

Ellen Ensinger-Boschmann

Personzentrierte Gruppenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen zur Unterstützung des Selbstwahrnehmungs- und Bewältigungsprozesses

Zusammenfassung: *Psychosoziale Maßnahmen für demenzkranke Menschen werden im Gegensatz zu medikamentösen Behandlungsprogrammen immer noch kritisch hinterfragt. In diesem Erfahrungsbericht einer seit vier Jahren bestehenden Gruppe sollen Möglichkeiten und Grenzen psychosozialer Gruppenarbeit besonders im Hinblick auf die Anwendung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) aufgezeigt werden. Welchen Effekt hat der Ansatz bei dementen Menschen und für den Gruppenprozess? Entgegen der immer noch vorherrschenden Meinung, die kognitive Abbauprozesse mit fehlender Selbstreflexion und Verhaltenssteuerung gleichsetzt, können im vorurteilsfreien Umgang mit dementen Menschen Lernprozesse ermöglicht und innerhalb des Gruppenprozesses Verständigung untereinander und Verständnis füreinander in Gang gesetzt werden.*

Schlüsselwörter: *Erlebnisgruppe, Gruppenprozess, Lernerfahrung, Kommunikationsfähigkeit, familienentlastende Projekte*

Abstract: *Person-centered group work with persons with dementia to support the process of self perception and coping with dementia. Psychosocial interventions for persons with dementia are still underestimated in comparison to medical/pharmacological treatment programs. This report describes the experiences obtained with a group during four years, and sketches the possibilities and limits of psychosocial group work, especially in the context of the application of the person-centered therapy/approach/method. What are the effects of the person-centered method for persons with dementia and for the group process? Contrary to the still dominating opinion which sets the cognitive degradation a par with the lack of self reflection and behavioral control, it is possible to encourage learning experiences for persons with dementia in an interaction free of prejudice as well as the group process itself initiate an understanding among the members and a high level of appreciation for each member of the group.*

Keywords: *Experience- Group, Dementia, Learning Experience, Communication Capabilities, Family Disburdening Projects*

Die Erlebnisgruppe begann vor vier Jahren mit vier Teilnehmern, sie ging aus einer Einzelberatung mit einem relativ jungen demenziell erkrankten Mann in frühem Stadium hervor, der sich wünschte, innerhalb einer Gruppe angstfrei kommunizieren zu können. Nach rund einem Jahr war die Gruppe auf neun Mitglieder angewachsen, nun hat sie acht feste Mitglieder. Die ausschließlich männlichen Gruppenteilnehmer sind zwischen 60 und 74 Jahren alt und hatten unterschiedliche Demenzdiagnosen im frühen Stadium. Alle vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde sind noch dabei, allerdings sind die graduell unterschiedlichen demenziellen Entwicklungsmuster jetzt stärker spürbar. Die Gruppenstruktur ist sehr homogen. Alle Teilnehmer haben in einer beruflich gehobenen Position gearbeitet, sind in langjähriger Ehe verheiratet, haben alle – bis auf einen Teilnehmer – erwachsene, berufstätige Kinder, die sich mehr oder weniger an der Versorgung beteiligen. Die Ehefrauen tragen durchwegs die Hauptlast der Versorgung und Pflege.

Krankheitsbilder und Potenzial der Teilnehmer innerhalb der Gruppe

Herr A., 68 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2001, mittleres Erkrankungsstadium, hat ein gutes personelles, örtliches und zeitliches Orientierungsvermögen, registriert, wenn die Gruppenleiterin pünktlich oder einmal unpünktlich ist. Reagiert nicht auf Fragen oder Anforderungen, leichte Wortfindungsstörung, kann sich freuen und genießt kleine Freuden (Zigarette, Kaffee und Kuchen). Da ihm die Wertschätzung der Gruppe wichtig ist, hat er gelernt, mit seinen Wünschen auf einen günstigen Zeitpunkt zu warten, bemerkt nur das Positive in einem äußerst ritualisierten Sprechablauf.

Herr B., 73 Jahre, Demenzdiagnose seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, ist örtlich, zeitlich, personell und situativ gut orientiert, starke Wortfindungsstörung, er kommt noch alleine in die Gruppe und

erledigt vorher oder nachher Arztgänge etc. Er ist humorvoll, ein aufmerksamer Zuhörer, bringt seiner Frau immer „Mannemer Dreck“ aus der Konditorei mit. Trotz seiner schweren Wortfindungsstörung beteiligt er sich in liebenswürdiger Weise an dem Gruppengespräch und zeigt sehr viel Geduld und Verständnis für die noch schwerer kranken Gruppenmitglieder.

Herr C., 69 Jahre, Alzheimer Demenz seit 2003, schweres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell nicht mehr orientiert (war zu Beginn anders, da erkannte er noch die Gruppenmitglieder, z. B. konnte er die neueren und die älteren Mitglieder sowie die Gruppenleiterin unterscheiden). Nun erkennt er nur noch das Café und den großen quadratischen Tisch des Gruppenraums als irgendwie vertraute Örtlichkeit, legt ein höfliches Benehmen an den Tag, lässt Damen immer den Vortritt und hilft jedem in die Jacke. Von ihm habe ich die Unterscheidung von Mütze und Hut gelernt. Er steht immer unter Spannung, manchmal beteiligt er sich aber mit einem Witz am Gespräch, der uns alle frappiert – und dann kann man deutlich sehen, wie in diesem Moment die Spannung weg ist. Auf nonverbaler Ebene kämpft er um seine Menschenwürde; wenn man ihn zu etwas zwingt oder ihm etwas aufdrängt, reagiert er unwillig bis aggressiv.

Herr D., 74 Jahre, Demenzdiagnose 2003, seit 2008 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell gut orientiert. Da er früher sehr sportlich war, ist er durch die auftretenden Sprech- und Bewegungsstörungen eines diagnostizierten „Sekundärparkinson“ sehr irritiert. Wegen seines Humors, seiner Präsenz und seines Problembewusstseins ist er so etwas wie der Leader der Gruppe.

Herr E., 60 Jahre, vaskuläre Enzephalopathie seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ und personell orientiert, zeitlich und örtlich im Laufe der Zeit weniger. Ein eher schweigsamer Mann, aber sehr hilfsbereit, begeisterungsfähig und mitfühlend gegenüber den Gruppenmitgliedern. Will nichts müssen, will nur wollen – ihn in einer schwierigen Situation um Hilfe zu bitten, ist immer erfolgreich.

Herr F., 64 Jahre, Depression mit demenzieller Entwicklung nach Herzoperation 2001, seit 2008 diagnostizierte Alzheimerdemenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell und situativ orientiert, örtlich und zeitlich weniger, was durch seine Sehschwierigkeiten verstärkt wird. Aufgrund seiner früheren Gewerkschafts- und Parteiarbeit gruppenerfahren und mit viel Wortwitz sehr präsent in der Gruppe, trotz seiner Ängstlichkeit mit vielen depressiven Elementen kann er sich über den Kontakt und den Trost, die er in der Gruppe erfährt, freuen.

Herr G., 66 Jahre, frühe Demenz seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, situativ, personell und zeitlich orientiert, ein sportlicher und immer gut gelaunter Mann, aber eher still wegen seiner Wortfindungsstörungen, die sich im Laufe der Zeit verstärkt haben. Spielt

noch Tennis in seinem Verein, das Joggen musste er aufgeben, weil er sich örtlich nicht mehr zurechtfindet. Ein geduldiger Zuhörer, liebt Wortspiele, die ihm viel Spaß machen. Wenn man ihm auf der Nase herumtanzt, kann er mit Vehemenz für Ordnung in der Gruppe sorgen. Das macht auf die Gruppenmitglieder viel Eindruck.

Herr H., 65 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, situativ, örtlich, zeitlich und personell orientiert, kommt und geht alleine nach Hause, ein schweigsamer Mann mit vielen depressiven Elementen, leichte Wortfindungsstörung, stark ritualisiertes Mitteilungsbedürfnis.

Herr I., 72 Jahre, Demenzdiagnose seit 2003, seit 2007 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell, situativ, zeitlich und örtlich orientiert, schwerhörig, aber ein aufmerksamer Beobachter, sehr präsent in der Gruppe und wegen seiner höflichen Umgangsformen geschätzt. Aufgrund der sich verstärkenden Wahnvorstellungen hat ein Aufenthalt im ZI¹ ihn so pflegebedürftig gemacht, dass er sich nie mehr wirklich erholt hat und nicht mehr in die Gruppe kommen kann. Er ist allen Gruppenteilnehmern außer Herrn C. noch lebhaft im Gedächtnis. Ich führe ihn deshalb auf, weil er in Gesprächen, z. B. über Krankheit, ZI etc., immer noch eine Rolle spielt.

Vorgehensweise bei der Gruppenarbeit

Bei unserer Gruppenarbeit mit den demenziell erkrankten Männern versucht die Gruppenleiterin die einzelnen Personen mit ihrer besonderen Lebensgeschichte und Individualität in den Vordergrund zu stellen und nicht die Krankheit mit ihren Defiziten und Verhaltensstörungen, wie es das medizinische Modell macht. Grundannahme ist, dass auch Personen mit Demenz einsichts- und lernfähig sind – dieses Lernen ist allerdings nicht am Erreichen einer bestimmten Leistung wie beim Gedächtnistraining orientiert und kommt auch völlig ohne Bewertung aus. Der Gruppenprozess selbst bietet eine Lernerfahrung an, z. B. sich als (dementer) Mensch anders zu sehen, seine Gefühle in stärkerem Maße zu akzeptieren, offener zu sein für die Bedeutung dessen, was sich außerhalb wie innerhalb seiner selbst abspielt (Rogers, 1977/2004).

Die Gruppenleiterin installiert mit den Betreuern innerhalb der Gruppe ein Interaktionsnetz. Durch unser Zuhören und den von Empathie gekennzeichneten Stil entsteht die Kommunikationsbereitschaft der Gruppenmitglieder untereinander. Im Sinne einer hilfreichen Beziehung (Rogers, 1977/2004) sind eine positive Einstellung und Verständnis gegenüber demenzen Menschen richtungweisend; immer mit der Frage, ob wir dem Anderssein der Demenzkranken gerecht werden, ob wir die Entsprechung zu dem finden, was sie bei uns suchen – wie Anerkennung, Menschenwürde,

1 Institution der Psychiatrie

Geduld – oder was sie für sich selbst suchen, z. B. Klarheit, Sinn oder Lebensfreude. Die Welt des dementen Menschen ist ihm selbst und uns nie wirklich klar und wir können die Bedeutung seiner Erfahrung und deren Sinngebung oft nur dunkel erahnen. Letzten Endes müssen wir Doppeldeutiges wie Widersprüchliches tolerieren und die Situation offenlassen, mit der Zuversicht auf spätere, zufällige Klärung.

Entscheidend für das Gelingen dieses emphatischen Verstehens ist die Kongruenz. Demente Menschen haben generell ein Augenmerk auf die Gestimmtheit der Menschen, die mit ihnen umgehen. Sie haben ein besonderes Sensorium für die Unstimmigkeit, wenn das Gesagte nicht dem Verhalten entspricht, das sich in Mimik, Gestik und Prosodie ausdrückt. Dies spüren sie; genau das verwirrt sie auch zusätzlich, macht sie misstrauisch oder lässt sie sich zurückziehen. Da demente Menschen permanent auf der Suche nach Sinn und Bedeutung sind, müssen die Gruppenleiterin und die Betreuer eindeutig sein, d. h. sie müssen das meinen, was sie sagen. Das hat Bedeutung vor allem bei dem, was stört und die Betreuer in Spannung versetzt. Ein Beispiel soll das veranschaulichen:

Wir sitzen um unseren Tisch; Herr C. steht auf und stellt sich unschlüssig an den Tisch. Die Leiterin sieht ihn freundlich an und fragt: „Möchten Sie sich wieder setzen?“ Manchmal genügt die Nachfrage und Herr C. setzt sich wieder. Wenn Herr C. sich nicht setzen will, sagt er „Nein!“ oder „Also Leut’, was soll das?“ oder „Muss das sein?“

Wenn es uns nicht gelingt, *wirklich* freundlich zu sein, wenn wir insgeheim verärgert oder ungeduldig sind, weil Herr C. beispielsweise schon zum dritten Mal aufsteht, spürt er das und reagiert darauf mit Unschlüssigkeit und/oder Ungehaltensein. Von Herrn C. aus gesehen, möchte er nicht mehr reden, ihm fehlen – wie an seinen Reaktionen abzulesen ist – die Aufmerksamkeit und das Verständnis für das Gespräch. Da die Gruppe selbst aber schon viel Erfahrung damit hat, geht sie manchmal so vor:

Wenn schon eine Weile (etwa eine gefühlte halbe Stunde) vergangen ist, schlägt in dieser Situation ein Teilnehmer vor, „Machen wir doch jetzt schon eine Pinkelpause und gehen dann spazieren!“ Manchmal geht Herr C. auf den Vorschlag ein und sagt „Ja, gerne, damit bin ich einverstanden“. Manchmal gehen die Gruppenteilnehmer jedoch nicht auf diesen Vorschlag und das Bedürfnis von Herrn C. ein. Wenn er sich dann auf Nachfrage hin nicht mehr setzen möchte, begleitet ihn ein ehrenamtlicher Helfer freundlich nach draußen, dreht eine kleine Runde um den Block und kommt nach kurzer Zeit wieder mit Herrn C. zurück. Jetzt freut sich Herr C., wieder bekannte Gesichter zu sehen, und setzt sich an seinen Platz in unserer Gesprächsrunde.

Das Bemühen um Kongruenz gibt die Möglichkeit, unsere innere Resonanz im Blick zu haben und *unsere* Reaktion auf unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten der Gruppenteilnehmer kritisch zu

hinterfragen. In kollegialen Gesprächen versuchen die Betreuer sich bewusst zu machen, dass z. B. unser „Ärger“ die Situation für Herrn C. noch unverständlicher werden lässt, als sie es für ihn schon ist. Da ist jedoch nicht nur „Ärger“ über Störungen, sondern auch Angst der Betreuer, dass etwas „Unvorhergesehenes“ passieren könnte. Besonders bei Ausflügen entsteht die Angst vor chaotischen, unübersichtlichen Situationen, etwa dass die Gruppenmitglieder bei Rot über die Straße laufen oder aus einer Irritation heraus in die falsche Richtung (weg-)laufen, dass sie in die Frauentoilette gehen und ins Waschbecken pinkeln *könnten*. Diese Angst lässt uns oft reglementierend eingreifen und dies provoziert bei den Gruppenteilnehmern Unwilligkeit oder Verzweiflung darüber, dass sie wieder etwas falsch gemacht haben. Nur wenn wir unsere Angst immer wieder thematisieren und in ihren Nuancen verstehen, finden wir entweder angemessene Verhaltensweisen entsprechend der Situation oder verwerfen die Angst. So etwa verhindert die Zwanghaftigkeit unseres versicherungsrechtlichen Denkens einen überlegten Umgang mit potenziellen Gefahren. Erst durch die feine Unterscheidung *unserer* emotionalen Zustände können wir die Emotionen anderer besser wahrnehmen und differenzieren. Diese Achtsamkeit befähigt uns, unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten zuzulassen, indem wir zunächst dem Impuls des dementen Menschen folgen, eine Beruhigung der Situation und eventuell später Klärung herbeiführen. So gelingt es, ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, welches das Recht auf Fehler miteinschließt. Bleibt dieses Spannungsfeld unreflektiert, dann passiert es, dass unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten als Kompetenzverlust generalisiert oder als Gefahrenpotenzial überschätzt wird.

Zur Akzeptanz gehört es, die Demenz in ihrer Funktionsweise und von ihrem Wesen her zu verstehen. Die Liebenswürdigkeit der Gruppenteilnehmer macht es uns leicht, sie in ihren Fähigkeiten zu bestätigen und sie nicht als mit dem Etikett „Demenz“ versehene Menschen zu behandeln – all dies sollte in der folgenden Darstellung des praktischen Teils unserer Gruppenerfahrung deutlich werden.

Beschreibung der Erlebnisgruppe

Ziel der Gruppenarbeit

Die vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde hatten nach eigenem Bekunden das Interesse, ohne Versagensängste zu kommunizieren, noch etwas zu erleben und von der Welt etwas mitbekommen zu können. Innerhalb des geschützten Rahmens der Gruppe sollte die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit – Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen – erreicht werden. Das Gesprächsangebot fördert diesen Prozess zwischen den beteiligten Personen, indem Vorlieben geäußert, Meinungen gebildet und Entschlüsse mehrheitlich gefasst werden. Die Gruppenleitung schlägt allenfalls vor; gemacht wird aber das, was die Gruppenmitglieder aufgrund ihrer Befindlichkeit oder ihres Interesses äußern und entscheiden.

Die Integration des Krankheitsbildes in das jeweilige individuelle Selbstbild wird dadurch in Gang gesetzt, dass die Gruppenteilnehmer ihre unterschiedlichen Fähigkeiten und Handicaps erleben, über eigene Bewältigungsstrategien sprechen und jene der anderen Gruppenteilnehmer erfahren können. Daraus erwächst das Verständnis für sich selbst und füreinander.

Die Aktivitäten

Die Gruppe trifft sich jeden Montag zur gleichen Zeit am gleichen Ort (dem am Neckar liegenden „Gesundheitstreffpunkt Mannheim“) für zweieinhalb Stunden, und das – um Kontinuität und Regelmäßigkeit zu gewährleisten – ohne Ferienpause (ausgenommen Oster- und Pfingstmontag). Anfangs begann die Gruppe mit der Planung von Ausflügen (erstes Thema: „Am Neckar entlang“). Die Thematik der Ausflüge veränderte sich im Laufe der Zeit („Mannheim macht sich schön – Stadtjubiläum 2007“ und „Welche Stadt liegt schon an zwei Flüssen?“) – die Themen haben mit der unmittelbaren Lebensumwelt zu tun und liegen den Männern irgendwie am Herzen, z. B. lieben sie Stadtpläne, Landkarten und Wegrichtungen wie Norden oder Süden, den Neckar flussaufwärts oder flussabwärts. Mit der Frage des Ziels ist auch die praktische Frage „Wie kommen wir dahin?“ verbunden: zu Fuß, mit der Straßenbahn oder dem Schiff (am Anfang noch mit dem Fahrrad). Schon bei der Planung werden vielfältige lebensgeschichtlich relevante Erinnerungen wach, etwa an den Arbeitsplatz, an Familienausflüge, ob es sich um gebürtige oder zugewanderte Mannheimer handelt. Auch das Problem, was es für sie bedeutet, nicht mehr Auto zu fahren, kommt dabei zur Sprache.

Nach dem Planungstreffen findet dann beim folgenden Treffen die Exkursion statt, das Erlebnis. Beim nächsten Planungstreffen verknüpfen sich die Erinnerungen an das Erlebte mit der Planung des nächsten Ausflugs. Diese Regelmäßigkeit der Treffen und die immer gleiche Abfolge von Planung und Aktion ermöglichen demenziell erkrankten Menschen durch den ritualisierten Ablauf Erinnerung – ein dem Alltag entlehntes Gedächtnistraining.

Im Laufe der letzten beiden Jahre haben die Gruppenteilnehmer die Gesprächsrunde bevorzugt, das sogenannte Planungstreffen. Zu Beginn hingegen waren die Exkursionen – das Erlebnis, das der Gruppe ihren Namen gab – beliebter. Unserer Beobachtung nach liegt das nicht nur an der Verschlechterung der körperlichen Befindlichkeit – Fahrradfahren ist nicht mehr möglich –, sondern daran, dass die Vertrautheit untereinander und das Selbstvertrauen der demenziell Erkrankten beim Gespräch gewachsen sind. Bei den Planungstreffen sitzen wir zusammen in „einer Runde“ um einen großen quadratischen Tisch. In der Mitte, zentriert, steht ein Blumenstrauß oder ein anderes schönes Symbol der Jahreszeit, das zum Betrachten einlädt. Hier ist der Ort, an dem sich die Gruppenmitglieder kennengelernt haben, die Ausflüge planen und ihre Erinnerungen austauschen. Hier ist auch der Ort, an dem sie ihre Gedanken sammeln können und freundliche Zuhörer finden. Hier

erleben sie sich als ernst genommene *und* verstehende Gesprächspartner und fühlen sich in der Gesprächssituation als kompetent. Sie erkennen sich gegenseitig – allerdings als Personen, nicht mit Namen – und ermessen ihre unterschiedlichen Schwierigkeiten und Fähigkeiten.

Die Betreuer

Am Anfang gab es drei Betreuer: eine Gruppenleiterin mit personenzentrierter Gesprächsausbildung, einen ehrenamtlichen Helfer sowie einen zusätzlichen ehrenamtlichen Helfer für die Ausflüge, zur Urlaubs- oder Krankheitsvertretung. Mit der größer werdenden Gruppe und der Verschlechterung des Krankheitsbildes bei einigen Teilnehmern erweiterte sich die Anzahl der Betreuer vor einem Jahr auf vier Betreuer: eine Gruppenleiterin, eine Sozialarbeiterin, einen ehrenamtlichen Helfer (Musiker) sowie einen weiteren ehrenamtlichen Helfer (Sozialarbeiter) für die Ausflüge und als Krankheits- und Urlaubsvertretung.

Gruppenerfahrung im Laufe von (bisher) vier Jahren

Verbesserung von Sprechen und Zuhören

Zwei Drittel der Teilnehmer haben Sprachstörungen unterschiedlicher Schwere und Genese und sind durch eine Vielzahl organischer oder emotional bedingter Wortfindungsstörungen gehandicapt. In der Öffentlichkeit neigen sie dazu, vorsichtshalber zu schweigen. Nicht so in der Gruppe – in der Gesprächsrunde können sie ihrer Langsamkeit folgen, haben Zeit und Raum für ihre Gedanken und Gefühlsäußerungen. Wiederholungen sind eher interessant. Bei sich auftuenden Wortlücken suchen alle zusammen vorsichtig tastend die verloren gegangenen Wörter.

Ein Beispiel: Bei der Planung einer Exkursion nach Worms zum uralten jüdischen Friedhofer erzählt Herr B. von der romantischen, fast gespenstischen Atmosphäre in der Abenddämmerung, „wenn die ...“ – und dann passiert es: Das Wort ist weg. Herr B. versucht, den Begriff zu umschreiben: „... so weiße Dinger, die aufsteigen, besonders dann, wenn es feucht ist“ (O-Ton) Es geht ein lustiges Ratespiel los, was „weiße Dinger“ sein könnten, die in der Nähe des Rheins sind, in der Abenddämmerung „wabern“, wie es Herr B. mit sanft schwingenden Händen beschreibt. Das Wort „Nebelschwaden“ findet sich bald.

Alle beteiligen sich an der Suche nach dem Begriff; Herr C. versteht den Wortkontext nicht ganz genau, aber er kommentiert die Suche immer wieder mit den Worten: „Na so was, mer werres doch noch finne!“ Bis heute denken alle in Verbindung mit dem jüdischen Friedhof in Worms an den Begriff und das gemeinsame lustige

Rätselraten. Alle erinnern sich noch an das schreckliche Regenwetter beim Besuch des jüdischen Friedhofes, wo wir dann in ein Wormser Café flüchteten, ohne Nebelschwaden gesehen zu haben, obwohl es ziemlich feucht war.

Dieses Beispiel steht für die Verbesserung von Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen. Das nachfolgende Gespräch beschreibt die Assoziationsfähigkeit beim Umgang mit Worten und die Fähigkeit der Teilnehmer, miteinander zu kommunizieren.

Einmal stehen pinkfarbene Tulpen auf dem Tisch. Herr C. bewundert die schönen Blumen. Schweigen. Alle schauen auf die Tulpen. Schweigen. Die Gruppenleiterin bringt ins Spiel, dass Tulpen ja viele Farben haben können und ob ihnen die Farbe Pink gefalle.

GL: „Finden Sie Pink schön oder andere Farben schöner?“ Schweigen. Dann meint Herr E., ein eher schweigsamer Mensch: „Pinke-Pinke ist schöner!“ Lachen. Nur Herr A. und Herr F., zwei Nicht-Mannheimer, und auch ein Betreuer schauen etwas verwirrt. „Wissen Sie, was Pinke-Pinke ist?“ fragt Herr D. in die Runde hinein. Kurze Pause, und mit einem bedeutungsvollen Nicken und seiner etwas heiseren Stimme murmelt er dann „Geld“. Lachen. Allgemeines Gemurmel: „Hätten wir gern“ oder „Hamm’ wer nicht“. Lachen. Dann wird das Wortspiel von Herrn D., unserem beredtesten Mitglied, weitergeführt: „Pinkelpause ist am schönsten“, bemerkt er triumphierend lächelnd. Lachen. „Besonders im Gänsemarsch“, kommentiert Herr E. und spielt auf unsere infolge der unübersichtlichen räumlichen Situation etwas umständliche Art an, die Toilette zu benützen: Wir gehen nämlich immer alle zusammen durch einen langen Gang in einen anderen Gebäudeteil. Über das mit der Pinkelpause verbundene Problem des Harndrangs, auf die Angst, nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen bzw. sich auf einer neuen Toilette nicht schnell genug zurechtzufinden, wollen die Gruppenteilnehmer jedoch ausdrücklich nicht reden.

Kommunikationsprozess untereinander – Grenzen der Selbstreflexion

Der Kommunikationsprozess der Gruppenmitglieder untereinander läuft stets langsam an und erfordert von den Betreuern geduldiges Warten. Wenn die Teilnehmer nach Betreten des Raums um den Tisch herum sitzen, betrachten sie erst einmal den Tisch und die anwesenden Personen. (Manchmal kommentiert Herr A. die Sitzordnung: „Frau Boschmann, Sie sitzen aber nicht da, wo Sie letztes Mal saßen.“) Sie bemerken an der Zahl der anwesenden Personen, ob einer oder mehrere fehlen. Es ist schon ein Ritual, dass sie nachfragen, ob die Fehlenden auf Urlaub oder krank sind. Die Namen der Abwesenden benennen sie nicht, das erfolgt dann meist mit dem ersten Satz der Betreuer (die Begrüßung findet unter großem Hallo auf der Straße statt): „Herr E. ist in Urlaub und Herr F. immer noch im Krankenhaus.“ Schweigen. Wir stoßen mit der bereitgestellten Apfelsaftschorle an. (Herr A. kommentiert fast immer die Qualität der Schorle mit den Worten: „Das war schon immer gut und ist auch

heute wieder gut.“) Schweigen. Wir warten auf den Impuls, der von den Gruppenmitgliedern kommt. Schweigen. Manchmal bemerken sie die den Tisch schmückenden Dinge, wie z. B. die pinkfarbenen Tulpen, und sagen etwas dazu, manchmal nicht. Schweigen. Warten. Schweigen. Aber irgendwann kommt ein Einwurf von den Teilnehmern, der zum Gesprächsthema wird. Und dann sind wir drin im Thema, mit dem sie sich konzentriert etwa eine halbe Stunde befassen – sei es die Planung des nächsten Ausflugs, sei es eine kleine Erinnerung an einen der vergangenen Ausflüge, sei es das Wetter, sei es der Urlaub eines Gruppenmitgliedes, sei es die Sorge um das Wohlbefinden eines kranken Gruppenmitgliedes.

Herr F. ist seit längerem im Krankenhaus (ZI), und bei jedem Treffen, an dem die Gruppenmitglieder feststellen, dass er nicht da ist, fragen sie nach ihm. „Ist Herr F. immer noch im ZI?“

GL: „Ja.“

Herr G.: „Haben Sie ihn besucht? Geht es ihm gut?“ (Ich habe ihnen einmal gesagt, dass ich Herrn F. besuchen werde.)

GL: „Ich glaube, ja.“

Herr D., Herr G., Herr E., Herr B.: „Wann kommt er wieder?“ (Herr A. oder Herr C. fragen nie nach den abwesenden Gruppenmitgliedern.)

GL: „Leider weiß ich es nicht.“ Schweigen. Trauriges Schweigen.

GL: „Haben Sie Sorge, dass es Herrn F. nicht gut geht?“ Schweigen.

GL: „Sie waren alle selbst im ZI, können Sie sich noch daran erinnern?“

Eisiges Schweigen. Darüber möchten die Teilnehmer nicht reden. Nur Herr D. sagt dann mit einer wegwerfenden Handbewegung: „Versuchskaninchen – freiwillig, zehn Tage, dann habe ich es abgelehnt.“ (Es ist das zweite Mal, dass ein Gruppenmitglied so lange im ZI war, und Herr D. möchte gerne in der Gruppe über die Wirkungsweise der Medikamente reden und spricht das Thema öfters an, aber die anderen wollen nicht.) In diesen Momenten wird deutlich, dass die Gruppe sich eigentlich zum Spaßhaben zusammenfindet, und dies ist ein Thema, worüber sie erklärtermaßen – zumindest in der Gruppe – nicht reden wollen, und das akzeptieren wir, auch Herr D.

Wir spüren den Impulsen der Teilnehmer nach, beispielsweise als Herr F. aus dem ZI kam. Nach dem Frage- und Antwortritual, wer da ist und wer nicht, begrüßten ihn alle freundlich. Einige fragten ihn, wie es ihm gehe (es war deutlich sichtbar, dass es ihm nicht gut ging). Herr F. ist in der Gruppe wegen seines feinsinnigen Humors ein beliebtes Mitglied. Früher vorher hatte Herr F. immer einen kleinen Witz auf den Lippen und brachte dadurch viel Lustiges in die Gruppe ein.

Herr F.: „Ich fühle mich nicht fit und ich wollte deshalb gar nicht kommen. Ich fühle mich gar nicht wohl und wenn ich hier etwas falsch mache, dann bitte ich dies von vornherein zu entschuldigen. Ihr wisst, ich bin immer gern hierher gekommen, aber jetzt fühle ich mich einfach nicht fit.“ Betroffenes Schweigen.

Herr G.: „Das ist traurig, vielleicht geht es Ihnen bei uns bald besser.“

Herr F.: „Das glaub' ich nicht, mir ist einfach unwohl und ich fühl' mich unsicher und ich würde gerne in der Gruppe bleiben, aber mir ist unwohl und ich wollt' deshalb gar net komme, also wenn ich was falsch mache, dann entschuldigt des bitte.“

Herr E.: „Das ist nicht schlimm, wenn Sie was falsch machen, bitte bleiben Sie bei uns in der Gruppe ... das wird schon werden“, und lächelt ihn freundlich an. „Ja, Ja“, stimmen einige mit ein.

Herr F.: „Ich weiß net, ich glaub' net.“

GL: „Sie wollten unbedingt nach Hause, Herr F., hat sich das Unwohlsein zu Hause ein wenig gebessert?“

Herr F.: „Nein, eigentlich net, ich bin net fit, ich kann nirgends allein hingehen, ich bin auch zu Haus so hilflos und hab immer Angst, was falsch zu mache.“

Herr D.: „Oh je, un immer mit de Mutter hinnedran ... da kann man es nie richtig machen.“ Leises (verlegenes) Lachen der anderen Gruppenteilnehmer.

Schweigen. Schweigen. Herr F. geht nicht darauf ein – bei ihm ist es Realität, dass er von seiner Ehefrau häufig korrigiert wird.

In dieser Situation überlegte ich mir, in welcher Weise ich intervenieren sollte, ob Herr F. auch ähnlich wie Herr D. unter dem korrigierenden Verhalten seiner Frau leidet, aber in diesem Moment hat mich das Unbehagen von Herrn F. diesbezüglich anders reagieren lassen und ich nahm den Gesprächsfaden in der folgenden Weise wieder auf:

GL: „Haben Sie die Hoffnung, dass es zu Hause besser wird, Herr F.?“

Herr F.: „Die Ärzte hawwe gsagt, dass ich abwarte muss. Also, wie gesagt, ich komm' gern in die Gruppe, aber ich sag's nochmal, ich bin net fit un des müsst ihr entschuldige.“

Herr G.: „Sie brauchen sich nicht zu entschuldigen, wir sind froh, wenn Sie kommen. Es wird sicherlich besser werden. Wir wünschen Ihnen alles Gute.“

„Ja, das wünschen wir Ihnen“, stimmen mehrere mit ein.

Hier wird deutlich, dass die Gruppenteilnehmer die Situation von Herrn F. verstehen, aber das Thema Medikamente oder das korrigierende Verhalten der Ehefrauen ist zu schwierig, um thematisiert werden zu können. Da hängt zu viel dran, etwa die beängstigende Zukunftsperspektive wie die Heimfrage, auch wenn es nur um Urlaub oder Erkrankung der pflegenden Ehefrau geht. Vom Selbstverständnis der Gruppenmitglieder her handelt es sich nicht um eine Selbsterfahrungsgruppe, sondern um eine Erlebnisgruppe, „eine schöne Abwechslung innerhalb einer langen Woche“, wie Herr G. die Treffen charakterisierte. Über individuelle Probleme wollen sie weniger sprechen, über Probleme innerhalb der Gruppe schon. Die Teilnehmer wollen in der Gruppe einen Weg finden, mit ihrer Erkrankung auskommen. Ihre Strategie ist, die Krankheit mit Humor

zu bewältigen, auf die Krisensituation eines Gruppenmitglieds aber auch mit Mitgefühl zu antworten.

Integration des Krankheitsbildes in das individuelle Selbstbild

Die Demenz ist durch Bilder von Verwirrtheit, Kontrollverlust und völliger Abhängigkeit medial geprägt. Diese Bilder ängstigen die Betroffenen. Im frühen Krankheitsstadium fällt es ihnen schwer, ihren Zustand damit in Einklang zu bringen und das Krankheitsbild zu akzeptieren. In den letzten beiden Jahren erleben die Gruppenteilnehmer die schmerzlich fortschreitende Krankheitsentwicklung von Herrn C., einem Gruppenmitglied der ersten Stunde. Dessen zeitweise auftretende Unruhe oder völliges Nichtverstehen einer Situation verlangt einiges von ihnen (und von den Betreuern) ab. Sie erleben aber auch, dass Herr C. in völliger Ruhe und Einssein mit sich selbst nicht selten vernünftig und inhaltsadäquat einen zur Situation passenden Kommentar machen kann.

Ein Beispiel: Wir haben zur Weihnachtszeit Nürnberger Lebkuchen gegessen, und im Gespräch kommen die Gruppenteilnehmer auf den „Mannemer Dreck“, sozusagen das Gegenstück zum Nürnberger Lebkuchen. Sie vergleichen beides miteinander. Zu dem Problem, dass der Nürnberger Lebkuchen bekannter ist, bemerkt Herr C.: „Wie man so ein wohlschmeckendes Lebensmittel ‚Mannemer Dreck‘ nennen kann – das ist nicht werbewirksam.“ (O-Ton) Herr C. hatte eine leitende Position in der Modebranche; man sieht nicht nur, wie sein aus der Biografie resultierendes Wissen im aktuellen Bezug richtig zum Tragen kommt, sondern auch, dass er in entspanntem Zustand seine Gedanken sammeln, dem Gespräch folgen und sich daran beteiligen kann.

Dieses Beispiel veranschaulichte, dass Demenz nicht mit „Blödheit“ gleichzusetzen ist, sondern eine durch Stress verursachte Irritation der Schaltstelle Gehirn darstellt. Diese Erkenntnis erleichtert den Gruppenteilnehmern, das Krankheitsbild in ihr Selbstbild zu integrieren. Das Beispiel zeigt auch, dass die Teilnehmer das Gefühl der Ruhe in der Gruppe als Schlüssel für ihre Kommunikationsfähigkeit gefunden haben. Sie haben gelernt, dass sie sich artikulieren können, wenn man ihnen Zeit und Aufmerksamkeit zugesteht – auch außerhalb der Gruppe. Dies soll ein weiteres Beispiel zeigen:

Nach dem Planungstreffen gehen wir meist in ein altes Mannheimer Café in der Nähe, das sehr bekannt ist für seinen guten Kuchen. Anfangs ist es für die Gruppenteilnehmer schwierig, selbst zu bezahlen. Sie haben Angst, nicht schnell genug den Preis zu verstehen, den richtigen Geldschein zu finden etc. Aber im Laufe der Zeit – das Umfeld des Cafés und die Bedienung sind ihnen vertraut – können sie mit „Zahlen bitte“ die Rechnung bestellen und bezahlen. Die Bedienung trägt durch ihre Persönlichkeit viel dazu bei, sie spricht jeden einzeln an, lässt genügend Zeit für die etwas umständliche Suche im

Geldbeutel und hat auch immer einen netten Spruch auf den Lippen, der die Gruppenteilnehmer zum Lachen bringt. Ganz anderes passiert uns beim zuvor beschriebenen Ausflug in einem Café in Worms: Auch in einer ihnen fremden Umgebung müssen die Teilnehmer ihre Rechnung begleichen. Beim Bezahlen geht die Bedienung nun nicht auf die jeweils gezückten Geldbeutel ein, sondern präsentiert einem Betreuer die Rechnung mit der Begründung, dass es so schneller gehe. Lange erinnern sich die Teilnehmer noch an die unfreundliche Bedienung, die sie nicht selbst zahlen hat lassen.

Leider können die Gruppenteilnehmer sich das Gefühl des „Gesammeltseins“ nicht durchgehend im öffentlichen Raum (z. B. in der Straßenbahn, auf der Bank, beim Postschalter, im Geschäft) zurückerobert oder bei anderen Menschen einfordern. Sie können es in kleinen Schritten und nur da anwenden, wenn sie erkennen, dass der Gesprächs- oder Verhandlungspartner sich auf sie einlässt. Wenn sie merken, dass sie Geduld oder Einfühlungsvermögen nicht einfordern können, bleibt die Integration des Krankheitsbildes in das Selbstbild äußerst schmerzhaft.

Verständnis für sich selbst und füreinander

Beispiel: Nach einer für uns alle – auch für die Angehörigen – aufwühlenden Problemsituation mit Herrn C., dessen demenzielle Entwicklung am weitesten fortgeschritten ist, stellt die Gruppenleiterin im folgenden Planungstreffen vorsichtig die Frage, wie die anderen Gruppenteilnehmer die Unruhe von Herrn C. (häufiges Aufstehen, ungeschlüssiges Um-den-Tisch-Herumlaufen) sehen und wieweit sie dies mittragen wollen. Für die Gruppenteilnehmer selbst ist dies keine Frage. Hier dem Sinn nach die Meinung der Gruppenteilnehmer: „Herr C. ist Mitglied der ersten Stunde. Sein Verhalten stört manchmal, aber wir können das aushalten.“ Jeder von ihnen signalisiert Mitleid, weil sie bemerkt haben, dass Herr C. gerade in diesem Spannungszustand Schmerzen, Kummer oder vielleicht nur eine Frage hat, die er nicht mehr in Worte fassen kann. „Er bleibt bei uns – er ist unser Mann“ fasst Herr D., ein noch sehr beredtes Gruppenmitglied, die Situation zusammen.

Die Gruppenteilnehmer können für das fehlerhafte Verhalten von Herrn C. Verständnis aufbringen und „aushalten“, weil sie diesen zeitweise auftretenden Zustand von Herrn C. verstehen. Sie kennen aus eigener Erfahrung die Qual, wenn sie sich und anderen ihre Befindlichkeit nicht erklären können. Das weitere Beispiel zeigt, dass die Gruppenteilnehmer fehlerhaftes Verhalten erkennen.

Herr A. hat mit der Demenz ein Suchtproblem entwickelt – Rauchen ist für ihn das höchste Glück. Er weiß, dass er in der Gruppe nicht rauchen darf. Anfangs schottet er sich auf den Ausflügen oder auf dem Weg zum Café von der Gruppe ab, um unterwegs rauchenden Personen eine Zigarette für 20 Cent abzukaufen. Dadurch gerät die Gruppe in Schwierigkeiten, weil die anderen auf ihn warten müssen und deshalb

wütend sind (einmal geht er auch dabei kurzzeitig verloren). Bis auf einen Teilnehmer, der im Berufsleben viel geraucht hat, sind alle Gruppenteilnehmer überzeugte Nichtraucher, sie lehnen Herrn A. und sein Verhalten ab. Nach einem Gespräch der Gruppenleiterin mit der Ehefrau von Herrn A. gibt diese seither einem Betreuer ein Päckchen mit ein paar Zigaretten für den Fall mit, dass ihr Mann rauchen möchte. Jetzt wendet sich Herr A. auf unseren Spaziergängen oder auf dem Weg zum Café immer an den Betreuer und es entstehen keine Konfusion oder ungewollte Wartepausen mehr für die Gruppe. Auch toleriert die Gruppe jetzt sein Verhalten mit Amüsement.

Herr A. kennt die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen auch von zu Hause her. Inzwischen hat er gelernt, während der Planungstreffen länger zu warten, und will nicht mehr wie früher schnell einmal rausgehen, um zu rauchen. Jetzt schlägt er nach angemessener Zeit immer als Erster in der Runde vor, „wann es ans Spaziergehen geht, um wieder ordentlich zu laufen“, worüber die Gruppenteilnehmer je nach Lust und Laune abstimmen – nicht ohne sich eine bissige Bemerkung über sein tatsächliches Bedürfnis zu verkneifen.

Diskussion der Effektivität der psychosozialen Gruppenarbeit

In Gatterer (2007) werden Ergebnisse von Studien zusammengefasst, in denen Effekte von psychosozialen Maßnahmen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen untersucht wurden. Ein Ergebnis ist unter anderem, dass individualisierte, biografische Unterstützungsprogramme effizienter als globale Trainings von Funktionen sind. Ein weiteres Ergebnis ist, dass psychosoziale Maßnahmen einen messbar positiven Einfluss auf den Verlauf der Demenzerkrankung haben, indem Verhaltensstörungen positiv beeinflusst und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden. Dadurch kann eine signifikant längere Betreuungszeit zu Hause erreicht werden.

Diese Ergebnisse lassen sich durch die eigene Gruppenerfahrung bestätigen: Die Kommunikationsfähigkeit in der Gruppe hat sich verbessert, die Verhaltensstörungen haben sich verringert oder werden von der Gruppe toleriert. Die Gruppe besteht seit nahezu vier Jahren, und trotz Verschlechterung des Krankheitsbildes – uns Betreuern ist die Entwicklung zur mittelschweren bis schweren Demenz kaum negativ aufgefallen – stellt niemand das Weiterführen der Gruppe in Frage. Zu erkennen ist, dass sich Mitgefühl und Selbstwertgefühl als wesentliche Bestandteile des Gruppengefühls herauskristallisiert haben, ebenso wie innerhalb dieses positiven Bezugssystems Personen und Ereignisse für die dementen Gruppenmitglieder erinnerbar werden.

Eine offene Frage ist, ob die Teilnehmer lernen könnten, Verständnis bzw. Entschleunigung für sich in kleineren kommunikativen Kontexten einzufordern, ähnlich wie beim oben geschilderten Kaffeetrinken. Eine andere weitergehende Frage ist, ob das Gefühl

der Achtsamkeit und das daraus resultierende Mitgefühl durch die Elemente Wiederholung und Ausdauer so verstärkt werden, dass dieses positive Gefühl nicht „irgendwie“, sondern durch Bildung tatsächlicher synaptischer Verbindungen Erinnerung ermöglicht (Singer & Ricard, 2008).

Um zum Praktischen zurückzukehren: Die Merkmale des Gruppengefühls, Mitgefühl und Selbstwertgefühl, helfen den Teilnehmern der Gruppe, sich in anderen institutionellen Kontexten außerhalb der Gruppe zurechtzufinden, z.B. in weitergehenden Betreuungsangeboten der Tagespflege, in die einige Teilnehmer der Gruppe seit einem Jahr gehen. Durch das erworbene Gruppengefühl besitzen sie die Fähigkeit, sich aufeinander zu beziehen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Ein Beispiel: Herr E., der seit neuestem in der Tagespflege ist, hilft dem Gruppenmitglied Herrn C. in die Jacke, wenn die Tagespflege zu Ende geht. Das ist für Herrn C., wenn er am Ende des Tages ist und in der Hektik der Situation nicht mehr versteht, was los ist, das Startsignal zum Gehen. Herr E., kennt diese Geste des In-die-Jacke-Helfens aus der Gruppe von Herrn C., der in seinem Berufsleben in der Modebranche gearbeitet hat.

Unseres Erachtens liegt die Effektivität einer personenzentriert geleiteten Gruppenarbeit darin, dass dadurch langfristige Versorgungskonzepte zu Hause einfacher möglich werden. Weitergehende, familienentlastende Angebote wie Tagespflege stoßen auf mehr Akzeptanz bei den demenzkranken Menschen, einfach dadurch, dass sie sich nicht so verloren fühlen, wenn ein Bekannter aus der Gruppe da ist. Auch die Angehörigen wollen schließlich, dass Demenzkranke nicht nur untergebracht sind, sondern sich dort auch wohlfühlen können.

Literatur

- Gatterer, G. (2007). Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, 88–95.
- Bischoff, R., Simm, M. & Zell, R. (2004). *Der Kampf gegen das Vergessen*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Singer, W. & Ricard, M. (2008). *Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1973/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hüther, G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Unterstützungsprogramme für Angehörige und familienentlastende Projekte

Um die häusliche Versorgung zu gewährleisten, sind kontinuierliche Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige unumgänglich. Neben der Möglichkeit der Einzelberatung bieten wir eine angeleitete Selbsthilfegruppe für die Ehefrauen in Form von vierteljährlichen Workshops an, bei denen geeignete Referenten zu den von den Ehefrauen selbst gewählten Themen Stellung nehmen. Um die Bedingungen der Arbeit mit Angehörigen aufgrund unserer Erfahrungen zu skizzieren und auszuwerten, wäre ein weiterer Artikel nötig. Für die Ehefrauen selbst bedeutet die Selbsthilfegruppe im Wesentlichen die Möglichkeit, einander gegenseitig zu stärken, ihre Erfahrungen auszutauschen und sich teilweise privat zu Unternehmungen am Wochenende zu treffen, um nicht immer alleine mit dem kranken Ehepartner zu sein.

Für uns Betreuer sind die Ehefrauen in den Workshops im Wesentlichen Stichwortgeber für die Planung von Unterstützungsangeboten an ihrer Bedürfnislage entlang, wie z. B. dem kürzesten Kurzzeitpflegeangebot (ein bis zwei Übernachtungen), wenn sie ungestört an Familienfesten oder Theateraufführungen teilnehmen wollen. Auch hier kommt, wie oben geschildert, das Gruppengefühl positiv zum Tragen, wenn es gilt, ein erweitertes Betreuungsangebot in Form einer Kurzzeitübernachtung von ein bis zwei Nächten ohne Stress für die demenziell Erkrankten zu schaffen.

Eine weiteres Projekt ist, Sportgruppen für demenziell Erkrankte im mittelschweren Stadium zu ermöglichen, da die Gruppenteilnehmer entweder aus Sportgruppen herausgefallen oder in keine Sportgruppe integriert sind. Diese Sportgruppe wird in Kooperation mit einem Verein konzipiert, der sich auf Gesundheitssport spezialisiert hat.

Autorin:

Ellen Ensinger-Boschmann, Dipl. Päd. und Soz. Arb., arbeitet seit 13 Jahren in der Beratungsstelle VIVA, die nach neuen Wegen bei der psychosozialen Versorgung alter Menschen, besonders der altersverwirrten Menschen, sucht. Ein Arbeitsschwerpunkt ist der Personenzentrierte Ansatz (PZA)

Korrespondenzadresse:

*Ellen Ensinger-Boschmann
Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen
68309 Mannheim, Jenaer Weg 7/2
Telefon: 0049-621-703435
E-Mail: e.boschmann@beratungsstelle-viva.de*