

Qualitätshandbuch Leben mit Demenz

Zugänge finden und erhalten in der
Förderung, Pflege und Begleitung
von Menschen mit Demenz und
psychischen Veränderungen

**Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.**

Britta Maciejewski
Christine Sowinski
Klaus Besselmann
Willi Rückert



Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtiger Hinweis: Jede Wissenschaft ist ständigen Entwicklungen unterworfen. Wir weisen deshalb darauf hin, dass sich die Benutzer des Handbuchs laufend über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung über die in diesem Handbuch thematisierten Bereiche informieren müssen.

Britta Maciejewski
Christine Sowinski
Klaus Besselmann
Willi Rückert

Qualitätshandbuch Leben mit Demenz
Zugänge finden und erhalten in der Förderung, Pflege und Begleitung von
Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen

Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe 2001
ISBN 3-935299-19-2

Textkorrektur: Karin Bergmann M. A., Köln
Druck: Moeker Merkur Druck GmbH, Köln
Graphik/Satz/Layout: Heidi Bitzer, Köln

© Copyright by
Kuratorium Deutsche Altershilfe, D-50677 Köln
Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung
des KDA unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung
zu gewerblichen Zwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeiche-
rung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Zu den Autoren



Britta Maciejewski M. A.

Langjährige Mitarbeiterin im KDA. Seit 1999 Referentin in der Abteilung Sozialwirtschaft im KDA, Arbeitsschwerpunkt: psychisch kranke alte Menschen



Christine Sowinski

Krankenschwester, Diplom-Psychologin

Langjährige Tätigkeit in der stationären und ambulanten Altenpflege. Seit 1991 Referentin für Pflegeorganisation in der Abteilung Sozialwirtschaft des KDA. Doktorandin der Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke



Klaus Besselmann

Diplom-Volkswirt

Langjähriger wissenschaftlicher Mitarbeiter in verschiedenen Forschungsinstitutionen. Seit 1994 Referent für Forschung und Grundlagenarbeit in der Abteilung Sozialwirtschaft des KDA



Dr. Willi Rückert

Diplom-Kaufmann

Leiter der Abteilung Sozialwirtschaft des KDA

Ferner haben an diesem Handbuch folgende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des KDA mitgearbeitet:

Petra Germund (Assistenz)

Jens Bangert (studentischer Mitarbeiter, Datenbank, Recherchen)

Tim Ludwig (studentischer Mitarbeiter)

Unterstützt wurden wir auch von:

Susanne Bösel (Referentin, Abt. Sozialwirtschaft)

Eckhard Thomas Brychcy (KDA-Bibliothek)

Joachim Eickelmann (Praktikant, Student der Pflegewissenschaft an der Universität Witten-Herdecke)

Ute Ganz (Praktikantin, Pflegewissenschaftlerin, [BSCN])

Daniel Hoffmann (Projektleiter Senioren OnLine, Referent, Abt. Sozialwirtschaft)

Ines Jonas (Pressereferentin, Abt. Information und Öffentlichkeitsarbeit)

Uschi Kremer-Preiß (Referentin, Grundlagenreferat Wohnen im Alter)

Harald Raabe (Referent, Abt. Information und Öffentlichkeitsarbeit)

Monika Reuß (Dokumentationsreferentin, Abt. Information und Öffentlichkeitsarbeit)

Annette Scholl (Referentin, Abt. Information und Öffentlichkeitsarbeit, Europabeauftragte, Mitarbeiterin Senioren OnLine)

Jürgen Wickert (Leiter der KDA-Bibliothek)

Vorbemerkung

Das Qualitätshandbuch Leben mit Demenz wurde im Rahmen des Projektes „Kleine und große Maßnahmen zur Optimierung der Förderung, Pflege und Begleitung von psychisch kranken alten Menschen in Heimen“, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, erstellt. Wir danken dem Ministerium für seine Unterstützung.

Wichtige Kooperationspartner bei der Erstellung des KDA-Qualitätshandbuchs Leben mit Demenz waren eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Einrichtungen der Altenpflege, Pflegewissenschaftler, Dozenten, Ärzte, Gerontopsychiater, aber auch Mitarbeiter vieler anderer Berufsgruppen. Wir möchten die Gelegenheit nutzen, den vielen Kolleginnen und Kollegen, die uns bei der Arbeit an dem Handbuch geholfen haben, herzlich für ihr Engagement zu danken. Ohne ihre Unterstützung wäre es uns nicht möglich gewesen, dieses Handbuch fertig zu stellen. Eine Übersicht über die Personen, die uns mit vielen Tipps und Hinweisen unterstützt haben, finden Sie auf den beiden folgenden Seiten.

Ein Handbuch wie das vorliegende ist in hohem Maße auf Aktualität und einen hohen Grad an Praxisbezug angewiesen. Es muss daher immer wieder überarbeitet und aktualisiert werden. Falls Sie persönlich oder als Mitglied einer Arbeitsgruppe praktische Erfahrungen in der Arbeit mit diesem Handbuch gewonnen haben, würden wir uns sehr freuen, wenn Sie uns Ihre Erfahrungen mitteilen. Falls Sie Verbesserungsvorschläge, Anregungen oder auch kritische Hinweise haben, wenden Sie sich bitte an:

Britta Maciejewski
Christine Sowinski
Klaus Besselmann oder
Willi Rückert

Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln

Telefon 02 21/93 18 47-0
Telefax 02 21/93 18 47-6
E-Mail socialmanagement@kda.de

Wir wünschen Ihnen viel Spaß und Erfolg bei der Umsetzung der „kleinen“ und „großen“ Maßnahmen, die in diesem Handbuch beschrieben sind.

Unser besonderer Dank gilt

Angelika Abt-Zegelin M. A., Pflegewissenschaftlerin, Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft, Witten
Ulrike Amrehn, Clownin, Köln
Uwe Arendt, Einrichtungsleiter, Begegnungszentrum Wilhelmine Possehl, Lübeck
Dr. Arnold Radka, med.-wiss. Koordination, Altenpflegeausbildung, Arbeiterwohlfahrt Bezirksverband Hessen-Nord e.V., Kassel
Jutta Badem, Stiftdirektorin, Elisa Seniorenstift GmbH, Haus Ulm, Ulm
Schwester Katharina Bernhard, Caritas Alten- und Pflegeheim St. Elisabeth, Forchheim
Christel Bienstein, Institutsleiterin, Universität Witten/Herdecke, Institut für Pflegewissenschaft
Elisabeth Bilke, stellvertretende Wohnbereichsleiterin, Matthias-Claudius-Haus, Greven
Iren Bischofberger, Vorstands- und Gründungsmitglied von HumorCare, Basel, Schweiz
Ingrid Berghoff, Lehrerin für Pflegeberufe, Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Essen
Uwe Beul, Pflegedienstleiter, Caritas-Altenheim St. Liborius, Attendorf
Barbara Beyer, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachseminar für Altenpflege, Katholische Kliniken Ruhrhalbinsel gGmbH, Essen
Erwin Böhm, Österreichische Gesellschaft für geriatrische und psychogeriatrische Fachkrankenpflege sowie angewandte Pflegeforschung, Breitenau, Österreich
Corry Bosch, Pflegewissenschaftlerin, Nuenen, Niederlande
Alfred Borgers, Pflegedienstleiter, Haus Schwansen, Rieseby
Sabine Büscher, Einrichtungsleiterin, Haus Ingrid, Bad Oldesloe
Prof. Dr. Andreas Fröhlich, Universität Koblenz-Landau, Institut für Sonderpädagogik, Landau
Leandra Garcia Petershof, Kunsttherapeutin
Volker Gerrlich, Geschäftsführer, Deutscher Bundesverband der Sprachheilpädagogen e.V., Moers
Corinna Hauser, Ergotherapeutin, Elisa Seniorenstift GmbH, Haus Ulm, Ulm
Dr. Wolfgang Heinemann, Leiter Pro Civitate – Institut, Bochum
Biserka Herlt-Bodalec, Einrichtungsleiterin, Altenwohntzentrum Norden, Norden
Tobias Hennes, Zentrumsleiter Allgäu-Stift, Marienheim-Seniorenzentrum, Kempten (Allgäu)
Prof. Dr. Dr. Rolf D. Hirsch, KDA-Kurator, Gerontopsychiater, Rheinische Kliniken, Abteilung für Gerontopsychiatrie, Bonn
Johannes Kochanek, Einrichtungsleiter, Reginenhaus Hamm-Rhynern, Hamm-Rhynern
Anne Kolberg, Ergotherapeutin, Katholisches Altenkrankenheim St. Josef, Essen
Jutta König, Unternehmensberaterin, Pflege-Prozess-Beratung, Wiesbaden/Leiterin Pflegemobil, Roemerberg
Monika Krämer, Einrichtungsleiterin, Caritas-Altenzentrum St. Josef, Köln
Ralf Krause, Einrichtungsleiter, Multikulturelles Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“, Duisburg
Dipl.-Ing. Alexander Kubai, Schärding, Österreich
Mechthild Lärm, Einrichtungsleiterin, Haus Schwansen, Rieseby
Norbert Mätzke, Einrichtungsleiter, Haus am Kappelberg, Fellbach
Maria-Cornelie Mittelstädt, Leiterin Altenpflege, stellv. Pflegedienstleiterin, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin gGmbH, Berlin
Friedrich Mohn, stellv. Pflegedienstleiter, Ev.-Luth. Wichernstift e.V., Ganderkesee
Christian Müller-Hergl, Dipl.-Theologe, Pflegewissenschaftler, Bildungsreferent, Meinwerk-Institut, Paderborn
Elisabeth Müller, Einrichtungsleiterin, Caritas Altenheim Lambertus, Essen-Rellinghausen
Franz Georg Müller, Einrichtungsleiter, Haus Müller, Möhnese-Günne
Rose Muschiol, Einrichtungsleiterin, Friedas-Frieden-Stift, Oldenburg
Thomas Nauroth, Einrichtungsleiter, St.-Maria-Seniorenhaus, Köln
Siegfried Niebus, Altenpflegefamilie, Herdecke
Dexter Nieswiodek, Einrichtungsleiter, Blindensenioren- und Pflegeheim der Nassauischen Blindenfürsorge, Wiesbaden
Thomas Oberinger, Direktor der Pflegedienste, Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e.V., Bad Dürkheim
Angelika Osbahr, Einrichtungsleiterin, Hamburger Taubstumm-Altenheim, Hamburg
Gerd Peter, Sprecher der Geschäftsführung, Münchenstift gGmbH, München
Pfarrer Platt, Königsberger Diakonissen-Mutterhaus der Barmherzigkeit auf Altenberg, Wetzlar
Christoph Prost, Einrichtungsleiter, Caritas-Altenpflegeheim St. Anton, Pirmasens
Uwe Quast, Geschäftsführer, Diakonie Seniorenzentrum Saarland, Saarbrücken
Veronika Reichenbach, Stationsleiterin, Ev. Alterssiedlung Masans, Chur, Schweiz
Ingo Reiss, Pflegedienstleiter, Alten- und Pflegeheim Bickenalb, Bickenalb
Nicole Richard, Psychogerontologin, Institut für Integrative Validation, Copenbrügge

Doris Röhlich-Spitzer, Einrichtungsleiterin, Arnold-Overzier-Haus, Köln
Dr. Barbara Romero, Neurologische Klinik Bad Aibling, Alzheimer Therapiezentrum
Elisabeth Römisch, Einrichtungsleiterin, AWO-Seniorenzentrum Theo-Burauen-Haus, Köln
Lilia Rosenfeld, Einrichtungsleiterin, Jüdisches Seniorenheim „Lola-Fischel-Haus“, Hannover
Bärbel Sowinski, Altenpflegerin und Qualitätsbeauftragte, AWO – Marie-Juchacz-Altenzentrum, Köln
Maxi Sperling, Betreuung Angehörigenbeirat, Münchenstift gGmbH, München
Gerda Schäfer, Einrichtungsleiterin, Seefahrer Alten- und Pflegeheim „Fallen Anker“, Hamburg
Eberhard Schinck, Einrichtungsleiter, Senioren und Pflegeheim „Ludwig Feuerbach“, Neubiberg
Helmut Scheuer, Einrichtungsleiter, Evangelisches Altenhilfezentrum Meckmannshof, Münster
Ute Schienmann, Pflegedienstleiterin, Haus am Kappelberg, Fellbach
Josef Schillhuber, Einrichtungsleiter, Itzel-Sanatorium im Augustinum, Bonn-Oberkassel
Ulrich Schindler, Einrichtungsleiter, Altenzentrum St. Josef, Sassenberg
Annemie Schmidt, Lehrerin für Pflegeberufe, Fachbereichsleiterin Validation®, Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e. V., Bad Dürkheim
Ute Schmidt-Hackenberg, Aktivia, Reutlingen
Pam Schweitzer, Age Exchange Reminiscence Centre, London, Großbritannien
Irene Steiner, Diplom-Psychologin, Altbach
Peter Stöckle, Wohngruppenleiter, Caritas-Altenheim St. Gisela, Waldkirchen
Prof. Dr. Ing. Karlheinz Tröndle, Universität der Bundeswehr München, Fakultät für Elektrotechnik/Institut für Nachrichtentechnik, Neubiberg
Jochen Wagner, Alzheimer-Angehörigen-Initiative e.V., Berlin
Holger Wammers, Wohnbereichsleiter, Landhaus Maria-Schutz, Krefeld
Prof. Karin Wilkening, Fachhochschule Braunschweig/Wolfenbüttel, Fachbereich Sozialwesen
Cora van der Kooij, Pflegewissenschaftlerin, Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk, Apeldoorn, Niederlande
Günther Viets, Einrichtungsleiter, Stiftung Haus Zuflucht, Soltau
Frau von Amerongen, Stichting GooiZorg, Locatie Hogewey, Weesp, Niederlande
Jürgen Wilp, Pflegedienstleiter, Altenwohnheim Kastanienhof, Emsdetten

Die Stellenbezeichnung bezieht sich auf den Zeitpunkt der Mitwirkung an dem Handbuch.

I. Lerne die Persönlichkeit des Klienten kennen. 1/1

Stellen Sie Kontakt zum Klienten her. Fragen Sie ihn, seien Sie aufmerksam, handeln Sie mit ihm. 1/3

Stellen Sie Augenkontakt her. Gehen Sie dazu unter Umständen in die Hocke. 1/5

Sprechen Sie empathisch und wertschätzend mit dem Klienten (...). 1/6

Berühren Sie den Klienten vorsichtig. Achten Sie auf seine nonverbalen und verbalen Signale (...). 1/13

Wenn Sie den Kontakt beenden, seien Sie klar und eindeutig und benutzen Sie unter Umständen Rituale (...). 1/14

Stellen Sie Kontakt zu den Angehörigen her und arbeiten Sie mit ihnen zusammen. 1/18

Praxisbeispiele: Angehörigenbeirat (1/28); Angehörigenarbeit im Arnold-Overzier-Haus in Köln (1/30); Weiterbildung für Angehörige im Reginenhaus in Hamm-Rhynern (1/31)

Versuchen Sie, im weiteren Kontakt den älteren Menschen genauer kennen zu lernen (Biografiearbeit). Verändern Sie daraufhin die alltägliche Unterstützung für den Klienten bzw. die Angebote Ihrer Pflegeeinrichtung/Ihres ambulanten Dienstes. 1/32

Biografiearbeit/Erinnerungsarbeit 1/32

Praxisbeispiele: Biografiebogen (1/42); Ausstellung in der Stiftung Haus Zuflucht (1/46); Biografic Acting (1/46); Erinnerungszimmer (1/47); Foto-Ausstellung „Lebensbilder“ (1/48); Lebensbücher (1/49); Lebenslinien (1/50); „Schatzkästchen des Lebens“ (1/50); Genogramm (1/51); Video-Respite (1/53); Simulated Presence Therapie – SPT (1/54); Erinnerungscomputer (1/56); Comma-Projekt: Bildarchiv (1/56); Senioren OnLine – SOL (1/58)

Reminiszenz-Therapie (REM) 1/59
Praxisbeispiel: Das Age-Exchange Reminiscence Centre in London (1/62)

Zehn-Minuten-Aktivierung 1/63

Böhm'sche Pflegemodelle 1/67

I. Lerne die Persönlichkeit des Klienten kennen.

(Fortsetzung)

Dokumentieren Sie Informationen für den Pflege- und Begleitungsprozess. Planen Sie aufgrund dieser Informationen die Maßnahmen, die der Klient erhalten soll, und diskutieren Sie sie mit dem älteren Menschen und seinen Angehörigen.	1/75
Regen Sie eine diagnostische Abklärung an und bewerten Sie die eigenen Informationen und Beobachtungen entsprechend.	1/83
RAI 2.0 Resident Assessment Instrument	1/85
PLAISIR® (Informationsgestützte Planung der erforderlichen Pflege in Einrichtungen der Langzeitpflege)	1/87
Nationale Pflegeassessmentgruppe Deutschland	1/91
Pflegediagnosen	1/92
Memory-Kliniken	1/98
Die Erstellung der Diagnose Demenz	1/101
Ausgewählte Demenz-Tests	1/103
Die Erstellung der Diagnose Depression	1/108
Ausgewählte Depressions-Tests	1/109
Überprüfen (evaluieren) Sie Ihre Beobachtungen und die Ergebnisse Ihrer Arbeit und bewerten Sie die Lebensqualität der Klienten sowie Ihr eigenes Verhalten und das Ihrer Kollegen.	1/114
Die Evaluation der pflege- und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen mit Hilfe des Pflegeprozesses	1/114
Die Evaluation der Lebensqualität bei einer Gruppe von Klienten mit Hilfe des Dementia Care Mappings (DCM)	1/118
Praxisbeispiele: Der Einsatz des DCM im Reginenhaus Hamm-Rhynern (1/130); Der Einsatz des DCM im Itzel-Sanatorium in Bonn (1/132)	

II. Sorge für kleine und wohnliche Organisationseinheiten und dafür, dass die Klienten feste Bezugspersonen bei den Mitarbeitern haben (Bezugspersonenpflege).	11/1
Funktionspflege – Organisationsprinzip „Menschen zu Tätigkeiten“	11/3
Bezugspersonenpflege – Organisationsprinzip „Menschen zu Menschen“	11/4
Wohngruppen	11/7
Praxisbeispiele: Die „Gute Stube“ im Haus Ulm (11/8); Wohnküchenarbeit im Haus Norden (11/10); Die Lebensstil-Gruppen im Verpleeghuis Hogewey in Weesp, Niederlande (11/13); Das Blindensenioren- und Pflegeheim in Wiesbaden (11/16)	
Das Hausgemeinschaftskonzept	11/17
Leitgedanke Normalität und Dezentralisierung	11/17
Qualitätskriterien einer Hausgemeinschaft	11/18
Selbstständigkeit	11/19
Privatheit	11/19
Vertrautheit	11/22
Geborgenheit	11/25
Eigenverantwortlichkeit	11/26
Praxisbeispiel: Einzelzimmer bei Demenz im Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (11/21)	
Die Architektur einer Hausgemeinschaft	11/26
Anforderungen an die Architektur	11/27
Bezugspersonen in der Hausgemeinschaft	11/28
Vollstationärer Hausgemeinschaftstyp	11/30
Hausgemeinschaftsberatungen im KDA	11/31
Praxisbeispiele: Eine Hausgemeinschaft im Caritas Altenzentrum St. Josef in Köln (11/32); Hausgemeinschaftsnetzwerk (11/35)	

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten und vermeide türschließendes Verhalten bei dir selbst und bei anderen.	III/1
Die personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood	III/2
Akzeptiere den Menschen so, wie er ist	III/7
Versuchen Sie, einen Zugang zu seiner Lebens- und Gefühlswelt zu bekommen, damit Sie den Menschen besser verstehen und akzeptieren können.	III/9
Gehen Sie auch scheinbar unsinnigen Bedürfnissen und „Ticks“ nach, um sich besser in den Menschen einfühlen zu können.	III/10
Versuchen Sie, sich in die spirituelle und religiöse Welt des Menschen hineinzusetzen, und nutzen Sie religiöse Rituale.	III/11
Praxisbeispiele: Der Interkulturelle Sozialdienst in Hannover (III/13); Das Multikulturelle Senioren- zentrum „Haus am Sandberg“ in Duisburg (III/14)	
Sammeln Sie Informationen über die Lebenswelten der Menschen, die im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts im Einzugsbereich Ihrer Einrichtung gelebt haben, und verwenden Sie diese Informationen in der Kommunikation mit den Klienten.	III/15
Lass den Klienten seinen eigenen Willen behaupten und seine Gefühle ausdrücken	III/17
Sich bewegen können	III/20
Praxisbeispiele: Brustbeutel und Nachbarschaftshilfe im Arnold-Overzier-Haus in Köln (III/23); Mitgehen mit den Klienten im Haus Zuflucht in Soltau (III/24); Zusammenarbeit mit der Polizei im Haus am Kappelberg in Fellbach (III/25); Mitlaufen mit den Mitarbeitern im Haus Ingrid in Bad Oldesloe (III/26)	
Essen und trinken können	III/27
Praxisbeispiel: Kuchenvitrinen im Haus Zuflucht in Soltau (III/27)	
Ruhen, schlafen, sich entspannen können	III/27
Praxisbeispiel: Ein Bett auf dem Boden in der Evange- lischen Alterssiedlung Masans in Chur, Schweiz (III/27)	

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten ...

(Fortsetzung)

Biete dem Klienten Nähe und Wertschätzung	III/31
Kommunizieren können	III/34
Validation	III/34
Validation® nach Feil	III/35
Praxisbeispiel: Gruppenvalidation in den Einrichtungen des Landesvereins für Innere Mission in der Pfalz (III/41)	
Integrative Validation (IVA) nach Nicole Richard	III/51
Spezielle Validierende Pflege nach Brigitte Scharb	III/56
Mäeutik	III/59
Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten können – Umgang mit Sexualität	III/66
Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können – Umgang mit Sterben und Tod	III/70
Sterbebegleitung	III/70
Konzepte für die Sterbebegleitung	III/71
Sterbebegleitung bei Moslems	III/75
Das Abschiedsritual	III/77
Die Bestattung	III/79
Praxisbeispiele: Ökumenische Sitzgruppe im Haus am Kappelberg in Fellbach (III/73); Abschiedsritual im Matthias-Claudius-Haus in Greven (III/77); Abschiedsrituale im Theo- Burauen-Haus in Köln (III/78)	
Gib dem Klienten die Möglichkeit, Selbstachtung zu erleben	III/83
Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) nach Barbara Romero	III/88
Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)	III/96
Räumliche Orientierungshilfen	III/103
Personelle Orientierungshilfen	III/105
Situative Orientierungshilfen	III/105
Jahreszeitliche Orientierungshilfen	III/106
Praxisbeispiele: Eckige Tische im Haus Zuflucht in Soltau und im Haus am Kappelberg in Fellbach (III/104); Adventskränze im Arnold-Overzier-Haus in Köln (III/108)	

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten ...

(Fortsetzung)

Sich bewegen können	III/109
Kinästhetik	III/109
Praxisbeispiel: Gymnastik im Caritas-Altenheim St. Gisela (III/112)	
Sich pflegen können	III/113
Selbsthilfe-Training	III/113
Praxisbeispiel: Waschroutale im Katholischen Altenkrankenheim St. Josef in Essen-Kupferdreh (III/114)	
Ausscheiden können	III/115
Kontinenztraining	III/115
Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können	III/118
Gedächtnistraining als anregende Beschäftigung	III/118
Praxisbeispiele: Gedächtnistraining im Caritas-Altenheim St. Gisela in Waldkirchen (III/121); Ein Buch schreiben im Caritas Altenheim St. Gisela in Waldkirchen (III/122); Ein Malatelier im Haus Zuflucht in Soltau (III/122); Rekordstricken im Haus Zuflucht in Soltau (III/123)	
Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können	III/124
Praxisbeispiel: Schönheitsnachmittag im Caritas-Altenheim St. Gisela in Waldkirchen (III/124)	
Fördere die sozialen Kontakte des Klienten	III/125
Praxisbeispiel: Geburtstagskaffee im Theo-Burauen-Haus in Köln (III/129)	
Kommunizieren können	III/131
Jung und Alt	III/131
Praxisbeispiele: Senioren-Kinder-Treff im Katholischen Altenkrankenheim St. Josef in Essen-Kupferdreh (III/131); „Jung und Alt gemeinsam“ im Wichernhaus in Saarbrücken (III/132); Kinderecke im Haus Zuflucht in Soltau (III/133); Plauderstunde im Begegnungszentrum „Wilhelmine Possehl“ in Lübeck (III/134); Klausenabend im Haus Zuflucht in Soltau (III/134); Die Weltkarte im Haus Zuflucht in Soltau (III/135)	

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten ...

(Fortsetzung)

Ruhen, schlafen und sich entspannen können III/136

Praxisbeispiel: Nachtcafés in den Kölner AWO-Häusern Arnold-Overzier-Haus und Theo-Burauen-Haus (III/136)

Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können III/137

Praxisbeispiele: Volkshochschulkurse im Haus Zuflucht in Soltau (III/137); Ausflüge und Urlaubsreisen des Caritasheimes St. Gisela in Waldkirchen (III/137); Die „Mittwochsfahrt“ des Reginenhauses in Hamm-Rhynern (III/140); Altpapier sammeln im Haus Zuflucht in Soltau (III/141);

Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können III/141

Praxisbeispiele: Flohmarkt im Haus Zuflucht in Soltau (III/141); Gästebegrüßung im Reginenhaus in Hamm-Rhynern (III/142); Tagesplan im Haus Zuflucht in Soltau (III/143); Tanzcafé der Alzheimer Angehörigen-Initiative in Berlin (III/143)

Öffentlichkeitsarbeit III/145

Praxisbeispiele: Öffentlichkeitsarbeit im Reginenhaus in Hamm-Rhynern (III/146); Die Arbeit mit 83 freiwilligen Mitarbeitern im Reginenhaus in Hamm-Rhynern (III/149)

Ehrenamt III/147

Erinnerungsarbeit als Motivation für ehrenamtliche Mitarbeiter III/150

Praxisbeispiele: Das BETA-Projekt und das Erinnerungsnetzwerk Süddeutschland (III/153)

Biete dem Klienten die Möglichkeit, vertrauten Beschäftigungen nachzugehen und sein Leben so normal wie möglich zu gestalten III/155

Sich pflegen können III/159

Badezimmer III/159

Essen und trinken können III/160

Kochen III/160

Praxisbeispiele: Mostpressen und Reibeklöße im Caritas-Altenheim St. Gisela in Waldkirchen (III/161); Eigenes Geschirr im Altenkrankenheim St. Josef in Essen-Kupferdreh (III/162)

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten ...

(Fortsetzung)

Ruhen, schlafen und sich entspannen können III/163
Praxisbeispiel: Das Aufwecken im Haus Zuflucht
in Soltau (III/164)

Sich beschäftigen, lernen und sich
entwickeln können III/164
Praxisbeispiel: Nähstübchen im Matthias-Claudius-
Haus in Greven und im Haus Zuflucht in Soltau
(III/164); Ein Kuheuter im Caritas-Altenheim St. Gisela
in Waldkirchen (III/166); Ein Motorrad im multikultu-
rellen Seniorenzentrum „Haus am Sandberg“ (III/166)

Für eine sichere und fördernde Umgebung
sorgen können III/167
Architektur III/167

**Stimuliere die Sinne des Klienten und lass ihn genießen
und sich entspannen** III/172

Kommunizieren können III/176
Hören können: Akustik in Pflegeeinrichtungen und
der eigenen Häuslichkeit III/176
Aromatherapie III/178
Praxisbeispiel: Riechen können: Bratäpfel im Haus
Zuflucht in Soltau (III/177)

Sich bewegen können III/182
Praxisbeispiele: Gartengestaltung im Haus
Zuflucht in Soltau (III/182); Der Park im
Altenzentrum St. Josef in Sassenberg (III/186)

Sich pflegen können III/187
Praxisbeispiele: Badezimmer im „Haus am Sand-
berg“ in Duisburg (III/187); Badetage im Begegnungs-
zentrum „Wilhelmine Possehl“ in Lübeck (III/188);
Die Woche des Bades (III/188)
Basale Stimulation® III/190
Tellington-Touch III/196

Vitale Funktionen aufrechterhalten können III/196
Wickel und Auflagen III/196

Essen und trinken können III/196
Ess- und Trinkkultur III/197
Praxisbeispiel: Ess-, Trink- und Rauchkultur
im Begegnungszentrum „Wilhelmine Possehl“ in
Lübeck (III/199)

III. Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten ...

(Fortsetzung)

Ruhen, schlafen und sich entspannen können	III/201
Praxisbeispiel: Eigenes Deckbett im Arnold-Overzier-Haus in Köln (III/201)	
Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können	III/202
Spielen	III/202
Praxisbeispiele: Kegeln im Caritas Altenheim St. Gisela in Waldkirchen, im Haus Zuflucht in Soltau und im Caritaspflegeheim St. Anton in Pirmasens (III/202); Instrumente im Hause Zuflucht in Soltau (III/203)	
Snoezelen	III/204
Praxisbeispiele: Snoezelen im Theo-Burauen-Haus und im Arnold-Overzier-Haus in Köln (III/206); Mediterraner Markt im „Haus am Sandberg“ in Duisburg (III/208); Snoezelen im Haus Hogewey in Weesp, Niederlande (III/209)	
Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können	III/210
Praxisbeispiele: Märchenrunde im Itzel-Sanatorium in Bonn (III/210); Handpuppen und Plüschtiere im Arnold-Overzier-Haus in Köln (III/211)	
Tiere im Heim	III/213
Praxisbeispiele: Tierbesuchsdienst im Haus Bickenalb in Zweibrücken (III/219); Projekt „Welpen“ im Caritas Altenkrankenheim Lambertus in Essen-Rellinghausen (III/226); Bauernhof Haus Müller in Möhnesee (III/227)	
Arbeite mit Humor	III/229
Die Humorthherapie	III/235
Der Einsatz von Humorgruppen	III/237
Der ganz alltägliche Humor	III/238
Humorinterventionen („Humorprothesen“) nach Hirsch	III/240
Der Clown als Humorträger im Heim	III/244
Praxisbeispiel: Clown Charlotte im Itzel-Sanatorium in Bonn (III/244)	
Schaffe eine sichere und fördernde Umgebung	III/248

IV. Verbinde dein Wissen mit dem Wissen anderer Berufsgruppen und arbeite mit ihnen zusammen.	IV/1
Die Zusammenarbeit mit den Ärzten	IV/4
Schnittstelle Pflegediagnostik/ ärztliche Diagnostik	IV/4
Verabreichung von Medikamenten und die Beobachtung der Wirkungen bzw. der Nebenwirkungen	IV/7
Der Einsatz von Medikamenten und der sichere Umgang mit ihnen	IV/8
Weitere Therapieformen	IV/14
Die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern/Sozialpädagogen	IV/20
Die Zusammenarbeit mit den Seelsorgern	IV/24
Hintergründe	IV/23
Anknüpfung an frühere religiöse Bindungen und Kontakte zu den ehemaligen Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften	IV/24
Erhalt früherer religiöser Bindungen und Kontakte zu den ehemaligen Kirchengemeinden und Religionsgemeinschaften	IV/26
Förderung neuer Kontakte	IV/26
Möglichkeit, Spiritualität und Religiosität zu praktizieren	IV/27
Praxisbeispiele: Abendgebet (IV/30); Gebetsrunde (IV/31); Kommunionfeier (IV/31)	
Die Zusammenarbeit mit den Physiotherapeuten	IV/32
Die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten	IV/37
Was ist Ergotherapie?	IV/37
Herkunft	IV/38

IV. Verbinde dein Wissen mit dem Wissen anderer Berufsgruppen und arbeite mit ihnen zusammen.

(Fortsetzung)

Ausbildung	IV/39
Ziele der Ergotherapie in der Geriatrie/im Heim	IV/39
Die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten	IV/39
Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden	IV/45
Was versteht man unter „Sprachtherapie“?	IV/45
Berufsbilder	IV/45
Ziele	IV/46
Sprachtherapie bei Sprach- und Schluckstörungen	IV/48
Von der Diagnose zur Therapie	IV/48
Logopädie und Aphasie	IV/49
Ess- und Schlucktraining	IV/51
Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen	IV/55
Die Zusammenarbeit mit den Musiktherapeuten	IV/60
Was ist Musiktherapie?	IV/60
Zielgruppen	IV/61
Anforderungen an die Musiktherapeuten	IV/62
Musik im Pflegealltag	IV/62
Wirkungen von Musik	IV/63
Umsetzung	IV/64
Gruppenarbeit	IV/64

IV. Verbinde dein Wissen mit dem Wissen anderer Berufsgruppen und arbeite mit ihnen zusammen.

(Fortsetzung)

Hilfsmittel	IV/65
Die Zusammenarbeit mit den Kunsttherapeuten	IV/67
Was ist Kunsttherapie?	IV/67
Zielgruppen	IV/68
Demenz aus kunsttherapeutischer Sicht	IV/69
Die Zusammenarbeit mit den Psychologen/ psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten	IV/71
Womit beschäftigt sich die Psychologie?	IV/71
Ausgewählte Verfahren der Psychotherapie	IV/74
Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen	IV/80

V. Informiere dich über psychiatrische Krankheitsbilder und Verhaltensweisen.	v/1
Psychische Störungen im Alter	v/2
Was ist ein Delir?	v/3
Was ist eine Demenz?	v/5
Welche unterschiedlichen demenziellen Erkrankungen gibt es?	v/8
Gibt es Risikofaktoren, an einer Demenz zu erkranken?	v/10
Was sind die Sekundärsymptome einer Demenz?	v/10
Was ist eine Depression?	v/13
Angst- und Paniksyndrome	v/16
Wahnsyndrome (Paranoide Syndrome)	v/18
Das schizophrene Syndrom	v/19
Suchterkrankungen	v/20
Medikamentenabhängigkeit	v/21
Alkoholismus	v/23

VI. Bilde dich gezielt und sinnvoll fort.	vi/1
Wann entsteht Bildungsbedarf?	vi/2
Planung der Bildungsmaßnahme	vi/3
Interne oder externe Fortbildungsmaßnahmen?	vi/5
Auswahl des Bildungsträgers und der Maßnahme	vi/6
Kontaktadressen von Fort- und Weiterbildungsstätten	vi/8

Einführung

Was ist das Ziel des vorliegenden Handbuchs?	2
Warum ist das Handbuch so dick?	2
Wie ist das Handbuch aufgebaut?	3
Wie kann ich mit dem Handbuch arbeiten?	6
Zum Sprachgebrauch im Qualitätshandbuch Leben mit Demenz	8
Von welcher Philosophie geht das Qualitätshandbuch Leben mit Demenz aus?	14
Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen einen würdevollen Umgang	14
Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Normalität und Möglichkeiten zu selbst- bestimmtem und selbstständigem Handeln	15
Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Respekt vor ihrem „Person-Sein“	15
Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Bezugspersonen	20
Übersicht über die verwendeten Symbole	23

Einführung

Was ist das Ziel des vorliegenden Handbuchs?

Selbst wenn man viele Pflegefachzeitschriften liest, archiviert und über eine umfangreiche Bibliothek verfügt, kann man sich nur schwer einen Überblick über den „Stand der Künste“ in einem bestimmten Bereich der Altenpflege verschaffen, weil das Wissen in der Altenpflege nicht in gebündelter Form vorliegt. Man findet zwar zu bestimmten Themenbereichen immer wieder neue Artikel, aber es werden meist nur Teilaspekte beleuchtet, die auch häufig nicht so praxisorientiert sind, als dass man sie gut umsetzen könnte.

Das gilt insbesondere für die Themenbereiche „Demenz“ und „psychische Erkrankungen im Alter“. Auf der Suche nach Literatur findet man unzählige Bücher zum Beispiel zum Thema „Demenzerkrankungen“ oder Artikel zu den Themen „Validation“, „Basale Stimulation®“, „Biografiearbeit“. Möchte man sich aber beispielsweise eine Meinung zu diesen Themen bilden oder mit Praktikern in Kontakt treten, die damit arbeiten, wird die Sache schon schwieriger. Natürlich beschäftigen sich viele Veröffentlichungen mit den gängigen und modernen Konzepten, aber Hinweise darauf, wie man diese umsetzen kann und ob sie in die eigene Einrichtung passen oder wo man sich weiterbilden kann, findet man hier meist nicht.

Darüber hinaus fehlen auch Bewertungen einzelner Maßnahmen und Konzepte. Denn die Meinungen über verschiedene Konzepte – wie zum Beispiel die Validation® nach Feil oder die Diskussion „integrative – segregative Begleitung“ – gehen sehr weit auseinander, und es ist schwierig, sich hierüber eine eigene Meinung zu bilden.

Um diesen Schwierigkeiten entgegenzutreten und den Mitarbeitern der Altenhilfe eine Möglichkeit zu bieten, den Bedarf der eigenen Einrichtung an bestimmten Konzepten und Maßnahmen zu entdecken und diese auch umsetzen zu können, hat das KDA das Qualitätshandbuch Leben mit Demenz entwickelt. Dafür haben wir in zweijähriger Recherchearbeit bestehende Konzepte analysiert, strukturiert und zu sechs zentralen Handlungsempfehlungen für Mitarbeiter in der Altenhilfe zusammengefasst. Während dieser Arbeit haben wir festgestellt, dass sich die meisten der gefundenen Konzepte und auch die „kleineren“ Maßnahmen nicht nur für die stationäre Altenpflege, sondern auch für Hausgemeinschaften, Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie für die häusliche Pflege eignen.

Warum ist das Handbuch so dick?

Mit dem vorliegenden Handbuch wird also das Wissen über Aspekte in der Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen gebündelt und in eine Struktur gebracht, damit sich die Mitarbeiter in der Altenhilfe schnell und mit überschaubarem Aufwand informieren können.

Sie werden nun sicher sagen: „Für ein Handbuch ist das aber ganz schön schwer und unhandlich.“ Aber „Handbuch“ bedeutet, dass man ein Buch während der praktischen Arbeit immer wieder zur Hand nimmt, Themen nachschlägt, Seiten kopiert, sich Anregungen holt, die empfohlene Literatur besorgt und bei den Kontaktadressen nachfragt bzw. die angegebenen Internetseiten nutzt. Das Handbuch ist deshalb so dick, weil wir möglichst umfassend die zurzeit diskutierten Ansätze dargestellt und mit Kontaktadressen und Literaturhinweisen versehen haben.

Das Handbuch dient so als Übersichts- und Grundlagenwerk. Wenn Sie also zum Beispiel überlegen – auch angeregt durch das Handbuch –, in Ihrer Einrichtung mit Tieren zu arbeiten oder dem Humor Raum zu geben, dann können Sie sich in dem entsprechenden Kapitel einen Überblick über „Humor“ oder „Tiere in der Pflege“ verschaffen, die angegebene Literatur besorgen und Kontakt mit anderen Einrichtungen aufnehmen, die mit diesen Konzepten schon arbeiten.

Wir beziehen uns in dem Handbuch also auf das, was in der Literatur bereits beschrieben wird und in einigen Einrichtungen auch schon konzeptionell umgesetzt wird (wie zum Beispiel die Validation). Darüber hinaus haben wir uns aber vor allem auch für das interessiert, was viele Einrichtungen der Altenhilfe an eigenen „kleinen“ Maßnahmen umsetzen, um den spezifischen Erfahrungswelten von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen gerecht zu werden. So zum Beispiel im bayerischen Caritas-Altenheim St. Gisela. Peter Stöckle, der Leiter der Wohngruppe, hat mit seinen Kolleginnen und Kollegen durch viele „normale“, aber auch unkonventionelle und sehr kreative Ideen die Lebensqualität der älteren Menschen verbessert. Diese von uns in ganz Deutschland gefundenen Maßnahmen sind im Handbuch beschrieben, mit Fotos dokumentiert und den „größeren“, bereits bekannten Konzepten zugeordnet.

Wie ist das Handbuch aufgebaut?

Alle „kleinen“ und „großen“ Maßnahmen, die wir während unserer Arbeit an dem Handbuch fanden, haben wir zu sechs zentralen Handlungsempfehlungen strukturiert.

Im Folgenden finden Sie einen kurzen Überblick über die wichtigsten Inhalte und Hintergründe dieser Handlungsempfehlungen. Die Konzepte und Praxisbeispiele, die wir diesen Empfehlungen zugeordnet haben, finden Sie im Inhaltsverzeichnis.



I. Lerne die Persönlichkeit des Klienten kennen.

Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Menschen mit Demenz ist es, seine Persönlichkeit, d. h. seine Lebensgeschichte, seine Vorlieben, Abneigungen und Bedürfnisse, kennen zu lernen und dadurch sein Verhalten besser interpretieren und darauf reagieren

zu können. Dies ist eine unabdingbare Mindestvoraussetzung, um Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen angemessen begleiten und fördern zu können.

In diesem Kapitel beschreiben wir, wie es möglich ist, zu einem Menschen mit Demenz Kontakt aufzubauen, seine Biografie und seine Empfindungen kennen zu lernen (auch wenn er sich dazu nicht mehr äußern kann), und wie Sie mit den Angehörigen in Kontakt treten können. Außerdem zeigen wir, welche Punkte bei der Pflegedokumentation unbedingt zu beachten sind und auch, worauf es bei einer Diagnose ankommt.

Der Kontaktaufbau wird erleichtert, wenn man Bezugspersonenpflege und bestenfalls auch kleine Organisationseinheiten schafft, wie es im zweiten Kapitel beschrieben ist.

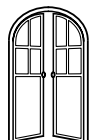


II.

Sorge für kleine und wohnliche Organisationseinheiten und dafür, dass die Klienten feste Bezugspersonen unter den Mitarbeitern haben (Bezugspersonenpflege).

Menschen mit Demenz brauchen andere Menschen, die sich um sie kümmern. Allein sind sie nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen und ihre persönliche Integrität aufrechtzuerhalten. Finden sie diese Menschen nicht, sind sie nicht überlebensfähig, weder in physischer noch in psychischer Hinsicht. Menschen mit Demenz benötigen also feste Bezugspersonen über lange Zeiträume, die einen nahen und im Zeitverlauf stabilen und tragfähigen Kontakt zu ihnen aufbauen können. Das KDA tritt deshalb für die Organisationsform „Menschen zu Menschen“ statt „Menschen zu Tätigkeiten“ (Funktionspflege) ein.

Die Einrichtung von Hausgemeinschaften oder Wohngemeinschaften, in denen bis zu acht Personen in Einzelzimmern oder Apartments mit einer gemeinsamen Wohnküche – begleitet von mindestens einer ständig anwesenden Bezugsperson – zusammenleben, kann sehr hilfreich für die Bezugspersonenpflege sein. Aber auch die Dezentralisierung großer stationärer Einrichtungen in kleine Wohneinheiten in Verbindung mit einer Bezugspersonenpflege kann schon eine wesentliche Verbesserung der Lebenslage der älteren Menschen bewirken.



III.

Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten und vermeide „türschließendes“ Verhalten bei dir selbst und bei anderen.

Die in diesem Kapitel erläuterten „türöffnenden“ Verhaltensweisen lehnen sich an die von dem Psychologie-Dozenten Tom Kitwood beschriebenen positiven Interaktionen an (→ S. III/2). Türöffnend – also den Zugang zu einem Menschen mit Demenz erleichternd – wirken zum Beispiel die Validation, die Förderung

der sozialen Kontakte, der Umgang mit Tieren, die Selbst-Erhaltungstherapie nach Romero, die Stimulierung der Sinne oder auch Humor. Im Gegensatz dazu stehen die türschließenden Verhaltensweisen – oder negativen Interaktionen nach Kitwood – wie zum Beispiel Herabsetzen, Ausschließen und Spott (→ Demen-tia Care Mapping, S. 1/117).

Außerdem zeigen wir in diesem Kapitel viele „kleine“, ein-fallsreiche und humorvolle Maßnahmen: das Wettmelken am Gummikuheuter, das Rekordstricken, Urlaubsfahrten, Kegelbah-nen, Kaninchenställe, aber auch Praxisbeispiele zum Umgang mit Sexualität und dem Sterben.



IV.

Verbinde dein Wissen mit dem Wissen anderer Berufsgruppen und arbeite mit ihnen zusammen.

Die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, die häufig an der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen beteiligt sind, ist ein wesentlicher Bestandteil, um den Klienten die Unterstützung bieten zu können, die sie in den verschiedenen Phasen benötigen.

In diesem Abschnitt beschreiben wir die Berufsfelder von Ärzten, Sozialarbeitern, Seelsorgern, Physiotherapeuten, Ergothe-rapeuten, Sprachheilpädagogen/Logopäden, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten, Psychotherapeuten und deren methodische Ansätze in der Unterstützung und Förderung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen. Hier finden Sie auch viele Vorschläge und Tipps, wie man die Zusammenarbeit mit diesen Berufsgruppen verbessern kann. Aber auch die Wichtigkeit der Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen und anderen Ein-richtungen wird betont.



V.

Informiere dich über (psychiatrische) Krankheitsbilder und Verhaltensweisen.

Ganz wichtig für die Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen, für die Angehörigen, aber teilweise auch für die betroffenen Menschen selbst ist es, sich über die verschiedenen demenziellen und psychiatrischen Krankheitsbilder zu informieren. Denn die Symptome dieser Krankheitsbilder – wie Alzheimer-Demenz, Depression, Delir, Wahn- und Angststörungen – vermischen sich häufig und sind dann nur schwer auseinander zu halten. So wird zum Beispiel ein akutes Delir oft mit einer Demenz verwechselt, obwohl es unter Umständen nur durch Dehydratation (Wasser-mangel) hervorgerufen wurde und dementsprechend behandelbar ist. Kenntnisse über die Krankheiten helfen auch, das Verhalten und die Bedürfnisse der davon betroffenen Menschen besser ver-standen zu können. So können Aggressionen, die häufig mit einer

Demenz einhergehen, einem Abwehrverhalten – also der Angst vor der eigenen geistigen Veränderung – zugrunde liegen oder auch durch Medikamente hervorgerufen werden.



VI. Bilde dich gezielt und sinnvoll fort.

Regelmäßige und gezielte Fortbildungen, die sich an einem Fortbildungsplan orientieren, sind eine wichtige Voraussetzung, um mit Menschen, die unter Demenzen, Depressionen oder anderen psychischen Veränderungen leiden, arbeiten zu können. Nur so ist es möglich, die bisherigen Arbeitsweisen zu reflektieren und zu hinterfragen; und von Bedeutung ist es auch, einmal Abstand von den Problemen und der Betriebsamkeit des Alltags nehmen zu können, um vielleicht aus der Distanz einen klareren Blick auf die Alltagsprobleme werfen zu können. Allen Mitarbeitern sollte regelmäßig diese Möglichkeit geboten werden, und die Inhalte sollten jeweils mit ihnen und mit dem Ziel, das man erreichen will, abgestimmt werden.

In diesem Abschnitt finden Sie eine umfangreiche Adressenliste von deutschen Fortbildungsstätten, die Kurse und Seminare anbieten, die für die Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen relevant sind.

Wie kann ich mit dem Handbuch arbeiten?

1. Schritt Verschaffen Sie sich einen Überblick über die Inhalte

Wir empfehlen allen, die sich intensiver mit diesem Buch befassen wollen, sich zunächst einmal einen Überblick über seine Inhalte zu verschaffen. Wir schlagen Ihnen vor, dazu immer wieder einen Blick auf das Inhaltsverzeichnis zu werfen und dann selektiv einzelne Abschnitte zu lesen. Sie können aber auch einfach mal eine Zeit lang mehr oder weniger ziellos in diesem Buch herumblättern und es dem Zufall überlassen, wo Sie sich „festlesen“. Sie finden in dem Buch auch viele Querverweise zu anderen Kapiteln, denn fast alle Konzepte und Maßnahmen hängen miteinander zusammen.

2. Schritt Machen Sie sich bewusst, was Sie schon alles im Umgang mit Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen erreicht haben, und schreiben Sie darüber Ihr eigenes Konzept

Unsere Erfahrung ist, dass die meisten Einrichtungen sehr viele Maßnahmen in ihrem Alltag schon ergreifen, ohne dass sie das selbst entsprechend würdigen. Denn sie nehmen es oft als selbstverständlich wahr. Deshalb unser Vorschlag: Kopieren Sie sich das Inhaltsverzeichnis und überlegen Sie, welche der hier aufgenommenen Vorschläge, Konzepte und Interventionen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihrer Einrichtung bereits umsetzen. Markieren Sie sich die entsprechenden Maßnahmen im Inhaltsverzeichnis und schlagen Sie im Handbuch nach. Schreiben Sie mit Hilfe der Handbuch-Texte auf, welche Konzepte und Maßnahmen Sie in Ihrer Einrichtung durchführen und wie Sie das tun. Arbeiten Sie eins nach dem anderen ab. Wenn Sie alle Maßnahmen beschrieben haben, nehmen Sie dieses Konzept auch in Ihr Einrich-

tungskonzept auf. (Wie man ein Einrichtungskonzept erarbeitet, finden Sie in der KDA-Veröffentlichung „Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege“, Sowinski et al. 2000.)

Seien Sie ruhig stolz auf Ihre bereits umgesetzten Konzepte und auf Ihre Kreativität und diskutieren Sie unter den Mitarbeitern immer wieder über den bereits vorhandenen und den noch zu erreichenden Stand Ihrer Arbeit. Denken Sie aber bei allen guten Ideen auch immer daran, nicht ständig etwas Neues anzufangen, wenn die schon eingeführten Konzepte und Maßnahmen noch gar nicht richtig „gesichert“ sind. Denn dann laufen Sie Gefahr, viele Dinge nur halbherzig und nicht bis zum Ende durchzuführen. Bei der konzeptionellen Arbeit ist weniger oft mehr. Es ist also besser, einige wenige Dinge konsequent über Jahre durchzuführen als direkt viele neue Konzepte anzufangen, die sich dann im Alltag nicht durchsetzen.

3. Schritt Setzen Sie die für Sie interessanten Konzepte und Maßnahmen um

Sie werden aber sicher viele Vorschläge in dem Handbuch finden, die Sie gerne in Ihrer Einrichtung noch realisieren würden und die sich vielleicht in Ihre bisher vorhandenen Konzepte gut eingliedern lassen. Wenn Sie den gewünschten Ist-Zustand erst einmal „gesichert“ haben, können und sollten Sie sich natürlich auch neuen Konzepten zuwenden. Gehen Sie dabei geplant vor und suchen Sie sich die neuen Maßnahmen nicht ziellos aus. Denken Sie nach, welche Aspekte über die schon umgesetzten Maßnahmen hinaus für Ihre Einrichtung besonders wichtig sind:

Wenn Sie zum Beispiel feststellen, dass Sie bisher noch ohne Bezugspersonenpflege arbeiten, wäre es sinnvoll, erst einmal diese einzuführen und sich dann mit den Konzepten und Maßnahmen von Kapitel 1 und Kapitel 3 näher zu befassen.

Wenn Sie zum Beispiel die Bezugspersonenpflege schon eingeführt und auch kleine Organisationseinheiten eingerichtet haben, es aber mit der Kontaktaufnahme noch nicht so gut klappt, beschäftigen Sie sich einmal näher mit Kapitel 1 oder versuchen Sie, die Validation einzuführen (-> S. III/34). Dazu sollten Sie sich die angegebene Literatur besorgen, die Kontaktadressen nutzen, also zum Beispiel bei Fortbildungsinstituten anrufen oder die Einrichtungen kontaktieren, die mit dieser Methode schon arbeiten.



Bedenken Sie, dass die Einrichtungen, die Sie kontaktieren, auch Geld für Schulungen und Hospitationen verlangen müssen, da die Arbeitszeit, die Ihnen zur Verfügung gestellt wird, den Klienten entzogen wird. Das KDA empfiehlt den Einrichtungen, die Hospitationen, Beratungen und Schulungen durchführen, sich diese entsprechend vergüten zu lassen, um zum Beispiel in dieser Zeit Aushilfskräfte finanzieren zu können.

Wenn bei Ihnen die Kontaktaufnahme zu Menschen mit psychischen Veränderungen gut klappt, Sie bereits mit Bezugspersonenpflege und auch in kleinen Organisationseinheiten arbeiten,

aber den älteren Menschen trotzdem noch einiges bieten möchten, schlagen Sie am besten in Kapitel 3 nach. Hier gibt es unzählige „kleine“ und fantasievolle Maßnahmen vom Adventskranz über den Schönheitsnachmittag bis hin zur Basalen Stimulation® und zum Tellington Touch.

Verwenden Sie auch die Kopiervorlagen des Buchs, so zum Beispiel den Biografiebogen von Ingrid Berghoff, den Sie auch an Ihre Kolleginnen und Kollegen verteilen können (→ S. 1/42).

Bei den meisten Konzepten und Maßnahmen finden Sie die Rubrik „Tipps“, die Sie sich kopieren und an die Wand hängen oder an Ihre Kolleginnen und Kollegen weitergeben können. So zum Beispiel Tipps und Vorschläge für humorvolle Maßnahmen. Wenn Sie immer wieder einen Blick darauf werfen, fällt es Ihnen sicher leichter, diese Maßnahmen auch umzusetzen.

Bei dem Einsatz neuer Konzepte und vor allem „kleiner“ Maßnahmen gilt: Ihrer Fantasie sind keine Grenzen gesetzt: Probieren Sie einfach mal etwas Neues aus und beobachten Sie, wie es sich auf das Wohlbefinden der älteren Menschen auswirkt. Sie werden feststellen, dass „kleine“ Maßnahmen große Erfolge haben können.



Beachten Sie aber, dass „kleine“ Maßnahmen in ein umfassendes Konzept eingebunden sein sollten, und lassen Sie sich nicht dazu verleiten, wahllos Einzelinterventionen aneinander zu reihen. So kann beispielsweise die Ausstattung eines Heimes mit alten Puppen zwar durchaus dazu beitragen, eine den Menschen mit Demenz vertraute Atmosphäre zu schaffen oder verschüttete Erinnerungen zu wecken. Wenn dies jedoch die einzige Maßnahme ist, können die Puppen auch kontraproduktiv wirken. Es besteht dann nämlich die Gefahr, dass diese „kleine“ Maßnahme unbewusst dazu führt, das eigene Gewissen zu beruhigen. Die Mitarbeiter verzichten dann vielleicht auf ein Verhalten im Alltag, das auf die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen ausgerichtet ist, weil dies ja angeblich nur bei der Arbeit mit den Puppen notwendig ist. Trotz der an sich positiv zu bewertenden Einzelinterventionen fehlt den älteren Menschen dann nach wie vor eine vertraute, aufmerksame und qualifizierte Bezugsperson, die sie in ihrem Alltag begleitet und stützt.

Zum Sprachgebrauch im Qualitätshandbuch Leben mit Demenz

In diesem Handbuch haben wir einige Begriffe grundsätzlich vermieden, die immer wieder in Zusammenhang mit der Pflege, Begleitung und Förderung von Menschen mit Demenz verwendet werden, und dafür alternative Begriffe verwendet.

„Klient statt Patient“

Im Handbuch haben wir den Begriff „Klient“ verwendet, wenn es um den Adressaten pflegerischer, hauswirtschaftlicher und psychosozialer Hilfen durch berufliche Helfer geht oder denjenigen, der entsprechende Dienstleistungen in Anspruch nehmen will.

In der Fachliteratur wird aber – auch bezüglich der stationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz – immer wieder von „Patienten“ gesprochen. Dieser Begriff erscheint uns in der Altenpflege insofern problematisch, da die Menschen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe primär leben und nicht primär behandelt werden.

Der Begriff „Klient“ beinhaltet demgegenüber die beiden Aspekte, des „unabhängigen Auftraggebers als Kunde“ ebenso wie das Vorliegen eines besonderen Vertrauensverhältnisses, welches den Dienstleister auf das wohlverstandene Interesse des Klienten und die Gewährung von Schutz und Beistand verpflichtet. In Berufszweigen mit vorwiegend beratenden Aufgaben (z. B. Rechtsanwälte, Steuerberater und in einigen psychotherapeutischen Richtungen) hat sich diese Terminologie schon seit längerem durchgesetzt, scheint jedoch auch im Gesundheitswesen zunehmend verwendet zu werden. So findet sich beispielsweise in einem Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) folgender Hinweis: „Der GMK ist bewußt, dass der zeitgemäße Umgang mit dem Begriff ‚Patient‘ im Zusammenhang mit Qualitätsmanagement mit Begriffen wie ‚Kunde‘, ‚Adressat‘ und ‚Klient‘ anzureichern ist“ (Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen, Beschluß der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10. Juni 1999 in Trier).

Noch ein anderer Grund spricht aber aus unserer Sicht für die Verwendung dieses Begriffes. Im Qualitätshandbuch Leben mit Demenz werden Konzepte vorgestellt und Handlungsempfehlungen gegeben, die sich sowohl auf die stationäre und teilstationäre als auch auf die häusliche Pflege beziehen. Jede dieser Institutionen verwendet üblicherweise ihre eigene Begrifflichkeit: In der stationären Altenpflege wird von „Bewohnern“ gesprochen; in der Tages- und Kurzzeitpflege spricht man von „Gästen“ und die Menschen, die häusliche Pflegeleistungen in Anspruch nehmen, werden oft noch als „Patienten“ oder neuerdings moderner als „Kunden“ bezeichnet. Der Begriff „Klient“ ist eine Möglichkeit, die Nutzer der verschiedenen Dienstleistungsangebote unter einem einheitlichen und auch inhaltlich stimmigen Begriff zusammenzufassen.

„Menschen mit Demenz“ statt „Demente“

Das KDA empfiehlt, einen von einer demenziellen Erkrankung betroffenen Menschen nicht als „Dementen“ zu bezeichnen, da der Mensch mit einer solchen Formulierung auf seine Krankheit reduziert wird. Dabei soll auch im Leben dieser Menschen ihre Persönlichkeit im Vordergrund stehen und nicht nur ihre Krankheit. Wir schlagen deshalb vor, nach englischem Vorbild („person with dementia“) nur noch von „Menschen mit Demenz“,

„Personen mit Demenz“, „demenziell erkrankten Menschen“ zu sprechen. Man spricht heute auch nur noch von „Menschen mit Behinderung“ und nicht mehr von „Behinderten“. Denn „Menschen mit Demenz“ und „Menschen mit Behinderung“ sind – wie alle anderen Menschen – eben auch „Menschen mit Lust“, Menschen mit Spaß“, „Menschen mit Vorlieben“, „Menschen mit guten und schlechten Eigenschaften“, „ganz normale“ Menschen also, die halt zusätzlich an einer Krankheit leiden. Spricht man ausschließlich von „Dementen“, so sieht man den Menschen nur mit und in seiner Krankheit und nicht die Charakteristika, die sein Wesen sonst noch ausmachen.

Aus diesen Gründen konnten wir uns auch mit dem Begriff „dementierend“ nicht anfreunden, der aus dem niederländischen übertragen wurde. Der Begriff „dementierend“ wird verwendet, um den Prozess zu betonen, in dem sich demenziell erkrankte Menschen befinden (Bosch 2000, S. 148). Auch lehnen wir den Ausdruck „dementisch“ – der die Sprache von Menschen mit Demenz beschreibt – ab.

Ebenso ist das Wort „dementengerecht“ und sind „dementengerechte Konzepte“ kritisch zu hinterfragen. Denn alles, was für Menschen mit Demenz gut ist, kann ebenso für andere Menschen mit „nur“ somatischen Erkrankungen gut sein. Dazu gehört beispielsweise auch die „dementengerechte Gartengestaltung“. Dort geht es um Einfriedung, um so genannte „Labyrinth“. Da das KDA aber für so viel Normalität wie möglich plädiert, soll es um eine alltagsnahe, menschliche Gestaltung des Umfeldes gehen und damit beispielsweise um einen ganz normalen Garten mit Blumen, Beeten, Bäumen, einem Teich, einer Wiese und vielen anderen alltäglichen und anregenden Dingen (→ S. III/182).

„Herausforderndes Verhalten“ statt „Störendes Verhalten“ oder „Verhaltensauffälligkeiten“

In der Fachliteratur findet man häufig Termini wie „problematisches“ und „störendes“ Verhalten oder „schwierige Klienten“. Aber es handelt sich meist gar nicht um „problematisches“ oder „aggressives“ Verhalten, das durch einen „schwierigen“ Charakter bedingt ist. Vielmehr ist es häufig ein Abwehrverhalten, das durch die Angst vor der kognitiven Veränderung, durch Nebenwirkungen von Medikamenten oder durch das Verhalten anderer Menschen (Partner, Freunde, Pflegende etc.) hervorgerufen wird (→ Aggressionen, S. v/11). Innerhalb einer personenzentrierten Pflege spricht man deshalb auch nicht mehr von „problematischem Verhalten“, sondern von „herausforderndem Verhalten“.

Die Begriffe „störendes“ und „auffälliges“ Verhalten sind negativ belegt und sorgen für die Assoziation, dass der Mensch mit Demenz dieses Verhalten beabsichtige. Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ hingegen setzt dem Umfeld die Maßstäbe, sich auf die veränderte Welt des Menschen mit Demenz einzulassen.

„Begleitung“ statt „Betreuung“

Abgesehen von der fest stehenden Bezeichnung „gesetzliche Betreuung“ sollte der Begriff „Betreuung“ im Zusammenhang mit der Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz durch „Begleitung“ ersetzt werden.

Der Begriff „Betreuung“ ist mit dem Wort „Treuer“ verwandt. Jemanden zu betreiben, bedeutet, „ihn in Obhut zu nehmen“ (Etymologisches Wörterbuch des Deutschen 1989). Betreuung assoziiert also Passivität (man wird betreut). Der Begriff „Begleiten“ wird auch als Mitgehen definiert. Hierdurch wird deutlich, dass die Klienten ihren eigenen Weg gehen. Es ist die Aufgabe der Mitarbeiter, die alten Menschen, soweit sie das wünschen, in schwierigen Lebenssituationen zu begleiten. Begleitung macht einen Teil der Pflege aus, wird aber auch von anderen Personen und Berufsgruppen erbracht, zum Beispiel vom Sozialen Dienst, von Seelsorgern oder freiwilligen Mitarbeitern.

Statt von „Hilfe, Pflege und Betreuung“ zu sprechen, formulieren wir stattdessen: „Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen“.

„Passen die Menschen zueinander?“ statt „integrativ oder segregativ?“

In den Niederlanden geht man überwiegend davon aus, dass eine so genannte „segregative“, also getrennte Begleitung, der bessere Weg sei. In Deutschland hat man diesen Gedanken aufgenommen und diskutiert schon seit längerem, ob eine segregative Begleitung einer integrativen Begleitung vorzuziehen sei. Wir denken, dass eine generelle Entscheidung für oder gegen eine getrennte oder gemeinsame Begleitung nicht richtig ist. Stattdessen sollte man sich grundsätzlich an den einzelnen Menschen selbst orientieren – also an ihren individuellen Vorlieben und Eigenschaften – und dementsprechend über die Gruppenzusammensetzung entscheiden. Sicherlich kann es viele Probleme geben, wenn sich ein geistig rüstiger älterer Mensch von einem Menschen mit Demenz gestört fühlt. Auch haben viele alte fitte Menschen Angst, dass sie an einer Demenz erkranken könnten, und möchten aus Angst vor der Konfrontation mit dieser Krankheit mit „denen“ nichts zu tun haben. Alle Gründe sind verständlich und nachvollziehbar, aber es gibt auch alte rüstige Menschen, die vielleicht eine Aufgabe darin sehen, sich um andere alte, psychisch kranke Menschen zu kümmern, und die durch ihre liebevolle Art eine Beziehung zu ihnen aufbauen können.



Eine grundsätzliche Entscheidung – also entweder „segregativ“ oder „integrativ“ – sollte aus Sicht des KDA vermieden werden, denn beide Wohnformen können sich entwickeln und den Menschen gut tun. Das heißt, dass sich unter Umständen auch nur Menschen mit Demenz zusammenfinden können, wenn sie zueinander passen. Aber genauso gut kann auch eine gemischte Gruppe gut zusammenpassen. Eine Orientierung nur an den Krankheitsbildern erscheint zu statisch. Denn kein Mensch gleicht einem anderen, auch nicht, wenn beide an einer Demenz leiden.

„Versunkenes Ich“ statt „Vegetieren“, „kognitive Reizlosigkeit“ oder „menschliche Hüllen“

In dem so genannten „Mäeutischen Konzept“ werden angelehnt an die Theorie des niederländischen Psychologen Rien Verdult vier Stadien einer demenziellen Erkrankung unterschieden, die es den Pflegenden ermöglichen soll, sich leichter in die Welt der betroffenen Menschen einzufühlen. Demgegenüber stehen die Stadieneinteilung der Validation® nach Feil und die der „Drei-Welten-Theorie“ von Dr. Christoph Held, die sich an die Stadien „leichte, mittlere und schwere Demenz“ anlehnt:

Mäeutisches Konzept	Validation® nach Feil	Drei-Welten-Modell
1. Das Bedrohte Ich	1. Mangelhafte/ unglückliche Orientierung	1. Die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit
2. Das Verirrte Ich	2. Zeitverwirrtheit/Verlust kognitiver Fähigkeiten	2. Die Welt der kognitiven Ziellosigkeit
3. Das Verborgene Ich	3. Monotone Bewegungen ersetzen Sprache	3. Die Welt der kognitiven Reizlosigkeit
4. Das Versunkene Ich	4. Vegetieren	

Das Mäeutische Konzept geht davon aus, dass die Person, also das Ich, in allen Stadien der Demenz erhalten bleibt. Das Ich erscheint zwar versunken, aber die Erfahrung zeigt, dass es manchmal möglich ist, Kontakt zum Menschen mit schwerer Demenz herzustellen. Wenn man aber glaubt, dass Menschen mit schwerer Demenz ein Leben führen im Sinne von „Vegetieren“ oder in einer Welt der „kognitiven Reizlosigkeit“, kommt man natürlich zu anderen pflege- und hauswirtschaftlichen Konzepten, weil diese Begriffe nahe legen, dass gar kein „Ich“ mehr existiert.

So zeigt es die Anwendung des „Drei-Welten-Modells“ im schweizerischen Krankenhaus Sonnweid. Hier glaubt man, dass Menschen in der „Dritten Welt“ in einer kognitiven Reizlosigkeit leben, und meint deshalb, man könne bis zu acht Personen in einem Achtbettzimmer – der so genannten „Oase“ – unterbringen und pflegen. Bei dieser „Großraumpflege“ steht der Gedanke im Hintergrund, dass es sich bei schwer demenziell erkrankten Menschen um „menschliche Hüllen“ handelt, die vor zu viel Reizen geschützt werden sollen und die sich im Einzelzimmer einsam fühlen.

Den Import des „Oase-Konzeptes“ in die deutsche „Heim-Landschaft“ hält das KDA für gefährlich. Wir sehen schon, wie von Flensburg bis Berchtesgaden viele Heimträger „Oasen“ einrichten und auch hundertprozentig auslasten wollen, notfalls dadurch, dass die Menschen „für die Dritte Welt“ passend gemacht werden. Fehlsteuerungsgefahren sehen wir aber nicht nur auf

der Ebene einzelner Heime, sondern auch bei den Infrastruktur-Verantwortlichen in den Bundesländern: wenn eine „Oase“ acht Einzelzimmer ersetzt, dann ist es aus rein ökonomischen Erwägungen sinnvoll, nur noch „Oasen“ zu fördern. Und das wird sicher niemand wollen (nähere Ausführungen zum Thema „Einzelzimmer“ → S. II/20; → Mäeutik, S. II/59; → Validation, S. III/34).

Weitere „Unwörter“ sind: Wanderer, Nicht-Wanderer, Wegläufer, Schreier
 Demenzstation
 Dementen-Wohngruppen
 Demenzspezifische Versorgungsstrukturen
 Rundwanderwege, Rundläufe (erinnern an Hamsterräder)
 Aufenthaltsräume (Aufenthaltsräume sollten eher Wohnzimmer sein und auch so aussehen)
 Teeküche (in der Küche sollte nicht nur Tee gekocht werden)
 Fäkalspüle
 Nasszelle
 Schwesternstützpunkt (besser: Besprechungsraum, das klingt weniger militärisch)
 etc.

Und noch eine Bemerkung zum Schluss: Sie finden in diesem Handbuch überwiegend das Wort „Mitarbeiter“. Wir sind uns natürlich darüber bewusst, dass gerade die Pflege- und Hauswirtschaftsberufe eine überwiegend weibliche Domäne darstellen. Da dieses Buch ein übersichtliches und gut zu lesendes Buch sein soll, haben wir darauf verzichtet, immer „Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ oder „MitarbeiterInnen“ zu schreiben. Dies geschah einzig und allein aus Gründen der Übersichtlichkeit und Lesbarkeit und ist mit keinerlei Wertung verbunden. Auch, wenn wir manchmal nur „Mitarbeiterinnen“ geschrieben haben, sollten sich die männlichen Kollegen hiervon keinesfalls ausgeschlossen fühlen.



Alt Neu



Patient Klient

Dementer Mensch mit Demenz

Störendes Verhalten, Verhaltensauffälligkeiten Herausforderndes Verhalten

Betreuung Begleitung

Integrativ oder segregativ Passen die Menschen zueinander?

Vegetieren, kognitive Reizlosigkeit, menschliche Hüllen Versunkenes Ich

Von welcher Philosophie geht das Qualitätshandbuch Leben mit Demenz aus?

Das Qualitätshandbuch Leben mit Demenz basiert auf den Werten des KDA-Leitbildes, in dem neben Unantastbarkeit der Würde älterer Menschen auch immer wieder das Recht auf Selbstbestimmung, Normalität und Selbstverantwortung hervorgehoben wird. Diese Werteorientierung gilt für jeden (älteren) Menschen und damit natürlich auch für Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen:

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen einen würdevollen Umgang

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Normalität und Möglichkeiten zu selbstbestimmtem und selbstständigem Handeln

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Respekt vor ihrem „Person-Sein“

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Bezugspersonen

Diese Annahmen liegen auch dem Konzept der „personenzentrierten Pflege“ zugrunde, das von der Bradford Dementia Group unter der Leitung des Psychologie-Dozenten Tom Kitwood in jahrzehntelanger Forschungsarbeit entwickelt und formuliert wurde.

Dieses Konzept erschien uns von allen analysierten Konzepten und Philosophien als das Fundierteste und Überzeugendste und kommt zudem den Wertvorstellungen des KDA am nächsten (nähere Ausführungen zur personenzentrierten Pflege → S. III/1).

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen einen würdevollen Umgang

Der KDA-Kurator Prof. Dr. Kruse betonte während der KDA-Fachtagung „Ethische Fragen der Altenhilfe“ am 10. November 2000, dass „die Würde dem Menschen als Menschen gegeben ist, sie ist der menschlichen Existenz grundlegend zu eigen, sie wird ihm nicht durch den anderen gegeben. Aber wir haben die Aufgabe, alles zu tun, damit die Würde des Menschen nicht verletzt wird.“ So steht auch im Grundgesetz: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Und das gilt eben nicht nur für junge und gesunde, sondern gerade auch für alte und kranke oder für Menschen mit Beeinträchtigungen.

„In der Altenhilfe haben wir es häufig mit Grenzsituationen der menschlichen Existenz zu tun, in denen in besonderer Weise die Frage nach der Würde des Menschen gestellt ist [...]. Der Respekt vor Selbstständigkeit und Selbstverantwortung des Menschen stellt eine zentrale Bedingung dafür da, dass die Würde des Menschen nicht verletzt wird“ (Kruse 2000, S. 14). Die Würde eines Menschen mit Demenz und/oder psychischen Veränderun-

gen zu erhalten, heißt also auch, dass er nicht weggesperrt, von anderen – gesunden alten Menschen – ferngehalten wird, dass ihm nicht alles abgenommen wird und dass er als vollwertige Person behandelt wird.

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Normalität und Möglichkeiten zu selbstbestimmtem und selbstständigem Handeln

Die Orientierung an der Normalität und an vertrauten Strukturen ist insbesondere für Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen wichtig, die schon genug mit der eigenen kognitiven und emotionalen Veränderung zu tun haben. Nimmt man ihnen auch noch ihr gewohntes Lebensumfeld, so wird sich ihre Lebenssituation unweigerlich verschlimmern.

Häufig wird über Menschen mit Demenz gesagt, dass „sie sich verlieren“ oder dass sich „ihre Persönlichkeit verändert“. Deshalb spricht man ihnen oft die Fähigkeit und sogar das Recht auf Selbstbestimmung und Normalität ab und schafft so genannte „dementengerechte Milieus“ und „Dementenarchitekturen“. Das KDA lehnt aus fachlichen und ethischen Gründen Sonderarchitekturen und „dementengerechte Milieus“ ab. Stattdessen plädieren wir für einfache und pragmatische Vorgehensweisen, die sich an den Prinzipien eines normalen Alltagslebens und den darin gegebenen Möglichkeiten und Grenzen eines selbstbestimmten und selbstständigen Lebens orientieren. Der niederländische Psychologe Niek de Boer drückt diesen Gedanken (bezogen auf die niederländische Einrichtung „Anton-Pieck-Hofje“) wie folgt aus: „Eigentlich sind wir nicht grandios. Wir haben im Anton-Pieck-Hofje kein Paradies, wir sind keine Engel, und wir versuchen auch nicht, alle superglücklich zu machen. Bei uns herrscht nicht mehr und nicht weniger als das ganz normale Leben“ (de Boer 2000, S. 53).

(Nähere Ausführungen zur Normalität und Vertrautheit finden Sie in diesem Buch in Kapitel III „Biete dem Klienten die Möglichkeit, vertrauten Beschäftigungen nachzugehen und sein Leben so normal wie möglich zu gestalten“, → S. III/155)

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Respekt vor ihrem „Person-Sein“

Viele Forscher, aber auch Pflegende sind in ihrer Sicht über die Demenz immer noch von der Schulmedizin und ihrer neuropathologischen Sichtweise dominiert. Daraus resultiert eine ausgesprochen pessimistische Grundhaltung mit verheerenden Auswirkungen auf die Menschen mit Demenz und die sie Pflegenden.

Nach dem gängigen Medizinmodell wird eine Heilung oder Verlangsamung des Hirnzellenabbaus fast ausschließlich von Medikamenten oder der Gentechnologie erwartet und versprochen. Andere Bewältigungsstrategien (wie zum Beispiel sozialpsychologische Ansätze) werden kaum beachtet. Nach diesen Vorstellungen erfolgt vielmehr ein stetiger Hirnabbau mit unumkehrbaren Funktionsverlusten, die unausweichlich zum Stadium des „Vegetierens“ führen und dann zum Tod. Diese Einstellung gegenüber der Krankheit Demenz führt zu Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung der betroffenen Menschen und der pflegenden Angehörigen.

Remenz statt Demenz

Immer mehr Befunde sprechen allerdings dafür, dass das Gehirn eine sehr viel größere Plastizität besitzt als nach dem neuropathologischen Modell zu erwarten wäre. Neben Demenz gibt es auch eine Remenz bei einem Umgang mit dem Kranken, der seine Fähigkeiten und sein Selbstwertgefühl stärkt. Einer der engagiertesten Vertreter einer sehr viel optimistischeren sozialpsychologischen Betrachtung der Demenz ist Tom Kitwood. Er regt an, Demenz als eine Art Behinderung zu begreifen und zu akzeptieren, und alle Aufmerksamkeit darauf zu richten, das „Person-Sein“ der Kranken zu stärken und ihnen zu einem möglichst hohen relativen Wohlbefinden zu verhelfen. Theoretische Grundlage der unter seiner Leitung entwickelten „personenzentrierten Pflege“ ist die Überlegung, was es heißt, eine „Person“ zu sein, bzw. welchen Wert „Person-Sein“ für einen Menschen – und auch für einen Menschen mit Demenz – hat.

Auch Menschen mit Demenz haben danach eine Persönlichkeit, die sie im Verlauf ihres Lebens entwickelt haben. Menschen mit Demenz haben also ihren eigenen Willen, ihre Vorlieben, Bedürfnisse und Gewohnheiten, wie jeder andere Mensch auch. Der Unterschied ist jedoch, dass es ihrer Person und ihrem Handeln an einem inneren Zusammenhang fehlt, der für andere Menschen nachvollziehbar wäre. Für einen Außenstehenden ist es insofern meistens sehr schwer, den Sinn dessen, was ein Mensch mit Demenz tut und sagt, zu verstehen.

Demenz ist ein Kommunikationsproblem

Ganz anders sieht die Sache aus der Perspektive eines Menschen mit Demenz aus: Ihm können die eigenen Handlungen und Äußerungen durchaus als sinnvoll, zielgerichtet und einem inneren logischen Zusammenhang folgend erscheinen. Er versteht deshalb häufig nicht, was die anderen Menschen, die sich selbst als gesund begreifen, tun und sagen. Aus seiner Perspektive sind die Menschen um ihn herum „verrückt“ und er versteht nicht, was sie von ihm wollen. Er versteht nicht, warum zum Beispiel eine für ihn wildfremde Frau behauptet, sie sei seine Tochter und sich entsprechend verhält. Er empfindet dies möglicherweise vielmehr als eine Grenzüberschreitung, die ihm Angst macht und der er sich zu entziehen versucht oder die er aggressiv abwehrt.

Die Verwirrung besteht also gegenseitig. So gesehen ist Demenz in erster Linie ein beiderseitiges Kommunikationsproblem.

Wenn man einmal von den Konzepten „Ich bin gesund“ und „Der andere ist krank“ absieht, besteht das Problem nicht mehr darin, als „Gesunder“ mit einem „Kranken“ zu kommunizieren, sondern darin, sich in einer Struktur zu bewegen, die von beiden Seiten als „ver-rückt“ angesehen wird.

Das KDA-Türöffnungskonzept zur Förderung, Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen

Es ist sehr wichtig, dies zu verstehen und ein Gespür dafür zu entwickeln, wie man in solchen Situationen trotzdem Kontakt herstellen kann. Helfen können dabei bestimmte Techniken, Verhaltensweisen und Konzepte. Darüber hinaus kann eine bestimmte Gestaltung der räumlichen und personellen Umgebung es sehr erleichtern, sich in diesen Situationen angemessen zu verhalten.

Diese Techniken und Verhaltensweisen sowie die entsprechenden Raum- und Personalkonzepte haben wir als „Türöffner“ bezeichnet und daraus das KDA-Türöffnungskonzept entwickelt. Beeinflusst waren wir dabei neben den Arbeiten von Kitwood auch von der niederländischen Pflegewissenschaftlerin Cora van der Kooij (Instituut voor Maieutische Ontwikkeling in de Zorgpraktijk), die immer wieder betont, dass der Umgang mit der Krankheit Demenz wie die Suche nach einem Schlüssel sei, um in die versunkene Welt der an Demenz erkrankten Menschen hineinzugelangen. Je mehr Schlüssel man hätte, desto besser. Das KDA-Türöffnungskonzept für die Begleitung von Menschen mit Demenz geht also davon aus, dass wir mit seiner vom Versinken bedrohten Persönlichkeit Kontakt halten müssen. Die Türöffner ermöglichen es, Einblick in das Handeln und vor allem in die Persönlichkeit eines Menschen zu erhalten, zu ihm vorzudringen und ihn dementsprechend auch als vollwertige Person zu behandeln.

Wo finden sich die zwölf positiven Interaktionen der personenzentrierten Pflege in diesem Handbuch wieder?

Diese Türöffner – beispielsweise eine validierende Gesprächsführung, der Einsatz von Tieren, eine humorvolle Kommunikation und Begleitung – werden in dem vorliegenden Qualitätshandbuch beschrieben. Sie überschneiden sich teilweise mit den von Kitwood formulierten zwölf positiven Interaktionen im Rahmen der personenzentrierten Pflege.

1. Anerkennen

Man kann eine Person zum Beispiel durch Zuhören anerkennen. Wie es möglich ist, einen Menschen mit Demenz auch zu verstehen und mit ihm kommunizieren zu können, wird Ihnen vor allem in Kapitel 1 im Abschnitt „Stellen Sie Kontakt zum Klienten her“ gezeigt (→ S. 1/3). Anerkennen bedeutet aber auch, einen Menschen so zu akzeptieren, wie er ist (s. hierzu vor allem Kapitel III „Akzeptiere den Menschen so, wie er ist“, → S. III/7).

2. Verhandeln

Auch Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen haben einen Willen, den sie ausdrücken können. Mit einer Person verhandeln bedeutet nach Kitwood, sie nach ihren Bedürfnissen zu

fragen oder ihre Bedürfnisse zu erkennen (s. hierzu vor allem die Ausführungen in Kapitel III „Lass den Klienten seinen eigenen Willen behaupten und seine Gefühle ausdrücken“, → S. III/17).

- 3. Zusammenarbeiten** Es gibt unzählige Möglichkeiten, auch mit Menschen mit Demenz zusammen zu arbeiten. Denn sie sind ja häufig körperlich gar nicht eingeschränkt, wenn man sie ein wenig unterstützt. Viele alte demenziell erkrankte Frauen können zum Beispiel noch gut in der Küche mitarbeiten, Kartoffeln schälen, spülen, Zwiebeln schneiden. Welche Möglichkeiten es für eine Zusammenarbeit gibt, finden Sie vor allem in Kapitel III des Handbuchs im Abschnitt „Biete dem Klienten die Möglichkeit, vertrauten Beschäftigungen nachzugehen und sein Leben so normal wie möglich zu gestalten“ (→ S. III/155).
- 4. Spielen** Die positive Interaktion „Spielen“ bedeutet nach Kitwood, einer Person Platz für Spontaneität und Selbstaussdruck zu bieten, zum Beispiel durch Spielen. Praxisbeispiele hierzu sind vor allem in Kapitel III, in den Abschnitten „Fördere die sozialen Kontakte des Klienten“ (→ S. III/125) und „Stimuliere die Sinne des Klienten und lass ihn genießen und sich entspannen“ (→ S. III/172) zu finden.
- 5. Timalation** Das Wort Timalation ist abgeleitet aus dem griechischen Wort „timao“ (ich halte in Ehren, ich würdige) und aus dem Wort „Stimulation“. Timalation heißt also, eine Person würdigend zu stimulieren: So kann zum Beispiel Kontakt durch verschiedenste sensorische Zugangsweisen geschaffen werden, zum Beispiel durch die Basale Stimulation®, durch den Kontakt mit Tieren oder auch durch Snoezelen (s. hierzu Kapitel III, Abschnitt „Stimuliere die Sinne des Klienten und lass ihn genießen und sich entspannen“, → S. III/172).
- 6. Feiern** Wenn man mit den älteren Menschen zusammen feiert, können alle Beteiligten daran Spaß und Freude haben, und die Trennung zwischen Mitarbeitern und Klienten hebt sich vielleicht auf. Praxisbeispiele für gemeinsames Feiern haben wir während unserer Recherchen in vielen Variationen gefunden, einige davon sind in Kapitel III im Abschnitt „Fördere die sozialen Kontakte des Klienten“ beschrieben (→ S. III/125).
- 7. Entspannen** Jeder Mensch muss sich zwischendurch entspannen und einmal tief einatmen können. Einem Menschen mit Demenz kann man nach Kitwood beispielsweise durch Körperkontakt Entspannung bieten (s. hierzu Kapitel III „Stimuliere die Sinne des Klienten und lass ihn genießen und sich entspannen“, → S. III/172).
- 8. Validation** Validation ist eine Kommunikationsmethode, mit der man einem desorientierten Menschen erreichen und ihm Nähe und Wertschätzung bieten kann (→ Validation, S. III/34).

9. Halten „Im psychologischen Sinne zu halten bedeutet, einen sicheren psychologischen Raum, ein ‚Behältnis‘ zu bieten [...]. Ist das Halten sicher, kann eine Person im Erleben wissen, dass verheerende Emotionen, wie abgrundtiefer Schrecken oder überwältigende Trauer, vorübergehen und nicht zur Desintegration der Seele führen. Selbst heftiger Zorn und zerstörerische Wut, die sich für eine Weile gegen die haltende Person richten, werden Letztere nicht verjagen.“ Das psychologische Halten kann auch das körperliche Halten umfassen (Kitwood 2000, S. 136). Wie Sie einem Menschen durch das Halten Sicherheit bieten können, erklären wir Ihnen in Kapitel III im Abschnitt „Biete dem Klienten Nähe und Wertschätzung“ (→ S. III/31).

10. Erleichtern „In seiner einfachsten Bedeutung besagt es, eine Person in die Lage zu versetzen, etwas zu tun, das sie ansonsten nicht tun könnte, indem diejenigen Teile der Handlung übernommen werden, die fehlen [...]. Vielleicht besteht alles noch Verbliebene in einer zögernden Bewegung in Richtung auf eine Handlung oder in einer elementaren Geste. Die Aufgabe des Erleichterns besteht nun darin, die Interaktion in Gang zu bringen, zu verstärken und der Person schrittweise zu helfen, sie mit Bedeutung zu füllen“ (Kitwood 2000, S. 136).

Es gibt viele Möglichkeiten, einen Menschen mit Demenz körperlich zu unterstützen. Einige dieser Möglichkeiten haben wir in Kapitel III im Abschnitt „Gib dem Klienten die Möglichkeit, Selbstachtung zu erleben“ (→ S. III/83) und in Kapitel IV in den Abschnitten „Die Zusammenarbeit mit den Ergotherapeuten“ (→ S. IV/37) und „Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden“ (→ S. IV/45) vorgestellt.

11. Schöpferisch sein Zu den schöpferischen Tätigkeiten mit Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen gehören unter anderem Malen, Musikhören oder Musikhören. Wie man die Arbeit der Musiktherapeuten und Kunsttherapeuten in den Pflegealltag integrieren kann, zeigen wir Ihnen in Kapitel IV (→ S. IV/60/→ S. IV/67). Aber auch Tanzen gehört nach Kitwood zu dieser positiven Interaktion (→ Tanzcafé, S. III/143).

12. Geben „Die Person mit Demenz bringt Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck, bietet Hilfe an oder macht ein Geschenk“ (Kitwood 2000, S. 137) (s. hierzu Kapitel I „Stellen Sie Kontakt zum Klienten her“, → S. I/3 und Kapitel III, Abschnitt „Biete dem Klienten Nähe und Wertschätzung“, → S. III/31).

Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen brauchen Bezugspersonen

Menschen mit Demenz fällt es offensichtlich unter anderem schwer,

- sich an das zu erinnern, was sie soeben gehört, gesehen, empfunden, gesagt, gedacht und gewollt haben,
- ihren Alltag sinnvoll zu planen, zu entscheiden, was für sie gut ist,
- Alltagsaufgaben zu lösen,
- aufmerksam zu sein,
- sich ein Urteil zu bilden,
- eine Tätigkeit zu beginnen oder eine begonnene Tätigkeit zu beenden.

Über dieses Unvermögen sind sie oft ärgerlich und in ihrem Selbstwertgefühl zutiefst verletzt. Sie sind ängstlich, leicht aufgeregt, unruhig und sie finden oft aus eigener Kraft keinen Ausweg aus diesen Gefühlen. Und zumindest zu Beginn der Krankheit ist ihnen durchaus die Aussichtslosigkeit ihrer Situation bewusst. Menschen mit Demenz scheinen deshalb oft depressiv und ohne Hoffnung zu sein.

Muss dieses offensichtliche Leiden notgedrungen hingenommen werden, solange es keine Heilungsmöglichkeiten gibt? Ist es gleichgültig, wie man Menschen mit Demenz behandelt, weil sie ja doch nichts davon merken? Kann man sie wie ein Objekt behandeln, weil man ja nicht mehr mit ihnen reden kann? Kann man sie entgegen ihrer früheren Lebensgewohnheiten in Mehrbettzimmern mit sechs bis acht Personen mit ähnlichen Krankheitsbildern unterbringen? Muss man grundsätzlich über ihren Kopf hinweg entscheiden, weil sie nicht sagen können, was sie wollen?

Unsere Antwort darauf ist ein klares NEIN!

Warum? Um diese Frage zu beantworten, sollte man sich etwas Zeit nehmen und einmal Menschen mit Demenz in Ruhe beobachten. Man wird zu seiner Überraschung feststellen, dass es einigen von ihnen manchmal einigermaßen gut zu gehen scheint. Wie kann das sein? Christian Müller-Hergl erklärt dies in seinem Beitrag „Oft trägt der Schein – Fühlen sich Demenzkranke wohl?“ wie folgt: „Ein Mensch mit Demenz braucht andere Menschen, um sich selbst noch als Person zu erfahren. Um diesen Kernbegriff der Beziehung und emotionalen Bezogenheit [...] siedelt sich eine Kette psychologischer Bedürfnisse an: Das Bedürfnis nach Gemeinschaft, nach Beschäftigung und Arbeit, nach Identität durch Reminiszenzarbeit, nach Spiel und Entspannung, um nur einige zu nennen. Alle Bedürfnisse können nur im und durch den Kontakt zu einer bindungsfähigen Bezugsperson befriedigt werden.“

Seit längerem ist bekannt, daß die sekundären Symptome der Demenz – Apathie, Aggression, Laufzwang, Schreien und Rufen, anale/orale und Libido-Regressionen – in ganz entscheidendem Maße von dem Lebensraum und dort besonders von den begleitenden, pflegenden Menschen abhängen.“

Auch Menschen mit Demenz können sich wohl fühlen, wenn man sie dabei unterstützt.

Wohlbefinden – manche sagen einschränkend „relatives“ Wohlbefinden – ist also möglich, der Krankheitsverlauf an sich schließt dies nicht grundsätzlich aus. Das Wohlbefinden ist aber an Bedingungen geknüpft, die der Mensch mit Demenz nicht selbst beeinflussen kann. Er benötigt dazu die empathische und ihm zugewandte Unterstützung eines ihm vertrauten und von ihm akzeptierten anderen Menschen: eine so genannte Bezugsperson (s. hierzu Kapitel II). Findet er eine Person, die die Beziehung zu ihm und die sein Umfeld positiv gestaltet, kann der krankhafte Prozess zwar nicht aufgehalten, aber personal aufgefangen werden. Einige Studien scheinen sogar zu zeigen, dass die Arbeit mit der Person sogar positive neurochemische und neurobiologische Veränderungen im Gehirn bewirkt (Müller-Hergl 1999, Pflege von Menschen mit Demenz, S. 212). Die Beobachtungen, die wir während einer Validations-Gruppe – durchgeführt von Annemie Schmidt, Fachbereichsleitung Validation im Landesverein für Innere Mission in der Pfalz – machen konnten, bestätigen dies: Durch intensive Bemühungen kann man auch Menschen mit schwerer Demenz erreichen, und eine Kommunikation mit ihnen wird wieder möglich (→ Validationsgruppe, S. III/40).

Dieses Handbuch will in erster Linie Praktikern – und zwar solchen, die sich beruflich, und solchen, die sich privat (zum Beispiel als Angehörige) um Menschen mit Demenz kümmern – ein Anreiz und eine Hilfe sein, den bisherigen Umgang mit diesen Menschen zu überdenken – und sollte es sich als notwendig erweisen, neue Wege zu gehen.

Wir hoffen, dass durch unser Handbuch deutlich wird, wie vielschichtig die Aufgabe ist, Menschen mit Demenz, aber auch Menschen mit Depressionen und anderen psychischen Veränderungen zu unterstützen und zu begleiten. Wir haben uns aber auch immer wieder bemüht zu zeigen, wie befriedigend diese Arbeit sein kann. Befriedigung werden Sie vor allem immer dann empfinden, wenn es Ihnen gelungen ist, die Tür zu einem Mitmenschen zu öffnen, ob er nun mit einer Demenz zu leben gezwungen ist oder nicht. Wir denken, dass es sich lohnt, diesen Weg zu gehen ...



(2001): „So etwas haben wir in Luxemburg nicht.“ Hochrangige Zweierdelegation aus Luxemburg informierte sich im Krankenhaus Sonnweid. Zürcher Oberländer, 20. Juli 2001 (Artikel abrufbar unter: www.sonnweid.ch/default.htm)

(2001): Augenschein im Demenz-Krankenhaus. Luxemburgische Ministerin besucht Wetziker „Sonnweid“. Neue Zürcher Zeitung, 20. Juli 2001 (Artikel abrufbar unter: www.sonnweid.ch/default.htm)

Besselmann, Klaus; Sowinski, Christine; Rückert, Willi (1998): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Boer, Niek de (2000): Kleine Wohngruppen für Demente – eine Alternative zum Pflegeheim? In: Kreisausschuß des Main-Kinzig-Kreises, Sozialdezernat/Leitstelle für ältere Bürger (Hrsg.) (2000): Herausforderung Demenz: Betreuungsmodelle für die Zukunft. Dokumentation zur Veranstaltung über Dementenbetreuung in der stationären Pflege vom 12.04.00 Stadthalle Schlüchtern, S. 8–16

Dietrich, Hartmut (2001): Einführendes Statement. In: Ethische Fragen der Altenhilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 5–10 (= DMS 1)

Grond, Erich (1998): Pflege Demenzkranker. Hagen: Brigitte Kunz Verlag

Held, Christoph (2001): Alzheimer-Krankheit. Baar: Firma Janssen-Cilag AG (Hrsg.) (Bestelladresse: Janssen-Cilag AG. Alzheimer-Angehörigenbroschüre, Frau Tamara Roten, Sihlbruggstrasse 111, CH-6341 Baar E-Mail: troten@jacch.jnj.com)

Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Christian Müller-Hergl. Bern: Hans Huber Verlag

Klie, Thomas (1994): Recht auf Verwirrtheit? In: Dokumentation der Fachtagung „Fürsorglicher Zwang – Freiheitsentziehung in Heim und Krankenhaus“ am 18. März 1994 in Marburg an der Lahn. Marburg: Marburger Verein für Selbstbestimmung und Betreuung e.V., S. 57–69

Klie, Thomas (2000): Demenz: Ethische Aspekte. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.) (2000): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 54–61

Kruse, Andreas (2001): Die Bedeutung einer ethischen Grundorientierung für die Altenhilfe. In: Ethische Fragen der Altenhilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 11–32 (= DMS 1)

Maciejewski, Britta; Sowinski, Christine (2000): Das „KDA-Türöffnungskonzept“. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.) (2000): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 268–289

Müller-Hergl, Christian (1999): Oft trägt der Schein – Fühlen sich Demenzkranke wohl? Ermitteln Sie es mit dem DCM-Verfahren. In: Altenpflege 3/99, S. 98–103

Müller-Hergl, Christian (1999): Pflege von Menschen mit Demenz. In: Bienstein, Christel; Zegelin, Angelika (Hrsg.) (1999): Handbuch Pflege. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben, S. 208–221

Rasehorn, Helga; Rasehorn, Eckard (1991): Ich weiß nicht, was soll es bedeuten. Für ein anderes Verständnis von Verwirrtheit im Alter. Hannover: Vincentz Verlag

Rasehorn, Helga; Rasehorn, Eckard (1991): Millieugestaltung im Pflegeheim. Integration statt Ausgrenzung. In: Ich weiß nicht, was soll es bedeuten. Hannover: Vincentz Verlag, S. 50–56

Rückert, Willi (2000): Türöffnungskonzept des KDA zum „Erträglichmachen“ der Demenz. In: Tackenberg, Peter; Abt-Zegelin, Angelika (Hrsg.) (2000): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, S. 263–267

Schönhof, Bärbel (2000): Ethische Probleme für Demenzkranke in Zusammenhang mit der Bioethik-Konvention unter besonderer Berücksichtigung der Grundrechte. In: Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Berlin, 9.–11. September 1999. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 293–299

Schwerdt, Ruth (1998): Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer. Hans Jonas und Martin Buber. Bern: Hans Huber Verlag

Schwerdt, Ruth (2001): Pflege im Prozess ihrer Professionalisierung und Qualitätsentwicklung – Prolegomena zu einer Wirtschaftsethik der Pflege. In: Ethische Fragen der Altenhilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, S. 33–59 (= DMS 1)

Sowinski, Christine; Gennrich, Rolf; Schmitt, Belinda; Schmitz, Thomas; Schwantes, Harro; Warlies, Christine (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. Planungshilfen für ambulante Dienste, Hausgemeinschaften, teilstationäre und stationäre Einrichtungen. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (= Forum 36)

Winter, Hans-Peter; Gennrich, Rolf; Haß, Peter (1999): Hausgemeinschaften. Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für Pflegebedürftige und/oder verwirrte alte Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe (= Architektur und Gerontologie 2)

Winter, Hans-Peter (1998): Von den „Neuen Alten“ und den Verwirrten. Wohnen pflegebedürftiger Menschen in stationären Einrichtungen. In: Evangelische Impulse 3/98, S. 16–19

Übersicht über die verwendeten Symbole



Praxisbeispiel



Tipps



hauswirtschaftlich relevant



besonders wichtig



Begriffserklärung



Azneimittelhinweis



Kontaktadresse



Hinweis auf Internetseite



Literaturhinweis



Videohinweis



Lerne die Persönlichkeit des Klienten kennen.

Wichtigster Türöffner im Umgang mit Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen ist, den Menschen gut kennen zu lernen, zu wissen, was er in seinem Leben getan hat, wo er gelebt hat, welche Schicksalsschläge ihm widerfahren sind, welche Interessen, Vorlieben und Gewohnheiten er hat, was er gar nicht mag, wie er mit Problemen und Konflikten umgeht, wie seine Familienstrukturen waren/sind etc. Diese Kenntnisse helfen nicht nur im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen, sondern sind Voraussetzung, jeden Menschen – ob alt oder jung, ob krank oder gesund – und seine Verhaltensweisen verstehen zu können.

Wenn man einmal daran denkt, wie schwierig es ist, schon die nächsten Kollegen gut kennen zu lernen und ihre Launen zu verstehen, oder wie lange man benötigt, um eine enge Freundschaft aufzubauen, innerhalb der man sich ohne viele Missverständnisse versteht, dann wird schnell klar, wie schwierig dieses Kennenlernen bei fremden Menschen ist, die auch noch an einer Depression oder einer demenziellen Erkrankung leiden. Bei einem Menschen mit Demenz ist vielleicht schon das Sprachzentrum in Mitleidenschaft gezogen, so dass man sich nur schwer verbal verständigen kann. Hinzu kommt, dass er sich nur noch schwer erinnern kann oder so verzweifelt über seine Situation ist, dass eine Annäherung erschwert ist. Deshalb ist es umso wichtiger, jede auch noch so kleine Chance zu nutzen, um diese Menschen und ihre Persönlichkeit kennen zu lernen. Das ist auch die Voraussetzung dafür, ein Verhalten, welches zunächst einmal als störend empfunden werden kann, als Herausforderung an die eigene Kommunikations- und Wahrnehmungsfähigkeit, Geduld und Aufmerksamkeit zu verstehen. Insofern sollte man grundsätzlich immer versuchen, „störendes“ Verhalten als „herausforderndes“ Verhalten zu begreifen. Denn kein Mensch ist grundlos aggressiv, niedergeschlagen oder apathisch.

Um einen Menschen kennen zu lernen und Kontakt zu ihm aufzubauen, muss man eine Kommunikationsebene finden, auf der ein Austausch möglich ist. Die Lebensaktivität „Kommunizieren können“ ist eine der 13 Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL-Bereiche) nach der Pflegeprofessorin Monika Krohwinkel und erhält auch in diesem Kapitel einen besonderen Stellenwert.



In diesem Kapitel sollen Hilfestellungen für Mitarbeiter in Pflege- und Hauswirtschaft gegeben werden, die in stationären und teilstationären Einrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Hausgemeinschaften arbeiten. Auch für Angehörige können vielleicht einige Anregungen hilfreich sein. Das Kapitel ist in die sechs folgenden Handlungsanweisungen gegliedert:

1.
Stellen Sie Kontakt
zum Klienten her.
Fragen Sie ihn,
seien Sie aufmerksam,
handeln Sie
mit ihm.

2.
Stellen Sie
Kontakt zu den
Angehörigen her und
arbeiten Sie mit
ihnen zusammen.

3.
Versuchen Sie im
weiteren Kontakt,
den älteren Menschen
genauer kennen zu
lernen (Biografiearbeit).
Verändern Sie daraufhin die
alltägliche Unterstützung
für den Klienten bzw.
die Angebote Ihrer
Pflegeeinrichtung/Ihres
ambulanten Dienstes.

4.
Dokumentieren Sie
Informationen für den
Pflege- und Begleitungsprozess.
Planen Sie aufgrund dieser
Informationen die
Maßnahmen, die der Klient
erhalten soll, und diskutieren
Sie sie mit dem älteren
Menschen und seinen
Angehörigen.

5.
Regen Sie eine
diagnostische Abklärung
an und bewerten Sie
eigene Informationen
und Beobachtungen
entsprechend.

6.
Überprüfen
(evaluieren) Sie Ihre
Beobachtungen
und die Ergebnisse
Ihrer Arbeit und bewerten
Sie die Lebensqualität
der Klienten sowie Ihr
eigenes Verhalten
und das
Ihrer Kollegen.



Stellen Sie Kontakt zum Klienten her. Fragen Sie ihn, seien Sie aufmerksam, handeln Sie mit ihm.

Die Kontaktaufnahme, das Halten und das Beenden eines Kontaktes mit einem Menschen, der psychisch verändert erscheint, ist oft sehr schwierig und kann psychisch sehr belastend sein. Vor allem für Angehörige, die von ihrer Mutter, ihrem Vater oder Partner, ihrer Tante oder ihrem Geschwister nicht mehr erkannt werden. Um Kontakt herzustellen, ihn zu halten und ihn auch wieder zu beenden, kann es für Angehörige und Mitarbeiter



in Pflege und Hauswirtschaft oft hilfreich sein, sich mit folgendem Regeln zu beschäftigen, die wir den „Diana-Effekt“ genannt haben.

Foto: PA News Photo Library

Der Diana-Effekt

1. Stellen Sie Augenkontakt her. Gehen Sie dazu unter Umständen in die Hocke.
2. Sprechen Sie empathisch und wertschätzend mit dem Klienten. Vermeiden Sie unbedingt eine negative Ansprache. Beißen Sie sich lieber auf die Zunge als etwas Herabwürdigendes zu sagen. Atmen Sie lieber tief durch oder verlassen Sie den Raum. Gehen Sie wieder in den Kontakt, wenn Sie sich etwas beruhigt haben.
3. Berühren Sie den Klienten vorsichtig. Achten Sie auf seine nonverbalen und verbalen Signale. Ziehen Sie die Hand sofort zurück, wenn Sie das Gefühl haben, dass dem Klienten die Berührung unangenehm ist.
4. Wenn Sie den Kontakt beenden, seien Sie klar und eindeutig und benutzen Sie unter Umständen Rituale, auf die der Klient reagiert, zum Beispiel „auf Wiedersehen sagen“ und winken. Versuchen Sie, beim Beenden des Kontaktes keine Schuldgefühle zu haben. Versuchen Sie auch, den Abschied fließend und weniger abrupt zu gestalten.



In den Biografien über Lady Diana war zu lesen, dass sie im Rahmen ihrer Schulausbildung einen Kurs besucht hat, in dem es um die Kontaktaufnahme mit Menschen mit Behinderung ging. Bei ihren öffentlichen Auftritten hat sie die drei Regeln

- Augenkontakt
- wertschätzende Ansprache
- vorsichtige Berührung

konsequent eingesetzt. Als Lady Diana das erste Mal einen Menschen, der an AIDS erkrankt war, in der Öffentlichkeit umarmte, veränderte diese Berührung sozusagen über Nacht die Einstellung gegenüber Menschen mit einer HIV-Infektion und der AIDS-Erkrankung. So konnte man in den AIDS-Beratungsstellen feststellen, dass viele Menschen nun eher glaubten, dass man sich nicht über einen alltäglichen körperlichen Kontakt – wie Hände schütteln – mit HIV infizieren kann. Wir benutzen das Bild mit dem Lady-Diana-Effekt als ein Muster, wie man die Kontaktaufnahme zu psychisch veränderten Menschen gestalten kann.

Schon bei der Kontaktaufnahme sollte man daran denken, wie man den Kontakt wieder beenden kann. Denn viele Mitarbeiter in Pflege und Hauswirtschaft haben Angst, überhaupt Kontakt aufzunehmen, weil sie glauben, dass sie aus diesem Kontakt nicht mehr herauskommen. Die Mitarbeiter haben dann ein schlechtes Gewissen, wenn sie die Menschen wieder alleine lassen müssen. Die Menschen mit Demenz und Depressionen erscheinen zum Teil so bedürftig, dass man glaubt, man werde von ihnen aufgefressen, sie lassen einen nicht mehr los oder „sie saugen einen auf“.

Man kann sich erst dann auf den Kontakt einlassen, wenn man bei sich selber feststellt, dass das Wechselspiel zwischen Nähe und Distanz zum Klienten gelingt. Wenn man hingegen glaubt, man komme aus dem Kontakt nicht mehr heraus, so wird man alles tun, um einen intensiveren Kontakt zu vermeiden. Und genau das kann man in vielen Pflegeeinrichtungen beobachten: Die Mitarbeiter vermeiden den Kontakt, indem sie sich einfach nicht auf die Augenhöhe des älteren Menschen begeben. Sehr häufig ist zu beobachten, dass die Pflege- und hauswirtschaftlichen Mitarbeiter stehen, während die älteren Menschen im Rollstuhl, am Tisch oder im Sessel sitzen. In der Regel kann man davon ausgehen, dass der Kontakt so nur schwerlich gelingt oder nur dann greift, wenn der ältere Mensch noch sehr gut hören oder den Kopf bewegen kann und kognitiv sehr leistungsfähig ist.



Stellen Sie Augenkontakt her. Gehen Sie dazu unter Umständen in die Hocke.

Auf dem Foto sieht man, dass die Augen der älteren Frau und die Augen der Mitarbeiterin nicht auf einer Höhe sind. Die ältere Frau sieht nur den Löffel, nicht aber das Gesicht der Person, die den Löffel führt. Die Pflege-



Foto: Claudia Thoelen

mitarbeiterin hält die Hand der älteren Frau. Man kann nicht richtig erkennen, ob dies in liebevoller Weise oder eher fordernd geschieht. Aber man sieht schon an dem Bild, wie ungünstig diese Konstellation für eine Kontaktaufnahme ist. Besser wäre es, wenn die Pflege-
mitarbeiterin sitzen würde und Klientin und Mitarbeiterin sich in die Augen schauen könnten.

In dieser Situation können sich die ältere Frau und die Mitarbeiterin ebenfalls nicht in die Augen schauen, da die Mitarbeiterin sich der älteren Frau von hinten nähert. Beide haben zwar Körperkontakt, der offensichtlich von der Klientin sehr befürwortet wird, da ihre Hand über der der Pflegemitarbeiterin liegt. Aber auch hier ist kein Augenkontakt möglich. Im nächsten Bild kann man sehen,



Foto: Theodor Oberheimann



Foto: Theodor Oberheimann

dass der Mitarbeiter darauf achtet, dass die Augenhöhe zwischen ihm und dem älteren Herrn gleich ist. Er steht aber in einer für ihn unbequemen Position, so dass er diesen Kontakt nicht über einen längeren Zeitraum halten kann.





Foto: Theodor Oberheitmann

körperliche Ausdauer. Sitzt man längere Zeit in der Hocke, zieht das unter Umständen sehr in der Oberschenkelmuskulatur.

Günstig ist es, vor dem älteren Menschen zu hocken, denn in dieser Position kann er auf den Mitarbeiter herabschauen. Das ist für ihn entspannender als zu dem Mitarbeiter aufzuschauen. Er hat eine bessere Übersicht und kann den Kopf senken, um dem Mitarbeiter ganz ins Gesicht zu schauen. Das Arbeiten in der Hocke, wie man es bei Lady Diana beobachten konnte, erfordert allerdings auch eine gewisse



Foto: Landesverein für Innere Mission in der Pfalz

wöhnlich es auch im Pflegealltag wirkt, wenn ein Mensch solch einen intensiven Kontakt sucht. Annemie Schmidt hat sich konsequent immer zuerst auf die Augenhöhe der älteren Menschen eingestellt (→ Validation® nach Feil, S. III/35; → Validationsgruppe, S. III/40).

Zum Abschluss ein Bild mit der Validationstrainerin Annemie Schmidt zusammen mit einer 95-jährigen Bewohnerin: Als wir Annemie Schmidt während einer Gruppenvalidation bei ihrer Arbeit beobachten durften, waren wir sehr beeindruckt von ihren Fähigkeiten, zu Menschen mit Demenz Kontakt aufzubauen und über lange Zeit zu halten, auch wenn diese sehr „versunken“ schienen. An ihr ist uns aufgefallen, wie unge-

Sprechen Sie empathisch und wertschätzend mit dem Klienten. Vermeiden Sie unbedingt eine negative Ansprache. Beißen Sie sich lieber auf die Zunge als etwas Herabwürdigendes zu sagen. Atmen Sie lieber tief durch oder verlassen Sie den Raum. Gehen Sie wieder in den Kontakt, wenn Sie sich etwas beruhigt haben.

Tom Kitwood beschreibt in seinem Buch „Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen“ wie wichtig es ist, dass Menschen mit Demenz das Gefühl vermittelt wird, dass sie immer noch Personen sind und als solche behandelt werden (→ personenzentrierte Pflege, S. III/1). Nicht die gestörten Funktionen, sondern der Erhalt des Person-Seins steht



im Mittelpunkt. Erniedrigt man Menschen mit Demenz, so treibt man die so genannte Involutionsspirale vorwärts. Das heißt, der Mensch mit Demenz hat das Gefühl, immer weniger zu können, und Kitwood spricht sogar davon, dass dies den neurologischen Verfall vorantreibt.

Je positiver sich also die Beziehung und das Umfeld für den Betroffenen gestaltet, desto mehr kann man den krankhaften Prozess durch die Beziehung auffangen. So spricht Christian Müller-Hergl (1999) davon, dass einige Studien die Vermutung nahe legen, dass die positive Arbeit an und mit der Person auch positive neurochemische und neurobiologische Veränderungen bewirkt. Deshalb ist es unbedingt notwendig, die so genannten „türschließenden“ Verhaltensweisen bei sich selbst wahrzunehmen und abzustellen (→ Dementia Care Mapping, S. 1/117).

Das Verhalten von Menschen mit Demenz, Depressionen und psychischen Veränderungen zeigt einem selbst schnell die eigenen nervlichen Grenzen auf. Einige Mitarbeiter berichteten uns, dass es ihnen hilft, wenn sie sich herabwürdigende Äußerungen konsequent verbieten (z. B.: „Frau Müller, haben Sie wieder das ganze Zimmer schmutzig gemacht?“/„Frau Meier, Sie fragen mich das zum 100sten Mal!“/„Herr Rudolf, laufen Sie mir doch nicht andauernd hinterher!“). Oft geht es nach einer Minute schon besser, und man muss sich nicht mit dem Schaden auseinandersetzen, den man mit solchen herabwürdigenden Äußerungen anrichtet. Denn den Schaden trägt nicht nur der betroffene ältere Mensch, sondern auch die Pflege- und hauswirtschaftlichen Mitarbeiter, die jetzt merken, dass Störungen in die Beziehung eingetreten sind. Es geht alles „nicht so gut von der Hand“, sie brauchen bei der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Unterstützung länger.

Es ist also wichtig, dass man sich negative Gefühle eingesteht. Denn diese Gefühle sind nicht nur verständlich, sondern auch natürlich. Kein Mensch kann immer freundlich oder gut gelaunt sein, und das muss er auch gar nicht. Man sollte aber unbedingt versuchen, solche Gefühle aus der Interaktion mit Menschen mit Demenz oder auch mit Depressionen herauszuhalten, da man ihren Zustand damit verschlechtern kann.

Versuchen Sie, einen adäquaten Kommunikationsstil zu finden.

Gerade bei Menschen mit Demenz, deren Sprachzentrum beschädigt ist, ist es wichtig, einen verständnisvollen verbalen und nonverbalen Kommunikationsstil aufzubauen (→ Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden, S. IV/45). Vor allem Mimik, Stimmlage und Haltung verraten viel über die Gefühle eines Menschen und unterstützen das Gesagte. So kann die nonverbale Kommunikation zum Beispiel beim Essen unterstützend wirken: Besser als die Verbalisierung „Hier ist der



Löffel“ ist es, die erforderlichen Bewegungen vorzumachen oder den Klienten leicht am Ellbogen zu berühren (taktiler Reiz), seine Hand zu führen oder den Löffel zu zeigen (visueller Reiz).



Tipps

- Stellen Sie lieber geschlossene als offene Fragen, da sie leichter zu beantworten sind (Statt: Was möchten Sie trinken? Warum geht es Ihnen schlecht? Besser: Möchten Sie Tee trinken? Möchten Sie Saft trinken? Haben Sie Schmerzen? Fühlen Sie sich einsam? Sind Sie traurig? etc.) (→ Validation, S. III/34).
- Bei den geschlossenen Fragen ist es aber wichtig zu beachten, dass Suggestivfragen den Menschen zwar helfen können, sich auszudrücken, aber auch zu Missverständnissen führen können, weil sie auf Vermutungen beruhen. Wenn Sie einen Menschen mit Demenz oder Aphasie beobachten, der sehr unruhig erscheint, vermuten Sie vielleicht, dass es ihm nicht gut geht. Wenn Sie ihn nun fragen: „Geht es Ihnen nicht gut?“, helfen Sie ihm zwar mit dieser Frage, seine Gefühle auszudrücken, weil er einfach nur „ja“ antworten muss (vorausgesetzt, es geht ihm wirklich nicht gut). Sie drücken ihm mit dieser Frage aber unter Umständen auch ihre Beobachtung auf. Vielleicht ist es ja ein ganz anderes Gefühl, das sein Verhalten ausmacht, und dann gilt es, dieses Gefühl herauszufinden.
- Oft wird aber das Verbalisieren von Gefühlen als angenehm empfunden. Wenn zum Beispiel eine Klientin sagt: „Ich will zu meiner Mutter“, könnten Sie antworten: „Fühlen Sie sich alleine und einsam?“, um ihr beim Ausdruck ihrer Gefühle zu helfen, aber auch um ihr zu zeigen, dass Sie das Gefühl kennen.
- Menschen mit Depressionen sollten Sie eher zu etwas auffordern, als sie zu fragen, ob sie zu bestimmten Dingen Lust haben. Also eher: „Kommen Sie, Frau Müller, wir gehen spazieren“, statt: „Möchten Sie spazieren gehen?“ Denn vielen Menschen mit Depressionen fallen – vor allem positive – Entscheidungen schwer. Sprechen Sie immer deutlich und klar.

Den Mitarbeitern sollte bewusst sein, dass eine demenzielle Erkrankung das Sprachzentrum so beeinflussen kann, dass nicht nur die Sprachproduktion, sondern auch das Sprachverständnis wesentlich beeinträchtigt ist. Aber nicht immer sind Sprachproduktion und Sprachverstehen gleichermaßen gestört. So kommt es zum Beispiel bei Menschen, die an einer Broca-Aphasie leiden, zwar zu einer Störung des Sprechens, das Verstehen kann aber noch einigermaßen gut erhalten sein (→ Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden, S. IV/45).



Die Sprachwissenschaftlerin Svenja Sachweh hat herausgefunden, dass viele Pflegende die gestörte Sprache von Menschen mit Demenz oder Aphasien spiegeln, also auch nur einzelne Wörter aneinander reihen und ihre Sätze so verkürzen. Ein Gespräch zwischen einem Schüler und einem älteren Herrn mit einer Broca-Aphasie hingegen zeigte, dass der Schüler „ganz normal“ mit diesem Mann sprach und seine Sätze nicht verkürzte. Der Schüler gab allerdings kleinere Hilfestellungen: Beispielsweise stellte er viele Fragen, die der Klient nur mit „Ja“ oder „Nein“ oder einem einzigen anderen Wort beantworten konnte (z. B. die Frage nach dem nächsten Fußballspiel oder nach dem Gegner der deutschen Mannschaft). Denn dem Klienten fiel es aufgrund seiner Erkrankung schwer, ganze Sätze zu bilden. Trotzdem konnte er sich so aktiv am Gespräch beteiligen. Natürlich siezte der Schüler den Klienten auch. Insgesamt gab er ihm das Gefühl, als Erwachsener und Gesprächspartner ernst genommen zu werden, und konnte sich so – trotz Sprachproblemen – mit ihm über sein Befinden und seine Hobbies unterhalten (Sachweh 1999, S. 209).

Bei Menschen mit einer Wernicke-Aphasie ist vor allem das Sprachverstehen beeinträchtigt, die Aussprache ist einigermaßen deutlich, aber inhaltlich häufig nicht verständlich (→ Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden, S. iv/45). An einem Gespräch zwischen einer Altenpflegerin und einer älteren Frau mit diesem Typ der Aphasie machte die Sprachwissenschaftlerin Sachweh folgende Beobachtungen: Die Mitarbeiterin versuchte, die Tonhöhe der Klientin zu interpretieren, um zu wissen, wann diese einen Satz beendet. Sie sprach mit der alten Dame über die gerade notwendigen Handlungen, obwohl sie nicht genau wusste, wie viel die Frau davon verstehen konnte. Häufig leitete sie ihre Sätze mit dem Wort „so“ ein, um Aufmerksamkeit zu erregen („So, Frau Wiedek, jetzt sind Sie schon fertig.“). Auch wenn die Mitarbeiterin häufig nicht verstehen konnte, was die Klientin sagen wollte, signalisierte sie ihr, dass sie zuhört („mhm“). Bei verständlichen Äußerungen fragte sie nach. Insgesamt schien sie ein Gespräch vor allem vorzutäuschen, da keine inhaltliche Verständigung möglich war. Aber die häufige Ansprache der Klientin mit ihrem Nachnamen sollte ihr zumindest das Gefühl einer richtigen und wertschätzenden Unterhaltung geben (Sachweh 1999, S. 203 f.).

Ein weiteres Beispiel der Untersuchung ist ein Gespräch mit einer Frau, die an einer amnestischen Aphasie leidet. Bei dieser Form können die betroffenen Menschen zwar grammatikalisch richtige Sätze bilden, ihnen fallen aber häufig die richtigen Wörter nicht ein (→ Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden, S. iv/45). Im Gespräch mit der betreffenden Frau ließ ihr der Mitarbeiter viel Zeit zu antworten, damit sie sich nicht unter Druck gesetzt fühlte. Er forderte sie sogar ausdrücklich auf, sich Zeit zu lassen. Manchmal versuchte er, ihre Wörter zu erraten und ihr eine Lösung anzubieten. Offensichtlich falsch verwendete Wörter akzeptierte er entweder durch Bestätigung oder



fragte noch einmal nach, um das Gemeinte zu interpretieren (Sachweh 1999, S. 197):

Mitarbeiter: „War es Ihnen zu trocken das Frühstück?“

Klientin: „Nein. Das kann man nicht sagen.“

Mitarbeiter: „Oder zu wenig?“

Klientin: „Zu wenig Feuchtigkeit eher.“

Der Mitarbeiter versuchte, der Klientin Wörter anzubieten, damit sie ihre Gefühle versprachlichen konnte (→ Validation, S. III/34).

Häufig kann man beobachten, dass die Mitarbeiter mit demenziell erkrankten oder psychisch veränderten Menschen in einer Babysprache reden: Sie sprechen dann sehr hoch, abgehakt, benutzen Kunstwörter („kuckuck“, „heia“, „teita“) und wiederholen sich. Oft kommen in der Babysprache auch Verniedlichungen wie „Hemdchen“, „Höschen“ etc. vor. Nicht selten duzen die Mitarbeiter die Klienten sogar. Auch wenn viele Mitarbeiter es gut meinen, so zeigt eine solche Sprache keinerlei Wertschätzung und Anerkennung. Sie macht den Klienten deutlich, dass sie ohnmächtig und unterlegen sind. Regelrecht „babyhaft“ wirkt auch das „Krankenschwester-Wir“: Interessanterweise tritt es häufig vor oder während der Intimpflege auf: Sagt ein Mitarbeiter zu einer Klientin, „So, jetzt müssen wir uns waschen!“, ist diese Äußerung schlichtweg nicht richtig. Vielleicht muss sich der Mitarbeiter ja tatsächlich waschen, aber er hat es ganz sicher in dieser Situation nicht vor, sondern er will nur der Klientin beim Waschen helfen. Gerade im Umgang mit Klienten des anderen Geschlechts kann eine solche Äußerung zu Missverständnissen führen, zum Beispiel dann, wenn ein älterer Mann an einer Demenz leidet oder desorientiert ist und es um die Intimpflege geht, kann er sich zu sexuellen Handlungen aufgefordert fühlen, wenn eine Mitarbeiterin zu ihm sagt, „So, jetzt müssen wir uns aber ausziehen!“ (Sachweh 1999, S. 145 ff).



Tipps

- Stellen Sie fest, ob ein Klient vielleicht einfach nur nicht gut hört, wenn Sie mit ihm sprechen. Vielleicht kann er auch nicht gut sehen: Eine Sehschwäche kann auch dazu führen, dass man seinen Gesprächspartner nur schlecht versteht, weil man seine Mimik und Gestik nicht richtig erkennen und interpretieren kann. Überprüfen Sie, ob der Klient eine seiner Sehstärke angepasste Brille, ein gut funktionierendes Hörgerät (dass er auch bedienen kann) und eine gut sitzende Zahnprothese hat, die keine Schmerzen verursacht. Vielleicht ist es auch einfach zu dunkel, und der Klient kann Sie nicht richtig erkennen.
- Sprechen Sie niemals im Beisein eines Menschen – ob krank oder gesund – über ihn, sondern immer nur mit



ihm. Auch wenn Sie glauben, „Der kriegt das sowieso nicht mehr mit“. Wenn Sie mit ihm sprechen – auch wenn er keine Reaktion zeigt –, zeigen Sie ihm und seiner Umgebung (Mitarbeitern, Angehörigen, Mitbewohnern), dass sie vor ihm Respekt haben.

- Wenn Sie einen Bewohner ansprechen, sprechen Sie ihn mit Namen und Titel an und berühren sie ihn eventuell leicht (aber berühren Sie ihn nicht von hinten, ohne dass er sie vorher gesehen hat, denn das kann ihn erschrecken).
- Ihre Sprache sollte deutlich, langsam, in einem ruhigen Tonfall und nicht übertrieben laut sein. Auch schwerhörige Menschen hören besser, wenn man mit ihnen in einer normalen Lautstärke, dafür aber langsam, deutlich und in kurzen Sätzen spricht.
- Zu den kurzen, einfachen Sätzen gehört, dass Sie nur eine Mitteilung pro Satz machen. Vermeiden Sie Schachtelsätze und Fragen wie: „Möchten Sie Kaffee, Tee oder Wasser oder lieber was anderes?“ Diese Frage beinhaltet eigentlich vier Fragen, ein Mensch mit Demenz kann hiervon überfordert sein und antwortet vielleicht gar nicht.
- Häufig hilft auch eine ritualisierte Sprache und die Verwendung von Floskeln, da auch Menschen mit einer schweren Demenz früh erlernte und immer wieder benutzte Floskeln und Sprichwörter noch abrufen und verstehen können.
- Gliedern Sie Handlungsanleitungen in Teilschritte und unterstützen Sie den Klienten unter Umständen, indem Sie ihm bei dem Bewegungsablauf helfen. Also nicht: „Jetzt nehmen Sie den Löffel und bewegen den Arm und vergessen Sie nicht zu pusten vor dem Essen.“
- Unterstützen Sie Ihre verbalen Äußerungen mit non-verbalen Signalen: Wenn Sie zum Beispiel eine ältere Dame freundlich zum Tee bitten, dann lächeln Sie dabei. So steht auch Ihre Mimik im Einklang mit dem, was Sie sagen. Wenn Ihnen nicht zum Lachen zu Mute ist, dann lächeln Sie auch nicht: Sie müssen nicht immer fröhlich sein. Verlassen Sie lieber kurz die Pflegesituation, wenn Sie sehr ärgerlich sind. Denn wenn Sie etwas Nettes sagen, aber Ihre Mimik das Gegenteil signalisiert, bekommen das auch Menschen mit Demenz sehr deutlich mit.
- Auch alte und kranke Menschen lachen gerne. Deshalb: Nutzen Sie Ihren Humor und den der Klienten (→ S. III/229)!
- Kommentieren Sie Ereignisse und (Pflege-)Handlungen, auch wenn Sie glauben, dass sie nicht verstanden werden: Wenn Sie zum Beispiel einem Klienten einen Verband anlegen und Sie das Gefühl haben, er versteht nicht mehr, was sie tun, kommentieren Sie trotzdem Ihre Handlungsschritte und sprechen Sie mit ihm. So unterstützen Sie den Menschen in seinem Person-Sein (→ personenzentrierte Pflege, S. III/1).
- Hören Sie geduldig zu und „überholen“ Sie den Klienten nicht, indem Sie alles schneller machen (oder sprechen),



als er es kann, und er das Gefühl hat, nicht mithalten zu können.

- Wenn der Klient nach Wörtern sucht und es ihm sehr schwer fällt, diese zu finden, springen Sie ein und helfen Sie ihm (aber reagieren Sie nicht zu schnell, denn sonst fühlt er sich überholt).
- Wenn Sie Gespräche über konkrete Themen wie Eltern, Kindheit, Interessen, Tiere etc. führen, wird Ihnen das sicher leichter fallen als über abstrakte Themen wie Liebe oder Hoffnung zu reden.
- Menschen mit Aphasien helfen Sie, indem Sie sie logopädisch unterstützen und Hilfsmittel wie Sprachcomputer, Schreib- und Bildtafeln einsetzen (→ Die Zusammenarbeit mit den Sprachheilpädagogen/Logopäden, S. IV/45).

Zur Kommunikation gehört auch, dass Pflegende und Klienten die gleiche Sprache sprechen. Denn auch türkische Klienten, die eine andere Muttersprache als Deutsch haben, fühlen sich vielleicht wohler, wenn sie in ihrer Muttersprache sprechen können. Auch Klienten, die zwar Deutsch als Muttersprache haben, aber lange Zeit im Ausland gelebt haben, können unter Umständen trotz ihrer fortgeschrittenen demenziellen Erkrankung die Fremdsprache noch gut. Spricht man mit ihnen in dieser Sprache, könnte dies Erinnerungen wecken und einen Zugang ermöglichen.

Beispiel für einen Gesprächsablauf, übersetzt aus dem Buch „Care to Communicate“ von Jennie Powell:

Sie möchten einem Menschen mit Demenz („Jim“) Folgendes mitteilen: „Sie werden es nicht glauben: aber John und Rachel heiraten morgen früh in der Kirche direkt um die Ecke!“ Dieser Satz enthält viele Informationen, die ein Mensch mit Demenz unter Umständen nicht alle verstehen wird. Besser ist deshalb folgender Gesprächsablauf:

- | | |
|---|---|
| „Jim“ | <ul style="list-style-type: none">• Berühren Sie seinen Arm.• Versuchen Sie in Augenkontakt zu kommen.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig. |
| „Ich möchte Ihnen gerne etwas über John erzählen“ | <ul style="list-style-type: none">• Legen Sie eine Pause ein.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig.• Zeigen Sie Jim ein Foto von John. |
| „Er heiratet morgen“ | <ul style="list-style-type: none">• Legen Sie eine Pause ein.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig. |
| „Seine Frau heißt Rachel“ | <ul style="list-style-type: none">• Legen Sie eine Pause ein.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig. |
| „Sie heiraten in der Kirche St. Catherine“ | <ul style="list-style-type: none">• Legen Sie eine Pause ein.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig. |
| „Die Kirche St. Catherine ist in der Kings Road“ | <ul style="list-style-type: none">• Legen Sie eine Pause ein.• Wiederholen Sie sich, wenn nötig. |



Verwenden Sie Sprichwörter und Redewendungen

Viele Menschen mit Demenz können Sprichwörter und Redewendungen noch gut verstehen und auch selbst verwenden. Denn sie sind im Gehirn automatisch als ganze Muster abrufbar. Häufig werden sie – auch von Menschen mit Aphasie – verwendet, um ihre Sprachschwierigkeiten zu verdecken. Sprichwörter sind aber grundsätzlich auch ein guter Zugang zu Menschen, die Probleme mit dem Verbalisieren von Gefühlen haben. Denn Redewendungen drücken oft Emotionen oder tiefer liegende Wahrheiten aus. Während ihrer Fortbildungen in der Integrativen Validation führt Nicole Richard häufig das Beispiel einer Klientin an, die nach Hause will, um ihre Kinder zu versorgen. So könnte man dieser Frau beispielsweise besser begegnen mit „Kleine Kinder kleine Sorgen, große Kinder große Sorgen“, statt zu versuchen, sie mit einer Tasse Kaffee „zurück ins Haus zu locken“ (→ Integrative Validation, S. III/51).

Berühren Sie den Klienten vorsichtig. Achten Sie auf seine nonverbalen und verbalen Signale. Ziehen Sie die Hand sofort zurück, wenn Sie das Gefühl haben, dass dem Klienten die Berührung unangenehm ist.

Berührungen gehören nicht nur zu pflegerischen Leistungen, sondern können auch ein Gespräch begleiten. Berührungen können auch eine Art nonverbaler Kommunikation sein. Auch bei einem Spaziergang sind Berührungen von Bedeutung.

Um Nähe zu schaffen und dem Menschen Wohlbefinden zu vermitteln, müssen Berührungen eindeutig sein und von beiden Seiten akzeptiert werden. Dabei ist es ganz wichtig, dass die Individualität der Klienten und damit ihre Biografie betrachtet wird. Denn für Menschen, die Berührungen auch aus ihrem Familienleben nicht gewöhnt sind, kann eine Umarmung schon grenz-

überschreitend sein. Sie kann aber auch je nach Situation und Beziehung gut tun. Wichtig ist es, nonverbale Zeichen zu beachten und das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz zu finden: Also jemandem Halt und Zuneigung bieten, ohne ihm jedoch zu nahe zu treten (→ Basale Stimulation®, S. III/190; → Validation, S. III/34).



Foto: Landesverein für Innere Mission in der Pfalz

gen körperlichen Kontakt mit einer 95-jährigen Bewohnerin. Für eine solche Berührung muss eine Mitarbeiterin wissen, welche Berührung der ältere Mensch akzeptiert und angenehm findet und



welche Berührungen er nicht möchte. Man sieht auf dem Foto, dass Annemie Schmidt in Augenhöhe mit der alten Dame geht und sie gleichzeitig an zwei Stellen berührt. Sie weiß, dass die Bewohnerin diesen Kontakt mag und auch braucht, um in eine Beziehung mit ihr zu treten. Eine solche Kontaktaufnahme setzt allerdings voraus, dass die Mitarbeiter die Klienten schon länger kennen und wissen, wie man Körperkontakt herstellt. Dies wiederum setzt voraus, dass die Klienten feste Bezugspersonen bei den Mitarbeitern haben (→ Bezugspersonenpflege, S. 11/4). Im nächsten Bild ist zu sehen, dass die Berührung von einer Klientin selbst ausgeht.



Foto: Katholische Kliniken
Ruhrhalbinsel, Essen

Tom Kitwood und Christian Müller-Hergl sprechen davon, dass Menschen mit Demenz wie kleine Kinder ein Verlangen nach primärer Bindung haben und ein so genanntes Attachment-Verhalten zeigen. Sie laufen den Mitarbeitern zum Beispiel hinterher, klammern sich an sie und rufen ständig. Menschen mit Demenz fühlen sich oft unwohl in einer für sie fremden Umgebung und suchen nach primären Bindungen, um

sich durch diese „Elternfixierung“ emotional zu orientieren. Dieses Verhalten wird oft von den Mitarbeitern als „Bemächtigung“ oder als „gefressen werden“ erlebt und abgewehrt (Müller-Hergl 1999, S. 211). Ebenso zeigen viele Menschen mit Demenz oder Depressionen das Verlangen nach Trost. Sie wollen und brauchen – wie andere Menschen auch – Zuwendung, behutsame körperliche Nähe, Zärtlichkeit gemischt mit Festigkeit (Orientierung) und die Beschwichtigung ihrer Ängste.

Wenn Sie den Kontakt beenden, seien Sie klar und eindeutig und benutzen Sie unter Umständen Rituale, auf die der Klient reagiert, zum Beispiel „auf Wiedersehen sagen“ und winken. Versuchen Sie, beim Beenden des Kontaktes keine Schuldgefühle zu haben. Versuchen Sie auch, den Abschied fließend und weniger abrupt zu gestalten.

Dies ist natürlich alles leichter gesagt als getan. Die Fähigkeit, den Kontakt in einer einigermaßen befriedigenden Weise zu beenden, stellt die Voraussetzung dafür dar, überhaupt Kontakt aufnehmen zu können.

Das anklammernde Verhalten – das so genannte Attachment-Verhalten – macht den Angehörigen, aber auch Mitarbeitern in Pflege und Hauswirtschaft Angst, weil sie befürchten, da nicht



wieder herauszukommen. Eine Möglichkeit, den Kontakt aufzubauen und eindeutiger zu beenden, bietet die so genannte Initialberührung (Hubert 1999).

Die Initialberührung findet vor und nach jeder pflegerischen Maßnahme immer an der gleichen Körperstelle statt (beispielsweise an den Schultern, den Armen oder den Händen). Vorher müssen die Mitarbeiter abklären, ob es Körperstellen gibt, an denen die älteren Menschen nicht berührt werden möchten. Die Intervention muss mit dieser Berührung auch wieder abgeschlossen werden, damit der Klient nicht in einer Erwartungs- und Spannungshaltung verbleibt. Gleichzeitig sollte man vor Beendigung des Kontaktes den Körperkontakt weniger werden lassen und eine Distanz zwischen den Körpern langsam wieder aufbauen. Wichtig ist es dabei, eindeutig zu bleiben und langsam aus dem Kontakt herauszugehen, um den Klienten nicht zu verwirren. Man kann das Beenden gleichzeitig verbal unterstreichen: Man bleibt in Augenkontakt und sagt zum Beispiel „Ich muss jetzt gehen, ich helfe Frau M., ich komme wieder“. Wenn man das Gefühl hat, dass es dem älteren Menschen gut tut, kann man auch winken und dadurch signalisieren, dass man sich jetzt verabschiedet. Die Initialberührung muss in der Pflegeplanung dokumentiert werden.

Viele Mitarbeiter berichteten uns, dass dieses Lösen aus dem Kontakt und der Berührung für sie sehr schwierig ist, weil sie Mitleid mit den Klienten haben, die für sie so verloren und verlassen aussehen. Diesen Zustand können die Mitarbeiter nicht gut ertragen, da er ihnen Schuldgefühle verursacht. Um nicht in einen emotionalen Konflikt zu geraten, versuchen sie also schon vorher, kalt zu sein und Abweisung auszustrahlen. Tatsächlich ist es aber so, dass es für die älteren Menschen schlimmer ist, wenn man sich gar nicht erst tiefer auf einen Kontakt einlässt als diesen tieferen Kontakt für einige Zeit abubrechen.





Tipps

- Beobachten Sie die Kontaktaufnahme seitens der Mitarbeiter zu den Klienten.
- Stellen Sie dabei bestimmte Muster fest, zum Beispiel ob die Mitarbeiter Augenkontakt oder Berührungen vermeiden.
- Überlegen Sie in einem Qualitätszirkel oder in mehreren Mitarbeiterbesprechungen, wie man diesbezüglich Verbesserungen erzielen könnte. Diskutieren Sie diese Erkenntnisse in einer Atmosphäre der Wertschätzung, ohne dabei einzelne Mitarbeiter bloßzustellen.
- Überlegen Sie, ob es vielleicht sinnvoll ist, die Gruppensituation in teilstationären und stationären Einrichtungen durch einen externen oder internen Dementia Care Mapper evaluieren zu lassen (-> Dementia Care Mapping, S. 1/117).
- Diskutieren Sie im Team, ob es sinnvoll wäre – nach Absprache mit den Klienten und/oder ihren Angehörigen und Betreuern – Videoaufnahmen über die Kontaktaufnahme zu erstellen. Beim Ansehen der Videoaufnahmen werden die Mitarbeiter in Pflege und Hauswirtschaft feststellen, wo sie Verbesserungen in ihrem Kontaktverhalten erzielen können.
- Sie werden feststellen, dass der Umgang mit Menschen mit Demenz und Depressionen Widerstände und Abwehr auslöst. Viele Mitarbeiter haben Angst, so zu werden wie „die“. Man will sich auf das Verrückte und das Chaos nicht einlassen. Überlegen Sie deshalb, ob Sie nicht eine fallbezogene Supervision durch ausgebildete Supervisoren durchführen lassen könnten (s. Kontaktadresse).
- Überlegen Sie im Rahmen eines Qualitätszirkels oder im Rahmen von Arbeitsgruppen, wie man die Pausensituationen für die Mitarbeiter besser gestalten kann, indem man zum Beispiel störungsfreie Pausen außerhalb der Wohnbereiche einrichtet. Überlegen Sie auch, wie man die Pausenräume optisch ansprechender gestaltet, so dass sie wirklich der Ruhe und Erholung dienen. Im Sommer könnten die Mitarbeiterpausen auch im Freien stattfinden.
- Pflege- und hauswirtschaftliche Mitarbeiter sollten gemeinsam überlegen, wie man die Arbeit der Mitarbeiter auch kulinarisch so angenehm wie möglich gestalten kann.
- Diskutieren Sie im Team darüber, wie Sie in geeigneter Weise Nähe und Distanz zu Ihren Klienten schaffen können, indem sich Arbeiten, die klientennah sind, mit Arbeiten abwechseln, die klientenfern sind: Nach einem intensiven Kontakt könnte so beispielsweise eine Mitarbeiterin bei einer Tasse Kaffee oder einer Zigarette eine Eintragung in die Pflegedokumentation vornehmen.





Kontaktadressen

Supervision ist ein Lehr- und Entwicklungskonzept, das zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. Supervision bezieht sich dabei auf psychische, soziale und institutionelle Faktoren. Die Deutsche Gesellschaft für Supervision (DGSv) ist mit über 3.000 Supervisorinnen und Supervisoren und 37 anerkannten Ausbildungsinstituten der Berufs- und Fachverband für Supervision in Deutschland. Zentrale Anliegen der DGSv sind die weitere Professionalisierung von Supervision und eine Weiterentwicklung des Beschäftigungsmarktes für Superviso-

rinnen und Supervisoren. Über die DGSv erhalten Sie Adressen von Supervisoren in Ihrem Einzugsgebiet.

Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.
Flandrische Straße 2
50674 Köln
Tel.: 0221/920040
Fax: 0221/9200429
E-Mail: info@dgsv.de
Internet: www.dgsv.de

Im Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e.V. kümmert sich die Validationstrainerin Annemie Schmidt um den Einsatz der Validation® nach Naomi Feil (→ S. 111/35) .

Landesverein für Innere Mission in der Pfalz e.V.
Annemie Schmidt
Lehrerin für Pflegeberufe
Fachbereichsleitung Validation
Dr.-Kaufmann-Straße 2
67098 Bad Dürkheim
Tel.: 06322/607225
Fax: 06322/607531
Internet: www.lvim-pfalz.de



Literaturhinweise

Becker, Jutta (1995): Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung im Elisabethenstift Darmstadt (Hrsg.)

Becker, Jutta (1999): „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn“. Darmstadt: afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung im Elisabethenstift Darmstadt (Hrsg.)

Bühlmann, Josi (2000): Beeinträchtigung der verbalen Kommunikation durch Sprach- oder Stimmstörungen. In: Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Bern; Göttingen; Toronto: Verlag Hans Huber, S. 99–124

Domdey, Cornelia (1996): Der dementiell erkrankte Mensch in der Familie. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (= thema 120)

Faupel, Manohar (1999): Sprache und Kommunikation bei früher Alzheimer-Krankheit. In: Deutsche Alzheimergesellschaft (Hrsg.) (1999): Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Berlin, 9.–11. September 1999. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 81–92

Goldsmith, Malcolm (1998): **Hearing the Voice of People with Dementia.** Opportunities and Obstacles. London, Bristol, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers

Greß-Heister, Markus (1998): Neurolinguistische Grundvoraussetzungen der Kommunikation bei Dementen. In: 2. Internationales Forum. Demenz 1998, S. 11–25 (= Tertianum ZfP-Schriftenreihe 3/98)

Grond, Erich (1990): Praxis der psychischen Altenpflege. Betreuung körperlich und seelisch Kranker. München-Gräfelfing: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski

Hubert, Andrea (1999): Wer nicht sprechen kann, darf fühlen. In: PFLEGEN AMBULANT 4/99, S. 14–18

Jost, Katharina (1999): Sterbebegleitung bei verwirrten Menschen. In: Pflegen 4/99, S. 21–23

Kitwood, Tom (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von Christian Müller-Hergl. Bern: Verlag Hans Huber

McCallion, Philip; Toseland, Ronald W.; Lacey, Debra; Banks, Steve (1999): Educating Nursing Assistants to Communicate More Effectively With Nursing Home Residents With Dementia. In: The Gerontologist 5/99, Vol. 38, S. 546–558

Müller-Hergl, Christian (1999): Pflege von Menschen mit Demenz. In: Bienstein, Christel; Zegelin-Abt, Angelika (Hrsg.): Handbuch Pflege 1999. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben.

Nelson, David (1996): Die Kraft der heilsamen Berührung. Alte Menschen, Kranke und Sterbende liebevoll umsorgen. München: Kösel-Verlag GmbH & Co.

Powell, Jenny (2000): Care to communicate. Helping the Older Person with Dementia. A practical guide for careworkers. London: Hawker Publications

Sachweh, Svenja (1999): „Schätzle hinsitze!“ Kommunikation in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften

Schecker, Michael (2000): Erfolgreiche Kommunikation mit Alzheimer-Patienten. In: Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.) (2000): Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongreß der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Berlin, 9.–11. September 1999. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, S. 93–102

Sloane, Philip D.; Davidson, Susan; Buckwalter, Kathleen; Lindsey, Anthony; Ayers, Susan; Lenker, Vonda; Burgio, Louis D. (1997): Management of the Patient with disruptive Vocalization. In: The Gerontologist 5/97, Vol. 37, S. 675–682

Wagner, Rita; Ulmer, Eva-Maria (1999): Essenreichen bei Alzheimer-Demenz. In: Pflegen 4/99, S. 17–20

Will, Karl Heinz (1995): Die Betreuung dementiell Erkrankter im Altenpflegeheim. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe (= thema 105)

Wojnar, Jan (1998): Umgang mit Demenzkranken. In: Leben und Arbeiten mit Verwirrten. Dokumentation zum 2. Sassenberger Kongreß vom 29.09.1998, S. 6–15



Stellen Sie Kontakt zu den Angehörigen her und arbeiten Sie mit ihnen zusammen.

Der Türöffner Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit ist einer der wichtigsten Türöffner im Umgang mit Menschen mit Demenz und psychischen Veränderungen, denn meist können nur Angehörige oder sehr enge Freunde Aussagen zur Biografie der alten Menschen machen. Dazu gehört nicht nur das Wissen über Vorlieben und Abneigungen, Hobbies und Bildung, sondern vor allem auch die Kenntnisse über Gefühle und Situationen, die herausforderndes Verhalten bedingen. Oft wird berichtet, dass gerade Enkel bei der nonverbalen Kommunikation gute Helfer sind. Außerdem kann gerade in großen Einrichtungen die emotionale Beziehung zwischen Angehörigen und Klienten nicht ersetzt werden. Angehörige können darüber hinaus zur Förderung der Sozialkontakte beitragen (→ S. III/125).

Werden die Angehörigen auf freiwilliger Basis eingebunden und können sich nützlich machen, hilft man ihnen zudem, mit der auch für sie schwierigen Situation zurechtzukommen und mildert vielleicht ihr schlechtes Gewissen. Das wiederum kann zu einer entspannteren Atmosphäre gegenüber den Mitarbeitern führen. Eine Einbindungsstrategie wäre beispielsweise die Mitgestaltung von Räumen, besonders der Bewohnerzimmer. Ähnlich wie bei der „Erinnerungsarbeit als produktives Produkt“ ist auch hier direkt eine Veränderung sichtbar (→ Ehrenamt, S. III/147). Die Angehörigen nehmen wahr, dass sie an der Lebensgestaltung ihres Partners oder Elternteils wesentlich beteiligt sind.

Die Kommunikation mit den Angehörigen ist nicht nur für das Kennenlernen der Klienten wichtig, sondern kann auch dazu beitragen, eventuelle Missstimmungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern zu verringern. Denn konflikthafte Beziehungen entstehen vor allem aus einem Mangel an Informationen übereinander. So hilft der Informationsaustausch den Angehörigen, die Einrichtung kennen zu lernen, er bietet Gelegenheit, Kritik und Anliegen zu äußern und Verständnis für die Arbeitsweisen der Mitarbeiter zu entwickeln.

Informationsaustausch

Der Informationsaustausch zwischen den Angehörigen und den Mitarbeitern kann in Einzelgesprächen oder in Gruppenform stattfinden. Vor allem vor Einzug der neuen Klienten ist der Kontakt mit den Angehörigen maßgeblich. So sollten die Mitarbeiter den Klienten in seiner früheren Umgebung vor seinem Umzug besuchen und mit ihm und seinen Angehörigen eine Beziehung aufbauen. In der gewohnten Umgebung können sich schnell Gespräche über das Leben der Klienten ergeben, denn in ihren Wohnungen finden sich viele wertvolle Erinnerungsstücke. Deshalb sollten die Mitarbeiter auch darauf achten, dass diese Erinnerungsstücke beim Umzug nicht verloren gehen, weggeworfen oder verschenkt werden. Durch die Klienten und seine Angehörigen können sie im Gespräch herausfinden, welche



Gegenstände besonders wichtig gewesen sind und vielleicht dabei helfen, die Identität des Klienten so lange wie möglich zu erhalten (→ Selbst-Erhaltungs-Therapie, S. III/88).

Auch wenn ein älterer Mensch direkt aus dem Krankenhaus ins Heim kommt, ist es sinnvoll, sich mit ihm und/oder seinen Angehörigen in seiner bisherigen Wohnung zu treffen. Manchmal ist es aber vielleicht nicht möglich, mit ihm ein Gespräch in seiner früheren Wohnung zu führen, weil die Wohnung zum Beispiel schon aufgelöst wurde. Motivieren Sie dann die Angehörigen, Fotos von dem Haus/der Wohnung, dem Garten, der Straße zu machen und diese mitzubringen. Natürlich gilt auch hier, dass Erinnerungsstücke aus der alten Wohnung für den älteren Menschen in seiner neuen Umgebung sehr wertvoll und notwendig sind.

Ziele des Erstgesprächs

- Beziehungsaufbau zwischen dem Klienten, den Mitarbeitern und den Angehörigen, um Konflikte und Probleme konstruktiv bearbeiten zu können.
- Gegenseitige Information zum besseren Verständnis (z. B. Vermittlung der Arbeitskonzepte; Informationen über die familiären Beziehungen, Informationen zur Erwartungshaltung)
 - Biografische Informationen über den Klienten (→ Biografiearbeit, S. III/32)
 - Klärung verwaltungstechnischer und finanzieller Fragen
- Informationen zur Potenzialerkennung und Pflegeplanung
- Einbindung der Angehörigen in den Arbeitsalltag
- Öffnung der Heime nach außen (→ Öffentlichkeitsarbeit, S. III/145)

In einigen Einrichtungen werden auch Gruppentreffen veranstaltet, zu denen Angehörige kommen, deren Partner oder Eltern teil sich in der Umzugsphase befindet. Bei diesen Treffen handelt

es sich um Informationsveranstaltungen, die sehr persönlich gehalten werden und häufig der Beginn einer festen Zusammenarbeit sind. Werden Angehörigenabende, die von vielen Einrichtungen angeboten werden, ebenso persönlich – also in Kleingruppen – gehalten, können sie einen ähnlichen Effekt haben.

Die wichtigste und häufigste Form des Informationsaustauschs ist die Einzelberatung,

die über das Erstgespräch vor Einzug oder Neuaufnahme der Klienten hinausgeht. Die Angehörigen suchen häufig den Kontakt zu den Mitarbeitern, vor allem, wenn es um seelische und gesundheitliche Veränderungen ihres Angehörigen geht. Diese Hilfesuche



Angehörigenabende regen zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch und zur Kooperation mit den Mitarbeitern an.
Foto: Theodor Oberheitmann



sollte von den Mitarbeitern genutzt werden. Sie sollten versuchen, die Sorgen und Nöte der Angehörigen zu verstehen und können ihnen dabei auch ihre eigenen Probleme und psychischen Belastungen besser mitteilen. Die Mitarbeiter können die Angehörigen ebenfalls unterstützen, indem sie ihnen helfen, Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen (vgl. Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000).

Feste Sprechzeiten oder informelle Kontakte?

Die Untersuchung „Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen“ (Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000) zeigte, dass bei der Einzelberatung feste Sprechzeiten vonseiten der Einrichtung eher ungünstig sind. Denn häufig kommen die Angehörigen erst abends, wenn die zuständigen Mitarbeiter, z. B. des Sozialdienstes, nicht mehr im Haus sind. Häufig ergibt sich auch der Gesprächsbedarf spontan. Diesem Bedarf können feste Beratungszeiten kaum genügen. Außerdem zeigte sich, dass formelle Einladungen oder formelle Sprechstunden häufig eher als Barriere und nicht als Aufforderung bei den Angehörigen wirken. Die Nachfrage nach informellen Gesprächskontakten ist also größer. Für diese Gespräche können sich die Angehörigen „ihre“ Mitarbeiter aussuchen, und ein spontaner und lockerer Kontakt kann sich ergeben. Problematisch hierbei kann natürlich Zeitmangel der betreffenden Mitarbeiter sein, denn meist sind keine festen Arbeitsstrukturen gegeben, die die Voraussetzungen für einen informellen Kontakt gewährleisten. Ein Mittelweg wäre zum Beispiel eine individuell vereinbarte Sprechzeit. Allerdings mangelt es dann auch hier wieder an problemorientierter Spontaneität.



Tipps

Eine gelungene Angehörigenarbeit entscheidet sich in den ersten Tagen nach dem Einzug bzw. nach der Aufnahme des Klienten in den ambulanten Dienst. Fehler und Missachtung der Angehörigen in dieser Zeit lassen sich über Jahre nicht mehr aufholen. Diese Zeit entscheidet darüber, ob die Angehörigen die Pflegeeinrichtung als kooperativ und vertrauenswürdig erleben oder nicht.

Tipps für die erste Zeit nach dem Einzug/nach der Übernahme eines Klienten

- Am einfachsten ist die Angehörigenarbeit, wenn man ein Bezugspersonenpflegesystem hat (→ S. 11/4). Das heißt zum Beispiel, dass vor der Übernahme eines Klienten in einen ambulanten Pflegedienst schon feststeht, wer sich überwiegend um diesen Klienten und seine Angehörigen kümmern soll. Angehörige finden es in der Regel sehr angenehm, eine feste Bezugsperson zu haben. Wenn es sich herausstellt, dass die Beziehung zwischen dem Klienten und der Bezugsperson aber gar nicht

