



# Hospiz-Dialog Nordrhein-Westfalen

Juli 2012 Ausgabe 52

Schwerpunkt:

**DEMENZ**

## Editorial

### Liebe Leserinnen und Leser,

Demenz – ein Thema, welches gesunde Menschen beängstigt, Betroffene verunsichert und hilflos werden lässt und Angehörige in jeder Hinsicht vor große Herausforderungen stellt. Auch die in der Hospiz- und Palliativversorgung Tätigen beschäftigt diese Thematik sehr. Dabei sind es viele Facetten, die dieses Krankheitsbild mit sich bringt und die in unseren Beiträgen zum Ausdruck kommen. Zu reflektieren ist es, Demenz nicht ausschließlich als eine Krankheit mit ihren Defiziten zu betrachten, sondern auch das zu sehen, was für dementiell Erkrankte im Augenblick wichtig ist und im Vordergrund steht, was ihre ‚neue Welt‘ prägt, was sie in der Lage sind zu tun und woran sie Freude haben bis zu ihrem letzten Augenblick. Das verändert die Haltung. Zu oft, so prangern die Autoren der mannigfaltigen Literatur an, sehen wir die Defizite, zu wenig das, was es noch an Möglichkeiten und Ressourcen gibt. Letztendlich – und das verdeutlichen sowohl die Artikel in diesem Hospizdialog als auch die Publikationen zu Demenz – ist die Arbeit mit dementiell veränderten Menschen aber die Arbeit, wie Hospizmitarbeitende sie kennen. Eine Arbeit, die geprägt ist von Empathie, von Verständnis und Unvoreingenommenheit, von Respekt und Liebe.

Eine gute Lektüre wünscht Ihnen

Ihre



*g. Dingerkus*  
Gerlinde Dingerkus



### IMPRESSUM

#### Herausgeber

ALPHA – Ansprechstellen im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung

#### Redaktion

ALPHA-Westfalen  
 Ansprechstelle im Land Nordrhein-Westfalen zur Palliativversorgung, Hospizarbeit und Angehörigenbegleitung im Landesteil Westfalen-Lippe  
 Friedrich-Ebert-Straße 157-159  
 48153 Münster  
 Gerlinde Dingerkus  
 Mary Wottawa  
 Sigrid Olowinsky-Kiessling  
 Tel.: 02 51 – 23 08 48  
 Fax: 02 51 – 23 65 76  
 E-mail: alpha@muenster.de  
 Internet: www.alpha-nrw.de

#### Praktikerbeirat

Ute Aßbrock, Minden  
 Jürgen Goldmann, Bonn  
 Christiane Rädels, Herne  
 Maria Reinders, Kleve

#### Layout

Art Applied und  
 Graphische Dienstleistungen  
 Hafengeweg 26a, 48155 Münster

#### Druck

Druckhaus Stegemöller, Münster

#### Auflage

2500

Die im „Hospizdialog“ veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Auffassung der Redaktion und der Herausgeber wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Fotos der Autoren mit Zustimmung der abgebildeten Personen.

### INFORMATION

**Zwanzig Jahre Hospiz- und Palliativverband NRW** 4  
 Interview mit Pfarrer Hans Overkämping

**Lebenslinien – Gemeinsam Wege aus der Krise entwickeln** 7  
 Katja Alfing

### SCHWERPUNKT DEMENZ

**Alter, Demenz und Angst** 10  
 Annegret Müller

**Würde und Demenz** 14  
 Elisabeth Reitingner, Katharina Heimerl,  
 Elisabeth Wappelshammer

**Pflegeheime als Orte des Sterbens – Sinneswelten für Menschen mit Demenz** 16  
 Franca D'Arrigo

**Die Arnsberger „Lern-Werkstatt“ Demenz** 21  
 Martin Polenz

**Landesinitiative Demenz-Service NRW** 23  
 Gerlinde Strunk-Richter, Yamina Merabet

**Veröffentlichungen** 26  
**Veranstaltungen** 27

## Zwanzig Jahre Hospiz- und Palliativverband in Nordrhein-Westfalen

**Z**ur Person: Pfarrer Hans Overkämping lebt in Datteln und ist seit 2010 im Ruhestand. Seine erste Berührung mit der Hospizarbeit hatte er im Jahr 1982. Er bekam zu dem Zeitpunkt eine halbe Stelle als Krankenhausseelsorger im Elisabeth-Krankenhaus Recklinghausen und eine halbe Stelle als Kaplan in der Heilig Kreuz Kirche in Recklinghausen. Seit 08.10.2003 ist er erster Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes (HPV) NRW.

*Der Anlass unseres Interviews war das 20-jährige Bestehen des HPV. Aber Sie selbst sind schon viel länger in der Hospizbewegung aktiv. Was waren für Sie die Erlebnisse oder Gegebenheiten, die Ihren Weg in die Hospizarbeit geprägt haben?*

**Hans Overkämping:** Es gab ein einprägsames Erlebnis mit Paul Sporcken, Priester, Medizinethiker und Krankenpfleger, der vielen durch seine Publikationen bekannt sein wird. Eine zweite Begegnung, die wesentlich für mich war, hatte ich mit Schwester Liliane Juchli. Und zu guter Letzt gab es ein sehr eindrucksvolles Gespräch mit dem Verwaltungsdirektor meines Krankenhauses, der mir auf meine Frage, wie wir gut für die Sterbenden sorgen können, sagte: In meinem Krankenhaus stirbt keiner. Meine Wahrnehmung war aber die, dass auch in seinem Krankenhaus Menschen starben. Ich habe noch erlebt, wie die Sterbenden aus dem Zimmer geschoben wurden. Schwester Reginalda, die Oberin, und ich haben dafür gesorgt, dass der sterbende Mensch in seinem Zimmer bleiben durfte und nicht ins Badezimmer geschoben wurde oder bestenfalls in ein Sterbezimmer. Für das Stationspersonal eine enorme Veränderung. Der sterbende Mensch nahm am Leben der Station teil.

*Sie waren schon vor Ihrer Vorstandsarbeit im HPV im Vorstand der ehemaligen Bundesarbeitsgemeinschaft – heute DHPV – aktiv. Was waren wesentliche Eckpunkte?*

**Hans Overkämping:** Ja, die BAG feiert in diesem Jahr auch ihr zwanzigjähriges Bestehen. Angefan-

gen hat sie damals in einer verqualmten Kneipe in Köln mit dem Tenor: Wir gründen die BAG als Sprachrohr für alle Länder. Damals haben wir wertvolle Hinweise von Frau Dr.

Weihrauch aus dem Ministerium in Düsseldorf erhalten. Thematisch eingebracht haben sich die Minister Norbert Blüm, Horst Seehofer und Claudia Nolte. Es war notwendig, politisch handlungsfähig zu sein, deswegen brauchten wir einen Bundesverband.

*Und fast zeitgleich hat sich der HPV, damals die Landesarbeitsgemeinschaft, gebildet?*

**Hans Overkämping:** Ja, der erste Vorsitzende damals war Pfarrer Feldhagen und ich erinnere mich gut an seine Worte: Wir brauchen keine Bundesarbeitsgemeinschaft, aber wir brauchen Landesarbeitsgemeinschaften. Er hatte sicher recht damit, dass die LAGs sehr wichtige Instanzen sind. Aber etwas auf der Bundesebene zu tun, war ebenso wichtig, weil nur dort die gesetzlichen Notwendigkeiten geregelt werden können.

Die Landesarbeitsgemeinschaften haben über die Bundesarbeitsgemeinschaft auch Entscheidungsmöglichkeiten. Gerade Nordrhein-Westfalen hat mit seiner großen Mitgliederzahl einen beträchtlichen Anteil an Stimmen, was sich auf die Entscheidungen auf Bundesebene natürlich auswirkt.

*Welche Personen – außer Herrn Feldhagen und Ihnen – waren in den zwanzig Jahren außerdem in der Vorstandsarbeit aktiv?*

**Hans Overkämping:** Im April 1992 wurde in Ahlen die Landesarbeitsgemeinschaft NRW gegründet. Gründungsmitglieder waren: Pfarrer Hans Josef Feldhagen, Ellen Scherrer, Prof. Dr. Franco Rest, Klaus Wawroschek, Angelika Petry-Beck, Erika Niggemeier, Dr. Bernd Bauer und Reinhard Sprenger.

*In diesen zwanzig Jahren und weit vorher ist viel geschehen in der Hospizbewegung in Nordrhein-Westfalen. Welche Eckpunkte halten Sie für wichtig?*

**Hans Overkämping:** Pater Dr. Paul Türks hatte das Hospiz in Aachen gebaut, was aber mit seinen

50 Betten nicht den eigentlichen Hospizcharakter hatte. Zeitgleich haben wir in Recklinghausen auch Überlegungen gehabt, ein Hospiz zu bauen, haben aber die Entscheidung sozusagen dem Schicksal überlassen: Wir sagten, wenn der liebe Gott uns ein Haus schenkt, dann bauen wir ein Hospiz. Was geschah: Ein Ehepaar, deren neun Kinder mittlerweile das Haus verlassen hatten, schenkte uns dieses Haus. Damit begann Hospizgeschichte in NRW.

Es gab weitere wichtige Eckpunkte wie die stetig wachsenden Strukturen, die Gesetzgebung etc. Viele Impulse sind dabei von NRW ausgegangen, hier ist sozusagen das Mutterland der Hospizarbeit.

*Zu Beginn stand vielfach die stationäre Hospizarbeit im Fokus?*

**Hans Overkämping:** Ja, uns standen am Anfang nur stationäre Hospize vor Augen, bis wir uns mit dem Begriff Sterbeorte auseinandergesetzt haben. Dann haben wir uns verstärkt mit der ambulanten Hospizarbeit auseinandergesetzt. Hier war es auch sehr wichtig, die Differenzierung zwischen ambulanter Pflege durch Sozialstationen – freie Anbieter gab es, so glaube ich, damals noch nicht – und ambulanter Hospizarbeit in ihren jeweiligen Profilen zu belassen, was in den Anfängen nicht immer leicht war.



Pfarrer Hans Overkämping

*Auf welche Meilensteine blicken Sie nach den zwanzig Jahren zurück?*

**Hans Overkämping:** Ein in meinen Augen wichtiges Handeln lag darin, dass wir zum Gelingen der Arbeiten der Landesarbeitsgemeinschaften und auch auf Bundesebene maßgeblich beigetragen haben. Viele Länder und auch einzelne Personen, wie z.B. Heinrich Pera aus Halle, haben von unserer Unterstützung profitiert.

Auch die Palliativmedizin hat von der Arbeit der Landesarbeitsgemeinschaft profitiert. Prof. Dr. Klaschik war ein Freund der LAG. Die Hospizbe-

wegung hat das Tabu-Thema ‚Sterben und Tod‘ aufgegriffen. Man sprach nicht darüber. Und doch hatten andere Personen das Sagen, wenn es um Sterben und Tod ging. Es waren die Herren Prof. Hackethal und Prof. Attrott und die Gesellschaft für humanes Sterben. Hier sind noch heute Prominente Mitglied. Alle sprachen von einem humanen Sterben. Die Hospizbewegung spricht von einem Sterben in Würde, weil jedem Menschen eine Würde als Ebenbild Gottes zugesprochen wurde. Und diese Würde kann ihm keiner nehmen. Wir sprechen von der Würde des Menschen von der Zeugung bis zum Tod. Das ergab einen neuen Denkansatz im Umgang mit Sterben und Tod. Es taten sich ganz neue Felder auf wie Trauerbegleitung oder Verabschiedungsrituale.

Diese neue Bürgerbewegung fand bei den Kirchen und den freien Wohlfahrtsverbänden kein Gehör. Im Gegenteil: Die Hospize wurden ‚Sterbehäuser‘ genannt, oder ‚in jedem Krankenhaus wird christlich gestorben‘, ‚die Hospize sind Sterbe-Ghettos‘. Die Wende kam in den 90-iger Jahren.

Wir waren an vielen Diskussionen und Entscheidungen hinsichtlich der Gesetzgebung beteiligt, was mit viel Einsatz und hohem Engagement verbunden war. Und auch die Vernetzung war uns immer schon ein wichtiges Anliegen.

Ein sicher wichtiger Meilenstein waren die Diskussionen um die ‚Verlobung‘ zwischen der Landesvertretung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dem HPV. Leider kam es nicht zur Hochzeit, es war vermutlich noch zu früh, aber eine solche Diskussion ist ja dennoch hilfreich für die Klärung von Positionen nach innen und nach außen.

*Sie sind in enger Kooperation mit den Wohlfahrtsverbänden und den ALPHA-Stellen. Wie würden Sie diese Kooperation beschreiben?*

**Hans Overkämping:** Wir sind gut im Gespräch miteinander. Da wird manchmal der ‚kurze Dienstweg‘ genutzt. Aber es gibt auch regelmäßige offizielle Treffen sowohl nur zwischen den ALPHAs und dem HPV, als auch zwischen ALPHA, Wohlfahrtsverbänden und HPV. Wir haben eine große Schnittmenge bzgl. der Interessen der Hospiz- und Palliativeinrichtungen, aber es gibt natürlich auch Abweichungen, welche wir konstruktiv diskutieren.

Man muss sich ja darüber klar sein, dass der HPV und auch die ALPHAs die Hospizarbeit in Reinkultur vertreten. Die Vertreter der Wohlfahrtsverbände sind für viele weitere Bereiche zuständig und haben dort natürlich auch eine Interessensvertretung. Das bedeutet, dass sowohl die Quantität als auch die Qualität der Vertretung für Inhalte der Hospiz- und Palliativversorgung eine andere ist als beim HPV.



Mitgliederversammlung

*In 2013 werden im HPV Neuwahlen stattfinden?*

**Hans Overkämping:** Ja, mindestens zwei Personen aus dem Vorstand werden aufhören. Wir würden uns sehr freuen, engagierte Menschen für diese Posten zu finden. Dabei möchten wir weiterhin die ärztliche Perspektive im Vorstand vertreten sehen, was sich aber als nicht so leicht herausstellt. In diesem Zusammenhang ist es mir wichtig zu sagen, dass unsere Vorstandsarbeit ehrenamtlich ist. An dieser Stelle sei es mir erlaubt allen Arbeitgebern zu danken, die unsere Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Beirates für Sitzungen freigeben. Sicher werden wir im Vorstand immer wieder Überlegungen anstellen, wie die Arbeit der Vorstandsmitglieder erleichtert werden kann...

*Worauf wird der HPV NRW darüber hinaus in Zukunft seine Schwerpunkte legen?*

**Hans Overkämping:** Wir sehen uns als Ansprechpartner in erster Linie für unsere Mitglieder, aber auch für kirchliche und öffentliche Einrichtungen und als Verhandlungspartner z. B. gegenüber Kostenträgern. Als solche möchten wir Perspektiven umsetzen und die Interessen aller Einrichtungen gut vertreten.

Wir werden uns verstärkt mit dem ehemaligen Heimgesetz, dem heutigen Wohn- und Teilhabegesetz (WTG) auseinandersetzen. Die stationären Hospize fallen darunter, was nicht in allen Bereichen des WTG sinnvoll ist. Dies muss dem Gesetzgeber deutlich gemacht werden.

Wir werden uns weiterhin mit gesellschaftspolitisch und ethisch brisanten Themen beschäftigen wie Organspende, Sedierung, Sterbehilfe, ärztlich assistierter Suizid, Ehrenamt, Hospizidee in anderen Einrichtungen, Menschen mit Behinderungen oder an Demenz erkrankten Menschen.

An diesen Themen kann man erkennen, dass die Hospizbewegung eine Bewegung ist und man niemals sagen kann: wir haben alles erreicht, denn das Sterben und der Tod werden uns ein Leben lang begleiten.

*Was hat sich nach Ihrer Wahrnehmung seit dem Beginn Ihrer Arbeit in der Hospizbewegung geändert?*

**Hans Overkämping:** Ich sehe Hospizarbeit als ein Tätigkeitsfeld, in das man geht, wenn man sozusagen eine Bekehrung erlebt hat mit der Erkenntnis: Ich sterbe nicht, weil ich Krebs oder eine andere Erkrankung habe, sondern ich sterbe, weil ich sterblich bin. Und als Sterblicher gehe ich zu den Menschen. Ich erlebe diese Bekehrung nicht bei allen Menschen, vor allem nicht bei jenen, für die diese Arbeit nur ein Job ist und nicht eine Überzeugung. Das ist die Veränderung, die ich erlebe. Es vollzieht sich ein Wandel, eine neue Generation kommt, und wir müssen diesen Wandel gut im Blick behalten. Auch hier steht für mich das A und O der Hospizarbeit ‚Begleiten‘.



Im Jahr 2013 wollen Sie Ihr Jubiläum festlich begehen?

**Hans Overkämping:** Ja, wir haben im Mai bereits eine kleine Feier im Rahmen der Mitgliederversammlung gehabt, werden uns aber in 2013 einen festlicheren Rahmen dafür nehmen.

Lieber Herr Pfarrer Overkämping, die ALPHA-Stellen bedanken sich für das Interview, sprechen ihre herzlichen Glückwünsche zum zwanzigjähri-

gen Bestehen des HPV NRW aus und wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute!

Geschäftsstelle des HPV NRW  
**Petra Brockhues**  
 Im Nonnengarten 10  
 59227 Ahlen  
 Tel.: 0 23 82 - 76 00 765  
 Fax: 0 23 82 - 76 00 766  
 info@hospiz-nrw.de

## Gemeinsam Wege aus der Krise entwickeln

Katja Alfing

### Das Tabu: Der Suizid im Alter

Wenn sich ältere Menschen in diesen Situationen immer weiter zurückziehen, kann sich in der zunehmenden Vereinsamung der Weg in den Suizid entwickeln. Die Zahl der Suizide im Alter (besonders bei Männern) ist im Verhältnis zu den anderen Altersgruppen besonders hoch. Von der Öffentlichkeit wird das nicht wahrgenommen. Alte und ältere Menschen suchen erfahrungsgemäß selten eine Beratungsstelle auf.

der können wegfallen, vertraute Menschen aus der gleichen Generation sterben, die Einsamkeit nimmt zu. Zusätzlich können unverarbeitete Ereignisse wie z. B. Kriegserlebnisse belasten. Eine sich entwickelnde Krise löst Ängste aus und kann sich in einer depressiven Entwicklung zeigen oder suizidale Gedanken hervorrufen.



Katja Alfing



Krisenbewältigung im Alter

**Krisen im Alter: Viele ältere Menschen befinden sich in einer Lebenskrise.**

**Doch niemand spricht darüber.**

Schwierige Lebenssituationen und Krisen gehören zum Leben und kommen in jeder Lebensphase vor. Ältere Menschen haben im Laufe ihres Lebens eine Fülle positiver Erfahrungen gemacht und auch Verletzungen erlitten. Sie haben gelernt, mit Schicksalsschlägen fertig zu werden, Krisen zu überwinden und ihr Leben selber zu gestalten.

Dennoch steigt im Alter das Risiko, eine Krise nicht mehr aus eigener Kraft bewältigen zu können, etwa durch die höhere Zahl von Verlusten. Die körperlichen Kräfte und Funktionen lassen nach, die Abhängigkeit wächst, sinnstiftende Aufgabenfel-

**Unser Ziel: Aufmerksamkeit schaffen, Angebote entwickeln!**

Das von der Stiftung Wohlfahrtspflege geförderte dreijährige Projekt „Lebenslinien“ will Aufmerksamkeit auf die Situation der älteren Menschen in Krisen lenken und bedarfsgerechte Angebote entwickeln. „Lebenslinien“ ist im Februar 2011 an den Standorten Gelsenkirchen, Bielefeld und Hilden gestartet.



**Der Weg – Netzwerke schaffen**

Vor Ort sollen regionale Netzwerke aufgebaut werden, die Beratung und Unterstützung anbieten und so die Ressourcen der älteren Menschen stärken.

Gesucht werden Personen und Dienste, die in Kontakt zu älteren Menschen stehen und sie ansprechen können, bevor eine Krisensituation sich zuspitzt. Die Mitwirkenden werden für diese Aufgaben qualifiziert.

Zielgruppen sind ehren- und hauptamtliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den drei Modellregionen, zum Beispiel:

- Seniorenbegleiterinnen und Seniorenbegleiter
- ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Dienste
- kirchliche Gemeindegruppen, Frauengruppen, Besuchsdienste
- Begegnungszentren für Senioren
- die regional tätigen Diakonischen Werke, Wohlfahrtsverbände
- Pfarrerinnen und Pfarrer, (Notfall-)Seelsorgerinnen und Seelsorger
- Ärztinnen und Ärzte, Notfallhelferinnen und Notfallhelfer, Krankenhäuser, Apotheken
- Beratungsstellen, Krisenhilfen, Telefonseelsorge

### **Die Schwerpunkte des Projektes**

- Allgemeine Sensibilisierung für die Lebenssituationen von älteren Menschen und Informationen zum Thema „Krisen und Suizidalität im Alter“
- Aufbau regionaler Netzwerke zur Vernetzung bestehender Strukturen und Angebote
- Entwicklung eines Qualifizierungsprogramms für Netzwerkpartner und Mitwirkende
- Gewinnung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren vor Ort
- Entwicklung und Aufbau von (zugehenden) Beratungs- und Unterstützungsangeboten
- Einbindung des Angebots in bestehende Strukturen

### **Aktueller Stand**

Nach einem guten Jahr Projektarbeit zeigt sich, dass der Bedarf an Information und Aufklärung der Bevölkerung und von Fachdiensten sehr hoch ist.

Viele Einrichtungen sind interessiert an einer Mitarbeit. An einem Standort wurde ein Runder Tisch ins Leben gerufen, um das Thema zu diskutieren und Unterstützungsangebote für betroffene ältere Menschen zu entwickeln. Auch ein Wegweiser mit Hilfsangeboten an einem Standort wurde entwickelt und erscheint in Kürze.

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass ältere Menschen ein Beratungsangebot eher annehmen, wenn sie im Rahmen von speziellen Angeboten wie Filmnachmittage mit begleitenden Gesprächen über ihre eigenen Erfahrungen und damit verbundenen Krisen berichten können. Auch wurden verschiedene zugehende Angebote entwickelt wie bspw. die Begleitung von Menschen, die ins Altenheim umziehen müssen. Dieses Angebot kann nur in Unterstützung mit speziell zuvor qualifizierten Ehrenamtlichen durchgeführt werden. Auch wird das Thema Krisen im Alter vielfältig in bestehende Netzwerke an den Standorten integriert und diskutiert.

### **Ausblick**

Die Ergebnisse und Erfahrungen innerhalb des Projektes werden zum Ende 2013 festgehalten und in einem Projektleitfaden veröffentlicht.

Die diesjährige Fachtagung zum Projekt findet in Bielefeld am 15.11.2012 zum Thema „Beratungsangebote für Ältere in Krisensituationen“ statt. Interessierte können sich bereits heute bei der Projektkoordination melden. Eine Einladung erfolgt nach den Sommerferien.

Das hohe Interesse am Thema zeigt sich unter anderem auch daran, dass bei der Mitwirkung an einer Radiosendung des WDR im Dezember 2011 nach der Sendung ca. 1500 Anrufe beim begleitenden Hörertelefon eingingen. Viele Menschen sind froh – teilweise auch Angehörige – dass sie über ihre Probleme reden können und jemanden zum Zuhören und Beraten haben. Dies zeigt sich in allen Beratungsgesprächen an den Standorten.



Auch nimmt das Interesse an einer Mitarbeit am Projekt an den Standorten immer weiter zu.



### **Träger des Modellprojektes**

ist die Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.



### **Projektstandort Bielefeld:**

Diakonie für Bielefeld – Innere Mission Bielefeld e.V.

Ansprechpartnerinnen:

Elke Schubert-Buick, Tel.: 05 21 - 8 01 27 83

elke.schubert-buick@johanneswerk.de

Sigrid Dziurzik, Tel.: 05 21 - 8 01 27 85

sigrid.dziurzik@johanneswerk.de

### **Projektstandort Gelsenkirchen:**

Evangelische Kirchengemeinde Gelsenkirchen

Buer-Beckhausen

Ansprechpartner:

Jörg Awiszio, Tel.: 02 09 - 58 54 07

joerg.awiszio@web.de



Evangelische  
Erwachsenenbildung  
Hilden

### **Projektstandort Hilden:**

Das Evangelische Erwachsenenbildungswerk

Nordrhein e.V. Zweigstelle Hilden,

Ansprechpartnerin:

Claudia Wernik-Hübner

Tel.: 0 21 03 - 5 39 48, mobil: 01 52 - 28 54 76 76

c.wernikhuebner@eeb-hilden.de

### **Projektevaluation**

Unsere Arbeit wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert durch die Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster.

### **Katja Alfing**

Referentin

Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V.

Pflege, Alten- und Behindertenarbeit

Friesenring 32-34

48147 Münster

Tel.: 02 51 27 09 -3 13

Fax: 02 51 27 09 -5 73

k.alfing@diakonie-rwl.de

www.diakonie-rwl.de/suizidpraevention

## Alter, Demenz und Angst

„... was ist dran an unserer Angst vor der Angst ...“?

Annegret Müller



Annegret Müller

**I**ch hab Angst, keiner kann mir helfen ... das war einer der letzten Sätze meiner Mutter, bevor auch diese Worte sich nach Jahren in einzelne Fetzen auflösten und sie in ihren Worten verstummte. Doch der ängstliche Gesichtsausdruck, die Stirn, die sich plötzlich zusammenzieht, die um Hilfe bettelnden Augen, die häufige Anspannung der Muskeln, das plötzlich einsetzende Schütteln ihrer Arme und

Beine mit wechselnder Schwingungshäufigkeit, der von Unruhe geprägte Herzrhythmus oder das furchterregende Aufschreien lässt in solchen Momenten nur erahnen, wie sich ihre Ängste in der weit fortgeschrittenen Demenz anfühlen müssen.

Schon vor Jahren machte ich mir Gedanken darüber, in solchen Momenten hilfreich zu sein. Als noch verbale Kommunikation möglich war, habe ich versucht, ihre Ängste zu mindern, indem ich ihr sagte: „Du brauchst keine Angst haben ...“, beruhigen konnte ich sie damit nicht. Doch als Tochter war das für mich in der jeweiligen Situation das einzige, was ich sagen konnte. In meiner täglichen Arbeit wusste ich schon damals, dass es zum einen meine Betroffenheit war, die mich in meinem Mitleid einfach handlungsunfähig gemacht hat und zum anderen ehrlich gesagt, die eigene Angst, die mich vor der mir gegenüber stehenden Angst dazu hinreißen ließ.

In der hospizlichen Begleitung von sterbenden Menschen mit und ohne Demenz erlebe ich bei Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im ambulanten und stationären Bereich immer wieder genau diesen Handlungsansatz. Das hat mich dazu angeregt, mir noch mal grundlegende Gedanken zu machen: was ist dran an unserer Angst vor der Angst?

Ich beziehe mich an einigen Stellen in diesem Artikel auf einzelne Darstellungen aus der Literatur von Fritz Riemann (Grundformen der Angst) und Harald Blonski (Alte Menschen und ihre Ängste):

Wir alle kennen die Angst vor Situationen, die wir als bedrohlich und gefährlich erleben, die Angst vor Überforderung im Berufsleben, vor Krankheit, vor Alter, Schmerz, Trennung, Verlust, Einsamkeit, Tod. Angst begleitet uns durch das ganze Leben. Deshalb ist sie durchaus sinnvoll.

Angst gehört also irgendwie zu unserem Leben – von der Geburt bis zum Tod. Doch will das nicht heißen, dass wir uns andauernd ihrer bewusst wären. Meist haben wir die Neigung, ihr auszuweichen, sie zu vermeiden, und wir haben mancherlei Techniken und Methoden entwickelt, sie zu verdrängen, sie zu betäuben, zu überspielen, zu leugnen. Aber wie der Tod nicht aufhört zu existieren, wenn wir nicht an ihn denken, so auch nicht unsere Angst.

### Unsere Angst als Schutzmechanismus

Wenn wir Angst einmal „ohne Angst“ betrachten, bekommen wir den Eindruck, dass sie einen doppelten Aspekt hat: einerseits kann sie aktiv machen, andererseits kann sie lähmen.<sup>1</sup> Angst ermöglicht als Warn- oder Alarmsignal lebensnotwendige Lern- und Anpassungsvorgänge. Sie gehört zu einer gesunden Entwicklung, stößt Veränderungsprozesse an und kann eine Quelle der schöpferischen Kraft des Menschen sein. Ängste können motivierend und leistungssteigernd wirken, Offenheit und Nachdenklichkeit fördern.

Evolutionsgeschichtlich hat die Angst demnach die wichtige Funktion als ein die Sinne schärfender Schutzmechanismus, der in tatsächlichen oder auch nur vermeintlichen Gefahrensituationen ein angemessenes Verhalten (Flucht) einleitet. Da der Energieaufwand für eine Flucht gering ist, übersehene Bedrohungen aber äußerst folgenschwere Auswirkungen nach sich ziehen können (Tod), ist unsere „Alarmanlage“ Angst sehr empfindlich eingestellt, was in vielen Fehlalarmen resultiert.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Quelle: Fritz Riemann, Grundformen der Angst  
<sup>2</sup> Quelle: <http://de.wikipedia.org/wiki/Angst>

## Angststörungen und ihre Folgen

Wenn wir dem Inhalt der Definition<sup>3</sup> folgen, dass unser Grundgefühl Angst sich in für uns bedrohlich empfundenen Situationen als Besorgnis äußert, wir die Verschiedenheit der Menschen mit ihrer Persönlichkeitseigenschaft und die Vielfältigkeit des Phänomens Angst mit einbeziehen, gibt es demnach praktisch nichts, wovor wir nicht Angst entwickeln können.<sup>4</sup>

Krankhafte Veränderungen machen das Erleben und den Umgang schwierig. Anders als bei der Phobie, wo die Angst an ein bestimmtes Objekt oder Situation gebunden ist, spricht man von einer Angststörung, wenn Angst ohne akute Bedrohung auftritt, wenn sie lange anhält, lähmt, panikartig auftritt, heftige körperliche Symptome verursacht, im Alltag stark behindert und zu Vermeidungsverhalten führt.

Angststörungen verändern das Selbsterleben, verletzen das Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, belasten die Beziehung zu nahen Angehörigen und Mitmenschen. Angsterleben und depressive Verstimmung haben häufig eine Verbindung.

So erfahren sich Betroffene in ihrer Lebensqualität und Leistungsfähigkeit stark reduziert, fühlen sich elend, unglücklich, ohne ihre Beschwerden auf benennbare Ursachen zurückführen zu können. Es ist ihnen nicht klar, worunter sie nun eigentlich leiden. Ihre Angst als seelische Störung und Erkrankung wird häufig nicht erkannt und nicht diagnostiziert. Sie bleibt damit unbehandelt oder erfährt keine geeignete Therapie. Hier sind Menschen mit Demenz besonders betroffen, wenn ihre Kognition erst einmal geschwächt oder verloren gegangen ist. Es scheint unsere Vorstellungskraft zu übersteigen,

ohne umfassendes Denken zu sein. Die Welt von Dementen mag so aussehen:

- *Für mich gibt es kein „wenn... – dann ...“*
- *Für mich gibt es kein „das geschieht ..., weil ...“*
- *Für mich gibt es keine Logik, kein „das muss so sein, weil ...“*
- *Ich weiß nicht, was vor einer Stunde war ...*
- *Ich fühle alles: Zuwendung und Nähe, Respektlosigkeit und Verachtung ...*
- *Ich kann mich nicht wehren ...*

Aber in dieser Welt gibt es Emotionen und Gefühle. Nach wissenschaftlicher Erkenntnis bleiben erlebte Gefühle im Gehirn bis zum Tod gespeichert,

auch wenn die Auslöser dafür schon lange vergessen sind. Das heißt, in für sie bedrohlich empfundenen Situationen, Abläufen, Objekten, Menschen usw., die sie nicht erkennen und entschlüsseln können, schlägt ihr Grundgefühl der Angst erst mal Alarm. Sie können demnach praktisch vor allem Angst entwickeln und diese Angst in Ihren Emotionen leben. Einige Menschen mit Demenz erleben panikhafte Momente der

Teil-Orientierung und des Erinnerns, verzweifelte Gefühle von Einsamkeit, Verlorensein und Angst.

Sie brauchen Begleitung und Bestätigung ihrer Erlebens- und Gefühlswelt. Und am Ende ihres Lebens geht es auch hier nicht um Sterbebegleitung im ursprünglichen Sinne sondern um wahre Lebensbegleitung in der besonderen Situation

„*Ich habe Angst, keiner kann mir helfen ...*“, diese Worte haben mir in jeder Begegnung mit meiner Mutter meine eigene Angst vor ihrer Angst deutlich gemacht.



Annegret Müller in der Begegnung mit ihrer Mutter

<sup>3</sup> Quelle: [http://de.wikipedia.org/wiki/Def. Angst](http://de.wikipedia.org/wiki/Def._Angst)

<sup>4</sup> Interpretation Aussage Fritz Riemann, Grundformen der Angst



## Persönliche Ängste

„und Hand auf's Herz“ – lassen wir mal den Gedanken zu, die Diagnose einer Demenz zu erhalten, deren Folge unser weiteres Leben massiv bedroht. Stellen wir uns vor, uns fallen die einfachsten Dinge nicht mehr ein, Abläufe können wir nicht mehr koordinieren, Tätigkeiten werden immer schwerer. Wir sind mehr und mehr auf Hilfe von außen angewiesen, können die Ausscheidung nicht mehr selbst steuern und wir können uns für andere nicht mehr verständlich in Sprache und Wort ausdrücken und häufig verstehen wir das gesprochene Wort unseres Gegenübers nicht. Hier drückt sich doch unser aller Menschen Angstthema aus, nämlich die Angst vor dem Verlust unserer Gesundheit, der Privatheit und dem selbstbestimmten Lebensraum. Der Wunsch nach eigenem Raum, nach Ruhe, nach Privatsphäre, Intimität, der Selbstentscheidung scheint uns doch hier erst einmal durch das Gefühl einer Bedrohung zum Handeln zu zwingen.

## Ängste in der Versorgung und Betreuung

In verschiedenen Befragungen berichten Menschen von ihrer Angst, plötzlich hilflos zu sein, sich nicht mehr selbst versorgen oder nicht mehr selbst bestimmen zu können. Alte Menschen bringen dieses Empfinden häufig in Zusammenhang mit der Angst, durch geistige und körperliche Defizite ihre eigene Wohnung aufgeben und in ein Pflegeheim ziehen zu müssen. Kollegen aus stationären Einrichtungen bestätigen, dass eine erste Kontaktaufnahme mit dem Heim häufig angstbesetzt ist. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder durch andere Erkrankungen in ihrer Sprachwiedergabe beeinträchtigt, sind hier in der Regel nonverbale Angstindikatoren zu beobachten.

Warum erleben wir aber dann alte Menschen eher passiv, wenn sie ins Heim umziehen? Die Theorie der erlernten Hilflosigkeit geht davon aus, dass Menschen, die wiederholt mit unkontrollierbaren Ereignissen konfrontiert werden, hilflos werden. Das bedeutet, dass es gleich ist, ob sie etwas tun oder nicht, die Konsequenz tritt ohnehin ein. (Seligmann, 1992)<sup>5</sup>.

Die angstbesetzte Befürchtung und Erfahrung durch den Verlust der Selbstbestimmung über Körperfunktionen, Körperpflege, Ernährung, über

Kontakte und Aktivitäten nicht mehr selbst bestimmen zu können, lässt den alten Menschen in der Bedrohung die persönliche Handlungsmöglichkeit als wirkungslos einschätzen und passiv reagieren.

In meiner täglichen Arbeit in der Beratung und Begleitung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und deren Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Heimen und ambulanten Pflegediensten finde ich dazu immer wieder Gründe.

Hier nur einige exemplarisch aufgeführt:

- Die ersten Kontakte – die Anmeldung machen die Angehörigen, ohne vorher mit dem alten Menschen zu sprechen
- Der Zeitpunkt des Heimeinzugs kann vom alten Menschen nicht selbst bestimmt werden (Warten auf ein freies Bett/Zimmer – schneller Einzug um Fehlbelegungstage gering zu halten)
- Häufig Einzug in ein Doppelzimmer
- Alte Menschen werden direkt vom Krankenhaus ins Heim verlegt
- Keine Selbstentscheidung, in welche Einrichtung der alte Mensch umziehen möchte
- Verlust der vertrauten Umgebung
- Verlust der Ressourcen durch Anpassung an den Pflegealltag
- Verlust vertrauter Menschen

In diesem Kontext ist der Einzug in ein Heim doch gekennzeichnet von Trauer über den Verlust der Wohnung und allem Vertrauten. Die Annahme körperlicher Hilfen durch fremde Menschen bedeutet erst mal das Ende aller Hoffnungen. Die Identität und das Selbstvertrauen gehen verloren. Viele alte Menschen im Heim fühlen sich verlassen, enturzelt, heimatlos. Dieses Gefühl löst Angst aus, das Gefühl sterben zu müssen, festigt sich. Eine häufige Reaktion ist der Rückzug.

Gerade Bewohner mit einer Demenz signalisieren uns immer wieder ihre Ängste, die sie spüren und uns dann im Wechselbad ihrer Gefühle auch aggressiv geprägt zeigen.

<sup>5</sup> Def. „Erlernte Ängste“ Seligmann 1992

## Ängste im Arbeitsalltag

Wenn ich mit professionell Pflegenden auf das Thema Angst zu sprechen komme, verspüre ich immer wieder Unsicherheit. Dazu habe ich einen Katalog von Fragen entwickelt, die den Umgang von der Kindheit bis heute oder die Fragen nach Angstausslösendem bei der Vorstellung einer möglichen bedrohlichen Erkrankung bis hin zum Umgang mit alten und dementen zu Betreuenden beleuchten sollen. Die letzten Fragen beziehen sich ausschließlich auf die Wünsche und Bedürfnisse von Pflegenden in ihrer täglichen Arbeit. Diese Studie steht noch am Anfang, ein erstes Resümee zeichnet sich ab.

Die Antworten der letzten Fragen sprachen für sich. Hier wurden die Bedürfnisse nach mehr Zeit und keine ständige Angabe von Gründen, „wenn es mal länger dauert“, deutlich formuliert. Es gab klare Wunschaussagen das Wohl des zu Pflegenden vor die Dokumentation zu stellen und individuell auf jeden zu Pflegenden eingehen zu können. Schon der Zeitdruck ist Auslöser von Ängsten bei Betroffenen und Pflegenden. Kommunikation über Ängste kann nicht stattfinden, nonverbale Signale werden nicht wahrgenommen, die „Alarmanlage“ Angst ist bei Dementen unter Zeitdruck noch sensibler eingestellt.

Diese Aussagen machen deutlich, dass Träger von Altenheimen und ambulanten Pflegediensten zwar Konzepte erarbeiten und die Haltung einer guten und fürsorglichen Versorgung haben, die Umsetzung doch meist an der Wirtschaftlichkeit scheitert.

## Konsequenz

Es ist in Deutschland an der Zeit, Veränderungen zu schaffen. Dazu müssen sich die Vertreter der Politik mehr mit dem Thema Angst auseinandersetzen, um bei Entscheidungen vielleicht im Ansatz zu erspüren, wie sich existenzielle Bedrohung anfühlt. Denn wird Angst missachtet und nicht ernst genommen, dann werden kranke und alte Menschen auf einem langen Leidensweg ihren körperlichen, seelischen, sozialen und spirituellen Tod sterben. Auf diesem Weg werden sie begleitet von den Ängsten der Angehörigen, der Pflegenden und anderer an der Versorgung Beteiligter.

Meine Titelfrage lasse ich an dieser Stelle ohne weiteren Kommentar stehen

*„... was ist dran an unserer Angst vor der Angst ...?“*

Persönlich bin ich überzeugt, dass eine würdevolle Begegnung uns immer wieder die Chance gibt, egal ob Begleiter, dementer oder sterbender Mensch, uns gegenseitig die Ängste vor dem Sterben zu nehmen und dass wir so die Ruhe und Geborgenheit finden, den letzten Schritt in unserem Leben allein und ohne Angst zu gehen.

**Annegret Müller**

Koordinatorin Ambulanter Hospiz- und Palliativdienst Herne  
Dipl. Fachfrau für gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung  
Tochter einer seit 15 Jahren an Demenz erkrankten Mutter  
a.mueller.ahpd@evk-herne.de  
www.ahpd@evk-herne.de

## Literatur

- Riemann, F** (2011): Grundformen der Angst, München: Ernst Reinhardt  
**Bloski, H** (1994): Alte Menschen und ihre Ängste, München: Ernst Reinhardt

## Würde und Demenz

Elisabeth Reitinger, Katharina Heimerl, Elisabeth Wappelshammer

**L**immer mehr Menschen, vor allem hochbetagte, leiden an einer Demenz. Das Leben und der Umgang mit Frauen und Männern mit Demenz fordern uns sowohl als Einzelne, sei es als An- und Zugehörige, Freundinnen, Freunde und Bekannte oder als Professionelle und Ehrenamtliche als auch als Gesellschaft heraus. Wie wir als Gesellschaft mit Menschen mit Demenz, die mit zu den schwächsten Mitgliedern gehören, umgehen, sagt etwas über unsere Gesellschaft und ihre Werthaltungen als Gesamtes aus.

Menschen erleben durch und in ihrer Demenz Verluste, sie verlieren ihren Verstand. Diese können darüber hinaus die Person in ihrer Körperlichkeit, in seelischen oder geistigen Dimensionen, in ihren sozialen Beziehungen und Rollen betreffen, aber auch das Umfeld. Angst, Wut, Trauer und Verzweiflung gehen oft mit dem Fortschreiten der Demenz sowohl für die Betroffenen als auch für ihre An- und Zugehörigen einher.

Wie wir mit den so starken Gefühlen und Bedürfnissen, die immer wieder auch im „herausfordernden Verhalten“ geäußert werden, umgehen, hat mit Würde zu tun. Existenzielle Bedürfnisse danach, ins Leben einbezogen zu werden, Trost geschenkt zu bekommen, die eigene Identität aufrecht zu erhalten und angemessenen Beschäftigungen nachzugehen, erfordern vom Umfeld ein Verständnis der jeweiligen Lebenssituation der Person mit De-

menz. Haltung, Kompetenzen und Verhaltensweisen in Beziehungen aber auch eine sorgende Kultur sind für einen würdigen Umgang mit Frauen und Männern mit Demenz unseres Erachtens gefordert (Heimerl, Reitinger, Eggenberger 2011).

### Anerkennung von Würde

Würde von Menschen mit Demenz ist zum einen Menschenwürde, die unteilbar, unaufhebbar und unantastbar ist und als Grundlage der Gleichheit aller Menschen dient. Zum anderen zeigen Forschungsarbeiten mit hochbetagten Frauen und Männern, dass Würde in sozialen Beziehungen gewahrt oder verletzt werden kann (Literaturübersicht bei Tadd et al. 2011, S. 36ff). So verstanden ist sie sozial konstruiert und relational. In qualitativen Interviews ist Sabine Pleschberger (2005) der Frage nachgegangen, was Würde im Leben und Sterben für Bewohnerinnen und Bewohner im Pflegeheim bedeutet. Aus der Perspektive der befragten Frauen und Männer stellt sich Würde als relational dar. „Würdigung“ wird über soziale Beziehungen mit Menschen innerhalb und außerhalb des Pflegeheims sowie über die Anerkennungen von Lebensleistungen hergestellt. Nicht überraschend sind die Bewohnerinnen und Bewohner bestrebt, ihre Würde dadurch zu erhalten, dass sie möglichst niemandem „zur Last fallen“. Angesichts wachsender Pflegebedürftigkeit ringen sie auf diese Weise um Anerkennung. Durch Pflegebedürftigkeit erweisen sich sowohl die intrapersonale als auch die relationale Würde als vulnerabel. Beispiele, wie Würde in Pflegeeinrichtungen bewahrt oder verletzt werden kann, zeigt Doris Pfabigan (2011, S. 30) auf:

Würdebewahrend	Würdeverletzend
Fürsorgliches Handeln, das sich in Taktgefühl, Zurückhaltung und Rücksichtnahme zeigt	Normierte Pflegehandlungen, Ausrichtung am Primat der Ökonomie, Machtmissbrauch durch Pflege- und Betreuungspersonen
Achtung und Respekt der individuellen Person, sich als individuelle Person darstellen können	Nicht-Ernstnehmen der Person, Herabsetzung als „Kindergartenkind“, „Pflegenummer“, „nur irgendwer sein“, übersehen und überhört werden
Die Gewissheit als selbstbestimmte Person zu gelten	Entzug von Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten sowie der Kontrolle über sich selbst und die Situation



„Seeing the person“ (die Person wahrnehmen) stellt für Tadd et al. (2011) einen der wesentlichsten Aspekte von Würde dar. Schon der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood (1997) geht davon aus, dass Anerkennung, Respekt und Vertrauen große Bedeutung haben dafür, dass das Personsein für Menschen mit Demenz erhalten bleibt. Empathie als Haltung des verstehenden Zuhörens, in der die Gefühle der anderen Person nachvollzogen werden, ohne sie zu übernehmen, steht im Zentrum des Ansatzes. Das soziale Sein in Beziehung steht damit auch hier im Vordergrund. Ähnlich geht es in der Validation® (Feil 2010) darum, die Gefühle und Wahrheiten der Frauen und Männer mit Demenz als gültig an zu nehmen und so Angst und Unsicherheit zu vermindern und Würde zu wahren.

Wenn es bei würdigenden Beziehungen also darum geht, Frauen und Männer mit Demenz als Person wahrzunehmen und anzusprechen, dann sind auch geschlechterspezifische Aspekte ernst zu nehmen. Das heißt zum einen, Lebensgeschichten im Zusammenhang mit den gültigen Geschlechterverhältnissen zu verstehen. Zum anderen erhält in jeder Kommunikation, in jeder Berührung und Geste auch aktuell die jeweilige Geschlechterzugehörigkeit Bedeutung (Reitinger, Beyer, 2010). Würde im Umgang mit Menschen mit Demenz zu erhalten, erfordert daher auch Geschlechtersensibilität.

### Haltung und Palliative Care

Die Haltung, mit der wir Menschen mit Demenz begegnen ist Grundlage jedes Kontaktes, jeder Kommunikation und Beziehung. Das Anerkennen der Person in ihrer jeweiligen Eigenwilligkeit setzt voraus, dass wir einander in unseren Unterschiedlichkeiten wahrnehmen und akzeptieren können. Toleranz, Zuwendung und die Sorge umeinander in unserem Mensch-Sein und Person-Sein erhalten besondere Bedeutung. Unser Angewiesensein auf andere zeigt die Notwendigkeit auf, Autonomie immer in sozialen Bezügen und die Begrenztheit jedes Menschen als Grunddisposition zu sehen.

Demenz als unheilbare Erkrankung bringt schweren Leidensdruck durch kurativ nicht beeinflussbare Beschwerden mit sich. Schmerzen und andere quälende Symptome („total pain“) können oft nicht mehr allgemein verständlich kommuniziert werden. Eine multidimensionale, von hospizlicher Grundhaltung getragene palliative Behandlung,

Betreuung und Begleitung bis ans Lebensende und darüber hinaus stellt somit unverzichtbare Aufgaben im würdigenden Umgang mit Menschen mit Demenz dar (Kojer, Schmidl, 2011; Kojer, Heimerl, 2009; Small et al., 2007).

### Für eine neue Sorgeskultur

Sorgebeziehungen mit Menschen mit Demenz, die ihre Würde wahrnehmen und halten, fordern Achtsamkeit und haben immer etwas mit Berührung zu tun. Unter Achtsamkeit verstehen wir die generelle Aufmerksamkeit, Bedürfnisse von Menschen, die uns umgeben, erkennen zu können. Zuhören, wahrnehmen und beobachten werden damit zu ursprünglichen Fähigkeiten im Umgang mit auf Unterstützung angewiesenen Frauen und Männern mit Demenz. Sowohl das körperliche Berühren, das ja augenscheinlich auch zum „Handwerk“ von Sorgearbeit gehört als auch das Berühren auf der zwischenmenschlichen Ebene wie das Schenken eines liebevollen Blicks oder Gesten der Empathie und des Trostes können als zentrale Elemente von Care-Beziehungen beschrieben werden.

Diese würdigenden Sorgebeziehungen mit Menschen mit Demenz erfordern Organisationen und eine Kultur, in denen Mitarbeitende den Raum erhalten, sie zu verwirklichen. Unterstützung durch die Leitung ist unumgänglich: Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen können so gestaltet werden, dass achtsamer Umgang sowohl mit Menschen mit Demenz aber auch untereinander ermöglicht wird. Welche räumlichen und sozialen Rahmenbedingungen für welche Gruppe von Menschen mit Demenz Würde erhalten können, wird auch in neuen Wohn- und Pflegemodellen erprobt (Schuhmacher et al. 2011; Reitinger et al. 2010).



Elisabeth Reitinger



Katharina Heimerl



Elisabeth Wappelshammer

**Assoz. Prof. Dr.in Elisabeth Reiting**  
 IFF - Palliative Care und OrganisationsEthik  
 Alpen-Adria Universität Klagenfurt  
 Schottenfeldg. 29/4, 1070 Wien  
 Tel.: +43 15 22 40 00 -1 03  
 Fax: +43 15 22 40 00 -1 78  
<http://www.aau.at/pallorg/>

## Literatur

- Feil, N.** (2010): Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. 6. Aufl., München: Ernst Reinhardt
- Heimerl, K., Reiting, E., Eggenberger, E.** (2011): Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur personenzentrierten und gendersensiblen Kommunikation mit Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen. Hrsg. vom Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Heller, A., Heimerl, K., Husebø** (2007)(Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Kitwood, T.** (2008): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber
- Kojer, M., Heimerl, K.** (2009): Palliative Care ist ein Zugang für hochbetagte Menschen – Ein erweiterter Blick auf die WHO Definition von Palliative Care. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 10, S. 154-161
- Kojer, M., Schmidl, M.** (2011) (Hrsg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Behandlung unheilbar dementer Menschen. Wien: Springer
- Pfabigan, D.** (2011): Würde und Autonomie in der geriatrischen Langzeitpflege. In: Lebenswelt Heim 49/2011, S. 30-31
- Pleschberger, S.** (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg i.B.: Lambertus
- Reiting, E., Beyer, S.** (2010) (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse
- Reiting, E., Pleschberger, S., Schumann, F.** (2010): Leben und Sterben in Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz. Eine explorative qualitative Studie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 43, S. 285-290
- Schuhmacher, B., Denking, H., Heine, Y., Hils, A.s, Klie, T.** (2011): Innovative und herkömmliche Versorgungsstrukturen für Menschen mit schwerer Demenz im Vergleich: PflegeOASE. Abschlussbericht. Leuchtturmprojekt Demenz, Berlin, Freiburg: Bundesministerium für Gesundheit
- Small, N., Froggatt, K., Downs, M.** (2007): Living and dying with dementia. Dialogues about palliative care. Oxford: Oxford University Press
- Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., Read, S.** (2011): Dignity in Practice: An exploration of the care of older adults in acute NHS Trusts. Queen's Printer and Controller of HMSO: Secretary of State for Health, UK

## Pflegeheime als Orte des Sterbens- Sinneswelten für Menschen mit Demenz

Franca D 'Arrigo



Franca D 'Arrigo

**A**uch wenn stationäre Pflegeheime primär keine Hospize sind und auch nicht sein sollen, so gilt es dennoch die bestehenden Pflege- und Betreuungsmilieus den sich veränderten Rahmenbedingungen anzupassen. In diesem Zusammenhang stehen Pflegeheime zunehmend mehr vor der Herausforderung sich mit der kulturellen Ausgestaltung von Lebenswelten für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase auseinanderzusetzen, die Altenpflegeheime sowohl als Lebensorte wie auch als Sterbeorte verstehen lassen. Dieser Paradigmenwechsel kann nur aus einer ganzheitlichen Sichtweise von „innen heraus“ geschehen.

Demografische Prognosen zur Bevölkerungsstruktur verweisen bereits heute auf eine anhaltende und in den nächsten Jahrzehnten noch zu erwartende massive Überalterung der Bevölkerungsstruktur. Dabei wird man davon ausgehen müssen, dass mit erheblichen Veränderungen bzw. Verschiebungen in den unterschiedlichsten Lebenslagen zu rechnen ist. Dieser Veränderungsprozess strahlt bereits seit geraumer Zeit auf die Versorgungslandschaft der ambulanten, teilstationären, stationären und offenen Altenhilfe aus.

So ist die Zahl der Pflegebedürftigen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland für den Erhebungszeitraum von 1999 bis 2009 insgesamt um 16% gestiegen. Demnach waren im Dezember 2009 2,34 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes. Mehr als zwei Drittel davon (69% oder 1,62 Millionen) erhielten ambulante pflegerische Leistungen. Weitere 717 000 pflegebedürftige Menschen (31%) wurden insgesamt in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt.

Die größte Versorgungsgruppe in der Leistungserbringung der stationären Altenhilfe in Deutschland bilden mittlerweile die Menschen, die an einer Demenzerkrankung leiden (Weyerer, 2007). Die aktuelle Fachliteratur geht gegenwärtig von etwa 1,3 Mio. Demenzzkranken in Deutschland aus. Das sind etwa 1,5% der Gesamtbevölkerung. Mehr als zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. Die Anzahl der Neuerkrankungen beläuft sich nach Bickel etwa in einem Jahr auf fast 180.000.

Durch die weiter ansteigende Zahl der Hochaltrigkeit in unserem Land wird tendenziell auch von einem stetigen Anstieg der Inzidenz auszugehen sein. Von den 30% der Pflegebedürftigen, die stationäre pflegerische Leistungen beziehen, verfügen schätzungsweise die Hälfte aller Betroffenen, also ca. 15% bei Heimeintritt über eine Demenzdiagnose. Schon 1996 gingen nach Bickel 42,6% der Heimaufnahmen auf eine demenzielle Erkrankung zurück (Bickel, 2005). Statistiker wie auch Betreiber stationärer Altenhilfeeinrichtungen gehen von einem weiterhin stark ansteigenden Anteil von Heimaufnahmen mit einer Demenzdiagnose aus. Dementsprechend rücken die Lebensbedingungen, die Lebensqualität und die Gestaltung von Lebenswirklichkeiten von und für demenzerkrankte Menschen in der stationären Altenhilfe immer stärker in den Mittelpunkt des öffentlichen Interesses.

So kommt es nicht von ungefähr, dass Akteure der stationären Altenhilfe in den letzten Jahren größte Anstrengungen unternommen haben, um die bestehenden Wohn-, Pflege- und Betreuungsformen sowie die damit verbundenen fachlichen Konzepte zur Versorgung und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen inhaltlich weiterzuentwickeln, ohne die insgesamt eine demenzgerechte Versorgungskultur nicht vorstellbar wäre. Auch haben sich spezifische nichtpharmakologische Betreuungsansätze und Pflegemodelle herausgebildet, die aktuell den theoretischen Bezugsrahmen in der stationären Demenzarbeit abbilden. Im Zuge der aktuellen Diskussion um angemessene Konzepte in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe gibt es gute bis sehr gute konzeptionelle Ansätze und Praxisbeispiele aus Holland, Frankreich, Österreich, Schweiz, Schweden und England, die auch die Diskussion um die Rahmenbedingungen der stationären Demenzversorgung in Deutschland maßgeblich beeinflusst haben. Das vorhandene Spektrum der Betreuungsansätze reicht bekanntermaßen von:

- der personenzentrierten Pflege nach Tom Kitwood,
  - den milieuthérapeutischen Ansatz,
  - der erlebnisorientierten Pflege nach Cora van der Kooij,
  - dem psychobiografischen Pflegemodell nach Erwin Böhm
- über das
- französische Cantou-Konzept,
  - den niederländischen Anton-Pick-Hofje und
  - das schweizerische Drei-Welten-Modell.

Alle hier benannten Konzeptansätze beschäftigen sich allerdings vorrangig mit der Ausgestaltung von Pflege- und Betreuungsarrangements verbunden mit der Zielsetzung, die Unabhängigkeit und die Autonomie von demenzzkranken Menschen in Einrichtungen der stationären Altenhilfe durch die Gestaltung einer größtmöglichen Alltagsnormalität zu fördern und durch gezielte therapeutische Intervention zu unterstützen.

### **Begleitung und Versorgung von demenzzkranken Menschen in einer letzten Lebensphase als erweiterter Perspektivwechsel für die stationäre Altenhilfe**

Pflegeheime als „Institutionen des Alters“ haben sich in den letzten Jahren grundlegend verändert. Immer häufiger jedoch stehen Pflegeheime vor einer weiteren besonderen Herausforderung, alte, multimorbide und demenzzkranke Menschen am Lebensende auf ihrem Weg des Sterbens zu begleiten. Die Zahlen sprechen für sich. In Deutschland sterben jährlich etwa 850.000 Menschen insgesamt. Davon sterben 50 % der Menschen immer noch in Krankenhäusern, aber eben auch schon 20% in stationären Pflegeheimen (Tendenz steigend), 4% in stationären Hospizen und lediglich 24% sterben noch zu Hause, wo die meisten von uns eigentlich sterben möchten.

Pflegeheime auch als Orte des Sterbens aus einer Perspektive von „innen heraus“ zu verstehen und auszugestalten, ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die noch dazu eine andere Zielsetzung in der traditionell gewachsenen Heimkultur der stationären Altenhilfe verfolgt, als dies beispielsweise in stationären Hospizen oder anerkannten Palliativabteilungen der Fall ist. Dies gilt insofern auch für die konzeptionelle Erweiterung der Angebotsstruktur in der vollstationären Leistungserbringung von stationären Altenpflegeheimen.



Pflegeheime verzeichnen seit einigen Jahren einen erhöhten und weiter ansteigenden Bedarf in der Pflege- und Betreuung von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase, die sich in der Ausgestaltung der Leistungserbringung auf die Begleitung am Ende des Lebens konzentriert.

In diesem Zusammenhang entstehen nochmals andere komplexe medizinisch-pflegerische, psychosoziale und spirituelle Anforderungen, Wünsche und Bedürfnislagen der betroffenen Bewohner und ihrer Angehörigen an die stationäre Altenhilfe, denen gezielt durch eine spezifische Erweiterung der Angebotsstruktur in der Ausgestaltung der Leistungserbringung begegnet werden muss.

### **Das Sinnesweltenkonzept für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase**

In Abgrenzung zu einer Organisationsstruktur stationärer Hospize und Palliativstationen, die nicht primär auf die Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz in der (letzten Lebensphase) eingestellt sind, basiert das Konzept der Sinneswelten auf der Idee einer differenzierten ganzheitlichen Ausgestaltung der Begleitung und medizinisch-pflegerischen Versorgung von hochbetagten schwerstdemenzkranken Menschen mit chronisch, progredienten Krankheitsverläufen am Lebensende im therapeutischen Setting der stationären Altenhilfe.

Abgeleitet von dem Konzept der Lebenswelt von Schütz/ Luckmann (Schütz, Luckmann, 2003) steht der Begriff der „*Sinneswelt*“ für eine aufgefächerte Explikation der Grundstrukturen für ein ganzheitlich auszugestaltendes therapeutisches Milieu für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase in der stationären Altenhilfe. Zunächst steht dabei die Berücksichtigung der individuellen sozialen Perspektiven einer milieutherapeutischen Umgebung der betroffenen Klientel am Lebensende im Mittelpunkt.

In Bezug auf die Lebensraumgestaltung orientiert sich das Sinnesweltenkonzept an spezifischen Indikatoren zur Lebensraumgestaltung, die bereits 1997 von Lawton et al. in einem Kriterienkatalog zusammengefasst wurden, die eine besonders beschützende Raumstruktur für Demenzkranke ausmachen und insofern auch als Grundvoraussetzung einer milieutherapeutischen Ausrichtung für demenzerkrankte Menschen in einer letzten Lebensphase anzusehen sind.

Dazu gehören nach Lawton MP, Weismann GD, et al. (1997, S. 193-209):

- die Übersichtlichkeit (angemessene Raumgrößen müssen der Anzahl der Bewohner entsprechen, Vermittlung einer schützenden Atmosphäre);
- Unterstützung von Funktionsfähigkeit und Ressourcenerhaltung (Gestaltung und Ausstattung der Räume, freie Zugänge zu allen Räumen, dem Außenbereich, Vermeidung von mechanischen oder visuellen Hindernissen);
- Vermittlung von Sicherheit und Geborgenheit (Bewohner dürfen alle Räume betreten, das gesamte Mobiliar der Gemeinschaftsflächen benutzen);
- Einwirken durch Stimulierung der Sinne (Abgrenzung der Gemeinschaftsräume und der Privaträume, angenehme Gerüche, anregende Geräuschkulisse, breite Türen, Farb- und Beleuchtungsgestaltung bei Tage und bei Nacht);
- Individualität berücksichtigen (durch Biografiebezug zum bisherigen Lebenszusammenhang, besonders durch persönliche Gegenstände wie Mobiliar, Fotos etc.);
- Berücksichtigung physikalischer Umweltfaktoren wie Beleuchtung, Temperatur, Gerüche, Geräuschkulisse, warmes Licht 500 Lux in Augenhöhe, Hintergrundmusik;
- Orientierungssinn unterstützen (durch Anbringen von Spiegeln, Namensschildern in altdeutscher Schrift und Fotos der Bewohner an den Türen der Privatzimmer, thematische Untergliederung der Gemeinschaftsflächen in Wohn- und Esszimmer, Flur mit Garderobe etc.);
- Förderung der sozialen Interaktionen (Besuche von Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Seelsorger, Betreuer etc., Einrichten von Übernachtungsmöglichkeit für Gäste);
- Kontakte mit Tieren ermöglichen;
- Rückzugsmöglichkeiten bieten (Privaträume, besondere Ruheräume)

Durch Beachtung der von Lawton entwickelten Kriterien kann es gelingen, eine milieutherapeutische Umgebung zu schaffen, die auch schwerstdemenzkranken Bewohnern in einer letzten Lebensphase ermöglicht, in Anlehnung an die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V., 2010) unter würdigen Bedingungen in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe zu sterben. Diese von Lawton entwickelten Umweltdimensionen gehen von einer Differenzierung zwi-

schen einer objektiv gegebenen Umwelt und einer erlebten Umwelt mit ihren Bedingungen und der erlebten Lebensqualität aus.

In der jeweils individuellen Gestaltung der sozialen und räumlichen Umwelt liegt für demenzkranke Menschen in einer letzten Lebensphase eine besonders wichtige Interventionsmaßnahme. Für die Förderung der individuellen Lebensqualität von Menschen mit Demenz sind die Umweltdimensionen als Anforderungsstrukturen in der „inneren“ Ausgestaltung von Sinneswelten für Demenzkranke zu sehen. Damit erreicht das milieutherapeutische Setting eine Umgebung, die insbesondere auch demenzerkrankten Menschen in einer letzten Lebensphase eine soziale Wirklichkeit anbietet, in der diese ihre Selbstbestimmung und Autonomie so weit wie möglich bis zuletzt aufrechterhalten können. Um den doch sehr unterschiedlichen Bedürfnislagen von Menschen mit Demenz am Lebende in der stationären Altenhilfe gerecht zu werden, reicht es jedoch nicht aus, Sinneswelten lediglich milieutherapeutisch auszurichten. Vielmehr benötigen Pflegeeinrichtungen eine umfassende konzeptionelle Weiterentwicklung, die auch die Qualifizierung und die Begleitung der in den Organisationen und Einrichtungen tätigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen rund um das Thema Begleitung von Menschen mit Demenz bis zuletzt in den Blick nimmt.

Nur durch eine auf Lernen und Verstehen ausgerichtete Pflege- und Betreuungsarbeit kann letztlich eine ganzheitlich ausgerichtete Gestaltung von Sinneswelten für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase im Sinne aller Beteiligten entwickelt werden.

Das Konzept der Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase verfolgt bewusst die Zielsetzung, in einer milieutherapeutischen Umgebung der stationären Altenhilfe eine Rahmenstruktur zu entwickeln, die im Besonderen auf die palliative Pflege- und Betreuung der bereits zuvor beschriebenen Zielgruppe ausgerichtet ist.

Schließlich soll mit dem Sinnesweltenkonzept auf eine bestehende Versorgungslücke aufmerksam gemacht werden, die in der gerontopsychiatrischen Versorgung von hochbetagten Menschen mit chronischen, progredienten Erkrankungen und einer primär bestehenden weit fortgeschrittenen Demenzerkrankung nicht nur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe besteht, sondern vor allem auch in stationären Hospizen und palliativen Ab-

teilungen von Krankenhäusern wahrzunehmen ist. Als Bindeglied der milieupädagogischen Raumstruktur für sterbende Demenzkranke sollen Sinneswelten unter Berücksichtigung der von Lawton entwickelten Kriterien nicht nur eine den „Demenzkranken besonders ... beschützende materielle Umwelt ...“ (Weyerer, et. al., 2006) bieten, sondern durch eine gezielte Stimulierung in den jeweiligen „Sinneswelten“ sollen ganzheitlich ausgerichtete therapeutische Interventionen zum Tragen kommen, die die „... sensorischen, emotionalen, kognitiven und psychischen Einschränkungen“ (Brüggemann, et. al., 2009) der betroffenen Klientel in der jeweils individuellen Pflege- und Lebenssituation und ganz besonders in der akuten Sterbephase ausgleichen. In Anlehnung an die Bedürfnispyramide von Maslow konzentriert sich das Bemühen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dabei besonders auf die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse in palliativen Situationen.

Die Ausgestaltung des Sinnesweltenkonzeptes ist insgesamt konzentriert auf die Anpassung der Umweltbedingungen als ein spezifisch angelegtes Milieu, in dem die Lebenswelt und die noch vorhandene Lebensqualität der Klientel größte Priorität haben soll. Folgende Indikatoren gelten als Gradmesser für ein institutionell ausgestaltetes „Sinnesweltenkonzept“:

- Person sein und Person bleiben (wertschätzende Haltung)
- das Prinzip der Vertrautheit (als zentraler Maßstab)
- das Prinzip der Normalität des Alltages (Gestaltung der Tagesstruktur)
- die homogene Wohn- und Lebenssituation (räumlich klar abgrenzbar)
- das Prinzip der Wohnlichkeit (Häuslichkeit, Daheim)
- das Prinzip der Autonomie und Unabhängigkeit bis zuletzt

Das Handeln der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen basiert auf einer ethischen Grundhaltung und orientiert sich dabei an einer Pflege- und Betreuungskultur, die alle Lebensphasen von Menschen mit Demenz als gleichwertig ansieht. Die Lebensphasen eines biologischen, psychologischen und sozialen Konzeptes in der individuellen Lebenslaufentwicklung des Einzelnen werden dabei berücksichtigt.

## Fazit

Die Hauptzielgruppe in der stationären Altenhilfe sind mittlerweile Menschen, die primär unter einer Demenzerkrankung leiden. Durch diesen Veränderungsprozess wurde die stationäre Altenhilfe vor große Herausforderungen gestellt, um diesen wachsenden Anforderungen an gegenwärtige und zukunftsweisende Pflege- und Betreuungsstrukturen für Menschen mit Demenz auch am Lebensende gerecht werden zu können. Bei allem Bemühen allerdings kann von einer bestmöglichen stationären Begleitungs- und Versorgungsstruktur für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase noch immer nicht ausgegangen werden. Zu viele Defizite weisen vielerorts die Einrichtungen in ihrem Bemühen um eine qualitativ hochwertige Versorgungskultur noch auf.

In ihrer Ausprägung ist die Demenz wohl eine der folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen einer immer älter werdenden Gesellschaft. Dammann und Gronemeyer sprechen sogar von einer „Jahrhundertkrankheit, als neue Geißel der Menschheit ...“ (Dammann, Gronemeyer, 2009). Was ist also aus Sicht der stationären Altenhilfe zu tun?

Insbesondere wird es in der Ausgestaltung von Sinneswelten für Demenzkranke am Lebensende zukünftig darum gehen müssen:

- Verabschiedung vom vorherrschenden Paradigma der klassisch institutionellen Versorgungsstruktur in der stationären Pflegelandschaft;
- Weiterentwicklung der bestehenden Konzepte;
- Weiterentwicklung der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen und Institutionen;
- Verbesserung des „Expertenwissens“;
- Qualität und Attraktivität stationärer Pflegeheime in der Ausgestaltung von Wohn-, Pflege- und Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz in einer letzten Lebensphase weiter wissenschaftlich zu evaluieren und systematisch ihre Versorgungspotentiale konzeptionell zu beschreiben und dadurch ein lernendes Umfeld für die beteiligten Akteure zu schaffen.

Insgesamt ist die stationäre Altenhilfelandschaft auf die Entwicklung einer Abschieds- und Sterbekultur angewiesen. So müssen in den Einrichtungen Lebenswelten entstehen, die Sinnstrukturen entfalten, die die individuellen Anforderungen demenzkranker Menschen am Lebensende ausreichend berücksichtigen.

**Dr. phil. Franca D'Arrigo**

Friedhofstraße 3

37215 Witzenhausen

Tel.: 0 55 42 - 99 96 63

Fax: 0 55 42 - 50 12 96

franca.darrigo@t-online.de

## Literatur

- Bickel, H.** (2005): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.-W., Förstl, H. (Hrsg.): Demenzen. Referenzreihe Neurologie – Klinische Neurologie. Stuttgart, New York: Thieme Verlag, 1-15
- Brüggemann, J.; Bruckner, U.; Eben, E. u.a.** (2009): In: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.): Grundsatzstellungnahme. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen. Essen: MDS, 100
- Dammann, R.; Gronemeyer, R.** (2009): Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen. Frankfurt, New York: Campus Verlag
- D'Arrigo, F.** (2011): Sinneswelten für Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Eine Lokalstudie. Universität Siegen, Hochschulschriften
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. u.a., (Hrsg.)** (2010): Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 2. Auflage
- Lawton, M.P.; Weismann, G.D.; Sloane, P.D.; Calkins, M.** (1997): Assessing environment for older people with chronic illness. In: J. Teresi, M.P. Lawton, Holmes, D., Ory, M. (Hrsg.): Measurement in elderly chronic care populations. New York: Springer Verlag, 193-209
- Schütz, A.; Luckmann, T.** (2003): Aufschichtungen der Lebenswelt des Alltags. I. Der Erlebnisstil der alltäglichen Lebenswelt. In: Schütz, A.; Luckmann, T.: Strukturen der Lebenswelt. Neuwied, Darmstadt: UTB Verlag
- Weyerer, S.** (2007): Aktuelle Ergebnisse zur Verbreitung der Demenz in Deutschland. Prävalenz der Demenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Statistisches Bundesamt. Altersdemenz. Heft 28. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut, Nachdruck 2007, 11-16
- Weyerer, S.; Schäufele, M.; Hendlmeier, I.** (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 24

## Die Arnsberger „Lern-Werkstadt“ Demenz

Martin Polenz

**G**emeinsam für ein besseres Leben mit Demenz – unter diesem Slogan machte sich in der westfälischen Stadt Arnsberg eine Allianz unterschiedlicher Akteure daran, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu verbessern. Als „Arnsberger ‚Lern-Werkstadt‘ Demenz“ werden seit 2008 Erfahrungen gesammelt, wie eine Stadt aussehen muss, die den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gerecht wird. Die Robert Bosch Stiftung förderte das Modellprojekt bis 2011, seitdem führt die Stadt Arnsberg die Inhalte in Eigenregie weiter. Der Titel „Lern-Werkstadt“ bezeichnet dabei Arnsberg als lernende Stadt, als „Lern-Labor“ auf der Suche nach passenden Lösungen für lokale Herausforderungen. Die „Arnsberger ‚Lern-Werkstadt‘ Demenz“ stellt Menschen mit Demenz und deren Bedürfnisse in den Mittelpunkt. Ihre Lebenswelt soll auch für Nichtbetroffene erfahrbar werden. Stück für Stück soll das Thema Demenz „normalisiert“ und bürgerschaftliches Engagement auf diesem Feld gestärkt werden. Ziel ist es, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz zu verbessern und Angehörige zu entlasten.

Demenz stellt eine der neuen Herausforderungen einer alternden Gesellschaft dar. Im demografischen Wandel nimmt insbesondere die Zahl der Menschen zu, die mit einer Demenz leben. Schon heute leben etwa 1,3 Millionen Menschen mit einer Demenz in Deutschland. Bis zum Jahr 2030 wird mit etwa 2 Millionen gerechnet (Demenz-Report des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung, 2011).

Ausgangspunkt des Projektes ist die Erkenntnis, dass gute Lebensbedingungen für Menschen mit Demenz und ihre Familien zwar gute medizinische und pflegerische Angebote benötigen, dass es aber mehr braucht. Ebenso entscheidend, vielleicht noch wichtiger, ist das soziale Umfeld: die Kenntnisse und die Haltung von Angehörigen und Nachbarn, aber auch Bankangestellten und Bäckereifachangestellten.

Die Arnsberger „Lern-Werkstadt“ Demenz hat es sich zum Ziel gemacht, die Öffentlichkeit für das Thema zu gewinnen, Wissen zu vermehren und Begegnung zu ermöglichen. Auf diesem Wege soll

Demenz enttabuisiert oder besser „normalisiert“ werden. Die Stadt Arnsberg übernimmt hierbei die Rolle der Koordination. Getragen wird das Projekt aber von zahlreichen Partnern aus den unterschiedlichsten Bereichen.



Martin Polenz

### Partner gewinnen

Von Anfang an war klar, dass die Ziele des Modellprojektes nur dann erreicht werden können, wenn viele Akteure im Stadtgebiet mitmachen. Neben den „üblichen Verdächtigen“, wie stationären Einrichtungen, ambulanten Diensten oder Therapie-Einrichtungen ging es darum, zivilgesellschaftliche Partner zu gewinnen. Hierzu zählen beispielsweise Kindergärten, Schulen, Theater, Unternehmen, Vereine und Verbände oder bürgerschaftliche Initiativen. Aber wie gewinnt man all diese Partner?

Auf der Auftaktveranstaltung des Modellprojektes wurden alle Interessierten eingeladen, sich aktiv mit eigenen Projekten einzubringen. Jeder konnte sich mit einer Idee an die Fachstelle Zukunft Alter wenden, mit der die Projektziele umgesetzt werden konnten. Gute Ideen konnten mit kleineren Summen gefördert werden. Viele Einrichtungen, aber auch Privatpersonen meldeten sich nun mit Ideen für Projekte. Viele von ihnen sind im Internet unter [www.projekt-demenz-arnsberg.de](http://www.projekt-demenz-arnsberg.de) aufgeführt.

So hatte beispielsweise das Jugendbegegnungszentrum Liebfrauen die Idee, aus dem seit 20 Jahren bestehenden Kinderzirkus „Fantastello“ einen „Zirkus der Generationen“ zu machen. Bewohner des benachbarten Seniorenzentrums wurden eingeladen, als Artisten oder Zauberer im Zirkus mitzumachen. Demenz stellte kein Hindernis dar. Es ging aber darum, Kunststücke zu erdenken, die allen Teilnehmern gerecht werden. Statt der Jonglierbälle wurden daher Seidentücher genommen, die viel langsamer herunterfallen. Nach einigen gemeinsamen Proben fand eine große Zirkusgala statt. Die Proben gehen aber bis heute weiter.



Projekte wie dieses ermöglichen die Begegnung von Menschen mit und ohne Demenz. Gerade die Zusammenarbeit mit Kindertagesstätten und Schulen erreichen Menschen, die sonst keine Bezüge zu „Demenz“ haben. Ein weiteres Beispiel aus diesem Bereich ist das Projekt „Bilder vom Alter in der Kinder- und Jugendliteratur“. Es gibt ausgezeichnete Literatur für Kinder über Demenz. Im Rahmen der „Lern-Werkstadt“ Demenz legte die städtische Kindertagesstätte Bruchhausen einen Katalog an, der Kinder- und Jugendbücher zu den Themen „Alter“, „Generationen-Dialog“ und „Demenz“ enthält. Über 50 Bücher wurden angeschafft und stehen seitdem auch allen anderen Kindergärten im Stadtgebiet zur Verfügung.

Die über 40 Projekte, die zwischen 2008 und 2011 entstanden sind, haben viele Menschen unmittelbar erreicht und viel für die Sensibilisierung für das Thema Demenz erreicht. Intensive Medienarbeit erhöhte die Breitenwirkung der Projekte noch. Neben Pressemitteilungen und Berichten über die einzelnen Projekte sind hier besonders die einfühlsamen Portraits und Reportagen hervorzuheben, in denen Einzelschicksale dargestellt wurden.

### **Erkenntnisse aus der Lern-Werkstadt**

#### *„Kümmerer“ vor Ort*

Das Thema „Demenz“ als lokale, gesellschaftliche Herausforderung benötigt einen „Kümmerer“ vor Ort, bei dem die Informationen über lokale Aktivitäten, über Angebote und Neuerungen zusammenfließen. In Arnsberg ist dies die Fachstelle Zukunft Alter. Über die Jahre ist ein breit gespanntes Netzwerk entstanden, aus dem heraus Neues entsteht. Dieses Netzwerk zu pflegen und Impulse zu geben, gehört zu den Aufgaben eines „Kümmerers“.

#### *Gemeinsame Ziele – viele Wege*

Arnsberg hat sehr gute Erfahrungen damit gemacht, die gemeinsamen Ziele auf vielen unterschiedlichen Wegen zu verfolgen. Die Ideen und Erfahrungen vieler Partner wurden nachgefragt. So sind Projekte entstanden, die „top down“ nie entstanden wären, ganz einfach, weil die notwendige Alltagserfahrung fehlte. Die Offenheit gegenüber neuen Partnern und neuen Ansätzen hat zu einer Vielfalt geführt, die Stadtteile und Nachbarschaften nachhaltig belebt.

#### *Bürgerschaftliches Engagement unterstützen*

Es braucht oft nicht viel, um bürgerschaftliches Engagement zu unterstützen, die Effekte sind jedoch enorm. Arnsberg bietet Engagierten Räume an, die sie nutzen können. Qualifizierungsangebote führen dazu, dass Engagierte noch bessere Arbeit leisten können. Schließlich ist die Wertschätzung der Leistung des bürgerschaftlichen Engagements ein zentraler Erfolgsfaktor für gute und nachhaltige Zusammenarbeit.

In dem Buch „Arnsberger ‚Lern-Werkstadt‘ Demenz – Handbuch für Kommunen“ sind die Inhalte und Erkenntnisse aus dem Projekt ausführlich dargestellt. Es ist gegen eine Versandkostenpauschale über den Autor zu beziehen ([m.polenz@arnsberg.de](mailto:m.polenz@arnsberg.de)) oder als PDF-Datei auf der Seite [www.projekt-demenz-arnsberg.de](http://www.projekt-demenz-arnsberg.de) verfügbar. Dort ist auch ein Filmportrait über das Modellprojekt abrufbar.

### **Arnsberger Lern-Werkstadt Demenz**

Martin Polenz  
Lange Wende 16a  
59755 Arnsberg  
[m.polenz@arnsberg.de](mailto:m.polenz@arnsberg.de)

## Landesinitiative Demenz-Service NRW

Gerlinde Strunk-Richter · Yamina Merabet

**W**egen der zunehmenden Zahl an Menschen, die an Demenz erkranken, wurde in Nordrhein-Westfalen im Jahre 2004 die Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen gegründet. Der Impuls kam dabei vom Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V. (KDA).

Ziel war es, eine gemeinsame Plattform zu schaffen, in der sich alle Beteiligten besser vernetzen und ihr Wissen untereinander austauschen. In vielen Regionen in NRW gibt es bis heute stellenweise nur unzureichende Hilfen für Betroffene und ihre Angehörigen. Die schon bestehenden Angebote sollen noch weiter ausgebaut, ergänzt und stärker aufeinander abgestimmt werden. Auch der Zugang zu schon vorhandenen Hilfen soll erleichtert und bekannter werden.

Bei einer Demenzerkrankung sind alle Beteiligten gefordert: Sowohl der Betroffene selbst mit seiner Diagnose und den Veränderungen bei sich als auch seine Angehörigen und die Betreuenden. Im Laufe der Zeit sind Menschen mit einer Demenzerkrankung immer mehr auf Hilfe angewiesen – irgendwann ist dies Tag für Tag und meist rund um die Uhr notwendig.

Für die Angehörigen ist es wichtig zu hören, dass sich niemand auf Dauer allein um einen anderen Menschen kümmern kann, ohne an eigene seelische und körperliche Grenzen zu stoßen. Um diese schwere Lebenssituation zu erleichtern, wurde die Landesinitiative Demenz-Service NRW gegründet.

### **Die Landesinitiative Demenz-Service NRW: viele Bausteine und Beteiligte**

Die Landesinitiative wird finanziell getragen vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (MGEPA) und von den Landesverbänden der Pflegekassen. Die Initiative besteht aus mehreren Beteiligten, die alle eine andere Aufgabe haben. Im Zentrum stehen dabei zwei Dinge: die Verbesserung der häuslichen Situation von Menschen mit Demenz und die Unterstützung ihrer Angehörigen.

Zwölf sogenannte Demenz-Servicezentren (DSZ) unterstützen Städte und Kreise dabei, Hilfsangebote für Menschen mit Demenz auszubauen und weiter zu entwickeln. Auch Träger und Anbieter von sogenannten niedrigschwelligen Angeboten werden von den Demenz-Servicezentren beraten. Niedrigschwellige Betreuung bedeutet, dass ehrenamtliche Helferinnen und Helfer die Betreuung übernehmen, die vorher eine Schulung bekommen. Diese Art der Hilfe steht also in der Mitte zwischen häuslicher Versorgung und professioneller Tagespflege.

Die DSZ möchten aber nicht nur bestehende Angebote unterstützen, sondern auch den Bedarf an Hilfen ermitteln und dort, wo sie fehlen, den Anstoß geben, neue Stellen zu schaffen. Betroffene und ihre Angehörigen können sich aber auch direkt an die Demenz-Servicezentren wenden, um die für sie passenden Unterstützungsangebote vor Ort zu finden.

Weiterhin sind die Demenz-Servicezentren auch dafür zuständig, Informationen über die Demenzerkrankung weiterzugeben – etwa wie man als Angehöriger Menschen mit Demenz am besten im Alltag begleitet. Ein weiteres 13. Demenz-Servicezentrum kümmert sich um die besonderen Belange von Menschen mit Migrationshintergrund: das Demenz-Servicezentrum für Menschen mit Zuwanderungsgeschichte.

Um Forschung und Wissenschaft rund um Demenz kümmert sich das Dialog- und Transferzentrum Demenz der Universität Witten-Herdecke. Ziel ist auch, dass es einen Austausch zwischen Forschung und Praxis gibt. Schließlich berät die Landesstelle pflegende Angehörige in Münster landesweit zu Fragen der häuslichen Pflege.



Gerlinde Strunk-Richter



Yamina Merabet

Weitere Beteiligte der Landesinitiative: Die *Wohnberatungsagenturen* in Nordrhein-Westfalen kümmern sich um manchmal nötige Umbaumaßnahmen in den privaten Wohnungen. Ziel ist es, räumliche Barrieren abzubauen und die Orientierungsmöglichkeiten in der Wohnung zu verbessern. Die Agenturen richten sich dabei nicht nur an Menschen mit Demenz, sondern beraten allgemein Ältere und Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf.

Die *Bezirksregierung Düsseldorf* ist für die Anerkennung sogenannter „niedrigschwelliger“ Hilfe- und Betreuungsangebote zuständig. Sie prüft, ob die formalen Kriterien und die Qualitätsanforderungen erfüllt sind und veröffentlicht die Kontaktdaten der Betreuungsangebote tagesaktuell in einer Datenbank der Landesinitiative im Internet.

## Die Koordinierungsstelle als „Verteilerkasten“: Organisation, Austausch und Vernetzen

Seit der Gründung der Landesinitiative im Jahre 2004 ist die *Koordinierungsstelle der Landesinitiative* für die interne Abstimmung aller Beteiligten zuständig. Außerdem macht sie die Landesinitiative in der Öffentlichkeit bekannt und trägt über landesweite Tagungen dazu bei, dass das Wissen über Demenz und die Möglichkeiten der Unterstützung weitere Verbreitung finden. Außerdem sollen auf solchen Tagungen praktische Erfahrungen aller Helfer ausgetauscht werden.

Zu den Arbeitsschwerpunkten der Koordinierungsstelle gehören auch der Aufbau und die Pflege der zentralen Internetplattform der Landesinitiative *Demenz-Service NRW* ([www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de)). Die Koordinierungsstelle selbst ist in Trägerschaft des KDA (*Kuratorium Deutsche Altershilfe*) in Köln.

The screenshot shows the homepage of the 'Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen'. At the top, there is a navigation bar with links: 'Startseite', 'Die Landesinitiative', 'Akteure', 'Demenz-Servicezentren', 'Demenz - Was tun?', 'Unterstützung', and 'Jahrestagung 2012'. The main content area is titled 'Die Landesinitiative Demenz-Service NRW' and includes a brief introduction, a list of sponsors (Ministerium für Gesundheit, Ernährung, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen and Landesverbände der Pflegekassen), and a link to a calendar. There are also two news items: 'Deutscher Ethikrat veröffentlicht Stellungnahme zu "Demenz und Selbstbestimmung"' and 'Deutschlands erste Kulturgeragoginnen und Kulturgeragogen zertifiziert'. On the right side, there are two sidebars: one for 'Wohnortnahe Hilfen für Menschen mit Demenz' and another for 'Demenz-Servicezentren in NRW' which includes a map of the state.

Internetseite der Landesinitiative

Auf der Internetseite der Landesinitiative können Sie auf eine Datenbank zugreifen, die eine Übersicht über mittlerweile mehr als 3500 wohnortnahe Angebote bietet. Hier sind verschiedene Dienste und Einrichtungen in NRW aufgelistet, die Unterstützung bei Demenz in Familie, Freundeskreis und Nachbarschaft anbieten.

Diese Hilfen werden vor allem von freiwillig Engagierten geleistet. Angeboten werden beispielsweise Betreuungsgruppen, Helferkreise, familienentlastende Dienste oder Beratungsagenturen. Auch Selbsthilfegruppen sind dort aufgelistet.

Mithilfe dieser Datenbank können Sie einen passenden Ansprechpartner in Ihrer Region suchen: Im Menü „Angebotsgruppe“ wählen Sie die Gruppe „niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote“ und geben Ihre Postleitzahl oder den Ort ein.

### **Arbeitsgruppen zu speziellen Fragen**

Momentan gibt es in der Landesinitiative mehrere Arbeitsgruppen, die neue Angebote entwickeln und bestehende auf den Bedarf der Menschen anpassen wollen. Dazu gehören folgende Gruppen:

- Demenz und Beratung
- Demenz und Netzwerkarbeit
- Demenz und niedrigschwellige Angebote
- Demenz bei jüngeren Menschen im Frühstadium
- Demenz und Bewegung
- Demenz und Behinderung

In einem landesweiten Arbeitskreis gestaltet die Landesinitiative das Thema Demenz und Krankenhaus mit. Im Bereich Demenz bei Menschen in der letzten Lebensphase ist sie ebenfalls aktiv.

### **Anfragen an die Landesinitiative Demenz-Service NRW**

Täglich richten sich viele Menschen an die Demenz-Servicezentren oder an die Koordinierungsstelle. Die Anliegen sind sehr vielfältig und reichen von „Wo finde ich eine Tages- oder Kurzzeitpflege“, „Wo gibt es einen Neurologen in meiner Gegend?“ oder „Welche Betreuungsangebote für zu Hause oder in der Gruppe finde ich vor Ort?“ – bis hin zu „Welche Schulungsmaßnahmen gibt es für Supermarkt-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeiter oder Rettungs-Sanitäterinnen/-Sanitäter?“.

Darüber hinaus brauchen viele Stellen Hilfe, um ein Konzept für ein niedrigschwelliges Angebot zu entwickeln und benötigen danach Unterstützung im Rahmen des Antrags bei der Landesregierung, um offiziell anerkannt zu werden. Beispiele für niedrigschwellige Angebote sind etwa eine Initiative „Menschen mit Demenz besuchen ein Museum“ oder eine Anregung, wie Menschen mit Demenz Sport im Verein treiben können.

### **Mehr Informationen**

Wenn Sie mehr zur Landesinitiative Demenz-Service Nordrhein-Westfalen oder zur Arbeit der Demenz-Servicezentren erfahren wollen, lesen Sie weiter unter: [www.demenz-service-nrw.de](http://www.demenz-service-nrw.de).

**Gerlinde Strunk-Richter**  
**Yamina Merabet**

Informations- und Koordinierungsstelle der  
Landesinitiative Demenz-Service NRW  
im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)  
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.  
An der Pauluskirche 3  
50677 Köln  
Tel.: 02 21 - 93 18 47 -0  
Fax: 02 21 - 93 18 47 -6  
[info@kda.de](mailto:info@kda.de)



## Veröffentlichungen



Sinikka Gusset-Bährer  
**Demenz bei geistiger Behinderung**  
 Reinhardt, 2012  
 € 29,90

Die allgemein steigende Lebenserwartung führt auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zu einer Zunahme demenzieller Erkrankungen. In der vorliegenden Publikation wird zunächst eine umfassende Einführung in die verschiedenen Formen von Demenzerkrankungen, diagnostische Kriterien und Symptomatik bei Menschen

mit geistiger Behinderung gegeben. In den folgenden Kapiteln wird beschrieben, wie eine Demenzerkrankung von diesen Menschen selbst aber auch von Mitbewohnern und -bewohnerinnen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Wohnform und von Angehörigen erlebt wird. Lebensort und Lebensqualität werden besprochen und therapeutische Ansätze vorgestellt. Zuletzt werden Pflege und Palliative Care thematisiert und die Betreuung und Pflege von Demenzkranken mit geistiger Behinderung sowie die Entwicklung einer angemessenen Versorgungsstruktur bewertet.



Helga Rohra  
**Aus dem Schatten treten**  
 Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze.  
 Mabuse, 2012  
 € 16,90

Helga Rohra hat eine Demenz vom Typ Lewy-Body, die im Alter von 54 Jahren festgestellt wurde. In ihrem Buch beschreibt sie ihr Leben vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an. Sie gibt dem Leser einen Einblick in ihre Perspektive und be-

schreibt eindrücklich die von ihr erlebten Veränderungen aber auch den recht unterschiedlichen Umgang ihrer Mitmenschen mit ihr und der Erkrankung. Ihre Wahrnehmung und ihre Gefühle werden in folgenden Sätzen besonders deutlich: „Wenn ich über all das schreibe, wird mir bewusst, wie anders mein Leben heute ist. War ich es, die dieses Leben hatte? Und ich spüre eine unendliche Wehmut, aber zugleich auch Stolz. – Ich bin trotzdem ich geblieben, mit und ohne Demenz!“

Daniel Kuhn, Jane Verity  
**Die Kunst der Pflege von Menschen mit Demenz**  
 Den Funken des Lebens leuchten lassen  
 Huber, 2012  
 € 22,95

„Wir sind ... davon überzeugt, dass die Summe kleiner Handlungen, die aus echter Empathie, Ermutigung, Liebe und Freude geschehen, das Leben von Menschen mit Demenz verbessern kann.“

Dass es die Glaubenssätze sind, die die Arbeit mit demenziell veränderten Menschen bestimmen, wird in diesem Buch an allen Stellen deutlich. Die aus diesen konstruktiven und wertschätzenden Überzeugungen resultierenden Handlungsansätze werden ausführlich beschrieben. Dem Leser/der Leserin werden außerdem Informationen aber auch Werkzeug an die Hand gegeben. Zu guter Letzt ermöglichen es die in jedem Kapitel sich anschließenden Fragen „zum Nachdenken“ (ein Beispiel: „Wie wirken sich Ihr Glaube, Ihre Familie oder Ihre früheren Erfahrungen auf Ihre Sichtweise von Demenz und Menschen mit Demenz aus?“), das Buch als ein ganz persönliches Lehrbuch zu nutzen.



Anne Davis Basting  
**Das Vergessen vergessen**  
 Huber, 2012  
 € 24,95

Während an der Prävention gearbeitet wird, gibt es etwas, was wir hier und heute schon tun können, „nämlich unsere Haltungen und die Art und Weise ändern, in der wir für Menschen mit Demenz Sorge tragen.“ Mit ihrem Buch macht die Autorin dieses Anliegen deutlich. Sie beginnt mit einem sachlich-wissenschaftlichen Exkurs über das Gedächtnis und beschreibt dann, wie populär-wissenschaftlich und kulturell mit Demenz umgegangen wird. Zuletzt stellt sie Projekte dar, in denen Menschen mit Demenz sich aktiv einbringen können. Diese haben nicht das Erinnern bzw. Vergessen im Fokus sondern den gegenwärtigen Augenblick mit seinen Potentialen und freudvollen Momenten. Folgerichtig endet Basting mit Hinweisen auf das, was wir jetzt sofort tun können, um ein besseres Leben für Menschen mit Demenz zu schaffen.



## Veranstaltungen

**07.08.-08.08.2012**

**Berlin**

Gewaltfreie Kommunikation  
nach M. Rosenberg  
Wannsee-Akademie  
Tel.: 0 30 - 8 06 86-020/040  
www.wannseeakademie.de

**24.08.-25.08.2012**

**Winterberg-Elkeringhausen**

„Wenn der Regenbogen weint...“  
Begleitung von Kindern und Jugendlichen  
durch Zeiten von Abschied und Trauer -  
Vorbereitungstreffen  
St. Bonifatius Bildungsstätte  
Tel.: 0 29 81 - 9 27 30  
info@bst-bonifatius.de  
www.bst-bonifatius.de

**01.06.-03.06.2012**

**Schloss Eichholz/ Wesseling**

Qualifizierung und Professionalisierung  
der ehrenamtlichen Vorstände und  
Mitarbeiter, Modul 5  
Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.  
Tel.: 0 22 36 - 7 07 42 76  
anna.emons@kas.de  
www.kas.de/eichholz/

**12.09.-15.09.2012**

**Berlin**

9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für  
Palliativmedizin – Perspektiven in Mitte  
Kongresssekretariat der DGP e.V.  
Tel.: 03 51 - 2 10 48 55  
dgpkongress2012@dgpalliativmedizin.de  
www.dgpalliativmedizin.de

**14.09.-16.09.2012**

**Coesfeld**

Spiritualität in der Sterbebegleitung.  
Fragen zulassen – Antworten wagen  
Kolping-Bildungsstätte Coesfeld  
Tel.: 0 25 41 - 8 03 03  
info@bildungsstaette.kolping-ms.de  
www.kolping-bildungsstaette-coesfeld.de

**21.09.-23.09.2012**

**Berlin**

Große Qualifizierung zur Trauerbeglei-  
tung – Kinder-Trauerbegleitung  
Tabea e.V.  
Tel.: 0 30 - 4 95 57 47  
akademie@tabea-eV.de  
www.tabea-eV.de

**22.09.2012**

**Stuttgart**

Das etwas andere Sterben – Palliative Care  
in Behinderteneinrichtungen  
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für  
Bildung und Forschung im Hospiz  
Tel.: 07 11 - 2 37 41 53  
info@hospiz-stuttgart.de  
www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.eu

**24.09.-28.09.2012**

**Datteln**

Zusatzweiterbildung Palliativversorgung  
bei Kindern und Jugendlichen  
Vodafone Stiftungsinstitut Datteln  
Tel.: 0 23 63 - 97 57 66  
www.vodafonestiftungsinstitut.de

**27.09.2012**

**Essen**

PassivitätsKongress –  
Passivitäten des alltäglichen Lebens –  
die Entinstitutionalisierung von  
Hilfeeinrichtungen  
Bundes Hospiz Akademie  
Tel.: 02 02 - 94 67 33 30  
info@bundes-hospiz-akademie.de  
www.bundes-hospiz-akademie.de

**12.10.2012**

**Berlin**

7. Fachtagung Palliative Geriatrie  
Unionhilfswerk-Senioren-Einrichtungen  
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie  
Tel.: 0 30 - 42 26 58 35  
post@palliative-geriatrie.de  
www.palliative-geriatrie.de

### **Vorankündigung**

Befähigungskurse – konzipieren, moderieren, leiten + Aufbaumodul für Koordinatoren  
ALPHA-Westfalen, Veranstaltungsort Münster  
Teil 1: 21.01. – 23.01.2013; Teil 2: 15.04. – 17. bzw. 18.04.2013  
Weitere Informationen: Tel.: 02 51 - 23 08 48 oder alpha@muenster.de





### **ALPHA-Rheinland**

Von-Hompesch-Straße 1  
53123 Bonn  
Tel.: 02 28 - 74 65 47  
Fax: 02 28 - 64 18 41  
[rheinland@alpha-nrw.de](mailto:rheinland@alpha-nrw.de)  
[www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)

### **ALPHA-Westfalen**

Friedrich-Ebert-Straße 157-159  
48153 Münster  
Tel.: 02 51 - 23 08 48  
Fax: 02 51 - 23 65 76  
[alpha@muenster.de](mailto:alpha@muenster.de)  
[www.alpha-nrw.de](http://www.alpha-nrw.de)

gefördert vom: **Ministerium für Gesundheit,  
Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen**

