



Propraxis Graz GmbH

Sonderausbildung für Führungsaufgaben

gem. § 72 des GuKG

Erfordernisse neuer Berufsbilder in der Krankenpflege

unter Berücksichtigung von Demenzerkrankungen

Abschlussarbeit

Eingereicht von: Renate Stadler

Eingereicht bei: Hr. MMag. Dr Arnulf Hasler und

Fr. MBA Waltraud Sternsberger

Graz, im September 2011



Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende wissenschaftliche Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

St. Johann ob Hohenburg, 14.09.2011

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Abstract.....	VIII
1 Einleitung	1
2 Demographische Entwicklung	4
2.1 Bevölkerungsentwicklung - geschichtlicher Aspekt.....	4
2.2 Aktuelle Situation	7
2.3 Zukunftsperspektive.....	10
2.4 Zusammenfassung und Ausblick.....	12
3 Berufsbilder	14
3.1 Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	14
3.2 Pflegehilfe.....	15
3.3 Fachsozialbetreuer im Schwerpunkt Altenarbeit.....	17
3.4 Heimhilfe.....	18
3.5 Zusammenfassung	20
4 Die Demenzerkrankung.....	21
4.1 Definitionen.....	21
4.2 Demenz vs. Alzheimer	22
4.3 Makroskopische und mikroskopische Veränderungen.....	23
4.4 Verlauf	25
4.5 Therapie	26

4.6	Zusammenfassung	27
5	Die Eden-Alternative.....	29
5.1	Wie alles begann?	30
5.2	Was ist die Eden-Alternative?.....	31
5.3	Die drei Qualen des Alterns.....	32
5.4	Die 10 Prinzipien.....	36
5.5	Der/die Lebensassistent/in	37
5.6	Zusammenfassung	39
6	Evaluation des Fragebogens.....	42
6.1	Kenntnisse über das Krankheitsbild der Demenz bzw. des Alzheimers.....	43
6.2	Persönliche Erfahrungen mit dem Menschen, welche eine Demenz-/Alzheimer Diagnose haben.....	46
6.3	Die Krankheit in der Herkunftsfamilie bekannt.....	48
6.4	beruflichen Kontakten mit Demenz/Alzheimer	49
6.5	andere Situationen in denen ein Kontakt mit Demenz-/Alzheimerkranken hergestellt wird	50
6.6	Informationsstand über die Heimhilfe	51
6.7	Informationsstand über die Pflegehilfe.....	53
6.8	Kontaktmöglichkeiten mit der Pflegehilfe	54
6.9	Informationsstand über den Lebensassistenten	56
6.10	Versorgung im Alter	58
6.11	Einführung des Lebensassistenten.....	59
6.12	Angaben zur Person.....	60
7	Zusammenfassung und Ausblick.....	64
	Literaturverzeichnis	69
	Anhang.....	A

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Der Pensionist http://static3.kleinezeitung.at/system/galleries_520x335/upload/0/2/6/2174486/pensionist-haende-apa.jpg , 23. 6. 2010	1
Abb. 2: Hirn seitlich normal, http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=45 , 29.9.2010	23
Abb. 3: Hirnatrophie bei Alzheimer, http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=45 , 29.9.2010	24
Abb. 4: Kennen Sie das Krankheitsbild der Demenz/Alzheimer?	44
Abb. 5: Altersverteilung der Befragten, welche das Krankheitsbild kennen.....	45
Abb. 6: Altersverteilung aller Befragten	45
Abb. 7: Haben Sie persönlichen Kontakt mit Menschen, die an einer solchen Krankheit erkrankt sind?	47
Abb. 8: Altersverteilung der Geantworteten, welche Kontakt mit Menschen mit einer Demenz/Alzheimer Diagnose haben	47
Abb. 9: Hat in Ihrer Herkunftsfamilie jemand diese Krankheit?	48
Abb. 10: Haben Sie beruflich mit diesem Krankheitsbild zu tun?	49
Abb. 11: In welcher Situation kommen Sie sonst noch mit Demenz-/Alzheimerkranken zusammen?	50
Abb. 12: Kennen Sie das Berufsbild der Heimhilfe und deren Aufgaben (im Groben)?	51
Abb. 13: Kennen Sie das Berufsbild der Pflegehilfe und deren Aufgaben (im Groben)?	52
Abb. 14: Wo haben Sie schon einmal mit dem Beruf des Pflegehelfers zu tun gehabt?	53
Abb. 15: Haben Sie schon einmal etwas über das Berufsbild des Lebensassistenten gehört?	54

Abb. 16: Berufliche Klassifikation der Befragten, welche schon einmal etwas über das Berufsbild des Lebensassistenten gehört haben	55
Abb. 17: Haben Sie sich schon Gedanken gemacht, wie Ihre Versorgung im Alter, wenn sie Hilfe und Unterstützung benötigen, aussehen soll?	56
Abb. 18: Altersverteilung der Teilnehmer, welche sich Gedanken über Ihre Altersversorgung gemacht haben?.....	57
Abb. 19: Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, das Berufsbild des Lebensassistenten im Sozial- und Gesundheitswesen zu implementieren?	57
Abb. 20: Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, das Berufsbild des Lebensassistenten im Sozial- und Gesundheitswesen zu implementieren?	57
Abb. 21: Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, das Berufsbild des Lebensassistenten im Sozial- und Gesundheitswesen zu implementieren?	57
Abb. 22: Geschlechtsverteilung der Teilnehmer	60
Abb. 23: Altersverteilung der Teilnehmer	61
Abb. 24: Berufsspezifikation der Teilnehmer	61

Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Thematik der älter werdenden Gesellschaft und welche Herausforderungen dadurch entstehen. Denn das Älterwerden hat immense Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, auf das Pensionsystem und auf viele andere Bereiche. Auch im Pflegealltag wachsen Aufgaben, deren es einer Lösung bedarf.

Die Forschungsfrage, die versucht wird zu beantworten, ist, welche alternative Berufsgruppen müssten im Gesundheitswesen, speziell im Bereich der Pflege, installiert werden, um den spezifischen Wünschen und Bedürfnissen der alten und hochbetagten Menschen gerecht zu werden. Der Schwerpunkt wird auf die Betreuung und Begleitung von Personen mit dementiellem Krankheitsbild gelegt.

Die demographische Entwicklung wird genauer erläutert, z. B. wie es zum Anstieg der Lebenserwartung gekommen ist. Die Pflege wird durch vier unterschiedliche Berufsbilder getätigt. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hat einen anderen Tätigkeitsbereich als der einer Heimhilfe, diese Unterschiede werden erarbeitet. Bewohner/innen von Heimen haben nicht ausschließlich körperliche Einschränkungen. Die Demenz, bzw. Alzheimerkrankheit, ist im Vormarsch, die Erkrankten haben spezielle Anforderungen und Bedürfnisse an ihre Betreuer. Daher wird nur das Krankheitsbild Demenz erklärt. Die Forschungsfrage wird versucht zu beantworten, indem die Eden-Alternative (eine amerikanische Betreuungsphilosophie) erläutert wird. Diese hat das Berufsbild des Lebensassistenten entwickelt, welcher speziell auf die Wünsche von dementielle Erkrankten eingeht.

1 Einleitung

„Das geht sich bald nicht mehr aus“¹ stand in großen Buchstaben über einem Artikel. Wer dies las und das Bild im Text sah, wusste sofort, von welchem brisanten Thema der Bericht handelte.



Abbildung 1, Der Pensionist (Kleine Zeitung, 2010).

Das Thema der älter werdenden Gesellschaft sowie die geringere Geburtenrate und die daraus resultierende Problematik für die Gesellschaft, das Finanzsystem und vor allem für das Pensionssystem, ist zur Zeit in aller Munde und wird immer wieder von den Tageszeitungen, dem Radio und den Nachrichten im Fernsehen aufgegriffen.

Die Bevölkerungsprognosen in den letzten Jahren zeigen sehr deutlich, dass die Zahl der alten Menschen sowie der Hochbetagten immer weiter im Steigen begrif-

¹ vgl. Kleine Zeitung (2010): <http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/2375902/geht-sich-bald-nicht-mehr.story?&> (Stand 2010-06-23).

fen ist. Die Folge ist, dass der Bedarf an Betreuungseinrichtungen stark ansteigen wird.²

Dies wird zu einer neuen Herausforderung für die Pflege. Wenn man zu sich selbst ehrlich ist, möchte man nicht in einer fremden Umgebung alt werden. Nur die wenigsten wollen freiwillig in einem Alten-/Senioren- und/oder Pflegeheim ihren Lebensabend verbringen, aus der gewohnten Umgebung gerissen werden, sich neuen Strukturen anpassen müssen, unter Umständen sogar lieb gewonnene Rituale ablegen. Dies ist für Menschen, welche körperlich beeinträchtigt sind, schwierig. Das zeigt auch der Alltag immer wieder. Es sind aber Menschen, welche kognitiv keine Beeinträchtigungen haben. Diese wissen, dass der Alltag zu Hause nicht mehr zu bewältigen ist und daher ein Um-/Einzug in ein Seniorenheim sinnvoll, aber nicht angenehm ist. Wie geht es Menschen, die kognitive Einschränkungen haben, ob eine angeborene geistige Behinderung oder eine Demenzerkrankung? Diese Personengruppe ist für die Pflege eine Herausforderung, aber auch für sie selbst ist es ein enormer Einschnitt in ihre gewohnte Lebenswelt. Eine solche Bewohnergruppe hat zusätzlich zu ihren körperlichen Einschränkungen noch spezifische Anforderungen an das Pflegepersonal. In der Steiermark ist der Pflegeschlüssel sehr knapp bemessen im Vergleich zu den restlichen Bundesländern Österreichs. Es entsteht für beide Seiten, für den Betreuer und für den Bewohner, eine Situation, in der die Bedürfnisse nicht gedeckt werden können.

Aus dieser Problemstellung, welche in Zukunft immer häufiger eintreten wird, entwickelte sich die Forschungsfrage. Welche Alternativen müsste man im Berufsstand der Pflege in der Gerontologie installieren, um eine effizientere Betreuung von älteren und/oder psychisch beeinträchtigten Menschen zu erreichen?

Durch umfassende Literaturrecherche im Internet, in Fachbüchern und in Zeitschriften wurde die Thematik sehr genau erarbeitet und ein strukturierter Aufbau der Arbeit folgte. Die demographische Entwicklung Österreichs wird thematisiert, ebenso das Berufsbild der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester, des

² vgl. Cserjan 1990, S.11

Pflegehelfers, des Fachsozialbetreuers und der Heimhilfe. Das Krankheitsbild der Demenz wird besprochen sowie das Pflegemodell, bzw. die Philosophie der Eden-Alternative. Aus dieser wird eine genaue Beschreibung des Lebensassistenten erarbeitet.

2 Demographische Entwicklung

Dass die Menschen in Österreich immer älter werden, und dass es zu einem Geburtenrückgang gekommen ist, wird uns durch diverse Medien vermittelt.³ Doch welche Auswirkungen dieser Trend auf die Menschen, bzw. auf das Älterwerden und in weiterer Folge auf das Altsein hat, kann noch nicht konkret vorher gesagt werden. Man befasst sich damit nicht, denn es berührt den Einzelnen in seiner jetzigen Situation nicht. Sollte es aber!

Im nachfolgenden Kapitel werden die Tendenzen der Bevölkerungszunahme und deren Abnahme in der Vergangenheit erläutert. Die aktuelle Situation wird genauer betrachtet und ein Ausblick in die Zukunft wird gemacht. Weiters wird kurz versucht zu erklären, welche Auswirkungen diese Entwicklungen haben können.

2.1. *Bevölkerungsentwicklung – geschichtlicher Aspekt*

Heute dürfen sich etwas mehr als 8 Millionen stolz „Österreicher/in“ nennen, vergleicht man dies mit den Zahlen aus dem 18. Jahrhundert, haben sich diese vervierfacht. Betrachtet man die Zahlen des 19. Jahrhunderts, hat sich die Bevölkerung in Österreich verdoppelt. Eine gleichmäßige Zunahme der Einwohner von Österreich gab es nicht. Zeitintervalle, in denen ein großes Wachstum stattfand, löste ein Intervall mit niedrigerer Zunahme der Bevölkerung ab und umgekehrt.

Relativ langsam nahm die Zahl der Einwohner im 18. und 19. Jahrhundert zu. Dieses Wachstum begann 1820, welches bis in das späte 19. Jahrhundert und in das

³ vgl. Haberfellner et al. 2009, S. 7

frühe 20. Jahrhundert andauert. Dazu kam es, da die Geburtenraten nicht abnahmen, die Sterblichkeitsrate hingegen sank, da man sich mit der Persönlichkeits- und Öffentlichkeitshygiene auseinandersetzte. Weiters hatte eine enorme Zuwanderung ihren positiven Effekt. Durch die Monarchie in Wien, welche sich im industriellen Aufschwung befand, kam es zum Zuzug. Zum Vergleich, im Jahr 1910 lebten im Gebiet des heutigen Österreich bereits 6,6 Millionen Menschen, davon waren alleine in Wien 2,1 Millionen angesiedelt.⁴

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts sank die Geburtenrate leicht, in weiterer Folge jedoch sank diese immer mehr. Der Grund hierfür war der Zerfall der Donaumonarchie. Die Zuwanderung aus dem heutigen Osten Österreichs fand daher ein schnelles Ende. Nach dem Ersten Weltkrieg 1918 entstand die Republik Österreich, welche keinen wirtschaftlichen Aufschwung hatte. Die Donaumonarchie ist zerschlagen, Personen aus der Tschechoslowakei und Polen kehren zurück in ihre Heimat. Dies betraf besonders Wien und Niederösterreich. Als Burgenland Anschluss an Österreich fand (1921), kam es zu einer größeren Rückwanderung von ungarischen Beamten, Postbediensteten, Eisenbahnern etc. aus dieser Region nach Ungarn. Die Emigration aus politischen und religiösen Gründen fand 1933/1934 statt. Zu Beginn betraf es illegale Nationalsozialisten, dann die Sozialdemokraten sowie die Kommunisten.

Zu Beginn des 2. Weltkrieges (1938/39) wurden sehr viele Menschen vertrieben. Es folgten die systematischen Deportationen und Ermordungen von ca. 170.000 österreichischen Juden. Weiters kam es zu einem Bevölkerungsverlust während des Krieges durch gefallene Soldaten und durch die zivilen Opfer, welche durch die Bombenangriffe ihr Leben verloren sowie durch Vertreibung. Trotzdem war zwischen 1939 und 1951 ein Anstieg der Bevölkerung zu vermerken. Zu dieser Zeit lebten 6,9 Millionen Menschen in Österreich. Der Grund war der Baby-Boom während der ersten Kriegsjahre, sowie der Zuzug von Heimatvertriebenen und

⁴ vgl. Statistik Austria, 2007

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerungsveraeanderung_nach_komponenten/023289.html (Stand: 2010-06-30)

Ostflüchtlingen (420.000 Menschen) in den Jahren 1945/48. Die Einwohnerzahl in den 50er Jahren stieg hingegen nur sehr langsam. Es war zwar eine steigende Geburtenrate zu verzeichnen, aber der sehr hohe Anteil der Auswanderung ließ sich damit nicht merklich decken. 1960 lebten in Österreich sieben Millionen Menschen. Um 500.000 Menschen stieg die Bewohnerzahl in den 60er Jahren durch die Anwerbung von ausländischen Arbeitskräften und deren Familien. Der Baby-Boom der 60er Jahre war ebenfalls ein gewichtiger Grund dafür. 1963 wurden 135.000 Kinder in Österreich geboren. Dieses Intervall von starker Bevölkerungszunahme endete in den frühen 70er Jahren. Es folgte ein starker Geburtenrückgang, gleichzeitig verloren sehr viele ausländische Arbeitskräfte durch die wirtschaftlichen Stagnationsjahre nach 1973 ihren Arbeitsplatz und kehrten in ihre Heimat zurück. Deshalb gab es in Österreich Mitte der 80er Jahre weniger Einwohner als 10 Jahre zuvor.⁵

Dass die Bevölkerungszahl in den 90er Jahren stieg, obwohl ein Rückgang der Geburten zu verzeichnen war, lässt sich damit erklären, dass es einen sehr großen Anteil von Zuwanderung gab. Dies lässt sich auf die Öffnung der Ost-West-Grenzen zurückführen. Weiters gab es Ende der 80er Jahre eine große Nachfrage an Arbeitskräften. Die Osteuropäer übersiedelten daraufhin gerne in den wohlhabenden Westen. Aber auch der Krieg im ehemaligen Jugoslawien und die damit verbundene Flüchtlingswelle (1990 – 1996) brachten 300.000 Menschen nach Österreich. Weiters kam es zu Unruhen im Kosovo, wodurch Österreich wieder verpflichtet war, Flüchtlinge aufzunehmen. Diese Zahl war aber nicht so beträchtlich, da eine größere Entfernung vorhanden ist.⁶

Die Folge der gesetzlichen Regelung (Aufenthaltsgesetz, Fremden-gesetz, Asylgesetz, Ausländerbeschäftigungsgesetz) ist darin zu spüren, dass jährlich immer weniger Zuwanderergewinne zu verzeichnen sind. Weiters spürt man ebenso seit

⁵ vgl. Tazi-Preve et. al. 1999, S. 11f

⁶ vgl. Forster et al. S. 4

1993 die stetig sinkende Geburtenzahl. Nur 68.000 Menschen gab es in Österreich 1998 mehr als 1994.⁷

2.2 Aktuelle Situation

Zum 1.1. 2009 leben in Österreich genau 8.355.260 Millionen Menschen. Im Vergleich zu 2008 sind dies um 36.668 Menschen mehr. Dies ist ein Bevölkerungszuwachs von 0,4%, entstanden durch Einbürgerungen (34.436 Menschen) und zu einem kleinen Teil aus einer geringen Steigerung der Geburtenrate (+ 2.699 Personen). Es gibt im Staat Österreich auch geographische Unterschiede. Sehr deutlich zeigt sich ein West – Ost Gefälle. Der Westen Österreichs erlebte einen größeren Zuwachs als der Osten. Dieser Bevölkerungszuwachs kommt einerseits vom Geburtenüberschuss und andererseits von internationaler Zuwanderung. Der Osten hingegen verzeichnet ausschließlich eine positive Zuwanderung, die das Geburtendefizit übersteigt. Blickt man auf kleinere, geographische Einheiten, so sieht man, dass im Umland von Städten die meisten Zuwächse zu vermerken sind, auch die Kernstädte konnten ein Bevölkerungswachstum verzeichnen, z. B. erfuhr Wien den stärksten Einwohnerzuwachs mit plus 0,7%. Dem Bundesland Burgenland erging es ähnlich. Der Süden Österreichs (die Steiermark und Kärnten) sowie das Grenzland im nördlichen Niederösterreich weisen einen Bevölkerungsrückgang auf, in Kärnten z. B. betrug das Wachstum 0,1%.⁸

Bei einer Bevölkerung von 8.355.260 Millionen Menschen gibt es sehr viele Unterschiede. Nicht alle Menschen sind in Österreich geboren und nicht alle sind Österreicher/innen. 870.704 Menschen lebten am 1. Jänner 2009 in Österreich, welche

⁷ vgl. Tazi-Preve et. al. 1999, S. 13

⁸ vgl. Wisbauer 2009, S. 9, 18f

eine ausländische Staatsbürgerschaft hatten, jedoch ihren Hauptwohnsitz innerhalb Österreichs besitzen, dies sind 10,4% der Gesamtbevölkerung. Ein Plus von 35.522 Menschen im Vergleich zu 2008. 37,4% davon kommen aus dem EU Raum, davon sind 41.356 Personen aus Bulgarien und Rumänien, dies ist die größte Zuwanderungsgruppe. 8.390 Personen am 1. Jänner 2009 kommen aus der Schweiz und aus dem europäischen Wirtschaftsraum (+3%).⁹

77.752 Lebendgeborene gab es im Jahr 2008, das sind österreichweit um 1.502 Geburten mehr als im Jahr 2007. Betrachtet man diese Zahl in den einzelnen Bundesländern, so zeigt sich, dass es in Niederösterreich ein Plus von 3,4% gab, dieses Bundesland weist auch die größte Zahl der Geburten auf. Hingegen wurde im Süden Österreichs nur ein Plus von 0,3% verzeichnet. 75.083 Personen sind verstorben, das bedeutet im Gesamten eine positive Bevölkerungsentwicklung. Betrachtet man auch hier wieder die Zahlen in den einzelnen Bundesländern, kann man erkennen, dass z. B. in Salzburg ein leichter Rückgang (-2,4%) der Sterberate zu erkennen ist, hingegen sind in der Steiermark mehr Menschen als im Jahr 2008 verstorben, man verzeichnet hier ein Plus von 2,9%. In den restlichen Bundesländern waren nur geringe Veränderungen zu bemerken. Da die Summe der Geburtenzahl die Summe der Sterbefälle übersteigt, ist ein Plus von 2.669 Personen zu verzeichnen. Damit ist das fünfte Mal in Folge eine positive Bevölkerungsentwicklung zu verzeichnen.¹⁰

Es sind also demographische Altersveränderungen in Österreich zu sehen. Dies lässt sich auf drei Gründe zurückführen: die verminderte Geburtenrate, die höhere Lebenserwartung und die Zuwanderungen. Diese drei Gründe haben unterschiedlich großen Einfluss, wobei die Geburtenrate den größten Einfluss besitzt und dagegen der Anteil der älter werdenden Menschen, bzw. die Lebenserwartung der Menschen in Österreich zunimmt. Die Sterblichkeit bei den Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist sehr stark zurückgegangen. Durch die Migrantinnen/innen, wel-

⁹ vgl. Wisbauer 2009, S. 31

¹⁰ vgl. Wisbauer 2009, S. 19f

che mehr als ein Kind gebären, lässt sich eine Verjüngung dieser Struktur feststellen. Längerfristig gesehen hat dies aber keine bedeutende Auswirkung auf die sich verändernde Altersstruktur in Österreich. Das Durchschnittsalter in Österreich ist mit 1.1.2009 bei 41,2 Jahren. Das höchste Durchschnittsalter verzeichnet das Burgenland mit 43,2 Jahren. Das nördliche Wald- und Weinviertel sowie weite Teile der Obersteiermark und des niederösterreichischen Berglandes sind bei den demographisch ältesten Regionen Österreichs zu finden. Hier ist der Grund sehr eindeutig. Zum einen nimmt die Geburtenrate stark ab und zum anderen ist ein negativer Wanderungsprozess im Gange. Das westliche Österreich zählt hingegen zu den demographisch jüngsten Regionen. Durch die relativ hohe Geburtenrate liegt das Durchschnittsalter in Vorarlberg bei 39,2 Jahren sowie in Tirol bei 40,1 Jahren, also deutlich unter dem österreichischen Durchschnittswert. 17,4% der in Österreich lebenden Menschen waren am Stichtag 65 Jahre oder älter. Das Burgenland hat den höchsten Anteil aller Bundesländer, nämlich 19,6%. In der Steiermark, in Kärnten und in Niederösterreich lag die Zahl von älteren Menschen über dem Durchschnittswert. Im westlichen Österreich und in der Bundeshauptstadt blieb die Zahl der 65-jährigen Menschen und älter unter dem Durchschnitt. Vorarlberg verzeichnet 14,9%. Regionen der Obersteiermark (Bezirk Leoben und Mürzzuschlag) und Regionen im Waldviertel (Bezirk Gmünd) verzeichnen mit rund 23% bis 24% den höchsten Anteil von Personen, welche 65 Jahre alt sind oder älter. Imst (13,4%) und Feldkirch (13,9%) haben hingegen einen Wert unter dem österreichischen Durchschnittswert.¹¹

¹¹ vgl. Wisbauer 2009, S. 28ff, S. 31

2.3 Zukunftsperspektive

Die Zahl der Kinder unter zwei Jahren wird stetig abnehmen. Die Geburtenrate wird längerfristig sinken, nach dem Jahr 2020 wird die Zahl deutlich zurückgehen. 2030 schätzt man, wird die Zahl der in Österreich lebenden Kinder unter zwei Jahren nur mehr 207.000 betragen. Eine noch stärkere Abnahme zeigt sich bei Kindern von 3- bis unter 6 Jährigen. 2030 geht man davon aus, dass es in Österreich nur mehr 216.000 Kinder sein werden und 2050 nur mehr 190.000 Kinder. Auf lange Sicht bedeutet dies einen Rückgang von mehr als 25%. Bei Kindern im Alter von 6 bis unter 10 Jahren ist ein noch stärkerer Rückgang zu erwarten. Man erwartet in den nächsten 10 Jahren einen Rückgang von 15%, 2030 wird die Zahl der 300.000 um 20% gesunken sein. Bis 2050 ist ein Rückgang von 30% (266.000) zu erwarten. Im Alter von 10 bis 13 Jahren gab es 2001 381.000 Kinder. Zum Jahr 2010 war dieses Niveau um 10% gesunken. Dies bedeutet, dass die Zahl der Unterstufenschüler auf 274.000 sinken wird. Jugendliche werden Menschen im Alter von 14 bis 17 Jahren bezeichnet, ab dem Jahr 2008 ist ein starker Rückgang in dieser Altersklasse zu bemerken. Bei jungen Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) zeigt sich, dass ein Teil schon aktiv am Arbeitsmarkt beteiligt ist, während andere noch zur Schule gehen. In diesem Alter kommt es am häufigsten zur Haushalts- und Familiengründung. Waren es im Jahr 2001 1,21 Millionen Menschen, so wird es bis 2011 einen leichten Anstieg geben, danach jedoch wird auch hier eine sinkende Zahl festzustellen sein. Bis 2030 geht man davon aus, dass es 1,06 Millionen Menschen sein werden. Ein Minus von 12% bis 2030, bis 2050 erwartet man ein Minus von 18% (990.000 Menschen). Im Alter von 30 bis 54 Jahren steht man im Erwerbsalter. Diese Altersschicht wird noch ca. 5 Jahre zunehmen, aber auch dann wird sich hier eine rückläufige Tendenz entwickeln. 2001 waren es 3,03 Millionen Menschen, bis 2050 werden es 2,48 Millionen Menschen sein. Der Stand der späten Erwerbstätigen, bzw. der frühen Pensionisten (55 bis 64 Jahre) ist stetig im Steigen begriffen (2001 – 911.000 Menschen; 2015 – 1,06 Millionen Menschen; 2025 – 1,28 Millionen Menschen). Ab dem Jahr 2035 wird die Zahl dieser Altersgruppe wieder sinken, sie wird aber die aktuelle Größe nicht wieder erreichen. Diese Altersschicht wandelt sich am stärksten, da die Politik über kurz oder lang eine Änderung des Pensionssystems bzw. des Pensionsantrittsal-

ters anstreben wird. Eine Verschiebung nach hinten des „in den Ruhestand Gehens“ wird erfolgen. Das bedeutet, dass die Menschen länger erwerbstätig sein werden. Im Jahr 2025 ist die Generation des Baby-Booms im Alter des Pensionsantrittes. Die jungen Alten (65 bis 79 Jahre) werden mehr, sie erfreuen sich guter medizinischer Versorgung und haben einen gewissen Wohlstand, daher werden sie für Politik und Wirtschaft von Interesse werden. Man kann sehen, dass diese Altersgruppe seit 2005 stetig steigt, 2008 waren es 1,05 Millionen Menschen, 2037 werden es 1,63 Millionen Menschen sein, damit erreicht sie ihr historisches Maximum. Bis 2050 glaubt man, wird sich diese Zahl wieder in der Größenordnung des Jahres 2030 einpendeln.¹²

Die Gruppe der hochbetagten Menschen, 80 Jahre und älter, wird in den kommenden Jahren und Jahrzehnten am stärksten wachsen. Dieser langfristige Anstieg entsteht durch den kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung, die Geburtenjahre, besonders die Männer der 40er Jahre waren nicht mehr vom Krieg betroffen. Das gewaltige Wachstum lässt sich durch die Zahlen der vergangenen Jahre erkennen. So waren es 2003 in Österreich 325.000 Menschen, eine Zunahme im Vergleich zu 2001 um 11%. Dieser Trend wird sich bis 2015 fortsetzen. 2015 geht man davon aus, dass in Österreich 412.000 Menschen im hochbetagten Alter leben werden, ein Plus von 40% im Vergleich zu den Zahlen aus dem Jahr 2001. Man nimmt an, dass es 590.000 Menschen im Jahr 2030 sein werden, doppelt so viele wie 2000. Bleibt dieser Trend gleich, werden es bis 2050 959.000 Menschen sein, das sind drei Mal mehr als 2001 und ergibt ein Plus von 22,6%.¹³

¹² vgl. Hanik et. al.2003, S.26ff

¹³ vgl. Hanik et. al. 2003, S. 29

2.4 Zusammenfassung und Ausblick

Wie man lesen konnte, gab es im 18. und 19. Jahrhundert ebenso Intervalle, in denen es zu einer Zunahme der Bevölkerungszahl (beginnende Industrialisierung, Baby-Boom) sowie auch eine Abnahme der Bewohner von Österreich (Krankheiten, Kriege) gab. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es kurzfristig zu einer größeren Zahl der Geburtenrate, diese stagnierte aber ziemlich rasch wieder. Zur Zeit ist zu erkennen, dass die Einwohnerzahl nicht mehr in diesem Ausmaße wächst wie z. B. in den 60er Jahren. Forscher glauben, dass in 20 Jahren diese Zahl wieder abnehmen wird.

Es lässt sich der Trend erkennen, dass die Lebenserwartung auf Grund unserer alltäglich gewordenen Hygiene und durch unser bestehendes hervorragendes Gesundheitssystem steigt. Auf der anderen Seite werden weniger Kinder geboren. Dies hat zur Folge, dass es in 20 Jahren weniger Arbeitnehmer geben wird. Jedoch gibt es mehr Menschen, die Pensionen beziehen. Der Generationenvertrag wird sich kaum mehr halten können. Durch das rasche Wachsen der älteren und hochbetagten Generation wird es zu einer Herausforderung für das Gesundheitssystem und für die Pensionspolitik kommen. Es müssen immer weniger junge Menschen für immer mehr Alte aufkommen. Der Generationenvertrag lässt sich nicht mehr halten. Er hat keine Wirkung mehr. Dies zeigt, dass Österreich die Zuwanderer benötigt, auch wenn diese den Trend des Älterwerdens nicht aufhalten können. Durch das Fortschreiten der Medizin sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie die cancerogenen Erkrankungen nicht mehr Todesursachen, sie können sehr gut therapiert, bzw. geheilt werden. Dafür haben die chronisch-degenerativen Erkrankungen zugenommen. Durch diesen Trend steigt die Nachfrage an Pflegeleistungen (Hauskrankenpflege, 24-h-Betreuung, Heimplätze). Diese Herausforderung wird im gesamten Pflegeberuf kostspielig, denn das familiäre Netzwerk, wie vor 20 Jahren noch die Großfamilien, gibt es nicht mehr. Der Großfamilienverband war für das Gesundheitssystem eine große finanzielle Hilfe, denn solche

Netzwerke sind im Verschwinden. Die professionelle Pflege hat den Platz der Großfamilie übernommen, doch diese muss finanziert werden.¹⁴ Die Finanzierung der öffentlichen Gesundheits- und der Altenpflegesysteme ist nicht immun gegen die kommenden demographischen Veränderungen. Man kann nachweisen, dass es ca. ab dem 50. Lebensjahr einen stetigen, bzw. rasanten Anstieg bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf gibt. Ebenso sind die Ausgaben im Gesundheitsbereich, speziell für den Bereich der Pflege, im Steigen begriffen. Besonders hoch sind die Ausgaben im Bereich der Generation 80+. Aber gerade in dieser Altersgruppe ist eine enorme Zunahme zu erwarten.¹⁵

Weiters stellt sich die Frage: Wie soll die professionelle Pflege in der Zukunft aussehen? Was kann und muss getan werden, damit sich ältere und hochbetagte, chronisch-degenerativ erkrankte Menschen in einer für sie komplett ungewohnten Umgebung wohl fühlen können, sich geborgen fühlen können, zu Hause sein zu können?

¹⁴ vgl. Hanika et al. 2003, S.30f

¹⁵ vgl. Part 2002, S. 22

3 Berufsbilder

Vergleicht man internationale Studien, so kann man sehr klar erkennen, dass der Dienstleistungsbetrieb „Pflege“ in einem sehr engen Wechselspiel zwischen den Kunden und den Leistungserbringern steht. Die Mitarbeiter der Pflege sollten sich mit ihrer Arbeit identifizieren können, um eine authentische Pflege, bzw. Betreuung erbringen zu können. Es wird am Menschen gearbeitet, das bedeutet, dass man mit ihm ein Stück seines Lebensweges geht und dieses mit gestaltet.¹⁶

Spezifische Merkmale eines Berufes werden in den Berufsbildern beschrieben. Dadurch wird die Abgrenzung zu anderen ähnlichen Berufen aufgezeigt. Die Pflege hatte sehr lange den Ruf eines Heilberufes, den Ruf des Dienens. Für alle Berufsgruppen in der Pflege bedeuten ihre Berufsbilder das Hervorheben ihrer Eigenständigkeit.¹⁷

3.1. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege

Das Berufsbild der diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester ist in Österreich im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) festgehalten. Im §11

¹⁶ vgl. Zechner et al. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2010,

<http://www.bmwfj.gv.at/Familie/VereinbarkeitVonFamilieUndBeruf/Documents/Leitfaden%20-%20Altenpflege.pdf>, (Stand: 2010-11-09)

¹⁷ vgl. Nee Altenpflegeschüler <http://www.altenpflegeschueler.de/ausbildung/berufsbild.php> (Stand: 2010-11-09)

GUKG ist das allgemeine Berufsbild nieder geschrieben. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege umfasst all jene Tätigkeiten, die direkt am Menschen, bzw. welche indirekt am Menschen ausgeführt werden. Augenmerk soll vermehrt auf die gesundheitsfördernden Maßnahmen gelegt werden. Unter anderem ist ein vermehrter interdisziplinärer Bereich zu fördern, um eine umfassendere Betreuung der Klienten zu ermöglichen. Im Detail bedeutet dies, dass der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Pflicht hat, gesundheitsfördernde, präventive, diagnostische, therapeutische und rehabilitative Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit sowie Verhütung von Krankheiten durchzuführen. Diese Maßnahmen sind all jenen zuzuführen, welche diese benötigen, ganz gleich welchen Alters, welcher Herkunft, welcher zugrunde liegenden Erkrankung (körperlich und psychisch), welcher Behinderung, ob schwerkrank, bzw. sterbend. Die Mitwirkung an rehabilitativen Maßnahmen, der primären Gesundheitsversorgung, der Förderung der Gesundheit und der Verhütung von Krankheit im intra- und extramuralen Bereich, gehört ebenso zu den Tätigkeiten des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege wie auch die Mitarbeit bei diagnostischen und therapeutischen Arbeiten auf ärztliche Anordnungen.¹⁸

3.2. Pflegehilfe

Im Gesetzblatt für Gesundheits- und Krankenpflege ist in den §§ 82 bis 84a genau beschrieben, welche Aufgaben der Pflegehilfsdienst zu übernehmen hat. Im Vergleich zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kann die Pflegehilfe nur teilweise selbstständig arbeiten, da sie vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege angeleitet wird. Die Pflegehilfe darf nur nach An-

¹⁸ vgl. Allmer 2010, <http://www.medizinrecht-pflegerecht.com>, (Stand: 2010-11-09)

ordnung und unter Aufsicht des diplomierten Fachpersonals arbeiten. Es soll jedoch zum Ausdruck gebracht werden, dass es sich um einen qualifizierten Beruf zur Unterstützung und Hilfe anderer Gesundheitsberufe, hauptsächlich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege handelt. Zum Aufgabenbereich der Pflegehilfe zählen die Durchführung von Grundtechniken der Pflege sowie der Mobilisation, die Körperpflege und die Ernährung, die Krankenbeobachtung, prophylaktische Maßnahmen, Dokumentation der durchgeführten Pflegemaßnahmen und die Pflege, Reinigung und Desinfektion von Behelfen (z. B. Steckbecken). Diese Tätigkeiten können unter besonderen Umständen auch ohne Aufsicht durchgeführt werden, wenn der Gesundheitszustand des pflegebedürftigen Menschen diese Tätigkeiten zulassen und wenn die Anordnung schriftlich erfolgt ist. Unter „Aufsicht“ versteht man nicht die ständige Anwesenheit von diplomiertem Personal, sondern die Anwesenheit eines diplomierten Fachpersonals innerhalb der selben Organisationseinheit. Auch ein Arzt kann eine Anordnung geben, hier besteht jedoch für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege die Aufsichtspflicht. In weiterer Folge muss sich auch der Arzt vergewissern, dass die Pflegehilfe für die angeordnete Tätigkeit das Wissen und das Können besitzt.

Die Pflegehilfe arbeitet auch bei therapeutischen und diagnostischen Verfahren mit. Auch hier besteht wieder die Anordnungs- und Aufsichtspflicht durch den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege oder des Arztes. Dies bedeutet, dass der/die Pflegehelfer/in Arzneimittel verabreichen, Verbände und Bandagen anlegen, subkutan Insulininjektionen und subkutan Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln einschließlich Blutentnahme aus der Kapillare zur Bestimmung des Blutzuckerspiegels mittels Teststreifens, bei liegender Magensonde die Ernährung durchführen, die Krankenbeobachtung (Messen von Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht und Ausscheidungen, Beobachtung der Atmung und Bewusstseinslage) durchführen und einfache Wärme- und Lichtanwendungen

durchführen darf. Die Ausbildung zum/r Pflegehelfer/in dauert ein Jahr. In diesem Jahr werden 800 Unterrichtseinheiten Theorie absolviert und 800 Stunden Praxis.

Der selbstständige Tätigkeitsbereich der Pflegehilfe umfasst die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sowie die soziale Betreuung.¹⁹

3.3. Fachsozialbetreuer im Schwerpunkt Altenarbeit

Die Berufsgruppe des Fachsozialbetreuers im Schwerpunkt Altenarbeit hat eine umfangreiche Ausbildung im Bereich der sozialen Kompetenzen. Dazu zählen unter anderem die Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung, Sozialbetreuung, humanwissenschaftliche Grundbildung, Persönlichkeitsbildung, etc. Im steirischen Sozialbetreuungsberufegesetz liest man, dass es sich um ausgebildete Fachkräfte handelt. Diese sind so ausgebildet, dass sie Menschen in verschiedenen Facetten des Lebens begleiten können, ihnen eine große Palette von Möglichkeiten der Hilfestellung und Unterstützung anbieten können, auch in allen Fragen der Daseinsgestaltung, der Alltagsbewältigung und auch in der Sinnfindung Hilfestellungen bieten können. Im Vordergrund steht eine ganzheitliche Begleitung mit Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der zu betreuenden Person. Dadurch ergibt sich eine verbesserte Lebensqualität. Sie bindet alle Bezugspersonen mit ein und erhält soziale Kontakte nach außen. Sie stellt Verbindungen zu den benötigten Ämtern, Ärzten, Therapeuten etc. her. Der Fachsozialbetreuer arbeitet nach drei Grundsätzen:

1. Normalisierung der Lebensbedingungen
2. Integration

¹⁹

vgl.

Bundeskanzleramt

2010,

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (Stand: 2010-11-16)

3. Selbstbestimmung

Der Fachsozialbetreuer verfügt über die Kenntnisse und das Können einer Pflegehilfe nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Es sind 1200 Unterrichtseinheiten Theorie und 1200 Stunden Praxis zu absolvieren. Er steht wie die Pflegehilfe unter Aufsicht und Anordnung, hat aber einen eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich. Dieser beinhaltet die präventiven, unterstützenden, aktivierenden, reaktivierenden, beratenden, organisatorischen und administrativen Maßnahmen zur täglichen Lebensbewältigung. Er geht auf körperliche, seelische, soziale und geistige Bedürfnisse und Ressourcen ein, gibt Hilfen zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten für ein möglichst selbstständiges und eigenverantwortliches Leben im Alter, individuelle Begleitung bei der Sinnfindung und Neuorientierung in der Lebensphase Alter, Unterstützung bei der psychosozialen Bewältigung von Krisensituationen, Entlastung, Begleitung und Anleitung von Angehörigen und Laienhelfern/Laienhelferinnen und Begleitung von Sterbenden und deren Angehörigen.²⁰

3.4. *Heimhilfe*

Diese betrifft Menschen aller Altersstufen, die durch gesundheitliche Beeinträchtigung durch ihr Alter oder sozial schwierige Umstände nicht in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, die jedoch in ihrer Wohnung bleiben möchten oder in einer

²⁰

vgl.

Bundeskanzleramt

2010,

http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrStmk&Dokumentnummer=LRST_9200_011

(Stand: 2010-11-16).

betreuten Wohngemeinschaft leben wollen. Diese werden durch eine/n Heimhelfer/in bei der Haushaltsführung und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens durch Unterstützung und Hilfe bei den Eigenaktivitäten sowie bei der Selbstständigkeit gefördert, bzw. gefordert. Die Heimhilfe ist also als eines der wichtigsten Bindeglieder zwischen der betreuenden Person, deren sozialem Umfeld und allen anderen Bezugsgruppen zu sehen. Sie arbeitet mit der Hauskrankenpflege und anderen mobilen Betreuungsdiensten im Team zusammen. Die Eigenverantwortung der Heimhilfe im Rahmen des Behandlungsplanes ist im hauswirtschaftlichen Bereich angesiedelt. Aber auch hier ist sie an die Anordnungen, bzw. an die Wünsche der zu betreuenden Person gebunden und auch an die Angehörigen von Sozial- und Gesundheitsberufen. Bei der Basisversorgung und der Einnahme sowie der Anwendung von Arzneimitteln wirkt die Heimhilfe unterstützend ein. Zu den Aufgaben zählen, wie schon genannt, die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (besonders Sauberkeit und Ordnung in der Wohnung), Beheizen der Wohnung sowie Heranschaffen des Brennmaterials, Hilfe und Unterstützung bei diversen Besorgungen außerhalb der Wohnung (Einkaufen, Post, Behörden, Apotheke, div. Termine vereinbaren und einhalten etc.), Hilfestellungen beim Kochen sowie bei der Einnahme der Mahlzeiten, einfache Aktivierungen (z.B. Beschäftigungsmöglichkeiten), Fördern und Erhalten der sozialen Kontakte, hygienische Maßnahmen (die Wäsche), Beobachten des Allgemeinzustandes und rechtzeitige Hilfe von anderen Berufsgruppen anfordern, Hilfestellung für das Pflegepersonal und die Dokumentation. Der Beruf der Heimhilfe darf nur im Rahmen einer Einrichtung, eines Vereines, ausgeübt werden. Der theoretische Teil der Ausbildung richtet sich nach der Unterstützung bei der Basisversorgung nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. Es sind hier 200 Unterrichtseinheiten Theorie und 200 Stunden Praxis zu absolvieren.²¹

²¹ vgl. Allmer 2010 <http://www.medizinrecht-pflegerecht.com/Berufsrecht/Sozialbetreuung/Steirisches%20Sozialbetreuungsberufegesetz.pdf>
(Stand: 2010-11-17)

3.5 Zusammenfassung

Um das Wohl von pflegebedürftigen Menschen sind vier Berufsgruppen bemüht. Der gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, die Pflegehilfe, der Fachsozialbetreuer im Schwerpunkt Altenarbeit und die Heimhilfe. Jede Berufsgruppe hat ihre Schwerpunkte. So liegt das Hauptaugenmerk der Heimhilfe im Bereich der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, z.B. ist sie für die Wäschegebarung verantwortlich. Das diplomierte Fachpersonal hat seinen Schwerpunkt in der Organisation der Pflege und der Kooperation mit dem medizinischen Personal, aber immer in Rücksprache mit dem Bewohner, da seine Wünsche und Bedürfnisse an oberster Stelle stehen. Die Pflegehilfe wirkt direkt am Bewohner, sie ist für die Durchführung der geplanten Pflege verantwortlich. Sie ist in engem Kontakt mit dem diplomierten Personal und den Angehörigen. Der Fachsozialbetreuer im Schwerpunkt Altenarbeit hat zusätzlich zu den Tätigkeitsbereichen der Pflegehilfe noch eine erweiterte Ausbildung im sozialen Bereich. Diese vermittelt ihm einen qualifizierten Umgang mit sozialen und emotionalen Krisen. Er steht ebenfalls in engem Kontakt zum gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege und den Angehörigen. Was allen vier Berufen gleich ist, ist, dass die Wünsche und Bedürfnisse des Pflegebedürftigen höchste Priorität haben. Der gesamte Mensch steht im Mittelpunkt.

4 Die Demenzerkrankung

Das Meer erlebt Ebbe und Flut, stille und aufgebrauchte Zeiten. Das Wasser steigt rasant mit hohen Wellen, es scheint unbändigbar zu sein. Die Flut steigt langsam, sie wird kaum wahrgenommen. Langsam, aber stetig steigt die Zahl der Demenzerkrankungen. Wenn man Forschern Glauben schenken darf, so wird dies wahrscheinlich auch in der Zukunft nicht anders sein. „Demenz ist primär ein Merkmal der industrialisierten Gesellschaften, wo das Bevölkerungsprofil während der vergangenen 100 Jahre immensen Veränderungen unterworfen war, in deren Verlauf der Anteil an Menschen höherer Altersgruppen erheblich zunahm.“²²

Derzeit leben in Österreich ca. 100.000 Menschen mit Demenz. 40% dieser Menschen werden in Pflegeheimen versorgt. Jährlich erkranken 25.000 Mensch in Österreich an Demenz.²³

4.1. Definitionen

Grunst und Schramm definieren die Demenz als organisch bedingten Verlust intellektueller Fähigkeiten. Es ist ein häufiges psychiatrisches Krankheitsbild mit komplexen Symptomen, 2/3 der Betroffenen sind über 80 Jahre alt.²⁴

²² vgl. Kitwood 2008, S. 17

²³ vgl. Dunzinger, <http://www.seminarhaus.stklara.at/veranst/seminarhaus/aphsymp10.htm> (Stand: 2011-06.15)

²⁴ vgl. Grunst/Schramm 2003, S. 437

„Die Kennzeichen der Demenz sind erworbene Beeinträchtigungen in verschiedenen kognitiven Bereichen. Sie stellen immer Verschlechterungen im Bereich zu den vorbestehenden kognitiven Fähigkeiten dar.“²⁵

„Verlust der intellektuellen Fähigkeiten, welche organisch bedingt ist und über Jahre fortschreitet“, wird diese Erkrankung im Buch *Altenpflege Heute* definiert.²⁶

4.2. Demenz vs. Alzheimer

Für die meisten Menschen ist eine Diagnosestellung Demenz das selbe wie die Diagnose Alzheimer. Das stimmt aber nicht. Die Diagnose Demenz wird dann gestellt, wenn der Patient deutliche Zeichen von verminderter Gedächtnisleistung, verminderten Denkmöglichkeiten und Veränderungen in seinem Verhalten zeigt. Die Demenz tritt infolge eines Krankheitsprozesses auf. Erste Anzeichen fallen primär der Familie, bzw. nahe stehenden Personen auf, diese sind meist Vergesslichkeit, besonders kurz zurückliegender Ereignisse. Der Betroffene kann einfache, alltägliche Handlungen nicht mehr korrekt ausführen. Häufig sind auch Verwirrheitszustände, Persönlichkeitsveränderungen, beeinträchtigte Urteilsfähigkeit, Verhaltensänderungen, Wortfindungsstörungen, Orientierungsschwierigkeiten in vertrauter Umgebung, Gedankenausbruch zu bemerken. Als häufige Ursache für die Demenz wird die Alzheimer-Krankheit genannt.

Hingegen sind bei der Alzheimer-Krankheit die Denkfähigkeit, das Gedächtnis und die Sprachregionen im Hirn betroffen. Der Krankheitsverlauf ist meist von langsamer, allmählicher Verschlechterung der Symptome gekennzeichnet. Eine Ursache wurde noch nicht gefunden, weiters gibt es noch keine Heilungsverfahren. Die Er-

²⁵vgl Kasper/Volz 2003, S. 38

²⁶vgl Menche et. al. 2010, S. 1035

krankung ist in jeder gesellschaftlichen Schicht zu finden, sie betrifft jedes Geschlecht, jede ethnische Herkunft und ist auf der gesamten Welt zu finden. Meist sind ältere Personen von dieser Krankheit betroffen, aber auch jüngere Menschen können daran erkranken.²⁷

4.3. Makroskopische und mikroskopische Veränderungen

Durch den Verlust von Nervenzellen werden die Symptome der Demenz-Krankheit hervorgerufen. Die Folge kann ein Verlust von bis zu 20% des Gehirnvolumens sein. Dabei vertiefen sich die Windungsfurchen an der Hirnoberfläche, weiters kommt es zu einer Erweiterung der Hirnkammern. Durch bildgebende Verfahren (Magnetresonanztomographie –MRT- oder Computertomographie –CT) kann diese Abnahme der Gehirnstruktur, wenn die Krankheit sich im mittleren, bzw. im fortgeschrittenen Stadium befindet, sichtbar gemacht werden. Diese Untersuchungsmethoden sind wichtig, um z. B. zerebrovaskuläre Krankheiten, Degeneration des Stirnhirns, die Parkinson-Krankheit oder die Lewy-Körperchen-Krankheit auszuschließen, da diese Krankheiten sehr ähnliche Symptome vorweisen.



²⁷ vgl. Dal-Bianco, <http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/alz03.htm>, <http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/alz04.htm>, (Stand: 2010-09-29)

Abbildung 2, Hirn seitlich normal, Kurt Jellinger, ICN, Wien.



Abbildung 3, Hirnatrophie bei Alzheimer, Kurt Jellinger, ICN, Wien

Auch in tiefer liegenden Hirnstrukturen kommt es zu einer Abnahme von Nervenzellen nicht nur in der Hirnrinde. Durch die abnehmende Zahl von Nervenzellen kommt es auch bei der Informationsweiterleitung und –verarbeitung zu Beeinträchtigungen, da die Anzahl der Übertragungsstellen zwischen den Nervenzellen ebenfalls abnimmt, bzw. gänzlich zerstört wird. Zeitgleich kommt es zu einer vermehrten Anzahl von Stützzellen. Diese übernehmen die Aufgabe des Bindegewebes, sie stützen, sind beim Stoffaustausch beteiligt und bei krankhaften Prozessen helfen sie beim Abbau und bei der Narbenbildung, welche einen frühzeitigen Untergang von Nervenzellen anzeigen.²⁸ Dieser Vorgang ist für den gestörten, bzw. nicht mehr vorhandenen Informationsaustausch und den daraus folgenden Gedächtnisverlust verantwortlich. Bei der Demenzerkrankung ist typisch, dass während des Prozesses des Absterbens der Nervenzelle abnorm veränderte Eiweißbruchstücke gebildet werden, welche sich in Form von Fäserchen im Gehirn ablagern. Alois Alzheimer beschrieb als Erster die degenerative Erkrankung des Gehirns, diese wurde in weiterer Folge nach ihm benannt. Er erklärte diese als Neurofibril-

²⁸ vgl. Grunst/Schramm 2003, S 2

lenbündel. Dieses Knäuel, welches im Verlauf der Erkrankung in vielen Nervenzellen nachweisbar ist, besteht aus dem Tau-Protein, dies ist ein Bestandteil des Zellskeletts. Das Protein wird jedoch mit einer Phosphatgruppe beladen, durch welche es zu einer Störung der Stabilisierungs- und Transportprozesse kommt, was letztlich zum Absterben der Nervenzelle führt.

Der zweite charakteristische, pathologische Vorgang sind Eiweiß-Ablagerungen, welche zwischen den Nervenzellen zu finden sind. Diese Plaques stört die Informationsweiterleitung. Sie findet man auch häufig in der Wand von kleinen Blutgefäßen, dadurch verschlechtert sich die Durchlässigkeit und es kommt zu einer Störung der Sauerstoff- und Energieversorgung des Gehirns.²⁹

4.4. Verlauf

Der Verlauf wird in drei Stadien eingeteilt: Anfangsstadium, moderates Stadium und schweres Stadium.³⁰

Im Anfangsstadium zeigen sich leichte geistige Defizite wie Vergesslichkeit, oder die zeitliche Orientierung bereitet Schwierigkeiten. In diesem Stadium ist ein vollständig selbstständiges Leben ohne jegliche Hilfe noch möglich.

Im moderaten Stadium sind die geistigen Fähigkeiten schon sehr weit eingeschränkt, z. B. sind die Vorschläge für Lösungsideen entweder nur mehr sehr gering möglich, oder die Lösungsvorschläge sind nicht realitätskonform. Rechenaufgaben können nicht mehr bewältigt werden, weitere Beeinträchtigung der gesamten Motorik, auch der Feinmotorik ist zu verzeichnen. Eine Bluse zuzuknöpfen bereitet erhebliche Schwierigkeiten, auf die Einnahme von Medikamenten wird ver-

²⁹ vgl. Arendt 1999

³⁰ vgl. Glaser 2007, <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/symptome/>, (Stand: 2010-09-29)

gessen, an Geburtstage kann sich der Betroffene nicht mehr erinnern. Der Betroffene hat das Gefühl für die Zeit verloren, weiß nicht mehr, wie er zu seinem Hausarzt kommt, den er bis dato immer zu Fuß und alleine aufgesucht hat. Die Artikulation bereitet Schwierigkeiten, das gesprochene Wort kann nicht mehr sinngemäß erfasst werden. Die Wertigkeit der Körperhygiene nimmt stark ab. Auf Grund der verminderten geistigen Leistungsfähigkeit werden z. B. Geldbörse oder Sparbuch nicht mehr gefunden, was zu haltlosen Beschuldigungen der nahen Angehörigen führt, es entwickeln sich Wahnvorstellungen. Diese aufgezählten Beispiele zeigen, dass ein selbstständiges Leben nur mehr eingeschränkt möglich ist.

Das schwere Stadium ist dadurch gekennzeichnet, dass der Betroffene in allen vier Qualitäten (persönlich, zeitlich, örtlich und situativ) nicht mehr, oder nur mehr sehr gering orientiert ist. Es kommt zu weiteren Einschränkungen der kognitiven Leistungen, so nimmt auch das Langzeitgedächtnis ab. Das Sprechen funktioniert nur mehr in einzelnen Wörtern. Eine Satzbildung ist nicht mehr möglich. Auch das Gesagte kann kognitiv nicht mehr verarbeitet werden und eine adäquate Antwort kann nicht mehr gegeben werden. Alltägliche Gebrauchsgegenstände werden nicht mehr erkannt, so z. B. eine Gabel, sie wird für das Kämmen der Haare verwendet. Sehr nahe stehende Angehörige werden nicht mehr erkannt.

4.5. Therapie

Die Therapie der Demenz steht auf drei Säulen: medikamentöse Therapie, ausgewählte psychotherapeutische Verfahren und soziotherapeutische Maßnahmen. Jedes dieser einzelnen Elemente hat ein anderes Ziel. Die Kombination dieser Ziele soll zu einem verlangsamten Krankheitsfortschreiten, einer psychischen Stabilität und zu einem Leben in Selbstständigkeit so lange wie möglich führen.

Die medikamentöse Therapie, Antidementiva wird zur Stabilisierung, bzw. zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung eingesetzt. Pharmakotherapeutisch werden weiters Medikamente eingesetzt, welche meist die körperliche Unruhe, Schlafstörungen und Aggressivität positiv beeinflus-

sen. Auf Depressionen, bzw. auf Wahnideen oder -vorstellungen wird ebenfalls eingegangen.

Es gibt sehr viele unterschiedliche psychotherapeutische Verfahren. Welche für den jeweiligen Patient am besten zutreffen wird individuell entschieden. Hier ist das Ziel, dass z. B. vorhandene Depressionen besprochen und behandelt werden. So kommt es zu einer psychischen Hilfestellung.

Die soziotherapeutischen Maßnahmen spezialisieren sich primär auf Motorik und Feinmotorik. Hier geht es darum, alltägliche Fertigkeiten, wie z. B. das Zuknöpfen einer Bluse, zu erhalten.³¹

4.6. Zusammenfassung

Die Demenz und die Alzheimer-Krankheit werden im Volksmund als ein und dieselbe Krankheit verstanden. Die Demenz zeigt Veränderungen im Gedächtnis, im Denken und im Verhalten. Bei der Alzheimer Krankheit sind genau so die Denkfähigkeit und das Gedächtnis betroffen, aber auch die Sprachregion erleidet Einbußen.

Die Struktur der Zelle verändert sich, da sich Eiweiße und Phosphate einlagern und es zum Absterben der Nervenzellen kommt, was durch Beeinträchtigungen im täglichen Leben sichtbar wird. Man unterscheidet drei Stadien. Im Anfangsstadium lassen kognitive Leistungen leicht nach, was aber ein selbstständiges Leben noch zulässt. Im moderaten Stadium nehmen die kognitiven Leistungen weiter ab. Es kommt zu beginnenden Einschränkungen der Motorik. Durch die Abnahme der kognitiven Leistungen wird z.B. die Geldtasche nicht gefunden und es wird der Verdacht erhoben, dass Angehörige diese entwendet hätten. Im schweren Stadium ist der Abbau der kognitiven Leistung schon so weit fortgeschritten, dass An-

³¹ vgl. Kasper/Volz 2003, S. 48f

gehörige nicht mehr erkannt werden. Die Feinmotorik hat sich schon so weit zurückgebildet, dass das Anziehen der Kleidung zu Schwierigkeiten führt, aber auch, dass sich die Betroffenen nicht mehr bewusst sind, wie eine Hose angezogen wird.

Die Therapie stützt sich auf drei unterschiedliche Ansätze: den pharmakologischen, um einem weiteren Abbau der Nervenzellen entgegenzuwirken, den psychischen, um Begleiterkrankungen wie Depressionen behandeln zu können und den soziotherapeutischen, um die Fingerfertigkeiten, bzw. Fertigkeiten, welche im Alltag benötigt werden, zu erhalten.

5 Die Eden-Alternative

Gibt man in Google das Wort „Eden“ ein, so findet man auf der ersten Seite am Schluss weitere Vorschläge, was gemeint sein könnte. Unter anderem findet man auch Verweise auf die Bibel: „Ein fruchtbarer Platz wird beschrieben dadurch, dass er wie der Garten Eden ist. (Jes 51.3)“³². Auch Suchhilfen bezüglich des grünen Daumens werden gegeben, „Garten gestalten heißt, Stimmungen entdecken und Leben erwecken.“³³. 1983 sang Nino de Angelo in seinem Lied „Jenseits von Eden“: „Wenn selbst ein Kind nicht mehr lacht wie ein Kind, dann sind wir jenseits von Eden.“³⁴ Ganz egal ob man darüber philosophiert oder beschreibt wie es nicht sein soll, jeder einzelne Mensch hat sein eigenes Sinnbild des Garten Edens. Mit dem Titel „Lasst die Welt herein - Ich möchte - Mich - Sein ©, das Eden Projekt“ wurde die ganzheitliche Sicht der Eden Philosophie am Geriatriekongress Österreich/Deutschland im Jahr 2009 in Wien von Fr. DGKS Silvia Haupt vorgetragen.³⁵

Die Eden-Alternative ist ein ganzheitliches Pflegekonzept. Aktuell steht in den Pflegeheimen das körperliche Wohl an erster Stelle (Nahrungsaufnahme, Hygiene, medizinische Maßnahmen). Selbstschädigendes Verhalten wird versucht zu unterbinden, weiters sind die täglichen Routinearbeiten so zu organisieren, dass sie reibungslos und zeitsparend durchgeführt werden können. Die finanziellen

³² vgl. Hardt/Runkel/Wandhoff 2004, http://www.bibelkommentare.de/index.php?page=dict&article_id=151 (Stand: 2010-11-29)

³³ vgl. Bielawski/König 1998, <http://www.gaertner-von-eden.de/> (Stand: 2010-11-29)

³⁴ vgl. Martens 2001, <http://www.magistrix.de/lyrics/Nino%20De%20Angelo/Jenseits-Von-Eden-26765.html> (Stand: 2010-11-29)

³⁵ vgl. Haupt 2010, http://www.pflegekongress.at/pp-praesentationen09/Lasst_die_Welt_herein_Haupt.pdf (Stand: 2010-11-29)

Aufwendungen werden versucht so gering wie möglich zu halten bzw. einzusparen.³⁶

5.1 Wie alles begann?

William H. Thomas arbeitete zu Beginn der 90er Jahre in einem Pflegeheim im Bundesstaat New York als Mediziner. Diese Einrichtung konnte in fünf aufeinander folgenden Jahren ein ausgezeichnetes Gutachten bzgl. der geforderten Qualitätsstandards vorweisen. Weshalb es zu diesen Auszeichnungen kam? „Die Begegnung mit einer älteren Bewohnerin wurde für mich zu einem Schlüsselerlebnis: Sie hatte mich gerufen, um mir einen juckenden Ausschlag am Unterarm zu zeigen. Als ich ihr Handgelenk umfasst hatte und rasch den Ausschlag als leicht mit Cortisonsalbe behandelbar einschätzte, mich bereits abgewandt hatte, schon auf dem Sprung zum nächsten Fall war, hielt die Dame meine Hand fest, zog mich zu sich und flüsterte „*Dr. Thomas, ich bin einsam.*“³⁷ Darauf folgte eine intensive Literatursuche mit dem Stichwort „Einsamkeit“ in diversen medizinischen, psychologischen und auch philosophischen Fachliteraten. Ein zufrieden stellendes Ergebnis war nicht zu verzeichnen. Hr. Dr. Thomas wurde nach langem Nachdenken bewusst, dass den Bewohnern jede erdenkliche Möglichkeit an Therapiearten geboten wird, aber trotzdem fehlt es ihnen an Zuwendung, menschlicher Nähe und Geborgenheit. Er erkannte, dass neben der Einsamkeit auch die Hilflosigkeit und die Langeweile eines der größten Probleme im Alltag sind. Das Animationsprogramm, bzw. der Inhalt, wurde von den Therapeuten geplant, die Bewohner wurden in ein

³⁶ vgl. Schroeter 2005, S. 211

³⁷ vgl. Monkhouse/Wapplinger 2003, S. #44/2003

Schema hineingepresst. Es blieb ihnen kein Freiraum für eigene Bedürfnisse und Wünsche.

1991 entwickelte Dr. Thomas mit seiner Gattin Fr. Judith Meyer-Thomas die Eden-Alternative. Der Name „Eden“ wurde bewusst ausgesucht, da mit der Inspiration der Schöpfungsgeschichte der Weg zur Vielfalt, zum Wachstum und zum stärkeren Miteinander geebnet wird. Die Eden-Alternative ist kein starres Konzept, sie ist eine Philosophie.³⁸

Die Philosophie beschäftigt sich mit dem Menschen und mit der Welt, die ihn umgibt und ihn geprägt hat und prägen wird. Jeder, der philosophiert, hat eine eigene Sicht auf die Dinge. Somit ergibt sich die Vielfalt.³⁹

5.2 Was ist die Eden-Alternative?

„Es sind nicht zuerst oder allein die medizinisch-pflegerischen Handlungen, sondern es sind die sozialen, einfühlsamen Aspekte, die zählen.“⁴⁰

Für die Eden-Alternative ist die Würde ein zentrales Thema. Diese ist unverlierbar, auch wenn ein Mensch sehr viel Hilfe benötigt, egal, in welcher Form. Grundwerte wie Autonomie, Fürsorge, Einfühlungsvermögen, Partizipation, Mit-Leid und Gegenseitigkeit sind in der Eden-Philosophie tief verankert. Es ist eine Lebensanschauung, eine Weltanschauung, die an keine Gruppierung oder Konfession gebunden ist. Es soll nur soziales Kapital geschaffen werden. Die Eden-Philosophie schließt keine Menschen aus, gleichgültig, welcher Herkunft. Es geht um das be-

³⁸ vgl. Monkhouse/Wapplinger 2003, S. #44/2003f

³⁹ vgl. Rosenberg 2002, S. 16

⁴⁰ vgl. Schröder 2010, S.0126

wusste Gestalten, die Gleichberechtigung aller, um die multikulturellen und auch die multigenerationellen Erfahrungen und um das mitgebrachte Wissen. Damit wird dem Zerfall der Gesellschaft entgegen gewirkt.⁴¹

5.3 Die drei Qualen des Alterns

Einsamkeit; Günter Radtke beschreibt diese so:

„Die Einsamkeit hat mich gelehrt, daß das Zusammensein mit anderen etwas ziemlich Schönes ist. Und das Zusammensein mit anderen hat mich gelehrt, daß die Einsamkeit etwas ziemlich Schönes ist. Und so habe ich viel Abwechslung und ein ziemlich schönes Leben.“⁴²

Einsamkeit wiegt genau so schwer wie 15 Zigaretten am Tag. 1988 wurde von drei US-Mediziner, in der Fachzeitschrift „Science“ beschrieben, dass ein Mangel an sozialen Beziehungen genauso gesundheitsgefährdend ist wie Zigarettenkonsum, Fettleibigkeit, erhöhter Blutdruck und erhöhte Blutfettwerte. Besonders hervorzuheben ist hier der Effekt im Alter. Denn Menschen, die über ein soziales Umfeld verfügen, haben eine Überlebenschance, welche um 50% erhöht ist. Die Forscher haben zwei Theorien entwickelt, um dieses Phänomen zu erklären. Zum einen die Pufferhypothese, diese verweist auf die Nützlichkeit von Familie, Freunden und Kollegen. Diese schützen vor Widrigkeiten des Lebens, z. B. durch wichtige Informationen und durch emotionale Unterstützung. Das Effektmodell

⁴¹ vgl. Gehmacher <http://www.eden-europe.net/cms/content/view/14/66/lang.german/> (Stand: 2010-12-01)

⁴² vgl. Radtke <http://www.diakonie-giessen.de/de/seniorentreff-alfred-bock-strasse.php> (Stand: 2010-11-30)

hingegen besagt, dass die Wirkung direkter ist. Ein Teil einer Gemeinschaft zu sein ist schon positiv, weil es dem Leben einen Sinn gibt, den Mitgliedern Geborgenheit vermittelt und sie zu verantwortungsvollem Verhalten anregt. Solche psychischen Empfindungen werden immer von physischen Reaktionen begleitet. Stresshormone, Immunsystem, Blutdruck und Herz - sie spiegeln das Soziale und dessen Defizite.⁴³

In den Pflegeeinrichtungen herrscht professionelle Distanz, die Eden - Alternative hingegen befürwortet eine Beziehung zu den älteren Menschen. Denn nur wer den anderen kennt, seine Geschichte kennt, versteht das Handeln, seinen Gedankenansatz und die Lebenseinstellung des Gegenübers.⁴⁴

Hilflosigkeit; was ist das genau? Jeder kennt dieses Gefühl, aber niemand kann es eindeutig definieren oder kann erklären, warum und wie es dazu kommt? Ein Beispiel: Wer schon einmal im Zirkus war, hat die riesigen Elefanten gesehen. Schaut man genau hin, erkennt man, dass diese nur an einem kleinen Pflock angekettet sind. Der ist so klein, dass ein ausgewachsener Elefant mit Leichtigkeit diesen ausreißen und sich befreien könnte. Warum tut er es nicht? Als der Elefant noch klein war, wurde er ebenfalls an diesen Pflock gekettet. Damals, als junger Elefant, versuchte er sich hundert und tausendmal von diesem Pflock und den Ketten zu befreien. Durch seine geringe Kraft blieben die Versuche erfolglos. Heute, obwohl er die Kraft hätte, probiert er es gar nicht mehr. Er ist der Annahme, dass er es nicht schaffen wird, da er es schon so oft versucht hat und nun ist er hilflos an diesen Pflock gekettet.⁴⁵

Der Elefant hat das Problem, dass er das nicht lösen zu können glaubt. Den Bewohnern in diversen Pflegeeinrichtungen geht es nicht anders. Sie versuchen,

⁴³ vgl. Czepel R, (2010) science.ORF.at <http://science.orf.at/stories/1655252/> (Stand:2010-11-30)

⁴⁴ vgl. Keusch 2008, S 12f

⁴⁵ vgl. Wolf <http://www.lebenshilfe-abc.de/hilflosigkeit.html> (Stand: 2010-11-30)

wenn sie eingezogen sind, noch diverse Tätigkeiten selbst zu erledigen. Doch werden ihnen diese mit der Zeit abgenommen, da sie zu langsam sind oder nur mehr einen Teil der auszuführenden Tätigkeit imstande sind zu tun und deswegen übernimmt die Schwester die gesamte Arbeit, oder aber auch die Schwester kann nicht zuschauen, wie sehr sich der Bewohner dabei anstrengen muss.⁴⁶

In Tiermodellen wird widergespiegelt, was auch bei uns Menschen passiert. Man hat Hunde in eine akute, plötzliche Stresssituation versetzt und dies in unregelmäßigen Abständen immer öfter. Nach einer gewissen Zeit haben die Hunde nicht mehr versucht, dem Stress zu entkommen. Es zeigte sich, dass sie an Körpergewicht abnahmen, hatten eine verminderte Libido und wiesen eine Hypercortisolämie auf. Diese Symptome waren aber, wie beim Menschen, durch antidepressive Therapie und Verhaltenstherapie wieder rückgängig zu machen.⁴⁷

Jeder Mensch möchte morgens aufwachen und das Gefühl haben, noch gebraucht zu werden, für etwas gut zu sein. Die Eden-Alternative gibt alten Menschen die Möglichkeit, noch etwas tun zu können, indem sie z. B. Pflanzen pflegen oder auch Tiere. Sie übernehmen eine Aufgabe und haben dadurch noch einen Sinn im Leben.⁴⁸

Langeweile; ist ein Gefühlszustand, in dem es jemandem vorkommt, als ob die Zeit sehr langsam vergehe. Schuld daran könne Untätigkeit sein oder auch die falsche Ablenkung. Dabei handelt es sich um eine subjektive Wahrnehmung, aus der häufig Unlust hervor geht. Langeweile ist ein negatives Gefühl.⁴⁹

Dieses Gefühl der Langeweile nimmt jegliche positive Lebensenergie. Das Leben in einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung könnte man mit einer Wüste verglei-

⁴⁶ vgl. Keusch 2008, S 13

⁴⁷ vgl. Benkert 2005, S 54

⁴⁸ vgl. Thomas 2006, S 62

⁴⁹ vgl. Bellbaume 1990, S 247

chen. Alles ist gleich. Die Eden-Alternative versucht, diese Wüste mit Blumen und anderen angenehmen Dingen und Werten in einen blühenden, lebenswerten Garten zu verwandeln. Dazu gehören alles Unvorhersehbare, alles Spontane und auch Veränderungen. Kinder, Haustiere und kleine Besonderheiten bieten Gesprächsstoff. Humorvolle Mitarbeiter und der Faktor, dass sich etwas bewegt, steuern aktiv gegen die Langeweile und das damit verbundene negative Gefühl.⁵⁰

Was geschieht mit Menschen, die längere Zeit diese drei Qualen erleben müssen? Sie ziehen sich zurück. Die sozialen Kontakte werden nicht mehr aufrechterhalten bzw. gepflegt, aber auch das Interesse an neuen Kontakten ist sehr gering. Weiters lässt sich ein Antriebsmangel bemerken. Teilweise können Bewohner auch misstrauisch werden, Wahnideen und Ängste entwickeln, häufig stellt sich auch ein Minderwertigkeitsgefühl ein. Öfters folgt die Sinnfrage des Lebens. Macht das Leben noch Sinn, wenn ich hier allein sitze und warte, bis die nächste Mahlzeit gereicht wird? Wenn ich nicht mehr gebraucht werde? Die Lebenswerte der Bewohner können nicht mehr gelebt werden. Die meisten sind in einer Großfamilie aufgewachsen und heute sind sie in einer Pflegeeinrichtung. Eine Wiener Psychologin sagt: „Der Sinn des Lebens ist das Leben, und die Idee, dass man Sinn darin gefunden hat, sich selbst zu mögen.“ Sie zeigt fünf Ansätze auf, wie man dem Leben einen Sinn geben kann, die für jüngere Generationen ein Weg zum Sinn sein können.⁵¹ Johann Wolfgang von Goethe beschreibt das Altwerden so: „Älter werden heißt, sich selbst ein neues Geschäft antreten; alle Verhältnisse ändern sich, und man muß entweder zu handeln ganz aufhören, oder mit Wille und Bewusstsein das neue Rollenfach übernehmen.“⁵² Doch was können wir unseren BewohnerInnen anbieten? Hr. Dr. Thomas hat erkannt, dass trotz aller Therapie- und

⁵⁰ vgl. Thomas 2006, S. 63f

⁵¹ vgl. Heidegger <http://wien.orf.at/magazin/magazin/gesundheit/stories/250981/> (Stand: 2010-12-01)

⁵² vgl. Göhthe <http://www.all4quotes.com/tagged-quotes/1888/> (Stand: 2010-12-01)

Animationsangebote die Bewohner von Pflegeeinrichtungen trotzdem die drei oben genannten Qualen erleiden müssen. Die Entwicklung der Biographiearbeit hat in den letzten Jahren deutlich gezeigt, dass dieser Ansatz in der Begleitung und Betreuung von älteren Menschen eine qualitätssichernde Maßnahme ist. Biographiearbeit bringt den Bewohnern eine höhere Lebensqualität, sie wirkt direkt gegen die drei Qualen und kann auch Entspannung und Ruhe in eine angespannte Bewohner-Pflegekraftbeziehung bringen. Durch Biographiearbeit kann es zu einer echten Begegnung kommen und sinnvoller, bzw. erfüllter Kommunikation zwischen dem Gepflegten und dem Pfleger, somit wirkt sie auch gegen das Born-Out Syndrom.⁵³

5.4 Die 10 Prinzipien

1. Für einen Großteil des Leidens der alten Menschen sind die drei Qualen (Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile) verantwortlich.
2. Wer das Wohl der alten Menschen in den Mittelpunkt stellt, verpflichtet sich zu einer menschengerechten Wohnungsumgebung, in der ein enger Kontakt mit anderen Menschen, Tieren und Pflanzen möglich sein kann. Diese Beziehungen, egal ob Jung oder Alt, sind der Weg zum lebenswerten Leben.
3. Der Zugang zur Gesellschaft mit Menschen und Tieren, sowie eine liebevolle Begleitung sind ein wirksames Mittel gegen die Einsamkeit.
4. Wer für eine menschliche Gemeinschaft sorgen will, bietet den alten Menschen Fürsorge, aber diese kann man auch anderen angedeihen lassen.

⁵³ vgl. Specht-Tomann 2009, S. 41f

5. Wo unerwartete und unvorhersehbare Ereignisse stattfinden können, können Spontaneität und Abwechslung in der Gesellschaft gelebt werden.
6. Kann der Mensch Dinge tun, die er als sinnvoll erachtet, so fördert dies seinen Geist. Sinnlose Beschäftigungen wirken destruktiv.
7. Echte menschliche Fürsorge gilt auch für den medizinischen Bereich.
8. In einer menschlichen Gemeinschaft liegt die Entscheidungsgewalt beim alten Menschen selbst, bzw. bei seinen Angehörigen, die bürokratische Autorität der Leitungsebene tritt unaufgefordert in den Hintergrund, dies zollt von Respekt.
9. Nur dort, wo menschliches Leben nicht von menschlichem Wachstum getrennt gesehen wird, kann der nie endende Prozess einer menschlichen Gemeinschaft geschaffen werden.
10. Die Führungspersonen entscheiden, ob die drei Qualen in einer Einrichtung vorhanden sind oder nicht.⁵⁴

5.5 Der/die Lebensassistent/in

Dieser sieht den alten, tlw. pflegebedürftigen Menschen als gleichberechtigten Partner. Das Wissen, welches ihm vermittelt wurde, setzt er/sie so ein, dass das Leben des alten Menschen in den gleichen Bahnen und in der gewohnten Umgebung weiter laufen kann. Das Leben ist in jeder Lebenslage lebenswert, ob mit chronischer Krankheit oder mit der Tatsache eines hohen Alters. Das Hauptau-

⁵⁴ vgl. Thomas <http://www.eden-europe.net/cms/content/view/121/82/lang,german/> (Stand: 2010-12-01)

genmerk wird auf die Lebensqualität gerichtet. Der/die Lebensassistent/in ist genau für diesen Schwerpunkt ausgebildet. Es wird dem betroffenen Menschen assistiert, um ein sinnvolles, abwechslungsreiches und selbstbestimmtes Leben bis zum Tode führen zu können. Ein kontinuierliches Wachstum wird durch die Erkennung der Ressourcen und durch deren gezielte Förderung erzielt. Die Arbeit umfasst ein konstruktives Zusammenarbeiten mit dem Menschen, mit den Medizinern und mit dem gesamten sozialen Umfeld.

Der Unterschied zu anderen Betreuungsberufen ist, dass der/die Lebensassistent/in sich ausschließlich an der Lebensqualität des alten Menschen orientiert. Hierfür stehen seine Bedürfnisse und Wünsche im Mittelpunkt. Der gesamte Betreuungsplan richtet sich danach. Wie, was, wann, wie oft, und wo durchgeführt wird, bestimmt der alte Mensch und nicht der/die Lebensassistent/in. Die Kommunikation ist der Schlüssel, sie orientiert sich nicht an therapeutischen oder medizinischen Richtlinien. Interaktion ist eine der wichtigsten Bestandteile in einer gelingenden Arbeit zwischen Betreuer und Betreuer. Die Lebensassistenz weiß über die Wertigkeit und die Wichtigkeit der menschlichen Umgebung, der Gemeinschaft und der Gesellschaft Bescheid und lässt dies in ihre Arbeit einfließen, wenn der alte Mensch dies möchte.

Eine markante und nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität durch die Betreuung eines/r Lebensassistenten/in kann ermöglicht werden. Es entsteht keine Pflegebeziehung sondern ein Begleiten, welches durch gegenseitige Wertschätzung und Vertrauen geprägt ist. Dieses Begleitetwerden hat große Bedeutung im Leben eines alten Menschen. Der Alltag wird gemeinsam gestaltet, dadurch kann den drei Qualen Langeweile, Einsamkeit, Hilflosigkeit wirkungsvoll entgegengewirkt werden. Dadurch entsteht eine vertrauensvolle Umgebung, in der sich der alte Mensch wohl fühlen kann, dies wiederum lässt Verhaltensauffälligkeiten, soziale Isolation und Unruhe weniger werden. In weiterer Folge kann es auch zu einer Medikamentenreduktion führen. Plötzlich werden Verantwortung und Fürsorge für andere alte Menschen übernommen. Sie haben eine Aufgabe und werden gebraucht. Ein angenehmes Gefühl des Glücks und der Befriedigung macht sich im alten Menschen breit, da er weiß, dass er der Gesellschaft noch etwas geben kann und er das Gefühl des Wertseins erfährt. Diese positiven Gefühle gibt er direkt an seine Umgebung weiter. Diese Veränderung fällt auch den Angehörigen

rasch auf, das Vertrauen in den/die Lebensassistenten/in steigt dadurch. Es nimmt etwas Last von den Schultern der Angehörigen, wenn sie sehen, dass ihre hilfsbedürftigen, alten Angehörigen sich positiv verändern und gibt ihnen Zeit für sich selbst zurück. Die Lebensqualität der Angehörigen steigert sich.⁵⁵

5.6 Zusammenfassung

Ein Satz mit sechs Wörtern bringt Dr. William Thomas zum Umdenken. „Dr. Thomas, ich bin so einsam“. Die Erkenntnis, dass trotz aller Therapie- und Animationsangebote das Menschliche im Hintergrund bleibt, ist das Ergebnis des Umdenkens. Die Idee der Eden-Alternative war geboren. Diese Idee ist kein Pflegemodell, sie ist eine Philosophie. Grundwerte wie Autonomie, Fürsorge, Einfühlungsvermögen, Respekt, Würde stehen im Mittelpunkt. Soziales Kapital will geschaffen werden. Damit dies gelingt, muss den drei Qualen des Alterns (Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile) entgegengewirkt werden, denn ansonsten droht der soziale Rückzug mit Antriebsmangel, verminderten sozialen Kontakten etc. Die Lebensqualität nimmt ab, wenn das Gefühl des nicht Gebrauchtwerdens vermittelt wird, wenn jegliche Aufgaben abgenommen werden. In einer Umgebung, in der mit Kindern gelacht werden kann, in der Tiere zum Alltag gehören und in der Pflanzen ebenso ihren Stellenwert haben, ist es möglich, sich wieder als Mensch zu fühlen. Die Pflegebeziehung soll keine distanzierte sein. Damit jede Seite verstanden wird, muss kommuniziert werden. Biographiearbeit ist hier das Schlüsselwort. Nur wer versteht, warum das Gegenüber in gewissen Situationen so reagiert wie es reagiert, kann damit umgehen und ihm Respekt und Würde zollen. Die Eden-Alternative hat zehn Prinzipien. In denen geht es darum, die drei Qualen

⁵⁵ vgl. Lebensassistentin/Lebensassistent, Ein Bedürfnis der Gesellschaft

bewusst zu machen und aktiv dagegen zu arbeiten. Der Kontakt zu Kindern, anderen Menschen, Tieren und Pflanzen hat einen sehr hohen Stellenwert, diese sind auch ein aktives Mittel gegen die Einsamkeit. Fürsorge soll gegeben werden, doch diese kann der alte Mensch auch weiter geben. Das Leben ist nicht planbar, so auch nicht in Pflegeeinrichtungen. Unvorhersehbares soll und muss geschehen, denn das ist das Leben. Sinnvolle Tätigkeiten erhalten den Geist und stumpfen nicht ab. Entscheidungen trifft der alte Mensch und nicht die Institution. Der Prozess der menschlichen Gemeinschaft muss geschaffen werden, d. h., menschliches Leben und menschliches Wachstum sind untrennbar miteinander verbunden. Ob, die drei Qualen des Alters vorhanden sind entscheiden die Führungspersonen.

6. Evaluation des Fragebogens

Im folgenden Kapitel werden die Fragen und deren Beantwortung durch die 50 Teilnehmer, erläutert.

Der Fragebogen wurde in schriftlicher Form durchgeführt, da es zum einen kostengünstiger ist und weiteres können in einem kurzen Zeitintervall mehrere Personen befragt werden und die Fehlerquote im Vergleich zu einem Interview ist geringer. Die Antworten ehrlicher, da der Befragte mehr Zeit zum Antworten hat und die Antwort nicht direkt an eine Person gegeben werden muss.⁵⁶

Die Rücklaufquote betrug 100%. Mayer, gibt dies als Nachteil der schriftlichen Befragung an, sowie auch, dass der Befragte ggf. sich nicht auskennt und nicht nachfragen kann, was mit dieser Frage genau gemeint ist, wenn der Interviewer nicht in der Nähe ist und die evtl. Missverständnisse ausräumen kann.

Der Fragebogen wurde in einem kleinen, ländlichen Dorf (Hallersdorf) ausgegeben, welches in den letzten Jahren einen enormen Zuzug von jungen Familien verzeichnen konnte. Dieses Dorf gehört zu Gemeinde St. Johann - Köppling, welche im Bezirk Voitsberg ist und zur Region „unteres Kainachtal“ zählt. Die Gemeinde hat 1791 Einwohner, mit 1.6.2011. In Hallersdorf lebten zu diesem Datum 245 Menschen, davon sind 122 männlich (49%) und 123 weiblich (51%). 20,4% der Einwohner von Hallersdorf wurden befragt. In der Befragung sind 48% männliche Teilnehmer und 52% weibliche Teilnehmer. Somit kann gesagt werden, dass die Auswertung für Hallersdorf repräsentativ ist und sie auf eine größere Gesamtheit umgelegt werden kann. Das Ergebnis zeigt einen Wissenstand von einem Teil

⁵⁶ vgl. Mayer 2008, S. 100

der Bevölkerung, es zeigt aber nicht den Wissenstand der gesamten Bevölkerung.⁵⁷

Diese gesamte Teilnehmergruppe wurde bewusst ausgesucht um zu erfahren, was die allgemeine Bevölkerung über die Krankheit der Demenz bzw. über die Krankheit Alzheimer weiß. Für die Auswahl der einzelnen Personen gab es keine spezifischen Kriterien, außer, dass der Teilnehmer/die Teilnehmerin mindestens 18 Jahre alt sein mussten. Das Geschlecht oder die berufliche Tätigkeit waren nicht vorgegeben. Die Befragung wurde an einem Samstagvormittag und dem darauf folgenden Sonntagvormittag durchgeführt. Es wurden diese Menschen befragt, welche entweder mit den Kindern auf der Straße waren oder welche zu Hause waren und die Haustüre geöffnet haben. Wie gesagt, es sollte das allgemeine Wissen über die Krankheit und diverser Berufsbilder ermittelt werden und ob die Befragten mit Menschen, bei denen diese Krankheit diagnostiziert wurde, beruflich oder privat in Kontakt sind.

6.1 Kenntnisse über das Krankheitsbild der Demenz bzw. des Alzheimers

Von den 50 befragten Teilnehmern kennen sieben Personen (14%) die Krankheit nicht. Davon sind fünf Befragte männlich und zwei weiblich. Aus beruflicher Sicht sind darunter ein Pensionist, drei Angestellte und drei Arbeiter (Landwirt, Maurer, Techniker) zu finden.

⁵⁷ vgl. Diener http://www.i-basis.de/dp/ansicht/kunden/generalvikariat/medien/anhaenge/k1_m8259.pdf (Stand: 2011-06-14)

43 Befragte (86%) geben an die Krankheit zu kennen. Es haben alle Teilnehmer diese Frage beantwortet.

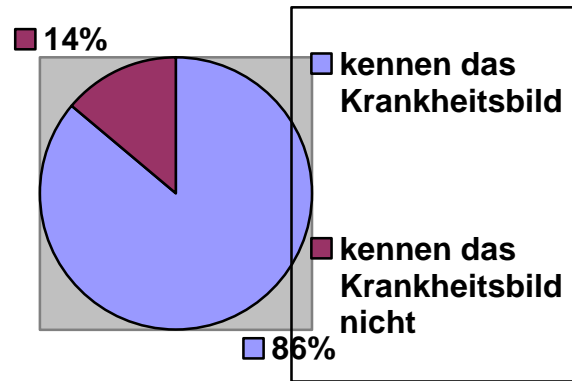


Abbildung 4 Kennen Sie das Krankheitsbild der Demenz/Alzheimer?

Das 43 Befragte (86%), das Krankheitsbild der Demenz kennen ist nicht verwunderlich. Die Thematik dieser Krankheit wird immer wieder in den Medien behandelt. 100.000 Demenzkranke leben derzeit in Österreich und 25.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu.

In der Abbildung 5 ist die Altersverteilung der Befragten, welche das Krankheitsbild kennen dargestellt. Man sieht, dass vier Befragte (9%) im Alter von 18 bis 25 Jahren sind. Die Alterklasse der 26 bis 35 Jährigen ist mit elf Personen (26%) vertreten. Die größte Gruppe mit 15 Personen (35%), welche das Krankheitsbild kennen, ist die Gruppe der 36 bis 45 Jährigen. Sieben Personen (16%) sind zwischen 46 und 55 Jahre alt. Drei Personen (7%) sind in der Alterskategorie der 56 bis 65 Jährigen und auch drei Personen (7%) sind 66 Jahre und älter.

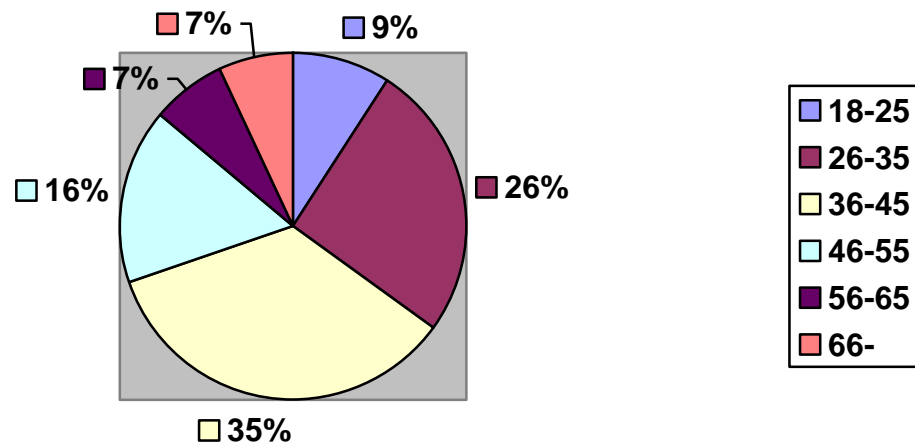


Abbildung 5 Altersverteilung der Befragten, welche das Krankheitsbild kennen

Die Abbildung 6 zeigt die Altersverteilung aller Befragten. Vier Personen (8%) sind zwischen 18 und 25 Jahren, elf Personen (22%) sind zwischen 26 und 35 Jahre, 18 Personen (36%) sind zwischen 36 und 45 Jahre, acht Personen (16%) sind zwischen 46 und 55 Jahre, fünf Personen (10%) sind zwischen 56 und 65 Jahre und vier Personen (8%) sind 66 Jahre und älter.

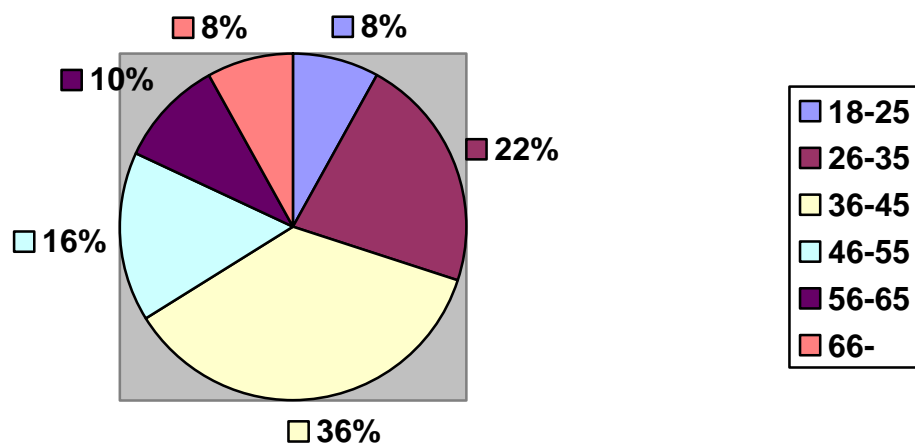


Abbildung 6 Altersverteilung aller Befragten

Vergleicht man diese zwei Abbildungen erkennt man, dass in der Gruppe der 18 bis 25 Jährigen allen Teilnehmern die Krankheit der Demenz bzw. des Alzheimers ein Begriff ist. Bei den Befragten zw. 26 und 35 Jahren ist es dasselbe. Anders verhält es sich bei der Gruppe der 36 bis 45 Jährigen, hier können drei Teilnehmer die Frage, ob sie das Krankheitsbild der Demenz kennen, nicht mit „Ja“ beantworten, dies bedeutet, dass 15 von 18 Teilnehmer in dieser Altersgruppe das Krankheitsbild zumindest vom Hören Sagen kennen. Ein Befragter, zwischen 46 und 55 Jahren, kann diese Frage ebenfalls nicht mit „Ja“ beantworten, hingegen kennen sieben Teilnehmer den Begriff und wissen im Allgemeinen was damit gemeint ist. Im Alter von 55 bis 65 sind insgesamt fünf Teilnehmer. Von diesen fünf Teilnehmern kennen drei den Begriff Alzheimer bzw. Demenz und zwei kennen ihn nicht. In der Gruppe der 66 Jährigen und älter kennen drei von vier Personen das Krankheitsbild.

Dies zeigt, dass die Bevölkerung sehr gut informiert ist. Egal welche Altersschicht man fragt.

Nachdem nun bekannt ist, dass insgesamt 43 Befragte den Begriff bzw. die Krankheit kennen, war interessant zu erfahren, welcher Prozentsatz in persönlichen Kontakt mit Menschen steht, die an einer Demenzerkrankung bzw. Alzheimerkrankheit leiden. Das Stadium der Krankheit war hierfür nicht gefragt und nicht relevant.

6.2 Persönliche Erfahrungen mit dem Menschen, welche eine Demenz-/Alzheimer Diagnose haben

18 Personen (36%) haben persönlichen Kontakt mit Erkrankten. Obwohl 64% der Befragten keinen persönlichen Kontakt haben, so kennen doch 86% das Krankheitsbild. Dies zeigt, dass ein Grundwissen in der Bevölkerung vorhanden ist.

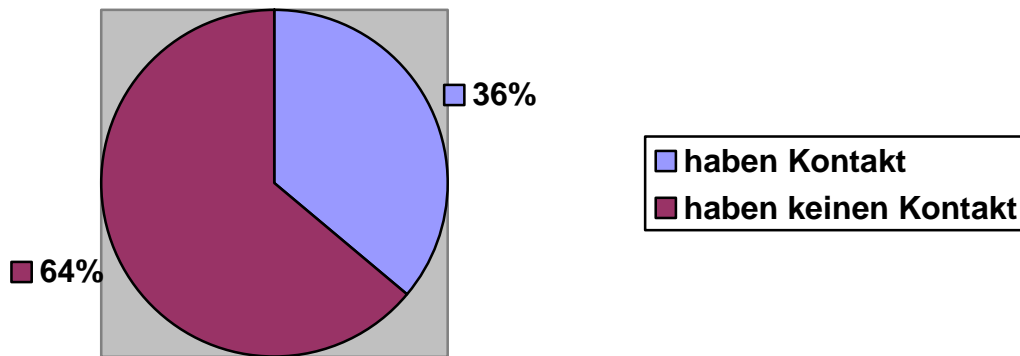


Abbildung 7 Haben Sie persönlichen Kontakt mit Menschen, die an einer solchen Krankheit erkrankt sind?

In der Abbildung 8 wird die Altersverteilung der Geantworteten dargestellt, welche Kontakt mit Menschen mit einer Demenz/Alzheimer Diagnose haben. Es zeigt sich, dass eine Person (8%) im Alter von 18 bis 25 Jahren ist, Vier Befragte (31%) zwischen 26 und 35 Jahren, sowie fünf Teilnehmer (38%) zwischen 36 und 45 Jahre und weitere zwei Befragte (15%) zwischen 46 und 55 Jahren haben persönlichen Kontakt mit Erkrankten. Ebenso hat eine Person (8%) zwischen 56 bis 65 Jahre, hat Kontakt mit Menschen, welche eine solche Diagnose haben. In der Altersgruppe der 66 Jährigen und älter hat niemand mit Erkrankten zu tun.

Betrachtet man die beruflichen Tätigkeiten, so erkennt man, dass zwei Teilnehmer Arbeiter (Metallarbeiter, Tischler) und acht Angestellte, davon sind sieben Befragte im Sozialbereich tätig. Ein Teilnehmer, welcher Kontakt mit einem Menschen mit Demenzdiagnose/Alzheimerdiagnose hat, ist Selbstständig.

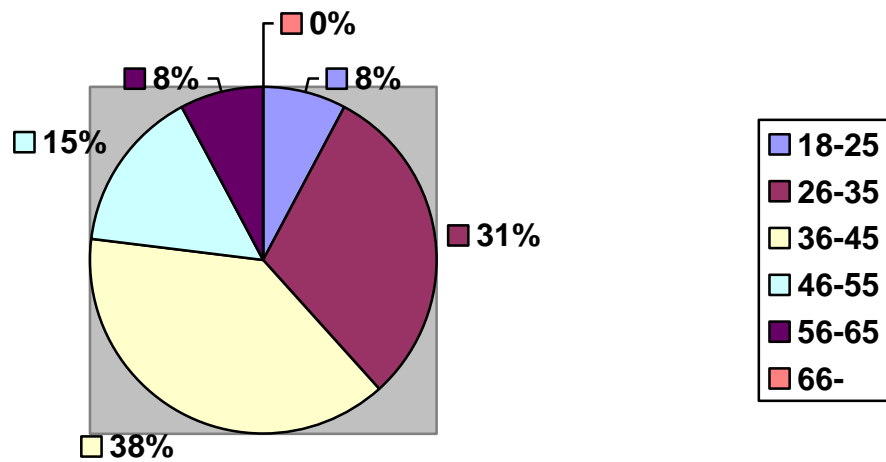


Abbildung 8 Altersverteilung der Geantworteten, welche Kontakt mit Menschen mit einer Demenz/Alzheimer Diagnose haben

6.3 Die Krankheit aus der Herkunftsfamilie bekannt

Von den 50 Teilnehmern haben acht Personen, (16%) angegeben, dass in ihrer Herkunftsfamilie jemand diese Krankheit diagnostiziert hat. Es haben alle Teilnehmer diese Frage beantwortet.

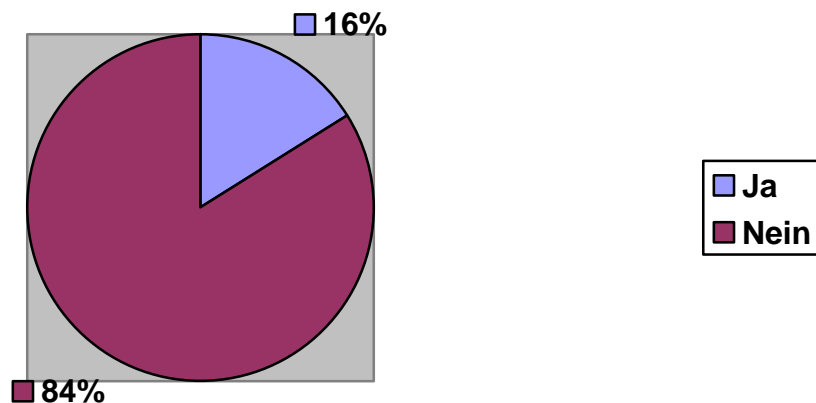


Abbildung 9 Hat in ihrer Herkunftsfamilie jemand diese Krankheit?

Die Demenz/Alzheimer ist eine Krankheit, welche immer mehr Menschen betrifft. In Österreich sind 100.000 Erkrankte und jährlich kommen 25.000 hinzu. Jedoch in einem kleinen Rahmen von 50 Befragten haben 16% in ihrer Herkunftsfamilie Menschen mit einer solchen Diagnose.

6.4 beruflicher Kontakt mit Demenz/Alzheimer

Neun Personen (18%) der 50 Teilnehmer haben mit diesem Krankheitsbild zu tun. Es haben alle Teilnehmer diese Frage beantwortet.

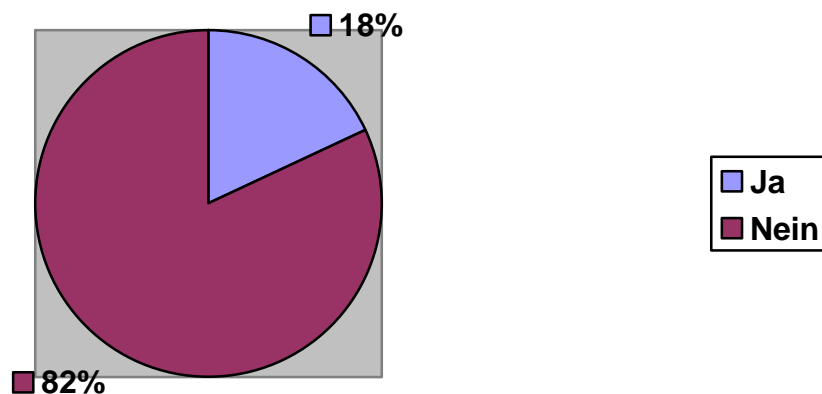


Abbildung 10 Haben Sie beruflich mit diesem Krankheitsbild zu tun?

Eine Person ist bei der Exekutive und hat dadurch beruflichen Kontakt. Aus dem Sozialbereich kommen sieben Personen. Davon ist, ein Teilnehmer, welcher als Heimhilfe tätig ist, eine Pflegehilfe und fünf diplomierte Gesundheits- und Krankenschwestern. Weiters gibt ein Tischler an, beruflich mit diesem Krankheitsbild in Berührung zu kommen

Die fünfte Frage befasst sich mit der Frage drei und vier. Hier wurde genau nachgefragt, in welcher Situation die Befragten mit Demenzkranken zu tun haben. Es haben sich hier drei Kategorien, beruflich, privat und Sonstiges, heraus kristallisiert.

6.5. andere Situationen in denen ein Kontakt mit Demenz-/Alzheimerkranken hergestellt wird

Es wurden bei dieser Frage keine Antwortmöglichkeiten gegeben. Alle Antworten wurden in drei Kategorien eingeteilt.

18 Teilnehmer (36%) haben mit Demenzerkrankten Kontakt. 32 Befragte (64%) gaben kein Antwort. Von diesen 18 Befragten, haben acht Personen (16%) jeweils im beruflichen und/oder im privaten Umfeld mit dieser Krankheit zu tun, welche Einschränkungen haben, die durch die Demenz - oder Alzheimerkrankheit hervorgerufen wurden. Zwei Personen (4%) setzten sich mit dieser Krankheit durch den freiwilligen Rettungsdienst auseinander, diese sind in der Kategorie Sonstiges gefasst.

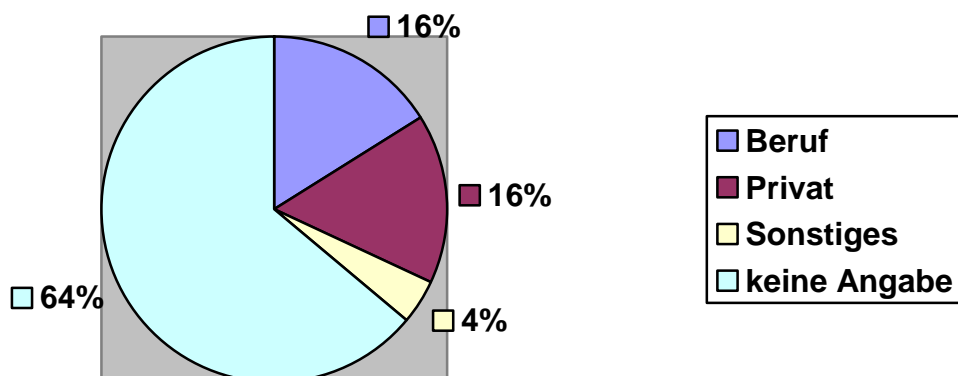


Abbildung 11 In welcher Situation kommen Sie sonst noch mit Demenz-/Alzheimerkranken zusammen?

Diese Grafik zeigt, dass ca. 1/3 der Bevölkerung die Auswirkungen der Krankheit kennen. Aber 94% kann sich unter dem Begriff Demenz/Alzheimer etwas vorstellen. Dies zeigt, dass die Krankheit schon im Wissen der allgemeinen Bevölkerung vorhanden ist, aber doch sehr viele damit noch nicht persönlich in Kontakt getreten sind.

Die Grafik zeigt sehr gut, dass die Demenz doch schon in einigen Familien zu finden ist. Dies stimmt auch mit dem Wissen über die Krankheit der Demenz/Alzheimer überein.

6.6 Informationsstand über die Heimhilfe

Von den 50 (100%) Befragten, kennen 39 Personen (78%) das Berufsbild der Heimhilfe und 19 Teilnehmer (22%) kennen es nicht.

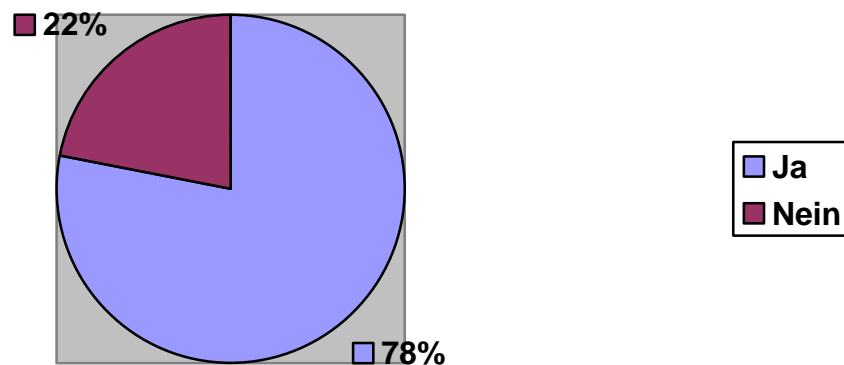


Abbildung 12 Kennen Sie das Berufsbild der Heimhilfe und deren Aufgaben (im Groben)?

Von den 39 Personen (78%), welche das Berufsbild des Heimhelfers im Groben kennen, sind zwei Personen (5%) in der Ausbildung. Zwölf Personen (31%), wel-

che wissen was die Heimhilfe, im Groben zu tun hat, gehören zur Gruppe der Arbeiter. Angestellte sind 19 Personen (49%), dabei sind sieben Personen inkludiert, welche im Sozial- und Gesundheitsbereich tätig sind (diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegehilfe und Heimhilfe). Vier (10%) von sechs Pensionisten können mit den Begriff der Heimhilfe deren Tätigkeit im Groben assoziieren. Unter Sonstige fällt eine Hausfrau und ein selbstständiger Arbeiter (5%).

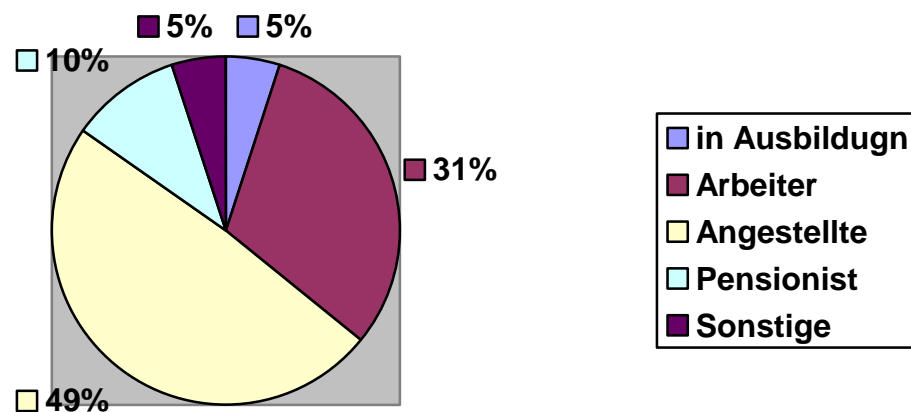


Abbildung 13 Berufliche Verteilung der Befragten, welche das Berufsbild des Heimhelfers im Groben kennen

Das 78% der Befragten angeben, dass sie das Berufsbild im Groben kennen, zeigt, dass die Bevölkerung sich mit den Einzelnen Berufen im Sozial- und Gesundheitsbereich beschäftigen bzw. ein grobes Allgemeinwissen haben.

Im Fragebogen wird an dieser Stelle die Tätigkeiten der Heimhilfe erklärt, da an einer später folgenden Stelle die Aktivitäten des Lebensassistenten beschrieben werden. Dort wird erwähnt, dass der Lebensassistent auch die Aufgaben der Heimhilfe übernimmt.

6.7 Informationsstand über die Pflegehilfe

Von 50 Befragten, kennen 41 (82%) Personen das Berufsbild der Pflegehilfe im Groben. Neuen Teilnehmer (18%) kenne es nicht.

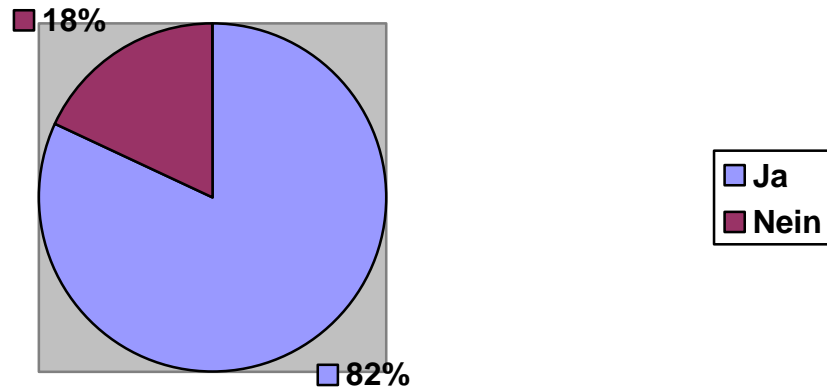


Abbildung 14 Kennen Sie das Berufsbild der Pflegehilfe und deren Aufgaben (im Groben)?

In der Altersgruppe der 18 bis 25 Jährigen kennen drei (7%) von den Teilgenommen vier das Berufsbild im Groben. Zehn Personen (24%) sind zwischen 26 und 35 Jahre alt, den größten Anteil verzeichnet die Gruppe der 36 bis 45 Jährigen mit 14 Personen (34%). Immerhin sind acht Personen (20%) welche das Berufsbild der Pflegehilfe kennen im Alter von 46 bis 55 Jahre. Die Altersgruppe der 56 bis 65 Jährigen ist mit vier Teilnehmern (10%) vertreten und zwei Personen (5%) sind älter als 66 Jahre

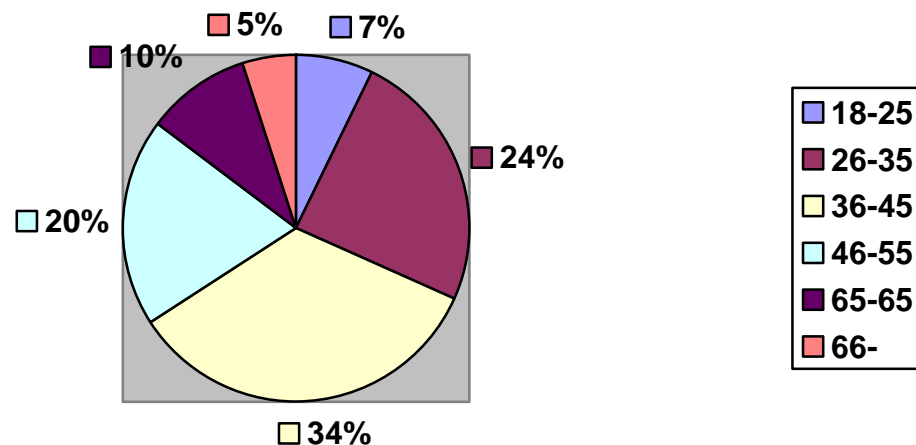


Abbildung 15 Altersverteilung der Personen, welche das Berufsbild des Pflegehelfers kennen

Dass drei von vier Teilnehmern, in der Altersgruppe der 18 bis 25 Jährigen mit dem Begriff Pflegehilfe etwas verbinden können, ist sehr positiv. Es zeigt sich im Durchschnitt, dass die Befragten wissen, was die Pflegehilfe ist und welche Tätigkeiten im Groben zu ihren Aufgaben zählen.

6.8 Kontaktmöglichkeiten mit der Pflegehilfe

Mittels der nächsten Frage soll ermittelt werden, wo die betreffenden Personen, mit dem Berufsbild der Pflegehilfe zu tun haben bzw. hatten. Es wurden drei Antwortmöglichkeiten gegeben, sowie Platz für andere Antwortmöglichkeiten. Eine Mehrfachantwort war möglich. In der Abbildung 14 Wo haben Sie schon einmal mit dem Beruf der Pflegehilfe zu tun gehabt?, wird die Häufigkeit der Einzelnen Antwortmöglichkeit abgebildet. Meist wurden jedoch mehrere Antworten gegeben.

(Zur Erklärung, KHaufenthalt steht für Krankenhausaufenthalt, KH Besuch für Krankenhausbesuch, PH Besuch bedeutet Besuch im Pflegeheim).

41 Personen (82%) hatten schon einmal in irgendeiner Form mit der Pflegehilfe zu tun. Neun Personen (18%) konnten diese Frage nicht beantworten.

20-mal (26%) wurde als Grund ein Krankenhausaufenthalt angegeben. Jeweils 15-mal (20%) wurde ein Besuch in einem Krankenhaus und/oder in einem Pflegeheim angekreuzt. Aus privaten Gründen wurde zehnmal (13%) angegeben und sieben Personen (9%) haben angegeben, dass sie mit dem Beruf der Pflegehilfe durch ihren eigenen Beruf in Kontakt treten. Neun Personen (12%) hatten bis zur Befragung noch keinen Kontakt mit der Pflegehilfe gehabt.

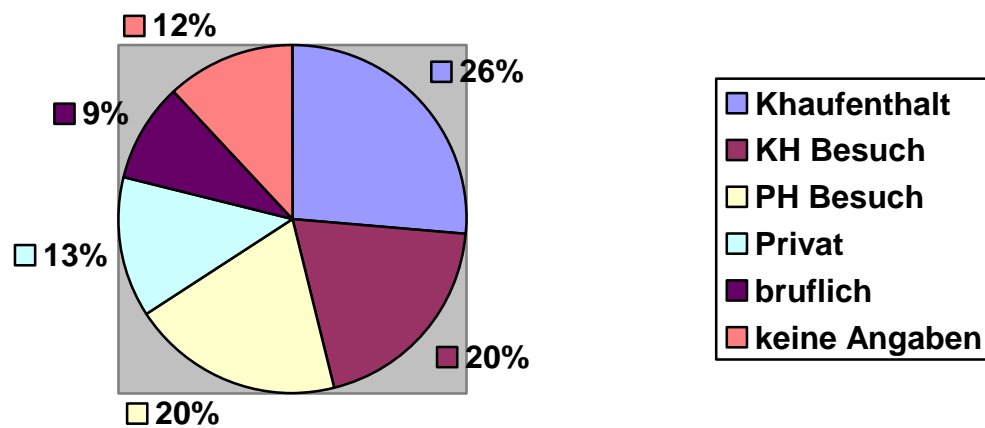


Abbildung 16 Wo haben Sie schon einmal mit dem Beruf des Pflegehelfers zu tun gehabt?

Der Beruf und die Tätigkeiten der Pflegehilfe wurden im Fragebogen an dieser Stelle erklärt. Da in weiterer Folge auch das Berufsbild des Lebensassistenten beschrieben wird. An dieser Stelle wird der Lebensassistent auch die Aufgaben der Pflegehilfe einbindet.

6.9 Informationsstand über den Lebensassistenten

Zehn Personen (20%) aller Befragten kennt das Berufsbild des Lebensassistenten, 40 Befragte (80%) hingegen nicht.

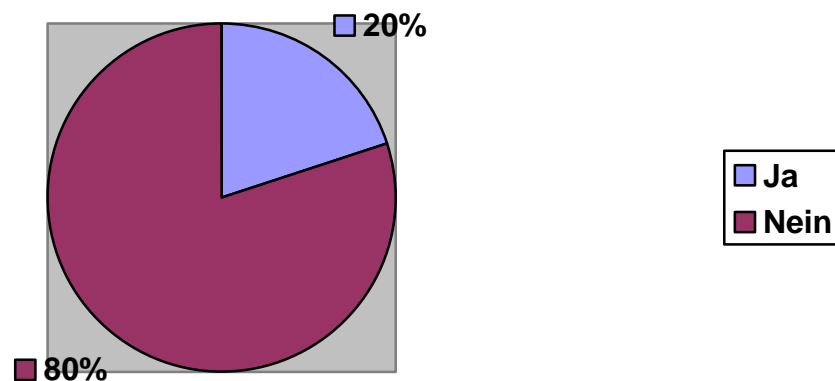


Abbildung 17 Haben Sie schon einmal etwas über das Berufsbild des Lebensassistenten gehört?

Von den zehn Personen (20%) welche schon einmal etwas über den Lebensassistenten gehört haben, sind zwei Teilnehmer (20%), in der Ausbildungsphase. Arbeiter und Angestellte sind jeweils drei Befragte (30%), welche mit ja geantwortet haben. Zu den Pensionisten zählen lediglich zwei Befragte (20%).

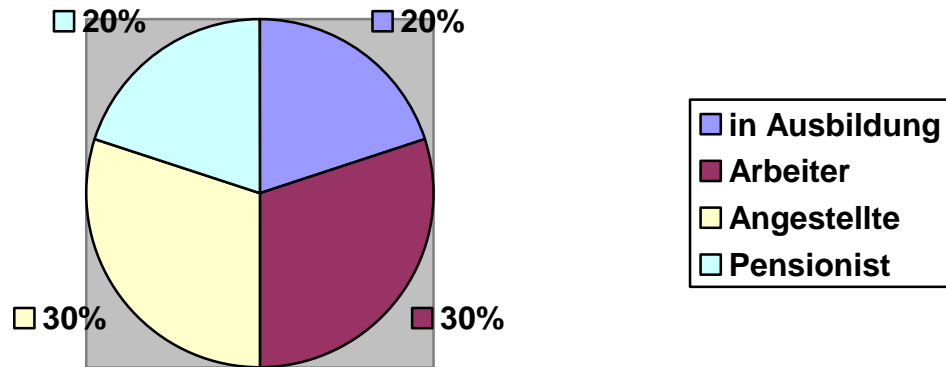


Abbildung 18 Berufliche Klassifikation der Befragten, welche schon einmal etwas über den Lebensassistenten gehört haben

Die Lebensassistentin kommt ursprünglich aus dem amerikanischen Raum und entspringt aus dem Pflegekonzept der Eden Alternative, welche in Österreich, Deutschland und der Schweiz in manchen Häusern schon Einzug gehalten hat. Die Umfrage zeigt, dass das Konzept der Eden Alternative und der Lebensassistent in der Bevölkerung nicht bekannt sind. Was aus der Abbildung 16 Berufliche Klassifikation der Befragten, welche schon einmal etwas über den Lebensassistenten gehört haben, nicht hervor geht ist, dass unter den drei Personen, welche einen Beruf als Angestellte haben, kein Teilnehmer dabei ist, welcher aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich kommt.

Es lässt darauf schließen, dass noch sehr viel an Aufklärungsarbeit über das Pflegekonzept Eden Alternative und den damit beinhalteten Lebensassistenten geleistet werden muss.

Zwischen diesen beiden Fragen wurde der Aufgabenbereich des Lebensassistenten und sein Ursprung erklärt. Da davon ausgegangen werden konnte, dass ein großer Anteil der Befragten dieses Berufsbild nicht kennt. So konnte die Frage nach dem, „Was ist das?“, geklärt werden.

6.10 Versorgung im Alter

Von den 50 Befragten gaben 23 Personen (46%) an, dass sie sich über dieses Thema schon Gedanken gemacht haben, 27 Teilnehmer (54%) hingegen nicht.

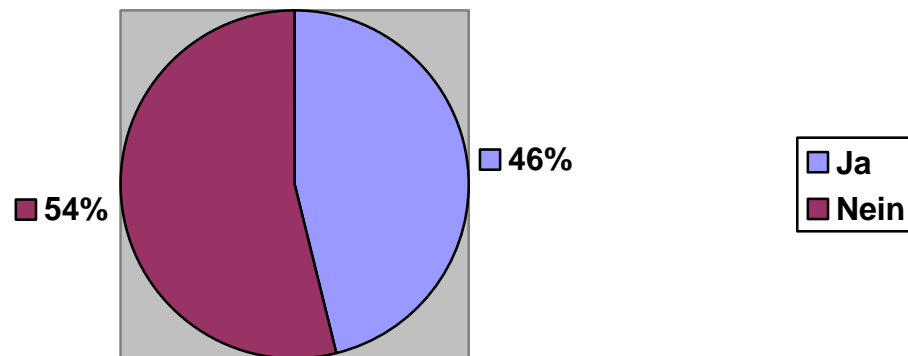


Abbildung 19 Haben Sie sich schon Gedanken gemacht, wie Ihre Versorgung im Alter, wenn Sie Hilfe und Unterstützung benötigen aussehen, soll?

Im Altersvergleich ist eine gleichmäßige Verteilung ersichtlich. Das von den 18 bis 25 Jährigen nur eine Person (4%) darüber nachgedacht hat, ist natürlich, da die Interessen noch in ganz anderen Bereiche gelagert sind. Drei Personen (13%), die mit ja geantwortet haben sind zwischen 26 und 35 Jahre alt. Die Gruppe von 36 bis 45 hat den größten Anteil mit acht Befragten (36%) ausgemacht, diese Altersgruppe hat auch die größte Teilnehmeranzahl in der gesamten Befragung. Die Gruppe der 46 bis 55 Jährigen und der 56 bis 65 Jährigen ist jeweils gleich groß, es haben vier Personen (17%) mit Ja geantwortet. Von der älteste Gruppe, 66 und älter, haben drei Teilnehmer (13%) angegeben, dass sie sich schon Gedanken über ihre Altersversorgung gemacht haben.

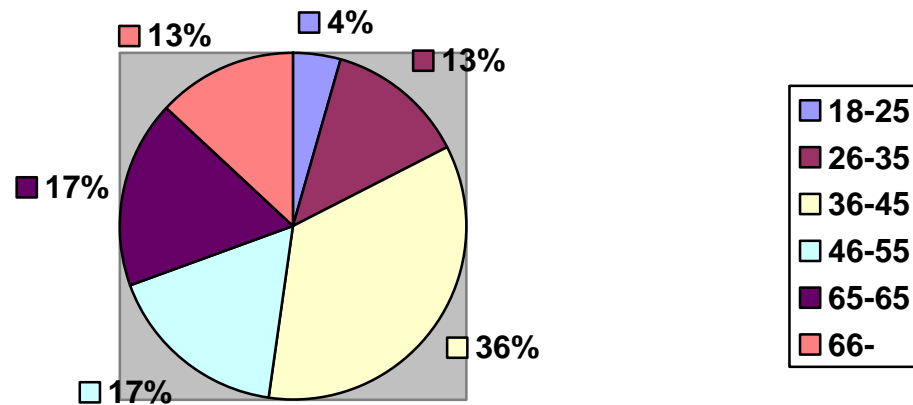


Abbildung 20 Altersverteilung der Teilnehmer, welche sich Gedanken über ihre Versorgung im Alter gemacht haben.

Diese Verteilung zeigt, dass sich nur die Hälfte der 66 jährigen und älteren Teilnehmergruppe damit befasst haben, obwohl sie die nächste Generation sind, welche Betreuung benötigen könnte. Hilfe und Betreuung ist für diese Gruppe eine Thematik, die in sehr naher Zukunft aktuell sein könnte.

6.11 Einführung des Lebensassistenten

Für eine Einführung des Lebensassistenten sind 43 (86%) Personen, von 50 Befragten. Es haben alle Teilnehmer diese Frage beantwortet.

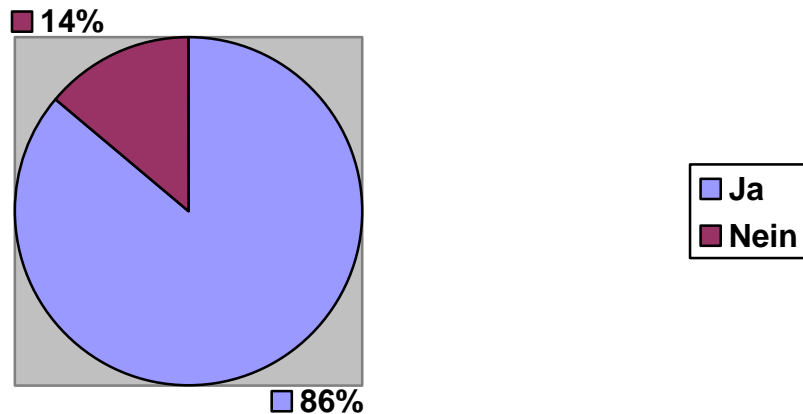


Abbildung 21 Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, das Berufsbild des Lebensassistenten im Sozial- und Gesundheitswesen zu implementieren?

Auch wenn der Lebensassistent in Österreich noch keinen großen Bekanntheitsgrad hat, wurden im Fragebogen seine Aufgaben erläutert. Durch diese kurze Information, haben sich die Befragten dazu entschlossen, dass eine Einführung des Lebensassistenten sinnvoll wäre. Da dieser drei Berufsgruppen beinhaltet und so nur eine Person mit dem Demenzpatienten arbeitet, welche kann ein großes Spektrum an Aufgaben abdecken kann.

6.12 Angaben zur Person

Von den Teilnehmern waren 26 (52%) männlichen und 24 (48%) weiblichen Geschlechts.

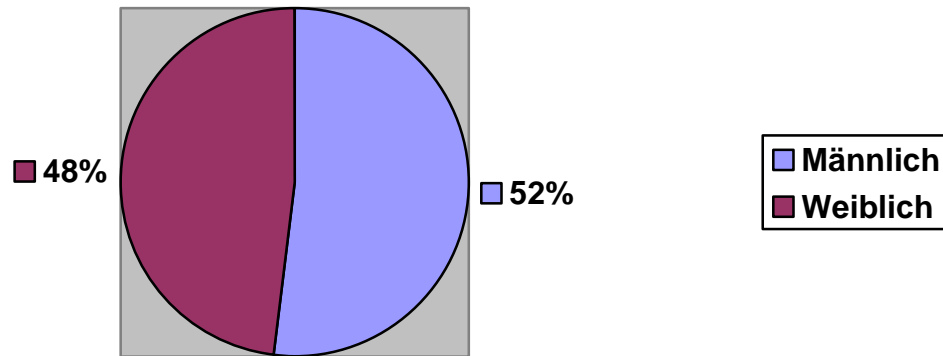


Abbildung 22 Geschlechtsverteilung unter den Teilnehmern

Alter

Vier Teilnehmer (8%) der Befragten sind zwischen 18 bis 25 Jahre alt. Zwischen 26 und 35 Jahre sind elf Personen (22%). Der größte Anteil ist zwischen 36 und 45 Jahren, dies sind 18 Personen (36%). Acht Befragte (16%) sind im Alter von 46 bis 55 Jahre. Die Altersgruppe der 56 bis 65 Jährigen umfasst fünf Teilnehmer (10%) und vier Personen (8%) sind 66 Jahre und älter.

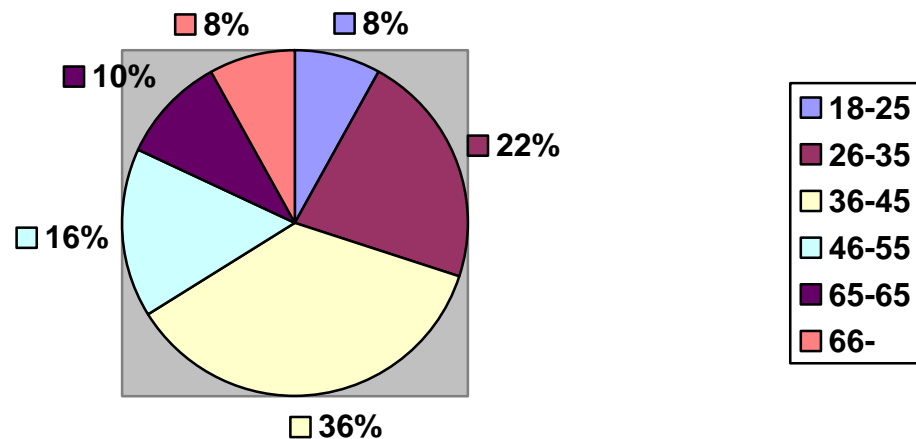


Abbildung 23 Altersverteilung der Teilnehmer

Beruf:

In Ausbildung befinden sich vier Personen (8%) der Befragten und 16 Teilnehmer (32%) sind als Arbeiter tätig. Von den 22 Angestellten (44%) arbeiten sieben Personen (32%) in einem sozialen Beruf. Sie sind diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, Pflegehilfe oder Heimhilfe. Unter die Kategorie sonstigen Berufen (4%) sind eine Hausfrau und eine selbstständige Person zu verstehen. Die Ehre der Pensionisten gebührt sechs Personen (12%).

Alle drei Fragestellungen, wurden zu 100% beantwortet.

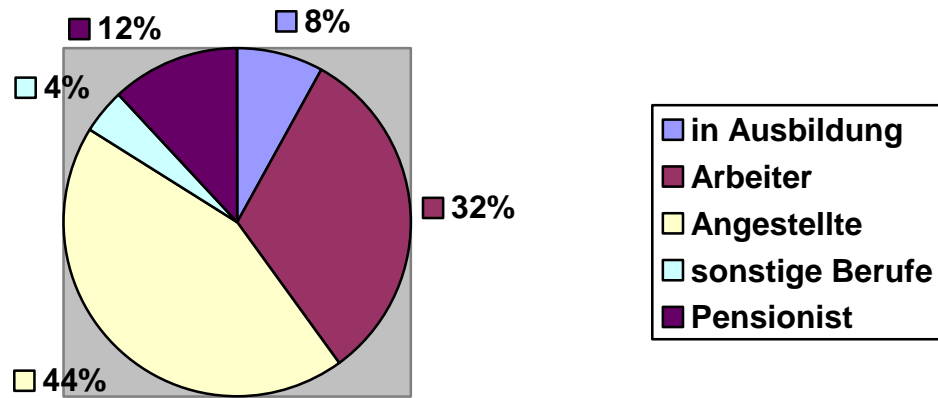


Abbildung 24 Berufsspezifikation der Teilnehmer

7 Zusammenfassung und Ausblick

Eine älter werdende Gesellschaft hat auf sehr vielen unterschiedlichen Bereichen ihre individuellen Herausforderungen. Die Forschungsfrage dieser Arbeit ist, welche alternative Berufsgruppe müsste im Gesundheitswesen, speziell im Bereich der Pflege, installiert werden, um den speziellen Wünschen und Bedürfnissen der alten und hoch betagten Menschen gerecht zu werden. Hierbei wird der Schwerpunkt auf die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz gelegt.

Das immer Älterwerden der Menschen in Österreich kann zum großen Teil der Medizin verdankt werden. Doch das Problem, welches daraus resultiert, dass der Generationenvertrag in der bis jetzt geplanten Form in der Zukunft nicht mehr eingehalten werden kann, stellt die Gesellschaftspolitik vor viele Fragen. Menschen werden immer älter, aber die Geburtenrate sinkt. Die Zuwanderer können dieses Defizit nur gering ausgleichen, was auf lange Sicht keine Lösung ist. Immer mehr Menschen haben Anspruch auf eine Pension und immer weniger Menschen zahlen ein. Das Bild der Großfamilie ist fast zur Gänze verschwunden. Die älter werdenden Menschen mit ihren speziellen Anforderungen werden in Pflegeeinrichtungen untergebracht.

Vier verschiedene Berufsgruppen sind in diesen Institutionen tätig und bemühen sich täglich 24 Stunden, sieben Tage die Woche, 52 Wochen im Jahr und viele Jahre, den Bedürfnissen der dort wohnenden Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf gerecht zu werden. Die Heimhilfe, welche das primäre Ziel der hauswirtschaftlichen Versorgung hat, die Pflegehilfe (Hilfestellung bei den Aktivitäten des tägl. Lebens) und der Fachsozialbetreuer, welcher die selbe Qualifikation wie die Pflegehilfe hat und darüber hinaus noch im sozialen Bereich und in der Begleitung von Krisensituationen besondere Schulungen erhalten hat, sind bemüht, diesen spezifischen Anforderungen gerecht zu werden. Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege legt sein Hauptaugenmerk auf die gesundheitsfördernden Maßnahmen. Weiters ist seinerseits der interdisziplinäre Bereich zu fördern um die bestmögliche Betreuung (medizinisch, pflegerisch und sozial) dem

Bewohner zukommen zu lassen. Doch trotz all der Bemühungen sind immer noch Defizite zu verzeichnen. Es ist trotz vielfältiger Bemühungen grundsätzlich nicht möglich, den schwierigen Alltag und die Trostlosigkeit in den Heimen für die dort lebenden und arbeitenden Menschen zu verändern. Viele Bewohner solcher Einrichtungen fühlen sich alleine gelassen und abgeschoben. Die Lebensqualität nimmt häufig mit dem Einzug in eine Pflegeinstitution ab. Alltägliche Handlungen werden von den Pflegeberufen abgenommen, weil die körperlichen und/oder geistigen Ressourcen nicht mehr vorhanden sind, oder weil die Pflegenden und Betreuenden nicht die Zeit und die Geduld haben und/oder nicht aufbringen wollen oder können, um den alten Menschen in seiner/ihrer Individualität wahrzunehmen. Langeweile, Einsamkeit und Hilflosigkeit machen sich breit, ein Lebenssinn ist für den Menschen nicht mehr gegeben.

Ein amerikanischer Arzt hat dies erkannt, dass viele Therapiemöglichkeiten keine menschliche Nähe und Geborgenheit vermitteln können. So hat sich Dr. William Thomas sehr viele Gedanken gemacht, wie man es besser machen könnte. Wie man den Bewohnern ihre Lebensqualität wieder zurückgeben könnte. Er entwickelte mit seiner Frau Judith Meyer-Thomas die Eden-Alternative. Die Kernaussage ist, dass diese Philosophie der Eden-Alternative die Lebensqualität und die menschliche Würde zurück gibt. Dies kann nur dann geschehen, wenn der Kontakt mit Kindern, Tieren und auch Pflanzen gegeben ist. Auch die Beziehung zwischen den Betreuern und den alten Menschen soll eine andere Wertigkeit bekommen. Jeder soll den anderen genau kennen, damit er ihn versteht und sein Handeln akzeptieren kann. Deswegen ist auch die Biographiearbeit ein sehr zentrales Thema. Denn Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, wissen nicht mehr, was es zum Frühstück gab, aber man kann ihnen vom Heranwachsen ihrer Kinder erzählen, von den Schwierigkeiten und von den schönen Dingen. Diese Informationen erleichtern die Kommunikation und das Verständnis beider Seiten. Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile kann so entgegen gewirkt werden. Mit Menschen mit Demenz über Ereignisse aus ihrem Leben zu reden hilft ihnen die allmählich verblässende Identität zu bewahren.

Der Lebensassistent, eine direkte Entwicklung aus der Eden-Alternative, hat gelernt, auf dieser Biographie seine Arbeit zu bauen und zu stützen. Die Lebensassistentin, der Lebensassistent hat gelernt „die Sprache der Lebenswelt“ zu spre-

chen und nicht primär die „Sprache der Medizin“. Der alte Mensch darf so sein, wie er ist, er wird so angenommen. Er wird in kein Schema gepresst. Die Lebensqualität steigt und etwaigen vorhandenen Problemen (Ängsten etc.) wird aktiv entgegen gewirkt, aber ohne Druck. Diese Verbesserung der Lebensqualität hat auch positive Auswirkungen auf die Angehörigen und auch auf die Pflegenden und Betreuenden.

Lebensqualität ist ein Schlagwort in der Eden-Alternative. Ab dem jungen Erwachsenenalter ist man bemüht, sich diese aktiv aufzubauen und zu erhalten, bzw. zu erweitern. Mit welcher Begründung darf die Lebensqualität keinen Stellenwert haben, wenn man über 80 Jahre alt ist? Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit sind Gefühlsausdrücke, denen man häufig begegnet, wenn man mit offenen Augen durch diverse Pflegeeinrichtungen geht.

Dies kann aber in unserer menschlichen Gesellschaft nicht geduldet werden. Dr. Thomas hat mit der Eden-Alternative eine revolutionäre Sicht- und Denkweise in die gesamte Gerontologie gebracht. Vielen „alt Eingesessenen“ ist sie ein Dorn im Auge, da die Arbeitsweisen andere sind. Doch wer und warum kann dem 80-Jährigen etwas aufzwingen? Der alte Mensch ist so reich an Lebenserfahrung, trägt Weisheit in sich und Institutionen wollen diese nicht anerkennen, weil es vor 10 Jahren anders war? Wollen wir nicht selbst bestimmen können, wann, wie und wie oft wir uns waschen? Diese Bedürfnisse haben keinen Platz, weil sie nicht, z. B. in das Zeitkonzept, passen. Wer gibt uns das Recht, über andere Menschen zu urteilen? Jeder möchte mit Respekt und Wertschätzung behandelt werden, aber die Pflege tut es nicht! Die Pflege rühmt sich mit holistischen Leitbildern (Körper, Geist und Seele werden gleichermaßen berücksichtigt), aber die strukturelle Gewalt steht über allem.

Die Eden-Alternative möchte ein Umdenken bewirken. Eine Denkweise, die dem gebrechlichen Menschen seine Würde zurückgibt. Eine Umsetzung wäre eigentlich so einfach, denn jeder Mensch will mit Respekt behandelt werden.

Durch den Fragebogen, wollte man einen Wissensstand in der Bevölkerung erfassen, sowie erfahren in wie weit die einzelnen Personen mit der Krankheit in Berührung kommen. Mit der ersten Frage wollte man diesen Wissensstand in Erfahrung

bringen. Es zeigte, dass 86% der Befragten, mit den Begriffen Demenz und/oder Alzheimer etwas verbinden können. Es wurde spezifisch herausgefiltert in welche Altersgruppe die Teilnehmer sich befinden, welche mit „ja“ geantwortet haben. In den Teilnehmergruppen von 18 bis 25 und von 26 bis 36 Jahren können alle etwas mit den Krankheitsnamen verbinden. Dies zeigt, dass gerade diese junge Generation, welche es noch am aller wenigsten betrifft, doch damit schon, mehr oder weniger, konfrontiert wurden, in irgend einer Form. Man kann aber sagen, dass von 50 Befragten nur sieben dies nicht kennen, ist ein sehr geringer Anteil. Es zeigt sich, dass diese Krankheit immer mehr Menschen betrifft und die Bevölkerung darüber mehr, oder weniger Bescheid weiß.

Die nächsten drei Fragen, wollten herausfinden, ob die Befragten persönlich in Verbindung mit Menschen sind, welche eine solche Diagnosenstellung haben, in welchen Situationen oder Bereichen sie mit diesen Menschen konfrontiert sind. Es wurde ganz allgemein gefragt, (Haben Sie persönlichen Kontakt mit Menschen, die an einer solchen Krankheit erkrankt sind?), und dann auch spezifisch. Ob ein Kontakt durch die Herkunftsfamilie besteht oder durch die berufliche Tätigkeit. Acht Teilnehmer gaben, an das in ihrer Herkunftsfamilie eine solche Krankheit besteht und weitere neun Befragte gaben an, dass sie es aufgrund ihrer Berufswahl kennen, davon sind sieben aus den Gesundheits- und Sozialbereich, eine Teilnehmerin ist Exekutivbeamte und ein Befragter ist Tischler.

Weiters wurde nach dem Berufsbild der Heimhilfe und der Pflegehilfe gefragt, sowie den Lebensassistenten. Im Fragebogen wurden die Aufgabenbereiche aller drei Berufsarten kurz erklärt, da davon ausgegangen werden konnte, dass es Personen gibt, die mit diesen Berufen nicht vertraut sind. Die Heimhilfe kennen 78% aller Befragten und die Pflegehilfe kennen 84%. Der Lebensassistent wird nur von 10% gekannt. Hier ist hervorzuheben, dass von diesen 10% der Teilnehmer niemand aus dem Gesundheits- und Sozialbereich kommt. Es wurde gefragt, ob es sinnvoll wäre den Beruf der Lebensassistenten in Österreich einzuführen, dabei haben 86% mit „ja“ geantwortet.

Wie erklärt, haben Menschen mit Demenz Schwierigkeiten in ihrem geistigen Bereich. Jedes neue Gesicht ist ihnen ungewohnt und macht sehr häufig Angst. Men-

schen mit der Diagnose Demenz, welche im Altersheim leben, haben in 24 h fünf bis sechs Betreuer. Würde man den Lebensassistenten in unser bestehendes System integrieren, deckt eine Person drei Berufssparten ab. Dies wäre für den Bewohner eine Entlastung, da nicht so viele Unterschiedliche Berufsgruppen mit unterschiedlichen Personen mit ihm arbeiten würden.

Der Lebensassistent ist im Konzept der Eden Alternative entsprungen. Es gibt auch in Österreich schon Langzeiteinrichtungen, welche mit diesem Konzept arbeiten. Darum ist das Argument, es kostet so viel Geld und derzeit sind die Sparpläne der Regierung so straff, dass ein solches Projekt nicht umgesetzt werden kann, nicht anzunehmen.

In der Langzeitpflege muss ein Umdenken stattfinden! Die Warm - Satt - Sauber Pflege sollte von der Zeit – Zuwendung – Zärtlichkeit Pflege abgelöst werden. Hygienerichtlinien sind sehr streng und starr. Das Alter ist keine Krankheit. Menschen sitzen in ihren Rollstühlen und schauen gegen eine weiße Wand oder sie liegen im Bett und schauen auf eine weiße Decke und sie warten auf die nächste Mahlzeit. Das Essen ist der einzige Höhepunkt im Alltag der Bewohner. Tiere, Kinder und andere Highlights haben teilweise schon vor zehn Jahren in die Pflegeheime Einzug gefunden. An der Quantität der „Aktivitäten“ für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf in Pflegeheimen mangelt es mittlerweile nicht. Die Frage der Qualität wird jedoch nur marginal in den Blick genommen.

Die Eden Alternative und der Lebensassistent setzten genau an diesem Punkt – an der Qualität - an!

Literaturverzeichnis

- Allmer, G. (2010): Steiermärkisches Sozialbetreuungsberufegesetz. Verfügbar unter: <http://www.medizinrechtspflegerecht.com/Berufsrecht/Sozialbetreuung/Steirisches%20Sozialbetreuungsberufegesetz.pdf> (Stand: 2010-11-17).
- Allmer, G. (2010): Medizinrecht - Pflegerecht. Verfügbar unter: <http://www.medizinrechtspflegerecht.com> (Stand: 2010-11-09).
- Arendt, T. (1999): Das Wichtigste, die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit, Berlin.
- Bellbaume, A. (1990): Langeweile, Überdruß und Lebenssinn. Eine geistesgeschichtliche und kultursoziologische Untersuchung, Wiesbaden.
- Benkert, O. (2005): Stressdepression, die neue Volkskrankheit und was man dagegen tun kann, München.
- Bundeskanzleramt. (2010): Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (Stand: 2010-11-16).
- Bundeskanzleramt. (2010): Landesrecht Steiermark. Verfügbar unter: http://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=LrStmk&Dokumentnummer=LRST_9200_011 (Stand: 2010-11-16).
- Cserjan, K. (1990): Altenhilfe in Österreich, Wien.
- Czepel, R. (2010): Einsamkeit - die vergessene Krankheit. Verfügbar unter: <http://science.orf.at/stories/1655252/> (Stand: 2010-11-30).
- Dal-Bianco, P. (1998): Die ALZHEIMER-KRANKHEIT. Ein Ratgeber für Angehörige und Betreuer von Alzheimer-Patienten. Verfügbar unter: <http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/alzh/alz04.htm> (Stand: 2010-09-29).
- Dunzinger, FA Dr E. (2010): Ist Altern eine Krankheit? Wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen. Verfügbar unter: <http://www.seminarhaus.stklara.at/veranst/seminarhaus/aphsymp10.htm> (Stand: 2011-06-15)
- Eden Alternative Institut: Lebensassistentin/Lebensassistent, Ein Bedürfnis der Gesellschaft.

- Forster, P. et. al.: (2000): Gruppe I, Österreich – Ein Land ohne Kinder, Bevölkerungsgeographische Aspekte, demographische und gesellschaftliche Veränderungen in Österreich, Wien.
- Gehmacher, Prof. E.: Geschichte. Verfügbar unter: <http://www.eden-europe.net/cms/content/view/14/66/lang,german/> (Stand: 2010-12-01).
- Glaser, A. (2007): Symptome der Alzheimer Demenz. Verfügbar unter: <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/symptome/> (Stand: 2010-09-29).
- Grunst, St. / Schramm, A. (2003): Pflege konkret, Neurologie und Psychiatrie, München.
- Haberfellner, C. et. al. (2009): Austrians Pensions Projections for 2007 – 2060, Wien.
- Hanik, G. (2003): Bevölkerung Österreichs im 21. Jahrhundert, Statistik Austria Informationsmanager, Wien.
- Hardt, A. / Runkel, D. / Wandhoff, B. (2004): Eden, Der Garten - Bibel-Lexikon. Verfügbar unter: http://www.bibelkommentare.de/index.php?page=dict&article_id=151 (Stand: 2010-11-29).
- Haupt, S. (2009): Lasst die Welt herein - Ich möchte - mich - sein©, das Eden Projekt, Wien.
- Heidegger, G. (2010): Leben - Sinn - Glück. Verfügbar unter: <http://wien.orf.at/magazin/magazin/gesundheit/stories/250981> (Stand: 2010-12-01).
- Helbig, St.: Zitate zum Thema „bewußtsein“. Verfügbar unter: <http://www.all4quotesom/tagged-quotes/1888/> (Stand: 2010-12-01).
- Kasper, S. / Volz, H. (2003): Psychiatrie und Psychotherapie compact: Das gesamte Facharztwissen, Stuttgart.
- Keusch, A. (2008): Leben am Fließband oder im Garten Eden. Die Eden - Alternative gegen die 3 Qualen des Alterns.
- Kitwood, T. (2008): Demenz - der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern.
- König, A. / Bielawski, T. (1998): Herzlich willkommen bei den Gärtnern von Eden <http://www.gaertner-von-eden.de> (Stand: 2010-11-29).
- Martens, L. (2001): <http://www.magistrix.de/lyrics/Nino%20De%20Angelo/Jenseits-Von-Eden-26765.html> (Stand: 2010-11-29).
- Mayer, H. (2008): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung Durchführung Auswertung, Oldenburg.
- Monkhouse, C. / Wapplinger, R. (2003): Übermorgen, wenn wir alt sind, Zürich.

-
- Part, P. (2002): Working Papers. 8/2002, finanzielle Auswirkungen der Bevölkerung, Wien.
- Radtke, G.: Seniorentreff Alfred-Bock-Straße. Verfügbar unter: <http://www.diakoniegiesen.de/de/seniorentreff-alfred-bock-strasse.php> (Stand: 2010-11-30).
- Rosenberg, J. (2002): Philosophieren. Ein Handbuch für Anfänger, Frankfurt am Main.
- Rössler, W. (2010): Kleine Zeitung. „Das geht sich bald nicht mehr aus“. Verfügbar unter: <http://www.kleinezeitung.at/nachrichten/politik/2375902/geht-sich-bald-nicht-mehr.story> (Stand: 2010-06-23).
- Schroeter, K. (2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. München.
- Schröder, B. (2010): Blickrichtungswechsel: Lernen mit und von Menschen mit Demenz. Deutschland
- Statistik Austria, (2007): Statistik Austria. Verfügbar unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerungsveraeenderung_nach_komponenten/023289.htm, (Stand: 2010-06-30).
- Tazi-Preve, I. et. al.: (1999): Bevölkerung in Österreich, demographische Trends, politische Rahmenbedingungen, entwicklungspolitische Aspekte, Institut für Demographie, Österreichische Akademie der Wissenschaft, Wien.
- Thomas, Dr. W. (2006): Die Eden-Alternative Für ein neues Miteinander der Generationen, Lahr.
- Thomas, Dr. W. (1998): Die 10 Eden-Prinzipien ®. Verfügbar unter: <http://www.eden-europe.net/cms/content/view/121/82/lang,german/> (Stand: 2010-12-01).
- Wisbauer, A. (2009): Bevölkerungsstand 1.1.2009 inkl. Revision seit 1.1.2001, herausgegeben von Statistik Austria, Wien.
- Wolf, Dr. D. (2007): Lebenshilfe ABC ... Nachschlagewerk & Lexikon Psychologie. Verfügbar unter: <http://www.lebenshilfe-abc.de/hilflosigkeit.html> (Stand: 2010-11-30).

Fragebogen zum Thema:

Demenz und Betreuung von Demenzerkrankten

1. Kennen Sie das Krankheitsbild der Demenz/Alzheimer?

ja

nein

2. Haben Sie persönlich Kontakt mit Menschen, die an einer solchen Krankheit erkrankt sind?

ja

nein

3. Hat in ihrer Herkunftsfamilie jemand diese Krankheit?

ja

nein

4. Haben Sie beruflich mit diesem Krankheitsbild zu tun?

ja

nein

(Frage 5 bitte nur beantworten, wenn Frage 2 mit ja und 3/4 mit nein beantwortet wurden!)

5. In welchen Situationen kommen Sie mit Demenzerkrankten zusammen?

6. Kennen sie den Beruf des Heimhelfers und welche Aufgaben dieser hat (im Groben)?

ja

nein

Die Heimhilfe ist für jegliche hauswirtschaftlichen Tätigkeiten verantwortlich, wie z. B. einkaufen von Lebensmittel, das Waschen der Wäsche, kochen, etc.

7. Kennen Sie das Berufsbild der Pflegehilfe und seine Aufgaben (im Groben)?

ja

nein

8. Wo haben sie schon einmal mit dem Beruf des Pflegehelfers zu tun gehabt?

bei einem Kranken-
hausaufenthalt

bei einem
Besuch im
Krankenhaus

bei ei-
nem Be-
such im
Pflegeheim

Der Pflegehilfsdienst darf unter Anordnung und Aufsicht des gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, pflegerische Maßnahmen durchführen. Weiteres ist die Pflegehilfe berechtigt bei therapeutischen und diagnostischen Tätigkeiten den Arzt bzw. den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege zu unterstützen.

9. Haben sie schon einmal etwas über das Berufsbild des Lebensassistenten gehört?

ja

nein

Der Lebensassistent ist ursprünglich von Amerika kommend. Er umfasst die Aktivitäten der Heimhilfe und des Pflegehilfsdienstes.

10. Haben Sie sich schon Gedanken gemacht, wie ihre Versorgung im Alter, wenn Sie Hilfe und Unterstützung benötigen aussehen soll?

ja

nein

11. Glauben Sie, dass es sinnvoll wäre, das Berufsbild des Lebensassistenten im Gesundheitswesen zu implementieren?

ja

nein

Ich bitte Sie noch ein paar Fragen zu Ihrer Person zu beantworten.

Sind sie ...

männlich

weiblich

Sie sind ...

18 - 25

26-35

36 - 45

46 - 55

56 - 65

66 und
älter

Beruflich sind sie ...

Herzlichen Danke für Ihre Unterstützung!

Lebenslauf

Persönliche Daten

.....

Name	Renate Andrea Stadler
Geburtsdatum	6. September 1985
Geburtsort	Voitsberg
Eltern	Karl Stadler - Pensionist Gabriele Stadler - Pensionist
Familienstand	Partnerschaft

Schulbildung

.....

1992 - 1996	Grundschule St. Johann-Köppling
1996 - 2000	Private Hauptschule der Barmherzigen Schwestern in Dobl
2000 - 2001	Lehranstalt für Sozialberufe
2001-2003	Fachschule für Sozialberufe
2003-2006	Schule für allg. Gesundheits- und Kran- kenpflege an der Universitätsklinik Graz
2008-2009	Schule für allg. Gesundheits- und Kran- kenpflege in Klagenfurt, Sonderausbil- dung Psychiatrie

Erfahrungen

.....

Okt. 2006 - März 2007	Dialysezentrum Graz - West
April 2007 - Okt. 2007	Universitätsklinikum Graz/Neurologie
Okt. 2007 - Sept. 2008	Senioren Pension Hohenburg
Sept. 2009	Diakoniewerk - Haus am Ruckerlberg