

Das Demenz-Projekt am Hohen Balkan

Auszüge aus dem Abschlussbericht „Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak“

verfasst von Prof. Dr. Fred Karl, Universität Kassel,
unter Mitarbeit von Dr. Radka Arnold und Stefan Koundelov

Titelbildgestaltung: Heidi Winter
unter Verwendung eines Fotos von Jörg Böhling
www.agenda-fototext.de

Fotos im Bericht: Petar Merchev

Kassel 2008

Kasseler Gerontologische Schriften Band 47
www.soziale-gerontologie.de

Dieser Band wurde finanziert aus Eigenmitteln des Fachgebiets
„Theorie und Empirie der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen“
am Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Am Hohen Balkan: Bulgarien – ein Land im Umbruch.....	3
Vorgeschichte des Demenz-Projekts.....	7
Projekt-Abschlussbericht: Zusammenfassung.....	10
Stellungnahmen der Altenheime zum Demenz-Projekt der Universität Kassel / AWO Nordhessen.....	25
Die Effektivität der CLIPPER-Methode in der praktischen Anwendung tagesstrukturierender Gruppenarbeit im Heim Nr. 1.....	26
Neue Methoden in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen im Heim für Menschen mit Demenz.....	31
Durchführung der CLIPPER-Dokumentation in der Arbeit mit dementiell Erkrankten im Heim Nr. 3.....	35
Das CLIPPER-Instrument – Ergebnisse der Auswertung.....	40
Anhang 1: Vertiefungsqualifikation bei der AWO Hessen-Nord.....	61
Anhang 2: Nationale Konferenz „Arbeit mit Demenz“ in Bulgarien.....	64
Osteuropa im Vergleich: Alter und Altern in Russland.....	68
Kasseler Gerontologische Schriften und Buchhinweise.....	71

Bulgaria



Am Hohen Balkan: Bulgarien – ein Land im Umbruch

Bulgarien liegt im Osten der Balkanhalbinsel. Es grenzt an Griechenland, Mazedonien, Rumänien, Serbien und die Türkei und an das Schwarze Meer. Die Fläche des Landes (111.002 qkm) entspricht etwa der Fläche der ehemaligen DDR, die Einwohnerzahl der des Bundeslandes Niedersachsen (8 Mio. Einw.) und die durchschnittliche Bevölkerungsdichte (72 Einw./qkm) der des am dünnsten besiedelten Bundeslandes Mecklenburg – Vorpommern¹. Seit 2007 ist Bulgarien Mitglied der EU.

Die Befreiung Bulgariens von der osmanischen Herrschaft durch den Sieg russischer Truppen am Shipka-Pass (bei Kazanlak) Ende des 18. Jhd. prägt noch heute das Geschichtsbewusstsein vieler Bulgaren.

Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte und verwaltete der bürokratische Sozialismus „einen hohen Grad der Institutionalisierung der sozialen Problembewältigung“². Durch die oftmals kostenfreie Nutzung von Sozialeinrichtungen demonstrierte er seine Fürsorglichkeit. Dieses paternalistische Verhältnis „von oben nach unten“ korrespondiert mit einer eher passiven Einstellung der Bevölkerung zum politischen Geschehen und mit fehlenden zivilgesellschaftlichen Initiativen und Erfahrungen.

Den markantesten Einschnitt in der jüngsten Geschichte des Landes stellt die Wende 1989/1990 mit dem darauf folgenden Jahrzehnt schwieriger Transformationsprozesse dar. Die vor der Wende zentral gelenkten, staatlichen Sozialversorgungsstellen wurden nun eigenständig von den Bezirken und Stadtkreisen verwaltet und finanziert. Dies hatte zur Folge, dass sich die Versorgungsstruktur in Regionen mit einem niedrigen Steuereinkommen, vor allem im ländlichen Gebiet, nicht mehr aufrecht erhalten ließ. Viele Kreise waren mit dem starken Anstieg der Sozialhilfeempfänger überfordert und von den Anforderungen der Sozialfürsorge überlastet. Die schlechte wirtschaftliche Situation und die sehr hohe Arbeitslosigkeit führten zu einer schlechten Versorgungslage der Bevölkerung.

Die Bevölkerungsentwicklung in Bulgarien ist seit 1990 durch eine kontinuierliche Abnahme der Geburtenrate geprägt. Die Gründe dafür liegen in den unsicheren Lebensbedingungen: niedrige Einkommen, hohe Lebenshaltungskosten, Arbeitslosigkeit und Inflation.

Markant ist der Unterschied der geringen Lebenserwartung bei Männern mit 68,5 Jahren gegenüber 75,4 Jahren bei den Frauen.³

¹ Vgl. Ermann, Ulrich; Ilieva, Margarita (2006): Bulgarien. Aktuelle Entwicklungen und Probleme, Selbstverlag, Leibniz-Institut für Länderkunde e. V., Leipzig

² Rolly, Horst Friedrich (2005): Soziale Arbeit in Bulgarien. Schriften der Deutsch-Bulgarischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen Deutschland und Bulgarien e. V. Neue Folge Band 8, München, Biblion Verlag, S. 51

³ Noch gravierender stellt sich die Situation in Russland dar (Beitrag am Ende dieses Buches).

Bevölkerungsentwicklung in Bulgarien seit 1990⁴

Jahr	Gesamtbevölkerung	männlich	weiblich
1990	8 669 269	4 269 998	4 399 271
1995	8 384 715	4 103 368	4 281 347
2003	7 801 273	3 790 840	4 010 433

Die negative Bevölkerungsentwicklung in Bulgarien hat beim Altersaufbau der Bevölkerung zu einem überproportional hohen Anteil Älterer geführt, wobei sich die demographischen Veränderungen in den ländlichen Landesteilen sehr viel ausgeprägter auswirken. Dort liegt der Altersdurchschnitt jetzt schon bei 45 Jahren (gegenüber einem mittleren Alter von 39 Jahren in den Städten).

Die über einen langen Zeitraum anhaltende Abwanderung vor allem junger Menschen („brain drain“), von denen viele über eine qualifizierte Ausbildung verfügen, wirkt sich nachteilig auf die wirtschaftlichen und gesellschaftspolitischen Veränderungsprozesse aus. Diese Entwicklung wirft Fragen hinsichtlich der Versorgungssituation vieler älterer Menschen auf, die ohne Unterstützungsleistungen der jüngeren Generation auskommen müssen. Bisher fehlt allerdings die Akzeptanz sozialer Dienste. Traditionell sucht man innerhalb des familiären Netzwerkes nach Lösungen - weniger als 10 Prozent der Menschen waren bisher bereit, Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen.

Hriestakieva/Petkova stellen fest, dass „die vielfältigen sozialökonomischen Veränderungsprozesse, die in Bulgarien tief in die Sozialstrukturen und Versorgungssysteme des Gesundheitswesens einwirken, zu einem neuen Pflegeverständnis und zur Notwendigkeit neuer Formen der Ausbildung in pflegerischen Kompetenzfeldern“⁵ zwingen. Dazu gehören:

- „Die demographische Entwicklung, die durch die Zunahme des Anteils alter Menschen und sehr alter Menschen gekennzeichnet ist. Mehr als 12% der bulgarischen Bevölkerung ist heute schon über 60 Jahre alt.
- Die Anzahl der langfristig Pflegebedürftigen und Kranken wächst sehr stark an.
- Ebenfalls anwachsend ist die Zahl der dementiell erkrankten Menschen.
- Die Reformen im Gesundheitswesen und die Zunahme ambulanter Behandlungen ebenso wie Defizite in Krankenhausstrukturen lassen Lücken für chronisch kranke und alte Patienten entstehen.
- Die materiellen Bedingungen für pflegebedürftige Menschen sind in Bulgarien auf sehr niedrigem Niveau.
- Das Pflegepersonal in bulgarischen Altenheimen besteht aus Krankenschwestern und Sanitätern (Hilfskräfte), die ausschließlich medizinisch ausgebildet sind.
- Die pflegerischen Aufgaben Betreuung, Unterstützung, Beistand bei Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie Beschäftigung mit BewohnerInnen von Pflegeheimen sind in Bulgarien kaum bekannt.

⁴ Gebova Tanya (2007): Country report Bulgaria. EU-Projekt PEFETE (Pan European Forum for the Education of the Elderly). Auch in: Universität Kassel et. al. (Hrg.): Arbeit mit dementiell Erkrankten – Erfahrungen aus Deutschland und Bulgarien. Kassel/Kazanlak 2007: Kasseler Gerontologische Schriften Band 42, S. 6-23 (in bulgarischer Sprache)

⁵ Hristakieva, Evgenyia; Petkova, Miroslava (2003): Weiterbildung zur „Gerontologischen Fachkraft“ – Realisierung und Evaluation. In: Karl, F.; Meyer, M. (Hrg.): Internationale Gerontologie, Kassel: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 57-66

- Der Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse weist erhebliche Mängel auf.
- Auch die Krankenpflegekräfte im Land wissen, dass eine neue Pflegephilosophie notwendig ist: die Qualität der Pflege muss in mehreren Dimensionen verbessert werden.⁶

In einer Artikelserie in der Zeitschrift *Altenpflege* über „Altenpflege in Europa“ wird für Bulgarien vom „Übergang von einer rein staatlich hin zu einer streng marktwirtschaftlich ausgerichteten Ökonomie“⁷ mit ihren dramatisch negativen Auswirkungen auf das Leben der alten Menschen berichtet. „Die Motivation der Beschäftigten im Berufsfeld Altenhilfe ist gering, da das Personal zu wenig qualifiziert ist und die Löhne niedrig sind“⁸. Der Beitrag macht deutlich, dass es an Universitäten und Colleges noch keine Ausbildung in Gerontologie und Geriatrie gibt. Einen Anfang machte ein Kurs „Soziale Arbeit mit alten Menschen“⁹ an der Universität Burgas und der Kurs zur „geriatrischen Krankenschwester“ an der Universität Stara Zagora.

Die Voraussetzungen für ein internationales Altenpflege-Transferprojekt schätzte Klaus Mathes vor Jahren wie folgt ein:

„Die Altenheime sind in Bulgarien ‚Auffanginstitutionen‘, in denen sich zu einem Teil alt gewordene Behinderte aufhalten, die über Jahrzehnte hospitalisiert sind, und alte Menschen, die überwiegend in hohem Maße dement sind und keine Angehörigen haben. Ebenfalls gibt es in diesen Einrichtungen Menschen mit Behinderungen unterschiedlichen Alters, die nicht in der Lage sind, außerhalb von Institutionen zu leben.

Zunehmend entwickelt sich in Bulgarien ein Bedarf an Altenhilfestrukturen, da sich auch hier durch Industrialisierung und berufliche Mobilität die Institution Familie zunehmend auflöst und die Verantwortlichkeit für alt gewordene Familienmitglieder nicht mehr in vollem Umfang gewährleistet werden kann. Es fehlt jedoch an Modellen und vor allem an Mitteln, solche Alten- und Behindertenhilfestrukturen langfristig und mit Aussicht auf Erfolg zu planen. Pflegekonzepte oder Planungen über Abläufe in der Pflege existieren nur in Rudimenten.

Es fehlen vollständig Konzepte für den Umgang mit alten Menschen, insbesondere mit dementiell Erkrankten. Ausgestattet sind die Einrichtungen auf denkbar niedrigem Niveau. Die ökonomischen Umstellungsschwierigkeiten des Landes spiegeln sich auch hier wieder.

Auf den ersten Blick sind dies keine besonders guten Voraussetzungen für ein Projekt mit dem Ziel, sozialpflegerische Inhalte und moderne Pflegephilosophie zu vermitteln.“¹⁰

⁶ ebd., S. 58

⁷ Ganeva Kostova Zornica: Schlechte Aussichten. Die Wirtschaft liegt am Boden. Der Staat strauchelt. Die Menschen sind arm. Entsprechend niedrig ist das Niveau der Altenpflege in Bulgarien. In: *Altenpflege*, Heft 3/2002, S. 36-38

⁸ ebd., S. 37

⁹ Zur Sozialarbeiterausbildung in Bulgarien vgl. Gospodinov, Boncho; Chavdarova, Alben; Tzvetanska, Silvia (2005): Social Work Education in Bulgaria. In: Hamburger, Franz et. al. (Hrg.): *Ausbildung für Soziale Berufe in Europa*, Band 2, Frankfurt a.M.: ISS, S. 149-164

¹⁰ Mathes, Klaus (2003): Das transnationale Altenpflegequalifizierungsprojekt Deutschland-Bulgarien. In: Karl, F.; Meyer, M. (Hrg.): *Internationale Gerontologie*, Kassel: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 49-56



Kazanlak am Gebirgszug des Hohen Balkan

Kazanlak (62.000 Einwohner) ist vom Südteil des Balkangebirges und vom Nordteil des Sredna-Gora-Gebirges umgeben und liegt 200 km östlich von Sofia im historischen Rosental. Das heutige Kazanlak befindet sich an der Stätte der alten Hauptstadt Sevastopolis des Thrakerreichs aus dem 4. Jhd. - das thrakische Grabmal (trakijската grobniza) steht in der Liste des Weltkulturerbes.

Das Widersprüchliche Kazanlaks zeigt sich im Nebeneinander von Industriean-siedlungen (am bekanntesten ist die Waffenfabrik „Arsenal“ mit der Herstellung der Kalashnikov) und dem kulturellen Erbe. Seit jeher ist Kazanlak ein kulturelles Zentrum der Region. Die Lesehalle "Iskra", die 1873 gegründet wurde, bildete viele Schauspieler, Maler und Schriftsteller aus, die das geistige Leben der Stadt geprägt haben.

Die Stadt setzt im 21. Jhd. verstärkt auf Tourismus:

„Kazanlak ist als die Stadt der Rosen bekannt. Die Luft hier trägt den Duft der Blumen. Zahlreiche Grabhügel, Museen und das einzigartige Grabmal in Kazanlak vermitteln den Besuchern einen tiefen Einblick in die längst vergangene Zeit. Obwohl Kazanlak eine lebendige Stadt mit vielen Unterhaltungs- und Einkaufsmöglichkeiten ist, bietet die Umgebung die Möglichkeit das bäuerliche Leben Bulgariens kennen zu lernen. Schon am Rande der Stadt entdeckt man Rosen-, Lavendel- und Sonnenblumenfelder. Der Stausee 6 km südwestlich von Kazanlak ist ein Anglerparadies mit dem großen Bestand an Forellen. Die sanften Hügel mit den zahllosen Walnussbäumen, den schroffen Felsen und den dichten Wäldern des Stara Planina Gebirges laden zu entspannten Spaziergängen ein. Die bis zu 2.300 m hohen Berge bieten ausgezeichnete Bedingungen für Wanderungen in unberührter Natur.

12 km von Kazanlak entfernt, auf den Südhängen des Balkangebirges, in der Nähe vom Dorf Shipka erhebt sich das Denkmal ‚Roshdestvo Hristovo‘, das zu Ehren der gefallenen Soldaten im russisch-türkischen Krieg gebaut wurde. Die vergoldete Kuppel und die vielfarbige Verzierung des Denkmals kontrastieren mit dem Gebirge im Hintergrund und ziehen die Aufmerksamkeit der Reisenden schon aus der Ferne an.“

Vorgeschichte des Demenz-Projekts in Kazanlak

Keine guten Voraussetzungen – diesen Eindruck vermittelte auch eine Reportage aus Kazanlak mit dem Titel „Pflegeheime in Bulgarien ... wie der lebendige Tod“ im Jahre 2000. Der deutsche Journalist schreibt:

„Versteckt am Ende einer Sackgasse liegt das Sozialhaus Nr. 2. Hinter einem hohen Zaun siechen hier fast hundertfünfzig Alte, Kranke und geistig Behinderte dahin. Beißender Gestank aus Urin und Schweiß dringt aus den kläglichen Räumen. Unverputzte Gemäuer, nichts Wohnliches. Wirre Blicke, leere Gesichtsausdrücke wandern umher. (...)

In einem der kahlen Zimmer hängt, fast unwirklich, ein Gemälde mit weißen und roten Rosen – ist doch Kazanlak und die ganze Region berühmt für ihre Rosenzucht. Doch macht das Rosengemälde die Szenerie noch trauriger, als sie ohnehin ist. (...)

Husten und Röcheln dringt aus jedem Zimmer, die Fliegen schwirren tief umher. Sieben Schwestern und nur ein einziger Arzt stehen auf verlorenem Posten, erhalten zu allem Überdross monatelang keinen Lohn.“¹¹

Der Artikel berichtet über die AWO-Hilfslieferungen und die Initiierung der Pflegepartnerschaft mit der Stadt Kazanlak. Die Zusammenarbeit begann 1997 auf Initiative von Dr. Radka Arnold, die aus Kazanlak stammt. Insgesamt wurden neun Transporte zur materiellen Ausstattung von Altenheimen und eines Krankenhauses organisiert. Zur Verteilung der Hilfsgüter reisten Vertreter/innen der AWO Hessen-Nord mehrmals nach Kazanlak und konnten sich dabei ein genaues Bild von den Verhältnissen in den Heimen und der Qualität der Altenpflege machen.

Fachkräfteaustausch zwischen der AWO Nordhessen und Kazanlak

Aus diesen Kontakten begründete sich im Oktober 1998 der Vertrag über die Pflegepartnerschaft zwischen der Gemeinde Kazanlak und der AWO Nordhessen. Fortbildungen sollten zur Entwicklung neuer Konzepte in der bulgarischen Altenpflege beitragen.

Die gebrochene Rose –
Symbol der Bulgarischen Alzheimer Gesellschaft



Ein erstes aus Mitteln der Robert Bosch-Stiftung gefördertes Projekt wurde zwischen November 1999 und April 2000 durchgeführt. Zwei Gruppen mit insgesamt sechzehn Fachkräften aus Altenpflegeeinrichtungen der Stadt Kazanlak hospitierten jeweils zwei Wochen in Pflegeheimen der AWO Kassel und zwei Wochen in der Altenpflegeschule. In den praktischen und theoretischen Unterrichtseinheiten wurden folgende Grundlagen vermittelt:

¹¹ Jensen, Dierk: Pflegeheime in Bulgarien ... wie der lebendige Tod. In: Die Schwester/Der Pfleger, 39. Jhg., Heft 5, 2000, S. 404-405

- Grundlagen in Grund- und Behandlungspflege;
- Aktivierende Pflege besonders in der Rehabilitation z.B. bei Schlaganfallpatienten, Parkinson und Alzheimer;
- Umgang mit dementen und pseudodementen Bewohner/innen in psychiatrischen und psychogeriatrischen Bereichen.

Darauf folgend wurde das Projekt „Altenpflegeausbildung in Bulgarien: Konzepttransfer und Weiterbildung für die Altenpflege Deutschland / Bulgarien“ (Leiter: Klaus Mathes) entwickelt. Ausgehend von den bestehenden Praxiserfahrungen und dem vorhandenen Qualifikationsstand wurde ein 18-monatiger Fortbildungskurs für bulgarische Pflegekräfte zur „Geriatrischen Schwester“ konzipiert und einmalig zwischen 2001 und 2003 durchgeführt. Mit diesem Fachkräfteaustausch sollte die medizinische und pflegerische Situation in den durch Hilfst Transporte unterstützten Altenheimen weiter verbessert werden. Durch das Vermitteln von Grundkenntnissen in der Pflege sowie das Kennenlernen der Altenpflege und Ausbildung in Deutschland erhoffte man sich Impulse für die Altenpflege in Bulgarien.

Im Oktober 2003 wurde ein regionales Diskussionsforum Altenpflege gegründet, welches Probleme und Fragestellungen in der Altenhilfe sowie den Bedarf an Fortbildung diskutieren und dem Erfahrungsaustausch dienen sollte. Es blieb jedoch bei dieser einmaligen Veranstaltung und etablierte sich nicht zu einem festen und regelmäßigen Treffen.

Das Demenz-Praxisprojekt der Universität Kassel / AWO Kassel



Vertragsunterzeichnung Gemeinde Kazanlak - AWO Nordhessen - Universität Kassel 2005, von links: Dr. Radka Arnold (AWO), Michael Schmidt (AWO), Rумыana Drumeva (Gemeinde Kazanlak), Mariya Dimova, Prof. Dr. Fred Karl (Universität Kassel)

Auf die Vorgängerprojekte aufbauend wurde zwischen 2005 und 2007 erneut mit Mitteln der Robert Bosch Stiftung eine Vertiefungsqualifikation (siehe S. 62-63 in diesem Band) in der Pflege dementiell Erkrankter vorbereitet und durchgeführt. Die Schulung war so angelegt, dass eine ausführliche Praxisphase mit Dokumentation und Evaluation erfolgte.

Die landesweite Präsentation der Ergebnisse des Demenz-Projekts erfolgte auf der Nationalen Tagung Demenz (siehe S. 64-67 in diesem Band) im September 2007 in Kazanlak.

Das von der Robert-Bosch-Stiftung geförderte Projekt „Schulpartnerschaften“ (Altenpflegeschule Kassel – Medizinisches Kolleg Stara Zagora – Barcelona) knüpfte an die Vorarbeiten des Demenz-Projektes an, indem es deren Arbeitsmaterial (die Handreichung von Jennie Powell) übernahm. Für den Einsatz dieser Materialien wurden Curricula entwickelt und an den Altenpflegeschulen bzw. Kollegs in allen drei Ländern erfolgreich erprobt.

Die Partnerschaft zwischen der AWO Kassel und der Gemeinde Kazanlak mit ihren verschiedenen Trägern (lokale Behörden, Altenheime, Medizinisches Kolleg der Thrakischen Universität Stara Zagora) sowie der AWO Stiftung in Sofia lebte von Anfang an von dem unermüdlichen Einsatz Dr. Radka Arnolds für ihre Heimatstadt. Durch die Hilfslieferungen und die Projekte konnten im Laufe der zehnjährigen Partnerschaft zahlreiche Menschen auf beiden Seiten zu einer engen und kontinuierlichen Zusammenarbeit gewonnen werden¹².

In einem zusätzlichen Projekt der Universität Kassel von 2006 bis 2008, gefördert aus dem Fonds „Erinnerung und Zukunft“ der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“, wurden Angehörige und Freiwillige für die ehrenamtliche Arbeit mit dementiell Erkrankten ausgebildet. Auch hier blieb es nicht bei Schulungen, sondern es erfolgten umfangreiche praktische Umsetzungen durch engagierte Bürger Kazanlaks.



Auf der Nationalen Tagung Demenz 2007: (von links) Dr. Radka Arnold, Prof. Dr. Fred Karl, Romyana Drumeva (inzwischen stellv. Gouverneurin der Region Stara Zagora)

¹² zitiert aus: Abele, Christine; Erdmann-Kutnevic, Sabine: Evaluierung des Programms „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ der Robert Bosch Stiftung. Projektberichte. Konstanz/Berlin 2007

Projekt-Abschlussbericht: Zusammenfassung

Die Gliederung ergibt sich aus den Vorgaben der Robert Bosch Stiftung.

1. Allgemeine Angaben

1.1 Bezeichnung: Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak / Bulgarien

Bewilligungsnummer: 32.5.1355.0036.0

Bewilligungsempfänger: Universität Kassel

Tatsächliche Dauer: 01.01.2005 bis 30.06.2008

Projektleiter:

Prof. Dr. Fred Karl, Institut für Sozialpädagogik und Soziologie der Lebensalter (ISSL) im Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel, D-34109 Kassel.

Kooperationspartner:

Dr. Radka Arnold, AWO Nordhessen; Michael Schmidt, Geschäftsführer der AWO Nordhessen; Herbert Leidenfrost, stellv. Geschäftsführer der AWO Nordhessen.

Projektkoordinatoren:

Dr. Nikola Atanassov, AWO-Stiftung Sofia, Dipl. Sozialarbeiter Stefan Koundelov, Mariya Dimova (Kazanlak).

Teilnehmer:

Heimleiterinnen und Mitarbeiterinnen aus drei Heimen in Kazanlak und einem Heim in Stara Zagora.

1.2 Inhalte und Methoden des Projekts:

- Inhalte: Gruppen- und Einzelfallarbeit anhand der vier „CLIPPER-Phasen“ des KDA-Konzepts „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“.
- Methoden: Vertiefungsqualifikation zum „Umgang mit Demenz“ und praktische Umsetzung des Gelernten mit begleitenden Workshops; Weitergabe der Erfahrungen an andere Zielgruppen in der Region; Dokumentation der Erfahrungen und Verbreitung an alle Institutionen der Altenarbeit in der Republik Bulgarien.
- Evaluationsmethoden: quantitative und qualitative Verfahren der empirischen Sozialforschung.
- Zeitplan: 15 Arbeitsschritte im Rahmen von drei Projektphasen.

2. Ziele und Erwartungen

Das im Programmteil „Qualifizierende Pflegepartnerschaften“ der Robert Bosch Stiftung beantragte Projekt umfasst eine Vertiefungsqualifikation hinsichtlich des Umgangs mit dementiell Erkrankten und tagesstrukturierender Gruppenangebote mit anschließender Praxiserprobung bei Mitarbeitern in der stationären Pflege, die nach einer Altenpflegerischen Erstqualifikation die besondere Motivation mitbringen, ihre erworbenen Kenntnisse speziell auf das zukunftssträchtige Feld der Demenz-Pflege auszurichten.

Im Qualifizierungsteil werden in einem 14tägigen Seminar in Deutschland zehn der im Referenzprojekt „Altenpflegeausbildung in Bulgarien: Konzepttransfer und Weiterbildung“ ausgebildeten und deutschsprachigen AbsolventInnen mit Kommunikationstechniken und KDA-Türöffner-Methoden hinsichtlich des Umgangs mit verwirrten Heimbewohnern vertraut gemacht. Sie erhalten einen konkreten Einblick in die Praxis tagesstrukturierender Gruppenarbeit mit dementiell Erkrankten in Deutschland. Diese 10 Personen werden über den Projektverlauf hinaus in ihre Berufsgruppe hineinwirken und neue Arbeitsansätze verbreiten helfen.

Im Umsetzungsteil werden die als Multiplikatoren angesehenen Teilnehmer der Vertiefungsqualifikation im Rahmen der Gruppen- und Angehörigenarbeit ihre bisherige praktische Tätigkeit rückgekoppelt mit dem weiteren Personal durchführen. Die Gruppenarbeit bezieht sich zum einen auf die übersetzte Handreichung „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ und das entsprechende vom KDA dokumentierte Instrumentarium sowie des Weiteren auf die in Kassel langjährig erprobte motogerontologische Arbeitsweise.

3. Vorbereitung

- In Gesprächen mit der Robert Bosch Stiftung wird dem Antragsteller empfohlen, das beim KDA erschienene Konzept „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ in Bulgarien einzusetzen.
- Erfahrungen aus den von der AWO Nordhessen durchgeführten Hilfslieferungen und den Wissenstransferprojekten in Kazanlak und der Region (Bericht¹³ und Evaluation¹⁴ in Band 32 der Kasseler Gerontologischen Schriften). Schulung in Dementia Care Mapping durch Ch. Müller-Hergl beim Institut für Fort- und Weiterbildung der AWO Hessen-Nord, März 2003. Kontaktvermittlungen und Anregung zur Antragstellung durch Dr. Radka Arnold, AWO Nordhessen.
- Ausarbeitung des Projektantrags: Prof. Dr. Fred Karl, Universität Kassel.

¹³ Mathes, Klaus: Das transnationale Altenpflegequalifizierungsprojekt Deutschland-Bulgarien. In: Karl, F.; Meyer, M. (Hrg.): Internationale Gerontologie, Kassel 2003: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 49-56

¹⁴ Hristakieva, Evgenyia; Petkova, Miroslava: Weiterbildung zur „Gerontologischen Fachkraft“ – Realisierung und Evaluation. In: Karl, F.; Meyer, M. (Hrg.): Internationale Gerontologie, Kassel 2003: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 57-66

4. Durchführung

4.1 Projektverlauf

Phase 1: Vorbereitung und Durchführung der Vertiefungsqualifikation	
01/2005 bis 12/2005	1: Ist-Erhebung
	2: Übersetzung „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz (Clipper)“ ins Bulgarische; Vertragsunterzeichnung mit dem Oberbürgermeister zur Freistellung von Mitarbeitern
	3: Vorbereitung der Vertiefungsqualifikation
	4: Durchführung der Vertiefungsqualifikation
Phase 2: Praxiserprobung und laufende Dokumentation	
01/2006 bis 12/2006	5: Auswahl der Heimbewohner für die Umsetzung; Status-Erhebung Clipper-Fragebogen (C1, C2) und Befund t1
	6: Erstellung Clipper-Arbeitsplan (C3), Gruppenarbeit
	7: Workshops, ständiger Erfahrungsaustausch; Zwischenbefund t2; Öffentlichkeitsarbeit
	8: Verbreitung des Clipper-Ansatzes auf weitere Mitarbeiter, Information weiterer Heime; Übernahme des Clipper-Leitfadens in den Lehrplan im Medizinischen Kolleg der Universität Stara Zagora
	9: Ausweitung der Praxiserprobung auf Angehörigenarbeit, Durchführung von Kursen zum „Umgang mit Demenz“ in der Gemeinde
01/2007 bis 08/2007	10: Plausibilitätskontrollen und Vervollständigung der Clipper-Dokumentation mit Clipper-Ergebnis (C4); Erhebung Befund t3; fallbezogene Verlaufsanalysen
	11: Inhaltliche Vorbereitung der Nationalen Tagung; Erstellung der zweiten bulgarischen Handreichung
Phase 3: Evaluation und Verbreitung der Erfahrungen	
09/2007 bis 06/2008	12: Durchführung der Nationalen Tagung
	13: Bilanzierung der Ergebnisse durch alle Projektbeteiligten; schrittweise Erstellung der Evaluation.
	14: Ausarbeitung der dritten bulgarischen Handreichung
	15: Verteilung des Ergebnisbuches an alle Heime; Einholung von Rückmeldungen

C1 = Fragebogen; C2 = Arbeitsbogen; C3 = Umsetzungsplan; C4 = Durchführung mit Ergebnis

4.2 Kooperationspartner im Projektverlauf

- Gemeinde Kazanlak, Oberbürgermeister Dr. Stephan Damjanov und Bürgermeisterin Romyana Drumeva (ab 2007 stellvertretende Gouverneurin der Region Stara Zagora);
- AWO-Stiftung Sofia, Geschäftsführer Dr. Niki Atanassov;
- Stiftung Nadeshda („Hoffnung“) Kazanlak, Dipl. Soz.arb. Mariya Dimova;
- Institut für Fort- und Weiterbildung der AWO Hessen-Nord / Altenpflegeschule Kassel: Projekt „Schulpartnerschaften Deutschland – Bulgarien – Spanien“, Klaus Mathes und Kerstin Müller-Bücken;
- Projekt „Freiwilligenarbeit für Demenzkranke in Kazanlak“, gefördert von der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ Berlin; Kooperationspartner in Kazanlak: Dr. Dentscho Botev Bojtchev, ehemaliger Chefarzt des Kreiskrankenhauses Kazanlak und Begründer der Geriatrie in der Region (Foto).



4.3 Mitarbeit

... vieler Fachkräfte in den Heimen, Angehörige und Freiwillige, die die CLIPPER-Methode kennen gelernt haben und dazu beitragen, dass die neuen Methoden zum selbstverständlichen Bestandteil der Arbeit mit Demenz in Kazanlak werden.

5. Zwischenergebnisse / Nachbereitung

- 5.1 Übersetzung der Handreichung von Jennie Powell „Care to communicate“ aus dem Englischen ins Bulgarische¹⁵. Deutsche Fassung: „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“, Köln: KDA
- 5.2 Aufbereitung der Erfahrungen aus Deutschland und Bulgarien zur „Arbeit mit Demenz“ und Praxisberichte aus dem bisherigen Projektverlauf in der Handreichung „Arbeit mit Demenzkranken“¹⁶ (Auflage: 300 Exemplare) in bulgarischer Sprache zur Nationalen Tagung im September 2007.
- 5.3 Evaluation der dokumentierten Gruppen- und Einzelfallarbeit gemäß „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz (CLIPPER)“ durch die Universität

¹⁵ Пауъл Дж.: Да помогнем на старите хора с деменция, Касел / Казанлък 2006: Kasseler Gerontologische Schriften 36

¹⁶ Университет Касел, AWO Северен Хесен, AWO Фондация България, Домове за стари хора при гр. Казанлък (Издатели): Работа с дементно болни - Опит от Германия и България. Казанлък. Касел / Казанлък 2007: Kasseler Gerontologische Schriften Band 42

Kassel und Aufbereitung in der Handreichung „Neue Methoden der Arbeit mit Demenzkranken - Erfahrungen aus Kazanlak“¹⁷ (Auflage: 500 Exemplare) in bulgarischer Sprache zur Verteilung an alle Altenheime in der Republik Bulgarien.

- 5.4 Erstellung eines ausführlichen Erfahrungs- und Auswertungsberichts in deutscher Sprache durch die Universität Kassel.



Band 36



Band 42

Нови методи за общуване с дементно болни - опита от проекти в Казанлък

издадено от
проф. др. Фред Карл,
др. Радка Арнолд



Каселски геронтологични трудове Том 46

Band 46

6. Zielerreichung

6.1 Ergebnisse

6.1.1 Einschätzung der Projektleitung

Gegenüber der in der deutschen Fachpresse (vgl. die zitierte Reportage auf Seite 7 des vorliegenden Bandes) noch im Jahre 2000 geschilderten Situation in der bulgarischen Altenpflege am Beispiel der Altenheime in Kazanlak erzielte der synergetische Einsatz aufeinander aufbauender Projekte¹⁸ eine spürbare Verbesserung im Wissenstand, im professionellen Handeln und in der Milieugestaltung.

Bereits beim Vorgänger-Projekt des „Wissenstransfers“ wurden in der Evaluation folgende veränderte Haltungen ermittelt: „Die Berufsziele, die sich gerontologische Fachkräfte nach Abschluss der Weiterbildung setzen, sind vor allem psychologischer und sozialer Art im Unterschied zu den bisher vorrangig medizinischen Arbeitszielen. Die Weiterbildung hat die Entwicklung von positiven Vorstellungen vom Alter und vom Altwerden sowie von alten Menschen ermög-

¹⁷ Карл, Фред; Арнолд, Радка (Издатели): Нови методи за общуване с дементно болни - опита от проекти в Казанлък. Казанлък. Касел / Казанлък 2007: Kasseler Gerontologische Schriften Band 46

¹⁸ vgl. Abele, Christine; Erdmann-Kutnevic, Sabine: Evaluierung des Programms „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ der Robert Bosch Stiftung. Projektberichte. Konstanz/Berlin 2007

licht. Am Ende des Kurses hat sich die Anpassungsfähigkeit der geriatrischen Fachkrankenschwestern an die Arbeitsumgebung erhöht. Positivere Selbstakzeptanz, Autonomie bei der Arbeit und erfolgreiche Beziehungen zu Arbeitskollegen sind ein weiteres Ergebnis¹⁹.

Das Praxisprojekt „Arbeit mit dementiell Erkrankten“ beließ es nicht bei weiteren Qualifizierungsangeboten. Schwerpunkt war die direkte Veränderung des methodischen Arbeitens in der beruflichen Alltagspraxis. Mit dem Einsatz der anwendungsorientierten Arbeitshilfe von Jennie Powell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ konnte eine direkte Verbindung zwischen der Qualifizierung einerseits und einem Arbeitsinstrument mit umsetzbaren Handlungsschritten andererseits hergestellt werden.

Powell deckt mit ihrer Handreichung ein breites Themenspektrum zum Umgang mit Demenz ab. Einzelne Themenbereiche wurden im Rahmen des Qualifizierungsprojektes mit anderen Materialien und Methoden vertieft, wie z. B. Tagesstrukturierung, Motogerontologie, Biographiearbeit, Validation und dem Besuch einer nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeitenden Einrichtung der AWO.

Mit den praxisbezogenen Umsetzungsideen von Powell, z.B. dem Anfertigen eines Erinnerungsalbums und den Vorschlägen zur Tagesstrukturierung können die theoretischen Inhalte im Pflegealltag direkt ausprobiert werden. Durch die konkreten Umsetzungsvorschläge sind Veränderungen und Erfolge im Pflegealltag erlebbar.

Der zweite Teil der Handreichung stellt ein Arbeitsinstrument zur Erstellung eines Lebensprofils der Erkrankten dar. Die Bearbeitung dieses Schrittes unter Einbeziehung von Bezugspersonen eröffnet den Blick für Aktivitäten, die im routinierten Pflegealltag nicht vorkommen. Viele der Aktivitäten sind ohne Aufwand und Vorbereitung einfach umzusetzen, wie z. B. aus dem Bereich Berührung, Schmecken und Riechen. Auch hier sind positive Emotionen der Bewohner unmittelbar beobachtbar und erlebbar und können zum Verstärker hinsichtlich der Motivation der Mitarbeiter werden. Koch-Straube²⁰ (1997, S.132) unterstreicht in ihrer ethnologischen Studie im Pflegeheim den wichtigen Aspekt der Wahrnehmung von Erfolgen und Veränderungen bei den Bewohnern und bezeichnet diese als „überlebensnotwendig“ im Pflegealltag der Mitarbeiter.

Die Handreichung von Powell stellt überdies ein auch für Laien verständliches Hilfsmittel dar, das neben den ansprechenden theoretischen Inhalten mit vielen praktischen Ideen zur Aktivität auffordert.

Die tagesstrukturierenden Maßnahmen wurden durch das Projekt angestoßen und in Form verschiedenster Aktivitäten umgesetzt. Durch den Einsatz des Clipper- Instrumentes werden

- a) mehr Bewohner in vorhandene Aktivitäten eingebunden und
- b) neue Gruppen- und Einzelaktivitäten angeregt.

¹⁹ Hristakieva, Evgenyia; Petkova, Miroslava: Weiterbildung zur „Gerontologischen Fachkraft“ – Realisierung und Evaluation. In: Karl, F.; Meyer, M. (Hrg.): Internationale Gerontologie, Kassel 2003: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 66

²⁰ Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Robert Bosch Stiftung Reihe Pflegewissenschaft. Bern Hans Huber

Durch den Besuch einer Einrichtung, die nach dem Hausgemeinschaftskonzept arbeitet, konnten die Projektteilnehmerinnen die Umsetzungsmöglichkeiten dieses Ansatzes auch konkret erfahren.

Bei der Arbeit mit dementiell Erkrankten erleben Begleiter und Pflegende häufig Verhaltensweisen, die sie als fremd wahrnehmen und die im Alltag häufig auch als störend oder problematisch empfunden werden oder im Hinblick auf die eigene Zukunft mit Angst besetzt sind. Kultursensible Pflege erfordert ein Einlassen auf den Anderen auch in seinen Widersprüchlichkeiten. Auf die unterschiedlichen Befindlichkeiten, Schwankungen des Krankheitsverlaufs und die Tagesform der Erkrankten ist einzugehen, um individuelle Zugänge zu ermöglichen.



Dr. Nikola Atanassov,
Dr. Radka Arnold,
Barbara Schwaiger
(Validations-Workshop
Juni 2006 in Kazanlak)

Die Evaluation der Projektarbeit belegt die Erfolge der Projektmaßnahme. Im Resümee wird festgestellt: Die Arbeit mit CLIPPER regt zur intensiveren Beschäftigung mit der Biographie des Bewohners an, daraus folgen ein anderer Zugang zum Menschen und eine individuellere Betreuung. Der Umgang mit den Bewohnern basiert jetzt mehr auf Wertschätzung, Achtung, Respekt, Feinfühligkeit und Verständnis. Durch die kontinuierliche Arbeit in einem „Planen-Durchführen-Auswerten-Zirkel“ bieten sich viele Möglichkeiten, die richtigen Aktivitäten für die Bewohner zu finden und die Betreuung zu optimieren.

Die Erfahrungen der Projektteilnehmer weisen allerdings auch auf die Notwendigkeit der Veränderung institutioneller und gesellschaftlicher Strukturen sowie des Altenbildes in der Gesellschaft hin.

6.1.2 Einschätzungen im Bericht der externen Kommission

Im Auftrag der Robert Bosch Stiftung bereisten Frau Erdmann-Kutnevic und Frau Abele zur Evaluierung des Programms "Qualifizierende Pflegepartnerschaften" die Schwerpunktregionen Kazanlak (Bulgarien) und St. Petersburg / Pskow (Russland). In ihrem Bericht zu den Projekten der AWO Nordhessen und Universität Kassel wird festgestellt:

Die aufeinander folgenden Projekte und die langjährigen Kontakte erwiesen sich als förderlich, da insgesamt große Veränderungen in den Heimen und im Umgang mit den Bewohner/innen erreicht werden konnten.

Die neuen Methoden haben einen festen Platz in der Pflege eingenommen und sind aus ihr nicht mehr wegzudenken. Beispielsweise wurde das CLIPPER-Instrument bereits während der Projektlaufzeit auf einen größeren Kreis von Patienten angewendet und wird weiter ausgeweitet werden. Durch die Biographie-Arbeit erfahren die Mitarbeiter/innen mehr über das Leben der Heimbewohner/innen, aber auch über ihre Wünsche und Fähigkeiten. So können sie gezielt Beschäftigungsangebote machen und neue Gruppen gründen. Der Einsatz der CLIPPER-Methode entfaltet unmittelbare Wirkung, verbessert die Lebenskraft der Demenzkranken, regt die Denktätigkeit an, es gelingt besser, „ihre Welt zu betreten“ und mit ihnen zu kommunizieren.

Leiterinnen und Mitarbeiterinnen der besuchten Altenheime berichteten über die großen Veränderungen im Umgang mit den Bewohner/innen: Die früher krankenhaushähnliche Atmosphäre in den Altenheimen und die auf medizinische Versorgung reduzierte Betreuung hätten sich grundlegend gewandelt, es gibt mehr Farbe, mehr Leben, dadurch weniger Konflikte und Aggressionen unter den Bewohner/innen. Die Mitarbeiter/innen, die zwar häufig mehr und komplexer arbeiten müssten, wären motivierter und hätten mehr Freude an der Arbeit. Dazu beigetragen hätte auch die Teamarbeit. Das Verständnis von Pflege wandelt sich langsam in Richtung ganzheitlicher Pflege.

Die öffentliche Wahrnehmung der Altenheime beginnt sich zu wandeln, die häusliche Atmosphäre und der menschliche Umgang verändern ihren Ruf, auch wenn sie die letzte Station im Leben eines alten Menschen bleiben.

Die Veränderungen in der Pflege und die Anwendung neuer Methoden sind unumkehrbar, da die Wirkungen sowohl bei den alten Menschen als auch beim Pflegepersonal unmittelbar zu spüren sind.²¹



²¹ vgl. Abele, Christine; Erdmann-Kutnevic, Sabine: Evaluierung des Programms "Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa" der Robert Bosch Stiftung. Projektberichte. Konstanz/Berlin 2007, S. 8-12

6.2 Resonanz der Beteiligten

6.2.1 Heimleitungen und Mitarbeiterinnen²²

Ani Karpatscheva, Leiterin Heim 1:

Es ist eine große Herausforderung zu lernen, wie man sich den Bewohnern mit Demenz zuwenden kann. Dabei implementieren wir die grundsätzlichen Kommunikationsprinzipien, die im Praxisbuch von Jennie Powell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ beschrieben werden und mit denen wir gute Ergebnisse erzielt haben.

Alles bekam andere Maßstäbe nach den Fort- und Weiterbildungen, zuerst dem Kurs für geriatrische Krankenschwestern an der Thrakischen Universität in Stara Zagora und dann mit der Vertiefungsqualifikation zur Arbeit mit Clipper in Kassel. Die im Projekt vermittelten Erfahrungen setzen wir in unserer praktischen Arbeit um.

Ausgehend von der Biographie der einzelnen Bewohner und den fertigen Alben gestalten wir ihren Lebensraum. Durch die biographische Arbeit mit unseren Patienten können wir effektiver mit ihnen kommunizieren und wir haben dadurch ihr Vertrauen gewonnen. Die Lebensqualität hat sich dadurch verbessert.

Damit wir Altenpfleger einen Beitrag zur Verbesserung des Selbstwertgefühls der alten Menschen leisten können, müssen wir deren Bedürfnisse kennen und wissen, wie sich die altersbedingten Veränderungen und die damit verbundenen Risikofaktoren äußern.

Zu diesen beiden Punkten haben wir während der Weiterbildung in Kassel nicht nur viel Wissen vermittelt bekommen, uns wurde auch anhand von Praxisbeispielen verdeutlicht, wie dieses Wissen umgesetzt wird. Dieses Wissen erlangt zu haben, war für uns von großer Bedeutung. So vorbereitet, haben wir in unserer Arbeit mit den Clipper-Modulen die Bewohner des Heims in acht Gruppen zu jeweils unterschiedlichen Themen aufgeteilt.

Joblanka Topalska, Leiterin Heim 2:

Dank der Verwirklichung des Projekts und der Zusammenarbeit zwischen der Universität Kassel und der Gemeinde Kazanlak erhielt unsere Arbeit eine neue Dimension. Unsere praktische Arbeit wurde untermauert von wissenschaftlich fundierten Methoden.

Wenn wir über Demenz sprechen, ist es wichtig zu betonen, dass die Betroffenen bezüglich ihrer Krankheit untereinander keinerlei Ähnlichkeiten aufweisen. Je nach Krankheitsstadium können die Symptome unterschiedlich ausfallen, was eine individuelle Behandlungsweise in der praktischen Arbeit erfordert. Es gibt kein Patentrezept für die Arbeit mit demenzkranken Menschen. Aus diesem Grund arbeiten wir mit jedem Bewohner individuell, sind um die Wahrung seiner Persönlichkeit sowie seiner Interessen und Fähigkeiten bemüht.

Die Verwendung der CLIPPER-Methode änderte die Arbeit mit den demenzkranken Bewohnern grundlegend. Da die einzelnen CLIPPER-Module für *jeden* Bewohner ausgearbeitet werden müssen, trägt diese Methode zur Systematisierung von Problemen innerhalb der Pflege und zur Ausrichtung unserer Arbeit auf die Lösung von kritischen Aufgaben bei.

²² Die Aussagen einzelner MitarbeiterInnen sind in den Mitschriften der Workshops dokumentiert und in der Auswertung der qualitativen Interviews der Fachkräfte zusammengefasst.

Durch die Anwendung der CLIPPER-Methode konnte eine deutliche Steigerung der Qualität in der Pflege festgestellt werden.

Die Teilnahme unserer Krankenschwestern an den bulgarisch-deutschen Projekten und die Hospitation in sozialen Einrichtungen der AWO war besonders wertvoll.

Penka Ganareva, Leiterin Heim 3:

Die Ausbildung hat uns einen ganzheitlichen Eindruck von den Besonderheiten der Demenzkranken und von den Methoden für die Unterstützung der Pflegenden und für die Verbesserung ihrer Arbeit gegeben. Vieles von dem, was wir während der Ausbildung gelernt haben, war uns vorher völlig unbekannt. Einiges hatten wir auf dem Weg der Intuition in unserer Praxis festgestellt, ohne es jedoch wissenschaftlich begründen zu können. Eine der Leistungen dieses Projekts ist es, dass es viele neue Ideen in uns hervorgerufen hat, die wir in unserer Praxis anzuwenden versuchen.

Wir haben viel neues Wissen erlangt, aber was noch wichtiger ist, wir haben gelernt, dies auch in der Praxis umzusetzen.

Besonders hilfreich für unsere praktische Tätigkeit ist das Praxisbuch „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell. Wir haben einen Beschäftigungsraum eingerichtet, in dem verschiedene Aktivitäten durchgeführt werden. Wir haben die CLIPPER-Methode eingeführt und damit alle Bewohner erfasst. Das Material ist leicht verständlich und enthält viele praktische Ratschläge für die Arbeit mit Demenzkranken. Deswegen kann es von Mitarbeitern auf allen Ebenen und Hierarchiestufen benutzt werden. Seine Anwendung hat die Qualität unserer Arbeit mit den Bewohnern wesentlich verbessert.

Die Anwendung der Clipper-Methode führte nicht nur bei unseren Bewohnern zu einer positiven Veränderung, sondern auch bei unserem Personal. Das stimulierte zum einen die informelle Beziehung zwischen Pflegern und Bewohnern und führte zu mehr Professionalität. Zum anderen setzt die CLIPPER-Methode die Mitarbeit von mehreren Personen voraus und fördert die Teamarbeit. Ein Vorzug der CLIPPER-Bögen ist, dass sie Informationen über Aktivitäten zusammenfassen, die von verschiedenen Fachkräften ausgeführt werden.

In sozialen Einrichtungen wird die Arbeit durch Vorgaben des Sozialministeriums geregelt, in denen die Erstellung individueller Pläne für jeden einzelnen Bewohner gefordert wird. Nach unserer Meinung deckt die Clipper-Methode diese Vorgaben genau ab. Diese Methode hat für unsere Arbeit einen großen Nutzen.

6.2.2 Projektkoordination und -unterstützung

Mariya Dimova, Stiftung Nadeshda:

Während der Bearbeitung der CLIPPER-Fragebögen war die Zusammenarbeit im Team sehr gut und an den Fallbesprechungen und -beobachtungen nahmen auch das medizinische Personal, Sozialarbeiter, Sanitäter, Angehörige und Freunde teil. Als Folge dieser Arbeiten verbesserte sich die Lebensqualität in den Heimen erheblich: Neben der materiellen Lage wurde auch die Umgangsweise durch die neu eingeführten Arbeitsformen besser. Ferner wurde der Lebensraum der Bewohner im Heim entsprechend ihrer Bedürfnisse eingerichtet, was ebenso zu mehr Lebensqualität beigetragen hat. Die Anwendung der CLIPPER-Bögen erwies sich als eine sehr aufbauende, produktive Methode, die eine gute Ergänzung zum Gesamtprozess darstellt.

Abschließend kann ich sagen, dass die Verwirklichung dieser beiden Projekte dazu beigetragen hat, die Bedingungen und die Lebensqualität der alten und an Demenz erkrankten Menschen in unseren Einrichtungen wesentlich zu verbessern, und dass die Projekte dazu beitragen, den Betroffenen ein würdiges Leben zu ermöglichen.

Dr. Nikola Atanassov, AWO-Stiftung Sofia:

Durch dieses Projekt haben Mitarbeiterinnen der Altenheime in Kazanlak und Stara Zagora die CLIPPER-Methode kennengelernt. Sie haben sie in ihrer Arbeit angewendet und somit sind sie in der Lage, als Multiplikatoren die Methode zu verbreiten. Bis jetzt hat keiner in Bulgarien eine ähnliche Methode gekannt; sie trägt zum besseren Verstehen des Verhaltens und der Erlebniswelt der Demenzkranken und somit zu einem humanen Umgang mit ihnen bei. Das Buch von Jennie Powell ist das erste Handbuch für den Umgang mit demenziell Erkrankten in Bulgarien.

Auch im Rahmen dieses Projekts wurde zum ersten Mal in Bulgarien die Validationsmethode vorgestellt, die auch die Humanisierung und Optimierung des Umgangs mit demenziell Erkrankten anstrebt. Alle oben genannten Neuerungen tragen dazu bei, dass Mitarbeiter und Angehörige ein neues Bild vom dementen Menschen erwerben und hilft ihnen, ihre eigene Einstellung zu ändern und somit auch neue Wege der Kommunikation mit demenziell Erkrankten einzuschlagen.

Besonders wichtig für die Multiplizierung der Ergebnisse des Projekts war die Nationale Tagung in Kazanlak. Über 100 Teilnehmer, vorwiegend Fachkräfte auf dem Gebiet der Gerontologie aus dem ganzen Land, konnten dabei selber Eindrücke vom Wesen und Bedeutung der neuen Methoden für den Umgang mit Demenz gewinnen. Anlässlich dieser Tagung wurde das Buch „Arbeit mit demenziell Erkrankten. Erfahrungen aus Deutschland und Bulgarien - eine Praxishandreichung“ veröffentlicht. Es enthält vorwiegend praxisorientierte Beiträge und stellt die erste Veröffentlichung dieser Art und in diesem Umfang auf dem Gebiet der Demenz in Bulgarien dar.

6.2.3 Projekt „Internationale Schulpartnerschaft“

Klaus Mathes, Leiter des Projekts „Internationale Schulpartnerschaft Deutschland – Bulgarien – Spanien“:

Alle Partner machen die Erfahrung, dass die Arbeit mit dem Papier ‚Care to communicate‘ von den TeilnehmerInnen sehr positiv bewertet wird. Insbesondere der Schritt vom Lernen zur Praxis mit CLIPPER funktioniert in allen Ländern gut. Das Papier ist ‚einfach und pragmatisch‘. In unterschiedlicher Ausprägung und Schwerpunktsetzung ergeben alle drei Evaluationserhebungen ein vergleichbares Ergebnis:

1. Das Lehrmaterial, entwickelt aus ‚Care to communicate‘, ist verständlich, logisch und nachvollziehbar.
2. Die CLIPPER verbessern die Kommunikation mit dementen Menschen.
3. Die CLIPPER strukturieren die Kommunikation.

Das Wichtigste aber: Die Arbeit mit dem Papier von Jennie Powell ‚Care to communicate‘ und mit CLIPPER sensibilisiert bei der Kommunikation mit demenzierenden Menschen.

Das Papier eignet sich gut für die Übersetzung in unterschiedliche kulturelle Verhältnisse.²³

²³ Die Zitate sind dem Abschlußbericht Projekt Internationale Schulpartnerschaft, Kassel 2007 entnommen (Seiten 11-16 und S. 56).



Dr. Miroslava Petkova, Dr. Evgenija Hristakieva, Medizinische Fakultät, Trakia Universität, Stara Zagora:

Gegenstand des Projekts war die Umsetzung und Anpassung des Arbeitsmaterials "Türen öffnen zum Menschen mit Demenz" von Jennie Powell in die jeweilige Landessprache und die Kultur des Landes. Dieses Arbeitsmaterial stellt ein sehr gut angepasstes Hilfslehrwerk dar. Der Fragebogen zur Beurteilung "Clipper – individuelles Lebensprofil" in der Broschüre ermöglicht eine Systematisierung der Beobachtungen durch die Pflegenden und eine Anpassung des Umgangs mit dem Demenzen an sein eigenes kognitives und emotionales Leistungsvermögen.

Das Endziel des Projekts war, geeignete Zielgruppen zusammenzustellen und Ausbildungsprogramme auszuarbeiten, die mit den Europäischen Standards für Betreuung der an Demenz erkrankten Menschen übereinstimmen.

Der Lernstoff des Handbuchs wurde in zwei Module (Modul I: normale und abnorme Kommunikation; Modul II: Umgang mit Demenzkranken) eingeteilt. Der Unterricht wurde mit Studierenden der Studiengänge Sozialarbeit und Krankenschwestern im Rahmen von je 52 Unterrichtsstunden (Theorie und Übungen) und mit Verwandten von Demenzkranken (20 Stunden) durchgeführt.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Schulung über Umgangsweisen mit Demenzkranken, die auf der Anwendung des Fragebogens zur Beurteilung "Clipper: individuelles Lebensprofil" beruhen, dazu geführt hat, dass die Studenten die Ursachen für die Verhaltensreaktionen des Kranken besser verstehen und sich auf ihre eigene Kompetenz für die Bewältigung von Problemsituationen mehr verlassen können. Die praktischen Übungen mit dem Clipper Fragebogen legen den Grundstein zum Erwerb von Fähigkeiten für Teamarbeit und für Arbeit auf der Basis der Supervision.

6.2.4 Repräsentanten der Politik

Ministerin Emilia Maslarova, Ministerium für Arbeit und soziale Politik der Republik Bulgarien:

Das Projekt 'Tagesstrukturierende Angebote für Demenzkranke in Kazanlak und Stara Zagora' stellt ein erstmaliges Konzept für eine optimierte Pflege demenzerkrankter Menschen dar. Die Implementierung und Anwendung guter Verfahren für Dienstleistungen in spezialisierten Institutionen ist eine humane Initiative, und die Verbreitung der Ergebnisse in der Fachwelt wird zu einer Qualitätssteigerung der angebotenen Leistungen führen.

Für die Pflege und Betreuung der Demenzkranken ist die Zusammenarbeit der Regierung mit ausländischen Partnern, NGOs und lokalen Partnern von großer Bedeutung. Sie stellt eine notwendige Bedingung dar für die Erreichung positiver Ergebnis-

se in den Problemlösungen und für die Verbesserung der Lebensqualität der älteren Menschen.

Ich möchte Ihnen versichern, dass die Verbesserung der Lebensqualität der älteren Mitbürger in Bulgarien eine der Prioritäten in der Politik der Regierung ist. Die Hauptziele der geführten sozialen Politik für die Integration der älteren und dementen Menschen in Bulgarien sind die prioritäre Entwicklung der sozialen Dienstleistungen auf kommunaler Ebene sowie die kontinuierliche Verbesserung der Lebensbedingungen und des Lebensstandards aller Bürger²⁴.

Gergana Drjanska, Geschäftsleiterin der Agentur für soziale Hilfe beim Ministerium für Arbeit und soziale Politik der Republik Bulgarien:

Zweifellos werden der Austausch der Erfahrungen und die Quintessenzen aus der eingesetzten Methodik von Nutzen für alle sein, die für demenzerkrankte Menschen sorgen.

Ich möchte Ihnen versichern, dass die Agentur für soziale Hilfe sich für die Konsolidierung und den Fortschritt der Partnerschaft mit den bei dieser Konferenz vertretenen Organisationen, Institutionen und Universitäten aus Deutschland und Bulgarien mit dem Ziel einer besseren Pflege für Menschen mit Demenz einsetzen wird.

Gemeinde Kazanlak

Oberbürgermeister Dr. Stefan Damjanov (Brief nach Vertragsunterzeichnung, Juli 2005):

Wir haben mit großer Zufriedenheit das neue Modell der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen angenommen und werden es in den Altenheimen in Kazanlak einsetzen.

Ich glaube fest daran, dass die Projektteilnehmer neue Kenntnisse und Fertigkeiten erlangen, die zur Verbesserung der Lebensqualität der alten Menschen in den Heimen führt.

Ich hoffe auch sehr, dass die Realisierung unseres gemeinsamen Projektes eine gute Aufnahme in anderen Kommunen des Landes findet.

Oberbürgermeister Dr. Stefan Damjanov (aus dem Bericht der Wochenzeitung ISKRA „Die Demenzkranken zogen in ein neues Haus“ vom 21.09.2007):

Bei der Eröffnung unterstrich der Oberbürgermeister die stärkere Notwendigkeit zur Verbesserung der Lebensbedingungen der dementen Menschen. „Mit dieser Neueröffnung werden auch bessere Möglichkeiten für die Anwendung moderner Methoden im Umgang mit dieser Erkrankung geschaffen“, betonte Herr Damjanov.

²⁴ Vorwort der Ministerin Emilia Maslarova im bulgarischen Ergebnis-Band „Нови методи за общуване с дементно болни - опита от проекти в Казанлък (Neue Methoden der Arbeit mit Demenzkranken – Erfahrungen aus Kazanlak)“. Kassel/Kazanlak 2008, S. 5-6

6.3 Positive/negative Beobachtungen und Erfahrungen

Beim Lehr- und Lernprozess kam und kommt es zur Begegnung von Menschen mit unterschiedlicher Berufspraxis und Ausbildungsinhalten. Das Thema des Umgangs mit an Demenz erkrankten Menschen stellt in Bulgarien noch Neuland dar. Rolly²⁵ weist allerdings darauf hin, dass Weiterbildungs- und Austauschprogramme den Menschen nicht von oben aufgesetzt werden dürfen, sondern dass eine Partizipation nach eigenkulturellen Gesichtspunkten berücksichtigt werden sollte.

Die Erfahrungen aus vorherigen Projekten bestätigten sich: „Transkulturelle Konzepttransferprozesse haben die Eigenart, sich zu verselbständigen. Sie entwickeln ihre eigene Dynamik und oft bleibt auf der gesamten Strecke in vielen Aspekten unklar, welches Ergebnis zu erwarten ist. (...) Die Kommunikation mit bulgarischen Kollegen und potentiellen Partnern musste ausschließlich über Übersetzungen stattfinden. Bereits zu Beginn und in der ersten Projektphase wurde deutlich, dass nicht nur die Sprache, sondern auch Motive und unterschiedliche Kultur eine unendliche Quelle von Missverständnissen sind. Auch im vorliegenden Fall war es nicht so, dass bulgarische und deutsche Kollegen sich nicht hätten verständigen können. Die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe haben das Verstandene aber immer wieder verändert. (...) Im Wesentlichen ging es hierbei den Kooperationspartnern um wissenschaftliches Ansehen, die persönliche Beteiligung an öffentlich beachteten Innovationen und die Entwicklung europakompatibler Konzepte, die im Land begrüßt werden und die auf lange Sicht eine Verbesserung der Gesamtsituation im Land versprechen“²⁶.

Die Aktionsräume befanden sich sowohl in Bulgarien wie in Deutschland. Zum Austausch und Lernprozess war eine kontinuierliche Übersetzung notwendig, da eine gemeinsame Sprache und Schrift fehlt. Eine E-Mail-Kommunikation mit den Heimen und einzelnen Akteuren war zunächst wegen fehlender internetkompatibler Ausstattung gar nicht, dann in der Regel nur in bulgarischer Sprache und kyrillischer Schrift möglich.

Dennoch – trotz vieler Probleme (Unzuverlässigkeiten einzelner Personen, nicht offen gelegter Eigeninteressen, Konkurrenzen zwischen den lokalen Akteuren, hierarchischer Strukturen in Einrichtungen und Verwaltungen) war das inhaltliche Interesse dominant. Der starke Wunsch nach einer praxisorientierten Weiterbildung im Themenfeld Demenz kam schließlich von der bulgarischen Seite.

²⁵ Rolly, Horst Friedrich (2005): Soziale Arbeit in Bulgarien. Schriften der Deutsch-Bulgarischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen Deutschland und Bulgarien e. V. Neue Folge Band 8, München, Biblion Verlag, S. 164

²⁶ Mathes, Klaus: Das transnationale Altenpflegequalifizierungsprojekt Deutschland-Bulgarien. In: Karl, Fred; Meyer, Martha (Hrg.): Internationale Gerontologie, Kassel 2003: Kasseler Gerontologische Schriften Band 32, S. 52

6.4 Langfristige Auswirkungen

Ein entscheidendes Erfolgskriterium von Projekten ergibt sich aus der Implementierung vor Ort und den Möglichkeiten der Veränderung und Weiterentwicklung. Ziel des Projektes war es, Lernprozesse anzustoßen, die auch nach Projektbeendigung Kontinuität und Erweiterung²⁷ garantieren. Durch die Finanzierung mehrerer Projekte seitens der Robert Bosch Stiftung in der Region Kazanlak seit 1998 an verschiedene Projektträger (AWO Nordhessen, Universität Kassel) wurden in dieser Schwerpunktregion Synergieeffekte erzeugt²⁸.

Qualifizierungsmaßnahmen müssen „in weitere Maßnahmen eingebettet sein, will man strukturelle Änderungen erzielen“²⁹. Das Projekt der Universität Kassel hatte die praktische Umsetzung von Qualifizierungen zum Ziel, sie haben nach Aussagen der im Feld der Altenpflege in der Region Tätigen nicht nur Wirkungen in den Köpfen, sondern auch vor allem im beruflichen Alltag erzielt.

Durch die drei Publikationen in bulgarischer Sprache über die Erfahrungen aus Kazanlak, die allen Fachkräften im Lande zugänglich sind, und durch die Nationale Tagung „Arbeit mit Demenz“ im September 2007 in Kazanlak ist in der Projektregion außerdem das Selbstbewusstsein gewachsen, so dass eigenständig Erfahrungen weitergegeben werden. Die Handreichungen und kurzen Dokumentationshilfen sowie der erreichte Grad an Teamarbeit auch mit angelernten Kräften (Sanitarkas) signalisieren Effekte, die mittel- und langfristig von Bedeutung sind.

Das Ministerium für Arbeit und Soziale Politik in Sofia hat die Projekte immer mit Aufmerksamkeit verfolgt, die Ministerin und die Agentur für Soziales haben die Nationale Tagung begrüßt. Das Ministerium unterstützt auch die landesweite Verteilung des Buches „Neue Wege der Arbeit mit Demenzkranken – Erfahrungen aus Kazanlak“ (2008). Die Landesbehörde der Region Stara Zagora hat zudem die Erfahrungen der Qualifizierungen und Praxisprojekte positiv aufgenommen und die Unterstützung für den Aufbau eines regionalen Dienstleistungszentrums für ältere und demenzerkrankte Menschen in der Region Stara Zagora schriftlich zugesichert.



²⁷ Unterstützt und ergänzt wurde diese Entwicklung durch ein weiteres Projekt der Universität Kassel „Freiwilligenarbeit für Demenzkranke in Kazanlak“, gefördert durch die Stiftung Erinnerung, Verantwortung und Zukunft. Auch im Rahmen dieses Projektes wurde die übersetzte Handreichung von Jennie Powell als Lern- und Lehrmittel eingesetzt.

²⁸ vgl. Abele, Christine; Erdmann-Kutnevic, Sabine: Evaluierung des Programms „Qualifizierende Pflegepartnerschaften in Mittel- und Osteuropa“ der Robert Bosch Stiftung. Gesamtbericht. Konstanz/Berlin 2007, S. 4

²⁹ ebd., S. 6

Stellungnahmen der Altenheime zum Demenz-Projekt der Universität Kassel / AWO Nordhessen



Leiterin des Heims No. 1, Ani Karpatcheva



Leiterin des Heims No. 2, Joblanka Topalska



Leiterin des Heims No. 3, Penka Ganareva

Die Effektivität der „CLIPPER“-Methode in der praktischen Anwendung tagesstrukturierender Gruppenarbeit im Heim No. 1

Ani Karpatcheva

Menschen sammeln im Laufe ihres Lebens Erfahrungen in ihrem Beruf, ihrer Umgebung und ihrem Alltag, die ihre Lebens-, Kommunikations- und Arbeitsformen bestimmen. Mit diesen in allen Bereichen entwickelten Lebensgewohnheiten erreichen alternde Menschen den letzten Abschnitt ihres Lebens. Je nach psychischem Zustand und Lebensanschauung passen sie sich ihrer Familie an. Wer keine Angehörige hat und hilfsbedürftig wird, braucht die Unterstützung seitens der sozialen Einrichtungen.

Eine Krankheit, die häufig besondere Betreuung und Pflege nötig macht, ist die Demenz. Diese im Alter am weitesten verbreitete Krankheit verlangt besonders viel Geduld und Verständnis der pflegenden Personen. Dabei ist es einerseits wichtig, die Bedürfnisse der Erkrankten zu kennen, andererseits sind auch theoretische Kenntnisse über den Krankheitsverlauf mit all seinen Chancen und Risiken ein ganz wichtiges Element, um Veränderungen der Psyche und des Verhaltens richtig und wertschätzend zu deuten.

Alles bekam andere Maßstäbe nach den Fort- und Weiterbildungen, zuerst dem Kurs „Geriatrische Krankenschwester“ an der Thrakischen Universität in Stara Zagora und dann mit der Vertiefungsqualifikation zur Arbeit mit Clipper in Kassel. Die im Projekt vermittelten Erfahrungen setzen wir in unserer praktischen Arbeit um.

1. Biographiearbeit

Eine wertvolle Herangehensweise für die Kommunikation mit dementiell Erkrankten ist die Berücksichtigung der jeweils eigenen Biographie und des psychischen sowie physischen Zustands. Nach dieser individuellen Methode arbeiten wir im Heim. Die Biographie dokumentiert den Lebenslauf eines Menschen und identifiziert wichtige Lebensereignisse einer Person. Durch die Biographie wird die Persönlichkeit eines Menschen deutlich, seine angestrebten und die nicht verwirklichten Ziele und Bestrebungen.

Folgende Regeln sind in der Biographiearbeit zu beachten:

- Um professionell mit Menschen arbeiten zu können, muss man auch mit der eigenen Biographie im Klaren sein. Selbstreflexion und Selbsterkenntnis sind wichtig, um andere besser verstehen zu können.
- Dem Bewohner muss ein entsprechender Rahmen geboten werden, in dem er seine Erinnerungen und Erlebnisse mitteilen kann, und er muss als das wahrgenommen werden was er ist.
- In der Biographie eines Menschen sollte nach der Persönlichkeit gesucht werden; Daten und Jahreszahlen sollen nicht in den Vordergrund gestellt werden.

- Biographiearbeit ist auch hilfreich dafür, die individuellen Werte der einzelnen Person zu erkennen.

Durch die Biographie eines Bewohners können wir seine jetzige Situation besser verstehen. Es lässt sich damit ein Bild von seinem Wertesystem rekonstruieren, von seinen Vorlieben und Hobbys. In der biographischen Arbeit wird die Innenwelt eines Menschen betrachtet. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit viel Privates von den Bewohnern zu erfahren, z. B. über glückliche Momente oder über Situationen, die Stress ausgelöst haben. Damit können die ganz persönlichen Erfahrungen eines Menschen und seine Lebensweise erkannt werden.

Dieses biographische Wissen ist ein Schlüssel zum Verständnis derzeitiger Vorlieben, von Charakteristika, Gedanken und Gefühlen wie Glück, Überraschung, Trauer oder Wut. Sehr oft haben demenzkranke Menschen Gedächtnisschwierigkeiten und können sich an wichtige Punkte ihrer Biographie nicht erinnern. Hinzu kommt die Schwierigkeit sich neue Informationen zu merken, wie z. B. die Namen ihrer Enkelkinder. Aus diesem Grund arbeiten wir häufig auch mit den Angehörigen. Sie geben uns viele wichtige Informationen und Fotos.

In diesen Fällen ist mehr Zeit für die Kommunikation nötig. Dabei sollen die Gespräche geschickt geführt werden, damit eine Einflussnahme möglich wird. Insgesamt müssen mehr Fragen zum „Wann“, „Wo“ und „Wie“ gestellt werden, um Verständnis zu erlangen.

2. Validation

Es ist eine große Herausforderung zu lernen, wie man sich den Bewohnern mit Demenz zuwenden kann, um ihnen zu helfen, ohne ihr eigenes Wollen in Frage zu stellen. Dabei implementieren wir die grundsätzlichen Kommunikationsprinzipien, die im Praxisbuch von Jenny Powell „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ beschrieben werden und mit denen wir gute Ergebnisse erzielt haben.

Die dort beschriebenen Kommunikationsprinzipien sind:

A) Vermeiden Sie Konfrontation!

Wenn ein an Demenz erkrankter Mensch mit seinen Fehlern konfrontiert wird, hilft das überhaupt nicht, dabei wird nur die Atmosphäre unerträglich.

B) Handle vernünftig und zielstrebig!

Manchmal kann man einige kritische Situationen vorhersagen und dadurch vermeiden. Wenn das Problem schon existiert, suchen wir nach passenden Reaktionen, durch die die Situation entspannt werden kann.

C) Erläutere die Gefühle des Bewohners und beruhige ihn!

Wenn ein dementiell Erkrankter verwirrt oder traurig ist, versuchen wir ihm unsere Wahrnehmung, was er fühlt, mitzuteilen und zu spiegeln.

In der individuellen Arbeit geht es darum, die Gefühle der Bewohner zu validieren, die durch eine konkrete Situation ausgelöst wurden. Die Validation ist eine Methode, um die Gefühle eines verwirrten Menschen besser verstehen

und erklären zu können. Durch dieses Herangehen wird die Würde der Bewohner bewahrt.

Die Ziele der Validation sind:

- Steigerung des Gefühls von Würde;
- Akzentverschiebung auf Zeiten, in denen sich der Bewohner für andere nützlich und bedeutsam erlebte;
- Verhindern völligen Rückzugs in die Innenwelt;
- Verbessern der verbalen und nonverbalen Kommunikation;
- Schaffung einer besseren Atmosphäre.

Der Bewohner soll mit den ihm eigenen Gefühlen und Verhaltensweisen wahrgenommen werden. Auch im Zustand der Desorientierung ist jedes Individuum wertvoll und einzigartig.

Ein sehr wichtiges Moment in der Arbeit mit dementiell Erkrankten ist die Beherrschung der nonverbalen Kommunikation, weil durch sie sehr viele Informationen vermittelt werden können. Durch die Aufmerksamkeit für die Mienen, Gesten und die Körpersprache wird die Kommunikation bereichert. Wichtig ist das ständige Halten des Augenkontakts zu den Bewohnern. Dabei soll die Kommunikationsebene nie von oben nach unten, sondern immer auf Augenhöhe des Bewohners gehalten werden. Wenn die verbalen Äußerungen nicht mit den nonverbalen Signalen übereinstimmen, schenken wir den nonverbalen Signalen mehr Glauben.

3. Arbeit mit Erinnerungsalben

Einen erheblichen Stellenwert nimmt die Herstellung von Erinnerungsalben ein. Sie helfen dem dementiell Erkrankten sich daran zu erinnern, wer er ist und woher er kommt. Ein typisches Merkmal der Demenz ist, dass einzelne biographische Fragmente vergessen werden können. Die Biographie ist aber unsere Identität. Durch sie wird bestimmt, wer wir sind und welche Beziehungen wir zu anderen Menschen haben. Der Verlust der Fähigkeit, sich an diese Bedeutungen erinnern zu können, kann sehr verwirrend sein. Das erschwert die Kommunikation erheblich.

Ein Erinnerungsalbum beinhaltet Kurztexte und Fotos mit den Hauptereignissen von der Geburt bis heute. Falls sich neue Ereignisse als wichtig herausstellen, finden sie auch Platz im Album.

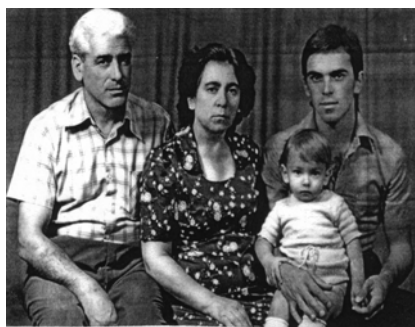
Manchmal haben die Angehörigen Schwierigkeiten zu verstehen, was mit ihren Verwandten passiert. Aus diesem Grund verstehen sie den Sinn eines solchen Albums nicht. Für uns ist es aber sehr wichtig, dass die Verwandten hierfür Informationen beisteuern. Wir erklären ihnen die Vorteile eines solchen Albums. Auch den Erkrankten selbst sollte die Bedeutung eines derartigen Albums erläutert werden, besonders, wenn sie sich in einem noch frühen Stadium der Krankheit befinden.

Ziel ist, die Gefühle der Bewohner zu berühren, eine Vergangenheits- und Erinnerungsreise anzutreten. Dadurch wird sein Selbstbewusstsein und seine Würde gewahrt. Das Erinnerungsalbum hat viele Vorteile, gibt Anlass zu Ge-

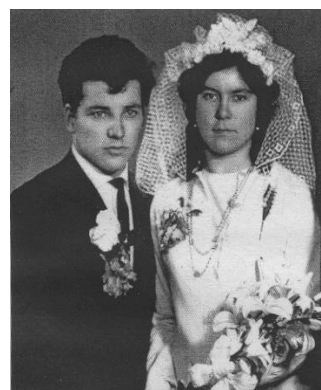
sprächen, zu Erinnerungen an alte Zeiten, baut Vertrauen auf und ermöglicht Selbstehre, es hilft beim Erhalt der Identität und es hilft dem Personal, den Kranken zu verstehen und mit ihm zu sprechen.



*Внух ми Кристино
роген 1977 г.*



*Семейството ми
чрез 1979 г.
Но единката сме
от, съпругата ми,
сестра ми Димитър
и внух Кристино.*



Als wir die Alben fertig gestellt hatten, saßen wir zusammen mit jedem Einzelnen und haben Fragen dazu gestellt, wobei wir auch ganz aktiv an den Antworten teilgenommen haben. Wir ermutigten die Bewohner, sich häufiger mit ihrem Erinnerungsalbum zu beschäftigen, um damit ihre Erinnerungen zu bewahren. Danach sah sich ein Teil unserer Bewohner das Album alleine an, ein anderer Teil mit unserer Hilfe.

Ausgehend von der Biographie der einzelnen Bewohner und den fertigen Alben gestalten wir ihren Lebensraum. In den Zimmern sind die Lieblingssachen der Bewohner aufgestellt, wie z. B. Kassetten mit Lieblingsliedern, Uhren, eine Vase mit Blumen oder Gardinen in der Lieblingsfarbe – alles Gegenstände, die Gemütlichkeit vermitteln.

Durch die biographische Arbeit mit unseren Bewohnern können wir effektiver mit ihnen kommunizieren und wir haben dadurch ihr Vertrauen gewonnen. Die Lebensqualität hat sich dadurch verbessert.

4. Tagesstrukturierende Gruppenarbeit mit der Clipper-Methode

Damit wir Altenpfleger einen Beitrag zur Verbesserung des Selbstwertgefühls der alten Menschen leisten können, müssen wir deren Bedürfnisse kennen und wissen, wie sich die altersbedingten Veränderungen und die damit verbundenen Risikofaktoren äußern.

Zu diesen beiden Punkten haben wir während der Weiterbildung in Kassel nicht nur viel Wissen vermittelt bekommen, uns wurde auch anhand von Praxisbeispielen verdeutlicht, wie dieses Wissen umgesetzt wird. Dieses Wissen erlangt

zu haben, war für uns von großer Bedeutung. So vorbereitet, haben wir in unserer Arbeit mit den Clipper-Modulen die Bewohner des Heims in acht Gruppen zu jeweils unterschiedlichen Themen aufgeteilt. Je nach Interessen, körperlichem und psychischem Zustand konnten sie zwischen den folgenden Gruppen wählen:

- *Lesegruppe:* Die Teilnehmer dieser Gruppe haben Zeitungen aber auch Witze gelesen und über Bücher und Zeitschriften diskutiert. Ebenso haben sie Informationen über medizinische und gesundheitliche Fragen bekommen.
- *Strickgruppe:* In der Strickgruppe wurden neben dem Stricken selbst auch Bücher und Modezeitschriften gelesen und darüber diskutiert.
- *Musikgruppe:* In dieser Gruppe sollten die Bewohner eine Stimulation und Aktivierung des Bewegungsapparats, sowie Entspannung und Beruhigung durch Musik erleben können. Die Teilnehmer sangen einzeln oder gruppenweise zu den Liedern, die ein Bewohner selbst mit einem Akkordeon spielte.
- *Ausflugsguppe:* Die Teilnehmer dieser Gruppe besuchten touristische und historische Sehenswürdigkeiten und machten Ausflüge in die Natur.
- *Blumenzuchtgruppe:* In dieser Gruppe konnten die Bewohner verschiedene Blumen aussähen und umpflanzen.
- *Bastelgruppe:* In dieser Gruppe wurden Postkarten, Martenitzi (Anhänger zum 1. März), Panneau und Schmuck für das Heim angefertigt.
- *Spielgruppe:* Neben der Beschäftigung mit Schach, Tabla (Back Gammon), Kartenspielen und „Mensch, ärgere dich nicht!“ wurde in dieser Gruppe auch gekegelt und Puzzle gelegt.
- *Gruppe für Menschen mit schweren Bewegungseinschränkungen,* die im Rollstuhl sitzen: Die Bewohner aus dieser Gruppe wurden an zwei Tagen der Woche aus ihren Zimmern herausgebracht. Wir haben im Beschäftigungsraum einzeln oder in der Gruppe mit ihnen gespielt, wie z. B. Sitztanzen, Ballspiele oder Spiele mit Fähnchen. An diesen Tätigkeiten beteiligte sich auch das Hilfspersonal, wir arbeiten als Team. Bei schönem Wetter sammelt sich die Gruppe draußen.

Unsere Arbeit fördert die Kreativität und die Persönlichkeitsentwicklung unserer Bewohner und sie stimuliert deren ästhetische Bedürfnisse. Der Erfolg unserer Arbeit kann z.B. an den schönen Handarbeiten abgelesen werden, die zu Weihnachten und Silvester aus natürlichen Materialien wie Herbstblättern, Ästen usw. hergestellt werden.

Auch alte Menschen müssen als ein Bestandteil der Gesellschaft wahrgenommen werden und sie sollen sich aktiv an der Vorbereitung und Durchführung von Projekten zur Verbesserung ihrer Lebensqualität beteiligen. Dazu bedarf es aber auch der Unterstützung ihrer Angehörigen und der gemeindlichen Einrichtungen.

Neue Methoden in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen im Heim für Menschen mit Demenz

Joblanka Topalska

Bei der Vorbereitung dieser Präsentation habe ich bemerkt, dass mir dies sehr schwer gefallen wäre, wenn ich diesen Vortrag vor Jahren hätte halten sollen, weil mir bis jetzt wichtiges methodisches Wissen für die Arbeit mit Demenzkranken fehlte.

Dank der Verwirklichung des Projekts und der Zusammenarbeit zwischen der Universität Kassel und der Gemeinde Kazanlak erhielt unsere Arbeit eine neue Dimension. Unsere praktische Arbeit wurde untermauert von wissenschaftlich fundierten Methoden.

Wenn wir über Demenz sprechen, ist es wichtig zu betonen, dass die Betroffenen bezüglich ihrer Krankheit untereinander keinerlei Ähnlichkeiten aufweisen. Je nach Krankheitsstadium können die Symptome unterschiedlich ausfallen, was eine individuelle Behandlungsweise in der praktischen Arbeit erfordert. Es gibt kein Patentrezept für die Arbeit mit demenzkranken Menschen. Aus diesem Grund arbeiten wir mit jedem Bewohner individuell, sind um die Wahrung seiner Persönlichkeit sowie seiner Interessen und Fähigkeiten bemüht.

An dieser Stelle möchte ich über einige Methoden informieren, die wir in der Arbeit mit unseren Demenzkranken verwenden.

1. Bewertung der Effektivität der CLIPPER-Methode

Die Verwendung der CLIPPER-Methode änderte die Arbeit mit den demenzkranken Bewohnern grundlegend. Da die einzelnen CLIPPER-Module für *jeden* Bewohner ausgearbeitet werden müssen, trägt diese Methode zur Systematisierung von Problemen innerhalb der Pflege und zur Ausrichtung unserer Arbeit auf die Lösung von kritischen Aufgaben bei.

Wir bildeten unter anderem folgende Gruppen, in denen sich die Bewohner mit unterschiedlichen Tätigkeiten beschäftigten:

- Ballspiele,
- Spiele mit Farbstreifen und Ballons,
- Spiele mit Erkenntnischarakter,
- Puzzels.

Im Sommer machen wir Ausflüge zur „Kalinka“-Talsperre und es werden kulturelle Veranstaltungen besucht. In der Kirche singen die Bewohner Kirchenlieder, lesen die Bibel und zünden in der Heimkapelle Kerzen an. Sie lesen Zeitungen und feiern Namens- und Geburtstage. Die Bewohner, die sich in einem besseren körperlichen und psychischen Zustand befinden, gießen Blumen, stricken Strümpfe, wischen Staub und legen Kleider zusammen. Einige Bewohner malen, schneiden Bilder aus und schmücken damit ihre Zimmer. Auch der Weihnachtsschmuck entsteht so. Des Weiteren wurden Nachtlichter installiert

und es wurden Kissen hergestellt, durch die die räumliche Orientierung und der Tastsinn der Kranken stimuliert werden konnte.

Durch die Anwendung der CLIPPER-Methode konnte eine deutliche Steigerung der Qualität in der Pflege festgestellt werden.

2. Unterstützung der Kommunikation mit Hilfe von Erinnerungsalben

Bekanntlich ist es für Demenzkranke schwierig, sich neue Informationen merken zu können. Viel leichter ist es hingegen, Erinnerungen aus der Vergangenheit zu bewahren. Wenn wir einen Demenzkranken danach fragen, was er heute zum Frühstück gegessen hat, dann wird er darauf wahrscheinlich nicht die richtigen Antworten geben können. Wenn wir ihn aber durch unsere Fragen in die Vergangenheit schicken, wird der Bewohner uns lange und mit Vergnügen davon erzählen können. Bei der Wahl der Gesprächsthemen sollten wir darauf achten, dass die Person nicht intellektuell überfordert wird, was nur zu negativen Emotionen führen würde. Es ist sehr wichtig, universelle Themen auszusuchen – Erinnerungen aus der Kindheit, aus den Schul- und Jugendjahren oder aus dem Berufsleben etwa.

Die Erinnerungsalben helfen den Bewohnern wichtige Personen, Orte und Ereignisse im Gedächtnis zu behalten. Durch die Verwendung von Erinnerungsalben wird es der demenzkranken Person ermöglicht, sich zu jeder Zeit wieder daran erinnern zu können, wer sie ist und woher sie kommt.

Wie fertigt man ein Erinnerungsalbum an? Dazu bedarf es der Unterstützung von Angehörigen. Beim ersten Kontakt mit ihnen erklären unsere Mitarbeiter, was ein Erinnerungsalbum ist und welche Vorteile es mit sich bringt. Dabei spielen Fotos von Verwandten und von wichtigen Momenten im Leben, von der Geburt bis heute, eine außerordentlich große Rolle. Die Fotos werden chronologisch geordnet. Zu jedem Foto sollen genügend Informationen geschrieben werden, die das Bild erklären.



МИТКА ТОДОРОВА ДАСКАЛОВА

Родена съм на 24.08.1922 г. в с. Дълбоки обл. Стара Загора.

На снимката съм на 28 години.



Тук съм с двамата си сина Стефан и Иван.

Durch das Erinnerungsalbum wird die Erinnerungsfähigkeit der Bewohner beim Behalten wichtiger Ereignisse, Daten oder Personen unterstützt. Es vermittelt ihm ein Gefühl der Sicherheit. Ferner hilft das Album auch dem Personal, die Kranken als vollständige Persönlichkeiten wahrzunehmen und an Gesprächen teilzunehmen.

Diese Gespräche führen wir im Gästezimmer, in einer sehr angenehmen Umgebung, bei Tee und Gebäck. Besonderes Interesse weckt dabei das Thema "Mein Beruf". Mit Hilfe direkter Fragen nach Ereignissen oder Emotionen in Verbindung mit dem Beruf unterstützen die Mitarbeiter die Erzählung der Bewohner. Sehr häufig wird das Treffen dabei so angenehm, dass es mit Gesang und Tanz endet. So erreichen wir einen wichtigen Effekt: emotionale Freude und gute Laune für die Heimbewohner.

3. Kommunikation mit Videos

Wir haben Fernseher mit DVD-Laufwerk zum Abspielen von Videos gekauft, womit die Bewohner Nachrichten, Volkstänze und Musik sehen bzw. hören können. Da ein Teil der Bewohner durch das Fernsehen unruhig wird und leicht Streitigkeiten auftreten können, werden nur diejenigen, die gerne Videos ansehen, auf die Räume mit TV-Geräten aufgeteilt.

Als Videotherapie verstehen wir die sorgfältige Auswahl von Sendungen, die Freude und Vergnügen bereiten. So erreichen wir auch einen therapeutischen Effekt. Besonders gern werden Folkloresendungen, Kindersingen und -tanzen sowie Sendungen mit Inhalten aus der Bibel gesehen.

4. Tandem-Freiwilligenarbeit

Seit kurzem setzen wir die Tandem-Methode in der Arbeit mit unseren Heimbewohnern ein, welche ein Teil des zweiten bulgarisch-deutschen Projekts, gefördert von der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ ist. Im Moment haben wir fünf Gruppen gebildet, wobei wir versuchen die Zahl noch zu erhöhen.

Was sind „Tandem-Gruppen“ und welche Ziele werden mit ihnen verfolgt?

Die „Tandem-Gruppe“ besteht aus einem Mitglied unseres Personals (Krankenschwester oder Sanitäterin) und einem Angehörigen eines Heimbewohners. Normalerweise ist das der Verwandte, der die häufigsten Kontakte zu dem Bewohner hat und oft zu Besuch kommt.

Durch „Tandem-Gruppen“ erzielen wir Folgendes:

- Steigerung der persönlichen Verpflichtung unserer Mitarbeiter gegenüber den Heimbewohnern und ihrer Probleme.
- Die Angehörigen fühlen sich für die Pflege ihres Verwandten mit verantwortlich.
- Konflikte zwischen dem Personal und den Verwandten werden erheblich gesenkt.

Das übergeordnete Ziel ist die Steigerung der Lebensqualität im Heim.

Gerne würde ich noch weitere Arbeitsmethoden vorstellen, wie die verbale und nicht verbale Kommunikation und die Umgestaltung der Heimumgebung nach den Bedürfnissen der Bewohner. In Anbetracht des kurzen zeitlichen Rahmens werde ich diese Methoden jedoch nicht mehr behandeln können. Dafür will ich in der noch verbleibenden Zeit ein wichtiges Problem ansprechen: die Qualifikation aller Mitarbeiter.

5. Ausbildung und Qualifikation des Personals in Heimen für dementiell Erkrankte

Wenn wir die Einrichtung als ein System darstellen, sind einige Aspekte untrennbar miteinander verbunden:

- die materielle Basis,
- die Finanzierung,
- das Rechtssystem,
- die internen Regeln und Verordnungen,
- der Kontakt mit anderen Einrichtungen und Organisationen,
- das Personal.

Damit dieses System funktionieren kann, ist es nötig, dass alle Elemente den erforderlichen Standards gerecht werden. Ein sehr gut qualifiziertes und vorbereitetes Personal ist eines der wichtigsten Faktoren für die Qualität von sozialen Dienstleistungen. Deshalb ist die Förderung der Qualifikation aller unserer Mitarbeiter ein wichtiges Ziel.

6. Bilanz

Was haben wir erreicht? Der Erfahrungsaustausch und die gewonnene Kenntnis guter Praxisarbeit aus dem In- und Ausland waren sehr hilfreich. Ein Teil unserer Krankenschwestern nahmen am bulgarisch-deutschen Projekt "Konzept-Transfer" der AWO teil. Das Projekt beinhaltete Hospitationen in sozialen Einrichtungen in Deutschland, einen sechs monatigen Kurs für Nachdiplomqualifikation an der Thrakischen Universität in Stara Zagora und die damit verbundene Qualifikation zur „geriatrischen Krankenschwester“. Das Sanitätspersonal besuchte einen Kurs aus zwei Modulen und erhielt die Qualifikation "Krankenpfleger". Die Ausbildung fand im Rahmen der täglichen Arbeit statt.

Ferner finden auch regelmäßig interne Ausbildungen statt, wie das Kennenlernen des Rechtssystems, der Instruktionen, der Verordnungen u.a.

Die Teilnahme unserer Krankenschwestern am bulgarisch-deutschen Projekt der Universität Kassel 2005 – 2008 und die Hospitation in sozialen Einrichtungen der AWO war besonders wertvoll. Vielleicht erscheinen die vorgestellten Methoden in der Arbeit mit Demenzkranken als schwierig. Aber ich kann Ihnen versichern, dass sich die Mühe lohnt. Ich hoffe von ganzem Herzen, dass unsere Erfahrungen in der Arbeit mit dementiell Erkrankten Ihnen vom Vorteil sein werden und dass Sie diese auch in Ihre Arbeit implementieren können.

Durchführung der „Clipper“-Dokumentation im Heim No. 3

Penka Ganareva

Es gibt viele Möglichkeiten, was man in Altenheimen für die Bewohner tun kann und man braucht Personal, das speziell für dieses Gebiet geschult ist. Nachdem wir die Ausbildung in Kassel gemacht haben und unser gesammeltes Wissen hier bei uns implementierten, waren wir von dieser Sache absolut überzeugt.

„Demenz“ ist ein Begriff, unter dem viele komplexe Symptome subsumiert werden. Diese Symptome gehen einher mit der Zerstörung von Gehirnfunktionen und können von verschiedenen Krankheiten verursacht worden sein. Die Demenz ist eine typische Alterskrankheit. Es konnte festgestellt werden, dass ungefähr einer von 20 Personen mit über 65 Jahren an Demenz leidet. Bei den über 80-Jährigen ist es sogar einer von fünf Personen. Die Leute, die in ein Altenheim kommen, sind meist über 60 Jahre alt und sie bleiben da bis an das Ende ihrer Tage. Im Laufe ihres Aufenthalts im Heim entwickelt sich möglicherweise eine Demenz. Dies ist ein langsamer und schleichender Prozess.

Sehr oft und unter unterschiedlichen Umständen werden hier auch Leute aufgenommen, die schon an einer leichten oder mittelschweren Demenz leiden. Dass diese Menschen sofort beim Beginn der Krankheit in ein Heim für dementiell Erkrankte geschickt werden, ist organisatorisch nicht zu realisieren. Auch ist bekannt, dass jede räumliche und strukturelle Veränderung, und sei sie auch noch so klein, zu Stress und Verwirrung führen kann. Nach jeder ernsthaften Veränderung kommt eine sehr schwierige Zeit, die jeder ganz individuell verkraften und überstehen muss. Dabei haben wir beobachtet, dass jede weitere Ortsveränderung zu einer Verschlechterung der Krankheit führt. Deshalb ist unser Mitarbeiterteam überzeugt, dass es besser ist, wenn der Demenzkranke so lange wie möglich in der Umgebung bleiben soll, die ihm vertraut ist.

Trotz einiger Probleme mit den Ressourcen geben sich die Pfleger viel Mühe und machen alles, damit sich die Bewohner bei uns wohl fühlen können. Dabei hat jeder Mitarbeiter die Aufgabe, eine angenehme Umgebung zu schaffen und – wenn möglich – Veränderung zu vermeiden, um die Unruhe in den dementiell Kranken zu vermindern.

Die Ausbildung in Kassel hat uns einen ganzheitlichen Eindruck von den Besonderheiten der Demenzkranken und von den Methoden für die Unterstützung der Pflegenden und für die Verbesserung ihrer Arbeit gegeben. Vieles von dem, was wir während der Ausbildung gelernt haben, war uns vorher völlig unbekannt. Einiges hatten wir auf dem Weg der Intuition in unserer Praxis festgestellt, ohne es jedoch wissenschaftlich begründen zu können. Eine der Leistungen dieses Projekts ist es, dass es viele neue Ideen in uns hervorgerufen hat, die wir in unserer Praxis anzuwenden versuchen.

Der Aufenthalt beinhaltete eine Auseinandersetzung mit theoretischen Aufgaben und die Beobachtung praktischer Übungen in der Arbeit mit dementiell

Kranken. In dieser Zeit konnten wir uns ein ausführliches Bild über die Besonderheiten der Kranken machen und uns wurden Methoden vermittelt, wie wir unser Pflegepersonal unterstützen können und wie wir dieses Wissen in unserer praktischen Arbeit anwenden können. Besonders im Hinblick auf den theoretisch, wissenschaftlichen Bezugsrahmen konnten wir durch die Gewinnung neuer Erkenntnisse profitieren. Wir haben vieles gelernt, was uns unbekannt war.

Wir haben in der Praxis zwar sehr nach Intuition gearbeitet, wissenschaftlich begründen konnten wir unsere Herangehensweise jedoch nicht. In Bulgarien gibt es nur sehr wenige Informationen über die Arbeit mit Demenzkranken. Wir sind sehr glücklich darüber, dass wir, dank dieses Projekts, eine der ersten in Bulgarien sind, die in diese methodischen Vorgehensweisen eingeführt worden sind. Diese neuen Informationen helfen uns, unsere Arbeit und die Qualität der Dienstleistungen, die wir anbieten, zu verbessern. Das kann auch unser Selbstbewusstsein stärken.

Wir haben viel neues Wissen erlangt, aber was noch wichtiger ist, wir haben gelernt, dies auch in der Praxis umzusetzen. Folgende Aktivitäten wurden nach Abschluss der Ausbildung organisiert:

- Weitervermittlung der Ausbildung an alle Krankenschwestern, Rehabilitationskräfte und Sozialarbeiter.
- Eine Schulung für Sanitäter unter besonderer Berücksichtigung ihrer Verpflichtungen.
- Wir haben einen Beschäftigungsraum eingerichtet, in dem verschiedene Aktivitäten durchgeführt werden, wie z.B. das Feiern an bestimmten Festtagen. Ebenso dient er als Erholungsraum.
- Ein zusätzlicher hauptamtlich beschäftigter Sozialarbeiter wurde eingestellt, der die Aufgabe hat, die Effektivität der Arbeit zu verbessern.
- Alle Bewohner wurden mit der CLIPPER-Methode erfasst.

Wir haben Menschen mit Demenz angemessener verstehen gelernt und Möglichkeiten erfahren, wie wir ihren Alltag besser gestalten können. Eine der Errungenschaften dieses Projekts ist die Motivation, die entwickelten Ideen auch zu verwirklichen.

Besonders hilfreich für unsere praktische Tätigkeit ist das Praxisbuch „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ von Jennie Powell, das dank des Projekts der Robert Bosch Stiftung ins Bulgarische übersetzt und veröffentlicht wurde. Der Inhalt ist sehr verständlich geschrieben. Durch die starke Gewichtung auf die Praxis wurde die Durchführung innerhalb der unterschiedlichen Hierarchiestufen in der Einrichtung erleichtert. Die Anwendung hat zu einer spürbaren Verbesserung geführt.







Wir sind der Meinung, dass die Arbeit mit den Fragebögen nicht nur für unsere an Demenz erkrankten Patienten nützlich ist, sondern für alle Heimbewohner. Aus diesem Grund haben wir die Dokumentation nach der CLIPPER-Methode von J. Powell mit allen Bewohnern durchgeführt.

Im Praxisbuch werden einige Methoden erläutert, die in der Arbeit mit demenziell Erkrankten verwendet werden, wobei die so genannte „Clipper-

Dokumentation“ der Anfertigung von individuellen Profilen dient. Es sind Profile der von den Bewohnern akzeptierten und gewünschten Alltagsaktivitäten und ihrer Abneigung gegenüber bestimmten Tätigkeiten.

Die „Clipper-Dokumentation“ besteht aus folgenden Stufen:

1. Stufe: Clipper-Fragebogen

Пациентът взема ли душ?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога
Мие ли му някой косата?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога
Реша ли го някой?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога
Подстригва ли го някой?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога
Помага ли му някой за устната хигиена?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога
Помага ли му някой при маникюра?				
	ДА, това му харесва	ДА, но не му харесва	ДА, но не мога да кажа, дали му харесва	НЕ, не го прави никога

In diesem Fragebogen wurden acht Gruppen mit unterschiedlichen Aktivitätsschwerpunkten zusammengefasst (mit insgesamt 41 Einzeltätigkeiten). Durch die Erkenntnisse in der Dimension „Berühren und Bewegung“ erhalten wir beispielsweise ein Bild über die hygienischen Gewohnheiten der Bewohner. Einzelaktivitäten sind unter anderem Baden, Haar- und Mundhygiene. Wir ermitteln, ob ein Bewohner Berührungen gerne mag, oder ob sie ihm unangenehm sind. Durch die anderen Kategorien können wir feststellen, ob ein Bewohner sich gerne unterhält oder lieber zuhört, welche Musik er mag und ob ihm persönliche Gegenstände wichtig sind, ob er sich gerne mit Gegenständen oder lieber mit seinen Fotos beschäftigt, ob er Tiere oder Blumen mag, etc. etc.

Durch die Beantwortung dieser Fragen können wir leichter die einzelnen Vorlieben und Abneigungen identifizieren und uns darum bemühen, dem Bewohner gerecht zu werden. Dieses Wissen ist auch für die Gruppenarbeit hilfreich. So konnten folgende Interessensgruppen gebildet werden: „Strickgruppe“, „Gärtnergruppe“, „Spielgruppe“, „Bastelgruppe“, „Atemgymnastikgruppe“, „Filme anschauen“ u.a.

Die Gefühle des Bewohners müssen erspürt werden. Darum ist es wichtig, dass die Pflegeperson die Signale des demenzten Bewohners wahrnehmen und entschlüsseln kann. Wegen der Kommunikationsprobleme der dementiell erkrankten Menschen ist das Erkennen nonverbaler Signale die wichtigste Informationsquelle für das Pflegepersonal. 90% der Informationen werden nicht durch

verbale Kanäle gesendet und empfangen. Sehr wichtig sind auch die Informationen von Kollegen, Angehörigen und Freunden. Am Ende des Fragebogens befindet sich ein offener Antwortteil für die Frage, was der Bewohner im Moment mag und was nicht. Die derzeitigen Vorlieben und Abneigungen stehen im Vordergrund.

2. Stufe: Clipper-Arbeitsblatt

Nachdem alle Fragen zu den 41 Aktivitäten beantwortet sind, werden sie in ein Arbeitsblatt übertragen. Bei vollständiger Beantwortung kann sich der Fachmann einen Eindruck über den Alltag der Bewohner machen und einschätzen, was noch verändert werden muss, damit sich die Lebensqualität der Bewohner verbessert. Diese Veränderungen werden in den „Clipper-Plan“ eingetragen.

3. Stufe: Clipper-Plan

Die angestrebten Veränderungsvorschläge zu jeder Tätigkeit werden im Clipper-Plan notiert. Auch die Aktivitäten mit den Angehörigen werden – sofern vorhanden – an dieser Stelle erwähnt. Nach Ablauf einer gesetzten Frist wird geprüft, ob die geplanten Veränderungen auch realisiert worden sind.

4. Stufe: Einschätzung der Veränderungen

In dieser Stufe wird eine Einschätzung über die Veränderungen vorgenommen. Die Frage dabei ist, welche der geplanten und tatsächlich durchgeführten Tätigkeiten einen positiven oder gegebenenfalls einen negativen Effekt bei den Bewohnern zur Folge hatten. Dabei geht es um die Verbesserung der Lebensqualität, um das Erleben von vielen kleinen positiven Momenten.

An dieser Stelle möchte ich ein Beispiel für ein positives Ereignis mitteilen: Wenn ein Demenzkranker den ganzen Tag ohne Bewegung bleibt, so ist sein Leben unbefriedigend. Durch positive Emotionen wird die Atmosphäre für den Bewohner erträglicher. Diese positiven Emotionen sollen durch Stimulation vom Personal geschaffen werden. Dazu muss er erst beobachten, welche Tätigkeiten der einzelne Bewohner mag und welche nicht. Die Vorlieben sind sehr individuell. Manche mögen z.B. eher beobachten, andere wieder nehmen lieber am Geschehen teil. Diese Grenzen zu finden ist sehr wichtig.

Bei ungenügender Stimulation kann es zu Apathie kommen und der Bewohner zieht sich in sich selbst zurück. Jeder Bewohner soll merken, dass er nicht alleine ist, dass er von Leuten umgeben ist, die ihn lieben, ihn verstehen und für die er wertvoll ist.

Die Informationen, die innerhalb der Clipper-Dokumentation gesammelt wurden, helfen uns zu verstehen, warum der Einzelne auf bestimmte Situationen in einer spezifischen Weise reagiert. Wir haben dadurch die Möglichkeit erhalten, ihr Verhalten zu erklären und wir können Situationen, die für den einzelnen schwierig sind, verändern und verbessern.

Wir gehen davon aus, dass die Arbeit mit den Clipper-Modulen nicht nur für die dementen Bewohner wichtig ist. In unseren Besprechungen haben wir entschieden, dass die Clipper-Methode von J. Powell für alle Heimbewohner sinnvoll ist und verwendet werden sollte. Dies ist bei uns inzwischen Realität geworden.

Die Anwendung der Clipper-Methode führte nicht nur bei unseren Bewohnern zu einer positiven Veränderung, sondern auch bei unserem Personal. Die Durchführung der Clipper-Dokumentation hat somit zu zweierlei positiven Wirkungen geführt:

- Die Fragebögen beinhalten zum einen alle Grundtätigkeiten, die mit der Pflege eines Menschen verbunden sind. Zum Ausfüllen der Bögen musste sich das Personal mit dem psychischen und physischen Zustand der Bewohner auseinandersetzen, um ihre Wünsche zu erfüllen, Veränderungen zu planen und die Lebensqualität zu verbessern. Das stimulierte die informelle Beziehung zwischen Pflegern und Bewohnern und führte zu mehr Professionalität.
- Zum anderen setzt die CLIPPER-Methode die Mitarbeit von mehreren Personen voraus und fördert die Teamarbeit. Ein Vorzug der CLIPPER-Bögen ist, dass die Informationen über die jeweiligen Aktivitäten von verschiedenen Fachkräften zusammengefasst werden. In sozialen Einrichtungen wird die Arbeit durch Vorgaben des Sozialministeriums geregelt, in denen die Erstellung individueller Pläne für jeden einzelnen Bewohner gefordert wird. Nach unserer Meinung deckt die Clipper-Methode diese Vorgaben genau ab. Diese Methode hat für unsere Arbeit einen großen Nutzen.

Die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen kann für beide Seiten sehr anstrengend sein. Die unterschiedlichen Methoden, wie die Clipper-Dokumentation, die biographische Arbeit, die Validation, die Erinnerungsalben oder die Tagesstrukturierungspläne sind unersetzbare Hilfen für die Pflegepersonen, den Bewohner zu verstehen. Ihr Einsatz in der Praxis ermöglicht das, was unsere Hauptaufgabe darstellt: sie erhöht die Lebensqualität unserer Heimwohner. Die Methoden helfen uns so manche Herausforderungen zu überwinden und sie tragen dazu bei, dass unsere Bewohner ihre letzten Lebensjahre möglichst ruhig und mit Würde leben können.



Das Clipper-Instrument – Ergebnisse der Auswertung

Dieser Beitrag stellt im ersten Teil den Ansatz von Tom Kitwood und Jennie Powell vor. In die Darstellung des Clipper-Instruments³⁰ sind dann im Hauptteil dieses Beitrags die wichtigsten empirischen Ergebnisse der Praxiserprobung in vier Heimen in Kazanlak und Stara Zagora bei 60 Heimbewohnern aufgenommen.

1. „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ nach Powell

Das Buch „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ wurde von der englischen Neuropsychologin und Sprachtherapeutin Jennie Powell, die dem Team von Tom Kitwood angehört, erarbeitet.

Die Einzigartigkeit der Person steht im Mittelpunkt des personenzentrierten Ansatzes des britischen Sozialpsychologen Tom Kitwood. Er spricht von einer neuen Kultur in der Begegnung mit Demenzerkrankten. Die alte Kultur des Umgangs mit Demenz ist auf das medizinische Krankheitsbild reduziert, bei dem die Diagnosen Demenz und Alzheimer zu einem Etikett werden und den Zugang zu einer differenzierten, individuellen Wahrnehmung des Menschen mit der Krankheit Demenz verhindern. Kitwood kritisiert das reduktionistische Erklärungsmodell, das dementielle Erkrankungen ausschließlich als degenerative, irreversible, hirnorganische Abbauprozesse begreift und den Menschen in seiner individuellen, sozialen Lebenswelt ausblendet. „Wenn wir Demenz verstehen wollen, ist es entscheidend, Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen. Selbst bei sehr schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist oft eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens möglich“³¹.

Relatives Wohlbefinden der Bewohner zu erreichen, erfordert die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen zu erkennen und darauf einzugehen. Dies gilt vor allem bei Demenz, denn auffälliges oder störendes Verhalten stellt den Versuch des Dementen dar, sein Befinden zum Ausdruck zu bringen und dies dem Gegenüber zu kommunizieren. In der personenzentrierten Pflege wird deshalb nicht von störendem, sondern von herausforderndem Verhalten gesprochen.

In deutschen Altenheimen werden im üblicherweise genutzten AEDL-Konzept³² Gefühle und Erlebenswelt des Bewohners nicht explizit erhoben. Der Clipper-

³⁰ CLIPPER = „Cardiff Lifestyle Improvement Profile for People in Extended Residential Care“ („Cardiffer Lebensstilverbesserungsprofil für Menschen in der Langzeitpflege“). Für die Erläuterung werden im Folgende einige Exzerpte aus J. Powell, Hilfen zur Kommunikation bei Demenz und aus K. Stieg-Steinbock, Kultursensible Arbeit mit dementiell Erkrankten am Beispiel einer Pflegepartnerschaft (Diplomarbeit Kassel 2007) verwendet.

³¹ Kitwood, Tom (2008). Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Verlag Hans Huber. 5. Auflage

³² In den meisten stationären Einrichtungen wird für Anamnese und Pflegeplanung das AEDL-Strukturmodell von Monika Krohwinkel angewandt - ein Modell, welches pflegerische Bedürfnisse und deren Zusammenhang mit Lebensaktivitäten für den Einzelnen berücksichtigt. Es besteht aus 13 AEDL's (Aktivitäten und Existentielle Erfahrungen): Kommunizieren; sich Bewe-

Arbeitsbogen aus dem Buch „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ hingegen deckt mit seinen acht Kategorien 41 Alltagssituationen ab, die sich nicht nur auf die pflegerische Versorgung des Patienten ausrichten, sondern den Menschen auch in seiner psychischen und sozialen Befindlichkeit betrachten.



Englisches Original

deutsch: „Bestseller“ bei www.kda.de

Bulgarische Übersetzung

Das Buch bietet konkrete Hilfestellungen für die Kommunikation im Pflegealltag und unterstützt die Begleiter, Menschen mit Demenz zu helfen, ihre Persönlichkeit und Eigenständigkeit zu bewahren und somit eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen.

Powell veranschaulicht, wie dementielle Prozesse die Kommunikation beeinträchtigen und wie durch Befragung und Beobachtung die Pflegeplanung erleichtert und das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen verbessert werden kann.

Powells Buch ist für die Praxis geschrieben und bietet durch leicht verständliche Erklärungen und Anleitungen den beruflich und privat Pflegenden konkrete Hilfestellungen. In den *ersten drei Kapiteln* beschreibt Powell den „normalen“ Prozess der Kommunikation und seine Veränderung im Verlauf einer dementiellen Erkrankung. Aufgezeigt wird die Bedeutung der nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten durch Mimik, Gestik, Tonfall, Berührung und Blickkontakt.

Im *vierten Kapitel* werden Auslöser häufiger Kommunikationsprobleme beschrieben. Das folgende Beispiel soll dies verdeutlichen:

gen; vitale Funktionen; sich Pflegen; Essen und Trinken; Ausscheiden; sich Kleiden; Ruhen und Schlafen; sich Beschäftigen; sich als Mann/Frau fühlen; für eine sichere Umgebung sorgen; soziale Bereiche des Lebens sichern; mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen. Verschiedene Praxishilfen (z.B. Swoboda, Beate: Formulieren wie ein Profi. Pflegeplanung mit dem Planquadrat. Hannover: Vincentz Verlag 2005; Friese, Andrea: Formulierungshilfen. Aktivitäten der sozialen Betreuung dokumentieren. Hannover: Vincentz Verlag 2008) geben Anregungen zur Dokumentation der Aktivitäten der Grundpflege und der körperlichen, psychischen und der sozialen Betreuung.

Situation:

Eine Dame sitzt am Frühstückstisch in einer Einrichtung. Alle paar Minuten hebt sie ihren Kopf und ruft: „Oma“, „Mama!“



Warum?

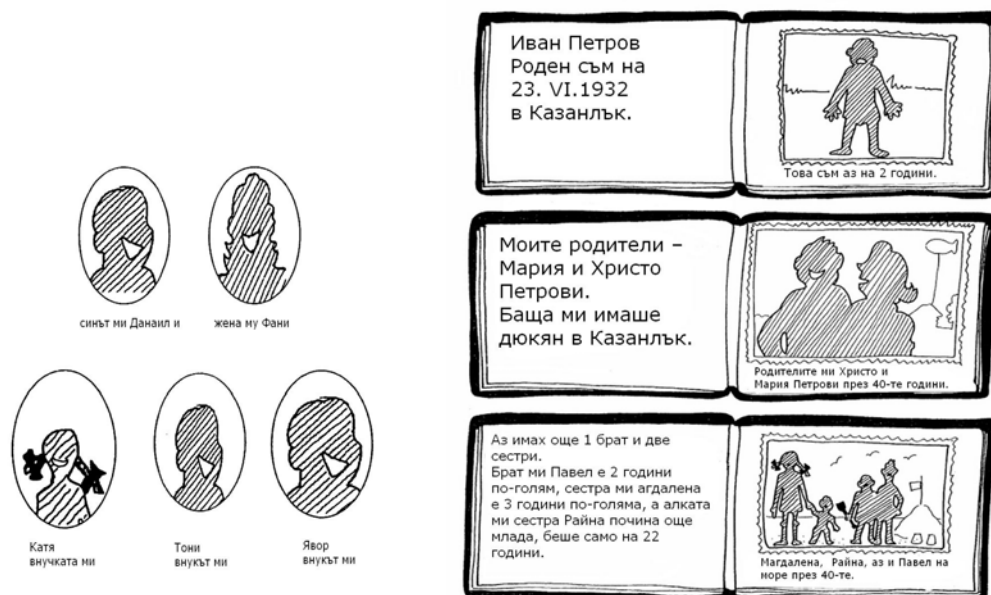
- Alte Erinnerungen und die Vorstellung von Zeit werden im Gehirn durcheinander gebracht. Die Vergangenheit erscheint als Gegenwart.
- Das Problem, neuere Erinnerungen und Konzepte abzuspeichern, führt dazu, dass die Dame nicht weiß, wo sie ist und warum sie dort ist.
- Sie fühlt sich völlig verloren, desorientiert, allein, verängstigt und durch die eigenartige, unbekannte Umgebung verwirrt.



Eine wenig hilfreiche Antwort

C **Formuliere die Gefühle des Klienten und spende ihm Trost (Clarify the feelings and comfort)**

Im *fünften Kapitel* wird aufgezeigt, wie Erinnerungen an biographische Ereignisse gepflegt werden können. Hier werden Begleiter ermutigt, ein Erinnerungsalbum oder ein Poster für Patienten, Bewohner oder Angehörige anzufertigen. Ausführlich werden der Aufbau und die Möglichkeiten der Verwendung eines Albums gezeigt.



Muster eines Erinnerungsposters und eines Erinnerungsalbums (aus Powell, Kap. 5)

Im *sechsten Kapitel* werden Planungshilfen für den Tag beschrieben und wie Stimulationen und Aktivitäten in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf umgesetzt werden können.

Im weiteren Verlauf zeigt Powell, wie entscheidend in den Gesprächen mit dementiell Erkrankten ein Aufgreifen *positiver* Lebenserfahrungen ist. Gesprächseinstiege, die an universelle Erfahrungen aus der Schulzeit oder Spiele der Kindheit anknüpfen, können die Kommunikation verbessern oder neue Zugänge zur Persönlichkeit eröffnen.

Auch der Einsatz von Fernsehen und Video kann zu einer Verbesserung der Kommunikation führen. Hier müssen Begleiter beobachten und ausprobieren, welche Programme eine beruhigende und entspannende Reaktion auslösen. Häufig sind dies Sendungen mit Musik, Landschaften oder Tierfilmen.

Den Umgang mit Schwerhörigkeit, das Ausschalten von Nebengeräuschen und die Verbesserung des Sprechverhaltens des Pflegers und der Angehörigen erklärt Powell in den folgenden Kapiteln ihres Buches.

2. Das personenzentrierte Lebensverbesserungsprofil

Im Rahmen ihrer Arbeit mit dementiell Erkrankten hat Jennie Powell das Cardiffer Lebensverbesserungsprofil (Clipper) entwickelt, dessen Verwendung sie im *13. und 14. Kapitel* beschreibt.

Die Beobachtung und Einschätzung des Wohlbefindens durch die Begleitung steht bei dieser Intervention im Mittelpunkt. Die Aussagekraft des Instruments ist in starkem Maße vom Engagement und Einfühlungsvermögen der Begleitenden und auch von der Sorgfalt beim Ausfüllen der Bögen beeinflusst. Dabei sollte das Instrument kontinuierlich eingesetzt werden, nach einem ersten Erproben mit Ergebniseinschätzung wird erneut ein Arbeitsbogen und Arbeitsplan entwickelt und fortlaufend umgesetzt. Hier wird der prozesshafte Charakter des Instrumentes deutlich.

Positive Veränderungen, die durch die Auswertung sichtbar geworden sind, steigern die Motivation der Begleiter. Ein Austausch im Team oder mit den Angehörigen kann diesen Prozess verstärken.

2.1 Stimulation und Aktivitäten

Es ist wichtig, das richtige Maß an Stimulation und Aktivitäten zu finden. Zu wenig kann zu Apathie und Rückzug führen, zu viel kann Angst und Panik auslösen.

Bei einer schweren Demenz hängt die Lebensqualität des Betroffenen wesentlich von der ihn begleitenden und pflegenden Person ab. Wenn man als Pfleger nicht versucht, die individuellen Wünsche zu verstehen, kann dies das Wohlbefinden dieses Menschen ernsthaft beeinträchtigen.

Ein Mensch mit Demenz hat ein Recht darauf, ein so ausgefülltes und aktives Leben zu führen, wie es ihm mit seiner Krankheit irgend möglich ist. Es ist deshalb notwendig, Anregungen zu bieten, die sowohl in ihrer Qualität als auch in ihrer Quantität für die einzelne Person angemessen sind.

Der Pfleger muss die Fähigkeit entwickeln, die nonverbalen Botschaften eines Klienten zu interpretieren. Wenn man die Mimik eines Menschen, seine Körpersprache, den Augenkontakt und den Tonfall wahrnimmt und beobachtet, ist es möglich, herauszufinden, was dieser Mensch genießt und was nicht.

Nicht zuletzt sollte man in Erfahrung bringen, was der Klient früher gern gemacht hat und was nicht. Auf der anderen Seite kann es sein, dass sich diese Interessen geändert haben. Aktivitäten müssen deshalb immer an die individuellen Bedürfnisse und Interessen in einer bestimmten Situation angepasst werden.

Als Stimulation können auch einfache Maßnahmen schon ausreichend sein, zum Beispiel die Hand eines Menschen zu halten. Auch eine beruhigende Stimme oder ein freundliches Lächeln können leicht in die alltäglichen Aktivitäten eingebunden werden.

2.2 Die Erstellung des individuellen Lebensprofils

Mit Hilfe des CLIPPERS wird es den Pflegenden ermöglicht, ein individuelles Profil darüber zu erstellen, was ein Mensch mag und was er nicht mag. Das wiederum hilft den Pflegenden, sich darauf zu konzentrieren, was eine wirkliche Veränderung im Leben dieses Menschen ausmachen könnte.

Einige dieser Aktivitäten sind passiver Art, während andere Aktivitäten die Klienten ermutigen, sich aktiver in das Geschehen einzubringen.

Ziel des CLIPPERS ist es, Pflegenden Hilfestellung beim Erhalt der Lebensqualität der Klienten zu geben. Der CLIPPER wurde speziell für die Langzeitpflege entworfen, er kann aber durchaus auch für die häusliche Pflege von Nutzen sein.

Der CLIPPER beinhaltet 41 alltägliche Aktivitäten. Für das Ausfüllen des CLIPPERS beobachten Pflegende, welche der 41 Aktivitäten vorkommen und wie die jeweilige Person darauf reagiert. Mit diesen Notizen soll ein individueller und sorgfältiger Pflegeplan entworfen werden, der auf die höchstmögliche Lebensqualität ausgerichtet ist.

Mit einem Blick auf die Aktivitätenliste wird deutlich, wie sehr ein Mensch auf andere angewiesen ist, um seine Lebensqualität zu erhalten und ggf. zu verbessern. Vielleicht erscheinen einige der aufgeführten Aktivitäten zu simpel. Aber auch ganz Einfaches kann für einen Menschen mit Demenz schon schwierig sein. Einige Klienten entwickeln vielleicht ein besonderes Interesse für ganz Alltägliches, also solche Dinge, die man selbst gar nicht mehr richtig bemerkt, wie zum Beispiel Blumen, Wolken, Himmel etc. Es lohnt sich, in die Welt eines Menschen mit Demenz einzutauchen.

3. Anwendung und Auswertung des Clipper-Instruments

3.1 Stufe 1 – Clipper-Fragebogen (abgekürzt C1)

Der Pflegende notiert auf den fünf Blättern des Fragebogens, welche der 41 Aktivitäten an einem Tag auftreten und wie der Klient sich dabei zu fühlen scheint. Bei jeder Frage muss der Pflegende eine der folgenden Fragen markieren: *Ja, er mag es; JA, aber er mag es nicht; JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt; NEIN, das passiert nie.*

Um die Fragen richtig beantworten zu können, muss der Pflegende die verbalen und nonverbalen Reaktionen des Klienten interpretieren können. Die Meinungen der anderen Mitarbeiter, der Familie und Freunde sollten dabei möglicherweise auch eine Rolle spielen. Wenn die Fragen beantwortet sind, sollte man einen Eindruck davon haben, ob sich der Klient bei jeder der Tätigkeiten wohl fühlt oder nicht.

Tabelle 1: Auswertung des Clipper-Fragebogens (n= 60)

	(1) ja, gern	(2) ja, ungern	(3) ja, unklar ob gefällt	(4) nein, wird nicht gemacht
Eine Dusche nehmen	55	-	1	4
Hilfe beim Haare waschen	35	5	2	18
Hilfe beim Haarschnitt	35	3	-	22
Hilfe b. Kämmen, Bürsten	52	6	1	1
Hilfe bei der Mundpflege	31	2	-	27
Hilfe bei Pflege Nägel	39	2	-	19
Hand halten	54	2	-	4
Umarmen	54	2	-	4
Massage bekommen	52	1	-	7
Fühlen Gegenstände	47	9	1	3
Musik hören	49	2	1	8
Beruhigende Geräusche	52	2	-	6
Blumen/Pflanzen ansehen	44	4	2	10
Persönliche Gegenstände	47	2	2	9
Spezielle Gegenstände	28	11	3	18
Süßigkeiten essen	52	2	2	4
Spezielle Getränke	30	-	-	30
Spezielle Gerüche	51	1	-	8
Jemand zum Sprechen	57	-	-	3
Besucher empfangen	51	-	-	8
Tiere anschauen/streicheln	36	2	5	17
Fernsehen	48	4	2	6
Lieder singen	32	2	1	25
Kleidung aussuchen	49	6	1	4
Persönliche Fotos ansehen	50	1	-	9
Spezielle Bücher	35	2	2	21
Bücher, Zeitschriften	38	4	1	17
Einfache Puzzles	17	5	3	35
Sticken/Stricken/Schnitzen	29	-	-	31
Haushaltstätigkeiten	33	2	7	18
Gymnastikgruppe	32	6	2	20
Gesellige Runden	30	1	1	28
Gruppenspiele, Sport	16	1	2	41
Brett-, Gesellschaftsspiele	24	1	3	30
religiöse Gruppe/Veranst.	32	1	-	27
Nach draußen gehen	59	-	-	1
Draußen sitzen	60	-	-	-
Auto-, Busfahrt	40	2	2	15
Familie/Freunde besuchen	40	-	-	20
Öffentl. Plätze besuchen	31	2	-	26

Bei wenigen Bögen war nicht jede Zeile (Aktivität) angekreuzt. Somit ergeben sich einige „fehlende Werte“ (Missing Values).

Auswertung von 60 Clipper-Bögen in den bulgarischen Heimen

In den Heimen in Kazanlak und Stara Zagora wurden für über 100 Heimbewohner³³ Clipper-Bögen ausgefüllt. Mit 60 Bewohnern im Altersspektrum zwischen 61 und 90 Jahren (8 Männer, 52 Frauen) wurden alle vier Clipper-Stufen durchgeführt.

Im Folgenden wird die Liste der 41 Aktivitäten um eine reduziert, da die im englischen Original enthaltene „Baden in einer Badewanne“ auf bulgarische Verhältnisse nicht zutrifft.

Die Tabelle 1 präsentiert die Auszählung des Clipper-Fragebogens C1 für 40 Aktivitäten bei 60 Bewohnern aus vier Heimen. Die Ziffern in den Spalten geben an, bei wie vielen Bewohnern die jeweilige Aktivität schon durchgeführt wurde, bevor die Projektintervention zur vertiefenden Arbeit mit einzelnen dieser Aktivitäten begann. Stellt man die Häufigkeiten bei jeder Aktivität in Relation zur Gesamtheit der 60 Bewohner, so zeigt sich Folgendes:

Spalten (1) bis (3) des Clipper-Fragebogens: Häufig durchgeführte Aktivitäten

35 der aufgeführten 40 Tätigkeiten finden bei mindestens der Hälfte der Bewohner statt. 18 Tätigkeiten erfolgen sogar bei drei Viertel der dokumentierten 60 Bewohner.

Spalte (4) des Clipper-Fragebogens: Nie durchgeführte Aktivitäten

In der Spalte (4) sind einige Aktivitäten zu ersehen, für die angekreuzt wurde, dass sie nicht durchgeführt werden. Dies sind vor allem

- *Hilfen in körpernahen Bereichen:* Hier ist darauf hinzuweisen, dass die körperlichen Einschränkungen bei den Heimbewohnern unterschiedlich ausfallen und es in den Heimen Bulgariens noch einen relevanten Teil von Bewohnern gibt, die diese Tätigkeiten selbstständig durchführen. In den Abteilungen für Bettlägerige der Heime ist der Anteil derer, die in diesen körpernahen Bereichen Hilfe benötigen, deutlich höher.
- *Aktivitäten in der Gruppe:* Ein Teil der Bewohner nimmt an Gruppenaktivitäten nicht teil. Dies kann daran liegen, dass entweder zu wenig Gruppenangebote existieren oder manche Bewohner daran keinen Gefallen finden oder aufgrund von physischen und psychischen Einschränkungen nicht teilnehmen können.
- *Außenaktivitäten:* Auch hier ist zu prüfen, ob den Bewohnern zu wenig Unterstützung für Außenaktivitäten gegeben wird, z.B. öffentliche Plätze zu besuchen, oder ob bei den Bewohnern tatsächlich keine Ressourcen dazu mehr bestehen.

³³ Ursprünglich war geplant, eine Experimentalgruppe und eine Kontrollgruppe zu etablieren. Dieses laborähnliche Vorgehen war aber für die Praxis der bulgarischen Heime nicht durchführbar. Die Kontrollgruppe hätte dann keinerlei Betreuungen im Sinne der Clipper-Philosophie erhalten dürfen. Ein solches „Labor-Setting“ widerspricht dem Ziel eines Umsetzungsprojektes. Der Clipper-Ansatz sollte über den Kreis der Projektmitarbeiter hinaus verbreitet und möglichst vielen Heimbewohnern zugänglich gemacht werden.

Spalten (2) und (3) des Clipper-Fragebogens: Häufig durchgeführte Aktivitäten

Die Häufigkeiten in den Antwortkategorien „JA, aber er mag es nicht“ und „JA, aber ich kann nicht sagen, ob es ihm gefällt“ aus der Tabelle geben weitere Hinweise für mögliche Veränderungen in der praktischen Arbeit.

Vom Clipper-Fragebogen zum Clipper-Arbeitsbogen:

Bei der Planung und Umsetzung zusätzlicher oder vertiefender Angebote (bei den 40 beschriebenen Aktivitäten oder auch bei anderen Tätigkeiten) ist selbstverständlich immer zu beachten, zu welchen Tätigkeiten die Bewohner noch in der Lage sind und an welchen dieser Aktivitäten sie sich gerne beteiligen würden. Dies betrifft auch Aktivitäten, die bereits durchgeführt werden, von denen aber unklar ist, ob der Bewohner sie überhaupt mag. Die Tabelle 1 gibt in den Spalten (2) und (3) einige Hinweise darauf.

Für jeden einzelnen Bewohner wird in Stufe 2 nun eine Übersicht auf einer Seite hergestellt und es werden erste Ideen notiert, welche der Tätigkeiten verändert werden müssen, damit beim Bewohner ein größeres Wohlbefinden erreicht werden kann.

3.2 Stufe 2 – Clipper-Arbeitsbogen (abgekürzt C2)

Mit Hilfe des übersichtlichen Arbeitsbogens kann der Pflegende darüber nachdenken, wie eine mögliche Veränderung der Aktivitäten das Leben des Klienten angenehmer machen kann. Auch sollten andere Mitarbeiter oder die Familie und Freunde in die Pflege des Klienten einbezogen werden.















































































Die Informationen des Clipper-Fragebogens werden in die Kästchen im Arbeitsbogen übertragen.

Wenn die im Clipper-Arbeitsbogen gestellten Fragen ...

- Aktivitäten, die der Klient mag: „Kann man einige dieser Aktivitäten noch angenehmer oder häufiger machen?“
- Aktivitäten, die der Klient nicht mag: „Kann man diese Aktivitäten verändern, sie häufiger oder seltener durchführen?“
- Aktivitäten, von denen man nicht weiß, ob der Klient sie mag oder nicht: „Kann man diese Aktivitäten verbessern, damit der Klient sich dabei wohl fühlt?“
- Aktivitäten, die nie vorkommen: „Sollten einige dieser Aktivitäten ausprobiert werden?“

... zutreffen, werden sie im Arbeitsbogen mit „ja“ gekennzeichnet.

Veränderungsideen werden auf dem Bogen wegen des geringen Platzes in Kurzform festgehalten. In ausführlicher Form werden geplante Maßnahmen im Clipper-Plan (Stufe 3) ausgearbeitet.

CLIPPER-въпросник Дейности	Дейности, които пациентът харесва		Дейности, които пациентът не харесва		Дейности, за които не се знае, дали пациентът ги харесва или не		Дейности, които никога не се вършат	
		Може ли някои от тях да се направят още по-приятни или по-често?		Може ли някои от дейностите да се променят, да се правят по-често или рядко?	?	Може ли тези дейности да се подобрят, за да се почувства пациентът добре?	X	Може ли някои от тези дейности да се изпробват?
Докосване и движение								
Вана		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Душ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Помощ при миене на косата		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Помощ при подстригване		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Помощ при ресане на косата		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Помощ при устната хигиена		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Помощ при маникюра		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да седнем и поддържим ръката на пациента		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да го прегърнем		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да го масажираме (ръцете, врата, краката, раменете)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да почувства различни обекти, повърхнини и тъкани		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Гледане и слушане								
Да слуша музика		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да слуша успокояващи шумове (естествени)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да има гледка към цветя и растения		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да разглежда лични вещи (плюшени животни, плакати)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Да гледа специални предмети (висящи играчки и др.)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Вкус и мирис								
Ядене на сладки, шоколад и др.		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Специални напитки (ликьор, ракия, вино)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Специални миризми (тамян, парфюм, афтершейф)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Хора и животни								

3.3 Stufe 3 – Clipper-Plan (abgekürzt C3)

Nach Jennie Powell beinhaltet Stufe 3, dass Veränderungen, die stattfinden sollen, in einen CLIPPER-Plan übertragen werden. Außerdem wird ein Datum festgelegt, an dem diese Veränderungen und ihre Ergebnisse überprüft werden. Pflegende und Familienmitglieder sollten bis zu diesem Datum so viele geplante Maßnahmen wie möglich ausprobieren. Die Auswertung findet ein bis drei Monate später statt.

Jennie Powell demonstriert die Vorschläge für die Veränderungen am Fallbeispiel „Herr H.“³⁴

Aus Spalte (1) des C1-Fragebogens:

Durch den CLIPPER lernten die Pflegenden, dass Herr H. Blumen und Pflanzen liebt – siehe Spalte (1) im Clipper-Fragebogen C1. Für den Clipper-Plan C3 wurde somit formuliert:

- Herrn H. jeden Tag helfen, seine Pflanzen zu inspizieren;
- Herrn H. Hilfestellung bei der regelmäßigen Pflege seiner Pflanzen geben;
- Herrn H. alle zwei Wochen zu einem Gartencenter fahren, um mit ihm dort Pflanzen auszusuchen und zu kaufen.

³⁴ Entnommen aus Kapitel 14 von Powell, J.: Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. KDA Köln 2002

Aus Spalte (2) des C1-Fragebogens:

Bei Herrn H. wurde durch den CLIPPER in der Spalte (2) des C1-Fragebogens auch festgestellt, dass er nicht gerne badet. Ein Gespräch mit seiner Frau ergab, dass er sich dabei wahrscheinlich schämt. Im Plan wurde somit ergänzt:

- Frau H. fragen, ob sie ihrem Mann beim Baden ein- bis zweimal die Woche helfen kann.

Diese Lösung sollte auch Frau H. helfen, die erst kürzlich die Pflege ihres Mannes abgegeben hatte.

Aus Spalte (3) des C1-Fragebogens:

Herr H. scheint nicht auf Musik zu reagieren. Einige Mitarbeiter wussten aber, dass er früher ein eifriger Musiker war. Der Plan wurde wie folgt erweitert:

- Von der Familie erfahren, welche Musik er mag;
- Die Familie bitten, Platten, CDs oder Kassetten mitzubringen;
- Herrn H. ermutigen, einen Walkman zu benutzen.

Tabelle 2: Clipper-Plan C3 an einem Fallbeispiel

Aktivität	Stufe 3: Plan Angestrebte Veränderungen
Blumen und Pflanzen anschauen (hat Klient gern)	(a) Herrn H. täglich bei der „Inspektion“ seiner Pflanzen unterstützen; (b) Herrn H. bei der Pflege seiner Pflanzen unterstützen; (c) Alle zwei Wochen Ausflug zum Gartencenter und mit Herrn H. neue Blumen oder Zubehör kaufen.
Baden (macht Klient ungern)	(a) Herrn H.'s Frau fragen, ob sie ihn ein- oder zweimal die Woche beim Baden unterstützt
Musik hören (unklar, ob Klient sich bei Musik wohl fühlt oder nicht)	(a) Familienmitglieder befragen, welche Musik Herr H. immer gerne gehört hat; (b) Familienmitglieder fragen, ob sie Kassetten, CDs, Schallplatten mitbringen können; (c) Herrn H. ermutigen, einen Walkman zu benutzen.
Fotos anschauen (kommt nie vor)	(a) Herrn H. helfen, ein Erinnerungsalbum zu erstellen; (b) Das Erinnerungsalbum ein paar Mal pro Woche mit Herrn H. anschauen; (c) Fotos aufstellen bzw. aufhängen.
Süße Nachspeisen essen (kommt nie vor)	(a) Mit dem Diätspezialisten abklären, ob Herr H. ein tägliches Dessert bekommen kann; (b) Seine Frau fragen, ob sie ihm ein Dessert mitbringen kann.

Stufe 3 – CLIPPER-Plan. Vorschläge für Veränderungen im Leben von Herrn H. werden in den Plan eingetragen. Ein Datum für die Auswertung wird festgesetzt.

Aus Spalte (4) des C1-Fragebogens

Herr H. schaute sich nie Fotos von sich, seiner Familie oder seinen Freunden an, und er hatte auch keine Fotos von sich. Der Plan enthält also noch folgende Punkte:

- Herrn H. helfen, sein eigenes Erinnerungsalbum zu erstellen;
- mit Herrn H. dieses Album ein paar Mal in der Woche anschauen;
- Frau H. bitten, Fotos mitzubringen, die im Zimmer aufgehängt werden können.

Herr H. ist Diabetiker und isst nie Nachtisch. Seine Frau sagte, dass er das früher mit Leidenschaft getan hatte. Der Plan sah wie folgt aus:

- Mit dem Diätspezialisten abklären, ob man nicht ein tägliches Dessert in seine Diät einplanen kann, und falls ja, seine Frau bitten, dieses mitzubringen.

Auch dies wäre wieder ein Beitrag der Angehörigen.

Bei diesem Beispiel aus Powell's Buch ist folgendes bemerkenswert:

- Die angestrebten Veränderungen setzen an allen vier Antwortkategorien (hat Klient gern / macht Klient ungern / unklar, ob er es mag / Aktivität kam bisher nie vor) des Clipper-Fragebogens an.
- Die vorgeschlagenen angestrebten Veränderungen stellen individuelle Hilfen dar. Gruppenangebote sind hier nicht vorgesehen.
- Familienangehörige werden in die Aktivitäten einbezogen.

Das Projekt in Kazanlak und Stara Zagora zielte auf tagesstrukturierende Hilfen *und* auf Gruppenangebote. Weiterhin wurde durch eine zusätzliche Projektförderung³⁵ eine systematische Freiwilligen- und Angehörigenarbeit angeregt. In den Heimen erfolgte dies durch die Integration des „*Tandem-Projekts*“ (siehe Seite 52 dieses Bandes), wobei jeweils eine Mitarbeiterin und ein Angehöriger zusammen arbeiteten, um spezielle Aktivitäten zu unterstützen und durchzuführen. Hierzu war vorher eine Erhebung darüber durchzuführen, ob und in welchem Umfang die 60 Bewohner noch Familienangehörige und Freunde haben, die in der Region leben.

Somit erhält der Clipper-Ansatz von Jennie Powell im Projekt der Universität Kassel / AWO Nordhessen eine konzeptionelle Erweiterung hin zur Freiwilligen- und systematischen Angehörigenarbeit.

³⁵ Projektbewilligung der Stiftung „Erinnerung, Verantwortung und Zukunft“ an die Universität Kassel zum Thema „Freiwilligenarbeit für Demenzkranke in Kazanlak“.

„Tandem“-Projekt

Der Grundgedanke für diesen Projekt-Schwerpunkt ist, dass je eine Fachkraft mit je einem Angehörigen/Freiwilligen ein „Tandem“ bildet.


Aufgaben der Fachkraft:

1. Die Fachkraft nimmt Kontakt mit einem Angehörigen/Freiwilligen auf, die hierfür Interesse zeigt oder angesprochen werden könnte.
2. Die Fachkraft erkundet die Bedürfnisse und Interessen des Angehörigen / der Freiwilligen, sich im Heim zu engagieren.
3. Es werden für einen bestimmten Zeitraum konkrete Tätigkeiten des Angehörigen/Freiwilligen vereinbart, die diese selbstständig durchführt.
4. Im Rahmen des Projekts schreiben die Fachkräfte ausführlich auf, welche Tätigkeiten die Angehörigen/Freiwilligen erproben. Es werden positive und negative Effekte beschrieben.

Aufgaben des Angehörigen/Freiwilligen:

1. Die interessierte Person kommt regelmäßig in das Heim, um bestimmte kleine Tätigkeiten (z.B. in der Betreuung von demenzkranken Bewohnern) in Absprache mit der betreuenden Fachkraft durchzuführen.
2. Er/sie erhält regelmäßig Gesprächsmöglichkeiten und Unterstützung.
3. Bei kontinuierlicher Tätigkeit erhält die freiwillig tätige Person eine immaterielle Anerkennung (Urkunde, Presse-Einladung, Gratulation auf der Tagung).
4. Eine „Angehörigengruppe / Freiwilligengruppe“ kann gegründet werden. In dieser Gruppe werden Erfahrungen ausgetauscht und neue Ideen geboren.

Erforderlich ist die monatliche Dokumentation jedes Tandems.

 Tandem		Beschreibung der Aktivitäten des Angehörigen/ Freiwilligen für Monat z.B. Kontaktaufnahme, Betreuungsgespräche, Interessen, personenbezogene Tätigkeiten, personenunabhängige Tätigkeiten
Name der Heimmitarbeiterin:	Name des Angehörigen/ Freiwilligen:	
Kontaktaufnahme am: Weitere Tandembetreuungsgespräche am: Inhalt der Gespräche:	Sie/er ist Tochter/Sohn oder Sie/er kam in diesem Monat an folgenden Tagen ins Heim:	Vereinbarung folgende Tätigkeiten: Umsetzung: positive Effekte: Schwierigkeiten:

3.4 Stufe 4 – Clipper-Auswertung (abgekürzt C4)

Bei der Auswertung wird darauf geachtet, ob die aus der Liste der vorgeschlagenen Veränderungen tatsächlich durchgeführten Maßnahmen auch eine Verbesserung in der Lebensqualität des jeweiligen Klienten zur Folge hatten.

Für jede Aktivität beantworten Pflegende und andere Personen, die involviert sind, folgende Fragen:

- Wurden die Veränderungen bezüglich dieser Aktivität ausprobiert? – ja/nein
- Hatten die Veränderungen bezüglich dieser Aktivität zu einem gegebenen Zeitpunkt eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge? – ja/nein/weiß nicht/nicht ausprobiert
- Insgesamt gesehen: Verbessern die Veränderungen bezüglich dieser Aktivität die aktuelle Lebensqualität? – ja/nein/weiß nicht/nicht ausprobiert

Um diese Fragen beantworten zu können, müssen die Pflegenden beobachtet haben, wie der Klient – verbal und nonverbal – auf die Veränderungen reagiert hat. Außerdem müssen sie die Gesamterscheinung des Wohlbefindens³⁶ oder Unbehagens als Ergebnis der Veränderungen betrachten.

Der ganze Zyklus wird dann mit auf die aktuelle Situation angepassten Zielsetzungen und Umsetzungen wiederholt.

3.5 Auswertung der vertiefenden Clipper-Praxis

Das veränderte therapeutische Milieu in den vier Heimen, die an dem Praxisprojekt teilgenommen haben, zeigt sich in den Berichten der Heimleitungen und in der Auswertung der Clipper-Dokumentation.

Zusammenfassend lässt sich sagen: *Gruppenaktivitäten* wurden zum Teil völlig neu angeboten, mehrere *Einzelaktivitäten* wurden intensiviert.

Gruppenangebote

In der Hälfte aller Clipper-Betreuungen wurden Formen der „Geselligen Runden“ eingesetzt (bei 30 von 60 Bewohnern). Auf spezielle Gruppenangebote zielte die „Videotherapie“ bei 21 von 60 Bewohnern, die Gymnastikgruppe bei 18, das Puzzlelegen (auch individuell) bei 17 und „Lieder singen“ bei 14 Bewohnern. Die Berichte der Heimleiterinnen und die Fallbeispiele detaillieren, was im Rahmen der „geselligen Gruppen“ durchgeführt wurde.

Fallarbeit

Aktivitäten, die die Bewohner gerne ausführen, wurden vor allem hinsichtlich „Spaziergehen“ bzw. „mit dem Rollstuhl nach draußen“ verstärkt durchgeführt. Mit 27 Nennungen ist dies die zweithäufigste Tätigkeit der Interventionsphase. Diese (meist unterstützte) Aktivität führte immer zu einem positiven Ergebnis im Wohlbefinden des Bewohners. Am dritthäufigsten wurde bei 25 der 60 Probanden das „Berühren und Fühlen spezieller Gegenstände“ durchge-

³⁶ vgl. Bradford Dementia Group (2005): Profilerstellung des Wohlbefindens - individuelles Profil. In: Wie geht es Ihnen? Konzepte und Materialien zur Einschätzung von Wohlbefinden von Menschen mit Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln, S. 21-30

führt. Um welche Gegenstände es sich handelt, geht aus individuellen Vorlieben der Bewohner hervor.

Intensive Zuwendungen zu einzelnen Bewohnern werden in weiteren Aktivitäten ersichtlich, denen in der Interventionsphase besondere Aufmerksamkeit zukam. Etwa das „Hand halten“ (bei 14 von 60) in Verbindung mit Empathie und Verständnis, sowie die Initiierung von „Musik hören“ (bei 13 von 60), oft nach Recherchen bei Familienangehörigen, welche Musik der Bewohner früher gerne gehört oder gespielt hatte.

Außenaktivitäten

Während die geschilderten Einzelaktivitäten in den Zimmern, im Gemeinschaftsraum oder (bei entsprechender Witterung) im Hof bzw. Garten des Heims stattfanden, stellt die am vierthäufigsten bei 23 von 60 Bewohnern initiierte Unternehmung „Familie und Freunde besuchen“ eine aufwändige Außenexpedition dar. „Öffentliche Plätze besuchen“ oder gar eine Theateraufführung besuchen fand mit 16 Bewohnern statt – hier werden in den Beurteilungen seitens der Mitarbeiterinnen die Ergebnisse eher kritisch beurteilt, da sich die Bewohner in neuer, fremder Umgebung nicht immer wohl fühlten.

Effekt der Intervention

In der folgenden Tabelle werden aus der Liste der 40 Aktivitäten des Clipper-Fragebogen (C1) jene aufgeführt, die bei den 60 Bewohnern am häufigsten in den Clipper-Arbeitsbogen (C2) und in den Clipper-Plan (C3) aufgenommen wurden. Dabei gab es nur wenig Unterschiede zwischen C3 und C4, das heißt, fast alle geplanten Aktivitäten konnten vertiefend oder neu durchgeführt werden.

Tabelle 3: Effekt bei den am häufigsten durchgeführten Aktivitäten

	Verbesserung der Lebensqualität	Keine Verbesserung oder teils/teils	Keine Einschätzung angegeben	Fälle mit Intervention = 100 %
Umarmen	100,0 %			9
Massage bekommen	100,0 %			10
Musik hören	100,0 %			13
Lieder singen	100,0 %			14
Bücher, Zeitungen, Zeitschriften	100,0 %			10
Spazieren, Rollstuhl draußen	88,9 %	3,7 %	7,4 %	27
Fühlen Gegenstände	88,0 %	4,0 %	8,0 %	25
Gesellige Runden	86,7 %	6,7 %	6,7 %	30
Hand halten	85,7 %		14,3 %	14
Auto-, Busfahrt	83,3 %		16,7 %	12
Gymnastikgruppe	77,8 %	11,1 %	11,1 %	18
Einfache Puzzles	76,5 %		23,5 %	17
Familie/Freunde besuchen	73,9 %	4,3 %	21,7 %	23
Fernsehen	71,4 %	9,5 %	19,0 %	21
Öffentliche Plätze besuchen	62,5 %	12,5 %	25,0 %	16

Die Mitarbeiterinnen taten sich bei der Dokumentation in der Stufe 4 zum Teil schwer, die Effekte auf das Wohlbefinden des Bewohners einzuschätzen (deshalb Quoten bis 25 % mit „keine Einschätzung“) und bei einer wahrgenommenen Verbesserung zwischen „Lebensqualität zu einem gegebenen Zeitpunkt“ und „Lebensqualität insgesamt“ zu unterscheiden. Hier sind die Kategorien in den Dokumentationsbögen von Jennie Powell zu unscharf bzw. nicht eindeutig definiert.

3.6 Vergleich mit Schweregrad der Bewohner

In der Clipper-Auswertung (C4) des Praxisprojekts zeigt sich somit in den Einschätzungen der Mitarbeiterinnen ein sehr guter Erfolg. Auf dem Hintergrund der Situation der Heimbewohner mit sich verschlechterndem physischen und psychischen Zustand und vor allem beim Eintreten von Demenz, die sich in der Regel trotz aller Bemühungen der Fachkräfte progredient verschlechtert, ist dies ein nicht zu unterschätzendes Ergebnis.

Die Erfolgsmöglichkeiten unterscheiden sich allerdings sehr danach, wie stark die Bewohner in ihrer Orientierung und ihrem Sozialverhalten eingeschränkt sind.

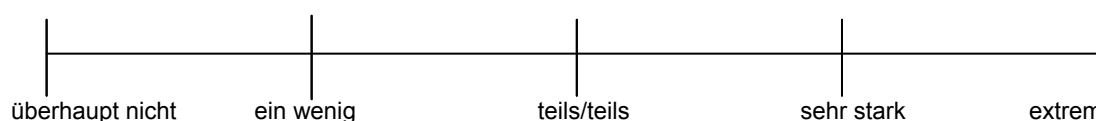
Jennie Powell hat in ihrem Buch nicht explizit darauf hingewiesen, dass die Clipper-Auswertung nur dann aussagekräftig ist, wenn auch der Schweregrad der körperlichen und psychischen Einschränkungen des Bewohners berücksichtigt wird.

Aus diesem Grunde musste in der Dokumentation der Clipper-Praxis in Kazanlak und Stara Zagora eigens ein Erhebungsinstrument konstruiert werden, das die körperlichen und psychischen Einschränkungen vor und nach der Clipper-Intervention einschätzt. Dieses Instrument sollte kurz und übersichtlich sein, um die Mitarbeiterinnen nicht zu sehr mit weiterem Dokumentationsaufwand zu belasten.

Auf der Basis existierender ausführlicher Skalen (MMSE-Skala, Geriatrisches Assessment, Depressionsskala und andere) wurde eine Einschätzung auf fünf Ebenen als „Befund“-Skala vereinbart. Für jeden der 60 Bewohner wurde dieser Bogen vor (t1) und nach der Clipper-Intervention (t2) ausgefüllt, sowie ein Jahr danach (t3).

Jede der fünf Dimensionen (Orientierung, Gedächtnis, Sprache / Hören, Beweglichkeit / Motorik, Sozialverhalten) wird zunächst einzeln betrachtet. Zugunsten eines Gesamtüberblicks bietet es sich an, einen aufsummierten Indexwert zu berechnen.

Abbildung 1: Einschätzung des Betreuers zur Orientierung (Zeit, Ort, Person) des Bewohners



4. Exemplarische Falldokumentation

Um alle Informationen aus den verschiedenen Erhebungsinstrumenten auf einen Blick zu haben, wurde mit Abschluss des Projekts eine übersichtliche Darstellung für jeden der 60 Fälle entwickelt. Sie gibt alle relevanten Informationen wieder.

Fall-Nummer 4-2 (männlich, geb.Jhg. 1944) Clipper 1 bis 4

Körperlicher und psychischer Befund“

	t1	t2	t3
Orientierung	2	2	2
Gedächtnis	2	2	2
Sprache / Hören	4	4	4
Beweglichkeit / Motorik	3	2	2
Sozialverhalten	4	3	3
Indexwert	15	13	13

Aktivität	C1	C3: Welche Aktivitäten wurden in der Interventionsphase (zwischen t1 und t2) aufgegriffen?	C4
Hand halten	1	Sani., Soz.arb. o. die Krankengym.: täglich. Sohn u. Freundin: 2x wöchentlich	6
Umarmen	1	Pflegekraft: 2x wöchentlich	6
Gegenstände fühlen	1	Sand-, Kornsäckchen etc. fertigen u. fühlen u. raten lassen: 2x wöchentlich	12
Musik hören	1	Musikkassette mit seiner Lieblingsmusik vom Sohn bekommen: 3x wöchentlich	8
Blumen/Pflanzen ansehen	3	Mit der Sanitäterin die Blumen auf der Etage gießen: 2x wöchentlich	8
Süßigkeiten essen	1	Den Sohn bitten, Süßigkeiten mitbringen	8
Spezielle Getränke	1	Die Freundin bitten Lieblingsgetränk mitzubringen u. die empfohlene Dose nicht überschreiten: 1x wöchentlich	8
Fernsehen	3	Sport- u Volksmusiksendungen ansehen – Krankenschw. zuständig: 3x wöchentlich	12
Lieder singen	1	In eine Singgruppe einfügen. Musiktherapie u Sitztanz: 2x wöchentlich	6
Spazieren, Rollstuhl draußen	1	Von der Soz.arb., Krankenschw., Krankengymnastin: 3x wöchentlich	6
Draußen sitzen	1	Bei schönem Wetter... mit der Krankenschwester, Krankengymn., Soz.arbeiter oder Sanitäter	6
Familie/Freunde besuchen	1	Den Sohn bitten, 1x in der Woche mit dem Auto einen Ausflug zu machen	6
Öffentliche Plätze besuchen	1	Vom Personal zum Kaufhaus, Kino, Theater führen: 1x monatlich	1

Um dieses Fallprofil richtig zu lesen, ist zu bedenken, dass die Zahlen keine Häufigkeiten darstellen, sondern in den Spalten der Tabelle die *individuellen* Code-Werte aus dem Befundbogen und aus den Clipper-Instrumenten wiedergegeben werden.

Befund-Codes pro Fall:

Codes: 1= überhaupt nicht, 2= ein wenig, 3=teils/teils, 4= sehr stark, 5= extrem

t1 = Wie schwer eingeschränkt war der Bewohner **vor** der Intervention?

t2 = **nach** der Intervention?

t3 = und ein Jahr danach?

C1 Codes pro Fall:

1=ja, sehr gerne, 2= ja, aber unklar ob er/ sie es mag, 3=ja, aber sie mag es nicht, 4=nein, nie

C4 Codes pro Fall:

0=keine Intervention,

1=angestrebt, nicht ausprobiert,

2=angestrebt und ausprobiert;

3=angestrebt/ausprobiert zeitl. verbessert,

4=angestrebt/ausprobiert zeitl. nicht verbessert,

5=angestrebt/ausprobiert zeitl. verbessert weiß nicht,

6=angestrebt/ausprobiert zeitl. und insgesamt verbessert,

7=angestrebt/ausprobiert zeitl. verbessert; insgesamt aber nicht,

8=angestrebt/ausprobiert zeitl. verbessert; insgesamt weiß nicht,

9=angestrebt/ausprobiert zeitl. und insgesamt nicht verbessert,

10=angestrebt/ausprobiert zeitl. verbessert weiß nicht; aber insgesamt verbessert,

11=angestrebt/ausprobiert zeitl. weiß nicht verbessert; insgesamt nicht verbessert,

12=angestrebt/ausprobiert zeitl. und insgesamt weiß nicht ob verbessert,

19=fehlende Werte

Weitere ausführlich dargestellte Fallbeschreibungen³⁷ geben einen Einblick in den biographischen Hintergrund der Bewohner, in die Clipper-Aktivitäten und in die Einschätzung des Erfolgs der Arbeit.

5. Gesamtbewertung der Clipper-Intervention

Die folgende Zusammenfassung ist das Ergebnis einer Befragung³⁸ von Mitarbeiterinnen in den Heimen Kazanlaks am Ende des Projekts.

Wie zeitaufwendig ist die Arbeit mit Clipper?

Der größte zeitliche Aufwand stellt die Beobachtung des Patienten dar, was aber neben der „normalen“ Arbeit geschehen kann. Das Ausfüllen des C1, die Denkarbeit beim Planen der Aktivitäten bei C3 und die systematische Auswertung bei C4, die Gespräche mit Bewohnern, Angehörigen und Kollegen brauchen viele zeitliche Ressourcen. Da die Fachkräfte aber die Arbeit mit Clipper als erfolgreich ansehen, schätzen sie den Zeitaufwand als angemessen ein.

³⁷ Vertiefende Fallgeschichten und Clipper-Verläufe wurden von Stefan Koundelov in Interviews mit den Mitarbeiterinnen im August 2007 erhoben. Solche detaillierten Beschreibungen liegen von insgesamt 10 der dokumentierten 60 Heimbewohner vor.

³⁸ Die Interviews wurden von Stefan Koundelov durchgeführt und ausgewertet.

Sind ausreichend Aktivitäten aufgeführt, um ein individuelles Lebensprofil erstellen zu können?

Ja, die Aktivitäten decken alle Lebensbereiche ab. Einige der Items aus der Clipper-Liste müssen auf die bulgarische Situation angepasst werden.

Hinzufügen: Aktivitäten, die näher an der Volksmentalität der Bulgaren liegen, wie Volkstänze, Stricken und „Auseinander-Stricken“, Haushaltstätigkeiten wie Fegen, Staubwischen, Kochen etc.

Weglassen: Spiele, die sie nicht kennen; Maniküre und Pediküre: Für viele Bewohner bedeuteten diese Aktivitäten einfaches Nägelschneiden und nicht eine umfassende Pflege der Nägel und Hände bzw. Füße.

Hat die Arbeit mit Clipper etwas bewirkt?

Ja, die Arbeit mit Clipper regt zur intensiveren Beschäftigung mit der Biographie der Bewohner an, daraus folgt ein anderer Zugang zum Menschen und eine individuellere Betreuung. Der Umgang mit den Bewohnern basiert jetzt mehr auf Wertschätzung, Achtung, Respekt, Feinfühligkeit und Verständnis.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Mitarbeiterinnen durch die Arbeit mit den Clipper-Bögen eine Möglichkeit sehen, ursprünglich unrealistische Ziele korrigieren zu können. Durch die kontinuierliche Arbeit in den vier Phasen in einem „Planen-Durchführen-Auswerten-Zirkel“ bieten sich viele Möglichkeiten, die richtigen Aktivitäten für die Bewohner zu finden und die Betreuung zu optimieren.

In der Arbeit mit den Clippern sehen die Mitarbeiterinnen ihr Ziel nicht in der Umkehr der Erkrankung oder in einer „Rehabilitation“ der Demenz, sondern in der Wegfindung zum Innenleben der Bewohnerin. Dies spricht für einen guten Wissenstand des Personals über die Besonderheiten der Demenzerkrankung. Zum anderen schützt eine solche professionelle Einstellung vor Enttäuschungen und Burn-Out.

Die Fachkräfte bilanzieren die Arbeit mit den Clippern wie folgt:

1. Clipper fokussiert die Aufmerksamkeit des Personals auf einen wichtigen Bereich für die Dementen – Kontakt, Kommunikation, Aktivitäten.
2. Die dadurch entstandene Kommunikation in Form von Aktivitäten (a) zwischen den Mitarbeitern und den dementen Bewohnern, (b) unter den Bewohnern und im besten Fall (c) zwischen Angehörigen und Bewohnern hat sehr positive Auswirkungen unter allen Beteiligten.
3. Erweiterung des beruflichen/professionellen Horizonts der Mitarbeiter.
4. Die Arbeit mit den Clippern führt zu einer vertieften Beschäftigung mit der Biographie des Einzelnen.
5. Die Arbeit mit den Clippern führt zu einer vertieften Beschäftigung mit den dementen Bewohnern, die ein besseres Verständnis der Bewohner anregt und einen leichteren Zugang zu ihrem Inneren ermöglicht.
6. Es gibt mehr Themen und Möglichkeiten innerhalb der Arbeit und der Aktivitäten mit den Betroffenen und damit eine Erleichterung der Betreuung.
7. Stärkung der Angehörigenintegration.

Als Beispiel für den Nutzen des CLIPPER wurden des öfteren Situationen geschildert, in denen demente Bewohner aggressiv und handgreiflich wurden. Vor der Arbeit mit den Clippern wusste man nicht, wie man damit umgehen sollte und ist oft in Konflikt mit dem Bewohner geraten. Die Arbeit mit den Clippern sowie die Validationsmethode machten das Personal sensibler für solche Konflikte. Sie reagierten dann so, dass der Bewohner sich beruhigen konnte. Die Mitarbeiterinnen sprechen in diesem Zusammenhang von neu erarbeiteten „Arbeitsstilen“ und „Verhaltensweisen“, die bereits unbewusst bei ihnen ablaufen. Diese Entwicklung ist ein großer Gewinn.

Die Clipper-Dokumentation muss ständig aktualisiert werden, da der demente Mensch noch mehr wie der Gesunde Stimmungsschwankungen unterliegt. So kann es sein, dass er an einem Tag auf die Aktivität anspricht und am nächsten Tag nicht.

Wechselnde Betreuer können unterschiedliche Ergebnisse erzielen, abhängig davon, wie sie von dem Betroffenen angenommen werden. Wenn ein Erkrankter einen Betreuer ablehnt, kann die Aktivität nicht durchgeführt werden.

6. Abschließende Bemerkungen

6.2 Allgemeine Hinweise

Das Verständnis vom Alter in Bulgarien

Es gibt noch keine ausgeprägte Seniorenkultur in Bulgarien, die die Potentiale des Alters positiv schätzt und nutzt. Das neue positive und ressourcenorientierte Verständnis vom Alter nach deutschem (europäischen) Vorbild existiert noch nicht. Das Selbstverständnis der alten Menschen in Bulgarien ist noch traditionell bestimmt. Beispiel: Eine Mitarbeiterin sprach eine Bewohnerin darauf an, warum sie ausschließlich schwarze Kleidung trägt. Daraufhin antwortete die Bewohnerin: „Ich bin alt, alte Menschen tragen dunkle Kleider.“

Insgesamt fehlt es an einer Kultur des Redens über das Altwerden. Dieses Reden sollte schon früher erfolgen. Die älteren Menschen kommen meist schwer beeinträchtigt in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit ins Heim. Manche Angehörige waren gegenüber den Alten nicht ehrlich, sie sagten ihnen, dass sie nur ins Krankenhaus gehen würden und später wieder nach Hause kämen. Die Bewohner brauchen viel Zeit, sich von diesem Schock des unvorbereiteten Heimeinzugs zu erholen. Es ist schwer für die Mitarbeiter, gute Betreuungs- und Aktivierungsarbeit in dieser extremen Situation zu leisten.

Späte Feststellung der Demenz

Gründe für die besondere Schwere der Arbeit mit Demenzkranken liegen in der Regel an späten Diagnosen und an fehlenden Informationen über die Erkrankung. Die Demenz wird selten im Anfangsstadium entdeckt. In vielen der überwiegend aus einfachen Verhältnissen stammenden Familien fehlt jegliches Wissen über Demenz und vor allem über den Umgang mit dieser Erkrankung. Oft entstehen Konflikte in der Familie, der Demente wird nicht verstanden. Sie

reagieren oft mit einem „In sich zurückziehen“ und „Abkapseln“. Spät eingezogen in der Einrichtung und in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz ist es meistens sehr schwierig, einen intensiven Kontakt mit dem Bewohner herzustellen. Die therapeutische Arbeit wird dadurch stark beeinträchtigt.

Es fehlt ebenso an Informationen in der breiten Öffentlichkeit. Auch die Hausärzte müssten für das Thema Demenz sensibilisiert werden. Vor allem fehlt es an Betreuungs- und Beschäftigungsangeboten im Anfangsstadium der Krankheit. Im Falle des Einzugs in ein Heim sind nur wenige der Angehörigen und Klienten auf diesen Übergang gut vorbereitet. Die meisten Bewohner kommen psychisch und physisch stark beeinträchtigt ins Heim. Dann wirkt die neue Umgebung wie ein Schock.

Die Bedeutung der Biographie

Die Mitarbeiterinnen beobachten bei dieser Gruppe von Bewohnern eine insgesamt negative Einstellung zum Leben, die zum Teil auch in Aggressionen oder Depressivität äußere Formen findet. Solche Menschen sind oft verbittert über die Tatsache, dass sie im Heim leben müssen. Sie bedauern ihr Schicksal und ihr Leben und stehen dadurch den neuen Angeboten und der Betreuung ablehnend gegenüber. Ein Grund dafür liegt in der Herkunft und Mentalität der Bewohner. Sie sind nicht gewohnt, Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen, sie haben kaum Urlaub gemacht, sind nie im Theater gewesen und haben selten andere kulturelle Angebote in Anspruch genommen. Angebote wie Gruppenspiele, Theater oder einfache Rehabilitationsübungen sind für sie fremd. Einige reagieren neugierig und lassen sich darauf ein, andere reagieren mit Skepsis und lehnen die Aktivitäten ab.

Die Bedeutung der Angehörigen

Die Mitarbeiterinnen unterscheiden bei den Angehörigen mehrere Gruppen. Die erste Gruppe sind Angehörige, die regelmäßig kommen und ein stabiles, dauerhaftes Interesse zeigen. Die andere zahlenmäßig gut vertretende Gruppe sind die Kinder vieler Bewohner, die kein Interesse am Kontakt mit den Eltern oder mit den Heimmitarbeitern haben. Eine weitere Gruppe stellen die Kinder vieler Bewohner dar, die im Ausland oder in einer anderen Stadt in Bulgarien leben und ihre Eltern nicht besuchen können. Viele von ihnen rufen regelmäßig an und erkundigen sich nach ihren Eltern. Andere, die keine Möglichkeit haben, ihre Eltern zu besuchen, nehmen Besuchsdienste in Anspruch und bezahlen Personen, damit sie ein- bis zweimal in der Woche zu Besuch kommen. Auf diese Art und Weise stellen sie sicher, dass die Eltern nicht alleine sind.

Die Dementen brauchen mehr Besuche und Kontakt mit den Angehörigen. Oft beobachten die Mitarbeiter, dass demente Bewohner, die sogar verstärkt desorientiert sind und die Angehörigen nicht erkennen bzw. teilweise nur schreien oder ein auffälliges Verhalten aufweisen, bei den Besuchen oder bei körperlichem Kontakt (Hände halten, Umarmen) mit den Angehörigen sich „erinnern“ können, wer das ist. Sie werden ruhiger, aggressives Verhalten nimmt ab. Damit werden die wenig vorhandenen Ressourcen erhalten, zumindest für eine kurze Zeit erfahren die Bewohner eine Stabilisierung.

Anhang 1:

Die Vertiefungsqualifikation im Institut für Fort- und Weiterbildung der AWO Nordhessen

Die Vertiefungsqualifikation im Projekt „Arbeit mit Demenzkranken in Kazanlak“ wurde im Zeitraum 19. Oktober bis 02. November 2005 im Institut für Fort- und Weiterbildung der AWO gGmbH Nordhessen durchgeführt.

In diesen beiden Wochen wurden Inhalte zur Kommunikation, Tagesgestaltung und Milieuthherapie sowie zur professionellen Begleitung und Betreuung von Demenzkranken mit einem Umfang von 97 Stunden vermittelt.

Als Literatur und Nachschlagewerk diente die Handreichung „Hilfen zur Kommunikation bei Demenz“ (KDA), übersetzt aus dem Original von Jennie Powell: Care To Communicate – Helping the Older Person with Dementia – A Practical Guide for Careworkers (2000).

Zur Vertiefung und Veranschaulichung des vermittelten Wissens wurde ein Workshop zur Validation mit Naomi Feil besucht, Hospitationen in Tagesstrukturierenden Gruppen der AWO Altenzentren in Kassel durchgeführt und die betreuten Hausgemeinschaften im AWO Seniorenzentrum in Sontra besichtigt.

Vor allem die Inhalte zu Strategien der verbalen und nonverbalen Kommunikation mit Demenzkranken, Kommunikationsstörungen und Ansätze der Problemlösung bei Kommunikationsschwierigkeiten waren für die elf sehr motivierten und qualifizierten Teilnehmerinnen von großem Interesse. Sehr deutlich wurde den Teilnehmerinnen, dass sie mit Hilfe validierender Gesprächstechniken Verständnis, Nähe und Geborgenheit vermitteln können.

Der Einsatz von Erinnerungsalben, mit deren Hilfe „alte“ Erinnerungen und universelle Erfahrungen der Demenzkranken für einen personenzentrierten Umgang genutzt werden, wurde als hilfreich angesehen. Die aufgezeigten Möglichkeiten zur Stimulation und Gestaltung dementengerechter Aktivitäten wollten die Teilnehmerinnen auch gern sofort in die Praxis umsetzen.

Besondere Anerkennung³⁹ fand der wertschätzende und freundliche Umgang miteinander und die angenehme Atmosphäre während der Schulungen.



gGmbH Nordhessen

Kerstin Müller-Bücken, Institut für Fort- und Weiterbildung

³⁹ Siehe Auswertung der Schulungsbeurteilung mit Beurteilungsskala und Beurteilungskriterien im Projekt-Abschlussbericht.

Wissenstransfer nach Bulgarien

Neue Methoden in der Altenarbeit

Das Fachgebiet „Soziale Arbeit mit Älteren“ am FB Sozialwesen hat in Kooperation mit der Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hessen-Nord bei der Robert-Bosch-Stiftung Drittmittel über 58 000 Euro für ein dreijähriges Entwicklungs- und Forschungsprojekt eingeworben, um neueste Methoden der Arbeit mit demenzkranken alten Menschen an bulgarische Pflegekräfte und Sozialarbeiter zu vermitteln.

Im Oktober befinden sich 12 bulgarische Mitarbeiterinnen aus Altenheimen der Stadt Karzanlak und aus Einrichtungen der Universitätsstadt Stara Zagora zur Weiterqualifizierung und Erprobung des „personenzentrierten Ansatzes“ in Kassel. Dabei werden sie u.a. das

Hausgemeinschaftskonzept in Sontra und die Tagesstrukturierung in drei Kasseler Altenheimen kennenlernen. Ein Höhepunkt der Weiterbildung war die Teilnahme an einer Veranstaltung mit der Begründerin der Validations-Methode, der Amerikanerin Naomi Feil. Mitarbeiter des Fachgebiets am Fachbereich Sozialwesen haben bereits ein Praxishandbuch zum personenzentrierten Ansatz ins Bulgarische übersetzt. Anhand dieser Anleitung wird die 14-tägige Qualifizierung beim „Institut für Fort- und Weiterbildung“ der AWO auf der Marbachshöhe durchgeführt. Dieses Handbuch enthält auch die Instrumente für die Dokumentation und wissenschaftliche Evaluation.

fk



Teilnehmer der Vertiefungsqualifikation



Kerstin Müller-Bücken, Klaus Mathes



Projektgespräch im Rathaus (April 2007):
Stefan Koundelov, Dr. Radka Arnold, Prof. Dr. Fred Karl, OB Dr. Stefan Damjanov,
Dr. Nikola Atanassov, Mariya Dimova

Anhang 2:

Die Nationale Tagung „Umgang mit Demenz“ im Kulturpalast der Gemeinde Kazanlak

Titel und Untertitel der Zeitungsausschnitte auf der gegenüberliegenden Seite:

ISKRA, Wochenzeitung in Kazanlak, 21. September 2007:
Zusammenfassung der Projekterfahrung mit Demenzkranken
Konferenz brachte deutschen Professor nach Kazanlak

ISKRA, Wochenzeitung in Kazanlak, 28. September 2007:
Reise in die Herzen der Dementen

Prof. Dr. Fred Karl und Dr. Radka Arnold kamen uns zu lehren, wie man mit Dementen kommuniziert.

Für den Tag der Nationalen Tagung Demenz mit über 100 Teilnehmern aus allen Landesteilen terminierte der im Kommunalwahlkampf stehende amtierende Oberbürgermeister die offizielle Neueröffnung des neu errichteten Trakts des Demenzheims. Bei der Eröffnung unterstrich der Oberbürgermeister die stärkere Notwendigkeit zur Verbesserung der Lebensbedingungen der dementen Menschen. „Mit dieser Neueröffnung werden auch bessere Möglichkeiten für die Anwendung moderner Methoden im Umgang mit dieser Erkrankung geschaffen“.

Die Verbindung beider Veranstaltungen erwies sich als medienwirksam, die Presse berichtete ausführlich, die Gemeinde gab in der Woche darauf als Beilage zur Lokalzeitung ein zweiseitiges farbiges Informationsblatt heraus mit den Schlagzeilen „Die Demenzerkrankten zogen ein in ein neues Haus – Auch die Räume des Clubs der Rentner wurden renoviert – Die Tagung wurde eröffnet“.



Eröffnung eines Neubaus beim Heim für Demente in Kazanlak, September 2007
(linkes Bild: Dr. Radka Arnold, Dr. Nikola Atanassov, Prof. Dr. Fred Karl, Dr. Stefan Damjanov
(Oberbürgermeister der Stadt Kazanlak)

Обобщиха опыта в работата с дементно болните

Конференция доведе немски професор в Казанлък

Миналия петък Казанлък стана домакин на едно знаково събитие, отразяващо повишения интерес към проблемите на възрастните хора. Паралелно с пускането в действие на новия корпус на Дома за възрастни с деменция „Димитър Папазов“, в Дома на културата „Арсенал“ бе открита международна научна конференция на тема „Натрупаният опит при работа с дементно болни в Казанлък“. Форумът бе открит по право от основния идеолог и двигател на прилагането на немския опит в областта на социалното дело в казанлъшките домове за стари хора - нашата неуморна землячка д-р Радка Арнолд. Приветствия поднесоха кметът Стефан

Дамянов и проф. Фред Карл, преподавател по „социална геронтология“ към Каселския университет и зам.-ректор на Факултета по социално дело. Научен доклад на тема „Социални услуги за възрастните хора“ бе изнесен от н.с. д-р Вяра Ганчева от Софийския университет. А казанлъчанката Мария Димова запозна аудиторията с резултатите и проблемите в реализирането на координирания от нея проект „Работа в домовете за възрастни хора в Казанлък и Стара Загора с Сlipper по методика, описана в практическия наръчник на Джени Пауъл „Да помогнем на старите хора с деменция“ и обучение на близки на възрастни хора с деменция“. С отделни доклади представиха



Демонстрация на мотогеронтология

своята работа и директорките на трите дома за възрастни хора в Казанлък - Йовка Топалска, Ани Кърпачева и Пенка Ганарева.

В заключителната част на конференцията проф. Карл обобщил резултатите от съвместната работа, след което връчи сертификатите за допъл-

нителна квалификация на участничките в проекта. На самия финал възрастни пациенти с деменция от Дом № 2 пяха песни, тропнаха хорце, подхвърляха си гуме-на топка, за да демонстрират резултатите на терапевтичната методика „Мотогеронтология“...

Петър МАРЧЕВ

По тънката пътечка на любовта

ПЪТУВАНЕ КЪМ СЪРЦАТА НА ДЕМЕНТНИТЕ

Проф. Фред Карл и д-р Радка Арнолд годохоха, за да ни научат да общуваме със страдащите от деменция



д-р Радка Арнолд

Д-р Радка Арнолд е родена в град Мюлик, живее в Казанлък, учи и в Германия. През 1985 г. поддържа опитна за менингит и емигрира в Германия. Следва медицина във Франкфурт на Майн, града на Гюте. После работи в Университета в Мюбюрг, когато и предлага да започне професурата в Ланденбург, където трябва да започне самостоятелно си и остава в Касел. Понастоящем д-р Арнолд работи като ветеринарна научна координатор към АНО - най-голямата джонска институция в Германия - в град Касел, провинция Хесен-Норд, Същевременно тя е преподавател в училища за гледане на възрастни хора, преподава „геронтология“ и „геронтологията“ в Институт за квалификация

„Ей, чичко, спомни ми си мени!“ Обръщам се - една баба на вървене. Възраст 75-80 години ми маха с ръка. Питам я какво е годохоха. „Трябва да имаме 12-13 години.“ - отбързва бабата - „Тя може да съм и на 20.“ Хорци ли на учещия, опитвам се да поддържам разговор. „Да, корк!“ После започва някаква песничка за родното си село „Крушовена, Крушовена, хубаво си място време“. Това е деменцията. Една дементна личност живее в свое съзнание, която се ланцира твърде далеч от „тукисега“. За да можем да общуваме с нея, трябва да намерим някаква тънка-тънка пътечка и да стигнем до нея - до човека, който ми е обичал и когото ми обича...

Побед да се срещнем и разговаряме с д-р Радка Арнолд и проф. Фред Карл, преподавател по „социална геронтология“ в Университета в Касел, е организираната с тяхна помощ научна конференция на тема „Натрупаният опит при работа с деменция в Казанлък“.



съе копретина 13 години ТИР-а с даването на болничката и старческите домове в Казанлък. Не трябва да се забравя, че по мое настояване бе

изпратен 12-и ТИР за Казанлък, а д-р Арнолд решиха, че трябва да работят проекти за повишаване на квалификацията на работещите в ка-

подчерта, че без подкрепата на фондация „Роберт Бол“ от Щутгарт не може да се реализира нищо - подкрепата Радка Арнолд. - Те ме хари-

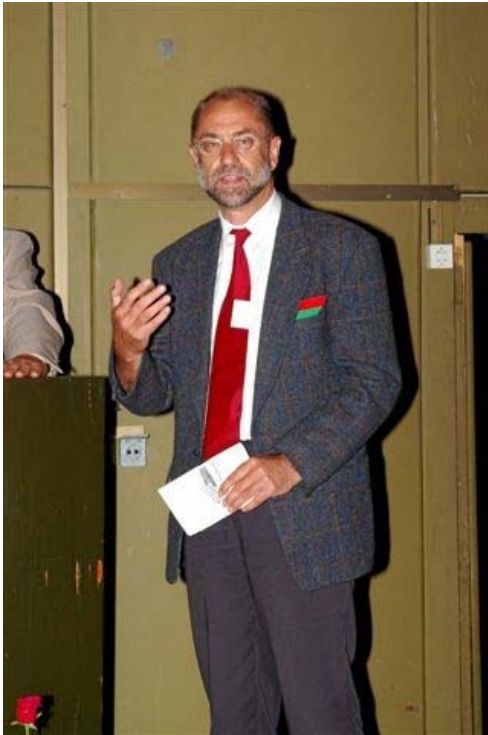


проф. Фред Карл

Професор Фред Карл е социолог от 25 години работи в областта на социалната геронтология. Обучава младите специалисти, вече дипломирани специалисти, педагози социални работници. През тези 25 години като социолог той работи по много научни проекти. „Важно е да се знае не толкова деменцията“ не засяга само възрастните, но и по-млади хора - казва професорът. - Всъщ-

дементните хора не са проблем. Чрез инициатива бяха открити като хора - да общуват по-малко с тях.“

Проф. Карл е катаронтолог, на научните лаборатории в института те има да ни по-малко да се справяме усещане с деменцията. Защо да си даваме да се справяме с тази плоскост - чрез комуникация - да се справим с този голям проблем. Изданието в Казанлък, немският професор споделил много по прилагането на метода на Джени Пауъл. Основният проект, финансиран от „Роберт Бол“, е свързан с приложното прилагане на този метод в старческите домове в Казанлък. Вторият проект, финансиран от една българска



Vortrag bei der Nationalkonferenz „Arbeit mit Demenz“ in Kazanlak:

Prozessablauf des Projekts „Arbeit mit dementiell Erkrankten“

- Vertragsunterzeichnung mit der Gemeinde Kazanlak Juli 2005
- Qualifizierung von Mitarbeiterinnen in Kassel Oktober 2005
- Arbeit mit Clipper in vier Heimen 2006
- Workshops in Kazanlak 2006 und 2007
- Erweiterung des Projekts um Angehörigen- und Freiwilligenarbeit 2007
- Beiträge aus den Heimen für den Tagungsband 2007
- Vorbereitung und Organisation der Nationaltagung
- Interne Evaluation durch Uni Kassel
- Externe Evaluation

Ergebnisse des Projekts

- Projektjournale
- Clipper-Fragebögen und Arbeitspläne
- Clipper-Falldokumentationen
- Verknüpfung mit Motogerontologie
- Ausgewählte Verlaufsbeschreibungen
- Beschreibung der Tätigkeiten der Freiwilligen und Angehörigen
- Tandem-Dokumentationen
- Erinnerungskisten
- Statistische Auswertungen, Vergleich mit Kontrollgruppe

Übergabe der Zertifikate

Zertifikatverleihung an die bulgarischen Projektmitarbeiterinnen:



**U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T**

Специалност „Социална работа с възрастни хора“,
факултет „Социални науки“, Университет Касел



Дружество с
ограничена отговорност с общополезна цел

С Е Р Т И Ф И К А Т

за завършено обучение по практическа работа с дементно болни чрез
методиката CLIPPER

в проекта, финансиран от фондация „Роберт Бош“

„Работа с дементно болни в Казанлък, България“

Auszug aus:



Fred Karl, Olga V. Krasnova (Hrg.):
Alter und Altern in Russland,
Heidelberg: Asanger Verlag 2001

Können wir immer älter werden? Während in Westeuropa in den letzten Jahren die Lebenserwartung noch stärker gestiegen ist als zuvor prognostiziert wurde, zeigen sich bei bestimmten gesellschaftlichen und verhaltensbedingten Konstellationen auch „Grenzen des Wachstums“ und rückläufige Entwicklungen.

Das Alter und Altern in Russland bieten eine beunruhigende Kontrastfolie zu unseren als sicher gewählten Lebensentwürfen und Erwartungen. In den reichen Ländern keimt gegenwärtig sogar Hoffnung und Optimismus auf, mit genetischen Eingriffen in die (bisher irreversiblen) pathologischen Seiten des Alterns die Lebenserwartung noch weiter steigern und hierbei aus den gewonnenen Jahren gesunde Jahre machen zu können. Vorab dieser Verheißungen stellen sich die Entwicklungen in Russland als einem Land mit 143 Millionen Einwohnern ernüchternd dar.

Materielle Situation und Lebenserwartung

Wie in Deutschland hat auch in Russland die heute alte Generation den Wiederaufbau nach dem Zweiten Weltkrieg geleistet. In Deutschland gilt die Kohorte der nach 1930 geborenen und jetzt älteren und alten Menschen angesichts kontinuierlicher Erwerbszeiten und entsprechend angesammelter Rentenansprüche, Vermögen und Eigentum als die privilegierteste Altengeneration der Geschichte des Landes. In Russland erfahren seit 1989 die gleichen Kohorten dagegen einen überdurchschnittlichen Abstieg (auch im Vergleich zu den anderen Altersgruppen in ihrem Lande), erleben Armut und Existenznot. 80 % der russischen Rentner müssen mit einer Rente unterhalb des Existenzminimums auskommen.

Die zu Zeiten der Sowjetunion angestiegene Lebenserwartung war in den 1990er Jahren heftig eingebrochen. Die rechnerische Lebenserwartung bei Geburt ging bei den Männern von 64,9 Jahren in 1987 auf 59,8 Jahre in 1999 zurück, bei Frauen von 74,6 auf 72,2 Jahre.

Während für Deutschland und andere Länder eine Verjüngung des Alters festzustellen ist, wird für Russland lakonisch hingenommen: „Old age comes to Russian citizens long before they turn 60“⁴⁰. Die männliche Lebenserwartung liegt unter dem Renteneintrittsalter von 60 Jahren – eine absurde Situation. Für Frauen gilt ein Renteneintrittsalter von 55 Jahren bei einer um 12 Jahre längeren Lebenserwartung als die der Männer.

Verhaltensbedingte Wirkungen

Schließlich wird auch die Lebenssituation und die Sterblichkeit neben kontextuellen auch durch verhaltensbedingte Faktoren mit beeinflusst; die gesellschaftliche und ökonomische Krise verbindet sich mit problematischen individuellen Bewältigungsweisen. Aufgrund der schlechten materiellen Situation und der geringen Renten haben viele ältere Menschen nur wenig Mittel zum Leben und ein Einkommen an der Armutsgrenze. Eine ungesunde Ernährung führt zu einem erhöhten Krankheitsrisiko. Bei mehr als der Hälfte wird das Einkommen vorwiegend für Lebensmittel, meist Backwaren, Kartoffeln und billige Fette ausgegeben.

Der Anstieg der mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen verbundenen Todesfälle wird auf den hohen Alkoholkonsum zurück geführt. Der unmittelbare Zusammenhang zur Lebenserwartung drängt sich durch die Erfolge der Anti-Alkoholkampagne in den letzten fünf Jahren des Bestehens der Sowjetunion auf: Der Alkoholkonsum fiel von 14,2 Liter pro Einwohner im Jahr 1984 auf 10,2 Liter 1987 - die Lebenserwartung erreichte 1989 ihren höchsten Wert. Inzwischen stieg der Pro-Kopf-Konsum auf 14,7 Liter Alkohol und die Lebenserwartung sank deutlich. Dies führt dazu, dass in Russland heute ein 20-jähriger Mann nur eine Chance von 50 Prozent besitzt, das 60. Lebensjahr zu erreichen. Auch das Suizidrisiko ist mit höchsten Werten in der Altersgruppe zwischen 30 und 59 Jahren bei russischen Männern im Ländervergleich sehr untypisch. Insgesamt zeigt sich die Suizidrate bei über-60-jährigen Männern um ein Drittel und bei über-60-jährigen Frauen um 50 % höher als im Durchschnitt.

Verlust der gesellschaftlichen und familiären Integration

Beobachter sprechen von der „Schocktherapie einer ungesteuerten Transformation, die eher ein permanenter Schock ohne Therapie ist“. Vor allem die aus der beruflichen und politischen Partizipation ausgegliederten älteren Menschen erfahren die Veränderungen als unbeeinflussbar. Auf die Frage, was ihr Erleben in den letzten fünf Jahren bestimmt habe, nennen die Älteren vor allem die mit den Veränderungen der geistigen Werte, dem Verlust der Solidarität und der Zunahme der Kriminalität verbundenen Ängste. Die Einschätzung der politischen Situation im Lande verursacht bei der Mehrzahl der Befragten Aggressivität und Aufregung. Die gegenwärtige ältere Generation ist zwar nach den Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg und in der Nachkriegszeit an ein Leben

⁴⁰ Quellenangaben beim Autor.

unter schwierigen Bedingungen und engen Wohnverhältnissen gewohnt. Diese Jahre wurden aber gemeinschaftlich in großer moralischer Solidarität erlebt. Heute stellen alt gewordene Mitglieder der Aufbaugeneration fest: „Nun lebt jeder für sich und die Generation der Kinder ist mit ihren eigenen Problemen beschäftigt“.

Aufgrund der schlechten materiellen Situation der älteren Menschen möchte man meinen, dass sie vor allem in ihren Familien versorgt werden. Tatsächlich jedoch erhalten - gerade auch in Dreigenerationenhaushalten - Kinder und Enkel mehr Unterstützung seitens der Großeltern als umgekehrt.

Haben Ältere jedoch regelmäßig Kontakt und reziproke Beziehungen mit Freunden und Bekannten, dann werden die Erwartungen nicht zuletzt an diesen Personenkreis gerichtet. Vielleicht drückt sich in diesen Erwartungen an außerfamiliäre Kontakte ein Bedürfnis aus, das früher mit der ehemaligen Arbeitsstelle bzw. über gesellige und kulturelle Veranstaltungen, die durch den Betrieb organisiert wurden, gestillt werden konnte. Diese früher gegebenen Möglichkeiten der gesellschaftlichen Integration und außerfamiliären Aktivität gingen mit der Änderung des Wirtschaftssystems verloren.

Umso wichtiger werden kommunal und regional organisierte Gelegenheitsstrukturen, in denen Ältere Kontakte aufbauen und neue Rollen ausfüllen können. Beispielwirkung haben hierbei in den letzten Jahren entstandene Initiativen im Projekt „Verbesserung der Beteiligungsmöglichkeiten älterer Menschen an den Demokratisierungsprozessen in der Russischen Föderation“, im Rahmen von Altenbildungs- und Kulturarbeit, den inzwischen 25 „Universitäten des Dritten Lebensalters“ und einzelnen „Seniorenbüros“. Diese Projekte werden zum Teil von der EU und von deutscher Seite unterstützt.

Gesundheitsversorgung und soziale Dienste

Der Vergleich der Krankheitsrate in städtischen und ländlichen Regionen zeigt, dass ältere Menschen im städtischen Bereich etwa viermal häufiger krank sind als Ältere auf dem Land, die Zahl der Neuerkrankungen ist 2,5 mal höher. Die niedrigere Zahl der Krankheitsfälle im ländlichen Raum ist kein Anzeichen für eine bessere Gesundheit der Landbevölkerung, sondern liegt an der geringeren Erreichbarkeit medizinischer Versorgung und selteneren Arztbesuchen. Vielmehr ist die Krankheitsrate allein stehender älterer Menschen in Dörfern mit Krankenhaus 6,6 mal höher als in Dörfern ohne medizinische Versorgung.

In der russischen Transformationsgesellschaft vollzieht sich der Strukturwandel der Familie in rasantem Tempo, erhöht sich der Zwang zur Mobilität der Erwerbstätigen und steigen die Scheidungsraten, ohne dass zeitgleich in erforderlichem Umfang adäquate soziale Infrastrukturen und soziale Dienste weiter und neu entwickelt werden konnten.

Fazit

Die Alternswissenschaft in Deutschland ist aufgefordert, sich noch mehr als bisher einer internationalen Perspektive zu öffnen.

Kasseler Gerontologische Schriften

- Band 28:** Karl, F., Aner, K. (Hrsg.): Die „neuen Alten“ – revisited: Kaffeefahrten – Freiwilliges Engagement – neue Alterskultur – Intergenerative Projekte. 2002 (vergriffen)
- Band 29:** Schilling, A.: Ältere Menschen im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Beratung vor dem Hintergrund neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen. 2003
- Band 30:** Karl, F., Zank, S. (Hrsg.): Zum Profil der Gerontologie. 2002. 2. Auflage 2004
- Band 31:** Friedrich, I.: Die Darstellung älterer Menschen in der Fibel. 2004
- Band 32:** Karl, F., Meyer, M. (Hrsg.): Internationale Gerontologie. 2003
- Band 33:** Ostermann, K.: Verlauf geriatrischer Rehabilitation am Hufland-Haus und Übergang in die häusliche/stationäre Pflege. 2004 (vergriffen)
- Band 34:** Nauland-Bundus, S.: Generationenbeziehungen zwischen Großeltern und Enkeln im Spiegel der Kinder- und Jugendliteratur. 2004
- Band 35:** Karl, F. (Hrsg.): Educampus im Sozialwesen. Materialien zum Projekt „Pädagogische Nutzung gerontologischen Wissens“. 2005
- Band 36:** Powell, J.: Да помогнем на старите хора с деменция (Hilfen zur Kommunikation mit Demenz), in bulgarischer Sprache. 2006
- Band 37:** Karl, F., Friedrich, I. (Hrsg.): Seniorenbildung in Europa. 2006
- Band 38:** Karl, F., Nittel, D.: Generationsbeziehungen und Bildung in der alternden Gesellschaft. Ergebnisse zweier E-Learning-Projekte an den Universitäten Kassel und Frankfurt a. M. 2006
- Band 39:** Waterkamp, Chr.: Haupt- und Ehrenamtliche - Gemeinwesenorientierte Netzwerkförderung mit Akteuren aus Stadtteilen, Kirchengemeinden, Krankenhäusern und Altenheimen. 2007
- Band 40:** Schuster, S.: Projekte und Curricula zur Seniorenbildung in Europa. 2007
- Band 41:** Friedrich, I.; Karl, F. (Hrg.): Europäische Seniorenprojekte im lebenslangen Lernen. 2007
- Band 42:** Universität Kassel, AWO Hessen-Nord, AWO Stiftung Bulgarien, Altenheime der Stadt Kazanlak (Hrg.): Работа с дементно болни - Опит от Германия и България (Arbeit mit dementiell Erkrankten - Erfahrungen aus Deutschland und Bulgarien), in bulgarischer Sprache. 2007
- Band 43:** Aner, K.; Karl, F.: Älterwerden in Schauenburg. Abschlußbericht der partizipatorischen Bürgerbefragung. 2007
- Band 44:** ISSL (Hrg.): Sozialpädagogik und Soziologie der Lebensalter – Fach- und Arbeitsgebiete des Instituts im Fachbereich Sozialwesen der Universität Kassel. 2007
- Band 45:** Becker, R.: Feministische Angehörigenberatung queer denken. 2008
- Band 46:** Karl, F.; Arnold, R. (Hrg.): Нови методи за общуване с дементно болни - опита от проекти в Казанлък (Neue Methoden im Umgang mit Demenz – Erfahrungen aus Projekten in Kazanlak), in bulgarischer Sprache. 2008
- Band 47:** Karl, F.: Das Demenz-Projekt am Hohen Balkan. Auszüge aus dem Abschlussbericht „Arbeit mit dementiell Erkrankten in Kazanlak“. 2008

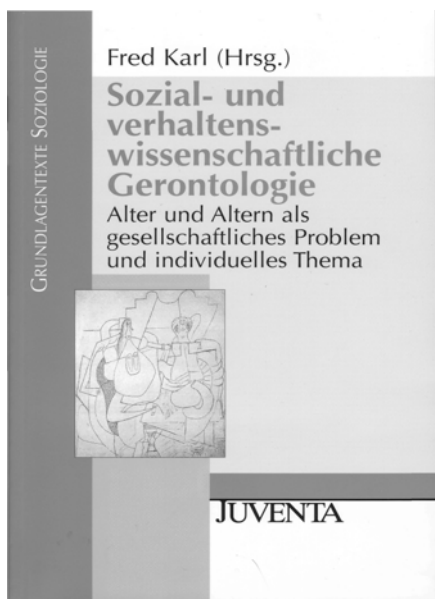
Bestelladresse

Universität Kassel FB 04
Ingrid Friedrich
D-34109 Kassel

www.soziale-gerontologie.de

Buchhinweise

Fred Karl (Hrsg.):
Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie
Alter und Altern als gesellschaftliches Problem
und individuelles Thema



Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie – ein multi- und interdisziplinäres Projekt

Zur Soziologie und Psychologie des Alterns
Sozialwissenschaftliche Altersforschung im
Gesellschafts- und Längsschnittvergleich

312 Seiten, Juventa Verlag Weinheim und München 2003

Fred Karl, Kirsten Aner, Franz Bettmer, Elke Olbermann:
Perspektiven einer neuen Engagementkultur.
Praxisbuch zur kooperativen Entwicklung von Projekten

Handlungsvoraussetzungen der Akteure: Kooperationspartner und ihre Engagementfreundlichkeit; Engagementtypen; Lösungsansätze



89 Seiten, Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden 2008