

Umgang mit Demenzerkrankung im Altenheimalltag

Lehrgangsbegleitende Projektarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie in der Zeit von 20.04.2009 bis 18.06.2010 an der Akademie Gesundheitswirtschaft und Senioren AgewiS, Oberbergischer Kreis, Mühlenbergweg 3, 51645 Gummersbach.

Vorgelegt von:

Nadine Kirschey

Betreuender Dozent: Siegfried Charlier

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung - Mein Motiv dieser Arbeit

2. Definition

- 1.1 Was bedeutet Demenz?
- 1.2 Der Weg zur Diagnose Demenz - So sollte er sein.
- 1.3 Vergleich von Demenz Delir und Depression anhand der Grundsatzstellungnahme des MDK's.

3. Modelle, Theorie und Praxis

- 3.1 Die *Ist*-Situation - Der Umgang mit an Demenz erkrankten Heimbewohnern.
- 3.2 *Soll*-Beschreibung meiner Ziele - Interventionen nach Romero, Kitwood und Böhm.
- 3.3 So sollte der Umgang mit an Demenz erkrankten Bewohnern sein.
- 3.4 Der Weg vom *Ist* zum *Soll* meines Vorhabens - Umsetzung im Alltag.

4. Schluss

- 4.1 Betrachtung des Ergebnisses und/bzw. meines jetzigen Standpunktes.

1. Einleitung – Mein Motiv dieser Arbeit

Pflege bedeutet für mich, der Pflicht nachzukommen und die Verantwortung dafür zu tragen, den mir anvertrauten Menschen in der Situation Krankheits- bedingter Unselbständigkeit, ihre Würde und ihren Raum zum Mensch-Sein zu erhalten. Daher ist es für mich wichtig, die Biografie der jeweiligen Person zu erfassen. Wenn ich das Leben der Person besser erahnen kann, kann ich mich besser auf sie einstellen, ihre Bedürfnisse besser erahnen und besser auf sie eingehen.

Die Anzahl der Menschen mit Demenz steigt zunehmend. Somit steigt auch der Bedarf, an qualifizierter Versorgung dieser Menschen.

Ziel dieser Abhandlung ist die Erklärung der Krankheit, außerdem Aufklärung und meine persönliche Stellungnahme zum Thema.

Im Folgenden werde ich zunächst die Bedeutung des Begriffes Demenz herleiten und seine Verwendung als Krankheitsbezeichnung. Hiernach beschreibe ich die Demenz anhand ihrer Symptomatik und bezeichne anschließend verschiedene Formen/Typen/Stadien der Krankheit. Anschließend erläutere ich, wie eine Diagnose verlaufen sollte.

Hieran schließe ich mit der Unterscheidung zwischen Demenz Delir von Depression an.

Im dritten Teil der Abhandlung beschreibe ich die aktuelle Ist-Situation. Es folgt die Erörterung der Soll-Situation anhand verschiedener Konzepte, welche mir für unsere Einrichtung gleichermaßen hilfreich wie wichtig erscheinen. Ebenfalls werde ich den zur Erreichung dieser Soll-Situation notwendigen Weg erläutern.

Im letzten Teil dieser Abhandlung werde ich auf die Ergebnisse unserer Arbeit eingehen.

2. Defintion

2.1 Was bedeutet Demenz?

Demenz^{*} leitet sich aus dem lateinischen *Mens* (Verstand) und *de* (abnehmend) ab; lat. *Dementia* „ohne Geist“. Demenz^{*} ist ein Syndrom und besteht demnach aus verschiedensten einzelnen Symptomen. Diese sind Folge des Hirnabbaus, der schleichend fortschreitet. Demenz ist demnach eine Krankheit des Gehirns.

Die Primärsymptome^{*}, auch die "6 A" genannt, sind:

- Amnesie (Gedächtnisstörung. Zuerst ist das Kurzzeitgedächtnis gestört, später dann auch das Langzeitgedächtnis)
- Aphasie (Sprachstörung)
- Agnosie (Wahrnehmungsstörungen)
- Apraxie (Störung von motorischen Handlungsabläufen)
- Abstraktionsfähigkeitsverlust sowie Assessment -Störungen (die Urteilskraft ist gestört)

Die Sekundärsymptome sind:

- Angst
- Depressionen
- Apathie
- Paranoia
- zunehmende zeitliche, örtliche, situative Desorientiertheit, später auch Desorientiertheit zur Person
- Perseveration (Bewohner vergisst, was er gesagt hat und wiederholt es ständig, z.B. "Schwester, wie spät ist es?")
- Unruhe
- Persönlichkeitsstörung
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- Abwehrverhalten
- gestörter Tag-Nacht-Rhythmus
- Urin- und Stuhlinkontinenz
- verlangsamtes und umständliches Denken
- Schluckstörungen

In unserem Haus spielen die senile Demenz vom Alzheimer Typ und die Multiinfarkt demenz die größte Rolle.

* Wikipedia +Pflegewiki, pqsg

- Senile Demenz vom Alzheimer Typ (SDAT):

Die Alzheimer-Krankheit ist ein fortschreitender degenerativer Prozess im Gehirn. Im Kortex (Hirnrinde) kommt es durch Eiweißablagerungen zum Zelluntergang. So entwickelt sich ein Hirnschwund, vorrangig im Temporal- und Parietallappen. Die Alzheimer-Krankheit ist nicht heilbar.

- Multiinfarktdemenz:

Die Multiinfarktdemenz tritt häufig nach wiederholten Schlaganfällen auf, die sich im Alltag kaum bemerkbar gemacht haben. Häufig haben die Bewohner in ihrer Vorgeschichte eine Hypertonie, Diabetes mellitus und sind Raucher. Die Ursache der Multiinfarktdemenz ist eine Minderdurchblutung des Gehirns infolge von arteriosklerotischen Veränderungen. Der Sauerstoffmangel führt zum Absterben von Neuronen und somit zu neurologischen Ausfallserscheinungen. Mit entsprechenden Medikamenten lässt sich die Durchblutung des Gehirns fördern. Typisch für diese Demenz ist ein schubförmiger Verlauf. Es kann zu einer plötzlich einsetzenden Verschlechterung kommen. Bei etwa jedem sechsten Betroffenen kommen epileptische Anfälle hinzu. Die Multiinfarktdemenz muss im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz nicht zwangsläufig voranschreiten.

Bei der zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft sollte die Demenz ein Thema sein, das alle beschäftigt, denn die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Darum soll diese Facharbeit als ein Mittel zum Verständnis dienen.

2.2 Der Weg zur Diagnose Demenz - So sollte er sein

Der erste Schritt zur Demenzdiagnostik ist, die Krankheit explizit in Betracht zu ziehen. Hier ist es wichtig, vom normalen mentalen Abbaus im Alter („auch „Presbyophrenie“ genannt) Abschied zu nehmen. Demenz ist immer eine abklärungs- und behandlungsbedürftige Störung und kein normaler Alterungsprozess, dies sollte jeder wissen. Beim eruieren der Krankheit geben einige Methoden, hier im Folgenden kurz umrissen, Hilfestellung.

- **Neuropsychologische Screenings***

sind Tests, welche Aussagen über die vorliegenden Störungen treffen können. Die Verwendung solcher Screenings zielt ab auf: Früherkennung, Beitrag zur Differentialdiagnose, Verlaufsbeobachtung, Erfassung des Schweregrades der Krankheit.

- **Anamnese + Fremdanamnese**

(medizinisch: Vorerkrankungen, vaskuläre Risikofaktoren, Seh- und Hörprobleme, vorherige und aktuelle Medikation; Psychosozial: Berufstätigkeit, Familie, Hobbys, insbesondere Veränderungen in Richtung Rückzug, weniger Interesse oder kaum erklärliche Unsicherheit gegenüber Neuem; Familienanamnese; Fremdanamnese: Kognitive und nicht Kognitive Symptome.)

- **Klinischer Status**

(Kardiovaskuläres System; Aktivitäten des täglichen Lebens beurteilen)

- **Neurologischer Status**

(fokale Störungen wie Gesichtsfeldeinschränkungen, sensorische oder motorische Hemiparesen, Asymmetrien der Muskel, Eigenreflexe oder bestimmte Symptomkombinationen wie z.B. Morbus Parkinson, Normaldruck-Hydrozephalus oder Creutzfeld-Jakob)

- **Psychiatrischer Status**

(Ausschluss einer Pseudo- Demenz /-Depression oder Delir)

* Dies stammt aus dem Unterricht der Weiterbildung von Lee Feis

- **Labordiagnostik**

(Insbesondere Schilddrüsenfunktion, Folsäure sowie Vitamin B12)

- **Bildgebende Verfahren**

Mit Hilfe von Bildgebenden Verfahren (CCT, ggf. MRT, EEG, PET, SPCKT) lassen sich, je nach Art des Verfahrens, krankhafte Veränderungen der Struktur oder der Stoffwechselaktivität im Gehirn sichtbar machen.

2.3 Vergleich von Demenz, Delir und Depression anhand der Grundsatzstellungnahme des MDK's*

Auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Differentialdiagnose des demenziellen Syndroms ist nachdrücklich hinzuweisen. Besonderes Augenmerk ist auf die Erfassung der sekundären Demenzen und die Abgrenzung zur Depression und zum Delir zu richten.

In der nachfolgenden Tabelle werden die wichtigsten Kriterien der Beobachtung von **Demenz, Delir und Depression** einander gegenübergestellt.

Kriterium der Begutachtung	Demenz	Delir	Depression
Krankheitsentwicklung	meist langsam progredient	schneller Beginn (Stunden bis Tage)	Tage bis Wochen
Merkfähigkeit	geht zunehmend stark verloren	gestört bis nicht vorhanden (retrograde Amnesie)	nicht gestört, vielleicht verlangsamt
Grundstimmung	positiv bis depressiv	ängstlich, schwankend	herabgestimmt (negativ)
Konzentration	nimmt ständig ab	unkonzentriert und fahrig	herabgesetzt
Suizidalität	kaum erhöhtes Risiko	nicht gefährdet	stark in Äußerung und Tat
Mimik/Gestik	normal lebhaft bis gesteigert	ängstlich, schwankend	starr verstimmt, abweisend
Erkennen, Erfassen von Bedeutung	geht zunehmend verloren (Agnosie)	geht zunehmend verloren (Agnosie)	nicht eingeschränkt
Urteilsvermögen	geht zunehmend verloren (Assessmentstörung)	geht verloren	nicht eingeschränkt, meistens negative Sicht
Schlaf	Tag/Nacht-Umkehr	gestört, ohne Regel	Ein- und Durchschlafstörungen
Motorik	normal bis erhöht	anfänglich erhöht, später reduziert	meistens gehemmt, manchmal gesteigert
Krankheitswahrnehmung	eingeschränkt, später nicht mehr erkennbar	nicht vorhanden	leidet oft unter der Last der Erkrankung
Denken	verzerrt, zerfahren	zerfahren, verlangsamt	verlangsamt, haftend
Selbstwahrnehmung	gestört	geht verloren	erhalten bis erhöht
Koordination	geht im Verlauf verloren (Apraxie)	geht im Verlauf schnell verloren (Apraxie)	keine Einschränkungen

* Dies stammt aus der *Grundsatzstellungnahme Demenz*, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDS)

3. Modelle, Theorie und Praxis

3.1 Die Ist-Situation - Der Umgang mit an Demenz erkrankten Heimbewohnern.

Ich arbeite im Alten- und Pflegeheim „Haus Entenhof“ in Sterzenbach, Gemeinde Reichshof. Es besteht seit Juni 1992 und wurde 2001 umfassend erweitert. Insgesamt stehen zwei Doppelzimmer und 28 Einzelzimmer zur Verfügung, welche auf zwei Wohnbereiche verteilt sind. Jedes Zimmer ist mit ca. 18qm bemessen und mit einer Nasszelle bestückt. Bewohnern ist es möglich, die eigenen Möbel von zu Hause mitzubringen.

Aktuell sind 17 Bewohner im Hause mit Einschränkungen in den Alltagskompetenzen.

Für diese 17 Menschen steht eine Betreuungskraft (§ 87b) täglich am Nachmittag, sowie jedes zweite Wochenende, zur Verfügung. Sie wechselt sich mit dem Ergotherapeuten ab und ist der Beschäftigungstherapie des Hauses zugeteilt. Daher bekommt die Pflege leider nur am Rande mit was sie leistet.

Es herrscht ein veraltetes Pflegeverständnis da die Ausbildung der meisten im Team aber schon längere Zeit zurückliegt, sind diese nicht über das aktuelle Fachwissen im Bilde. Beispielsweise wird das Radio einer dementen Bewohnerin dauerhaft angestellt – das ist gut gemeint, überfordert diese Frau aber völlig und sie zeigt sich ständig unentspannt. Informationen von mir werden allerdings nur sehr schwer angenommen. Dies stört leider die Dynamik des Teams.

Die Auseinandersetzung und Gestaltung der Biografie jedes einzelnen Bewohners ist nicht ausreichend um die Gewohnheiten der zu betreuenden Personen an den Alltag anzupassen.

Nicht demente Bewohner des Heims erleben es als problematisch, das Handeln der von Demenz betroffenen Bewohner zu akzeptieren oder zu tolerieren. Die Beziehung zwischen Demenz erkrankten Bewohnern und ihren Angehörigen ist oft von Konflikten behaftet. Aus diesem Grund besteht gerade heutzutage ein gewachsener Aufklärungs- und Handlungsbedarf zum Thema Demenz – zum Wohle derer, die aktuell mit der Krankheit konfrontiert sind, als auch in Zukunft konfrontiert sein werden. Denn die Zahl desorientierter alter Menschen nimmt mit steigender Lebenserwartung zu und Menschen mit einer Demenz kommen immer häufiger ins Heim.

3.2. Soll Beschreibung

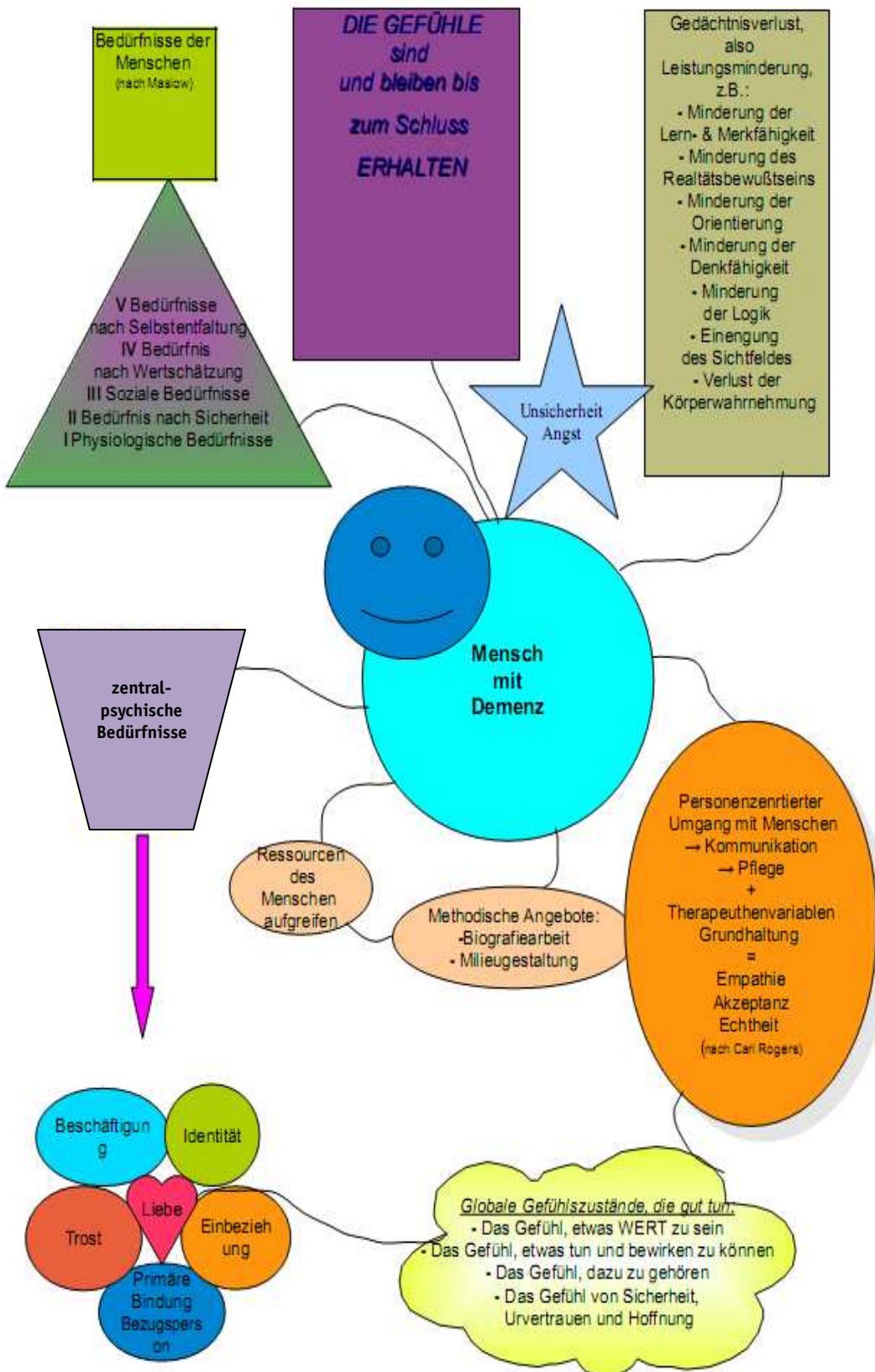
“Die Auswahl der Angebote muss sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz orientieren. Es muss kontinuierlich überprüft werden, ob die Demenzkranken wirklich davon profitieren. [...] Vor allem die Frage, welche Bedürfnisse und Bedarfe haben die jeweiligen Menschen? Das herauszufinden und adäquat darauf zu reagieren, setzt ein hohes Engagement aller an der Betreuung und Pflege Beteiligten voraus.“* Diese Aufgabe würde ich zum Einen gerne verstärkt übernehmen, denn aus diesem Grund habe ich auch die Weiterbildung zur Fachkraft für gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung gewählt. Ich sehe gerade in der Einzelbetreuung die große Chance, den Menschen, die uns zur Pflege anvertraut sind, auf angemessene Weise zu begegnen. Die Bewohner möchte ich besser kennen lernen können. Denn es ist mir wichtig, dass die Beziehung zwischen den Bewohnern und mir auf gegenseitigem Vertrauen, Anerkennung und Respekt basiert. Dies dient dem Erhalt des Wissens um die eigene Persönlichkeit des Bewohners.

Ich möchte mehr Gespräche mit den Angehörigen führen, um sie zu informieren, um eventuelle Ängste zu reduzieren und um sie in die Pflegeplanung mit einzubeziehen.

Anhand des Wissens um die Biografie des Heimbewohners möchte ich auf den Einzelnen besser abgestimmte Pflegeplanungen erstellen können. Dies gäbe mir eine fundiertere Basis zur Fallbesprechung. Da Fallbesprechungen

*

eben auch dazu dienen, Mitglieder des Pflgeteams über die eigenen Erfahrungen zu informieren, sehe ich hierin eine besonders gute Möglichkeit, zur stetigen Weiterentwicklung aller Teammitglieder. Weiter wünsche ich mir, eine intensivere Zusammenarbeit mit der Betreuungskraft. Denn die verschiedenen Erfahrungen und dadurch gewonnenen Blickwinkel sollten ausgetauscht werden. Ich wünsche mir ein professionell handelndes Team im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen. Dies erfordert eine verstehende und empathische Grundhaltung, wie die folgenden Konzepte erläutern werden.



Nun stelle ich drei Konzepte vor, die ich mir für den Umgang mit unseren Bewohnern wünsche:

Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Dr. Barbara Romero*

(Romero B., 1998, Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken.):

Zentraler Begriff der SET ist das „*Selbst*“.

Vereinfacht formuliert umfasst das Selbst unser Wissen um die eigene Person und die Welt, unsere lebenslangen Erfahrungen und die daraus abgeleiteten Bedürfnisse. Die demenztypische Erfahrung eigenen Versagens und der zunehmenden Abhängigkeit von anderen Menschen stellt dabei eine der bedrohlichsten Herausforderungen an das Selbst dar, die sich denken lässt. Zentrale Anteile des Selbst werden mit einer speziellen Interviewtechnik Ermittelt und dokumentiert. Aus persönlich bedeutsamem Material wie Videos, Urlaubsfotos oder Zeugnissen wird dann eine sog. „Erinnerungsmappe“ hergestellt. Die SET betont die Selbst-Stabilisierende Rolle einer gezielten Beschäftigung mit wichtigen biografischen Erinnerungen. Diese Beschäftigung kann durch die Erinnerungsmappe Stimuliert werden. Des Weiteren wird auf die Bedeutung bestätigender Rückmeldungen und sinnvoller Aktivitäten ohne Misserfolg Verwiesen. Hinsichtlich der Wirksamkeit der Selbst-Erhaltungs-Therapie zeigt sich in empirischen Untersuchungen eine signifikante Reduktion von Depressionswerten bei Betroffenen und pflegenden Angehörigen. Verhaltensauffälligkeiten lassen nach. Stimmung und soziales Verhalten Stabilisieren sich.

Im Alzheimer Therapie Zentrum wird SET stationär praktiziert.

Dem Patienten und seiner Haupt Bezugsperson wird dort für 3–4 Wochen eine erhaltende Rehabilitation geboten, die darauf abzielt, dass beide ihren Alltag nach der Entlassung befriedigender gestalten können. Die Kosten des Aufenthalts werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. In Anbetracht der Tatsache, dass für die meisten Demenzerkrankungen eine ursächliche medikamentöse Therapie nicht zur Verfügung steht, ist es umso wichtiger, zu versuchen, die Auswirkungen der Krankheit in Form nicht medikamentösen Therapien zur Behandeln.

Ich hatte Gelegenheit, mir davon selber ein Bild zu machen, da ich im Alzheimer Therapie Zentrum ein Praktikum gemacht habe. Es lässt sich in Bezug auf das SET Konzept folgendes zusammenfassen:

Bewahren der Kontinuität im personalen Erleben und Selbstverständnis unter anderem durch...

Anpassen der räumlichen Umwelt an den Erinnerungsrahmen des Patienten

D.h. z.B. möglichst geringe Veränderungen des Wohnumfeldes, auch bei Umzug in eine stationäre Einrichtung, etwa durch Mitbringen eigener, alter Möbel.

Konstante Bezugspersonen

Durch den Verlust des Gedächtnisses und durch krankheitsbedingte Wahrnehmungsstörungen kann der Erkrankte Personen nur noch schlecht zuordnen. Möglichst geringer Wechsel bei versorgenden Personen stabilisiert den Patienten.

Anpassen der sozialen Umgangsformen, Kultur- und Beschäftigungs- Angebote an die Möglichkeiten, Gewohnheiten und Präferenzen der Kranken

Durch besondere Kommunikations- und Verhaltensformen wird versucht, dem Kranken seine Defizite nicht vor Augen zu

* nach Romero, Barbara, *Rehabilitative Ansätze bei Alzheimer-Krankheit: die Selbsterhaltungstherapie in: Frommelt, P. und Grötzbach, H. (Hrsg.) NeuroRehabilitation, Blackwell, 1999, S. 531-540*

führen, sondern ihm Brücken zu bauen. Im Sinne der Biografiearbeit wird darauf geachtet, dass die Vorlieben des Kranken möglichst berücksichtigt werden.

Hilfe beim Verstehen

Die kreative Aufgabe der versorgenden Personen liegt darin, sich in die subjektive Realität des Kranken zu versetzen, um ihn und seine Bedürfnisse zu verstehen.

Bewahren der Zuversicht

Der Umgang mit dem Patienten soll sich an den erhaltenen Fähigkeiten orientieren, nicht an den verlorenen.

Bewahren des selbstnahen Wissens

Durch sorgfältig abgewogene und gezielte Übungen wird das biographische Wissen erhalten und reaktiviert.

Einbindung der Angehörigen

Die Auswirkungen der Demenzerkrankung betreffen immer den Kranken und sein persönliches Umfeld besonders. Die Einbindung der Angehörigen aus therapeutischen Gründen zum einen und zu deren eigenen Entlastung zum anderen ist ein zentraler Punkt des Konzeptes.

Psychobiographisches Modell nach Erwin Böhm

Erwin Böhm's psychobiographisches Modell* basiert auf einem „Reaktivierungsmodell“, das an die teilweise verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen anknüpfen will (Böhm, 2004). Danach sollen Pflegenden nicht alles für den zu Pflegenden übernehmen, sondern „mit der Hand in der Hosentasche“ so Unterstützung anbieten, dass der Betroffene in die Lage versetzt wird, früher gewohnte und vertraute Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Grundvoraussetzung für die Pflege und Betreuung nach Böhm ist die Arbeit mit der Biographie des Betroffenen. Nach Böhm fällt der Mensch mit Beginn des geistigen Abbaus zurück in die Prägungsphase seiner ersten 25-30 Lebensjahre. Mit zunehmendem Alter und wachsenden kognitiven Störungen wird die Prägung des Menschen für die Pflegenden relevant. Für das Verständnis eines Menschen mit Demenz, ist es von Bedeutung, was er in seiner Kinder- und Jugendzeit erlebt hat, aus welchem Zuhause er kommt, was für ihn „normal“ war und ist („Normalitätsprinzip“).

Durch die Kenntnis dieses psychobiographischen Hintergrundes des Lebens lassen sich demnach viele Verhaltensmuster von Menschen mit Demenz erklären. Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt alte Gewohnheiten und die persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind (Coping oder Lebensbewältigungsstrategien). Das Modell lässt sich in die Kategorie der biographie- und personenorientierten Modelle einordnen, zu denen auch die Ansätze von Naomi Feil und Tom Kitwood gehören. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie versuchen, auf der Grundlage eines verstehenden, hermeneutischen Vorgehens die psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu erkennen, um auf dieser Basis eine bedürfnisorientierte Pflege zu erreichen. Hierbei spielt die Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Pflegepersonen und Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle. Naomi Feil sieht die im Rahmen einer Demenzerkrankung auftretenden Verhaltensstörungen als Ausdruck eines psychischen Hospitalismus. Tom Kitwood wendet sich gegen die ausschließliche Sichtweise der Demenz als einem hirnrorganischen Geschehen.

Feil und Böhm interpretieren psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen als Antwort auf Belastungen und/oder unerträgliche Lebenssituationen und damit als einen Versuch der Anpassung an die soziale Umwelt. Böhm verwendet hierfür den Begriff des „regressiven Bewältigungshandelns“. Durch Kenntnis der Lebensgeschichte des Menschen mit einer Demenz vor dem zeitgeschichtlichen Hintergrund soll eine „Rückeroberung der Vergangenheit“ erfolgen können. Theoretische Grundlagen des Modells von Böhm sind unter anderem die Individualpsychologie von Adler, die Tiefenpsychologie von Freud und die Verhaltenstherapie. Die Umsetzung solcher Pflege stellt hohe Anforderungen an die Reflexionsfähigkeit und die soziale Kompetenz der beruflich Pflegenden, die durch ein professionelles Management unterstützt werden müssen. In Veröffentlichungen wird immer wieder die hohe Praxisrelevanz des Modells hervorgehoben. Böhm unterscheidet in seinem Modell sieben Erreichbarkeitsstufen des Betroffenen, die jeweils spezifische Interventionen erfordern. Für die Begleitung eines Menschen mit Demenz sei es wichtig, die Stufen klar zuzuordnen um den Menschen psychisch zu erreichen, ihn besser zu verstehen, Regression zu verhindern, angemessene Maßnahmen der Pflege und Betreuung anbieten zu können. Ein „Einstufungsraster“ der Interaktionsbogen enthält folgende Kategorien, mit denen eine durchschnittliche Erreichbarkeit ermittelt wird: Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit.

Die sieben Erreichbarkeitsstufen nach Böhm sind:

Stufe 1: Sozialisation

Entspricht der Erwachsenen - Stufe. Zur Erreichbarkeit des alten Menschen benötigen die Pflegenden Wissen über die regionale Geschichtsprägung. In Stufe 1 ist noch ein kognitives Gespräch möglich. Das Milieu, die Familie und die

* Aus : Grundsatzstellungnahme MDS

nähere Umgebung sind hier von Bedeutung, auch Kindergarten, Schule, gleichaltrige Kollegen und Freunde, Berufskollege, Vorgesetzte; aber auch das Daheim – Gefühl wird hier geprägt.

Stufe 2: Mutterwitz

Entspricht der Stufe von Jugendlichen. Unter Mutterwitz versteht er Formen des Volkstums, eine Sprache „wie einem der Schnabel gewachsen ist“. Humor als Therapeutikum, Reden im Dialekt sind hier die Stichworte. Menschen in Stufe 1 oder 2 sind verbal und mittels aktivierender Pflege erreichbar.

Stufe 3: seelische soziale Grundbedürfnisse

Die individuellen wichtigen Bedürfnisse im Leben, deren (Nicht-) Befriedigung (wie sich zuhause fühlen) sind wichtig. Die Impulse dürfen weder geistig, noch körperlich überfordern.

Stufe 4: Prägungen

Rituale, die Sicherheit geben, die individuellen und eingespielten Eigenarten, Macken stehen im Fokus der Pflege.

Stufe 5: höhere Antriebe Triebe,

Triebwünsche, Tagträume und Phantasien als Antriebskräfte des Menschen.

Stufe 6: Intuition

Entspricht der Stufe des Säuglings zum Kleinkind. Hier spielen Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder usw. eine große Rolle. Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hinein versetzen zu können.

Stufe 7: Urkommunikation

Entspricht der Stufe des Säuglings. Die emotionale Erreichbarkeit wird auf die Stufe des Säuglings abgestimmt, auch die körperlichen Möglichkeiten. Auch zur Erhebung der Biographie macht Böhm spezifische Vorgaben. Nach Böhm führt eine systematische Anwendung des psychobiographischen Pflegemodells zu folgenden Verbesserungen für die Klienten und das Personal:

- eine Reaktivierung bei Klienten im Destruktionstrieb und Rückzug,
- eine Symptomlinderung ohne Einsatz von Psychopharmaka,
- eine Erhöhung des Selbstwertgefühls beim alten Menschen,
- eine Verbesserung der Pflegequalität durch „seelische Pflege“,
- eine deutliche Erhöhung der Arbeitszufriedenheit, eine Senkung der Krankenstände.

Die zentralen psychischen Bedürfnisse nach Tom Kitwood

Der Sozialpsychologe Tom Kitwood hat beschrieben, dass Menschen mit Demenz ein sehr starkes, unverhülltes und beinahe kindliches Verlangen nach Liebe zeigen*. Liebe bedeutet ein bedingungsloses, verzeihendes Annehmen des Anderen – ein Geben ohne die Erwartung einer direkten Gegenleistung. Für den beruflichen Alltag brauchen Pflegekräfte allerdings eine genauere Beschreibung von Bedürfnissen, an denen sie sich in ihrem Handeln orientieren können. Daher schlägt Kitwood vor, sich in dem allumfassenden Bedürfnis nach Liebe fünf große, zusammengehörende Bedürfnisse vorzustellen: **Trost, Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität.**

Trost

Die ursprüngliche, aus dem Altgermanischen stammende Wortbedeutung von Trost ist innere Festigkeit, Zuversicht. Alltägliche Redewendungen deuten darauf hin, wie sich fehlender Trost auswirkt: Als „trostlos“ wird eine aussichtslose Lage oder eine leere, öde Gegend bezeichnet. „Sich mit etwas oder jemandem trösten“ meint die Bemühung, über den Verlust einer Sache oder einer Person hinwegzukommen.

* Kitwood, T. (2004). Demenz. Der Personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (3. erweiterte Aufl.). Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Hans Huber

Trost wird insbesondere Menschen gespendet, die sich in einer hoffnungslosen, verzweifelten Situation befinden. Trost zu spenden bedeutet, die Situation, in der sich eine Person befindet, empathisch wahrzunehmen, ihr Leiden anzuerkennen und Beistand zu leisten. Das Entgegenbringen wahrer Anteilnahme hilft dem Trostbedürftigen, sich seelisch wieder aufzurichten. Eine Demenz ist für die betroffenen Personen mit vielfältigen Verlusten verbunden: Verlust an sozialen Beziehungen, Verlust von Fähigkeiten, Verlust der Kontrolle, Verlust eines unabhängigen Lebensstils – somit ist ihr dringliches Verlangen nach Trost nur allzu verständlich. Es kann sich darin äußern, dass Menschen mit Demenz sichtbar Trauer zeigen, weinen, wehklagen oder stöhnen. Das Bedürfnis nach Trost kann aber auch unauffälliger zum Ausdruck kommen, zum Beispiel durch einen „leeren“ Blick, hängende Schultern oder nach unten gezogenen Mundwinkeln. Auch das Suchen nach körperlicher Nähe und Kontakt oder ein erhöhtes sexuelles Verlangen können als Teil des Bedürfnisses nach Trost verstanden werden. Pflegende sind in der Lage, einem Menschen mit Demenz Trost zu spenden, ihm in seiner Not ganz nahe zu sein, ihm Stärke, Verlässlichkeit, Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln.

Dies können sie durch Worte, Gesten oder Berührungen tun. Pflegende können behutsam körperliche Nähe zu einem Menschen mit Demenz herstellen: eine Hand halten, behutsam über den Rücken streicheln, den Menschen umfassend umarmen, sich vorsichtig mit ihm gemeinsam hin- und herwiegen. Auf verbaler Ebene ist es möglich, dem Menschen mit Demenz einfühlsam zuzusprechen, ihm mit liebevollen Worten und Lauten zu zeigen, dass er angenommen ist. Die wahrnehmbaren Gefühle des Menschen mit Demenz, z.B. Traurigkeit oder Angst, können stellvertretend für ihn formuliert und wertgeschätzt werden. Im Kontakt mit einem Menschen mit Demenz ist es besonders wichtig, ganz „da zu sein“, sich dem Menschen mit seiner ganzen Aufmerksamkeit zuzuwenden, ihm zuzuhören und zuzusprechen. Auf diese Weise können Ängste, Unsicherheit und Trauer des Menschen gemildert werden.

Bindung an eine Person

Die gefühlsmäßige Bindung an eine Bezugsperson ist für alle Menschen, unabhängig von der Altersstufe, sehr wichtig. Das Verlangen nach Bindung beinhaltet den Wunsch nach Verlässlichkeit, Sicherheit und Schutz. Man kann das Bedürfnis nach primärer Bindung besonders gut bei kleinen Kindern beobachten, die sich in einer fremden Umgebung an ihre Mutter (Bezugsperson) klammern und bei ihr Schutz und Sicherheit suchen. Menschen mit Demenz sind vielfältigen Stress- und Belastungssituationen ausgeliefert. Sie verstehen die Welt häufig nicht mehr. Es ist anzunehmen, dass durch dieses „Nicht-Verstehen“ das Verlangen nach Sicherheit, nach primärer Bindung, in ähnlicher Intensität hervortritt wie bei Kindern. Dieses Verlangen drückt sich auch deutlich in dem so genannten Attachment-Verhalten (Anklammern, Hinterherlaufen) aus. Es kann sich auch dadurch zeigen, dass ein Mensch mit Demenz beständig nach einer Person oder nach Hilfe ruft oder andere Menschen in Gesprächen festhalten, nicht gehen lassen möchte. Mit Fortschreiten der Erkrankung sind Menschen mit Demenz immer weniger in der Lage, von sich aus soziale Beziehungen zu gestalten. Sie benötigen dazu die Hilfe beziehungsfähiger Pflegepersonen. Das Gefühl von primärer Bindung kann durch Vertrautheit in der räumlichen und sozialen Umgebung gestärkt werden, beispielsweise durch vertraute Gegenstände und den Kontakt zu einer festen Bezugsperson. Ebenso unterstützend sind all diejenigen Gesten, Berührungen und Worte, welche Menschen im Kontakt miteinander verwenden, um sich Nähe, Sicherheit und Geborgenheit anzuzeigen. Pflegende können mehrmals am Tag bewussten Kontakt zum Menschen mit Demenz herstellen, z. B. eine Hand halten oder dem Menschen liebevoll zulächeln. Auch das Aufhalten im Blickfeld des Menschen mit Demenz oder die Versicherung wiederzukommen, kann das Gefühl von Sicherheit stärken. Pflegende sollten sich darüber bewusst sein, dass harmlose Äußerungen wie das „Tschüss“, „Ich geh jetzt nach Hause“, „Bis morgen“ am Dienstende möglicherweise das Gefühl des Verlassenseins beim Menschen mit Demenz verstärken können und sorgsam damit umgehen. Dem Bedürfnis nach primärer Bindung nachzukommen bedeutet auch, einen Menschen mit Demenz nicht abzuweisen, sondern sein Verhalten, z. B. sein Hinterherlaufen oder Anklammern, als Zeichen des Vertrauens zu werten und wertzuschätzen.

Einbeziehung in Gruppen

Das soziale Leben von Menschen findet in Gruppen statt. In früheren Zeiten war die Gruppe für den Menschen lebensnotwendig. Nur als Teil einer gut funktionierenden Gruppe konnte er überleben. In der heutigen Zeit haben Menschen nach wie vor das Bedürfnis, Teil einer Gruppe zu sein, zu einer Gemeinschaft dazuzugehören und als Mitglied der Gemeinschaft geschätzt zu werden. Auch Menschen mit Demenz haben dieses Bedürfnis. Wie bei allen Menschen kann die Art und Weise der Beteiligung auch bei Menschen mit Demenz individuell ganz unterschiedlich sein. Das Bedürfnis nach Einbeziehung kann sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen ausdrücken. Zum einen kann es sein, dass der Mensch mit Demenz offensichtlich nach Aufmerksamkeit sucht, anderen Menschen hinterherläuft oder sich anklammert. Ebenso kann es sein, dass er beständig umhergeht, als sei er auf der Suche nach etwas. Zum anderen kann der Wunsch nach Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft aber auch hinter einer völligen Zurückgezogenheit erkennbar sein, wenn ein Mensch mit Demenz still, sozial unbeteiligt und abwesend mit sich selbst ganz allein ist. Einbeziehung kann dadurch unterstützt werden, dass dem Menschen mit Demenz die Teilnahme an gemeinschaftlichen Aktivitäten ermöglicht wird. Dazu kann gehören, mit einem anderen Menschen gemeinsam etwas zu tun. Es kann auch die Teilnahme an Kleingruppenaktivitäten sein, an denen der Mensch mit Demenz aktiv teilnimmt oder aber die Rolle eines Zuschauers einnimmt. Das gemeinsame Feiern von Festen oder ein Ausflug bieten ebenfalls die Chance, dem Bedürfnis nach Einbeziehung nachzukommen. Die Art der Partner- oder Gruppenaktivität sollte spezifisch an die Lebensgeschichte, die Interessen und Fähigkeiten der teilnehmenden Menschen angebunden sein. Wichtig für das Gelingen gemeinschaftlicher Aktivitäten ist es zu berücksichtigen, dass Menschen mit Demenz sich immer weniger selbst in eine Gruppe einbringen können. Sie benötigen dazu die verbindende, feinfühlig unterstützende der Pflegenden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass sie sich innerhalb der Gruppe überfordert, ausgegrenzt und unwohl fühlen. Die meisten Menschen haben in ihrem Leben schon mal erfahren, dass es durchaus möglich ist, äußerlich Teil einer Gruppe zu sein und sich trotzdem innerhalb dieser Gruppe zutiefst einsam und „fehl am Platze“ zu fühlen. Dieses Phänomen, „allein in einer Gruppe zu sein“, kann man oft im Heimalltag beobachten: Menschen (die sich nicht kennen) sitzen gemeinsam in einem Raum und dennoch gibt es nichts, kein „Thema“, was sie verbindet. Es gibt keine Person, die sich um die Gruppe und den Gruppenprozess kümmert. Solche unklaren Situationen sind selbst für Menschen, die die Situation geistig erfassen können, schwer auszuhalten. Auf Menschen mit Demenz wirken diese Situationen oft bedrohlich und rufen unterschiedliche Gefühle und Verhaltensweisen hervor. Gruppenangebote sollten daher begleitet werden, nur so kann sich die Gruppenzugehörigkeit positiv auf den Menschen mit Demenz auswirken.

Beschäftigung

Das Verlangen, beschäftigt zu sein, entspringt aus dem Antrieb, etwas bewirken zu wollen und die Wirkung des eigenen Handelns zu spüren. Das Gegenteil von beschäftigt sein ist Langeweile und Apathie (emotionale Teilnahmslosigkeit und Gleichgültigkeit gegenüber Ereignissen). Beschäftigt zu sein kann viele Formen annehmen: Man kann allein oder mit anderen zusammen, bei der Arbeit oder in der Freizeit beschäftigt sein. Die Beschäftigung kann in einer sichtbaren Handlung bestehen, aber auch im Nachdenken oder angenehmen Entspannen. Beschäftigt zu sein hat einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl des Menschen. Menschen, die arbeitslos sind, fühlen sich häufig hilflos, verzweifelt und minderwertig. Sie schämen sich für ihre Situation und ziehen sich zurück. Auch Menschen mit Demenz haben das Bedürfnis, sich zu beschäftigen. Dieses lässt sich häufig daran beobachten, dass sie anderen bei ihren Aktivitäten helfen möchten oder beständig auf der Suche nach einer Beschäftigung sind. Menschen mit Demenz beschäftigen sich durch unterschiedlichste Tätigkeiten selbst, zum Beispiel dadurch, dass sie herumliegendes Papier in Schnipsel zerreißen, in Regalen oder Schränken kramen, Dinge ordnen, sammeln oder verstecken. Der Wunsch, sich zu beschäftigen, kann sich auch darin zeigen, dass Menschen mit Demenz an der eigenen Kleidung oder

der Bettdecke nesteln oder mit den eigenen Ausscheidungen spielen. Für Pflegende ist es oftmals nicht leicht, dem Bedürfnis angemessen nachzukommen. Damit das Bedürfnis nach Beschäftigung wirklich befriedigt werden kann, ist es zum einen wichtig, die richtige Art der Beschäftigung für den jeweiligen Menschen zu finden. Die Beschäftigung kann, muss aber nicht zwangsläufig, an lebensgeschichtlich geprägte Aufgaben und Aktivitäten anknüpfen. Zum anderen gilt es, den richtigen Grad der Unterstützung zu finden (nicht zu viel und nicht zu wenig). Ansonsten kann es passieren, dass man den Menschen über- bzw. unterfordert. Möglichkeiten der Beschäftigung bieten sich beispielsweise in hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, im gemeinsamen Kochen, Wäsche falten, Staub wischen oder auch bei der Gartenarbeit. Sie ergeben sich aber auch ganz natürlich in alltäglichen Situationen wie beispielsweise im Rahmen der Körperpflege oder beim Essen und Trinken. Für Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass nicht das Ergebnis einer Beschäftigung im Vordergrund steht, z. B. ein makellos gefalteter Wäschestapel, sondern der Prozess der Beschäftigung, das Erleben während der gemeinsamen Aktivität.

Identität

Das Verlangen nach Identität ist das Bedürfnis zu wissen, wer ich bin, sowohl im Erkennen als auch im Fühlen. Identität zu haben bedeutet somit, dass ich über mich selbst eine Geschichte erzählen kann: Wo komme ich her? Wo bin ich? Wohin gehe ich? Menschen mit Demenz geht dieser rote Faden immer mehr verloren. Dies bedeutet nicht, dass ihr Gefühl für die Identität zwangsläufig und vollständig verloren gehen muss. Es ist wichtig zu wissen, dass Identität nicht allein an Denkprozesse (Kognition) gebunden ist, sondern auch vom Erleben und vom Fühlen abhängt. Menschen können sich auch gegenseitig in ihrer Identität bestärken, indem sie sich Botschaften über ihre Tätigkeiten und Leistungen geben. Menschen mit Demenz spüren sehr genau, dass sie mit Fortschreiten des demenziellen Prozesses einen Teil ihrer eigenen Person, ihrer Identität verlieren. Diese Erkenntnis kann die unterschiedlichsten Gefühle auslösen, so zum Beispiel Angst, Hilflosigkeit, Scham oder Wut. Das Bedürfnis, die eigene Identität zu erhalten, kann sich darin äußern, dass Menschen mit Demenz beständig (die gleichen) Fragen stellen, umherlaufen oder auf der Suche sind. Auch das Leugnen, Beschuldigen anderer oder Schimpfen können Strategien sein, die der Wahrung der eigenen Identität dienen. Wenn der Mensch mit Demenz beispielsweise eine Situation anders interpretiert als die Personen um ihn herum (Pflegende, Angehörige, andere Bewohner), muss er deren Sichtweise leugnen, um seine eigene Sichtweise – sich selbst – zu bewahren. Um das Bedürfnis nach Identität ausreichend befriedigen zu können, benötigen Menschen mit Demenz die Unterstützung anderer Menschen. Pflegende können dazu beitragen, die Identität von Menschen mit Demenz bis zu einem gewissen Grad zu bewahren. Dies wird möglich, wenn sie einen Zugang zu der individuellen Lebensgeschichte eines Menschen gewinnen und diesen nutzen. Anstatt den Menschen mit seinen Defiziten zu konfrontieren, wird es möglich, an seine Ressourcen anzuknüpfen, diese wertzuschätzen und einzubinden. In der Begegnung können Pflegende den Menschen mit Demenz in seiner Identität bestärken, ihn beispielsweise mit Namen ansprechen, seine individuellen Ressourcen und Leistungen würdigen und sein Erleben und seine Gefühle annehmen.

Umsetzung:

Die vorgestellten Konzepte erfordern alle eine Personen-zentrierte Grundhaltung darüber hinaus eine gute Auseinandersetzung mit der Biografie.

Die nun folgenden Beschreibungen sind Bestandteile unseres Pflege- und Betreuungs- Konzeptes aber ich möchte diese hier noch mal verdeutlichen.

Darum stelle ich nun Wege vor, wie wir deren Umsetzung erreichen können:

Validation:

Die validierende Kommunikation ist eine Gesprächstechnik insbesondere für die Betreuung von Demenz-Patienten. Die validierende Kommunikation belässt den Bewohner in seiner Lebenswelt und versucht nicht, ihn in die existierende Realität zurück zuholen. Pflegekräfte sollen die Gefühlswelt und Motive der verwirrten Menschen akzeptieren ("to value", englisch = "wertschätzen") und somit eine Vertrauensbasis schaffen. Um Bewohnern unterschiedlicher Krankheiten sowie Stadien angemessen betreuen zu können, werden vier Stufen der Desorientierung unterschieden:

- Stadium 1:
Bewohner in diesem Stadium leiden zunächst nur unter geringen Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses. Sie können klar kommunizieren, lesen und schreiben. Sie sind in der Lage, sich weitgehend selbst zu versorgen. Häufig leiden diese Bewohner unter der Angst, die Kontrolle über ihre Körperfunktionen zu verlieren. Sie fürchten Veränderungen und klammern sich an bewährten Problemlösungsstrategien fest. Sie vermeiden Intimität und lehnen oftmals Berührungen ab.
- Stadium 2:
Das Kurzzeitgedächtnis versagt immer häufiger, während das Langzeitgedächtnis intakt bleibt. Namen, Orte und Tageszeiten werden verwechselt. Persönlicher Besitz wird verlegt. Bewohner können nicht mehr leserlich schreiben und komplexe Sätze bilden. Die Sinne lassen nach, insbesondere das Hör-, Seh- und Tastvermögen. Soziale Konventionen verlieren an Bedeutung.
- Stadium 3:
Der Bewohner führt ständig sich wiederholende Bewegungen aus, etwa rhythmische Schaukelbewegungen. Er schottet sich von seiner Umwelt ab, die Augen sind meist geschlossen. Ein Zeitgefühl gibt es nicht mehr. Ebenso fehlt die Fähigkeit, Emotionen zu kontrollieren wie Wut, Scham oder Sexualität. Das Sprachvermögen ist einem Wohlgefühl gewichen, das durch Singsang, kindliches "Gebrabbel", Summen oder Schnalzen ausgelöst wird.
- Stadium 4:
Pflegekräfte und selbst enge Angehörige werden nicht mehr erkannt. Der Bewohner zeigt keinen Antrieb mehr und bewegt sich selten. Die Muskeln sind schlaff. Erkrankte verbringen ihre Zeit damit, im Sessel zu sitzen oder in embryonaler Haltung im Bett zu liegen.
- Die Grenzen zwischen diesen Stadien sind fließend. Manche Bewohner wechseln je nach Tageskonstitution zwischen verschiedenen Stadien.

Grundsätze:

- Wir akzeptieren unsere verwirrten Bewohner vorbehaltlos. Wir versuchen nicht, sie zu ändern. Im Gegensatz zu anderen Validationsverfahren versuchen wir nicht, unausgetragene Konflikte aus der Vergangenheit des Bewohners zu identifizieren und aufzulösen. Wir glauben auch nicht, dass solche Konflikte ursächlich für den Rückzug in eine "innere Welt" sind. Der Rückzug in die Vergangenheit kann für den Bewohner angenehme Aspekte haben, die sein Leben erträglich machen. Der Bewohner begreift die Vergangenheit als einen Ort, wo er produktiv, gesund, sicher und geliebt ist.
- Wir arbeiten eng mit den behandelnden Ärzten und den Angehörigen zusammen.

Ziele:

Wir möchten unseren Bewohnern die Gewissheit geben, dass wir ihre Gefühle für wahr und wertvoll halten.

- Wir möchten die Würde der Bewohner schützen.
Wir wollen das Selbstwertgefühl der Bewohner steigern.
- Wir möchten die verbale und nonverbale Kommunikation verbessern.
Die Stressbelastung unserer Bewohner soll reduziert werden.
- Die Vergabe von Sedativa soll auf ein Mindestmaß reduziert werden.
Der Rückzug des Bewohners in eine "innere Welt" soll vermieden werden. Bewohner sollen in Frieden mit sich und der Welt sterben können.

wichtige Faktoren:

- Maßnahmen zur validierenden Kommunikation sollten nur dann durchgeführt werden, wenn die Pflegekraft selbst innerlich ruhig ist.
- Viele Techniken lassen sich sinnvoll miteinander kombinieren, wie etwa Berührungen und Augenkontakt.
- Vor jeder Maßnahme sollte sich die Pflegekraft dem Bewohner vorstellen.
- Die Pflegekraft sollte jede eigene Gefühlsregung vermeiden, da der Bewohner dadurch beeinflusst werden könnte.
- Dem Bewohner wird nicht offen widersprochen.
- Die Pflegekraft sucht den Blickkontakt zum Bewohner, starrt ihn aber nicht an.
- Die Pflegekraft versucht, dem Bewohner auf gleicher Ebene zu begegnen. Dazu gehört z.B. auch, sich ihm gegenüber zu setzen.
- Berührungen werden nur dann eingesetzt, wenn es der Bewohner wünscht.
- Die Dauer einer Sitzung variiert je nach Stadium und individueller Bedürfnisse. Eine halbe Stunde ist der Richtwert für das Stadium 1, zehn Minuten sind die Obergrenze für das Stadium 4.

Umsetzung:

(Stadium 1): Fragen nach Tatsachen sind für Demenzkranke einfacher zu beantworten als Fragen nach Gründen für Handlungen. Angemessene Fragen wären etwa:

- "Wer hat Ihnen die Uhr gestohlen?"
"Was haben Sie gehört?"
- "Wo steht Ihr Rollstuhl?"
"Wann waren Sie zuletzt auf der Toilette?"

Fragen nach dem Warum beinhalten eine emotionelle Komponente. Dementiell Erkrankte hingegen versuchen häufig, Gefühle zu verdrängen. Zudem reagieren sie negativ auf alle Botschaften, die sie unter Rechtfertigungsdruck setzen könnten. Es besteht dann stets das Risiko, dass sich ein Bewohner in sein Innerstes zurückzieht. Nicht angemessene Fragen wären:

- "Warum glauben Sie, dass Herr Maier Ihre Uhr gestohlen haben soll?"
- "Warum stellen Sie Ihren Rollstuhl mitten in den Flur?"

Der Fragestil sollte sachlich bleiben, da nur so der Bewohner den Eindruck gewinnen kann, ernst genommen und respektvoll behandelt zu werden.

Wiederholen und umformulieren von Botschaften (Stadium 1):

Die Pflegekraft wiederholt die Worte des Bewohners und formuliert diese um. Soweit möglich sollten die gleichen Schlüsselwörter und eine ähnliche Sprachmelodie genutzt werden. Der Bewohner sollte spüren, dass die Pflegekraft am Gesagten interessiert ist. Für viele Erkrankte ist es ermutigend zu erfahren, dass das Gegenüber die Botschaft verstanden hat und sich damit beschäftigt. Ansprechen des bevorzugten Sinnesorgans (Stadium 1): Wie die meisten Menschen haben dementiell erkrankte Bewohner ein bevorzugtes Sinnesorgan. Es gibt also gewissermaßen "Hörmenschen", "Sehmenschen", "Spürmenschen" usw. Wenn also ein Bewohner von einem Klassikkonzert im Radio schwärmt und besonders aktiv im Singkreis mitarbeitet, ist er ein "Hörmensch". Eine Bewohnerin, die eine Pflegekraft nach der Marke ihres Parfüms fragt und den Duft der Blumen im einrichtungseigenen Garten preist, ist wahrscheinlich ein "Riechmensch". Die Pflegekraft sollte im Gespräch auf diese Sinne abzielen und den Bewohner nach diesen Eindrücken befragen. Also: "Wie hat das Essen geschmeckt?", "Wie gefällt Ihnen das neue Bild im Flur des Wohnbereiches?" usw. Setzen von Extremen (Stadium 1): Diese Technik soll dem Bewohner helfen, seine Gefühle extremer auszudrücken. Wenn etwa ein Bewohner mit dem Mittagessen nicht zufrieden war, fordert die Pflegekraft ihn auf, sich an das schlimmste Mittagessen zu erinnern, das er jemals im Leben zu sich genommen hat.

Vorstellen des Gegenteils (Stadium 1):

Diese Technik kann ebenfalls hilfreich sein, wenn der Bewohner mit seiner Situation unzufrieden ist. Die Pflegekraft fordert in einer solchen Situation den Bewohner auf, sich das genaue Gegenteil des Problems vorzustellen. Möglicherweise kann sich der Bewohner an eine Lösungsstrategie erinnern, die in seiner Vergangenheit erfolgreich war. Beispiel: Eine Bewohnerin ist mit der Betreuung durch einen Zivildienstleistenden unzufrieden. Durch das Vorstellen des Gegenteils könnte die Pflegekraft erfahren, dass sich die Bewohnerin im letzten Jahr besser betreut fühlte, als eine Absolventin des freiwilligen sozialen Jahres in der Einrichtung tätig war. Dieses wäre ein Anzeichen, dass die Bewohnerin unterbewusst Vorbehalte gegen andersgeschlechtliche Pflegepersonen hat. Erinnerungen wecken (Stadium 1): Auch diese Technik soll es dem Bewohner ermöglichen, verschüttete Problemlösungsstrategien wieder zu aktivieren. Beispiel: Ein Bewohner streitet sich häufig mit seinem Sohn, der in der Folge immer seltener zu Besuch kommt. Die Pflegekraft fragt nun gezielt: "War das Verhältnis schon immer so schlecht?". Der Bewohner könnte nun erkennen, dass die Beziehung besser war, bevor sich der Sohn scheiden ließ, was den religiösen Ansichten des Bewohners widersprach. An diesem Konfliktpunkt könnten beide Seiten nun arbeiten.

Mehrdeutigkeit / Pronomen (Stadium 2):

Im weiteren Verlauf der dementiellen Erkrankung verlieren Bewohner häufig die Fähigkeit, logisch sinnvolle Sätze zu bilden. Zudem kommt es zu unverständlichen Wortkreationen. Die Wahl von mehrdeutigen "Pronomen" ("er", "sie", "es", "jemand", "etwas"), erlaubt es Pflegekräften mit Erkrankten zu kommunizieren, ohne den Sinn der Botschaft vollständig verstehen zu müssen. Beispiel: Eine Seniorin verdächtigt eine Person, ihr Baby entführt zu haben. Die Pflegekraft kann aber den Namen nicht verstehen und glaubt auch nicht, dass eine reale Person gemeint ist. Durch Pronomen "er" oder "jemand" kann sie nun dieses Thema mit der Seniorin besprechen.

Berührungen (Stadium 2):

Die Scheu vor Berührungen, wie sie im ersten Stadium vorherrscht, legt sich zumeist bei weiterem Fortschreiten der Demenz. Bewohner sprechen zunehmend auf Berührungen an. Berührungen in Kombination mit einer ruhigen Stimme wecken bei Bewohnern angenehme Erinnerungen. Wenn sich der Bewohner bei Berührungen sichtlich unwohl fühlt,

sollte diese Technik nicht eingesetzt werden.

Augenkontakt (Stadium 2):

Ebenso wie Berührungen lassen sich auch mit Augenkontakten verschüttete Erinnerungen wiederbeleben. Dieses ist sogar bei Bewohnern möglich, deren Sehvermögen aufgrund einer Augenerkrankung eingeschränkt ist.

Musik (Stadium 2):

Selbst bei fortgeschrittener Demenz sind viele Bewohner in der Lage, Lieder zu erkennen, die sie vor 50 und mehr Jahren gelernt haben. Durch das gemeinsame Singen solcher Lieder lässt sich häufig eine vertrauensvolle Kommunikation aufrechterhalten.

Spiegeln (Stadium 3):

Im späten Verlauf der Demenz versagen zunehmend verbale Techniken. Um dennoch mit Bewohnern in Kontakt zu treten, ist es möglich, deren Verhalten zu wiederholen, es also zu "spiegeln". Die Pflegekraft kann die Mimik oder die Lautäußerungen des Bewohners aufnehmen und wiedergeben. Dieses sollte ernsthaft und ohne "Nachäfferei" geschehen. Dem Bewohner wird damit das Gefühl gegeben, dass ein anderer Mensch seine Gefühle versteht und ernst nimmt.

Vorgehen ab Stadium 4:

Im Endstadium der Demenz scheint es für Pflegekräfte, als würde der Bewohner keine äußeren Reize mehr verarbeiten. Dennoch sollten einige Validationstechniken fortgeführt werden, insbesondere die Musik- und die Berührungstechnik.
Weitere wichtige Faktoren

Nachbereitung:

- Die Reaktionen des Bewohners werden genau dokumentiert. Maßnahmen der "validierenden Kommunikation", auf die der Bewohner negativ reagiert hat, werden nicht erneut eingesetzt. Positiv aufgenommene Handlungen werden häufiger durchgeführt.
- Relevante Fortschritte werden dem Hausarzt und der Pflegedienstleitung weitergemeldet.

Da die Validation von nahezu allen Mitarbeitern beherrscht werden sollte, setze ich die Schulung der Mitarbeiter als notwendiger Umsetzungsmaßnahme voraus.

10-Minuten-Aktivierung:

Die "10-Minuten-Aktivierung" macht es möglich, Bewohnern mit dementiellen Erkrankungen eine professionelle therapeutische Betreuung anzubieten.

Das Konzept berücksichtigt die häufig begrenzten Personalressourcen ebenso wie die zeitlich limitierte Konzentrationsfähigkeit verwirrter Senioren. Grundlage der Aktivierung ist der gezielte Einsatz vertrauter Gegenstände aus der Vergangenheit der Bewohner.

Mit der "10-Minuten-Aktivierung" möchten wir folgendes erreichen:

- Die Kommunikation zwischen Bewohner, den Mitarbeitern und den Mitbewohnern soll gestärkt werden.
- Biografisch verankerte Fähigkeiten des Bewohners sollen wieder aufgespürt werden.
- Gelebte Antriebe (Ordnungssinn, Disziplin, Fürsorglichkeit usw.) sollen wiedererweckt werden.
- Die Biographie des Bewohners soll vervollständigt werden.
- Unsere Mitarbeiter sollen den dementen Bewohner besser verstehen und ihn als Menschen erleben, der Hobbys und Interessen hat.
- Das Körpergefühl und die Bewegungsfähigkeit sollen gestärkt werden.
- Eine Überforderung von Demenz-Patienten wollen wir vermeiden.

Umsetzung:

- Wir setzen die "10-Minuten-Aktivierung" oft vormittags ein, da sich die Bewohner um diese Tageszeit am besten konzentrieren können. Sie kann aber auch nachmittags oder sogar nachts eingesetzt werden, bei z.B. unruhigen Bewohnern.
- Jeder Wohnbereich verfügt über einen Schrank, in dem verschiedene Pappkartons aufbewahrt werden. Jeder Pappkarton steht für ein bestimmtes Thema, wie etwa Autopflege. Der Karton enthält dann z.B. ein Schwamm, ein alt bekanntes Autopflegemittel, einen Eiskratzer usw.
- Die Kartons werden von außen besonders gestaltet und beschriftet. Damit sich die Themen nicht so schnell abnutzen, werden in den Teambesprechungen / Qualitätszirkeln die Ergebnisse der Biografiearbeit ausgewertet und neue Themen aufgenommen. Die Mitarbeiter des sozialen Dienstes haben dann die Aufgabe, die Kartons mit den Gegenständen herzustellen. Daneben gibt es auch Kartons, die allgemein eingesetzt werden können, also ohne biografischen Hintergrund.
- Die Pflegekräfte können und sollen jederzeit, wenn sich die Gelegenheit bietet, einen Karton nehmen können und die Aktivierung mit einem thematischen Gespräch oder einer kleinen Aufgabe verbinden. Die 10-Minuten-Aktivierung kann in der Gruppe oder mit einem einzelnen Bewohner umgesetzt werden. Neue Mitarbeiter werden selbstverständlich geschult und eingewiesen.

Basale Stimulation:

Die basale Stimulation nach Fröhlich ist ein Konzept, das ursprünglich in der Arbeit mit Schwerstbehinderten entwickelt worden ist. Bei schwerstbehinderten Menschen ist oft keine verbale Kommunikation möglich. Also muss eine nonverbale Kommunikation geschaffen werden. Daher eignet sich diese Form der Kommunikation auch sehr gut für Bewohner, die vollständig und schon über einen längeren Zeitraum immobil sind. Ziel ist es, dem Bewohner, der nicht mehr verbal kommunizieren kann und durch das lange Liegen, das Gefühl für seinen Körper meist verloren hat, durch gezieltes Berühren den Körper wieder erfahrbar zu machen. Dabei kommuniziert der Bewohner auf körperlicher Ebene, zeigt zum Beispiel Stress durch Schwitzen, eine beschleunigte Atmung und Abwehrverhalten. Wenn die Mitarbeiter darauf eingehen und ihre Maßnahmen anpassen, gewinnen sie Vertrauen. Der Bewohner spürt, dass auf ihn eingegangen wird und er eine Möglichkeit hat, Einfluss auf die Pflege zu nehmen und mit zu bestimmen.

Umsetzung:

Die Mitarbeiterin wendet die basale Stimulation z.B. in einer Einzeltherapie bei immobilen Bewohnern regelmäßig in der Woche an. Mit verschiedensten Maßnahmen werden die einzelnen Sinne des Bewohners angesprochen:

- das Hören
- das Sehen
- der Geschmack
- der Tastsinn
- das Riechen
- Wahrnehmung von Vibrationen
- Wahrnehmung von Lageveränderungen im Raum

Solche Maßnahmen können beispielsweise sein:

- großflächige Berührungen einer Körperpartie
- Musik oder Meeresrauschen abspielen usw.
- Duftkerzen entzünden
- Säcke gefüllt mit Erbsen in die Hände geben
- Arme und Beine in ein Handtuch legen und langsam anheben und bewegen

Dabei werden die Reaktionen des Bewohners beobachtet. Unangenehme Maßnahmen werden sofort abgebrochen. Maßnahmen, die zum sichtlichen Wohlbefinden oder zu zielgerichtetem Handeln führen, werden fortgeführt. Sämtliche Ergebnisse werden dokumentiert. So soll einer Deprivation vorgebeugt werden. Ein weiterer Vorteil der Basalen Stimulation besteht darin, dass sie sehr gut in der Pflege von den Pflegekräften eingesetzt werden kann. Die Pflegekräfte können z.B. eine beruhigende oder belebende Ganzkörperwäsche durchzuführen ohne allzu großen zeitlichen Mehraufwand.

4. Schluss

Was hat mir diese Konzeptarbeit gebracht? - Oder wie weit bin ich gekommen?

Ich werde in meiner Funktion als Gerontopsychiatrische Fachkraft unterstützt, in dem ich nun ein Bezugspflegegruppe habe, deren Hauptsymptom Demen ist. Ich werde bei jeder Fallbesprechung auf die individuelle Art des Bewohners eingehen und auch mal zeigen, wie die Biografie eines Menschen mit Demenz sein kann, da mir dafür 25 % meiner täglichen Arbeitszeit gegeben wird.

Abschließend muss ich sagen, dass die Umsetzung der einzelnen Konzeptformen noch nicht steht, da viele nicht ausreichend geschult worden sind.

Den Stein habe ich aber ins Rollen gebracht, da wird sich bald was ändern.

ENDE

Literaturverzeichnis

*Kitwood, T. (2004). Demenz. Der Personen-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (3. erweiterte Aufl.). Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern: Hans Huber

*Jürgen Brüggemann (Leitung bis 25.11.2008), MDS

Uwe Brucker (Leitung ab 25.11.2008), MDS

Dr. Ernst Eben, MDK Bayern

Bernhard Fleer (Leitung ab 25.11.2008), MDS

Dr. Hans Gerber, MDK Bayern

Karin Kurzmann, MDK Bremen

Sybille Ziegert (bis 30.11.2007), Kompetenz-Centrum Geriatrie (beim MDK Nord)

Dr. Norbert Lübke (ab 01.12.2007), Kompetenz-Centrum Geriatrie (beim MDK Nord Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund er Krankenkassen e.V. (MDS) (2009).

*Böhm, E.. (1999). Verwirrt nicht die Verwirrten – Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege (12. Auflage).

Hrsg. von Psychiatrieverlag Bonn.

*Dr. Barbara Romero (Romero B., 1998, Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken.). Hrsg. von

Quellenverzeichnis

*Wikipedia

*PflegeWiki

*Pqsg

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich meine Facharbeit mit dem Thema „Demenz im Altenheim Alltag“ selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Wörtlich übernommene Zitate sind entsprechend gekennzeichnet und mit Quellenangaben versehen.

Reichshof den 20.06.2010
Ort Datum

Nadine Kirsche
Unterschrift