

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1990)

Heft: 29

Rubrik: Referate im Rahmen der Veranstaltung für Angehörige von verwirrten alten Menschen, Alzheimer-Vereinigung Zürich in Zusammenarbeit mit der Pro Senectute Kanton Zürich und dem Stadtärztlichen Dienst Zürich, 2.2.1990

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

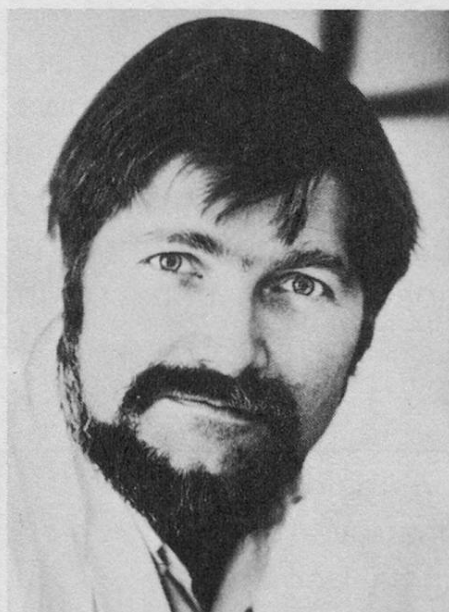
Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Referate im Rahmen der Veranstaltung für Angehörige von verwirrten alten Menschen, Alzheimer-Vereinigung Zürich in Zusammenarbeit mit der Pro Senectute Kanton Zürich und dem Stadtärztlichen Dienst Zürich, 2.2.1990.

Verwirrtheit im Alter – mehr als ein medizinisches Problem

Dr. med. A. Wettstein, Chefarzt Stadtärztlicher Dienst Zürich



Demenz ist eine langfristige allgemeine Hirnleistungsschwäche mit Gedächtnisstörungen und anderen Ausfällen, wobei eine Verschlechterung im Vergleich zu früheren Leistungen vorliegt.

Grundlage jeder ganzheitlichen Betrachtung eines Dementen muss die Klärung von 2 medizinischen Fragen sein:

1. Liegt wirklich eine Demenz vor oder könnte es sich auch um eine andere Störung handeln?

Häufig fälschlicherweise als dement bezeichnet werden vor allem Patienten mit akuten allgemeinen Hirnleistungsstörungen (Delirien) oder mit Depressionen.

Die häufigste Ursache für solche Delirien im Alter sind leicht behandelbare Krankheiten wie Lungenentzündungen oder Austrocknung. Werden diese behandelt, verschwindet die Hirnleistungsstörung.

Depressionen im Alter werden deshalb oft verkannt, weil depressives Nicht-mehr-Mögen und Blockiertsein in traurigen Gedanken mit demenzbedingtem Nicht-mehr-Können und Nicht-mehr-Wissen verwechselt wird und weil die depressiven Begleitsymptome wie Appetitlosigkeit, das Gefühl nichts mehr wert zu sein und Traurigkeit fälschlicherweise als «normale Alterserscheinung» missdeutet werden.

2. Liegt eine behandelbare Form der Demenz vor oder findet sich ein behandelbarer Zusatzfaktor, der die Demenzsymptome verstärkt?

Bei ca. der Hälfte aller Dementen findet sich ein solcher Faktor, bei ca. einem Viertel aller lässt sich dieser behandeln und bei ca. einem Achtel aller Dementen ergibt sich damit eine Verbesserung der Hirnleistung, die mindestens ein Jahr anhält.

Die häufigsten behebbaren Faktoren sind falsch, zu viel oder zu lang verordnete Medikamente. Oft ist dieser Faktor Alkohol. Ebenfalls wichtig sind Stoffwechselstörungen durch Krankheiten der Schilddrüse, der Niere, der Leber, schlecht eingestellter Zuckerkrankheit oder Vitaminmangel. Gewisse seltenere behandelbare Rheumakrankheiten oder Hirnkrankheiten können ebenfalls zu Demenz führen.

Doch wenn auch diese Grundfragen geklärt sind und eine nicht ursächlich behandelbare Demenz bestätigt wird, sei es weil die Hirnleistungsschwäche durch mehrere Hirnschläge oder durch die Alzheimer'sche Krankheit oder eine Mischung der beiden verursacht wird, bleibt viel zu tun: Zuerst geht es darum, die eigentlichen, nicht behandelbaren Demenzsymptome von den reaktiven, vermeidbaren und behandelbaren Verhaltensstörungen der Demenz zu trennen.

eigentliche nicht behandelbare Demenzsymptome	reaktive, vermeidbare und behandelbare Verhaltensstörungen bei Demenz
a) Frühsymptome: – Gedächtnis- und Orientierungsschwäche – Urteilsschwäche – Mühe mit abstraktem Denken b) Leitsymptome: – Gedächtnis- und Orientierungsstörung – Sprach(verständnis)störung – Handfertigungsstörung – Wahrnehmungsstörung	c) Frühsymptome: – Verfolgungswahn – Depressive Reaktion auf a) d) Verhaltensstörungen: – Nichts tun mit Langeweile – motorische Unruhe – immer das selbe tun oder sagen – Aggression (mit Worten oder handgreiflich) – Tag- und Nachtumkehr – Einnässen, -koten

Wenn schon Verhaltensstörungen aufgetreten sind, sind oft Medikamente gezielt eingesetzt und für eine gewisse Zeit verordnet, sehr erfolgreich um diese zu lindern oder gar zum Verschwinden zu bringen. Noch wichtiger aber ist es, Verhaltensstörungen durch vorzubeugende Massnahmen zu vermeiden. Dies ist meist dann möglich, wenn die Umwelt (Mensch, Raum und Sachen) dem Schweregrad der eigentlichen Symptome optimal angepasst werden. Wir nennen dies Milieuthherapie.

Voraussetzung zu wirksamen Milieuanpassung ist demgemäss, dass alle, die die Umwelt des Patienten beeinflussen, zwei Bereiche kennen, einerseits die Bereiche mit noch normaler Leistungsfähigkeit und andererseits die Bereiche mit mehr oder weniger starken Ausfällen:

Zu noch erhaltenen Fähigkeiten gehören auch bei schwer Dementen meist die Fähigkeit zu Sprechen, zu Singen, zu Spazieren, ja sogar noch zu Tanzen (wenn der Patient gut geführt wird). Viele Fähigkeiten sind nur teilweise gestört, z.B. Rüsten und Abwaschen geht noch, auch wenn man nicht mehr kochen kann, z.B. Ankleiden geht noch, aber dazu müssen die Kleider in der richtigen Reihenfolge bereit liegen, etc.

Andererseits sind auch häufig verkannte Defizite wichtig: Dies sind insbesondere die Sprachverständnis- und Handfertigkeitenstörungen. Denn intuitiv werden Hirnleistungsschwäche gemäss den Entwicklungsstufen des Kleinkindes beurteilt. Kinder verstehen eher noch etwas besser, als sie sprechen können. Ganz anders Alzheimer-Patienten: Auch wenn sie ausser einigen Wortfindungsstörungen noch gut sprechen können, ist ihr Sprachverständnis oft massiv beeinträchtigt.

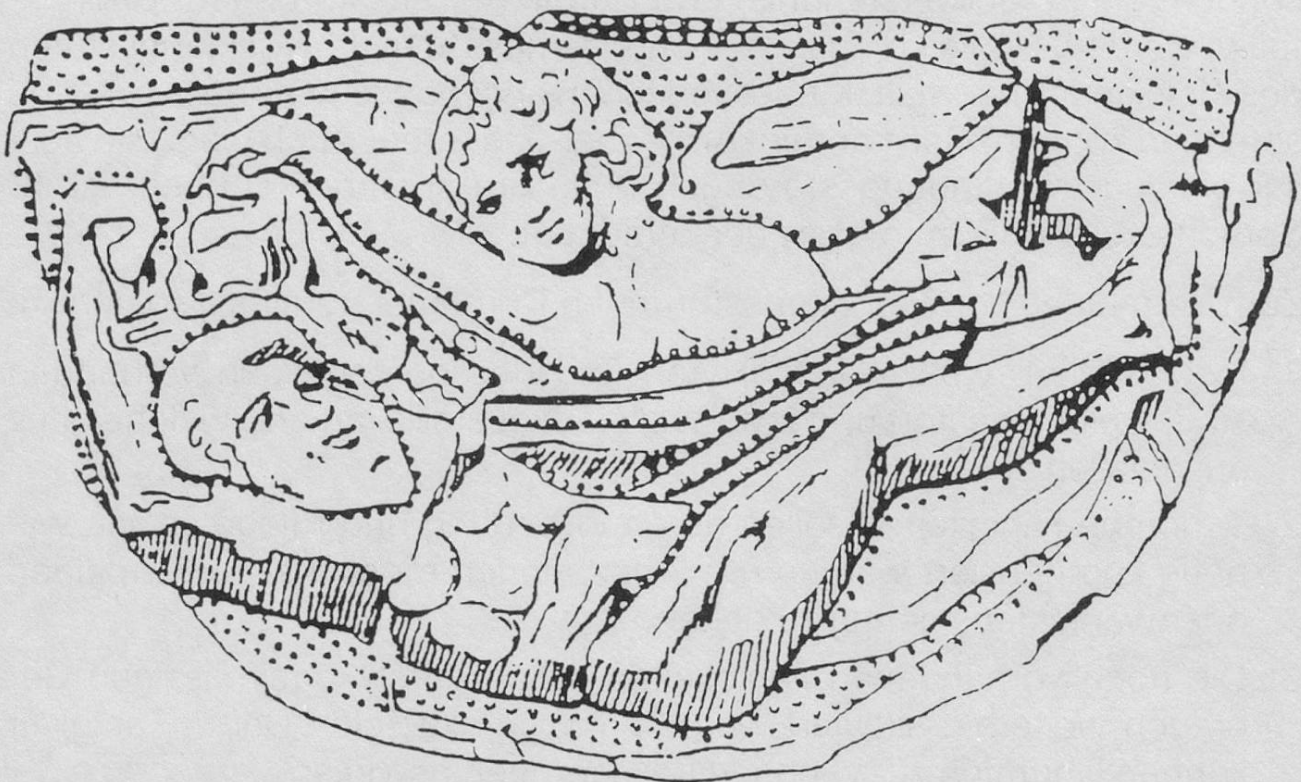
Zum Vermeiden von Verhaltensstörungen Dementer geht es also darum,

1. festzustellen, welche Fähigkeiten und Ressourcen noch vorhanden sind, welche gestört und zwar wie stark gestört sind und welche ganz ausgefallen sind.
2. Verlorene Fähigkeiten sollen durch Betreuung und Pflege soweit wie nötig kompensiert werden um Frustrationen möglichst zu vermeiden oder wenigstens gering zu halten.
3. Die noch vorhandenen Fähigkeiten sollen durch regelmässigen Gebrauch weiterhin aktiviert werden. Im Grenzbereich Defizit Fähigkeit können Übungen z.T. wichtige Besserungen bewirken.
4. Auch die Umwelt soll den Fähigkeiten und Verlust von Hirnleistungen angepasst werden, z.B. durch Anbringung von Orientierungshilfen, durch Verwenden von einfacheren Kleidungsgegenständen wie Schlüpfchuhen statt Bindschuhen, ein Abstellen des Gasherdes bei gefährlichem Kochverhalten, etc. etc.

Doch auch eine optimale Milieuthherapie kann höchstens die vermeidbaren Verhaltensstörungen verhindern oder mindern. Ein Fortschreiten der Demenz, ein langsames Absterben des Gehirns bleibt jedoch unbeeinflussbar. Gerade das Miterleben müssen dieses langsamen Sterbens des Geistes eines geliebten Mitmenschen, ist oft besonders belastend und wenn dann noch Verhaltensstörungen dazu kommen, meist eine zu grosse Belastung.

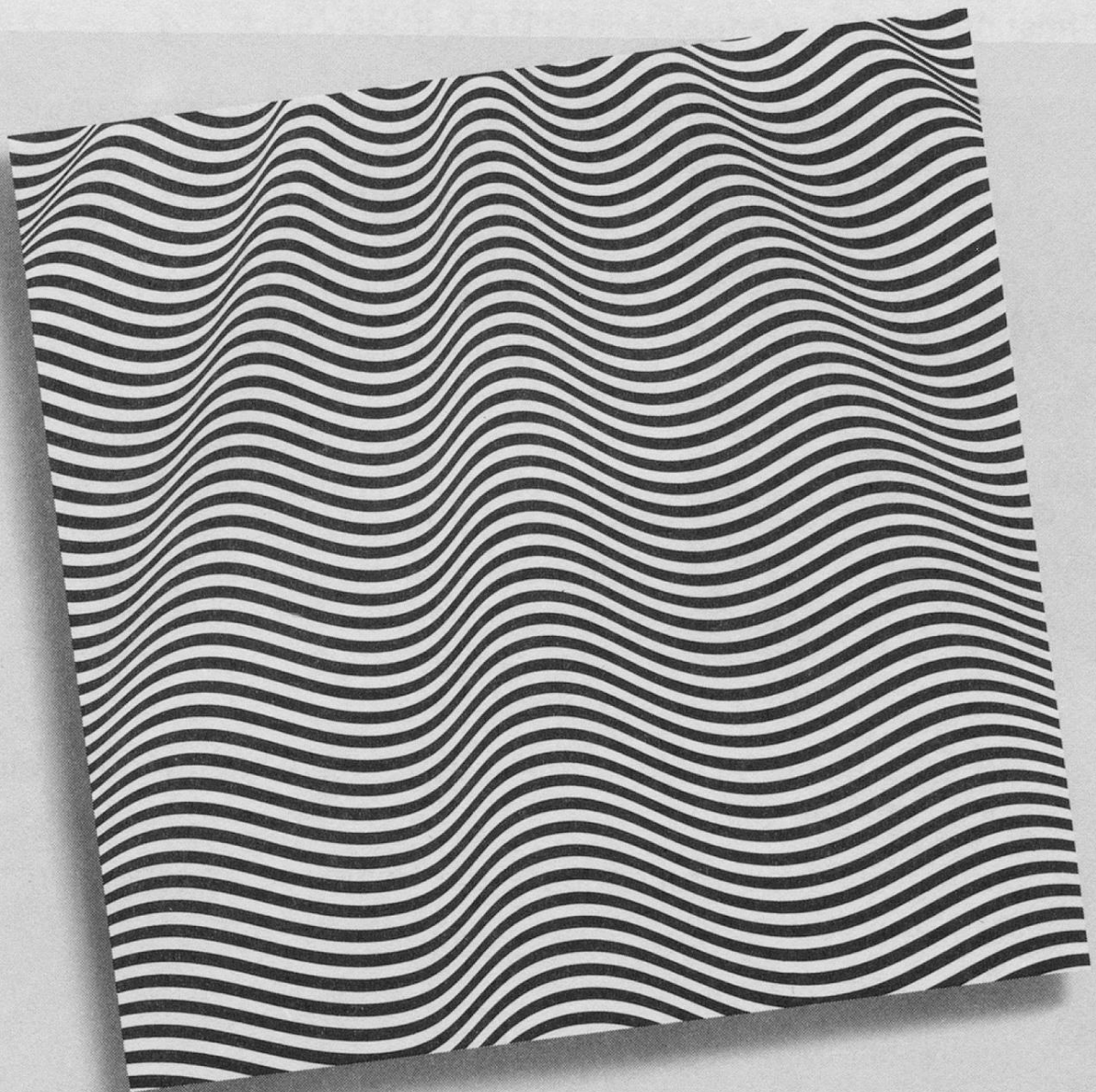
Dies ist keine Neuerkenntnis, schon Homer hatte im 8. Jahrhundert vor Chr. dies beschrieben: Die Göttin Eos, die ihrem Geliebten Tithonos zu ewigem Leben aber nicht zu ewiger Jugend verholfen hatte, litt zunehmend unter der Hilflosigkeit und dem Zerfall des dement gewordenen Geliebten. Besonders belastend für sie war, dass sie ihm das Essen eingeben musste und dass er ständig sinnlose Laute von sich gab. Sie hielt dies schliesslich nicht mehr aus und verwandelte ihn in eine Zikade.

Bürgern des 20. Jahrhunderts stehen in dieser Situation ganz andere Hilfsangebote zur Verfügung (siehe Referat von Frau Christen).



Der demente Tithonos, von Eos gepflegt, bevor sie ihn in eine Zikade verwandelt (etruskische Goldschmiedearbeit, Abbildung aus Gerhard, 1868).

Schwindel
Nystagmus



Lisa & Furer, Basel



Das Antivertiginosum
der Olympiasportler, damit
die Hochleistung nicht
in Frage steht.

kassenzulässig

TRADEMARK
Stugeron forte
(Cinnarizin)

Für ausführliche Informationen
über Zusammensetzung, Indikationen,
Dosierung, Nebenwirkungen, Kon-
traindikationen, siehe Arzneimittel-
kompendium der Schweiz oder
Packungsprospekt.



JANSSEN
PHARMACEUTICA AG

Sihlbruggstrasse 111 · 6340 Baar · Tel. 042 33 22 33

Die Entlastung der betreuenden Angehörigen

Christina Christen, Zentralstelle SPITEX, 8035 Zürich



Wenn von der Entlastung betreuender Angehöriger gesprochen wird, ist es gut zu wissen, unter welchen Belastungen diese denn stehen und von welchen Belastungen sie denn entlastet werden sollten.

Ich beginne mit einer ganz knappen Aufzählung von typischen Belastungsmomenten, von denen Sie einige erkennen werden. Untersuchungen zeigen, dass betreuende oder pflegende Angehörige in der Regel unter einer Mehrzahl dieser Belastungen stehen, die nicht ständig aber phasenweise zu einem sehr hohen Belastungsdruck führen. Ich nenne:

1. die körperliche Belastung, die oft zur Überschreitung der **eigenen** Leistungsgrenze führt
2. die zeitliche Inanspruchnahme, das dauernde Angebundensein, die ständige Abrufbereitschaft
3. die gestörte Nachtruhe
4. der Verzicht auf Freizeit, auf Urlaub
5. das Aufgeben des eigenen Tagesrhythmus', der Verlust von Rückzugsmöglichkeiten, der Verzicht auf die Verwirklichung eigener Lebensziele
6. die sozialen Einschränkungen, die zunehmende Isolation
7. als seelische Belastungen: der nicht ablassende Druck der Verantwortung, die Aussichtslosigkeit der Situation, die Belastung durch die psychischen und geistigen Veränderungen des Patienten, der Schmerz über den häufig auftretenden Beziehungsverlust, die Einsamkeit in der Pflegesituation

Dazu kommen immerwiederkehrend

8. das schlechte Gewissen, dass man sich nicht immer so geduldig und zuverlässig verhält, wie man möchte, wie man es dem abhängig gewordenen Menschen gegenüber müsste
9. das Bewusstsein, dass die Leistung, die man vollbringt, nicht genug estimiert wird, ja geringgeschätzt ist
10. das Ärgernis, dass man durch die Pflege zuhause finanziellen Benachteiligungen ausgesetzt ist
11. die bedrohliche Gewissheit, dass man mit allem, was in jeder Stunde des Tages oder der Nacht passieren kann, zuerst einmal allein ist.

Sie, geschätzte Anwesende, kennen diese Belastungssituation, und doch hören sie aufmerksam zu: denn so sauber auseinanderdividiert ist sie auch für Sie wieder neu. Die meisten und vor allem stark belastete Angehörige verspüren nicht Pkt. 1, 3, 7 und 11, sondern ein Konglomerat, ein Gewicht einfach, das sie drückt.

Wenden sich betreuende und pflegende Angehörige vielleicht gerade darum so spät an die Spitex-Dienste, weil sie so schlecht spüren, welche Teile ihrer Last sie abgeben oder mit einer Hilfsperson teilen könnten? Trauen sie den Spitex-Diensten überhaupt zu, ihnen die Entlastung bringen zu können, die sie suchen? Befürchten sie nicht, die Auseinandersetzung mit diesen Diensten bringe neue Belastung, Umtriebe, Umstellungen, welchen sie sich jetzt in ihrer Situation wirklich nicht mehr gewachsen fühlten? – Nun, Tatsache ist, dass belastete Angehörige in der Regel erst ganz spät bereit sind, Hilfe von aussen in Anspruch zu nehmen.

Gehen wir nun einmal davon aus, dass eine Angehörige die Absicht hat, einen alten Menschen möglichst lange und möglichst gut zu Hause zu betreuen. Zu Hause bleiben kann eine schwer pflege- oder betreuungsbedürftige Person in der Regel nur, wenn mindestens ein Familienangehöriger sich intensiv um sie kümmert. Spitex-Dienste allein sind für eine solche Leistung nicht eingerichtet. Für die pflegewillige Angehörige heisst das also, dass sie darauf achten muss, dass sie selbst möglichst lange gesund und nervenstark, leistungs- und belastungsfähig bleibt.

Es gibt nun vier Wege, die verfolgt werden müssen, um zum Ziel zu gelangen. Sie heissen:

1. **ABSICHERUNG**
Sozialberatung
2. **STÜTZUNG**
Gemeindekrankenpflege
Hauspflege
Haushilfe
3. **VERARBEITUNG**
Gesprächsgruppe
4. **ERHOLUNG**
Tagesklinik
Ferienbett im Krankenhaus

Ich will das näher ausführen.

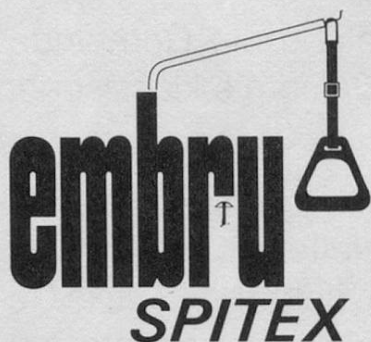
1. ABSICHERUNG meint, dass die äusseren Bedingungen, also die zwischenmenschlichen, die familiären, die beruflichen, die finanziellen, die versicherungstechnischen, die infrastrukturellen (Wohnung, Wohnungseinrichtung, Hilfsmittel) Bedingungen geklärt und – den Umständen entsprechend – optimal erfüllt werden. Viele Angehörige übergehen diesen Schritt: Sie befinden sich plötzlich in einer Pflege- oder Betreuungssituation und finden die Zeit und die Kraft nicht mehr, um Fragen zu stellen – was sich bitter rächen kann. Die Bedeutung der Sicherstellung dieser Rahmenbedingungen kann nicht genug hoch eingeschätzt werden: Denn die alltäglichen Herausforderungen der Pflege verlangen die bestmöglichen Grundbedingungen. Fachliche Unterstützung bei dieser Aufgabe finden Sie bei der **Sozialberatungsstelle**.

Ein Sozialberatungsdienst ist für pflegende Angehörige eine Schlüsselstelle. Sozialberatung hat nichts mit Armengenössigkeit, mit persönlicher Unfähigkeit zu tun! Eine Sozialberatungsstelle ist ein Ort der Beratung für fähige Personen, die zur Orientierung in einer bestimmten Sachlage einen Sachverständigen, nämlich eine Sozialarbeiterin beiziehen wollen. In einer Sozialberatungsstelle werden die Informationen über das öffentliche und zum Teil auch über das private Dienstleistungssystem systematisch gesammelt und die Angestellten verfügen über Fachwissen sowie über

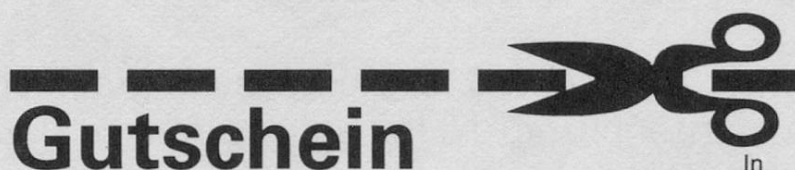


Was tun, wenn jemand von uns krank wird
oder verunfallt und zuhause das
Bett hüten muss? Es kann jeden treffen.
Hier hilft Embru Spitex.

Wir orientieren Sie über «Spitex – Für die Pflege zuhause»
und was wir dazu beitragen können. Ihre Anfrage ist für Sie
unverbindlich, ein Besuch erfolgt nur auf Wunsch.



Embru-Werke, Spitex
8630 Rüti ZH
Telefon 055 / 31 28 44
Für die Pflege zuhause



Gutschein

Senden Sie mir bitte Ihre Broschüre
«Spitex – Für die Pflege zuhause».

Name: _____

Strasse: _____

PLZ/Ort: _____

Auf Karte geklebt oder in Couvert an obige
Adresse senden. Oder einfach anrufen.

ES 1/86

grosse Erfahrung im Lösen von organisatorischen und zwischenmenschlichen Problemen der verschiedensten Art.

Fragen, die für Angehörige wichtig sein können und die der Klärung bedürfen, sind:

die grundsätzliche Frage «Pflege daheim oder im Heim», die in Abständen immer wieder aktuell ist; Informationen über Krankenhäuser, Tagesheime, Ferienbetten; Information über Anmeldeverfahren und Wartezeiten

die Frage der Mitverantwortung/Beteiligung weiterer Familienangehöriger an der Pflege

Fragen zur Psychohygiene der Pflegeperson

Fragen zur Bewältigung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten

Fragen der Wohnungsanpassung, der Hilfsmittelbeschaffung Kostenfragen; Fragen der Vermögensverwaltung; Versicherungs- und Krankenkassenfragen

Fragen der beruflichen und finanziellen Sicherheit der Pflegeperson

Solche und ähnliche Fragen dienen der Klärung der Rahmenbedingungen, unter denen die Pflege stattfinden soll. Wird diese Klärung unterlassen, tauchen die Fragen aller Voraussicht nach irgendwann zu einem – wahrscheinlich ungünstigeren – Zeitpunkt wieder als ungelöste Probleme auf.

Die nötige fachliche Unterstützung bei diesem Schritt der Absicherung finden Sie beim Beratungsdienst der Pro Senectute, dessen Mitarbeiterinnen Sie auf Verlangen auch zuhause aufsuchen. Unterstützung finden Sie auch bei den SozialarbeiterInnen der Kirchgemeinden, die in Ihrem Quartier oder Ihrer Gemeinde tätig sind.

2. Mit STÜTZUNG ist die Entlastung gemeint, welche die Gemeindepflege, die Hauspflege und die Haushilfe, also die klassischen Spitex-Dienste, leisten können.

Die Gemeindepflege absolviert kurze Krankenbesuche. Sie pflegt, behandelt und fördert den Patienten. Die Angehörigen leitet sie im Umgang mit dem Patienten an und gibt ihnen damit die nötige Sicherheit. – Die Gemeindepflege kann **nicht** beim Patienten sitzen bleiben, sie bietet keine Betreuung an: Beim «nur» betreuungsbedürftigen alten Menschen ist ihre Aufgabe kleiner, beim pflegebedürftigen, bettlägerigen Patienten grösser. Die Gemeindepflege plant eine Tagestour, kann aber da-

zwischen auch aufgehalten oder zu Notfällen abgerufen werden. D.h. für die Angehörigen: Man muss sich nach ihrem Zeitplan richten, mit bestimmten Verrichtungen auf sie warten; sie kann aber nicht pünktlich auf die Minute erscheinen.

Der stündige oder mehrstündige Einsatz der Hauspflegerinnen erstreckt sich auf das ganze Tätigkeitsfeld im Haushalt und in der Grundpflege. Neben der Aufgabe, Personen beizustehen, die ihren Haushalt oder sich selbst nicht mehr selber besorgen können, ist es auch das Ziel der Hauspflege, Personen, die Pflege- oder Versorgungsaufgaben ausüben – also Sie! –, zu entlasten oder sie gar zu ersetzen, wenn sie z.B. aus Krankheitsgründen ausfallen. Die Hauspflegerin ist fähig, die Haushaltsführung zu übernehmen oder die Pflege fortzusetzen, wenn es nötig ist. Genau wie die Pflegeperson, die sie ersetzt, führt sie auch Betreuungsaufgaben aus. Früher galt die Regel, dass die Hauspflege nur befristete Einsätze leistet; heute sind die meisten Hauspflegen dazu übergegangen, auch länger zu helfen, wenn es angezeigt ist. Die befristete, intensive, rasche Hilfeleistung als Überbrückung einer akuten Notsituation ist aber die Spezialität der Hauspflege geblieben. Die Einsätze der Hauspflege erfolgen geplant, d.h. dass auch die Angehörigen sich nach den Abmachungen richten müssen. Es ist unumgänglich, dass an einem Ort verschiedene Hauspflegerinnen zum Einsatz kommen.

Die Tätigkeit einer Haushelferin umfasst ebenfalls Haushaltarbeiten sowie einfache pflegerische Handreichungen. Ihre Einsätze unterscheiden sich aber von denen der Hauspflege dadurch, dass sie weniger intensiv, nur ergänzend und immer langfristig angelegt sind. Eine Haushelferin hilft im Haushalt, sie führt nicht selbst den ganzen Haushalt. Und: Die Haushilfe ist nicht für das Einspringen in Notfällen eingerichtet.

Die Gemeindekrankenpflege, die Hauspflege und Haushilfe arbeiten vernetzt miteinander. Wo noch keine gemeinsame Telefon-Nummer eingerichtet ist, werden die Hilfesuchenden weitergeleitet an den zuständigen Dienst. Es kommt auch vor, dass zwei Dienste gemäss ihrem je verschiedenen Auftrag bei einem Patienten engagiert sind.

Die Entlastung durch die Spitex-Dienste kann die pflegenden Angehörigen vor körperlicher Überforderung schützen, indem man sich gegenseitig hilft bei den schweren Verrichtungen. Sie kann das Verlassen des Hauses, die Erledigung von Besorgungen ermöglichen. Auch der Druck, dass alles nur auf den eigenen Schultern ruht und niemand Bescheid weiss, nimmt ab.

Andererseits bedeutet diese Hilfe auch, dass man die Aufgabe mit einer anderen Person teilen muss. Teilen können heisst: loslassen; heisst auch: sich Kritik aussetzen. Bei verwirrten alten Menschen besteht die Gefahr, dass für die Spitex-Dienste vor allem die pflegerischen Verrichtungen herausgesondert werden, also die Handlungen, die oft noch am ehesten die Beziehung zum Patienten erleben lassen, die auch oft seelisch zu den am wenigsten belasteten Momenten im Tagesablauf gehören: eine Entlastung, welche der durch Betreuungsaufgaben und Verantwortungsdruck gestresste Angehörige so gar nicht wünscht. Das heisst nicht, dass es so sein muss: Es heisst nur, dass auch Sie als Angehörige formulieren können müssen, in welchem Bereich Sie Entlastung wünschen.

3. VERARBEITUNG

Es ist sehr oft zu beobachten, dass der langjährige Lebenspartner, der abhängig gewordene Patient, nicht mehr der Partner im Gespräch sein kann, der er einmal war. Die pflegenden Angehörigen erleiden dadurch einen schmerzlichen Verlust. Viele Angehörige vereinsamen in dieser Phase, geraten durch den Mangel an Auseinandersetzung in eine innere Orientierungslosigkeit und verlieren an Selbstgefühl und Selbstwertgefühl. Wie sollen sie in diesem Zustand den Spitex-Diensten gegenüber selbstbewusst auftreten und Bedürfnisse formulieren können?

In dieser Situation hilft Ihnen eine Angehörigen-Gesprächsgruppe.

Zu dieser wertvollen Einrichtung mache ich keine weiteren Ausführungen, weil sie noch speziell vorgestellt werden wird. Aus meiner Sicht nur soviel: Um auf Dauer belastbar zu bleiben, ist es unabdingbar, Geschehnisse des Tages auch seelisch-geistig hinter sich zu bringen; man muss Situationen von verschiedenen Seiten betrachten und dann die Kraft finden können, sich zu Entschlüssen durchzuringen und zu ihnen zu stehen; es ist nötig, aus Erlebtem zu lernen, es ist nötig, immer wieder Kraft tanken zu können: Allein ist das alles sehr schwer. Mit jemanden darüber reden zu können, der versteht, wovon man spricht, ist Gold wert. – Auf dem Platz Zürich werden solche Gesprächsgruppen von SozialarbeiterInnen der Pro Senectute und des Stadtärztlichen Dienstes gemeinsam geführt.

4. ERHOLUNG

Erholen von einer Situation kann man sich, wenn man sich für eine bestimmte Zeit aus ihren Zwängen befreit. Aufschnaufen, Wiedersich-selbst-gehören, Alleinsein, Ausgehen, Sich-um-seine-eigene-Gesundheit-sorgen. . . das sind Stichworte dazu, was eine Tagesklinik oder ein Ferienbett im Krankenhaus einem pflegenden oder betreuenden Angehörigen bieten kann. Bei beiden Dienstleistungen begibt sich der Patient für

eine bestimmte Zeit – Tagesklinik: vom Morgen bis zum späteren Nachmittag / Ferienbett: für mehrere Wochen – in dem stationären Bereich. Während dieser Zeit benutzt er alle dortigen Einrichtungen; er ist voll versorgt und betreut. Für den pflegenden Angehörigen entfallen während dieser Zeit sämtliche Versorgungs- und Betreuungsaufgaben.

Oft hört man vorschnell die Meinung: Eine solche «Verpflanzung» kann ich meinem Mann / meiner Mutter nicht zumuten. Ich glaube, die Überlegung müsste so ausschauen: Wenn die Tagesklinik oder das Ferienbett dazu beiträgt oder dazu nötig ist, dass die pflegende Person ihre Aufgabe auf Dauer aufrecht erhalten kann, und wenn der Patient unter allen Umständen, möglichst lange zu Hause verbleiben möchte, dann ist ihm ein befristeter Aufenthalt im Heim zuzumuten. Dieser Aufenthalt ist dann selbst ein Teil der **Umstände**, unter denen er zu Hause bleiben kann – ein Teil übrigens (dies nur in Klammern), den er selbst dazutun kann, eine positive Leistung seinerseits, was sogar bedeutungsvoll für das Verhältnis von Geben und Nehmen zwischen betreuter und betreuender Person sein kann.

Über die Vorteile dieser Dienstleistung für die Angehörigen braucht es nicht viele Worte. Ob der Nutzen dann auch wirklich eintrifft, hängt sehr davon ab, ob die Angehörigen auch fähig sind, wirklich loszulassen. Loslassen bedeutet jetzt auch: zum getroffenen Entscheid stehen, ihn nicht dauernd hinterfragen, ohne schlechtes Gewissen die freien Stunden geniessen.

Auf die Nachteile der Tagesklinik aus der Sicht der Angehörigen möchte ich kurz eingehen. Dass der Patient auf die Abholzeit hin gerichtet sein muss, ist nicht immer ein leichtes Unterfangen! Noch schwieriger wird es, wenn nicht vorauszusehen ist, ob der alte Mensch **heute** gerne geht oder gar nicht gehen will und sich allen Vorbereitungen widersetzt: In solchen Fällen fühlen sich Angehörige durch die paar freien Stunden nicht entschädigt für den Nervenstress, der damit verbunden ist. Auch eher schwierig ist es mit Patienten, die schwer Abschied nehmen, auch wenn man vom Pflegepersonal hinterher hört, wie zufrieden der Patient in der Klinik sei.

Wichtig ist festzuhalten, dass die genannten Nachteile der Tagesklinik beim Ferienbett weitgehend dahinfallen. Wenn Sie sich für die Inanspruchnahme eines Tagesklinik-Platzes oder eines Ferienbettes entschlossen haben, wenden Sie sich an den Sozialdienst des Stadtärztlichen Dienstes Zürich.

Ich habe Sie nun orientiert über vier wichtige Strategien zur Entlastung und die dazugehörigen Dienstleistungsangebote. Um festzustellen, ob die anfangs erwähnten Belastungen durch diese Entlastungsangebote nun gemildert werden, könnte man nun die Belastungen und Entlastungen noch einander gegenüberstellen und gegeneinander aufrechnen. Dazu haben wir – gottseidank – gar keine Zeit. Es ist aber auch nicht nötig: Denn Sie wissen, und ich weiss, wir alle wissen, dass die Pflege und Betreuung eines alten Menschen immer belastend bleibt, der andauernde Druck der Verantwortung gar nie ganz abgenommen werden kann.

Wichtig ist in bezug auf das gesamte Entlastungsangebot, das ich Ihnen dargestellt habe, dass Sie prüfen, was für Sie in welchem Zeitpunkt gut ist. Bedenken Sie: was für Sie als Pflegeperson gut ist, kommt auch indirekt dem Patienten zugute.

Und als letztes Wort: Sie werden als pflegende und betreuende Angehörige nicht darum herum kommen, Hilfe und Rat in Anspruch nehmen zu müssen. Streichen Sie darum für sich persönlich alles «Bittstellerische» aus den Wörtern [Ratsuchen] und [Hilfesuchen]: Sie erbringen gesellschaftlich und volkswirtschaftlich durch die Pflege zuhause eine so bedeutungsvolle Leistung, dass Sie ein ANRECHT auf Beratung und Hilfe haben.

Längerfristige Begleitung von Angehörigen in Form von sozialer Gruppenarbeit

Heidi Weber, Sozialarbeiterin im Beratungsdienst Pro Senectute Zürich



In der Stadt Zürich ist seit 1985 ein Projekt zur längerfristigen Begleitung von Angehörigen im Rahmen sozialer Gruppenarbeit ausgebaut worden, an dem sich der Beratungsdienst von Pro Senectute und der Stadtärztliche Dienst beteiligen. Inzwischen sind diese Gruppen ein fester Bestandteil des Angebotes von Pro Senectute geworden. Heute gibt es in der Stadt Zürich sieben Gruppen, die zusammen mit dem Stadtärztlichen Dienst wahlweise am Nachmittag und am Abend angeboten werden; neu ist eine Gruppe in Winterthur. In allen Gruppen beteiligen sich sowohl Personen, die in der Stadt, wie auch solche, die auf dem Lande wohnen; weitaus die meisten sind Frauen.

Bei den TeilnehmerInnen der Gruppen handelt es sich um Angehörige von älteren Menschen, die Pflege und besonders intensive Betreuung brauchen, weil sie unter Alzheimer, Parkinsonismus, den Folgen von Hirn-schlag und anderen Krankheiten leiden. Sowohl die Patienten wie auch ihre Betreuer stehen meist in unterschiedlichen Phasen von Ablehnung bis Akzeptierung. Doch braucht das Annehmen von so eingreifenden körperlichen, geistigen und seelischen Veränderungen sehr viel Kraft und ist nie ein einmaliger Akt. Unsere Gruppen wollen die Angehörigen auf diesem Weg begleiten. Die Zusammenkünfte finden regelmässig einmal im Monat statt. In der Zwischenzeit stehen wir auch für Einzelgespräche gerne zur Verfügung. GruppenteilnehmerInnen können sich gegenseitig sehr viel geben. Doch auch wir, SozialarbeiterInnen, lernen viel für uns und unsere Arbeit in dieser Gruppe und durch sie.

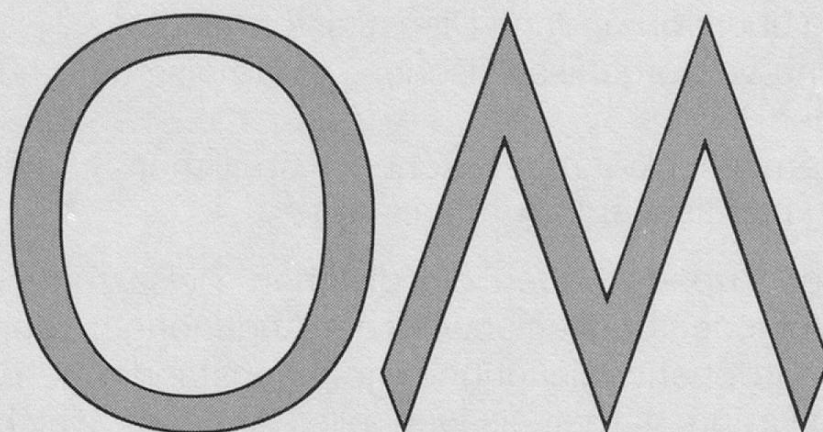
Nach fünf Jahren gemeinsamer Erfahrung in sozialer Gruppenarbeit mit Angehörigen stellen wir fest, dass unsere **Zielsetzungen von 1985** immer noch gültig sind. Es sind dies:

- Information über vorhandene Dienstleistungen
- Besprechung von organisatorischen, medizinischen und psychologischen Fragen
- Aussprachemöglichkeit mit Personen in ähnlichen Situationen
- Erarbeitung praktischer Lösungen.

Unsere sieben Gruppen haben die gleichen Zielsetzungen, sind aber durch die Verschiedenartigkeit sowohl der Angehörigen, deren Patienten wie auch der Gruppenbegleiterinnen je eigenständig geprägt. Wir betrachten diese Gruppenarbeit als wertvolles Angebot, welches vor allem einem grossen Bedürfnis von Angehörigen von Alzheimer-Krankheiten entspricht, deren Not in letzter Zeit deutlich erkannt worden ist. So wurde 1988 die Schweizerische Alzheimervereinigung gegründet, mit der wir aktiv zusammenarbeiten.

Wir geben unsere Erfahrungen gerne an andere Interessierte weiter, d.h. wir sind Anlaufstelle sowohl für persönlich Betroffene wie auch für andere Fachstellen.

Kontaktpersonen	
Frau Heidi Weber	Pro Senectute Kt. Zürich, Beratungsdienst Telefon 01 / 53 38 25
Herr Peter Erdösi	Pro Senectute Kt. Zürich, Beratungsdienst Telefon 01 / 55 51 91
Frau Ingrid Abt	Stadtärztlicher Dienst Zürich Telefon 01 / 216 43 82



Laboratorien OM Genf

mehr als 50 Jahre
im Dienste der Medizin

Jetzt bin ich nicht mehr allein!

Resultate einer Umfrage bei Teilnehmer/innen von Gruppen für Angehörige von pflegebedürftigen Betagten

Charlotte Wettstein, alte Landstrasse 42, 8942 Oberrieden

Seit 1985 werden gemeinsam vom Stadtärztlichen Dienst und der Pro Senectute Zürich Gruppen für Angehörige von pflegebedürftigen Betagten geführt. Unter der Leitung von je einem/r Sozialarbeiter/in beider Institutionen treffen sich die Mitglieder monatlich einmal.

Im Rahmen des Seminars für Altersarbeit (Alfred Adler Institut) habe ich im Sommer 1989 eine Umfrage unter den Teilnehmer/innen dieser Gruppe durchgeführt.

Bei einem Gruppentreffen wurden die Teilnehmer/innen über die Befragung orientiert. Daraufhin habe ich Fragen zusammengestellt und 45 Personen am Telefon interviewt.

Um möglichst offen zu sein und die Befragten nicht durch vorgegebene Antworten zu beeinflussen, wurde die Form eines strukturierten Interviews mit offenen Fragen benutzt.

Teilnehmerzahl

Teilnehmer/innen, die die Gruppengrösse mit 5–8 angeben, sind erwartungsgemäss zufrieden und bewerten Neuaufnahmen positiv. Dies trifft auch bei der nächst grösseren Gruppe (8–10) noch zu. Sobald die Gruppe jedoch aus 10–12 Angehörigen besteht, mehren sich die Aussagen wie: «Gut, aber ja nicht grösser!»

Das entspricht den allgemein gültigen Regeln der Gruppenarbeit, wonach in einer Gruppe nicht mehr als 12 Teilnehmer/innen sein sollten.

Zusammensetzung der Gruppen

Das Verhältnis Frauen (40) zu Männern (5) entspricht 8 zu 1.

Die 60–70-Jährigen (15) und die 70–80-Jährigen (12) sind am häufigsten vertreten. Die Jüngeren (20–60-Jährigen), vor allem die Töchter, fallen auch ins Gewicht (15). Nur 3 der Gruppenteilnehmer/innen sind über 80-jährig.

Berufstätig sind 12 Teilnehmer/innen, davon 2 Männer. 4 Frauen sind 50-jährig und jünger, haben Kinder im Haus, sind also auch voll ausgelastet.

Das Alter des pflegebedürftigen Angehörigen ist in den meisten Fällen (21) zwischen 70 und 80 Jahren und zwischen 80 und 90 Jahren (14).

Vorwiegend ist es der Ehemann (20), die Mutter (11), der Vater (7), weniger oft die Ehefrau (4), Schwägerin (1), Schwester (1) und Freundin (1).

In den meisten Fällen (21) lebt der Betreuungsbedürftige in einem Zweipersonenhaushalt. 14 der Patienten sind (nach einer oft langen Betreuungsphase zu Hause) zur Zeit der Umfrage im Heim, in der Klinik oder im Spital, 5 wohnen allein, werden zum Teil aber intensiv betreut und 2 leben in der Familie eines der Kinder. 3 Ehefrauen besuchen die Gruppen auch noch nach dem Tod des Ehemannes.

Eintritt in die Gruppe

Da seit 1985 mehrere neue Gruppen entstanden sind und verschiedene Teilnehmer/innen wegen Todesfall oder Heimeintritts des Angehörigen die Gruppe verliessen, sind nur wenige seit 1985/86 dabei, die Mehrzahl seit 1989.

Die meisten (18) traten durch Vermittlung des Stadtärztlichen Dienstes in die Gruppe ein. Aber auch die Medien (14), Bekannte und Verwandte (12) und Pro Senectute (7) wirkten motivierend. 23 Teilnehmer/innen haben selbst aktiv nach einer Entlastung Ausschau gehalten.

Motivation und Erwartung

Die Teilnehmer/innen erwarten in erster Linie (36) die Möglichkeit eines Erfahrungsaustausches, ein Miteinanderbegreifen ihrer schwierigen Situation und das Getragensein in der Gruppe, sich mit Leuten zu treffen, die das gleiche Problem haben (10). Tips und Ratschläge sind ebenfalls begehrt (21). Für andere verspricht die Gruppe Kontakt und Abwechslung, einen Ausbruch aus der Isolation (9).

Die Gründe, warum eine Gruppe besucht wird, was an der Situation zu Hause als bedrückend und schwierig empfunden wird, sind vielfältig. Die Persönlichkeitsveränderung des Patienten (17), seine Aggressivität (5) macht vielen zu schaffen. Die meisten (21) fühlen sich psychisch äusserst belastet. Schuldgefühle und Trauer gehören dazu. Die Hilflosigkeit, Ohnmacht wird stark empfunden (14), manche (12) sind in ständiger Angst, dass etwas passiert. Aber auch die Einsamkeit, Isolation bedrückt (12). Weniger erwähnt werden eigene körperliche Beschwerden (3), Zeitnot (3), finanzielle Sorgen (1) oder Schwierigkeiten mit Spitälern (2).

In dieser belastenden Situation erhalten laut Umfrage die meisten (20) zu wenig Hilfe, viele (16) gar keine. Nur 6 Personen geben an, genug unterstützt zu werden.

Für die Mehrzahl (37) lag die Wahl der Gruppe als Entlastungsmöglichkeit am zufälligen Angebot. Nur 8 hatten positive Gruppenerfahrung und deshalb bewusst danach gesucht. 33 waren noch nie in einer Gruppe.

Anfangsschwierigkeiten, Eignung

Obwohl solche Gruppen in dieser Altersstufe relativ unbekannt sind, gab die Mehrzahl (36) an, keine Anfangsschwierigkeiten, Hemmungen, Ängste gehabt zu haben. Immerhin 9 fanden den Einstieg schwer.

Die meisten (18) waren der Meinung, eine Gruppe sei allen zu empfehlen. Häufig (14) wurde betont, eine gewisse Offenheit sei dazu nötig und die Fähigkeit, sich anzupassen, einordnen zu können (11).

Kontinuität

Obwohl die Befragten mehrheitlich (24) angeben, selbst regelmässig an die Gruppentreffs zu gehen, scheint das nicht allen möglich zu sein (13). Die Besuche der anderen werden als noch weniger zuverlässig angesehen (13 regelmässig, 23 nicht oder nur ziemlich regelmässig). Trotzdem stört das nur 2 Teilnehmer. Aus eigener Erfahrung scheint jeder zu wissen, wie schwierig es ist, von zu Hause wegzukommen. Die zur Gruppenbildung nötige Kontinuität scheinen auch die stets anwesenden Leiter zu garantieren.

Struktur, Organisation der Gruppe

Bei der Frage nach der Struktur der einzelnen Gruppentreffs bezeichnet ein Teil (16) der Mitglieder diese als offene, freie Gesprächsrunde, andere (29) als sowohl themenzentriert, programmiert, als auch offen. Auf jeden Fall sind alle mit der jeweiligen Form einverstanden. Strikt themenzentrierte Gruppensitzungen scheinen nicht vorzukommen und werden auch von niemandem gewünscht.

Nur 5 Teilnehmer/innen betonen die Existenz von Anleitungen zur Gesprächsführung, 39 geben an, nichts von Regeln zu wissen. Auch hier sind fast alle (40) mit der gegebenen Situation einverstanden, was für eine flexible Leitung spricht.

Was geschieht in der Gruppe?

Alle Teilnehmer/innen – bis auf 2 – geben an, dass die persönlichen Erlebnisse nicht einfach erzählt werden, sondern dass gemeinsam darüber nachgedacht und gesprochen wird.

Die Berichte der anderen lösen bei den meisten (26) gemeinschaftliche Gefühle aus: Solidarität, Mitgefühl. Viele sehen sich bestätigt, gestärkt (12). Oft ist es ein Vergleichen, voneinander Lernen (12), ein Sammeln von Erkenntnissen (7). Aber die Erzählungen rufen auch negative Gefühle, Angst hervor (10).

Die eigene Situation beschreiben zu können, ist für die meisten eine grosse Erleichterung (19). Dabei fühlen sich viele durch die Gruppe getragen (17). Dass es auch schwer ist, offen zu sein, empfinden einige (7). Andere wollen lieber zuhören, sehen ihre Lage als weniger dringend (6).

Das Gute an der Gruppe sei ja gerade, dass auch über negative Gefühle, vor allem dem Patienten gegenüber, gesprochen werden kann, lautet die fast einhellige Meinung (42). Nur eine Einzelne verneint schon das Vorhandensein solcher Regelungen.

Für die meisten (34) ist es in der Gruppe mit Gleichbetroffenen nicht schwierig, offen und spontan zu sein. 10 Teilnehmer/innen sind anderer Ansicht. Sie bezeichnen sich als Einzelgänger, sind nicht gewohnt, in einer grösseren Gruppe zu reden.

Die Beziehungen untereinander werden als gut (30) oder sehr gut (8) beschrieben. Für 3 Mitglieder sind die Altersunterschiede zu gross.

Die anderen Gruppenteilnehmer/innen helfen einem durch die Teilnahme, ihre Unterstützung, findet die Mehrzahl (22), aber auch durch ihr Gleichbetroffensein (11): sie vermitteln das tröstliche Gefühl, nicht allein zu sein mit diesem Schicksal. Nur 4 betonen die hilfreichen Tips der anderen.

16 Gruppenmitglieder treffen oder telefonieren sich auch ausserhalb der Sitzungen (7 davon selten). Bei den vielen Neinstimmen (20) wird die chronische Zeitnot als Erklärung angegeben. Für 11 wäre der vermehrte Kontakt untereinander denkbar oder wünschenswert. Eine Namensliste sei hilfreich.

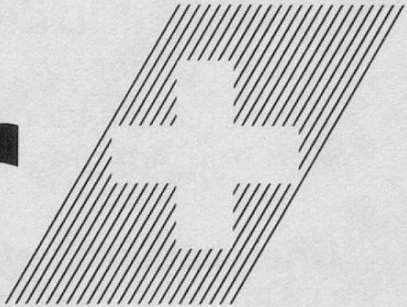
Was bringt die Gruppe?

Bei der Frage, was einem die Gruppe bringt, wird noch einmal klar, dass die Solidarität, Unterstützung und Geborgenheit das Wichtigste für die Mehrheit (30) ist. Von einigen wird die Gruppe als Ort der Entspannung, Erholung gesehen (8). Wieder andere profitieren vom Wissen, der Information, den Ratschlägen aus der Gruppe (11). Die Zusammenkünfte bedeuten auch Abwechslung, Kontakt (7).

Der pflegebedürftigen Person gegenüber habe sich ihr Verhalten geändert. Sie seien verständiger und geduldiger geworden, finden die meisten (25). Auch konsequentes Handeln, ohne schlechtes Gewissen zu den eigenen Grenzen stehen, sei jetzt einfacher (2). Keine Änderung in den Gefühlen und Handlungen dem Patienten gegenüber sehen 10 Teilnehmer/innen.

Das Verhalten anderen Menschen gegenüber hat sich im allgemeinen weniger verändert. Trotzdem finden 11 Teilnehmer/innen, sie seien offener geworden und verstehen andere jetzt besser.

Auch die Haltung der Pflegeaufgabe gegenüber hat sich kaum verändert. 8 Gruppenmitglieder haben jedoch eine bessere Motivation, 6 können

populair 

Fliegen Sie zu einem der vielen günstigen Spartarife der Swissair.

ihre Grenzen besser akzeptieren und ohne Schuldgefühle an ihr eigenes Leben denken.

Der Eintritt eines pflegebedürftigen Angehörigen in ein Pflegeheim löst in der Gruppe Anteilnahme und Verständnis aus (31). Die Betroffenen werden unterstützt, die eigene Zukunft verliert an Bedrohlichkeit. Aber auch negative Gefühle (10) werden dabei wach: Skepsis gegen Heim, Angst, schlechtes Gewissen.

Beim Tod eines pflegebedürftigen Angehörigen hilft die Gruppe, das Erfahrene zu verarbeiten, Trost und Beistand wird geleistet (16). Die Erleichterung, die der Tod bedeutet, wird hervorgehoben (10).

Dass die Gruppe auch für das «Leben danach» etwas bringen wird, erwarten viele (30). Die Gruppe könne einem dann Halt, Trost, Hilfe und Geborgenheit geben.

In vielen Aussagen wird stark spürbar, dass es für alle eine Vorwegnahme, eine Vorbereitung ihres eigenen Weges ist.

Gruppenbegleiter/in

Die Funktion des/r nicht betroffenen Sozialarbeiters/in liegt für die meisten in der Fachberatung (38) und in der Informationsvermittlung (12). Viele sehen ihn/sie als Gesprächsleiter/in (17) oder ganz allgemein als führende, leitende Person (12). Für andere ist der/die Gruppenbegleiter/in eine Bezugsperson, die auffängt, betreut, tröstet.

Sein/ihr Verhalten wird jedoch folgendermassen beschrieben: Sie leiten das Gespräch (24), sind Gastgeber (4), beraten (17), hören zu (16), nehmen Anteil (25) oder halten sich zurück (9).

Selten klar ist die Beantwortung der Frage, ob die Gruppe auch allein funktionieren würde. Nur eine einzige Frau bejaht dies. Alle anderen (43) sind sich einig, dass es eine Führung braucht.

Dass auch die Sozialarbeiter/innen neu von der Gruppe profitieren, ist für viele klar (37). Das zeugt von einem guten Gruppengefühl. Die Gruppe kann auch etwas geben, ist nicht nur hilflos, empfangend.

Der Selbsthilfegedanke ist ein Kind der 68-iger Bewegung und sicher den meisten Gruppenteilnehmer/innen dieser Altersklasse fremd. Das starke Bedürfnis nach Fachberatung ist sehr verständlich, wissen doch oft Ärzte kaum über die Demenz Bescheid. Andererseits wird Hilfe, wo sie angeboten wird, meist dankbar angenommen und verhindert so vorhandene Eigenaktivität. Die Selbsthilfe zu fördern wird für die ältere Bevölkerung sicher zunehmend wichtig sein. Vielleicht müssen aber gerade solche Gruppen geleitet werden, weil diese Menschen schon derart belastet sind, dass sie lieber abgeben, als Neues angehen.

Wirkung nach aussen – Gesamttreff

In der Gruppe wird nur ansatzweise besprochen, wie Veränderungen in einem grösseren Rahmen, also z.B. gemeinsame politische Aktivitäten in eigener Sache, geplant werden könnten.

Nötig wären für die Gruppenteilnehmer/innen solche Vorstösse in Richtung Spitexausbau (13), der Verbesserung von Heimplätzen (10), besserer Information (6), besserer Öffentlichkeitsarbeit (6), grösserer finanzieller Gerechtigkeit (6), besserer Ferienplatzierung (5), besserer Nachbarschaftshilfe (4).

Bis jetzt haben die vier Gruppen untereinander keinen Kontakt gepflegt. 28 Gruppenmitglieder fänden einen Gesamttreff aller Gruppen z.B. vierteljährlich nützlich, 6 sind unentschlossen und 11 nicht daran interessiert. An einem solchen grossen Treffen würden 30 teilnehmen, 4 sind unentschlossen.

19 würden dabei sogar aktiv die Gruppe vertreten.

An einem Gesamttreff, der neben dem Erfahrungsaustausch unter den verschiedenen Gruppen auch Möglichkeit zu Kontakten mit z.B. der Alzheimervereinigung, Ärzten, der Presse, neuen Interessenten bietet, sind sehr viele interessiert (40). Ärzte und schnuppernde Gruppenneulinge wären besonders willkommen, die Presse, nur wenn sie zur seriösen Sorte gehört. Vereinzelt vorgeschlagen wird auch, Spitexleuten, Ligen, Sozialversicherungen, Pflegepersonal, Sozialarbeiter/innen einmal einzuladen.

Ob an diesen Treffs eher das Planen von bestimmten Aktionen erwünscht sei, oder gewisse Themen in Vorträgen geboten werden sollen, ist die letzte Frage. 34 Gruppenteilnehmer/innen entscheiden sich für das Zuhören, 24 wollen aktiv werden.

Gewünscht wird offenbar ein reichhaltiges Programm, gemeinsames aktives Wirken nach aussen, Information und Geselligkeit, wobei viele bereit sind, sich selbst zu engagieren.

Ein solches Treffen wurde aufgrund dieser Ergebnisse von der Pro Senectute und dem Stadtärztlichen Dienst am 2.2.1990 durchgeführt.