisch vorgestellt werden kann, lösen bei den Betroffenen meist starke emotionale Reaktionen aus. In der Literatur werden neben Irritation, Unsicherheit, Traurigkeit und Angst auch Scham, Schuldgefühle und Empfinden der eigenen Wertlosigkeit genannt. So antwortet eine demenzkranke Frau auf die Frage, wie sie sich denn nach solchen Erlebnissen fühle: „Ich bin traurig und niedergeschlagen. Denn ich habe überhaupt keine Zukunftsaussichten.“ (Zitat aus: Engel, S. 2008). Starke Gefühle der Angst und Entfremdung entstehen, wenn die Betroffenen erleben, dass sie sich ihres Wissens um ihr eigenes Leben und ihrer Identität unsicher werden. Harris und Sterin (1999) zitieren eine demenzkranke Interviewpartnerin, die von ihren Erfahrungen und den damit verbundenen Ängsten spricht: „Manchmal bin ich ich, und manchmal weiß ich nicht, wer ich bin. Ich weiß nicht, es kommt und geht, ich weiß es nie. Dann bist du nicht du, du hast jemanden anderen in dir“ (übersetzt aus dem Englischen, S.E.). Dementsprechend werden alle Erfahrungen als fördernd und stabilisierend erlebt, die dem Betroffenen das Gefühl geben, „noch derselbe“ bzw. „noch der alte“ zu sein.

Doch auch Hoffnung und Zuversicht werden von einigen Betroffenen thematisiert, dies jedoch meist im Zusammenhang mit dem Vertrauen auf Tragfähigkeit von Beziehungen zu Angehörigen und nahe stehenden Bezugspersonen. So berichtet eine demenzkranke Frau, dass sie sich auf ihren Mann verlasse und keine Probleme damit habe, sich von ihrem Mann helfen zu lassen und fügt hinzu: „Ich bin meinem Mann gegenüber hundertprozentig ehrlich - ich verstell mich nicht! Denn er mag mich sehr und er ist sehr hilfreich. [...] Mein Mann ist

sehr stark, und deswegen mache ich mir eigentlich wenig Sorgen.“ (Zitat aus: Engel, S. 2008).

Menschen, die derart tiefgreifende Veränderungen an sich wahrnehmen, versuchen auf eine je individuelle Art, mit diesen Erfahrungen umzugehen. Ihre Bewältigungsstrategien mögen für Außenstehende dysfunktional und „belastend“ sein – für die Betroffenen selbst haben sie die Funktion, Kontrolle über ihr Leben zu behalten und ihren Selbstwert zu schützen.

#### **4. Selbstwertschützendes Bewältigungsverhalten von Betroffenen**

Nach den Theorien von Lazarus und Folkmann (1984) und Moos (1988) lassen sich drei Funktionen von Bewältigungsverhalten unterscheiden: Strategien mit emotionsorientierter Funktion zielen darauf ab, negative Gefühle zu regulieren und zu verringern, Bewältigungshandlungen mit problemorientierter Funktion sind darauf gerichtet, das Problem zu lösen, bei Bewältigungsbemühen mit bewertungsorientierter Funktion wird eine bedrohliche Situation umbewertet. Welche dieser Funktionen durch eine bestimmte Handlung erfüllt werden soll, lässt sich dabei nur aus dem jeweiligen Kontext bestimmen.

Die Bewältigungsbemühungen, von denen Demenzkranke berichten, können – vor dem Hintergrund des gesamten Interviewkontextes – in die drei Untergruppen aufgegliedert werden. Das von einigen Demenzkranken geäußerte Bedürfnis, nicht mehr unter Leute zu gehen und die eigenen Veränderungen vor anderen Menschen zu verheimlichen, erfüllt sehr häufig die Aufgabe, negativen Gefühlen aus dem Weg gehen zu wollen. Auch die Tendenz verstärkt Bezug auf die Vergangenheit zu nehmen, als einer Zeit, in der die heutigen Schwierigkeiten noch nicht existierten, die Betonung der eigenen Autonomie, das Verleugnen oder Herunterspielen von Schwierigkeiten bzw. das Bedürfnis, eigene Kompetenzen in den Vordergrund zu stellen, und haben meist eine emotionsregulierende Funktion.

Problemorientierte Funktionen haben Bewältigungen, durch die der Betroffene versucht, gegen die Krankheit anzukämpfen. Trainingsbemühungen erfüllen meist diese Funktion. So berichtet eine Interviewpartnerin, dass sie immer wieder versuche, ein einfaches Gericht zu kochen, obwohl es ihr jedes Mal aufs Neue nicht gelingt. Und wenn ihr Mann sie davon abhalten möchte, es erneut zu probieren, wird sie ärgerlich: „Dann sagt halt er immer: ‚Lass das gehen, das mach’ lieber ich, das ist nichts für dich‘. Und den Spruch, den mag ich überhaupt nicht! Dann werd’ ich schon sauer und sag’: ‚Lass es mich halt wenigstens einmal probieren! Das Päckchen Grieß kostet so und so viel, da werde ich doch wohl einmal probieren können!‘. Da hat er nichts mehr gesagt und ich habe es halt wieder probiert.“ (Zitat aus: Engel, S. 2008)

Subjektive Krankheitstheorien erfüllen meist die Funktion eine bedrohliche Situation umzubewerten. Hierunter sind die Überzeugungen des Betroffenen bezüglich der Ursache seiner Beeinträchtigungen zu verstehen. Viele demenzkranke Menschen wenden weder den Begriff „Demenz“, noch die Bezeichnung „Alzheimer“ auf ihre erlebten Einbußen an, obwohl sie von ihrer Krankheit wissen. So sagt eine demenzkranke Interviewpartnerin auf die Frage nach der Ursache ihrer Vergesslichkeit: „Ich hoffe ja noch immer dass ich das gar nicht habe.“ Auf die Frage, ob sie mit „das“ „Demenz“ meine, entgegnet sie: „Also, das Wort, das spreche ich noch nicht einmal aus!“. Auf die weitere Frage, ob sie nicht glaube, dass ihre Vergesslichkeit von einer Krankheit herrühre, wendet sie ein: „Doch, ich glaube es schon – ich will es nur nicht wahrhaben.“ (Zitat aus: Engel, S. 2008). Andere Befragte erklären sich die erlebten Störungen mit mangelnder Übung, fortgeschrittenem Alter oder führen sie auf andere Erkrankungen oder Ereignisse zurück, die weniger stigmatisiert sind, wie z.B. auf frühere Krebserkrankungen, Schlaganfälle oder Unfälle.

Viele der hier geschilderten Bewältigungsstrategien muten aus der Perspektive der (Noch-) Nicht-Betroffenen dysfunktional und kommunikationserschwerend an, scheinen sie doch angesichts der Progredienz der Erkrankung unangemessen und wenig erfolgversprechend. Doch eine solche Wertung aus der Außenperspektive übersieht die immanente Funktion

dieser Strategien für den von einer existenzbedrohenden Krankheit Betroffenen: die Funktion, den eigenen Selbstwert zu schützen. Zu bedenken gilt hierbei auch, dass Bewältigungsversuche in der individuellen Lebensgeschichte des Einzelnen verwurzelt sind, und somit nur eine Auseinandersetzung mit der Biografie des Kranken ein Verständnis für seine Bewältigungsstrategien zu fördern vermag.

Erst wenn wir Betreuenden diese protektive Funktion vieler „unverständlicher“ Handlungen und Äußerungen verstanden und akzeptiert haben, können wir einfühlsam mit Demenzkranken kommunizieren.

## **5. Folgerungen: Welche Interventionen sind wirksam?**

Angehörige brauchen Unterstützung und Begleitung auf ihrem Entwicklungsweg, der ihnen das einfühlsame Kommunizieren und Zusammenleben mit ihren demenzkranken Familienangehörigen ermöglicht. Dass speziell entwickelte Angehörigenschulungsprogramme dies leisten können, wurde bereits in wissenschaftlichen Interventionsstudien nachgewiesen (z.B. Engel, S. 2007). Doch nicht nur Angehörige, sondern auch professionell Betreuende und ärztliches Personal müssen lernen, das selbstwertschützende Bewältigungsverhalten Demenzkranker zu verstehen, um mithilfe biografischen Arbeitens lebensgeschichtlich zugeschüttete Stärken der Betroffenen zu entdecken und zu fördern.

## **Literaturverzeichnis**

- Engel S. (2006) Alzheimer und Demenzen – Unterstützung für Angehörige. Stuttgart: TRIAS
- Engel S. (2007) Belastungserleben bei Angehörigen Demenzkranker aufgrund von Kommunikationsstörungen. Berlin: LIT
- Engel S. (2008) (in Vorbereitung) Kontrollstrategien bei demenzkranken Menschen in einer frühen Krankheitsphase. Noch unveröffentlichte Interviewstudie am Gedächtnis-Zentrum Erlangen
- Harris PB, Sterin GJ. Insider's Perspective: defining and Preserving the Self of Dementia. *Journal of Mental health and Aging* 1999; 5(3): 241 – 256.
- Kessler H, Supprian T. Zum Problem der Krankheitseinsicht bei Patienten mit Demenz vom Alzheimer-Typ. *Fortschr Neurol Psychiat* 2003; 71: 541-548.
- Lazarus RS, Folkmann S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York 1984.
- Stechl E, Lämmle G, Steinhagen-Thiessen R, Flick U. Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium – SUWADEM. *Z Gerontol Geriat* 2007; 40: 71-80.
- Moos RH. Coping: Konzepte und Meßverfahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 1988; 34: 207-225.
- Steeman E, de Casterlé BD, Godderis J, Grypdonck M. Living with early-stage dementia: a review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(6): 722-738.

## **Korrespondenzadresse:**

Prof. Dr. Sabine Engel,  
Gedächtnis-Zentrum am Institut für Psychogerontologie,  
Nägelsbachstrasse 25, 91052 Erlangen

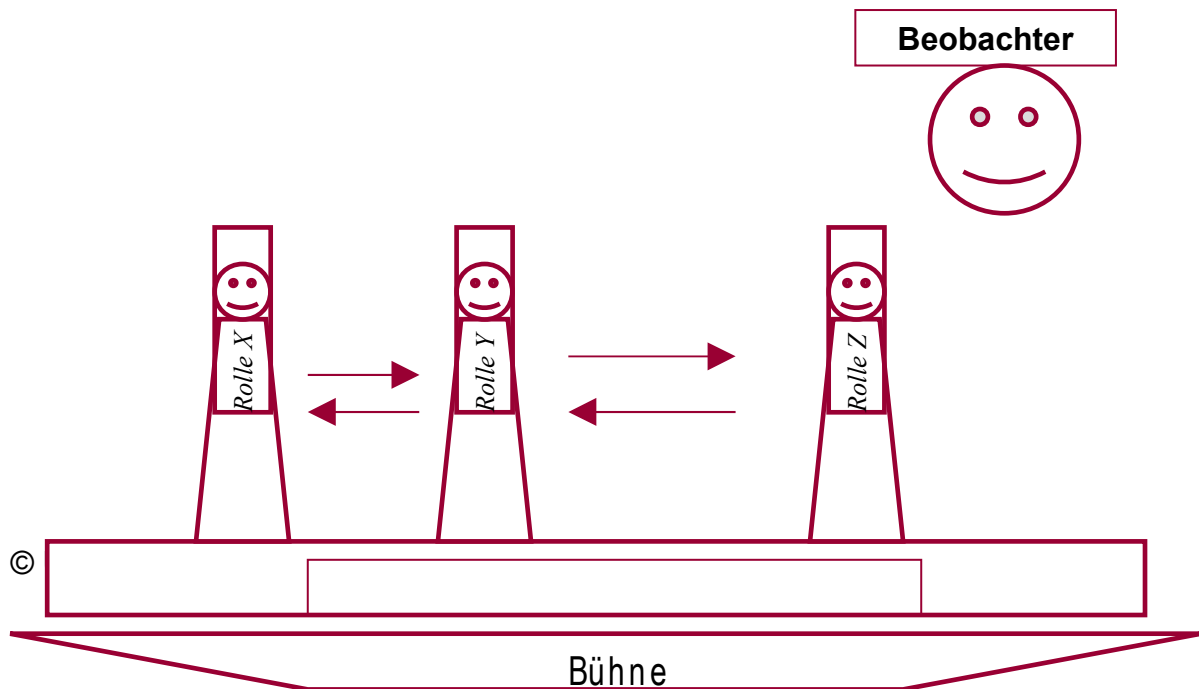
## Workshop 1

**Der „Ressourcenkoffer“ – Einsatz von Objekten in der Beratung  
pflegender Angehöriger**

Elke Frohn, München

**Szenisches Arbeiten mit Objekten in Therapie, Beratung und  
Supervision/Coaching**

Szenisches Arbeiten bietet vielfältigste Methoden für den beraterischen Alltag, die es den Klienten/innen ermöglichen, neue Perspektiven zu entwickeln und ins Handeln zu kommen. Komplexe Anliegen können mit Hilfe von Objekten (wie Postkarten, Figuren, Steine) bearbeitet werden. Dabei werden Beziehungslandschaften sichtbar und damit verbundene Konflikte werden sehr konkret fassbar, erlebbar und bearbeitbar.

**Das grundlegende Setting  
allen Szenischen Arbeitens**

## **Szenisches Arbeiten als Grundlage zur ressourcenorientierten Beratungsarbeit**

**Szenisches Arbeiten** ist ein Spiel mit vielfältigsten Möglichkeiten. Auf einer Bühne können unterschiedliche Lebenswelten, Fantasien und Systeme mit ihren Bestandteilen sichtbar gemacht werden – anhand von einfachen Objekten oder Alltagsgegenständen oder auch durch Figuren oder Symbole. Persönliche Konstruktionen, psychische Zustände, Symptome, Beziehungswelten werden sichtbar: damit verbundene Werte, Einstellungen, Gedanken, Gefühle, Verhalten und Ressourcen kommen aus dem inneren Raum in einen öffentlichen Raum und werden einem Berater mitgeteilt. Szenisches Darstellen erleichtert den Prozess des **Wahrnehmens** und des **Verstehens**, und möglicherweise die folgenden Schritte des **Annehmens** und **Veränderns**. Die Komplexität des Anliegens innerhalb des Bezugsrahmens wird deutlich: vorhandene und bislang nicht sichtbare Ressourcen können entdeckt werden.

Dadurch dass die innere Welt figürlich sichtbar wird, können im ersten Schritt damit verbundene Gefühle und Gedanken exploriert werden und der persönlichen Wahrnehmung zugänglich gemacht werden. Wertschätzung, Respekt und Achtsamkeit gegenüber den eigenen Bildern ist der erste Schritt, eigene Konflikte, Bedürfnisse oder auch Widersprüche wahrzunehmen und anzuerkennen, um dann herauszufinden, was nötig ist, damit Schritte in eine passende Veränderung möglich sind.

**Rollenwechsel, Rollenübernahme und Rollentausch** ermöglichen eine Verkörperung der Bestandteile der szenischen Landschaften. **Rolle** ist (im psychodramatischen Arbeiten) die funktionale Form, die der Mensch in einem spezifischen Moment annimmt, indem er auf Situationen reagiert. Aus Rollen entwickelt sich die subjektiv wahrgenommene Identität, die unser Verhalten und Handlungen steuert. Rollen sind interpersonelle Erfahrungen mit emotionalen Prozessen, die an soziale und kulturelle Gegebenheiten gebunden sind. Rollen können jederzeit neu angepasst oder verändert werden.

Das Psychodrama postuliert ein Selbstkonzept, das aus einem Rollenhaushalt von verschiedenen über- und untergeordneten Rollen besteht. Das Selbst ist also keine feste Einheit, sondern besteht aus einer Vielzahl unterschiedlicher-widersprüchlicher Anteile. Mit diesen Anteilen kann der Klient in Kontakt treten und sie miteinander sprechen lassen, ihre Bedürfnisse, Impulse und Ziele herausarbeiten und entsprechend sie in sein Selbstkonzept einbauen/ integrieren. Eine zentrale Hypothese ist, dass durch den Kontakt mit Bestandteilen der „inneren Landschaften“ die Beziehungen erlebbar werden und durch Arbeit an den Rollen verändert werden können. Der Fokus liegt darauf, Ressourcen zu sichten, handelnd auszuprobieren und zu integrieren.

Wichtig ist die Unterscheidung zwischen **Reflexionsraum und Bühnenraum**. Der Reflexionsraum des Beratungssettings ist im Grunde schon die erste Bühne: der Klient betritt einen Raum mit einer bestimmten Rolle: eben in der Regel als Ratsuchender. Deutlich wird: neben diesem Reflexionsraum gibt es den **alltäglichen Lebensraum**, in dem der Klient auch andere Rollen verkörpert und es gibt den Bühnenraum, auf dem alle inneren Welten sichtbar werden dürfen, die dann wiederum in Reflexionsraum angeschaut und besprochen werden können, um dadurch neue Impulse für den Alltagsraum zu gewinnen.

## **Die Rolle des Beraters, der Leitung**

Neben einer hohen fachlichen Kompetenz benötigt der Berater einen sicheren Umgang mit dem Methodenrepertoire des szenischen Arbeitens. Szenische Methoden dürfen nicht als Trick eingesetzt werden, um schwierige Situationen (manipulativ) zu meistern, sondern sie sind dann wirksam, wenn sie dienlich sind, innere Welten zu veranschaulichen, zugänglich zu machen und Ressourcen zu aktivieren.

## **Ressourcenarbeit mit Symbolen**

Dabei handelt es sich um eine Methode in Beratungsprozessen, die es ermöglicht, die eigenen Stärken und Fähigkeiten bewusster werden zu lassen und zu aktivieren. Der Einsatz von Symbolen bringt mit dem visuellen Aspekt neben der Sprache eine neue dreidimensionale Dimension in die Beratung oder in das therapeutische Geschehen, verdeutlicht Aspekte (Nähe/Distanz, Bewertungen) und bietet zahlreiche Möglichkeiten, mit Lösungsbildern auf der Bühne zu experimentieren.

## **Die Basistechniken des szenischen Arbeitens sind:**

- **Einrichten der Bühne: Szenenaufbau**
- **Doppeln**
- **Szenische Aktion und Rollenspiel**
- **Spiegeln**
- **Rollenwechsel und Rollentausch**
- **Rollenfeedback**
- **Szenenwechsel und Szenische Interpretation**
- **Entrollen**
- **Feedback**

## **Szenenaufbau – Skulptur - Aufstellung – szenisches Spiel**

Der Szenenaufbau ist meist der erste Schritt, innere Landkarten sichtbar werden zu lassen. Dabei entwickelt sich ein Szenenbild, das, je nachdem welche Materialien gewählt wurden, bereits die Form einer Skulptur oder Aufstellung haben kann.

Wird mit Postkarten gearbeitet, entstehen zum Teil große Bilder mit Teilbildern, wobei es interessant sein kann, diesem Gesamtbild einen gemeinsamen Titel zu geben.

Skulpturen sind figurale Gebilde, die die Möglichkeit bieten, die Komplexität einer Situation zu reduzieren. Dazu eignen sich als Materialien beispielsweise Bauklötze oder auch Knetgummi.

Die Aufstellungsarbeit geht auf die psychodramatische Theorie des sozialen Atoms zurück: ausgehend von einer Fragestellung entwickelt sich aus dem Netzwerk einer Person ein Bild eines momentanen Zustandes, aus dem heraus emotionale Aspekte, Konflikte, Ressourcen exploriert werden können. Aus diesem Ist-Bild kann dann ein Lösungsbild entwickelt werden unter dem Aspekt: Was muss verändert werden, damit entsprechend der Fragestellung oder des Zieles eine positive Entwicklung möglich ist...?

Ausgehend vom Aufstellungsbild kann über einen Rollentausch eine Interaktion zwischen unterschiedlichen Figuren angeregt werden. Diese Interaktion kann auf andere Szenarien verweisen, die dann im szenischen Spiel dargestellt werden können.

Methodische Vorschläge zur praktischen Arbeit:

Das **soziale Atom** macht den sozialen Lebensraum – die Beziehungslandschaften - eines Menschen sichtbar.

Das **kulturelle Atom** zeigt den Rollenhaushalt eines Menschen.

Das kulturelle Atom gibt die Möglichkeit, die subjektive Sicht auf persönliche Rollen in aktuellen Lebenssituationen zu erkunden (Familie, Beruf, etc.). Ressourcen oder Belastungen dieser Rollen können herausgearbeitet werden. Belastungen in Rollen können erkannt werden, ebenso wie Rollenkonflikte (intrapsychische Rollenkonflikte/ Inertpsychische Rollenkonflikte).

Die Arbeit am Rollenatom kann erweitert werden durch **die Rollenanalyse**:

- **Situation:** wer? Was? Wann? Wo? Wie Lange? Mit wem? Wozu?
- **Verhalten:** Was mache ich? Mit welchem Ziel? Wie sind meine Einstellungen und Werte?
- **Konsequenzen:** Was sind die Konsequenzen meiner Handlung?
- **Körperempfinden:** Was spüre ich körperlich?
- **Gefühle und Gedanken:** Welche Gefühle habe ich in dieser Situation? Welche Gedanken Leiten mich? Was sind meine Impulse? Was werden ich daher als nächstes tun?

und in der weiteren Arbeit durch ein **Rollentraining**, wobei neue Handlungsimpulse ausprobiert werden können.

### **Arbeit mit Postkarten**

Beim Arbeiten mit den Postkarten können die Bilder helfen, ins Gespräch über schwierige Themen zu finden....

Wie erlebe ich im Moment meine Situation (mit Türen oder Wegen)...

Welche Widerstände begegnen mir...(mit Zäunen)

Wie erlebe ich meine Situation...Wo sind Ressourcen....

### **Arbeit mit inneren Anteilen**

Die Psychodramatische Rollentheorie geht von einem **interaktionistischen Rollenmodell** aus: **Ich bin Viele**, je nachdem, wo und wann und mit wem ich zusammentreffe zu welchem Anlass...

Bei inneren Anteilen handelt es sich um intrapsychische Rollenanteile. In verschiedenen Situationen zeigen sich unterschiedliche Anteile, die sehr unterschiedliche Bedürfnisse, Interessen, Emotionen, Ziele etc. haben...Diese Anteile werden anhand von Symbolen (Steine, Knöpfe, Handpuppen...) auf der Tischbühne bezogen auf die jeweilige Situation positioniert und entsprechend einer Fragestellung in Interaktion miteinander gebracht. In weiteren Schritten werden entsprechend des Anliegens und des damit verbundenen Zieles mithilfe von Symbolen die Stolpersteine und die Ressourcen exploriert, um ein passendes Lösungsbild zu entwickeln.

## Ausgewählte Literatur

- Ameln von Falko, Gerstmann Ruth, Kramer Josef: Psychodrama, Springer Verlag, 2004.
- Ameln von Falko, Kramer Josef: Organisationen in Bewegung bringen. Handlungsorientierte Methoden für die Personal- Team und Organisationsentwicklung. Springer 2007.
- Jan Bleckwedel: Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren. Göttingen 2008
- Bosselmann Rainer, Gellert Manfred, Lüffe-Leonhard Evat: Variationen des Psychodrama – Ein Praxishandbuch. 2. Aufl., Limmer 1996.
- Gudrun Gauda: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C.G. Jungs. Dortmund 2001
- Lauterbach Matthias: Wie das Salz in der Suppe. Aktionsmethoden für den beraterischen Alltag. Carl-Auer Verlag 2007.
- Leutz Grete: Psychodrama. Theorie und Praxis. Springer Verlag, Heidelberg 1974.
- Moreno Jacob L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme Verlag, Stuttgart 1959.
- Moreno Jacob L.: Die Grundlagen der Soziometrie. Wege zur Neuordnung der Gesellschaft. Leske und Budrich 1996.
- René Reichel/ Reinhold Rabenstein: Kreativ beraten. Methoden, Modelle, Strategien für Beratung, Coaching und Supervision. Münster 2001
- Roger Schaller: Stellen Sie sich vor, Sie sind.....Das Ein-Personen-Rollenspiel in Beratung, Coaching und Therapie. Huber, Bern 2009.
- Heika H. Straub: Das soziale Atom zur Diagnose und Therapie bei Partnerkonflikten. In: Psychodrama, 1991(2), S. 221-228
- Maria-Elisabeth Wollschläger, Gerhard Wollschläger: Der Schwan und die Spinne. Das konkrete Symbol in Diagnostik und Therapie. Göttingen 1998
- Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. Hrsg. Von Ulrike Fangauf und Franz Stimmer. Vs Verlag für Sozialwissenschaften.

**Weitere Infos auf meiner homepage:**

[www.elkefrohn.de](http://www.elkefrohn.de)

und unter

[www.szenisch&systemisch.de](http://www.szenisch&systemisch.de)

[www.inscenario.de](http://www.inscenario.de)

## Workshop 2

# Pflegebegleiter - ein Modellprojekt des Bundes zur Begleitung pflegender Angehöriger

Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz, Witten

Susanna Eibersch, München

Petra Stragies, Weilheim

---

**Im Modellprojekt „Pflegebegleiter“ haben über einen Zeitraum von 2004 – 2008 mehr als zweitausend Freiwillige einen Vorbereitungskurs zur Begleitung pflegender Angehöriger besucht und sind nun engagiert.**

### 1. Konzept

Im Projekt „Pflegebegleiter“ wurde durch das Forschungsinstitut Geragogik (Witten) ein neues Konzept entwickelt, erprobt und evaluiert, das auf die Begleitung pflegender Angehöriger durch speziell qualifizierte Freiwillige zielt. Es setzt auf die persönliche Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen - nicht auf Dienstleistungen - und es orientiert sich an den Prinzipien von Wahlfreiheit und Selbstbestimmung. Das Angebot ist nachbarschaftlich, unverbindlich und offen. Es ist geprägt vom gemeinsamen Lernen im Austausch, vom Geben und Nehmen zwischen den pflegenden Angehörigen und den Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleitern. Diese verstehen sich in einer Art „Brückenfunktion“ – sie geben pflegenden Angehörigen Informationen über Entlastungsmöglichkeiten und Hilfsangebote vor Ort und vermitteln damit ins professionelle System hinein. So entsteht ein „Pflege-Mix“, an dem viele Akteure beteiligt sind, - Angehörige, Nachbarn, Professionelle und Freiwillige. Diese verbinden sich zu einem persönlichen Netzwerk, das entlastet und die Versorgung und Pflege zu Hause auch dort möglich macht, wo eine einzelne pflegende Person längst an persönliche Grenzen stoßen würde. Durch Pflegebegleitung gelingt es, die Inanspruchnahme entlastender Dienste zu verbessern. Dies ist vor allem für diejenigen pflegenden Angehörigen besonders wichtig, die vorher völlig alleine für die Pflegeaufgabe zuständig waren.

Die Freiwilligen kommen in dieses spezielle Engagement mit ganz unterschiedlichen Motiven und Erwartungen. Sie betonen aber häufig – und das ist eines der wichtigen Ergebnisse der Evaluation – dass die Vorbereitungskurse und die fachlich begleitete Tätigkeit in der Begleitungsarbeit eigene Fragen zum Thema Altern und Pflegebedürftigkeit zu beantworten helfen und dass sie selbst in vieler Hinsicht von dem Engagement profitieren.

Die Profil- und Leitbildentwicklung von „Pflegebegleitung“ als freiwilligem, unentgeltlichen Engagement hat sich an drei Basiskonzepten orientiert: Empowerment, Kompetenzentwicklung und Vernetzung (vgl. ausführlich Bubolz-Lutz/ Kricheldorf 2006, S. 49 ff):

(1) Die Grundidee des *Empowermentansatzes*: „Stärken statt helfen“ auf der Grundlage des Menschenbildes „Vertrauen in die Stärken des Menschen“ findet ihren Niederschlag in der Begleitungspraxis der Freiwilligen, speziell in den Merkmalen

- den „Eigen-Sinn“ der Pflegenden/ der Pflegesituation zu akzeptieren

- als Gesprächspartnerin und Gesprächspartner „normativ enthaltsam“ zu sein
- darauf zu verzichten, dem anderen Hilfsbedürftigkeit zuzuschreiben
- dem Gegenüber das Recht auf eine selbstbestimmte Lebens- und Lerngestaltung zuzugestehen.

(2) Die Grundidee der *Kompetenzentwicklung*: „Fähigkeiten und Haltungen entwickeln, nicht nur Wissen ansammeln.“ In den Vorbereitungen kommt dem Erwerb von Kompetenzen Bedeutung zu. Folgende miteinander verwobene, aber dennoch voneinander abgrenzbare Kompetenzbereiche wurden spezifiziert, die sich speziell auf die Projektziele und -inhalte beziehen:

- Sachkompetenz/ Verständnis,
- Begleitungskompetenz,
- Vernetzungs- und Feldkompetenz,
- Selbstsorgekompetenz,
- Reflexionskompetenz,
- (Selbst-)organisationskompetenz.

Die genannten Komponenten gelten nicht nur als relevant für die Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter: Kompetenzerwerb soll sowohl durch die Pflegebegleitung auch bei den pflegenden Angehörigen angeregt werden. Zudem haben auch die Projekt-Initiatorinnen und Initiatoren ein entsprechendes Kompetenzprofil zu entwickeln (ein detailliertes Beispiel zur Kompetenzentwicklung für die drei Akteursgruppen findet sich in Bubolz-Lutz/ Kricheldorf 2006, S. 70 ff.).

(3) Die Grundidee der *Vernetzung*: „Kooperation statt Konkurrenz“ zeigt sich zum Beispiel in der Zusammenarbeit von beruflich und ehrenamtlich tätigen Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren. Sie arbeiten im „Tandem“. Vernetzung im Projekt wurde auch auf folgende Weise angestrebt:

- unterschiedliche Kooperationspartner der Regionalbüros (Seniorenbüro Hamburg, Diakonisches Werk Dortmund, Paritätisches Bildungswerk Stuttgart, AWO-Sano Potsdam)
- Trägervielfalt der Standorte
- Kooperationen mit anderen Freiwilligeninitiativen
- Patenschaften durch professionelle Partner in der Region.

## 2. Strukturen des Projektes und Verbreitung der Idee

Zum Ende der geförderten Projektlaufzeit kann festgestellt werden, dass die Verbreitung der Projektidee gelungen ist: bundesweit haben 2104 Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer die Vorbereitungskurse besucht, 2022 Freiwillige bekamen entsprechende Ausweise, mit denen sie sich in der Praxis legitimieren können. An 101 Modellstandorten sind 213 so genannte Projekt-Initiatorinnen und Projekt-Initiatoren tätig. Das sind diejenigen, die innerhalb des Projektes zunächst selbst qualifiziert wurden, um dann anschließend die Vorbereitungskurse für Pflegebegleiter durchzuführen. Sie sind die „Motoren“ für die selbst organisierten Initiativen vor Ort und Garanten für eine verantwortungsbewusste Freiwilligenarbeit. So ist ein neuer Prototyp von

Freiwilligenengagement entstanden: verbands- und trägerübergreifend, zusammenführend in einem Unterstützungsnetzwerk für die Pflege auf den verschiedenen Ebenen (vor Ort, landesweit, in den Regionen und auf Bundesebene).

Im Modellprojekt „Pflegebegleiter“ wurden zwei Qualifizierungskonzepte entwickelt und mehrfach erprobt: für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und für Freiwillige. Erstellt wurde zudem ein Methodenhandbuch, das die Durchführung der Vorbereitungskurse erleichtert und in das didaktische Konzept des „Selbstbestimmten Lernens“ einführt. Der Ansatz des „Selbstbestimmten Lernens“ und das Konzept der „partizipativen Curriculumentwicklung“ hat eine spezielle Motivationskraft der Akteure freigesetzt und trägt auch heute dazu bei, dass die einzelnen Pflegebegleiter-Initiativen vor Ort kreativ und möglichst selbst organisiert eigene Vorhaben (wie z.B. Ein Angehörigencafe oder einen Info-Abend für türkische pflegende Angehörige) entwickeln.

### **3. Ergebnisse des Modellprogramms der Wissenschaftlichen Begleitforschung**

Folgende Ergebnisse der von der KFH Freiburg unter Leitung von Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf durchgeführten 5-jährigen Begleitforschung erscheinen zentral (Kricheldorf 2009):

(1) Die Begleitforschung zeigt deutlich, dass sich das Angebot Pflegebegleitung nicht in Konkurrenz befindet zu professionellen Anbietern und Diensten, sondern diese vielmehr ergänzt und mit ihnen kooperiert, im Sinne eines gelebten Pflege-Mix. Vernetzung ist das Ziel auf allen Projektebenen. Es geht um die Schaffung eines Unterstützungsnetzwerks für die Pflege vor Ort, landesweit, in den Regionen und auf Bundesebene.

(2) Eine besondere Stärke dieser Form der Begleitung pflegender Angehöriger liegt in der zwischenmenschlichen Begegnung, die zeitnah erfolgt – wenn der Bedarf wirklich aktuell vorhanden ist. Das stellt einen wichtigen Faktor dar, warum Pflegebegleitung in der Praxis so gut funktioniert und angenommen wird. Die Wirksamkeit der Pflegebegleitung vor allem im Hinblick auf die Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings ergibt sich aus folgenden Einflussfaktoren:

- Es werden neue Wege aufgezeigt, wie die Pflege auf mehrere Schultern verteilt werden kann.
- Es erfolgt eine Anbahnung der Inanspruchnahme entlastender Dienste.
- Es wird eine persönliche Beziehung aufgebaut, die durch Gespräche unterstützend und entlastend wirkt.

Pflegebegleiterinnen und Pflegebegleiter bieten diese psychosoziale Gesprächsbegleitung, fachliche Aufklärung und Information zu beinahe jeder Tageszeit und ermöglichen damit ein „Pflege-Insider-Gespräch“, das hilft, die Pflegesituation zu klären und zu optimieren, wo es möglich erscheint. Sie eröffnen damit auch den Zugang zu geeigneten Beratungsstellen und Netzwerken.

(3) Die Wirksamkeit von Pflegebegleitung wird durch die pflegenden Angehörigen bestätigt: sie berichten im qualitativen Teil der Begleitforschung über ihre Wahrnehmung, dass sich die eigene gesundheitliche Situation verbessert hat. Dies führt nicht nur zu einer subjektiv besseren Befindlichkeit der pflegenden Person. Gefolgert werden kann, dass damit auch die Aufrechterhaltung der häuslichen

Pflegesituation unterstützt wird: Nur wer sich dazu gesundheitlich in der Lage fühlt, wird auch weiterhin pflegen können. Dieses Ergebnis der Wirksamkeitsforschung, das anschlussfähig ist an zahlreiche Arbeiten und Veröffentlichungen zum Thema zeigt aber auch auf, dass in einem erheblichen, wenn auch nicht genau zu beziffernden Umfang, die eigenen Krankheitsfolgekosten der pflegenden Angehörigen durch Pflegebegleitung reduziert werden können.

Insgesamt belegen die Ergebnisse der Begleitforschung Sinn und Notwendigkeit des freiwilligen Engagements für pflegende Angehörige: pflegende Angehörige werden durch die psychosoziale Begleitung psychisch entlastet, sie schätzen ihre eigene gesundheitliche Situation als verbessert ein und erleben die häusliche Pflegesituation als „stabilisiert“. Wer diese Form der Begleitung erfahren hat, möchte dieses Angebot nicht mehr missen.

#### **4. Neueste Entwicklungen im Netzwerk – bundesweit und speziell in Bayern**

Nach Abschluss der Modellprojekt-Phase wird die Idee der Pflegebegleitung in einem bundesweiten „Netzwerk Pflegebegleitung“ weiter verfolgt. Das Forschungsinstitut Geragogik unterstützt diese Entwicklungen – speziell im Hinblick auf die Verankerung des Freiwilligenprofils in den einzelnen Bundesländern über die Qualifizierung von weiteren Projekt-InitiatorInnen. Intendiert ist ein kontinuierlicher Austausch der Akteure im Netzwerk über die unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern und die gemeinsame Weiterentwicklung der Qualifizierungen.

Ansprechpartner für die Weiterentwicklung in den Ländern sind die früheren Regionalbüros – siehe [www.netzwerk-pflegebegleitung.de](http://www.netzwerk-pflegebegleitung.de)

In Bayern zeichnen sich folgende Entwicklungen ab:

- Standorte mit Pflegebegleiter-Initiativen in Bayern sind: Geretsried, München, Neu-Ulm, Karlstadt, Weilheim, Miesbach.
- In München gibt es 3 Kooperationspartner: die AWO Beratungsstelle für pflegende Angehörige, die Senioren Volkshochschule München und Hippocampus Gerontologische Praxis München. Hier haben insgesamt 3 Pflegebegleiter-Kurse stattgefunden.
- In Weilheim hat die Pflegebegleiterinitiative ein erweitertes Handlungsfeld in Aussicht. Die Alzheimer Initiative Pfaffenwinkel wurde in ein bundesweites Projektnetzwerk aufgenommen mit dem Schwerpunkt „ Demenzfreundliche Kommune“.
- Eine Arbeitsgemeinschaft aller Standorte in Bayern wird angestrebt.

#### **5. Entwicklungen in Bezug auf eine Förderung nach § 45 d im süddeutschen Raum**

In Baden-Württemberg ist im Zuge der Umsetzung von SGB XI § 45d eine Agentur für Beratung und Information eingerichtet worden. Pflegebegleiter gehören hier - neben den Seniorennetzwerken - zu den ersten beiden Förderschwerpunkten des Landes. Hier ist eine Mischfinanzierung von jährlich 5.000 € auf den Weg gebracht worden. – Unter Zugrundelegung der Landesverordnung läuft eine erste Qualifizierung für Projekt-InitiatorInnen an neuen Standorten in diesem Herbst an.

In Bayern ist ebenfalls die Einrichtung einer solchen Koordinationsstelle geplant als "Agentur zur Vermittlung von Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige" (nach § 45c SGBXI in Verbindung mit § 82 Abs.5 AVSG zum koordinierenden landesweiten Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Betreuungsangebote und zur Förderung Ehrenamtlicher sowie der Selbsthilfe)".

#### **Weiterführende Literatur:**

Bubolz-Lutz, Elisabeth/ Kricheldorf, Cornelia (2006): Freiwilliges Engagement im Pflegemix. Neue Impulse. Lambertus Freiburg.

Kricheldorf, Cornelia (2009): Pflegebegleiter - ein neuer „Prototyp“ im freiwilligen Engagement. Vernetzung, Kompetenzentwicklung und Empowerment als Prinzipien bei der Begleitung pflegender Angehöriger. In: NOVAcura, Bern (im Druck).

Steiner, Iren (2009): Familiäre Pflege und zivilgesellschaftliches Engagement: Unterstützung nach dem Empowermentansatz – das Beispiel Pflegebegleitung. In: „Zwischen Bürostuhl und Pflegebett“, Tagung des Landesfamilienrates, 17.7.09, Stuttgart: Unveröffentlichtes Manuskript.

**Infos** unter: [www.netzwerk-pflegebegleitung.de](http://www.netzwerk-pflegebegleitung.de); [www.fogera.de](http://www.fogera.de)

Forschungsinstitut Geragogik  
Prof. Dr. Elisabeth Bubolz-Lutz  
Spichernstr. 18 a  
40476 Düsseldorf  
Tel.: 0211- 163 472 79  
Mail: [bubolz-lutz@fogera.de](mailto:bubolz-lutz@fogera.de)

Iren Steiner, Dipl.Psych.  
Randecker-Maar.Str. 16  
73266 Bissingen  
Tel.: 07023-74 12 48  
Mail: [steiner@iren-steiner.de](mailto:steiner@iren-steiner.de)  
[www. Pflege-engagiert.de](http://www.Pflege-engagiert.de)

Susanna Eibersch, M.A.  
Kunstpädagogin, Kunsttherapeutin (Psychotherapie HPG)  
Hippocampus - Gerontologische Praxis München  
Augustenstraße 79 Rgb., 80333 München  
Tel.: 089 - 52055938  
Fax: 089 - 52059752  
Mail: <http://www.hippocampus-gpm.de>

Petra Stragies  
Alzheimer Gesellschaft Pfaffenwinkel e.V.  
Lohgasse 5, 82362 Weilheim  
Tel. 0881/ 92 760 91  
Fax 92 799 38  
Mail: [info@alzheimer-pfaffenwinkel.de](mailto:info@alzheimer-pfaffenwinkel.de)  
[www.alzheimer-pfaffenwinkel.de](http://www.alzheimer-pfaffenwinkel.de)

**Workshop 3****Beratung von demenzkranken Menschen in der frühen  
Krankheitsphase****Prof. Dr. Sabine Engel, Erlangen**

---

Nach einer Einteilung des Arztes Christoph Held lassen sich im Verlauf einer Demenzerkrankung drei Phasen unterscheiden. Er bezeichnet diese Phasen als unterschiedliche Welten: Menschen, die an einer leichten Demenz leiden, leben in der „Welt der kognitiven Erfolglosigkeit“, Betroffene, die sich in einer mittelgradigen Krankheitsphase befinden, leben in der „Welt der kognitiven Ziellosigkeit“ und schwer Demenzkranke leben in der „Welt der kognitiven Schutzlosigkeit“.

Die erste Welt ist die Erlebenswelt von Menschen in der Frühphase der Erkrankung. Sie ist gekennzeichnet durch die Erfahrungen des Scheiterns: Die Betroffenen bemühen sich, ihr Leben wie gewohnt zu gestalten, doch misslingen ihnen Alltagsaktivitäten zunehmend. Aus Interviews mit Demenzkranken in einer frühen Krankheitsphase wissen wir, dass sie ihr Scheitern, ihre zunehmende „Erfolglosigkeit“ noch in vielerlei Hinsicht wahrnehmen und teilweise starke emotionale Reaktionen erleben: von Hoffnungslosigkeit, Selbstwertverlust und Depression, über Wut und Neid gegen andere und Aggression bis hin zu Ignorieren, Leugnen und Fatalismus.

In diesem Workshop soll anhand der Daten aus den Interviews im Rahmen von Gruppenarbeit Strategien für die Beratung von Demenzkranken, die sich in der Welt der kognitiven Erfolglosigkeit befinden, erarbeitet werden.

## Workshop 4

# Bewegung und Sturzprophylaxe

Gerd Miehling, Nürnberg

---

### Bewegungsförderung und Sturzprophylaxe

Bei diesem Workshop beschäftigen wir uns nicht mit Annahmen und Erkenntnissen, welcher Lebensstil das Risiko für eine demenzielle Erkrankung fördern oder verringern, oder welchen Einfluss körperliche Aktivität und Sport möglicherweise haben kann. Wir wenden uns stattdessen den bereits Erkrankten zu, also denjenigen, die schon eine demenzielle Symptomatik zeigen, bzw. bereits an einer mittelschweren Demenz leiden.

Demenzielle Erkrankungen sind in erster Linie durch einen kognitiven Leistungsverlust und Auffälligkeiten bei Orientierung und Verhalten gekennzeichnet. Mit zunehmendem Fortschritt der Erkrankung treten jedoch auch Defizite bei motorischen und funktionellen Leistungen zutage. Demenziell erkrankte Menschen weisen häufig entweder eine sehr geringe körperliche Aktivität (Antriebslosigkeit, Apathie) oder eine unkontrollierte und hohe Aktivität („Wanderer“) auf. Die Betroffenen erleiden deutliche Einschränkungen ihrer mobilitätsabhängigen Lebensqualität und zeigen überdies ein hohes Sturzrisiko. Hauptursache ist jedoch die mangelnde körperliche Aktivität, die den motorischen und funktionellen Abbauprozess beschleunigt.

Studien weisen darauf hin, dass Bewegung und Sport positive Auswirkungen auf Demenzkranke haben kann. Es wird davon ausgegangen, dass ein sehr vielseitiges, multimodales Trainingsprogramm die größten Chancen und Erfolge verzeichnen kann. Aktuell läuft eine groß angelegte, bundesweite Studie unter dem Titel „Sport & COG“ an neun Zentren mit ca. 300 Teilnehmenden. Das Trainingsprogramm schult Kraft, Beweglichkeit und geistige Aktivitäten. Wissenschaftler gehen davon aus, dass neben einer besseren körperlichen Leistungsfähigkeit nicht nur der Abbau von Wahrnehmen, Denken und Erinnern verzögert werden kann, sondern auch, dass die Angehörigen von einer größeren Selbstständigkeit der Kranken profitieren werden.

Dies sei nur ein Beispiel aus der aktuellen Forschung. Weitere Studien zum körperlichen Training bei Demenz werden im ersten Teil des Workshops vorgestellt. Denn körperliche Aktivität hat einen großen Einfluss auf verschiedene Symptombereiche der demenziellen Erkrankung - beispielsweise den psychischen Status (u.a. Depression), den kognitiven Status (u.a. Aufmerksamkeitsstörungen und Gedächtnis) oder den funktionellen Status (u.a. Gangbild und Sturzrisiko). Doch mit welchen Übungen kann eine Besserung erreicht werden? Welche sind sinnvoll und effektiv? Welche strukturellen und organisatorischen Fragen sind vorab zu klären? Wie häufig, wie lange und wie intensiv sollte das Training stattfinden? Und: Gibt es darauf überhaupt schon schlüssige Antworten?

Hier noch ein paar Stichworte, die wir diskutieren wollen; hilfreich für alle, die sich mit dem Gedanken tragen, eine Demenz-Sportgruppe ins Leben zu rufen:

Zu den Vorüberlegungen und Planungshilfen gehören u.a.:

Jahreszeit, Wochentag, Uhrzeit, Raum, Beleuchtung, Erreichbarkeit, Transfer, Trainer/Kursleiter, Teilnehmerzahl, Übungsgeräte, CD-Player und Musik, Kosten

Bei der Trainingsmethodik und Didaktik sind zu bedenken:

Dauer, Häufigkeit, Umfang und Intensität der „Sportstunde“ sowie der angemessene und respektvolle Umgang mit den Teilnehmenden, daneben die Art und Weise der Übungsanweisung und Demonstration und die Kommunikation.

Schließlich stellt sich noch die Frage nach der Qualifizierung des Trainers/Übungsleiters und dem zahlenmäßigen Verhältnis von Trainer und Teilnehmenden.

### Praktische Übungsbeispiele

#### Musik, Rhythmus und Tanz

Musikalisch und rhythmisch begleitete Tanz- und Bewegungsformen stellen einen wesentlichen Baustein einer jeden Übungsstunde dar. Abgestimmt auf das Alter und die frühere Lebenswelt der Teilnehmenden erfolgt die Auswahl der Titel und Schlager meist aus deren Jugendzeit. Denn Demenzkranke behalten noch relativ lange ihren Sinn für Rhythmik und Melodien. Bewegung mit Musik als Sitztanz oder im Tanzkreis hat einen stark motivierenden (Aufforderungs-) Charakter. Dies sollten Sie unbedingt nutzen.

Wir werden einfache Tanzformen bzw. Tanzschritte mit verschiedenen Musikstücken ausprobieren. Danach gehen wir im Gespräch auf die Umsetzbarkeit ein und geben dem gegenseitigen Erfahrungsaustausch Raum.

#### Spiel und Spielen

Spielen passiert, frei von allen Zwängen, manchmal ohne festes Ziel. Dem Miteinander-Spielen ist bei Sportgruppen mit Dementen der Vorzug vor Wettspielen zu geben.

Zur Auswahl stehen u.a.:

Wurf- und Fang-Spiele für die Auge-Hand-Koordination

Luftballon-Spiele mit Partner oder in der Gruppe

Kegeln oder Zielwerfen

#### Sanftes Krafttraining

In einigen wissenschaftlichen Studien konnte -was nicht weiter verwunderlich sein durfte- zweifelsfrei bewiesen werden, dass ein individuell angepasstes und moderates Krafttraining mit Dementen sehr positive Wirkungen auf die Muskulatur, auf das Bewegungsverhalten und auf die Bewegungssicherheit (Stichwort: Stürze) hat. Als Trainingsgeräte bieten sich Hanteln für die Arm-, Schulter- und Rumpfmuskulatur an. Zur Kräftigung der Beinmuskulatur eignen sich insbesondere Fußgewichtsmanschetten. Vielseitig einsetzbar, aber manchmal gerade bei Menschen in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium etwas schwierig in der Handhabung, sind Thera-Bänder, die es je nach Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Stärken und Farben gibt.

#### Balance- und Gleichgewichtsfähigkeit

Ebenso wie das Krafttraining wirken sich auch Balance- und Gleichgewichtsübungen sehr positiv auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und auf die Gang- und Standsicherheit aus. Übungen im Gehen, Balancieren auf Linien oder über

Hindernisse, ruhigere Übungen in verschiedenen Standpositionen, eventuell auch kombiniert mit leichten Spielformen und noch einiges mehr erlaubt ein abwechslungsreiches Trainieren dieser so wichtigen motorischen Fähigkeit. Gerade in präventiver Hinsicht als Sturzprophylaxe sollten Balanceübungen in keiner Übungsstunde fehlen.

Lassen Sie sich überraschen. Sie werden ein buntes Übungsprogramm kennen lernen, das vielleicht nicht in seinem Umfang komplett mit Ihrer Gruppe durchführbar ist. Sicher jedoch können einzelne Elemente daraus ihre Übungsstunden bereichern und lebendig machen.

Gerd Miehl

## Die Bundesarbeitsgemeinschaft Alten- und Angehörigenberatung – BAGA e.V. - stellt sich vor



### **Bundesarbeits- gemeinschaft Alten- und Ange- hörigenberatung (BAGA)**

Bayerisches Netzwerk Pflege  
13. Bayerische Fachtagung (22. und 23. September 2009)  
in Stein bei Nürnberg

Sabine Seipp (BAGA e.V.)

© BAGA e.V. (August 2009)

1



## **BAGA**

- Verein auf Bundesebene
- Beratungsstellen haben sich zusammengeschlossen
- Forum und Interessensvertretung der Beratungsstellen
- Vorstand arbeitet ehrenamtlich

© BAGA e.V. (August 2009)

2



## BAGA

- 1991 in Bonn erster Erfahrungsaustausch von 20 Beratungsstellen aus ganz Deutschland
- Gründung der Arbeitsgemeinschaft und ab 1998 Vereinsgründung
- 2009 sind es 56 Mitgliedsorganisationen



## Psychosozialer Beratungsansatz

§ 2, Absatz 1 Zweck des Vereins:

„Gemeinsames Ziel sind die Verbesserungen der Versorgung hilfsbedürftiger alter Menschen und die Entlastung ihrer Angehörigen durch Beratung. Grundlage der Arbeit ist die Überzeugung, dass durch mehr Wissen, verbessertes Verständnis und veränderte Einstellungen Belastungen vermindert und Bewältigungsvermögen vergrößert werden können.“



## Ziel der BAGA

- Interessensvertretung der Beratungsstellen auf Bundesebene
- Implementierung von psychosozialen Ansätzen in der Beratung und Unterstützung älterer Menschen und ihren Angehörigen
- Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes (**Qualitätsempfehlungen für die Beratung**)



## Qualitätsempfehlungen für die Beratung

Grundlage der Arbeit ist die Überzeugung, dass mehr Wissen, verbessertes Verständnis und veränderte Einstellungen Belastungen vermindern und das persönliche Bewältigungsvermögen vergrößern. Beratung ist ein durch das Gespräch geleisteter Unterstützungsprozess für Menschen in Belastungs- und Notsituationen.



## Acht Unterpunkte der Qualitätsempfehlungen

1. Die Beratung von älteren Menschen und ihren Angehörigen umfasst folgende Zielgruppen
2. Ziele der Beratung unter Einbeziehung psychosozialer Beratungsansätze sind
3. Rahmenbedingungen
4. Methoden
5. Setting



## Acht Unterpunkte der Qualitätsempfehlungen

6. Aufgaben und Inhalte psychosozialer Beratung
  - Kontakt und Klärung der Bedarfssituation
  - Problembezogene Information und Aufklärung
  - Information über Versorgungs- und Entlastungsangebote sowie Vermittlung von Hilfen
  - Emotionale Unterstützung und Begleitung
7. Qualitätsanforderungen an Berater und Beraterinnen
8. Kooperation und Spezialisierung



## Ziel der BAGA

- Qualitätsstandards und Leitlinien für die Alten- und Angehörigenarbeit weiterzuentwickeln
  - Erfolgskriterien für die Beratung älterer Menschen
  - Erfolgskriterien für die Beratung von pflegenden Angehörigen
  - Standards psychosozialer Beratung von alten Menschen und Angehörigen



## Aktivitäten der BAGA

- Praxishandbuch „Wege aus dem Labyrinth der Demenz“ (1991)
- Stellungnahme zu sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen für alte Menschen und deren Angehörige
- Qualitätsempfehlungen für die Beratung (Flyer)
- [www.baga.de](http://www.baga.de) und [info@baga.de](mailto:info@baga.de)
- Deutschlandweiter kollegialer Austausch
- Tagungen (2 x Jahr)