4. Konzepte zur Verbesserung der Betreuung und Pflege

Zwar sind sich Experten über die Notwendigkeit von psychosozialen Therapieangeboten in der Betreuung von Demenzpatienten einig, allerdings werden diese, wie in Kapitel zwei erörtert wurde, von vielen Heimen aus den unterschiedlichsten Gründen nicht berücksichtigt. Aber auch, wenn keine Therapien in die Versorgung integriert werden ist es dennoch möglich, die speziellen Bedürfnisse der Patienten auf anderem Wege zu berücksichtigen. Hierzu eignen sich Konzepte wie das Dementia Care Mapping, die Validation und Basale Stimulation, die sich in den Pflegeprozess integrieren lassen und so zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führen können.

4.1 Dementia Care Mapping

Zunächst ist es für die Entwicklung einer neuen Pflegekultur wichtig, die Interaktionsfähigkeit und -qualität zwischen Pflegekräften und Patienten zu verbessern. Das Personal muss in seiner fachlichen Kompetenz und der Fähigkeit zu interaktiver und reflektierender Arbeit geschult werden. Dieser Lernprozess kann nur dann entstehen, wenn alle Mitarbeiter in einer Pflegeeinrichtung zusammen arbeiten. Mit Hilfe des Dementia Care Mappings (DCM), das von dem Sozialpsychologen Tom Kitwood entwickelt wurde, sollen Pflegekräfte anhand von Beobachtungen lernen, den Prozess der Pflege besser einzuschätzen und Fehlverhaltensweisen im Umgang mit Desorientierten kritisch zu reflektieren.
Tom Kitwood vertritt die Auffassung, dass das Problemfeld Demenz nicht aus dem Kranken, der die Demenz hat, besteht, „sondern aus der gestörten Interaktion und Kommunikation zwischen neurologisch Behinderten und Menschen, deren Kulturtechniken (innere Struktur) intakt sind.“ Durch die hieraus resultierenden Missverständnisse entstehen, so seine Theorie, herausfordernde Verhaltensweisen seitens der Dementen, die dann zu einem Problem werden. Die Qualität der Pflege sollte nicht an der Symptomfreiheit und der Arbeit an gestörten Funktionen gemessen werden, sondern an der Art und Weise, wie gepflegt wird. DCM ermöglicht, den Prozess der Pflege abzubilden (Vgl. Müller -Hergl, 2001, S.81-84, Schlichting, 2004, S. 40).

Durchführung des DCM

Konkret geht es bei der Durchführung darum, das Wohlbefinden der Heimbewohner einzuschätzen. Dies geschieht anhand genauer Beobachtungen (Mapping), die von dem sogenannten Mapper über einen Zeitraum von mehreren Stunden protokolliert werden. Hierfür stehen ihm 24 Verhaltenskategorien in Kombination mit einer Wohlbefindlichkeitsskala zur Verfügung. Sowohl personenmissachtende, als auch personenfördernde Interaktionen werden dokumentiert. Der Mapper hält sich in einem Bereich der Einrichtung auf, der für alle Bewohner zugänglich ist, was ihm ermöglicht, Informationen über die Tagesabläufe, Aktivität und Passivität der Bewohner, Pflegerituale, Beschäftigungsangebote und die Interaktionen zwischen Bewohnern und

Pflegekräften zu erhalten. Nach der Auswertung und Interpretation seiner Beobachtungen findet ein Gespräch mit den Mitarbeitern der Einrichtung statt.

Gemeinsam wird im Anschluss ein Handlungsplan erstellt, in dem die dokumentierten Situationen analysiert werden und nach Möglichkeiten der Veränderung gesucht wird. Das DCM wird in Abständen von drei bis vier Monaten durchgeführt, so dass überprüft werden kann, inwieweit Veränderungen realisiert wurden. Die Analyse der Daten ermöglicht es, Stärken und Schwächen im Pflegeprozess aufzuzeigen. „Der Erfolg von Maßnahmen wird transparent und der Zusammenhang von Tagesstruktur und Wohlbefinden analysierbar“ (Müller – Hergl, S. 86). Die Pflegekräfte können erkennen, welche Bewohner von ihnen bevorzugt oder vernachlässigt werden. Das Feedback, welches die Mitarbeiter von dem Mapper erhalten, soll nicht dazu dienen, das Personal zu beschämen oder zu belohnen, sondern konkrete Ansatzpunkte verdeutlichen, die zur Verbesserung des Wohlbefindens beitragen können. Die Ergebnisse und die damit verbundenen Veränderungen im Pflegealltag stoßen auf unterschiedliche Meinungen der Beteiligten.: „Liebgewonnene Routinen werden in Frage gestellt, eigene Vorstellungen auf ihre Gültigkeit hin überprüft, Privilegien beschnitten“ (Schlichting, 2004, S. 43) Es zeigt sich jedoch, dass viele Pflegekräfte sich positiv bestärkt fühlen, da sie es sind, die nach konstruktiven Möglichkeiten zur Verbesserung des Umgangs mit Demenzkranken suchen und dies gemeinsam im Team erarbeiten (Vgl. Müller-Hergl, 2001, S. 86 f, Schlichting, 2004, S. 40-43).

4.2 Validation

Professionelle Pflegekräfte und Angehörige sehen sich oft mit der Problematik konfrontiert, verbale und nonverbale Äußerungen der Dementen nicht deuten zu können, was die Kommunikation erheblich behindert oder erst gar nicht zustande kommen lässt. Norbert Erlemeier schreibt in seinem Buch „Alternspsychologie“, dass die innere Realität von dementen Menschen eine andere als die der „Normalen“ sei und beschreibt die verbalen und nichtverbalen Äußerungen der von der Krankheit Betroffenen als „bizarr, verworren, aus dem gegenwärtigen Kontext gerissen und deshalb oft unverständlich“ (Erlemeier 1998, S. 191). Die von Naomi Feil entwickelte Methode der Validation soll den Zugang zur Realität der Betroffenen ermöglichen und gilt als „bahnbrechendes Instrumentarium für die Altenpflegepraxis“ (Wirsing 2000, S. 319).

Naomi Feil entwickelte das Konzept der Validation aufgrund eigener Erfahrungen, die sie in der Pflege von dementen Menschen machte. Es erschien ihr nicht sinnvoll, den Patienten abzuverlangen, sich der Realität der Gesunden anzupassen und aus diesem Grund versuchte sie, sich in die Welt der Dementen zu versetzen. Validation bedeutet, “etwas für gültig erklären”, in diesem Fall also die Welt des Dementen. Die Umwelt soll auf seine Realität eingehen und ihm somit Akzeptanz, Empathie und Wertschätzung entgegen bringen. Die Pflegenden werden durch diese Grundhaltung befähigt, die Gefühle, das Verhalten und die Grundbedürfnisse von Demenzpatienten besser einzuschätzen (Vgl. Cofone, 2004). Naomi Feil umschreibt dies mit den Worten „in den Schuhen des anderen gehen”(Feil, 2000, S. 11). Sowohl für das Personal als auch für den Dementen ergeben sich durch die Anwendung der Validation positive Erfahrungen. Die

eigene Wahrnehmung kann vertieft werden und man lernt, verständnisvoller und flexibler mit dem Verhalten des Betroffenen umzugehen. Durch den verbesserten und entspannteren Umgang mit dem Patienten haben die Pflegenden mehr Erfolgserlebnisse und sind deshalb zufriedener mit ihrer Tätigkeit. Für den Dementen ergibt sich aus der validierenden Haltung, dass er Vertrauen gewinnt, sich wertgeschätzt und verstanden fühlt. Da seine Gefühle und Grundbedürfnisse anerkannt werden, steigert sich sein Wohlbefinden und dies wirkt sich positiv auf sein Verhalten aus (Vgl. Cofone, 2004).

Der theoretische Hintergrund

Das Konzept der Validation beinhaltet Erkenntnisse aus verschiedenen psychologischen Theorien. Die Berücksichtigung frühkindlicher Erfahrungen als Teile des Unbewussten sowie die Herabsetzung der Abwehrmechanismen im Alter und bei Desorientiertheit basieren auf der Psychoanalyse nach Freud. Für Feil steht fest, dass der alte Mensch Unbewusstes verarbeiten will und dies als Erklärung für das Verhalten Demenzkranker anzunehmen ist. Unverarbeitete Gefühle äußern sich demnach zum Beispiel im Verstecken von Gegenständen oder anderen Verhaltensweisen, die als Symbolhandlungen interpretiert werden. Verhaltensweisen, die für Gesunde nicht nachvollziehbar sind, basieren somit immer auf einem bestimmten Grund. Feil bezieht sich aber auch auf Erikson, der den Prozess des Lebens in acht Entwicklungsstadien einteilte. Seiner Theorie zufolge beinhaltet jeder Abschnitt einen bestimmten Konflikt, den es zu lösen gilt. Wird dieser jedoch in einem der Stadien nicht gelöst, wirkt sich dies in negativer Form auf alle folgenden Stadien des Lebens aus. Im Alter, also im letzten Abschnitt, erfolgt die Aufgabe „Leben resümieren“ durch „Wahrung der Integrität“. Da die Zahl der Hochaltrigen in den letzten Jahren stark zugenommen hat, fügte Feil dem Phasenmodell von Erikson ein weiteres Stadium hinzu. Wird die Anforderung im 8. Abschnitt nicht gelöst, kann ein Mensch der sich im anschließenden Stadium befindet, nicht in Frieden sterben. Er kehrt somit in die Vergangenheit zurück, um die ungelösten Aufgaben des Lebens aufzuarbeiten, wozu es der Hilfe von außen bedarf, was durch die Validation erfolgen kann. Validation ist allerdings nur dann möglich, wenn man die Elemente der Gesprächspsychotherapie nach Rogers anwendet. Für einen Menschen, der validierend auf einen Desorientierten einwirken möchte, sind somit die therapeutischen Voraussetzungen Echtheit, Wärme und Anteilnahme von großer Wichtigkeit. Feil berücksichtigt aber auch die altersbedingten Veränderungen im Gedächtnis und bei der Wahrnehmung. Die Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und der Wahrnehmung führen bei Demenzkranken dazu, über Erinnerungen ein inneres Gleichgewicht herzustellen. Hierbei kommt es zu einer Vermischung von Vergangenheit und Gegenwart, da auch aktuelle Ereignisse Erinnerungen und Gefühle auslösen können.
Für die Anwender der Validation ist daher die Berücksichtigung der jeweiligen Biographie eine wichtige Voraussetzung (Vgl. Altenpflege Konkret, 2001, S. 64).

Die vier Stadien der Desorientiertheit

Naomi Feil teilte die Desorientiertheit in vier Stadien ein, die die typischen Zustände der Betroffenen darstellen sollen.

Der Veränderungsprozess soll als ein logisch zusammenhängender, zunehmender Rückzugsprozess von der Realität dargestellt werden. Die Einordnung ermöglicht es dem Pflegepersonal, den Patienten besser einzuschätzen und so die entsprechende Technik der Validation anzuwenden (Vgl. Cofone, 2004).

Das erste Stadium bezeichnet Feil als „unglückliche oder mangelhafte Orientierung“. Da dem Demenzkranken bewusst ist, desorientiert zu sein, er aber noch Bezug zur Realität hat, entstehen aus diesem Erleben Ängste. Diese führen dazu, dass der Kranke sowohl die Desorientiertheit als auch die damit einhergehenden Gefühle leugnet. Es zeigt sich in diesem Stadium häufig weinerliches, anklagendes oder aggressives Verhalten. Andere Menschen werden verantwortlich gemacht und beschuldigt. Sie klammern sich an die Realität, sind verletzlich, lehnen Blickkontakt sowie Berührungen ab und zeigen eine angespannte körperliche Haltung. Im zweiten Stadium „Zeitverwirrtheit“ klammern sich die Dementen nicht mehr an die Realität. Sie beginnen sich zurückzuziehen und leugnen nicht mehr die körperlichen und sozialen Verluste. Es wird der Versuch unternommen, zu universellen Gefühlen aus der Kindheit zurückzukehren und angenehme Emotionen aus der Vergangenheit wachzurufen. Die Patienten wirken insgesamt entspannter und reagieren positiv auf Körper- und Blickkontakt. Menschen, die innerlich auf „Zeitreise“ sind, verkennen die reale Umwelt im Kontext ihrer Biographie symbolisch. Vergangenes wird plötzlich wieder existent, die verstorbenen Ehepartner leben wieder, man ist wieder berufstätig oder der Pflegende wird als Tochter oder Sohn angesehen. Die Symbolik dieses Verhaltens liegt scheinbar darin, dass die Betroffenen sich an angenehme Phasen in ihrem Leben zurückerinnern und sich mit wichtigen Rollen und Konflikten dieser Zeit beschäftigen. Im Stadium der Zeitverwirrtheit treten sprachliche Probleme auf, es werden neue Wörter erfunden. Die Patienten sind in fast allen Verrichtungen des alltäglichen Lebens auf Hilfe angewiesen. Im dritten Stadium der „Sich- wiederholenden-Bewegungen“ sind die Kranken nicht mehr in der Lage, sich verbal zu artikulieren. Ihre Bewegungen und die Sprache erinnern an einen Säugling und dienen, so Feil, als Transportmedium in die Vergangenheit. Aber auch Gegenstände und Personen haben einen Symbolcharakter für Vergangenes. In diesem Stadium erfolgt ein Rückzug in die Isolation und die Eigenstimulanz. Die Betroffenen sind inkontinent und vollständig auf fremde Hilfe angewiesen. Eine Kommunikation ist fast nur noch über Körper- und Blickkontakt möglich. Der letzte Abschnitt wird als Stadium des „Vegetierens“ bezeichnet. Es zeigen sich kaum noch Reaktionen und Bewegungen. Die Betroffenen verschließen sich völlig der Außenwelt, zeigen kaum Gefühle, haben die Augen geschlossen und liegen in embryonaler Position. Sie haben es aufgegeben, ihre Vergangenheit aufzuarbeiten und schließen mit ihrem Leben ab. Zu erreichen sind sie nur noch über Berührungen und sinnliche Anregungen (Vgl. Feil, 2000, S. 52-60).

Die Techniken der Validation

Naomi Feil hat für alle vier Stadien spezielle Techniken entwickelt, die es den Pflegenden ermöglichen, je nach Zustandsbild des Patienten, validierend auf ihn einzugehen. Durch Blickkontakt soll dem Dementen vermittelt werden, dass man sich mit ihm auf gleicher Ebene befindet. Die Stimme sollte einfühlsam und

beruhigend klingen. Worte des Patienten werden wiederholt, auch wenn sie für den Pflegenden unverständlich klingen. Zugang zu den Gefühlen erreicht man, in dem man durch Fragen auf die Situation eingeht. Wichtig ist bei dieser Technik, Warum-Fragen zu vermieden, da sie dem Dementen das Gefühl vermitteln, sich rechtfertigen zu müssen und man ihn so noch zusätzlich verunsichert. Gemeinsames Singen fördert das Gefühl der Zusammengehörigkeit und ermöglicht das Anknüpfen an Erinnerungen. Liebevolle Berührungen verbessern ebenfalls den Zugang zum Dementen, auch wenn dieser sich in den letzten Stadien befindet. In dem die Pflegenden den Patienten in seinen Erinnerungen begleiten und sich teilnehmend auf ihn einstellen, kann der Demente besser geführt werden. Fast alle Kommunikationstechniken, die Feil empfiehlt, stammen aus unterschiedlichen Konzepten der Psychologie. Es werden die klientenzentrierte Gesprächsführung, Elemente der Biographiearbeit, Musiktherapie und das neurolinguistische Programmieren (NLP) verwendet. Sowohl verbale als auch nonverbale Mittel stehen zur Verfügung, um mit den Patienten kommunizieren zu können (Vgl. Altenpflege Konkret, 2001, S. 65, Cofone, 2004).

Definition der Validationstechniken nach Naomi Feil:

„Validation ist:

- eine Entwicklungstheorie für sehr alte, mangelhaft/unglücklich orientierte und desorientierte Menschen
- eine Methode, ihr Verhalten einzuschätzen
- eine spezifische Technik, die diesen Menschen hilft, durch individuelle Validation und Validationsgruppen ihre Würde wiederzugewinnen.“

„Validationsziele sind:

- Wiederherstellen des Selbstwertgefühls
- Reduktion von Stress
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit
- Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren
- Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens“ (Feil, 2000, S. 11).

Der Prozess des Validierens

Individuelle Validation lässt sich in drei Abschnitte gliedern, die aufeinander aufbauen. Es müssen zunächst Informationen über den Dementen gesammelt werden. Diese betreffen die Vergangenheit, die aktuelle Situation und die Vorstellung von der Zukunft. Hierzu ist es nötig, Gespräche mit den Angehörigen und dem Patienten zu führen und über einen längeren Zeitraum (mindestens zwei

Wochen) eigene Beobachtungen zu sammeln. In den Gesprächen mit dem Dementen werden Fragen zur aktuellen Situation und zur Vergangenheit gestellt, die Naomi Feil als „Hier und Jetzt“-Fragen und „Damals und Dort“-Fragen bezeichnet. Man erkundigt sich zum Beispiel danach, ob sich der Patient manchmal einsam fühlt und wie er früher schwierige Lebenssituationen bewältigt hat. Informationen über die Vergangenheit sagen etwas darüber aus, ob es in früheren Lebensstadien Aufgaben gab, die nicht bewältigt werden konnten. Während der Gespräche soll die Pflegekraft auf Gestik und Mimik des Betroffenen achten, um den nonverbalen Ausdruck besser kennenzulernen. Das Ziel dieser genauen Beobachtung ist, das vom Dementen bevorzugte Sinnesorgan herauszufinden. Die gesammelten Informationen helfen dem Validationsanwender, den Patientem im zweiten Schritt des Prozesses einem der vier Stadien zuzuordnen, was eine wichtige Voraussetzung für die korrekte Anwendung der Kommunikationstechniken ist, da diese auf das jeweilige Stadium abgestimmt sind. Es erfolgt schließlich die Umsetzung der entsprechenden Techniken in die Praxis. Dies geschieht in alltäglichen Situationen und hauptsächlich dann, wenn Anlass besteht, den Patienten zu beruhigen.
Im Stadium der „mangelhaft/unglücklichen Orientierung“ werden vor allem Verbale Kommunikationstechniken angewendet. In den beiden folgenden Stadien muss der Einsatz der Techniken variiert werden, je nach dem, welche verbalen Fähigkeiten der Patient besitzt. Fast ausschließlich nonverbale Kommunikation findet im letzten Stadium statt.
Feil empfiehlt, den Kontakt auf maximal fünfzehn Minuten zu begrenzen, was vom jeweiligen Stadium des Gegenübers abhängt. Sobald Zeichen einer Veränderung eingetreten sind, zum Beispiel die Abnahme eines bestimmten Verhaltens oder ein zufriedener Gesichtsausdruck, sollte die Validation beendet werden, da der gewünschte Effekt eingetreten ist (Vgl. Feil, 2004, S. 62-80).

4.2.1 Integrative Validation

Nicole Richard hat die Validation zum Konzept der integrativen Validation weiterentwickelt. Zwar geht es in dieser Methode auch um die nicht aufgearbeiteten Konflikte mit ihren Auswirkungen auf das aktuelle Verhalten des Patienten, jedoch steht eine Aufarbeitung nicht im Vordergrund.

Integrative Validation zielt darauf ab, die Gefühle des Demenzkranken zu spiegeln und ihn anzunehmen. Es wird davon ausgegangen, dass der Kontakt und das Gespräch nur auf der Beziehungsebene stattfinden können, in dem vor allem auf die Gefühlsäußerungen des Betroffenen geachtet wird. Eine empathische Haltung und gefühlsorientierte Kommunikationsform des Pflegenden sind Voraussetzung, um integrativ validieren zu können (Vgl. Altenpflege Konkret, 2001, S. 66, Linck, 2002, S 27). Nicole Richard sieht die Gründe für desorientiertes Verhalten nicht in ungelösten Lebensaufgaben, sondern im pathologischen Geschehen. Ein weiterer Unterschied zur Validation nach Naomi Feil besteht darin, dass Nicole Richard die Methode nicht als Therapie bezeichnet. Für sie ist eine validierende Grundhaltung im Umgang und der Arbeit mit verwirrten Menschen Teil der täglichen Pflege. Es geht bei der Integrativen Validation darum, das Gefühl, welches hinter dem Verhalten steht, zu erkennen

und dies zu akzeptieren. Das Verhalten wird bestätigt, da es zu diesem Gefühl gehört. Gefühls- und Verhaltensäußerungen sollen weder korrigiert noch abgeschwächt werden, was auch beinhaltet, den Patienten nicht in die Realität zurückzuholen (Vgl. Lachnitt, 2004).

4.3 Basale Stimulation

Das Konzept der basalen Stimulation wurde von Prof. Dr. Fröhlich ursprünglich für schwerst behinderte Kinder entwickelt, um sie sensorisch-kommunikativ zu fördern. Christel Bienstein übertrug das Konzept auf die Pflege alter Menschen und entwickelte es weiter. Es wird davon ausgegangen, „dass alle Aktivitäten eines Menschen in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Untrennbar für unsere Orientierung ist daher das Zusammenspiel von Kommunikation, Bewegung und Wahrnehmung“ (Fröhlich, 1995, zit. n. Linck, 2002, S. 29). Bei Menschen, die unter einer beeinträchtigten Wahrnehmung leiden, ist diese Ordnung allerdings nicht mehr gegeben (Vgl. Linck, 2002, S. 29).
Das Fehlen stimulierender Außenreize führt dazu, dass sich die Sinnesorgane nicht entwickeln können. Entwicklung der Intelligenz und die Reifung der Persönlichkeit, sowie psychisches und physisches Wohlbefinden stehen ebenfalls im Zusammenhang mit Stimulanz. Das alleinige Vorhandensein monotoner Reize oder das gänzliche Fehlen von Reizen kann dazu führen, dass sich die Fähigkeiten eines Menschen zurückbilden (Vgl. Zenneck et al., 1999, S. 210).
Die Stimulation von pflegebedürftigen, vor allem bettlägerigen Demenzkranken, verläuft oft einseitig oder fehlt völlig. Die Betroffenen leiden unter Bewegungsmangel, der zum Beispiel durch Fixierungen oder Medikamente verursacht wird. Eine Anregung der Sinne durch die Umgebung ist vielerorts nicht gegeben, da das Milieu eintönig gestaltet ist. Der Alltag im Heim verläuft monoton, Geräusche, Ereignisse, Gesichter sind immer gleichbleibend. Es fehlt den Patienten an Aufgaben, was zu einer mangelnden Stimulierung der geistigen Fähigkeiten führt. Im Alter lassen die Sinnesorgane nach, was die Wahrnehmung der Reize einschränkt. So verändert sich der Geschmackssinn und das Sehen und Hören sind nur noch bedingt möglich. Betroffen von der Abnahme der Leistungsfähigkeit ist auch das Gehirn, so dass Sinneseindrücke nicht mehr ausreichend verarbeitet werden können. Die Auswirkungen auf den Patienten sind vielfältig. Eintönige Reize können zu einer Gewöhnung führen, die sich soweit steigern kann, dass Demente sie überhaupt nicht mehr wahrnehmen. Hieraus resultiert der Verlust der Beziehung zur Umwelt und zum eigenen Körper. Auf diese Weise kann es passieren, dass Verwirrtheit und Störungen der Orientierung entstehen. Der körperliche und geistige Verfall werden durch einen Mangel an Reizen beschleunigt. Der Körper wird aufgrund der mangelnden Bewegung nicht mehr gut durchblutet, das Immunsystem kann geschwächt werden und die Muskulatur verkümmert. Die meisten Patienten neigen nach einer gewissen Zeit dazu, sich selbst zu stimulieren. Viele alte Menschen in Pflegeheimen zeigen typische Verhaltensweisen, die durch einen Reizmangel entstehen. Sie kratzen ihre Haut, schaukeln mit dem Oberkörper und benötigen immer einen Gegenstand, wie zum Beispiel ein Handtuch oder Stofftier, den sie mit ihren Händen bearbeiten können. Die Autostimulanz wird als eine Art Hilfeschrei des Demenzkranken gesehen. Für J. Wagner steht fest, dass die Selbststimulation eine

„Selbsthilfe des Patienten ist, um den eigenen Körper und die Umwelt zu erleben.“ Er fügt hinzu, dass diese Form des Ausgleichs selbstschädigend und uneffektiv ist, da die Betroffenen sich verletzen und sich nur monotone Reize zufügen, die wiederum zu einer Gewöhnung führen (Vgl. Wagner, 1999). Basale Stimulation soll in der Pflege dieser Menschen dazu beitragen, „die Umwelt durch größere Beweglichkeit wieder wahrzunehmen, dadurch auf elementarer Stufe wieder zu lernen und den Anregungsmangel des Dementen auszugleichen“ (Grond, E., 1991, S. 249). Voraussetzung für eine basal stimulierende Behandlung ist somit, während des Pflegeprozesses alle Sinne des Patienten unmittelbar anzuregen (Vgl. Wagner, 1999).

4.4 Sinnesgärten

Nachdem bereits in Kapitel drei auf die architektonischen Merkmale der Inneneinrichtungen von Pflegeheimen eingegangen wurde, möchte ich an dieser Stelle die Außenanlagen thematisieren. Zahlreiche Besuche in Einrichtungen der Altenhilfe und die genauere Betrachtung der zugehörigen Gärten haben mir den Eindruck vermittelt, dass die Gestaltung der Außenanlagen scheinbar einen niedrigen Stellenwert in der Betreuung alter Menschen hat. Das Heim, in dem meine Großmutter lebte, verfügte zwar über einen kleinen Garten, jedoch habe ich in all den Jahren nie jemanden gesehen, der dort spazieren ging. Irgendwann stellte ich fest, dass man ihn nur über den Fluchtweg erreichen konnte, wodurch mir bewusst wurde, dass die Bewohner des Hauses nicht befugt sind, eigenständig die Natur zu genießen. Diejenigen, die noch rüstig sind, leben im Erdgeschoss und verfügen somit noch über die Möglichkeit das Heim zu verlassen, um spazieren zu gehen. Schlechter haben es Demenzpatienten, da sie in der obersten Etage wohnen. Ich habe nie erlebt, sie an der frischen Luft zu sehen, außer, sie hatten Angehörige, die regelmäßig etwas mit ihnen unternahmen. Lediglich einige Grünpflanzen schmücken die Station, was jedoch nicht mit dem Ambiente eines schönen Parks zu vergleichen ist. Andere Heime verfügen zwar über einen Garten, jedoch besteht dieser in den meisten Fällen nur aus einer großen Rasenfläche, Gehwegen und Gebüsch.

In der Diskussion über neue Wege zur Verbesserung der Lebensqualität Demenzkranker werden seit einiger Zeit sogenannte Sinnesgärten thematisiert, die krankheitsbedingte Defizite kompensieren und das Wohlbefinden der Patienten fördern sollen. Insbesondere für Menschen, die unter einer beeinträchtigten Wahrnehmung leiden, ist die Anregung der Sinne von hoher Wichtigkeit. „Das Beobachten von Wachstum, Entfaltung und Vergehen im natürlichen Zyklus eines Gartens fördert die Fähigkeit zur Wahrnehmung und zum Gebrauch aller menschlichen Sinnesorgane“ (KDA; 2004, S. 5). Außenanlagen, die insbesondere für Demenzkranke konzipiert werden, enthalten allerdings neben den typischen Gestaltungsmerkmalen eines Gartens zusätzliche Elemente, die gezielt zur Förderung der Sinne eingesetzt werden. Ein Beispiel, das diesen therapeutischen Zweck erfüllen soll, ist der Sinnespark Haus Kannen am Alexianer Krankenhaus in Münster, der 1994 eröffnet wurde. Von der Gartenplanerin Ilse Copak kreiert gilt er mittlerweile als Vorbild für eine demenzgerechte Gestaltung. Bei der Planung wurde vor allem die Größe berücksichtigt, um dem Bewegungsdrang der