

Überlegungen zur Kompetenzerhaltung und -erweiterung bei Menschen mit Morbus Alzheimer

Dissertation

Zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Christian-Albrechts-Universität
zu Kiel

vorgelegt von

Malgorzata Mielczarek

Kiel
2005

„Habt ihr euch schon einmal überlegt, was es für mich bedeutet, wie deprimierend es ist, ständig unter Menschen zu leben, die mir ihre Überlegenheit demonstrieren und Misstrauen und Abneigung entgegenbringen und nichts mit mir zu tun haben wollen, weder beim Essen noch bei den geselligen Veranstaltungen im Heim? Es ist schlimm für mich, ständig überfordert zu sein und mich so verhalten zu müssen, wie ich es nicht mehr kann, und dadurch häufig in Konflikte verwickelt zu werden. Wäre es da nicht besser, (...) wenn man so sein dürfte wie man ist, und sich geben dürfte, wie man sich fühlt“.

Aus dem Viandener Konzept zur Betreuung Dementer Menschen (o.J., S.7).

Inhaltsverzeichnis

0	Persönliche Motivation zum Thema	3
1	Einleitung	4
1.1	Theoretische Konzeptualisierungen sozialpsychologisch orientierten Alternstheorien	7
1.1.1	Das Defizitmodell	7
1.1.2	Disengagementtheorie	9
1.1.3	Aktivitätstheorie	10
1.1.4	Das Kompetenzmodell	11
2	Neuropathologie der Demenz vom Alzheimer – Typ	13
2.1	Der Begriff Demenz	15
2.1.1	Differentialdiagnose, psychologische Testverfahren	16
2.1.2	Diagnostische Kriterien	17
2.2	Depression und Demenz	18
2.3	Symptomatik und Verlauf, funktionelle Stadieneinteilung	19
2.4	Medikamentöse Therapie	24
2.4.1	Pharmakologische Studien	25
2.4.1.1	Ältere Erkenntnisse	25
2.4.1.2	Neuere Studien	26
2.4.2	Impfungen	29
3	Der Begriff Kompetenz	31
3.1	Kompetenz allgemein	31
3.2	Kompetenz, Betreuung, Pflege	36
4	Zu psychogeriatrischer Betreuung	41
4.1	Die Notwendigkeit	41
4.2	Die Grundprinzipien	42
4.3	Die Wahl des Konzeptes	44

5	Ausgewählte Konzepte Nicht-medikamentöser Therapien	44
5.1	Realitätsorientierungstraining	45
5.2	Validation	47
5.3	Integrative Validation	51
5.4	Biographiearbeit	53
5.5	Milieutherapie	56
5.6	Selbst-Erhaltungs-Therapie	59
5.7	Personenzentrierter Ansatz	60
5.7.1	Dementia Care Mapping	68
6	Empirische Untersuchung	71
6.1	Planung und Durchführung der Untersuchung	71
6.1.1	Fragestellung	71
6.1.2	Das Untersuchungsmaterial	72
6.1.3	Zur Wahl des Fallbeispiels	73
6.1.4	Methodik	75
6.2	Anordnung und Durchführung der Untersuchung	77
6.2.1	Beobachterin	77
6.2.2	Zeitplan	77
6.2.3	Durchführung der Hilfestellung zum selbständigen Essen	78
6.3	Auswertung der Untersuchung	78
6.3.1	Tabellarische Darstellung der Ergebnisse	78
6.3.2	Interpretation	86
6.4	Abschließende Bemerkungen	91
7	Resümee	92
8	Glossar	98
9	Literaturverzeichnis	101
10	Anhang	108

0 Persönliche Motivation zum Thema

In meiner dieser Promotionsarbeit vorangegangenen Diplomarbeit habe ich aus persönlicher Motivation heraus, begonnen, das Krankheitsphänomen Morbus Alzheimer aus der Sicht betroffener Angehöriger von Erkrankten heraus zu analysieren und zu erklären. Dabei habe ich dargestellt, in welcher Weise Angehörige betroffen sind und wie sie damit umgehen könnten. Grundmotivation dazu war, dass mein Vater in meiner frühen Jugend diese Krankheit hatte und daran gestorben ist.

Seit einigen Jahren richte ich meine Aufmerksamkeit der pädagogischen Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen.

Während das Augenmerk vieler Betreuer oft an die vorhandenen Ressourcenorientierten Betreuungskonzepte gerichtet ist, gilt mein Interesse vor allem der Überlegung, inwieweit bei Menschen mit Morbus Alzheimer Kompetenzen zu erhalten und zu erweitern möglich ist und welche Kompetenzen es besonders zu stärken gilt.

Mit dieser Arbeit versuche ich, die Krankheit, ihre Auswirkung und die daraus resultierenden Probleme aus anderer, wissenschaftlicher Sicht darzustellen, abgehoben von persönlichen Erfahrungen, um einen Beitrag zu leisten, Morbus Alzheimer besser zu verstehen und um Lösungsansätze in der Betreuung dementiell erkrankter Menschen zu bieten, die allen Beteiligten den Umgang damit erleichtern.

1 Einleitung

Demenzielle Erkrankungen stellen eine große Herausforderung an die Gesundheits- und Sozialpolitik, aber auch an die Wissenschaft dar. Sie sind die häufigsten und hinsichtlich der Einbußen an Lebensqualität und der volkswirtschaftlichen Konsequenzen sicher folgenschwersten psychischen Leiden im Alter.

Die durch dementielle Erkrankungen, in erster Linie handelt es sich um die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), verursachten Probleme sind schon jetzt groß und zeigen noch steigende Tendenz.

„Es gibt keine Zweifel daran, dass uns die krankhaften Störungen des Gedächtnisses und der intellektuellen Funktionen im höheren Lebensalter – die Demenzen – in den kommenden Jahrzehnten noch sehr beschäftigen werden: in der medizinischen Forschung, in der pflegerischen Versorgung und sozialen Arbeit oder auch als gesellschaftliches Problem“ (GUTZMANN 1992).

Von besonderer Bedeutung ist, dass wir bislang nur sehr wenig über die Ursachen dieser Krankheit und folglich über wirksame Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten wissen. Zwar sind vor allem in den letzten Jahren einige in dieser Hinsicht interessante und teilweise hoffnungsvoll stimmende Forschungsergebnisse vorgelegt worden, doch stellen diese nur kleine Schritte auf dem sicher noch sehr langen Weg zum ätiologischen Verständnis und damit zur kausalen Therapie und Betreuung dementiell erkrankter Menschen dar.

Demenzen, die im höheren Lebensalter die häufigste Ursache für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sein dürften, kommt damit rein quantitativ unter ökonomischen Aspekten eine immense Bedeutung zu. Gleichzeitig und damit zusammenhängend stellen dementielle Erkrankungen auch eine Herausforderung in qualitativer Hinsicht dar. Hierbei geht es um die Art und Weise, um das Wie eines angemessenen Umgangs und einer adäquaten Therapie im Sinne der Betroffenen.

In Ermangelung überzeugender pharmakologischer Maßnahmen für den Großteil der Demenzen existieren mittlerweile vielfältige nichtmedikamentöse allgemeine

und spezielle therapeutische Verfahren für die Begleitung und Unterstützung dementiell erkrankter alter Menschen.

Ziel dieser Arbeit ist es, ausgewählte Ansätze dieser Art auf ihre Qualität hin zu überprüfen. Ein umfassendes und differenziertes Verständnis der Alzheimer Erkrankung und Grundprinzipien pädagogischer (Alten)arbeit sollen dabei den Maßstab dieser kritischen Betrachtung bilden. Dabei wird auf eine Diskussion von Möglichkeiten und Aufgaben pädagogischer Arbeit in der Therapie dementiell erkrankter alter Menschen eingegangen.

Eine ausführliche Erläuterung der Alzheimer Demenz findet im ersten Teil dieser Arbeit statt. Am Anfang steht dabei zunächst die Thematisierung der Beziehung zwischen Alter und Krankheit allgemein und die Bedeutung psychiatrischer Erkrankungen im Alter, zu denen auch die Demenzen zählen.

Nach einer Darstellung der sozialpsychologisch orientierten Alterstheorien wird die Demenz definiert und die damit verbundenen charakteristischen Symptome werden näher erläutert. Auch die Neuropathologie und Differentialdiagnose im Hinblick auf psychologische Testverfahren werden skizziert.

Die in der Literatur vielbeachtete Belastung der Angehörigen durch diese Erkrankung wird nur kurz geschildert. Im Mittelpunkt der Betrachtung soll hier vielmehr – oft vernachlässigt – der direkt von der Alzheimer Demenz Betroffene stehen. Auswirkungen der Erkrankung und daraus entstehende Problemfelder, das Erleben und Verhalten sollen nachvollziehbarer und verstehbarer gemacht werden. Eine kurze Thematisierung medikamentöser Ansätze zeigt deren für den Großteil der Demenzen bislang beschränkte Möglichkeiten bezüglich einer wesentlichen Beeinflussung des Krankheitsprozesses auf und verweist auf die Bedeutung nichtmedikamentöser Vorgehensweisen.

Die pädagogische, soziale und pflegerische Arbeit mit alten Menschen wird im zweiten Teil zum Thema gemacht.

In diesem Zusammenhang wird näher der Begriff Kompetenz erläutert, um den subjektiven Aspekt der Lebensqualität des Erkrankten hervorzuheben und zu verdeutlichen.

In Abgrenzung zur Geragogik, Sozialgeragogik sollen hier die Begriffe der Betreuung, Pflege, Therapie und Behandlung bevorzugt werden. Nach der kurzen

Begriffsbestimmung steht schließlich der Versuch, ausgewählte therapeutische Ansätze in der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen, vorzustellen. Aus der Vielfalt solcher Ansätze verschiedenster Provenienz sollen die wichtigsten herausgegriffen und detailliert behandelt werden.

Theoretische Grundlagen, Zielvorstellungen, Zielgruppen und das konkrete Vorgehen werden jeweils ausführlich beschrieben. Vor dem entwickelten Hintergrund eines umfassenden Verständnisses dementieller Erkrankungen wird ein Versuch unternommen, diese Ansätze kritisch zu reflektieren und auf problematische Aspekte hin zu untersuchen. Es wird in diesem Zusammenhang auch darauf eingegangen, inwieweit bestehende theoretische Betreuungskonzepte für Menschen in letzteren Stadien der Alzheimer Krankheit umsetzbar sind und welche eine unterstützende Funktion eventuell anbieten könnten.

Obwohl schon lange bekannt ist, dass eine adäquate Betreuung dementer Menschen entscheidend zur Lebensqualität der Betroffenen beiträgt und brauchbare therapeutische Konzepte vorhanden sind, vermisst man leider in der praktischen Anwendung ihre breite Umsetzung und Überprüfung. Untersuchungen zur Betreuung demenzerkrankter Menschen belegen, dass die Betreuungsform, besonders in stationären Einrichtungen, noch stark verbesserbar ist. Obwohl zahlreiche Untersuchungen eine Verbesserung der Lebensqualität der dementiell erkrankten Menschen belegen, mangelt es an konkreten und präzisen Aussagen der Erfolgsrate bezüglich fortgeschrittener Stadien der Krankheit, sowie der Möglichkeit der doch so sehr angestrebten Erhaltung oder Erweiterung der bestehenden Kompetenzen des Erkrankten. Deshalb wurde im letzten Teil eine empirische Untersuchung in einem Altenheim in die Arbeit integriert. Es wird ein Versuch unternommen, anhand einer adäquaten pflegerischen und vor allem pädagogischen Betreuung, in Anlehnung an bestehende theoretische Konzepte der psychogeriatrischen Betreuung, die Frage zu klären, ob es möglich ist, bestehende Kompetenzen, des im fortgeschrittenen Stadium an Alzheimer erkrankten Menschen, zu erhalten, bzw. zu erweitern. In einem Resümee sollen dann pointiert die hieraus resultierenden Ergebnisse formuliert werden.

Ein zusammenfassender kurzer Überblick und Überlegungen hinsichtlich der gegebenen „Versorgungsrealität“ bilden den Abschluss dieser Arbeit.

1.1 Theoretische Konzeptualisierungen sozialpsychologisch orientierten Alternstheorien

Mit welchen Erwartungen der Mensch seinem Alter entgegensieht, und wie sich sein Leben im Alter gestaltet, wird wesentlich von den soziokulturellen Bedingungen der Gesellschaft beeinflusst, in der er lebt. Jede Veränderung dieser soziokulturellen Rahmenbedingungen hat einen Einfluss auf die gesellschaftliche Bewertung des Alters und damit auf das individuelle Altersschicksal. So sind die Auswirkungen von Altersbildern und Altersstereotypen auf das Leben im Alter vielfältig. Sie bestimmen das Verhalten der Mitmenschen den Älteren gegenüber, sie schreiben dem Älteren einen bestimmten Platz in der Gesellschaft zu, und sie beeinflussen in entscheidender Weise, welches Bild der ältere Mensch von sich selbst hat (vgl. LEHR & NIEDERFRANKE 1991).

Hauptsächlich vier Alternstheorien bemühen sich, die Erscheinungen des Alters und Alterns zu erklären. Diese Theorien sollen im Folgenden vorgestellt werden.

1.1.1 Das Defizitmodell

Die wissenschaftliche Grundlage für diese Theorie bildet der so genannte „Army-Alpha“- und „Army-Beta-Test“, der 1921 von YERKES veröffentlicht wurde und der einer Intelligenzmessung bei Männern, die sich für die Offizierslaufbahn bewerben wollten, galt. Nach diesen Tests zeigte sich ein Altersdefizit (ein schlechteres Abschneiden der Älteren) jenseits des 30. Lebensjahres.

Mit der Erarbeitung des WECHSLER-Tests (1944) trat die Altersforschung in ein neues Stadium ein, denn WECHSLER versuchte erstmals, altersbedingte Variablen (allgemeines Wissen, allgemeines Verständnis, Wortschatz, Bilderergänzen) von altersabhängigen (Zahlennachsprechen, rechnerisches Denken, Mosaiktest, Gemeinsamkeiten finden) zu isolieren.

Die Gesamtskala wurde jedoch auch beim WECHSLER-Test dahingehend interpretiert, dass nach dem dritten Lebensjahrzehnt ein deutlicher Abfall der Intelligenz angenommen werden muss. So kam es auf Grund der Messung der Intelligenz zum Postulat eines Altersdefizits. Er besagte, mit zunehmendem Alter

würden Intelligenzleistungen nachlassen. Und somit wird das Alter immer wieder mit Defiziten und den dazugehörigen Begriffen wie Vereinsamung, Verarmung, Verblödung, Verwahrlosung etc. gleichgestellt.

Eine solche Betrachtungsweise der Intelligenzentwicklung bzw. der altersbedingten Veränderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit wird bald von verschiedener Seite kritisiert (UNDEUTSCH 1959; LÖWE 1976).

Der in der Theorie vertretene Standpunkt ist jedoch mit der Widerlegung von wissenschaftlicher Seite nicht gleichzeitig aus dem Alltagsleben des alten Menschen ausgeklammert. Im Gegenteil: die in unserer Gesellschaft herrschenden Altersstereotypen (Leistungsunfähigkeit, Schwäche, Bewegungsunfähigkeit) sind meist am Defizitmodell orientiert. Es ist immer noch der Denk- und Handlungsinhalt vieler Menschen, dass das Alter ein Verfall und Abbau, ein defizienter Lebensmodus ist. Es sind negative Halo-Effekte (Beeinflussung einer Beurteilung durch bestimmte Vorkenntnisse), die unsere Alten auf unseren Wunsch wirklich erfüllen. Denn wer von uns raubt nicht den Alten die Selbständigkeit, weil man ihnen Eigenverantwortung nicht mehr so zu recht zutrauen will?

Im Sinne dieser Theorie wird im Bereich der Neuropathologie der Begriff der Demenz ebenso nicht mehr länger im alten Sinn als irreparabler Defekt aufrecht erhalten (BÖHM 1988, S.99). In der Sozialraum-Sprache wird von modernen Wissenschaftlern vertreten, dass bis zum Jahre 1965 (in der angloamerikanischen Literatur Salcher und Salcher etc.) angenommen wurde, dass ein zerebraler Abbau, der einmal begonnen hat, progressiv fortschreitet, der Mensch eben unaufhaltsam dementer wird. Mit der ausgeschriebenen oder ausgesprochenen Diagnose „Demenz“ wurde den Menschen ein nicht mehr auslöschbarer Stempel aufgedrückt. Ein Stempel, der früher oder später zum therapeutischen und pflegerischen Nihilismus und zum sozialen Tod des Klienten führte.

Bis vor kurzem passierte gleiches mit der modernen Diagnose Morbus Alzheimer. Auch hier sind negative Halo-Effekte des nicht therapierbaren, progredienten, Dämmerwerdens zu erzielen.

Dieses, meist von Wissenschaftlern ältere Schule begründete Defizitmodell, welches das Sinken geistiger Leistungen einzig und allein in Beziehung zum Lebensalter setzt, hat aus wissenschaftlicher Sicht an Bedeutung verloren.

Andere Theorien traten an seine Stelle.

1.1.2 Disengagementtheorie

Diese Theorie stellt das Alter als eine eigene Phase im menschlichen Lebenslauf heraus. Sie besagt folgendes:

- Es ist natürlich und angemessen, wenn sich der alte Mensch aus bisherigen Bindungen an andere Menschen, bzw. an menschliche Gruppierungen löst.
- Mit zunehmendem Alter soll sich der Mensch auf sich selbst zurückziehen und sich auf den ihm bevorstehenden Tod einstellen.
- Richtig ist es, im Alter keine starken Verpflichtungen mehr einzugehen und Kontakte eher zu Gleichaltrigen als zu Jüngeren zu unterhalten.

Mit ihren Postulaten umrissen ist diese Theorie, die von der empirischen Tatsache eines allmählichen Rückzugs aus den sozialen Bezugssystemen ausgeht und unterstellt, dieser Rückzug sei ein unvermeidbarer Prozess, der natürlich und notwendig erfolgen müsse.

Bei der Disengagementtheorie wird von dem Faktum der Verminderung von Interaktionen und Rollen im Alter ausgegangen und auf die Unvermeidbarkeit dieses Prozesses hingewiesen, mit der Begründung; da der Tod unvermeidbar sei, würde sich das Individuum diesen Grundprinzipien der Existenz anpassen. Ausgangspunkt für diese Schlussfolgerung ist die Erhaltung des Gleichgewichts in der Gesellschaft (Abgabe der Rollen durch die Alten an die Jungen).

Der weitere Kritikpunkt gilt der Tatsache des Disengagements auf dessen Wünschbarkeit geschlossen wird und der Vorstellung Vorschub geleistet wird, der zurückgezogene Alte sei glücklicher als der im Sozialverband stehende.

Es ist zu hinterfragen, ob tatsächlich eine positive Beziehung zwischen „Disengagement“ und „psychischem Wohlbefinden“ besteht. Es zeigt sich eher, dass das Ausmaß der sozialen Interaktion und der Zufriedenheit innerhalb der Altersgruppen parallel geht. „Es scheint, als sei mit zunehmenden Alter eher

Engagement – und nicht Disengagement – enger mit psychischen Wohlbefinden verknüpft“ (TOBIN / NEUGARTEN 1968, S.578).

Diese Theorie geht letztlich, wie das Defizitmodell, von einem biologisch bedingten, allgemeinen Abbau aus. In ihrer extremen Rückzugsempfehlung ist sie daher abzulehnen.

1.1.3 Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie wurde 1945 entwickelt und meint folgendes:

- Je größer seine Aktivität im Alter, desto glücklicher und zufriedener ist der Mensch
- Ein Rückzug aus Betätigungen und Verpflichtungen dagegen bedeutet geringen Alterserfolg
- Glücklich ist nur der alte Mensch, der aktiv ist, von anderen Menschen gebraucht wird, noch etwas leisten kann und noch Funktionen in der Gesellschaft hat.

Daher propagiert die Aktivitätstheorie „den individuellen Widerstand gegen [eine] Ausgliederung und empfiehlt das hartnäckige Festhalten an bisherigen Rollen“ (HOHMEIER 1978, S.27).

Aufgrund des Strukturwandels der Familie hat eine zunehmende Ausgliederung der alten Menschen aus dem Familienverband stattgefunden. Diese, sowie die Ausgliederung aus allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, werden als die wesentliche Ursache für die psychischen gesehen (TARTLER 1961, S.17f.).

Die einzige Alternative für alte Menschen, um eine Integration in die Gesellschaft nicht zu verlieren, sehen die Aktivitätstheoretiker im Festhalten an bisherigen Rollen, bzw. wenn dies nicht möglich sein sollte, für geeignete Kompensationsmöglichkeiten zu sorgen. Der alte Mensch soll sich also Aktivitäten hingeben, „die irgendwie die berufliche Tätigkeit ersetzen- ihm also ein Leben ermöglichen, als ob er noch berufstätig wäre“ (JUNKER 1973, S.46).

Einer der wesentlichen Mängel der Aktivitätstheorie liegt in der Annahme des mittleren Lebensalters als Bezugssystem für ein optimales Leben. Alterserscheinungen werden als korrigierbare Abweichungen gesehen. THIEDING bezeichnet das Alter als eine Rückbildung durch mangelnde

körperliche und geistige Tätigkeit (THIEDING 1965, S. 34). Er hält den Menschen für das Opfer einer Entwicklung, die dieser sich selbst geschaffen hat, woraus dann aber auch folgt, dass man eine solche Entwicklung rückgängig machen kann.

BÖHM erwartet in diesem Zusammenhang, trotz einer Verschlechterung prognostizierenden Diagnose, eine Besserung des Befindens seiner Patienten (BÖHM 1988, S.101). Und das auch, wenn man weiß, dass eine Erkrankung wie z.B. Morbus Alzheimer, fortschreitet und immer ausgeprägter werden muss, denn wir haben hier nun mit einem irreparablen Schaden zu tun.

1.1.4 Das Kompetenzmodell

Dem Defizitmodell der geistigen Entwicklung im Alter wird in der heutigen Gerontologie das Kompetenzmodell entgegengestellt.

Es wird davon ausgegangen, dass die meisten Menschen bis in hohen Jahren selbständig und eigenverantwortlich ihr Alltagsleben meistern und sich kompetent mit den Anforderungen im Alter auseinandersetzen.

Kompetenz wird hier nicht nur als persönliche Eigenschaft oder biologisches und psychologisches Potenzial verstanden. Sie bestimmt sich stets „aus einer Relation zwischen persönlichen Ressourcen und situativen (ökologischen und sozialen) Variablen (OSWALD / LEHR 1991, S.12). Kompetenz des Alters zu beachten heißt, die Besonderheiten von Regulationen in diesem Entwicklungsabschnitt hervorzuheben.

Das Kompetenzmodell ist besonders zu schätzen, weil es die Realitätsbezogene Stellung gegenüber der Tatsache, dass die Anforderungen und Ressourcen der älteren Person nicht mit denen in jüngeren Jahren identisch sind, vertritt. Dennoch wird hier nicht daran gezweifelt, dass es alten Menschen gelingt, ihr Wohlbefinden durch Ausbalancierung von Kompetenzen und Anforderungen aufrechtzuerhalten (ERLEMEIER 2002, S.110).

Das Kompetenzmodell sieht den Menschen als ein durch Beziehungen und Bezugsetzungen gesteuertes, entwicklungsoffenes System.

Auch wenn das Kompetenzmodell die mechanistische Sichtweise des Alternsprozesses überwunden hat, indem es personen- und situationspezifisch argumentiert und weniger an bestimmten, verbindlich gesetzten Normen orientiert ist, gelingt es allen genannten Theorieansätzen nicht, ein umfassendes und zufrieden stellendes Bild des Alters und Alterns darzustellen. Freilich scheint auch der Anspruch, eine Theorie zu entwickeln, die die Gesamtheit aller Vorgänge und Auswirkungen des Alterns erklärt, unerfüllbar.

Viele ältere Menschen sind trotz vielfältiger Belastungen und Einschränkungen bis in das höchste Lebensalter bei guter psychischer Gesundheit und können ihren Alltag größtenteils oder selbständig bewältigen. Bei einem Teil Älterer entwickelt sich jedoch infolge seelischer Belastungen und/oder hirnerkranklicher Abbauprozesse eine psychische Krankheit.

Im folgenden Kapitel wird das Krankheitsbild der Alzheimer Demenz, der häufigsten und zugleich folgenschwersten psychischen Erkrankung im Alter, ausführlich betrachtet um ein vertieftes Verständnis für die Komplexität, Auswirkungen und Folgen dieser Erkrankung zu vermitteln.

2 Neuropathologie der Demenz vom Alzheimer-Typ

Die Alzheimer Demenz ist eine neurologische Krankheit, bei der die Hirnfunktion beeinträchtigt ist.

Drei wichtige Arten von Veränderungen im Gehirn treten auf. Es sind:

(in: GRUETZNER 1992, S. 210-228):

- neurofibrilläre Verklumpungen
- senile Plaques
- granulovakuoläre Degeneration

Die wichtigste Veränderung ist das Erscheinen einer ungewöhnlichen Anzahl von Neurofibrillen in bestimmten Arealen des Hirns. Diese Neurofibrillen besitzen eine charakteristische Form und Größe.

Bei den Alzheimer Patienten werden sie hauptsächlich im cerebralen Kortex gefunden.

Sie finden sich in besonders hoher Konzentration im Hippocampus, dem Teil des Gehirns, der mit den Kurzzeitgedächtnis, Denken und Schlussfolgern in Verbindung gebracht wird. Personen mit solchen Verletzungen sind nicht fähig, irgendwelche neuen Erinnerungen zum Ausdruck zu bringen.



Alzheimer-Fibrillen in einer Nervenzelle

Abbildung 1

Die zweitbedeutenden Hirnbefunde bei Morbus Alzheimer sind die Plaques. Es gibt drei Arten von Plaques: primitive, klassische und amyloide Plaques.

Die klassischen und die amyloiden Plaques enthalten viel Amyloid. Bei der Alzheimer Demenz finden sich alle Arten von Plaques. Im klassischen Plaque

konzentriert sich das Amyloid im Kern; die amyloiden Plaques bestehen fast ausschließlich aus diesem Amyloidmaterial. Ähnlich wie die neurofibrillären Verklumpungen kommen die Plaques häufiger im zerebralen Kortex als in anderen Hirnteilen vor.

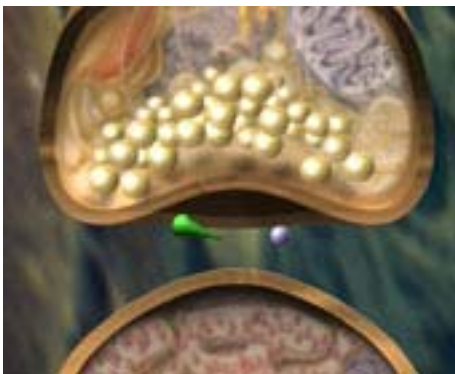
Gedächtnisstörungen und Störungen des logischen Denkens und der Sprache sind häufige Symptome der Ablagerung von Plaques.



Nervenzellen mit Amyloid-Plaques

Abbildung 2

Die dritte charakteristische pathologische Veränderung in dem Hirn von Alzheimer Patienten ist die „granulovakuoläre Degeneration“ (GVD), die in Beziehung zu den Neuronen im Hippocampus steht. Die granulovakuoläre Degeneration befindet sich um deren Zellkern (Zytoplasma). Eine oder mehrere flüssigkeitsgefüllte Hohlräume, Vakuolen, bilden im Zytoplasma der Zellen die GVD. Durch die Ausbildung dieser Vakuolen schwillt das Zytoplasma der Zellen an, was schließlich zum Untergang oder zu einer Fehlfunktion der Hirnzellen führen kann.



**Raum zwischen zwei Nervenzellen
Mit dem Botenstoff Acetylcholin.**

Abbildung 3

Alle drei pathologischen Befunde kennzeichnen den Morbus Alzheimer und stehen in einem positiven Zusammenhang mit der progredienten idiopathischen (senilen) Demenz beim Menschen.

Der Hippocampus ist der primäre Sitz des Kurzzeitgedächtnisses und die primäre Region des Gehirns, in dem die alzhaimerschen pathologischen Veränderungen auftreten. Deswegen bestehen die Symptome des Morbus Alzheimer gerade in Gedächtnis- und Denkstörungen, die anschließend zu einer Demenz führen.

2.1 Der Begriff Demenz

Demenz ist ein durch neuronale Prozesse ausgelöster chronisch-progredient verlaufender Abbau kognitiv-mnestischer Funktionen, der durch bestimmte psychosoziale Faktoren begünstigt werden kann. Der Abbau äußert sich durch alltagsrelevante Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, die seit einem längeren Zeitraum bestehen. In Folge kommt es zu Veränderungen des Verhaltens, des Empfindens und der Kommunikation. Diese Veränderungen erschweren oder gefährden eine aktive, selbständige Lebensführung und die Beziehung zu anderen Menschen. (GROHNFELDT M; Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, S. 221).

Das Wort „Demenz“ setzt sich aus den zwei lateinischen Wörtern: „De“=„Hinweg“ und „menz, mentin“=„Gedanke“.

Die Demenz bezeichnet im weiteren Sinne die Unfähigkeit, den eigenen Geist zu nutzen. Das grundlegende Merkmal einer Demenz besteht in einem Verlust der intellektuellen Fähigkeiten, der so stark ist, dass das soziale und das Berufsleben erheblich gestört sind (vgl. MACE 1996, S.21)

Eine Demenz geht weit über den Verlust der geistigen Fähigkeiten hinaus. Sie beeinträchtigt die Wahrnehmungen, das Verhalten und das Erleben der kranken Person – das gesamte Sein des Menschen. In der Welt, in der der Kranke lebt, besitzen die Dinge und die Ereignisse oft eine völlig andere Bedeutung als in der Welt der „Gesunden“.

2.1.1 Differentialdiagnose, psychologische Testverfahren

Das Kernsymptom jeder Demenzerkrankung bildet eine Gedächtnisstörung, die sich in einer Beeinträchtigung der Fähigkeit neue Informationen zu lernen, aber auch in der Beeinträchtigung der Fähigkeit früher Gelerntes abzurufen, äußern kann. Zusätzlich zu einer Gedächtnisstörung muss mindestens ein weiteres intellektuelles Defizit vorliegen, um von einer Demenz sprechen zu können. Folgende Störungsbereiche kommen dazu in Frage:

- Aphasie (Störung der Sprache)
- Apraxie (beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen, trotz intakter Motorik)
- Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände wiederzuerkennen oder zu identifizieren, trotz intakter sensorischer Funktionen)
- Störungen der Exekutivfunktionen (d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge, Abstrahieren, etc.)

Zur Sicherung der Diagnose müssen einige Untersuchungen durchgeführt werden, die ausschließen, dass eine andere Erkrankung mit ähnlichen Symptomen vorliegt:

- Prüfung von Gedächtnis, Denken, Sprache, Erkennen von Gegenständen anhand standardisierter Tests durch den Arzt und den Psychologen:

1. Im Bereich : Kognitive Fähigkeiten

Mini-Mental-Status-Examination (FOLSTEIN et al. 1975) – enthält 30 Aufgaben, welche Auskunft über den kognitiven Zustand in den Bereichen Orientierung bezüglich Raum und Zeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit, Benennungsfähigkeit sowie Befolgen von Anweisungen und das Schreiben und Kopieren geometrische Gebilde geben (siehe Anhang, S. 109)

(Jede Aufgabe-1Pkt, Unter 25-liegt eine Demenz vor).

2. Im Bereich : Verhaltensstörungen und Einschränkungen der Alltagskompetenz
Blessed-Dementia-Scale (BLESSED et al. 1968) / 3 Abschnitte

1. Werden die Angehörigen zu praktischen Fähigkeiten der Patienten befragt (Einschränkungen und Alltagsaktivitäten)

2. Veränderung der Fähigkeit zur Selbstversorgung (Essen, Ankleiden und Kontinenz)
 3. Aussagen über die Veränderung der Persönlichkeit, des Interesses und des Antriebs (Egoismus, Freizeitverhalten und Aktivität) (0-vollständig erhaltende Fähigkeiten; 28- erheblich eingeschränkte Fähigkeiten)
- Gründliche körperliche Untersuchung zum Ausschluss anderer Krankheiten
 - Technische Verfahren wie Röntgen-Computer-Tomogramm (CT) oder Kernspintographie zum Ausschluss von Durchblutungsstörungen und Tumoren innerhalb des Gehirns
 - Laborbestimmungen (Erkennen von Hormon- oder Vitaminmangelzuständen)

2.1.2 Diagnostische Kriterien

1. Demenz bei Morbus Alzheimer
 - a) Vorhandensein eines Demenzsyndroms von leichtem, mittlerem oder schwerem Ausprägungsgrad
 - b) Vorgeschichte, körperlicher Befund und Zusatzuntersuchungen ergeben keine Hinweise für eine klinisch erkennbare Demenzursache oder für eine andere primäre oder sekundäre Hirnerkrankung
 - c) Die folgenden Merkmale können zur Stützung der Diagnose herangezogen werden, sind aber nicht unerlässlich :
 1. Beeinträchtigung kortikaler Funktionen mit aphasischen, agnostischen oder apraktischen Störungen
 2. Herabsetzung von Motivation und Antrieb mit Apathie und Spontaneitätsverlust, Reizbarkeit und Enthemmung des Sozialverhaltens
 3. Vorliegen einer Hirnatrophie, besonders wenn diese bei Nachuntersuchungen zunimmt
 4. In schweren, fortgeschrittenen Fällen kann es zu Parkinson-ähnlichen Symptomen kommen.

Quelle: LAUTER & KURZ 1989, S.167

Mit endgültiger Sicherheit lässt sich Morbus Alzheimer nur durch eine Gewebeprobe aus dem Gehirn (Hirnbioptie) oder durch die Untersuchung des Gehirns post mortem feststellen.

Die klinische Diagnose zu Lebzeiten des Patienten erreicht einen Sicherheitsgrad von 80 bis über 90 Prozent.

2.2 Depression und Demenz

Demenz und Depression sind die beiden häufigsten psychiatrischen Erkrankungen des alten Menschen. Dennoch handelt es sich bei ihnen um sehr wohl voneinander differenzierbare Krankheitsbilder.

Sowohl Depression als auch Demenz beinhalten neurochemische Veränderungen, und manche Formen der Depression können mit einer Schädigung der Nervenstruktur auf subkortikaler Ebene einhergehen (FORSTL 1993).

Nicht selten sind aber auch Überlappungen und Mischzustände zu beobachten, die erhebliche diagnostische und therapeutische Probleme aufwerfen können.

Auf der Demenz liegt der diagnostische Akzent, wenn die Depressionen als Vorläufer einer dementiellen Erkrankung auftreten, bei depressiven Reaktionen auf das Erleben einer Demenz und beim Krankheitsbild der Demenz mit Depression.

Auf der anderen Seite gibt es eine Zahl von Patienten, die in einer schweren Depression zusätzlich hirnorganische Symptome entwickeln (so genannte depressive Pseudodemenz). Die kognitiven Störungen dieser Patienten sind, anders als die bei Dementen, einer Therapie zugänglich.

Depressionen werden meist zu den Frühsymptomen einer dementiellen Erkrankung gerechnet. Sie sollen vorwiegend Patienten betreffen, die bei sonst noch gut erhaltenen intellektuellen Grundfunktionen mit dem Erlebnis progredienter mnestischer Ausfälle konfrontiert werden. Demenz kann als eine Form der Beraubung, des Verlustes erlebt werden. Sie bedeutet, gleichzeitig zwei Arten des Verlustes gegenüberzustehen: dem Verlust an Geisteskräften und dem Verlust einer vertrauten Lebensweise. Ein besonderes Problem der Erkrankten

besteht darin, dass die Erkrankung, die die Depressionen auslöst, gleichzeitig auch die Fähigkeit herabsetzt, mit ihnen fertig zu werden. Einerseits gründet die Depression meist in den kognitiven Abbauerscheinungen, andererseits trägt sie ihrerseits wiederum zur Verschlechterung dieser Leistungen bei. Durch diese gegenseitige Abhängigkeit kognitiver und affektiver Störungen wird ein Circulus Vitiosus angestoßen und unterhalten, der es dem Patienten zunehmend erschwert, noch vorhandene Reserven zu mobilisieren.

Der einzige Nachweis dafür, dass eine Erkrankung eher eine von der Pseudoart, statt eine „echte“ Demenz ist, besteht darin, dass eine Person die verlorenen kognitiven Fähigkeiten in vollem Umfang wiedererlangt. Zunehmend ist man auch der Ansicht, dass sich aus dem sorgfältigen Einsatz von Antidepressiva viel Hilfe gewinnen lässt. Wo die Depression jedoch mit einem Dauerschaden am Nervengewebe einhergeht, ist sie einer Behandlung unter Umständen nicht zugänglich.

2.3 Symptomatik und Verlauf, funktionelle Stadieneinteilung

Die Alzheimer Demenz verläuft in einem sehr stetigen Prozess. Nach der medizinischen Terminologie nimmt sie anfangs einen „schleichenden“ Verlauf. Das bedeutet, dass sich aus anscheinend harmlosen Anfängen nach und nach und fast unmerklich ein außerordentlich ernster und sogar lebensbedrohlicher Zustand entwickeln kann. Anschließend nimmt sie meist einen raschen Verlauf und führt in 4-5 Jahren zu einer schweren Demenz.

Häufig wird dem Patienten, besonders aber auch dem Angehörigen, zuerst die Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, der Fähigkeit zur Speicherung neuer Informationen deutlich.

Sind anfangs vorwiegend Gedächtnisinhalte betroffen, die nach Krankheitseintritt aufgenommen wurden, werden im weiteren Verlauf auch das Neu- und schließlich das Altgedächtnis mit erfasst.

Dem Betroffenen gehen dann auch wesentliche, seine Biographie konstituierende Elemente des Wissensschatzes, verloren. Die Gedächtnisinseln, in die seine persönliche Geschichte auseinandergebrochen ist, werden mehr und mehr von der Erinnerungslosigkeit überspült.

Die Orientierung kann, in vielfältiger Weise gestört sein, wobei in aller Regel zuerst Probleme in der kalendarischen Ordnung auftreten. Örtliche, autopsychische und situative Orientierungsstörungen zeigen das weitere Fortschreiten der Erkrankung.

Zu den Denkstörungen, die im Rahmen dieser Erkrankung auftreten können, zählen neben Verlangsamung, Umständlichkeit und Zähflüssigkeit des Gedankenablaufes auch eine zunehmende inhaltliche Einengung, ein Verlust der Abstraktionsfähigkeit und eine Beeinträchtigung des Urteilsvermögens.

Schon früh werden auch Konzentrationsstörungen beklagt, geminderte Genauigkeit und Ausdauer bei vertrauten Aufgaben zeigen eine Vigilanzstörung an.

Diese diffusen cerebralen Störungen führen bei Morbus Alzheimer zu mehr oder weniger umschriebenen Leistungseinbußen, die dann als Hirnwerkzeugstörungen in Erscheinung treten. Bei Alzheimer erkrankten Menschen sind hier besonders Aphasien zu nennen, bei denen im Vordergrund die Benennungsstörungen stehen. Im weiteren Verlauf der Krankheit verarmt die Sprachproduktion, wird floskelhaft, unpräzise und schließlich leer.

Apraktische Störungen, das heißt die Schwierigkeiten, Handlungsentwürfe in die Tat umzusetzen, treten im Verlauf immer deutlicher in Erscheinung und gestalten den Alltag immer schwieriger.

Das An- und Auskleiden beginnt Probleme zu bereiten, die Handhabung von Messer und Gabel gelingt nicht mehr wie gewohnt, Körperpflege und Hygiene gehen nicht mehr von der Hand und müssen auch im Detail immer wieder kontrolliert werden.

Häufig führen solche Symptome schnell und radikal zur sozialen Isolierung.

Es liegen mittlerweile verschiedene Vorschläge vor zur (idealtypischen) Beschreibung des Verlaufs der Demenz vom Alzheimer-Typ in Stadien, die nach GUTZMANN (1992) geeignet sein können, „den klinischen Blick zu schärfen“

und „den natürlichen Verlauf einer Krankheit einigermaßen verlässlich einzuschätzen“. Neben z.T. schon zu Beginn der 50er Jahre entworfenen Dreistufenmodellen ist heute vor allem das Sieben-Stadien-Modell von REISBERG et al. (1985) das verbreitete und bekannteste. Hier wird – ausgehend von einer groben Einteilung in die drei Stadien Vergesslichkeit, Konfusion und Demenz – versucht, eine feinere differenziertere Einteilung zu entwickeln. Die Stadien werden folgendermaßen beschrieben:

Stadium I (keine kognitiven Einbußen): Die erste Stufe beschreibt den Zustand eines gesunden Menschen, der weder subjektive noch objektive Einschränkungen aufweist.

Stadium II (zweifelhafte kognitive Leistungseinbußen / Vergesslichkeit): In diesem Schweregrad treten Störungen auf, die nur subjektiv vom Betroffenen festgestellt werden und die diesen verunsichern können. Der Betroffene beklagt sich darüber, vergesslicher geworden zu sein, z.B. darüber, Gegenstände zu verlegen oder früher vertraute Namen leicht zu vergessen. Es bestehen aber keine objektiven Zeichen für diese Gedächtnisdefizite. Dieses Stadium führt vermutlich nicht zwangsläufig zur Demenz, sondern könnte als eine Art „gutartige Altersvergesslichkeit“ aufgefasst werden.

Stadium III (geringe kognitive Einbußen / frühe Konfusion): Im dritten Stadium manifestieren sich die ersten von außen erkennbaren Defizite. Die betreffende Person findet sich an einem fremden Ort nicht zurecht. Mitarbeiter bemerken eine reduzierte Arbeitsleistung, und Freunde und Bekannte stellen Wortfindungsstörungen und Namensfindungsstörungen fest. Der Betroffene verlegt oder verliert Wertgegenstände. Merkfähigkeit und Konzentration lassen nach. Objektive Gedächtnisdefizite lassen sich nur in einem ausführlichen klinischen Interview bzw. in psychometrischen Tests nachweisen. Daneben zeigt sich in diesem Stadium ein Verlust an Initiative, Energie und Spontaneität. Aufgrund der kognitiven Probleme kann es zu (versteckter) Unsicherheit, Angst, aber auch zu Reizbarkeit oder Verärgerung kommen. Der Betroffene beginnt, neue oder komplexere Situationen und Aufgaben zu umgehen und Ausfälle zu vertuschen oder verleugnen. Er wirkt meist gestresst.

Stadium IV (mäßige kognitive Einbußen / späte Konfusion): Im sorgfältig durchgeführten klinischen Interview werden eindeutige Defizite offenbar. Die betreffende Person ist schlecht informiert über aktuelle oder kurz zurückliegende Ereignisse. Es bestehen Erinnerungslücken z.B. bezüglich des eigenen Lebenslaufs. Es zeigen sich Probleme bei komplexen Aufgaben. Die Fähigkeit, sich an unbekanntem Orten zurechtzufinden nimmt ab; selbständiges Verreisen wird schwierig. Entscheidungsschwierigkeiten und Probleme im Umgang mit Geld werden sichtbar. Das Leugnen von Defiziten ist die dominierende Abwehrstrategie. Hilfe von Freunden oder Angehörigen wird oftmals als Einmischung empfunden und abgelehnt. In Reaktion auf die zunehmenden Beeinträchtigungen kommt es oft zu depressiven Verstimmungen, vermehrter Angst und Verwirrtheit. Konkurrenzsituationen werden zunehmend gemieden. Weitgehend erhalten bleiben in diesem Stadium noch die Orientierung zu Zeit und Person, die Fähigkeit, vertraute Personen und Gesichter zu erkennen und sich an bekannten Orten zurechtzufinden.

Stadium V (mittelschwere kognitive Einbußen / beginnende Demenz): In diesem Stadium der Erkrankung wird die Abhängigkeit des Betroffenen immer größer. Der Betroffene kann sich meist selbst ankleiden und waschen, benötigt aber Hilfe bei der Auswahl der Kleidung und bei der Entscheidung zur Körperpflege. Schwerwiegendere Gedächtnisprobleme äußern sich jetzt beispielsweise darin, dass die betreffende Person sich nicht mehr an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie der Enkel u.ä. erinnern kann. Weitere Einschränkungen in der örtlichen Orientierung und auch Probleme bezüglich der zeitlichen Orientierung treten auf. Nahe Angehörige wie Partner und Kinder können in der Regel noch erkannt und eingeordnet werden. Der Umgang mit Zahlen (z.B. von 20 an rückwärts zu zählen) bereitet zunehmend Schwierigkeiten. In diesem Stadium kommt es zu einem weiteren Rückzug aus sozialen Zusammenhängen, die aufgrund der verringerten Flexibilität und Belastbarkeit als Stresssituationen erlebt werden und auf die mit Angst oder Ärger reagiert wird. Des Weiteren können die massiven Gedächtnisprobleme zu (ungerechtfertigten) Verdächtigungen z.B. der Angehörigen bis hin zu Verfolgungswahn führen.

Stadium VI (schwere kognitive Einbußen / mittelschwere Demenz): Der Betreffende benötigt nun bei nahezu allen alltäglichen Verrichtungen Hilfe, z.B. dabei, sich in einer bekannten Umgebung zurechtzufinden. Er kann inkontinent werden, da er nicht mehr selbständig die Toilette aufzusuchen vermag. Die Bewegungs- und Koordinationsschwierigkeiten werden immer größer. Die Gedächtnisfähigkeiten sind nur noch fragmentarisch. Es besteht keine Kenntnis mehr von kurz zurückliegenden Ereignissen und eigenen Erfahrungen; die Erinnerung an die eigene Vergangenheit ist lückenhaft. Oft werden die nächsten Angehörigen nicht mehr erkannt. Der Name des Ehepartners kann vergessen werden, während der eigene Name meist noch erinnert wird. Es wird davon ausgegangen, dass die Kenntnis von Umweltbedingungen wie Jahreszeit oder anderen Hinweisen auf Zeit und Ort verloren geht. Der Tag-Nacht-Rhythmus ist meist gestört. Der Umgang mit Zahlen ist nun noch stärker eingeschränkt: der Betreffende kann nun nicht mehr von 10 an rückwärts zählen, oft auch nicht mehr vorwärts. Auffällig werden Persönlichkeitsveränderungen und psychische Störungen, die nun offen zum Ausdruck kommen, wie z.B. Angst, Unruhe, Aggressionen, Verfolgungsgedanken und andere Wahnvorstellungen, Zwänge und Halluzinationen.

Stadium VII (sehr schwere kognitive Einbußen / sehr schwere fortgeschrittene Demenz): Im letzten Stadium kommt es oft zu einem totalen Sprachverlust, so dass eine verbale Verständigung nicht mehr möglich ist. Es manifestiert sich ein Verlust ganz grundlegender psychomotorischer Fähigkeiten: die betroffene Person wird geh- und sitzunfähig, verlernt es zu lächeln und schließlich den Kopf zu halten. Atem- und Schluckprobleme erschweren die Nahrungsaufnahme. Gefühle und Empfindungen bleiben bis zuletzt erhalten. Am Ende steht der Stupor, gefolgt vom Tod durch verschiedene Begleiterkrankungen.

Die Autoren REISBERG et al. (1985) gehen davon aus, dass die Demenz vom Alzheimer-Typ in ihrer Entwicklung gesetzmäßig diese verschiedenen Stadien ohne größere Abweichungen durchläuft und dass damit dementielle Prozesse anderer Ätiologie durch ihre spezifischen Verlaufscharakteristika abgrenzbar sind.

Variationen im Krankheitsverlauf werden u.a. in Zusammenhang gebracht mit der Intelligenz und kognitiven Fähigkeiten vor Krankheitsbeginn, der Persönlichkeit, der Art des Problemlöseverhaltens, dem Familienstatus, der Unterstützung durch Angehörige und Pflegende und der Gestaltung der Umwelt.

2.4 Medikamentöse Therapie

Die Behandlung und Versorgung von Patienten, die an einer Demenz erkrankt sind, steht qualitativ, und in ständig steigendem Maße auch quantitativ, hohe Anforderungen.

Der große Teil dementieller Erkrankungen ist nach heutigem Wissensstand nicht bzw. nur sehr eingeschränkt medizinisch kausal zu therapieren. Neben medizinisch nicht oder aufgrund einer zu späten Diagnose nicht mehr beeinflussbaren sekundären Demenzen sind dazu vor allem die sogenannten degenerativen Demenzen (als die größte Untergruppe der primären Demenzen) zu zählen. Bei ihnen ist die Pathogenese (noch) nicht bekannt oder aber trotz des Wissens um die Entstehung nicht medizinisch beeinflussbar. Es gibt zwar eine Reihe von Substanzen, bei denen eine hirnleistungsfördernde Wirkung vermutet wird (z.B. Nootropika); allerdings zeigen sich positive Effekte am ehesten in leichten Stadien, und es lässt sich z.B. bei der Demenz vom Alzheimer-Typ bestenfalls – so BRUDER (1991) – „eine Verschiebung der nach unten gerichteten Verlaufskurve der Hinleistungsfähigkeit um etwa ein Jahr erreichen“. Auch MIELKE und KESSLER (1994) konstatieren bezüglich der Demenz vom Alzheimer-Typ: „Obwohl erhebliche Fortschritte im Verständnis der Pathogenese der ADT gemacht wurden, gibt es bis heute keine kausale Behandlung mit dauerhaften Erfolg im Sinne einer anhaltenden Besserung kognitiver Defizite. Das heißt man ist weit von einer medikamentösen Behandlung entfernt, die den Krankheitsprozess (...) aufhalten könnte. Auch eine Therapie, die in die Pathogenese der Erkrankung eingreift, ist selbst hypothetisch nicht in Sicht, da die Entstehungsmechanismen der ADT noch nicht soweit aufgeklärt sind“.

2.4.1 Pharmakologische Studien

2.4.1.1 Ältere Erkenntnisse

Inzwischen sind Hunderte verschiedener chemischer Substanzen hinsichtlich ihres Einflusses auf die Alzheimer Demenz getestet worden. Die meisten waren unwirksam oder hatten unangenehme Nebenwirkungen.

1980 hatte sich die medikamentöse Forschung auf Substanzen gerichtet, die in der Lage waren, den Neurotransmitter Acetylcholin im Gehirn zu vermehren. Das Gehirn benutzt hierbei Vorstufen, um Acetylcholin in seinen Zellen zu produzieren. Acetylcholin ist in der Lage, Informationen an andere Gehirnzellen weiterzuleiten. Nach Übertragung der entsprechenden Nachricht wird Acetylcholin wieder zerstört. Dieser Vorgang eröffnet den Forschern mehrere Möglichkeiten: Anhebung der Acetylcholinkonzentration im Gehirn durch Medikamente, die selbst eine solche Substanz enthalten, Ingangsetzen einer vermehrten Acetylcholinproduktion in den Gehirnzellen oder Versuch, den Abbau der im Gehirn entstehenden Acetylcholinmengen zu verlangsamen.

Lecithin und Cholin sind Substanzen, die in verschiedenen Nahrungsmitteln vorkommen. Sie werden vom Körper für die Acetylcholinproduktion benötigt. Es sind Studien durchgeführt worden, in denen Demenzkranken Lecithin und Cholin gegeben wurden. Bei Cholin wurde in manchen Fällen eine leichte Verbesserung der Wachheit und der Aufmerksamkeit berichtet, obwohl diese Verbesserung dann wieder von einer leicht erhöhten Unruhe begleitet wurde; in einigen Untersuchungen zeigte sich eine Abnahme der Verwirrtheit (FOVALL et al. 1983). Aber all diese Verbesserungen waren so gering, dass sie auch normale Schwankungen im Verhalten ohne Beziehung zur Cholinbehandlung darstellen könnten. Wie Cholin erhöht Lecithin die Verfügbarkeit von Acetylcholin; es erhöht auch den Blutspiegel an Cholin und hält die Blutspiegel länger als einfaches Cholin (ETIENNE 1983). Bei manchen Patienten sind mit Lecithin geringfügige Verbesserungen nachgewiesen worden. Die Resultate waren aber insgesamt enttäuschend.

2.4.1.2 Neuere Studien

Neuere Medikamente, über die auch in der Presse gesprochen wurde, verhindern die Acetylcholinzerstörung. Einige von ihnen haben die Gedächtnisleistung für eine kurze Zeit verbessert, keine Substanz konnte jedoch langfristig und an größeren Patientenzahlen eine Verbesserung hervorrufen. Ein in dieser Weise wirkendes Medikament ist THA (Tetrahydroaminoacridin) oder Tacrine. THA hemmt den chemischen Abbau von Acetylcholin an den Synapsen. Im Jahr 1981 berichteten SUMMERS et al. (1986), dass 75% der Patienten (9 von 12) nach einer subjektiven Einschätzung eine Verbesserung zeigten unter einer Behandlung nur mit THA. Im Jahr 1986 berichtete dieselbe Gruppe, dass 16 von 17 Patienten nach einer subjektiven Einschätzung verbessert waren. Nach objektiven psychologischen Tests zeigten 10 von 17 Patienten eine Verbesserung, im Vergleich zu 7 von 12 im Jahre 1981.

Auch wenn THA und Tacrine zunächst scheinbar einer kleineren Gruppe von Alzheimer-Patienten geholfen haben: „Etwa ein Drittel der behandelten Patienten zeigt eine deutlich verbesserte Alltagskompetenz“ (NIEMANN-MIRMEHDI, RICHERD, NEUMANN 1998, S. 42), konnten sorgfältige Nachuntersuchungen diese gute Wirkung nicht bestätigen. Acetylcholin wird im ganzen Körper benötigt. Aus diesem Grund wird jede Beeinflussung seiner Konzentration Nebenwirkungen an anderen Stellen des Körpers hervorrufen. Diese Besonderheit könnte den Einsatz von Substanzen, die das Acetylcholinsystem beeinflussen, erschweren oder unmöglich machen.

Auch Antidementiva werden in der medikamentösen Therapie eingesetzt. Eine neuere Entwicklung auf diesem Gebiet ist der Wirkstoff Galantamin. Seinen Namen verdankt das Galantamin dem kleinen Schneeglöckchen (*Galanthus nivalis*). Erst vor kurzem hat man die positiven Eigenschaften dieses Pflanzeninhaltsstoffes für die Behandlung der Alzheimer Demenz erkannt. Interessant für die Therapie ist Galantamin vor allem deshalb, weil es eine zweifache Wirkung hat. Zum einen hemmt es den Abbau des Acetylcholins im Gehirn. Zusätzlich macht es aber auch noch die Empfangsantennen an den Nervenzellen für den wichtigen Botenstoff empfindlicher. Aus diesem Grunde wurde Galantamin als Standardmedikation dem so genannten

Kompetenznetzwerk Demenzen ausgewählt. In diesem großen Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Bildung und Forschung wird untersucht, ob die frühzeitige medikamentöse Therapie bei leichten Hirnleistungsstörungen das Entstehen einer Alzheimer Erkrankung verhindert.

Auch Galantamin kann, (seit März 2001 erhältlich), wie die vorher verfügbaren Präparate, die Alzheimer Krankheit nicht heilen. Aber die geistige Leistungsfähigkeit des Alzheimer-Patienten, also Gedächtnis, Orientierungsfähigkeit und Sprachvermögen, können über einen längeren Zeitraum aufrechterhalten werden. Wie sich auch bei der anderen Antidementiva zeigte, war der Erfolg umso größer, je früher mit der Behandlung begonnen wurde.

Das Antidementivum Donepezil, das von den Unternehmen Eisai und Pfizer als Aricept vermarktet wird, „bessert bei Patienten mit Morbus Alzheimer die kognitive Leistungsfähigkeit“ – berichtet die Ärzte Zeitung (ÄRZTE ZEITUNG, 22.10.2004).

Seit August 2002 ist der NMDA-Rezeptorantagonist Memantine unter dem Handelsnamen Axura® von Merz oder Ebixa® von Lundbeck für die Behandlung von mittelschweren und schweren Formen der Alzheimer Demenz in Europa zugelassen.

Neuere Medikamente mit dem Wirkstoff Risperidon® – das zu den so genannten atypischen Neuroleptika gehört – haben eine bessere Wirkung erzielt. Risperidon setzt im Gehirn gezielter an den richtigen Stellen an, ohne den Acetylcholin Spiegel negativ zu beeinflussen. Das heißt, der Patient leidet unter deutlich weniger Nebenwirkungen.

Nebenwirkungen

Gegen die Begleitsymptome der Demenz werden am häufigsten Neuroleptika verschrieben. Diese senken häufig den Blutdruck. Ist der Blutdruck zu niedrig, kann es zu Gleichgewichtsstörungen und damit zu Stürzen kommen.

Eine andere Gruppe von Nebenwirkungen sind die sogenannten extrapyramidalen Störungen. Sie bestehen in verlangsamten Bewegungen, Muskelversteifung einem Ruhetremor (z.B. ein Zittern der Hände in Ruhe),

einem schwankenden Gang und einem maskenhaften Gesicht. Dieser „Pseudoparkinson“ tritt meist zwischen der ersten Woche und dem zweiten Monat der Behandlung auf. Die Symptome können durch vorsichtige Zugabe anderer zusätzlicher Medikamente gebessert werden.

Werden Neuroleptika gegeben, um Unruhe und Agitiertheit zu mindern, treten aber gegenteilige Effekte auf, so spricht man von „paradoxen Reaktionen“. Der Patient kann dann nicht mehr ruhig sitzen, zeigt Angst, ist agitiert und schläft schlecht. Keine Körperhaltung ist mehr angenehm. Wenn Kranke über längere Zeit Neuroleptika einnehmen, können sich „Dyskinesien“ entwickeln. Die Nebenwirkung ist charakterisiert durch unwillkürliche Zungen- und Lippenbewegungen; auch zuckende Bewegungen von Armen und Beinen können auftreten. In schweren Fällen können Sprache, Essen, Gehen und Atmen beeinträchtigt sein.

Eine andere Nebenwirkung ist das Delir oder eine reversible Demenz, die durch die anticholinergen Begleitwirkungen der Neuroleptika hervorgerufen werden kann. Manche Neuroleptika und Antidepressiva blockieren nämlich die Funktion von Acetylcholin. Dabei kommt es häufig zu Mundtrockenheit, verschwommenem Sehen, Pupillenerweiterung, Harn- oder Stuhlverhalt, einer verstopften Nase und beschleunigtem Herzschlag. Einige Neuroleptika verhindern die Ejakulation. Das cholinergere System des Gehirns kann ebenfalls beeinträchtigt werden, was gerade bei der Alzheimer Demenz, bei der dieses System schon angeschlagen ist, zu noch größeren Gedächtnisproblemen führen kann.

BRUDER (1991) weist allerdings darauf hin, dass trotz der nüchternen Feststellungen bezüglich einer kausalen oder den Krankheitsprozess entscheidend beeinflussenden Therapie „bei jedem Älteren mit einem nicht auszuräumenden Verdacht einer beginnenden Demenz, insbesondere bei noch leichter Ausprägung, ein medikamentöser Behandlungsversuch erwogen werden [sollte]“. Eine (zeitweise) medikamentöse Therapie ist seiner Meinung nach beispielsweise durch zumindest potentielle Placebo-Effekte auf die Leistungsfähigkeit zu rechtfertigen. „Außerdem ist nicht zu unterschätzen, dass Selbstfinanzierte Nootropika zu einer Haltung der Aufmerksamkeit und des

fürsorglichen Umgangs mit der eigenen Person beitragen können, aus der im Sinne von autosuggestiven Kräften möglicherweise positive Einflüsse auf Stimmung und geistige Frische ausgehen“.

Die Bedeutung medizinisch-pharmakologischer Strategien liegt bei dieser dementiellen Erkrankung vor allem in der Therapie begleitenden behandelbaren Erkrankungen, die den dementiellen Prozess überlagern und verschlechtern können, und die Therapie psychischer Symptome. Inwiefern letzteres bei Betrachtung der damit in der Regel verbundenen, oft nicht unbeträchtlichen Nebenwirkungen und vor dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Demenz sinnvoll ist, mag hier dahingestellt bleiben und muss in jedem Fall individuell abgewogen werden.

2.4.2 Impfungen

Eine Vielzahl von Forschungsvorhaben untersucht neue Ansätze für die Behandlung des Morbus Alzheimer. Des Weiteren werden die verschiedensten Medikamente auf ihre Wirksamkeit bei Alzheimer getestet.

Im Tierversuch konnten die Alzheimer typischen Eiweißablagerungen an den Gehirnzellen durch eine Impfung aufgehalten und teilweise sogar zurückgebildet werden. Eine erste Studie ist 2001 angelaufen, die rund zwei Jahre dauern sollte. In der Phase-II-Studie erhielten damals insgesamt 298 Patienten mit leichten bis mittelschweren Formen des Morbus Alzheimer eine Impfung mit dem Eiweiß Amyloid-beta. Dieses Molekül ist an der Entstehung der degenerativen Veränderungen im Nervengewebe des Gehirns von Alzheimerpatienten entscheidend beteiligt. Obwohl das Impf-Verfahren zunächst sicher schien, musste die Studie, an der auch 30 Patienten von Professor CHRISTPH HOCKS Klinik in Zürich beteiligt waren, abgebrochen werden, weil es bei sechs Prozent der Patienten zu einer aseptischen Meningoenzephalitis kam. Diese führte bei jedem dritten Betroffenen zu dauerhaften neurologischen Defiziten und wurde mit zwei Todesfällen in Zusammenhang gebracht.

Trotz des Studienabbruchs ist das Konzept „Impfung gegen Morbus Alzheimer“ nicht ad acta gelegt worden, wie die *ÄRZTE ZEITUNG* (13.01.2005) berichtet.

HOCK und seine Kollegen haben nämlich in den vergangenen zwei Jahren jene Patienten genau beobachtet, die vor dem Ende der Studie eine Impfung mit Amyloid-beta erhalten hatten. „Einem Teil der Patienten geht es erstaunlich gut“, wie HOCK auf dem 29. Interdisziplinären Forum der Bundesärztekammer in Berlin berichtet hat. Bei einigen Patienten habe sich die klinische Symptomatik sogar verbessert. Bereits im Jahr 2002 konnte HOCK zeigen, dass bei jenen Patienten, die gut auf die Impfung angesprochen hatten, im Serum hochspezifische Antikörper gegen Alzheimer-Plaques nachweisbar waren (NAT MED 11, 2002, 1270). Jetzt konnte er mit den Befunden der Züricher Patienten nachweisen, dass der klinische Verlauf eindeutig von der Produktion dieser sehr spezifischen Antikörper abhängt.

Bei Patienten, bei denen als Immunantwort auf die Impfung Antikörper gegen Amyloid-beta synthetisiert wurden, konnte der weitere geistige Verfall weitgehend gestoppt werden. Die 19 Patienten der Züricher Stichprobe, bei denen hohe Antikörpertiter nachweisbar waren, schnitten im maximal 30 Punkte umfassenden Mini Mental Test 24 Monate nach der Impfung in etwa so gut ab wie zu Beginn der Studie. Einige Patienten schnitten sogar besser ab. HOCKS Fazit: „Die Grundidee funktioniert“. Schließlich deuten auch die magnetresonanztomographischen Untersuchungen in dieselbe Richtung. So nimmt das Volumen des bei Patienten mit Morbus Alzheimer stark betroffenen Hippokampus bei unbehandelten Alzheimer Patienten im Mittel um drei Prozent pro Jahr ab, wie HOCK erläuterte. Anders war dies bei den Impfungen mit guter Antikörperproduktion.

„Zwar kam es bei ihnen im ersten Jahr nach der Impfung zu einer Verringerung des Volumens um 6,7 Prozent. Ein Jahr später allerdings hatte sich das Hippokampus-Volumen wieder um drei Prozent vergrößert, was sonst nie beobachtet wird. Möglicherweise sei der starke Rückgang Zeichen der anfänglichen Amyloid-Phagozytose, die spätere Zunahme dagegen Zeichen einer Erholung des Nervengewebes“, so HOCKS Interpretation dieses Befunds. HOCK betont weiter dass „die Beobachtungen Grund genug sind, am Impfkonzent festzuhalten und einen neuen Impfstoff zu entwickeln, der besser

vertragen wird. (...) Gesucht wird jetzt eine Substanz, die die humorale und die zelluläre Abwehr gleichmäßiger stimuliert“ (ÄRTZE ZEITUNG, 13.01.2005).

Um nach dieser wissenschaftlichen Exkursion zu verschiedenen Therapieversuchen und Behandlungsweisen, die allerdings für das Gesamtverständnis notwendig sind, auf den Kern der Fragestellung zurückzukommen, wird jetzt der Begriff der Kompetenz, der sich als Leitfaden durch diese Arbeit zieht, erläutert.

3 Der Begriff Kompetenz

3.1 Allgemeine Aussagen zum Kompetenzbegriff

Es liegen viele Definitionen von Kompetenz vor. Der Grundgedanke ist dabei stets, dass Kompetenz die Zuständigkeit oder Fähigkeit, sich mit etwas adäquat auseinanderzusetzen, bedeutet (GUTZMANN 1992, S.137).

Kompetente Personen haben Erfahrungen und somit Wissen und Fertigkeiten erworben, die sie im akuten Vollzug der Auseinandersetzung bzw. bei der Bewältigung von Problemen im Alltag wieder einsetzen können.

Auf das Können ausgerichtete Definitionen trifft man bei SPECK. Unter Kompetenzen versteht SPECK bestimmte Befähigungen. Diese machen das Können aus. Es bezieht sich auf die verschiedensten Lebensfunktionen, wie Wahrnehmung, Bewegung, Sprache, Kommunikation oder Kognition, und auf Lebensbereiche bzw. Lebensformen (SPECK 1998, S.370). In diesem Zusammenhang unterscheidet SPECK zwischen Fach-, Methoden-, Selbst- und Sozialkompetenz.

Fachkompetenz- Selbstgesteuerter Erwerb fachlicher Fähigkeiten, die selbständige Ausführung von Arbeitsaufgaben und der Transfer bereits erworbenen Wissen auf neue Situationen.

Methodenkompetenz- Fähigkeiten und Fertigkeiten, die selbständiges Lernen, aktive Verarbeitung von Informationen, produktives Denken und begründetes Entscheiden ermöglichen.

Selbstkompetenz- Reflexion und Veränderung des eigenen Verhaltens. Auch die Entwicklung der Identität und des Lebenssinnes durch berufliche / alltägliche Tätigkeit.

Sozialkompetenz- Fähigkeiten auf der zwischenmenschlichen Ebene, wie z.B. Kommunikation und Kooperation in allen Situationen, die Bearbeitung von Konflikten und Problemen.

Unter dem Begriff ist demnach die Fähigkeit zur aktiven Lebensbewältigung, zur produktiven Auseinandersetzung mit den Anforderungen der Lebenssituation zu verstehen.

Eine andere Sicht der Kompetenz bevorzugt das HEIDELBERGER KOMPETENZ INVENTAR (HKI): „Kompetenz ist die Verfügbarkeit und Anwendung von Verhaltensweisen, die den Selbstbestimmten Verhaltensspielraum eines Individuums erweitern und den Menschen unabhängiger von Versorgungsmaßnahmen werden lassen“.

Demnach bedeutet es, dass Kompetenzen eine Struktur der Handlungsfähigkeit bilden, die dann der Vermittlung von Handlungskompetenzen dient, d.h. den einzelnen Menschen bei der individuellen Gestaltung seines Lebens und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unterstützen soll. Ein kompetentes Alter ist geprägt von der Kontrolle über das eigene Leben, die Lebensumstände und die Lebensumgebung. Selbst wenn der alte Mensch gepflegt werden muss, kann eine empfundene Kompetenz ihm Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl erhalten. Kompetenz lässt sich nicht allein durch die Fähigkeit, alleine den Alltag meistern zu können definieren. Kompetenz umschreibt die Interaktion zwischen Person- und Umgebungsfaktoren in einer spezifischen Zeit. Es gibt nicht **die Kompetenz**, sondern Formen kompetenten Verhaltens, das man jeweils in Abhängigkeit von der spezifischen Umwelt und den spezifischen Anforderungen der Zeit, in der man lebt, zu sehen hat.

EXKURS

Zur kognitiven Fähigkeiten bei einer dementiell Erkrankung

Eine wirkungsvolle Behandlung soll auf die Eigenschaften und den Zustand des Patienten zugeschnitten sein. Bei geistigen Leistungseinschränkungen durch möglichst gezielte mentale Behandlungen (z.B. Kompetenztraining, Gehirn-Jogging). GUTZMANN weist daraufhin, dass unter dem Gesichtspunkt der Vorbeugung vor Demenzen vom Alzheimer-Typ, eine optimale geistige Auslastung den Eintritt der Erkrankung möglicherweise hinauszögert (vgl. GUTZMANN 1992, S.139).

Bei vorhandener dementieller Erkrankung fördert man Patienten abhängig vom Ausgangsniveau und Schweregrad der Demenz. Bei leichter Demenz, wenn man die Interessengebiete anspricht sind durchaus noch Eigenmotivationen vorhanden. Verschiedene Arten des Kompetenztrainings, wie Lernstrategien erwerben oder sich in einer Gruppe geschichtlich bilden, können bei leichter Demenz noch durchgeführt werden. Die Patienten können sich teilweise unbeaufsichtigt sogar noch selbst trainieren. So haben 86% der Patienten mit Demenz relativ leichte Gehirn-Joggingaufgaben für vier Wochen mit nach Hause bekommen und angegeben, dass sie weiterüben wollten (LEHRL & FISCHER 1990). Bei mittelschwerer Demenz eignen sich nur noch ganz leichte Aufgaben wie „In der folgenden Reihe alle ‚m‘ durchzustreichen: a u m d w m m i r t ...“. „Hier beginnt die Domäne des Realitätstrainings“ – so GUTZMANN (1992 S. 140).

„Bei Demenzen vom Alzheimer-Typ mit mittelschweren und schweren Ausprägungen ist kaum mit Zustandsverbesserungen bis zum prämorbidem Niveau zu rechnen. Dennoch erzielen sie oft Verbesserungen, die den Betreuer wiederum ermutigen, weiterzumachen. Bei derartigen Demenzzuständen treten emotionale Beziehungen in den Vordergrund der Therapie“ (GUTZMANN 1992, S.140).

Auch wenn keine kausale Hilfe von den gegenwärtig bekannten Behandlungsmaßnahmen zu erwarten ist, haben sie doch oft einen günstigen Einfluss auf die Symptomatik und können dazu beitragen, die

Kommunikationsfähigkeit und insgesamt die Lebensqualität der Patienten zu steigern.

Aus der Erkenntnis heraus, dass bei Menschen die sich im letzten Stadium der Alzheimer Erkrankung befinden, die positiven Aussichten einer auf kognitive Kompetenzen ausgerichteter Therapie kaum noch vorhanden sind, wird im folgenden der „sozialen Komponente“ die Aufmerksamkeit geschenkt.

Der Begriff „soziale Kompetenz“, wie in oben aufgeführter Form, bedarf allerdings einer weiteren Ausdifferenzierung. KANNING schlägt vor, zwischen sozialer Kompetenz und sozial kompetentem Verhalten zu differenzieren (KANNING 2001, S.197). Die Kompetenz liegt im Verborgenen und trägt dazu bei, sich in einer konkreten Interaktion auch tatsächlich sozial kompetent verhalten zu können. Sie hat jedoch den Charakter eines Potenzials. Positiv ausgeprägte Kompetenz fördert das Auftreten sozial kompetenten Verhaltens, ohne das Verhalten jedoch vollständig determinieren zu können. Eine vorhandene Kompetenz liefert somit keine Garantie für kompetentes Verhalten in jedweder Situation. Hieraus ergibt sich, dass man aus der Beobachtung einer einzelnen Verhaltensäußerung nicht auf die Kompetenz des Individuums schließen kann. Erst die Abstraktion über mehrere Situationen hinweg ermöglicht es, den Einfluss der Kompetenz von den Einflüssen der situativen Rahmenbedingungen zu trennen. In Anlehnung an DÖFFNER et al (1981, S.233-252), schlägt KANNING folgende Definitionen vor:

Sozial kompetentes Verhalten- Verhalten einer Person, das in einer spezifischen Situation dazu beiträgt, die eigenen Ziele zu verwirklichen, wobei gleichzeitig die soziale Akzeptanz des Verhaltens gewahrt wird.

Soziale Kompetenz- Gesamtheit des Wissens, der Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, welche die Qualität eigenen Sozialverhaltens – im Sinne der Definition sozial kompetenten Verhaltens – fördert.

Im Sinne vom sozial kompetenten Verhalten wird somit Wert auf die subjektive Dimension gelegt, d.h. auf die erlebte eigene Kompetenz. Kompetenz wird dabei als situationsspezifisch verstanden: verschiedene Situationen erfordern eine spezifische Kompetenz, und der Grad an objektiver und subjektiver Kompetenz

sind in verschiedenen Situationen unterschiedlich. Zudem ist Kompetenz ein differentielles Konstrukt, d.h. die effektive Auseinandersetzung mit situativen Anforderungen erfordert zahlreiche Fähigkeiten und Fertigkeiten, einen Komplex von Funktionen, Einstellungen, Zielen und Verhaltensformen. Diese muss nicht mit der objektiv feststellbaren Kompetenz übereinstimmen.

Jeder, auch der dementiell Erkrankte, trifft mit einer ganz bestimmten persönlichen Ausstattung an sozialer Kompetenz auf eine spezielle Situation und deren speziellen Anspruch. Jeder Situation wiederum hat Wirkung auf alle an ihr Beteiligten, fordert anderes Verhalten und andere Fähigkeiten. Wenn man in diesem Zusammenhang von sozialen Kompetenzen innerhalb einer Interaktion spricht, meint man nicht nur den Betroffenen, also „den Dementen“ mit seiner immer weniger werdenden Fähigkeiten, sondern auch, und in diesem Fall vor allem den Interaktionspartner, der „mit dem Dementen“ sich in einer Situation befindet bzw. begibt. Dass der dementiell erkrankte Mensch soziale Kompetenzen besitzt, ist umstritten. Dass er sie zum Erreichen seines Zieles umzusetzen vermag, ebenso, denn soziale Kompetenz ist in ihrem Einsatz nie absichtslos. Das Fordern des sozialen Verhaltens auf der Basis vorhandener sozialer Kompetenzen setzt aber voraus, dass die Situation, in der sich der dementiell erkrankte Mensch befindet, verstanden wird. Und dies ist in diesem Fall nur selten vorhanden, was im Sinne LAZARUS nicht entscheidend ist: „Der Hauptgesichtspunkt sozialer Kompetenz ist, dass das kompetente Individuum aktiv bestimmt, was er oder sie in einer sozialen Situation will, und ferner die Fähigkeit besitzt, die individuell definierten Ziele im Kontext bestimmte soziale Situationen zu verwirklichen (WRUBEL / BENNER / LAZARUS 1981). Dem subjektiven Erleben muss also eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es muss versucht werden, solche sozialen Verhaltensweisen (das soziale Potenzial), im Sinne des (IHK), **einer Person und für diese Person** zu wecken und entsprechend einzusetzen. Die Abhängigkeit der objektiven und subjektiven Kompetenz von den Wechselwirkungen zwischen persönlichen Ressourcen und Umwelтанforderungen, die soziale Kompetenz und die Förderung sozialen Verhaltens, gewinnen somit den Charakter des Adressatenwechsels, bei dem die „soziale Kompetenz mehr als eine Ansammlung von Fertigkeiten darstellt, um in

sozialen Situationen eigene Ziele zu verwirklichen“ (WRUBEL et. al. 1981). Soziale Kompetenz besitzen heißt auch: soziale Verantwortung übernehmen, heißt, die Folgen eigenen und fremden Handelns für andere Menschen – auch wenn sie weit weg (...) sind – zu bedenken und sich entsprechend („angemessen“) zu verhalten“ (KERN 1984).

Dies ist nur möglich, wenn die Pflegepersonen ihre Macht und Kompetenz zurücknehmen. Soziale Kompetenz zeigt sich immer da, wo der Mensch (alt oder auch dement) selbst als Akteur auftritt und nicht bloßer Empfänger von Maßnahmen oder Leistungen ist. Selbst in kleinsten Bereichen können eigene Entscheidungen das Selbstwertgefühl erheblich steigern (vgl. KAISER 1983, S.143). Das tägliche Leben wird dann zufrieden stellend erlebt werden, wenn der Einzelne in der Lage ist, es selbstbestimmend zu gestalten. Das muss nicht bedeuten, dass er ohne Hilfe auskommen muss.

3.2 Kompetenz, Betreuung, Pflege

Die Multimorbidität des Alters und gerade auch die Demenzerkrankung führen zu einer andauernden Einschränkung von körperlichen, psychischen oder sozialen Funktionen.

In der Pflege älterer Menschen stehen für die tägliche Arbeit nicht wie in der Medizin strukturelle Schäden (Impairment), z.B. Hirnabbauprozesse, im Vordergrund, sondern die Funktionseinbußen (Disability), die sich als Folgen aus einem strukturellen Schaden ergeben. Die Funktionseinbuße haben Auswirkungen auf allgemeine Aufgaben und Fähigkeiten. Im sozialen Bereich zeigt sich die Hilfebedürftigkeit (Handicap) am sozialen Leben teilzunehmen. Das heißt, Hilfebedürftigkeit im Alter bezieht sich nicht vordergründig auf die Erkrankung (z.B. Morbus Alzheimer), sondern auf die aus den jeweiligen Erkrankungen resultierenden Funktionseinbußen und Symptome.

Die professionelle Pflege zielt deshalb in aller Regel nicht zuallererst auf die Wiederherstellung der Gesundheit, da dieses Ziel bei dementiellen Erkrankungen kaum und/oder gar nicht erreichbar ist. Oberstes Ziel ist meistens die Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit und Selbstbestimmung bei chronischer und zunehmender Abhängigkeit im Lebensalltag sowie die Wiedergewinnung und

Erhaltung vorhandener Kompetenzen in der Phase der Abhängigkeit von Hilfe und Begleitung. In der Pflege dementiell erkrankter Menschen ist das Gefühl des Wohlbefindens Voraussetzung und Ausgangspunkt der Pflegemaßnahme und nicht – wie noch oft im vertrauten Denken – erst das Ergebnis der Pflege. So auch die Definition: „Pflege befasst sich (...) mit der körperlichen Unversehrtheit und dem Wohlbefinden von Menschen (...), die in einer ständigen Wechselbeziehung zu ihrer Umwelt stehen“ (FAWCETT 1996, S.18).

Diese Aussage nimmt darauf Bezug, dass „Pflege“ als Konzept im Zusammenhang mit den drei weiteren Konzepten von „Person“, „Umwelt“ und „Gesundheit“ zu betrachten ist. Die mögliche Variabilität des Pflegekonzeptes wird durch die Personen, das Umfeld und die Gesundheit, auf die sich die Pflege älterer Menschen in Einrichtungen bezieht, spezifischen Kontinua zugeordnet. Es werden drei Dimensionen einer Person unterschieden.

Unter der kognitiven Leistungsfähigkeit sind Intelligenz, Wissen, Lernen, Gedächtnis und die Informationsbearbeitung zu verstehen. Diese stellen ein Potenzial dar, was zu erkennen und zu fördern ist: „Angesichts der Tatsache, dass mangelnde sensorische und kognitive Stimulation sowie geringe kognitive Aktivität bei stärker ausgeprägter Schädigung des Gehirns zu erheblichen Defiziten in den kognitiven Leistungen führen – die sich schließlich in deutlich verringerten Lern- und Behaltensleistungen, in deutlich reduzierter kognitiver Umstellungsfähigkeit sowie in Orientierungsstörungen niederschlagen können – gewinnt die Nutzung und Förderung kognitiver Ressourcen auch eine hohe praktische Bedeutung“ (KRUSE 1989, 1996).

Bei der alltagspraktischen Kompetenz (Gestaltung des Alltags, Selbständigkeit im Alltag, Gestaltung sozialer Beziehungen, psychische Bewältigung und Verarbeitung von Belastungen) wird die Annahme vertreten, dass Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen sowohl von personologischen Faktoren (im Lebenslauf und in der Gegenwart) als auch von umweltbezogenen Faktoren (im Lebenslauf und der Gegenwart) beeinflusst sind. Die postulierte Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt kommt in folgender Definition von Kompetenz zum Ausdruck: „Kompetenz beschreibt die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbständigen, selbstverantwortlichen und

sinnerfüllten Lebens in einer bestehenden sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt“ (KRUSE 1989, 1996b).

Der engere Kompetenzbegriff bezieht sich auf die Selbständigkeit älterer Menschen in ihrer Auseinandersetzung mit Anforderungen des Alltags in einer gegebenen Umwelt (z.B. BALTES, MAAS, WILMS/BORCHERT 1996).

Man beschränkt sich nicht darauf, die Funktionstüchtigkeit von Organsystemen zu quantifizieren oder sensorische und motorische Einbußen nachzuweisen, sondern untersucht diese in ihrer Auswirkung auf Möglichkeiten und Grenzen der Ausführung basaler und instrumenteller Alltagsaktivitäten (OSTER/SCHLIERF 1997).

Auf der Grundlage von Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt lassen sich unterschiedliche Grade und Formen der Selbständigkeit im Alter beschreiben. Dabei wird zwischen „basaler“ und „erweiterter Kompetenz“ differenziert (BALTES u.a. 1996). „Basale Kompetenz“ beschreibt die selbständige Ausführung solcher Aktivitäten des täglichen Lebens die zentral für die Aufrechterhaltung der Selbständigkeit sind; „erweiterte Kompetenz“ beschreibt hingegen die selbständige Ausführung differenzierter Aktivitäten, die die individuelle Gestaltung des Alltags konstituieren.

Hier wurde ein erweiterter Kompetenzbegriff eingeführt, der die Fähigkeit des Menschen betont, trotz bestehender Einbußen und Einschränkungen eine persönlich zufrieden stellende Lebensperspektive aufrechterhält.

Die Persönlichkeit, mit ihren Eigenschaften, Kognitionen, Emotionen, Identität und nicht zuletzt dem Selbstkonzept, vervollständigt die dreidimensionale Sicht einer Person. Die beschriebenen psychologischen Anforderungen lassen sich auch im Sinne von Entwicklungsaufgaben des Alters interpretieren, die eine spätere Herausforderung der Persönlichkeitsentwicklung darstellen. Dabei wird zwischen acht Bereichen differenziert, denen sich Risiken (gesundheitlich und sozial) zuordnen lassen. Danach ist das Altern als ein Prozess zu verstehen, der die verschiedenen Ebenen der menschlichen Existenz berührt.

In den 80er Jahren wurde das an Defiziten wie Krankheit, Gebrechlichkeit und Hinfälligkeit orientierte Altersbild insbesondere von Sozialwissenschaften und Psychologie als unangemessen kritisiert.

Demgegenüber wurden die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen älterer Menschen erkannt, ihre Selbständigkeit und der Wille zu Selbstbestimmung herausgestellt und die Vielfalt der Lebenslagen, Biographien und Lebensentwürfe auch im Alter betont (LEHR / THOMAE 1987). Es wird hervorgehoben, dass Menschen auch in diesem Lebensabschnitt ihren Status zwischen Autonomie und Abhängigkeit finden müssen.

Das veränderte Altersbild führte im Bereich sozialer Dienstleistungen zu einem Perspektivenwechsel: von der Sichtweise einer bevormundenden Versorgung der Klienten zu der Forderung, „hilfreiche Arrangements“ zwischen den Beteiligten auszuhandeln.

Ein weiter gefasstes, an der körperlich-psychisch-sozialen Ganzheit des Menschen orientiertes Pflegeparadigma betont die Notwendigkeit, den Menschen nicht nur wegen seiner Erkrankungen, sondern in Zusammenschau aller seiner alltäglichen Belange und Bedürfnisse zu sehen und zu unterstützen und seine Verfügung über Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten zu erhalten. Diese Sichtweise wird heute, besonders in der stationären Pflege, sehr breit praktiziert. Das bekannteste Pflegemodell ist hier mit Sicherheit der von MONIKA KROHWINKEL (siehe Anhang, S. 113ff) zu nennen.

MONIKA KROHWINKEL ist Professorin für Pflege an der Fachhochschule Darmstadt. Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der Aktivitäten und der existentiellen Erfahrungen des Lebens. Das Modell wurde in einer 1991 abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt. Auf der Grundlage der ATL`s von NANCY ROPER entwickelte MONIKA KROHWINKEL ein neues Pflegemodell, das sie um zwei Bereiche erweiterte. ROPERS frühere Arbeiten bilden die Basis des Modells, in dem sie versucht, unterschiedliche Erkenntnisse aus ihren Studien der Physiologie, Psychologie und Krankenpflege miteinander zu verknüpfen. Sie fand zunächst Eigenschaften heraus, die allen Menschen gemeinsam sind. Dabei orientierte sie sich am beobachtbaren Verhalten des Menschen, durch das sich diese Eigenschaften ausdrücken. Eine exakt ausgeführte Pflege muss ihrer Meinung nach auf beobachtbaren und messbaren Phänomenen beruhen und nicht auf Intuition oder glücklichen Umständen. KROHWINKEL`s Pflegemodell hat als Grundlage eine

ganzheitliche Sicht des Menschen und seiner Umgebung. Mensch und Umgebung gehören zusammen, beeinflussen und verstärken sich gegenseitig. Im folgenden werden die Eckpunkte des obigen Pflegemodells näher erläutert.

Einer der besten Wege, einen Menschen zu verstehen, ist nach KROHWINKEL die Beobachtung seiner Lebensaktivitäten. In ihrem Modell stellt KROHWINKEL 13 Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen auf, die sich in drei Gruppen gliedern:

- 1) Physiologische und Sicherheitsbedürfnisse (Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten, Ruhen und Schlafen, Ausscheiden, Essen und Trinken, sich pflegen, sich kleiden, sich bewegen, für sichere Umgebung sorgen)
- 2) Soziale Bedürfnisse (sich beschäftigen, soziale Bereiche des Lebens sichern, sich als Mann/Frau fühlen und verhalten, kommunizieren)
- 3) Ich-Bedürfnisse (mit existenziellen Erfahrungen umgehen).

Diese Sichtweise des Menschen hat in der Pflege Auswirkungen auf die Einschätzung des Bewohners, anfallende Probleme sowie Zielsetzung und Planung.

Voraussetzung für die Einführung eines solchen Pflegeprozessmodells sind nach der Erkenntnis von KROHWINKEL ein ganzheitliches Denkmuster, ein praktikables Pflegemodell, das ein Dokumentationssystem beinhalten muss.

Die Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen bedarf, neben einem Pflegemodell, eines spezifischen Betreuungsansatzes.

Im folgenden Kapitel sollen die Kernpunkte eines spezifischen Betreuungsansatzes dargestellt werden.

Es wird dabei der Begriff der Therapie gegenüber dem der Behandlung bevorzugt: letztere drückt m.E. in negativer Weise eine Verobjektivierung des zu Behandelnden aus. Therapie kann sowohl als kausale Heilung, aber auch in einem weiten Verständnis in seiner ursprünglichen, aus dem Griechischen entlehnten Bedeutung, die „beistehen“, „helfen“ und auch „dienen“ meint, verstanden werden.

4 Zu psychogeriatrischer Betreuung

4.1 Die Notwendigkeit

Dass Förderangebote für dementiell erkrankte Menschen notwendig sind, ist unbestritten. Auch die Frage, wie methodisch vorzugehen praktikabel sein könnte, bleibt nicht unbeantwortet. Allerdings muss die Überlegung angestellt werden, weshalb überhaupt gefördert werden soll.

Die Erwerbsfähigkeit wird dadurch niemals wieder hergestellt und eine wundersame Heilung schwerer dementiell erkrankten Menschen kann man auch nicht gewährleisten.

Ein pädagogisches Handeln ist deshalb zunächst nicht mehr, aber auch nicht weniger, als die Bereitstellung von Angeboten zur Bewältigung und Gestaltung eines von Beeinträchtigungen gekennzeichneten Lebens. Möglichst selbständige Lebensführung, Eigenständigkeit in sozialer Verbundenheit, sinnhafte Lebensperspektiven und ein von Rechten, Pflichten, Erfahrungen und Erlebnissen erfüllter Lebensalltag stellen solche Bewältigungs- bzw. Gestaltungsformen dar, die von einer Betreuung des dementen Menschen angestrebt werden.

Wenn die Lebensbedingungen in einem Pflegeheim autonomiefeindlich sind, so können über milieutherapeutische Maßnahmen in absehbarer Zeit Zustände geschaffen werden, die der Eigen- und Selbständigkeit der Bewohner zuträglicher sind; falls sich die kognitiven Leistungen alter Menschen einzuschränken drohen, kann durch ein kontinuierliches Gedächtnistraining längerfristig eine Stabilisierung des vorhandenen Niveaus oder sogar eine Verbesserung der entsprechenden Kompetenz erzielt werden (GUTZMANN 1992, S.127f.).

Dieses Agieren in der Zeit, auf der Basis einer für die Zukunft geltenden Planung und in Verbindung mit einer Evaluation der erreichten Wirkungen, ist eine legitime und vernünftige Vorgehensweise.

Wenn aber die Konstruktion der Zeitperspektive ihre Wirkung zu verlieren scheint, wie es gerade bei Menschen mit einer dementiellen Erkrankung der Fall

ist, stößt diese bis jetzt effektive Vorgehensweise auch auf ihre Grenzen. Daraus resultieren unter anderem folgende Fragen:

- Welche Art von Betreuung eignet sich am besten für Menschen, die über keine chronologische Zeitvorstellung verfügen?
- Inwiefern ist ein Betreuer in der Lage, in die Welt des dementen Menschen zu intervenieren und wie weit kann er so eine Lebenssituation nachvollziehen und sie deuten?
- Gibt es therapeutische Ansätze, die dementiell erkrankte Menschen auch im letzten Stadium ihrer Krankheit eine Unterstützung bieten können?
- Ist es überhaupt noch erreichbar, im Bereich der Kompetenzerhaltung, bzw. -erweiterung, bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit, positive Veränderungen zu erzielen?

Wenn der Beginn der Alzheimer Krankheit den Wendepunkt der Entwicklung des Individuums darstellt und den Beginn eines progredienten involutiven Geschehens markiert, so steht die letzte Phase, mit der der Betreuer eines Pflegeheimes am häufigsten zu tun hat, für das Stadium des Säuglings, für den mütterliche Umgebung und selbst noch keine Trennung erfahren haben.

Diese weitest gehende Abhängigkeit stellt hohe Anforderungen an das Einfühlungsvermögen des Betreuers, an seine Fähigkeit, auch kleinste Signale wahrzunehmen und richtig zu deuten, besonders aber an seine Fähigkeit, in diesem Schwerstdementen den Menschen, mit seinem ungebrochenen Anspruch auf würdige Behandlung, zu erkennen und zu akzeptieren.

Bei dem Großteil dementieller Erkrankungen spielen, den begrenzten medizinischen Möglichkeiten entsprechend, insbesondere nichtmedikamentöse Therapien eine wichtige Rolle.

4.2 Die Grundprinzipien

Stationäre Einrichtungen sehen sich zunehmend in die Pflicht genommen, Konzeptionen für die Betreuung, Begleitung und Pflege von dementiell erkrankten Menschen zu entwickeln.

Im Verlauf der Krankheit ändert sich das Krankheitsbild und damit die Anforderungen an medizinische Versorgung, Pflege und soziale Betreuung, d.h.

individuell abgestimmte Behandlung, Pflege und Betreuung sollten sich nach der jeweiligen Krankheitsphase, individuellen Ausprägung der Krankheitssymptome und der biographischer Prägung der Erkrankten richten (SELMES VAN DEN BRIL 2000).

Heim- bzw. Pflegekonzepte für Demenzkranke müssen entsprechend flexibel sein, da die Bewohnerschaft sich ständig verändert. In den Heimen sind individuelle und flexible Pflege- und Betreuungskonzepte erforderlich, im stationären Bereich insgesamt ein differenziertes, abgestuftes Angebot.

Die Frage nach der Organisationsform der stationären Betreuung für dementiell Erkrankte sollte auch geklärt werden. Während aber die Anhänger des separierenden Ansatzes die dementen Bewohner als Mehrheit sehen und für den kognitiv gesünderen Menschen Möglichkeiten „sich aus dem Wege zu gehen“ präferieren, befürchten die Anhänger des integrativen Ansatzes die Entstehung einer Art Ghettos, in dem eine Stigmatisierung stattfinden könnte (SOWINSKI 1998, S.63).

Das segregative Betreuungsmodell scheint dennoch den besonderen Bedürfnissen Dementer leichter entgegenkommen zu können. Eine gewisse Homogenität der Krankheitsbilder ermöglicht es den Mitarbeitern, auf demente Menschen abgestimmte Angebote und Maßnahmen zu entwickeln. Dennoch stehen professionelle oder angehörige Betreuer unter erheblichem Druck und erfragen Orientierungen eines angemessenen Umgehens und Zusammenlebens mit dementen Menschen.

Die Begleitung dementer Menschen beinhaltet komplexe Aufgaben und Anforderungen. Zusätzlich zur grundpflegerischen Versorgung benötigen dementiell Erkrankte eine Organisation und Gestaltung ihrer Lebensumwelt, die Bezug nimmt auf ihre spezifischen Bedürfnisse.

Es gilt eine Erlebens- und Wahrnehmungswelt zu gestalten, die „Veränderungen“ und „Störungen“ dieser Erkrankung wohlweislich wahrnimmt, diese einschätzen kann, Defizite jedoch auszugleichen sucht, unerheblich werden lässt in einer dichten Atmosphäre von Sicherheit, Geborgenheit und Zugehörigkeit.

Es gilt sicherzustellen, dass der Demente Vertrauen aufbauen, Ängste und Unsicherheiten abbauen kann. Es gilt, mit und für Demente ein Milieu zu schaffen, in dem sie sich „Zuhause fühlen“ können.

4.3 Die Wahl eines Konzeptes

Seit die Demenz vom Alzheimer Typ als häufiges Syndrom im Alter erkannt ist, sucht und prüft man verschiedene therapeutische Ansatzmöglichkeiten. Sie entstammen unterschiedlichen Einflussebenen wie der körperlichen oder psychischen Ebene, oder sie betreffen direkt eher den Patienten (kognitive Therapie, Aktivierungstherapie), oder sein Milieu (Milieuthherapie, Ökotherapie). Einige Behandlungsmaßnahmen fußen auf vorwissenschaftlichen praktischen Erfahrungen, andere sind von Theorien abgeleitet.

Man ist sich inzwischen einig, dass eine Kombination von mentalen Aktivierungstraining, Medikation und Bewegung viel günstiger als jede der Therapien für sich allein ist (GUTZMANN 1992, S.141).

Auch wenn keine kausale Hilfe von den gegenwärtig bekannten Behandlungsmaßnahmen zu erwarten ist, haben sie doch oft einen günstigen Einfluss auf die Symptomatik und können dazu beitragen, die Patienten-Compliance zu erhöhen, die Kommunikationsfähigkeit und insgesamt die Lebensqualität der Patienten zu steigern.

Grundsätzlich geht man davon aus, dass es nicht eine einzige richtige Lösung für eine gute stationäre Versorgung Demenzkranker gibt, sondern verschiedene Möglichkeiten. Der Erfolg ist jeweils von einer Vielzahl von Voraussetzungen und Gegebenheiten abhängig, etwa der Struktur der Bewohnerschaft und der vorhandenen Räumlichkeiten. Vom jetzigen Wissen um eine angemessene Versorgung Demenzkranker ausgehend, gilt es, unterschiedliche Konzepte auszuprobieren, sich auszutauschen, voneinander zu lernen.

Die verschiedenen nichtmedikamentösen Therapieansätze sollen hier geordnet und nach ihrer Bedeutung für Demenzen im Alter bewertet werden. Unter dem Gesichtspunkt des Nutzens für den alltäglichen Einsatz werden besonders die Maßnahmen interessant, die am Patienten ansetzen, wenig Aufwand erfordern und dennoch gleichzeitig mehrere Einflussebenen einbeziehen.

5 Ausgewählte Konzepte psychogeriatrischer Betreuung.

5.1 Realitätsorientierungstraining

Das Realitätsorientierungstraining (ROT) ist ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, der 1958 von J. FOLSOM, später unter Mitarbeit von L.R. TAULBEE (1966), in den USA entwickelt wurde. Zunächst war dieses Konzept zur Rehabilitation von Kriegsopfern gedacht, wurde dann aber auch in die Arbeit mit verwirrten Menschen in Pflegeheimen eingeführt (KITWOOD 2000, S. 87).

Nach FOLSOM verfolgt das ROT das primäre Ziel, die Gedächtnisleistung zu steigern und die zeitliche, örtliche und personelle Orientierung zu verbessern. Außerdem soll die Identität der Verwirrten erhalten und ihre Selbständigkeit, ihr Wohlbefinden und ihre soziale Kompetenz gefördert werden.

Das von FOLSOM entwickelte Konzept wird in seiner ursprünglichen Form nicht mehr angewendet. Es lassen sich aber Teilaspekte daraus in unterschiedlichen, später entwickelten Betreuungskonzepten, z.B. in der Milieuthérapie, wieder finden.

MÜCK bemerkt dazu: „Der Begriff ROT diene bislang eher als Sammeltopf für viele unterschiedliche Umweltorientierte Behandlungsansätze“. (MÜCK 2001).

Auf das Ziel, kognitive Fähigkeiten zu steigern und Orientierung zu verbessern wirkt die Intervention „Orientierungsunterstützende Maßnahmen“ hin. In der Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen setzte sich das ROT das Ziel, den drohenden Bruch mit der Wirklichkeit zu vermeiden.

Das ROT war im Prinzip der erste klare Versuch der positiven Interaktion mit dementen Menschen und Ausdruck dafür, „dass es die Mühe lohnt zu versuchen, sie zu einer ‚normalen‘ Lebensweise zurückzuführen“ (KITWOOD 2000, S. 87). Mit der Entwicklung des ROT wird erstmals die Einzelperson mit Demenz berücksichtigt und nicht nur die Krankheit Demenz gesehen. Damit wurde der erste wichtige Schritt, der in später entwickelten Konzepten konsequent verfolgt wird, getan. Im Sinne von Erhaltungstherapie kann ROT den Behandlungsprozess begleiten und unterstützen. ROT kann zwar nur bei leichteren Stadien der Demenz und ohne langfristigen Erfolg dem kognitiven

Abbauprozess entgegenwirken oder den herauszögern, hervorzuheben ist jedoch, dass ROT die zusätzlichen Symptome, die durch soziale Isolierung und mangelnde Übung entstehen könnten, abzumildern hilft. Vor allem sind hier das soziale Verhalten und Kommunikationsverhalten nennenswert.

Nachteile sind, dass es leicht zur Überforderung der Demenzerkrankten kommen kann, wenn sie mit Zwang aus ihrer subjektiven Realität herausgerissen und mit ihren Defiziten konfrontiert werden. Zumal die Dauerhaftigkeit der Wirkungen keine längerfristigen Erfolge verspricht (ERLEMEIER 2002, S.231). Unter anderen ist das ROT aus diesem Grund recht umstritten.

Forschungsergebnisse zeigen letztlich kaum positive Auswirkungen des ROT zumal die Diskussion zu diesem Thema noch nicht beendet zu sein scheint.

Während J.T. DIETCH ausführt, dass positive Effekte lediglich in Form einer gesteigerten verbalen Orientierung nachzuweisen sind (vgl. DIETCH 1989, S. 974), berichtet M. PEOPLE von weder positiven noch negativen Auswirkungen durch die Anwendung von ROT (vgl. FEIL 2000, S. 41). ERLEMEIER fügt hinzu, dass die Generalisierung von Wirkungen des ROT über verbale Orientierung hinaus weiterhin angezweifelt werden muss (ERLEMEIER 2002, S.230), während KASCHEL et. al. (1992, S.233) die Effektivität des ROT zu Verbesserungen der verbalen Orientierungen nachgewiesen haben, sofern unbehandelte Kontrollgruppen zum Vergleich herangezogen worden waren. Generell sind die Auswirkungen des ROT nur mäßig ausgeprägt und auf das direkt trainierte oder ähnliches Material beschränkt.

Die Kritik an ROT richtet sich besonders auf seine mangelhafte theoretische Fundierung, auf das kognitiv (unangemessen) ausgerichtete methodische Vorgehen und auf die mangelhafte Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Eigenheiten des dementiell Erkrankten. Was den letzten Punkt angeht, ist die Kritik nicht berechtigt, denn nicht für diese Klientel war das Konzept überhaupt entwickelt. Auch das mangelnde Verhältnis vom Aufwand (Schulung des Personals) zur Wirksamkeit schließt eine reibungslose praktische Umsetzung des ROT aus. Menschen im fortgeschrittenen Stadium der dementiellen Erkrankung erreicht ROT leider nicht.

Dennoch sollte das ROT in seiner appellierenden Funktion erkannt und nicht unterschätzt werden. Schließlich regt ROT dazu an, die Perspektive des „Gesunden“ und des „Kranken“ zu überprüfen, so dass anstatt den „Dementen“ in die „normale Welt“ zu führen, sich selbst in dessen Welt zu begeben versucht werden kann. In diesem Sinne hat ROT eine Wirkung gezeigt: „Es könne nicht um Orientierung von Verwirrten in einer „Realität“ gehen, die die ihre gar nicht sei“ – lautet die Kritik und aber doch gleichzeitig der Perspektivenwechsel von BÖHM (BÖHM 1988).

5.2 Validation

Ende der 80er Jahre erhielt das ROT, das bis dahin der einzige und folglich dominierender Ansatz bei dementen Menschen war, starke Konkurrenz durch Validation. Dieser neue Ansatz wurde von NAOMI FEIL entwickelt, nachdem sie im Laufe ihrer praktischen Arbeit mit desorientierten alten Menschen zu dem Schluss gekommen war, dass Versuche, Betroffene an der Realität zu orientieren häufig ein ablehnendes oder auch feindseliges Verhalten hervorrufen.

Sie zog aus ihren Beobachtungen den Schluss, dass alte Menschen sich nicht einfach aufgrund von eingeschränkten geistigen Fähigkeiten immer mehr auf die Vergangenheit beziehen, sondern dass sie emotionale Gründe dafür haben. Auch die besonderen Verhaltensweisen verwirrter alter Menschen, wie immer wiederkehrende Bewegungen oder regressive Verhaltensweisen, haben nach FEIL ihre Ursache in Ereignissen und Erlebnissen der Vergangenheit.

Das Betreuungskonzept besteht im Besonderen aus Kommunikationstechniken, die in der Betreuung von dementen Menschen angewendet werden sollen. Der Schlüssel zu einer adäquaten Kommunikation mit ihnen ist dabei die Validation (von lat. validus=kräftig; engl.: valid=gültig), also das „Für-Gültig-Erklären“ der Erfahrung und der subjektiven Wirklichkeit eines anderen Menschen.

Die Kommunikation bezieht sich durch das aktive Anerkennen der Emotionen des dementen Menschen stark auf die Gefühlsebene. Voraussetzung für den damit verbundenen Versuch, den gesamten Bezugsrahmen einer Person zu verstehen, ist ein hohes Maß an Empathie (vgl. BAIER 2001, S. 393; KITWOOD

2000, S.88). Die persönliche Sichtweise des Demenzerkrankten wird dabei in den Mittelpunkt der Therapie gestellt, wobei wichtige Verhaltensregeln für den zu Betreuenden einzuhalten sind. So soll z.B. die subjektive Realität des Betroffenen nicht korrigiert oder in Frage gestellt werden (vgl. BAIER 2001, S. 393). Mit den Worten von FEIL (1992, S.11) bedeutet jemanden zu validieren, „seine Gefühle anzuerkennen, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind“.

Durch ein gutes Einfühlungsvermögen soll versucht werden, in die innere Erlebniswelt des desorientierten Menschen vorzudringen. Dabei kommt es zum Aufbau von Vertrauen, Sicherheit, Stärke und Selbstwertgefühl. Verbale und nonverbale Signale der Erkrankten sollen aufgenommen und in Worten wiedergegeben werden. Die Interaktion findet über die direkte Kommunikation, das „In-Beziehung-Treten“ mit dem Demenzerkrankten, statt.

Ziele der Validation scheinen sehr heterogen zu sein: die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls, Reduktion von Stress, Rechtfertigung des gelebten Lebens, das Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit, die Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation, das Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren, die Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens und nicht zuletzt die Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel.

Der Validation liegen verschiedene Prinzipien aus dem Bereich der Psychologie zugrunde. Hier werden u.a. CARL ROGERS („Akzeptieren Sie Ihren Patienten, ohne ihn zu beurteilen“) und C.G. JUNG („Gefühle, die validiert wurden, werden schwächer, ignorierte oder geleugnete Gefühle stärker“) genannt.

Theoretischer Schwerpunkt der Validation als Betreuungskonzept ist die von dem Psychologen ERIK ERIKSON entwickelte Theorie der Lebensstadien und Aufgaben. So lautet die letzte Lebensaufgabe: Leben resümieren. Die erfolgreiche Bewältigung besteht in der Wahrung der persönlichen Integrität, d.h. in dem Erkennen von seinen Stärken trotz vorhandener Schwächen.

Feil fügt diesem Stadienmodell von ERIKSON einen weiteren Lebensabschnitt „hohes Alter“ hinzu, da die Lebenserwartung gestiegen ist. Dies ist das „Stadium jenseits der Integrität“, in dem die spezifische Lebensaufgabe „Vergangenheit aufarbeiten“ lautet.

Personen, die im Lebensstadium „Alter“ (nach ERIKSON) die Lebensaufgabe „Leben resümieren“ durch „Wahrung ihrer Integrität“ erfolgreich lösten, haben im „Stadium jenseits der Integrität“ keinen Bedarf an der Aufarbeitung ihrer Vergangenheit und damit die Voraussetzung, in Frieden zu sterben. Ist dies bei desorientierten oder verwirrten Personen nicht der Fall, so kehren sie in die Vergangenheit zurück, um ungelöste Aufgaben bzw. ungelöste Gefühle des bisherigen Lebens aufzuarbeiten.

Dieser Aufarbeitungsprozess kann nur mit Unterstützung von außen, mit Validation, erfolgreich verlaufen. Die Zielgruppe sind desorientierte, sehr alte Menschen (über 80 Jahre), die sich in dem Lebensabschnitt „Jenseits der Integrität“ befinden, welches Feil auch als Stadium „Aufarbeiten oder Vegetieren“ bezeichnet.

Feil wendet sich gegen eine einheitliche Bezeichnung „Demenz“ oder „Alzheimer-Demenz“. Ihrer Meinung nach ist die senile Demenz im Gegensatz zur präsenilen Demenz keine eindeutige Erkrankung, da Neurofibrillen und Plaques im Alter normal seien. Zu dem sei das gezeigte Verhalten beider Gruppen auch im Hinblick auf die Reaktion auf Validation unterschiedlich. „Senile Demente (...) sind jene, die ich als desorientierte, sehr alte Menschen bezeichne.“ Dies ist die Gruppe, die der Validation zugänglich ist.

Validation wird oft kritisiert, vor allem wegen ihrer großen Ansprüche und ihrer schwachen theoretischen Untermauerung: „Wie bei der Realitätsorientierung fällt es auch bei Feils Arbeit leicht, sie lächerlich zu machen.“ (KITWOOD 2000, S. 88). Dies betrifft sowohl die einseitige Interpretation von Verhalten und Gefühlen dementer Menschen, als auch die aus psychoanalytischen Modellen entlehnten, in diesem Zusammenhang eher fragwürdigen Interpretationen von Symbolen (z.B. Socke=Kind, mächtiger Sessel=Penis, Mann, Ehemann, Sex). Die „Erweiterung“ der ERIKSONS Entwicklungstheorie scheint mindestens gewagt. ERIKSON betont zudem, dass die Erfolgsaussichten einer Beratung/Psychotherapie oder Rehabilitation sich häufiger als in anderen Lebensabschnitten im Alter als eingeschränkt erweisen. Hinzu kommt, dass erreichte Erfolge immer durch neu auftretende oder sich chronifizierende

Erkrankungen, durch erneute Verluste wie auch soziale Veränderungen in der Umgebung, bedroht werden. Auch wenn Validation nicht den Anspruch erhebt, eine Wissenschaft zu sein, so beansprucht sie doch, ein Instrumentarium anzubieten, mit dem man psychisch kranke, besonders an Demenz erkrankte hochaltrige Menschen behandeln kann.

Einschränkungen erfährt die Validation durch die Definition der Zielgruppe, da nur über 80jährige berücksichtigt werden und auch die abwertende Haltung gegenüber medizinischen Diagnosen erschwert die Akzeptanz der Methode. Zusätzlich wird durch die Einstellung gegenüber der präsenilen Demenz, die nach Feil nicht positiv beeinflusst werden kann, die Größe der Zielgruppe noch einmal reduziert.

Obwohl sich das Konzept eigentlich auf das eigenständige Individuum konzentriert und Hilfestellung beim Lösen von „Lebensaufgaben“ geben soll, kann es durch die einseitige und einheitliche Interpretation von Desorientierung, Gefühlen und Verhaltensweisen Demenzerkrankter schnell dazu kommen, dass Umweltfaktoren und die aktuelle Situation des dementen Menschen weitestgehend unberücksichtigt bleiben. Die recht strikte Stadieneinteilung unterbindet bei konsequenter Umsetzung ebenfalls den Individualitätsanspruch der Betreuten. Es fehlt außerdem die Förderung von alltagsnahen Kompetenzen und somit der Selbständigkeit.

Neben diesen psychischen Ressourcen geht FEIL auch von weiteren, noch vorhandenen Kompetenzen ‚desorientierter‘ alter Menschen aus. Problematisch ist allerdings, dass sie den durchaus positiven Ansatz der an die Kompetenzen der ‚desorientierten‘, alten Menschen anknüpfenden Stimulierung und Aktivierung nur auf die validierende Gruppenarbeit beschränkt. Die Validationsgruppen stellen einen nur zeitlich begrenzten Rahmen dar. Eine Ausweitung auf das Milieu einer Institution wird von ihr nicht in die Betrachtung miteinbezogen (z.B. im Sinne einer Förderung alltagsnaher Kompetenzen mit dem Ziel einer möglichst großen Selbständigkeit).

Die Notwendigkeit von Wirkungsüberprüfungen wird kaum gesehen. Die positiven Effekte der Validation werden beinahe vorausgesetzt.

So liegen zur Validation auch kaum Forschungsergebnisse vor. Einige wenige empirische Untersuchungen berichten über Erfolge durch ihre Anwendung. FEIL beruft sich hauptsächlich auf ihre eigenen Erfahrungen in der praktischen Anwendung von Validation und auf eine von ihr 1971 durchgeführte Untersuchung, die folgende Ergebnisse in Bezug auf desorientierte Menschen hatte: „Sie wurden weniger inkontinent, das störende Verhalten (schreien, schlagen) nahm ab, das positive (lächeln, sprechen, anderen helfen) nahm zu; sie wurden sich ihrer Außenwelt bewusster, sprachen auch außerhalb von Gruppentreffen miteinander und waren zufriedener.“ (FEIL 2000, S. 40).

Feil führt weitere Untersuchungen an, welche die Erfolge der Validation belegen, geht jedoch nicht näher auf einzelne Untersuchungsmethoden ein. Sie nennt unter anderem STAN ALPRIN (1980), PAUL A. FRITZ (1986), JEAN PRENTCZYNSKI (1991), JAMES T. DIETCH (1989) und COLIN SHARP (1989) (vgl. FEIL 2000, S. 40-42).

Trotz dieser Kritikpunkte ist der Ansatz der Validation als Zugang zur Welt von Demenzkranken ein wichtiger Fortschritt, denn angestrebt wird, nicht wie bei ROT, eine Veränderung des Patienten, sondern die Vermittlung von Gefühlen des Verstanden- und Angenommenwerdens. Die Grundhaltung gegenüber dem Betreuten ist geprägt von Achtung, Würde, Empathie, Respekt und Ehrlichkeit.

Auch in Deutschland entstand ein zunehmendes Interesse an diesem therapeutischen Konzept. Eine große Rolle spielte hier allerdings auch die Diplom-Pädagogin Nicole Richard mit ihrem leicht differierenden Ansatz des ‚Integrativen Validierenden Arbeitens‘.

5.3 Integrative Validation

NICOLE RICHARD aus Kassel propagiert seit 1994 in Deutschland eine Abwandlung der Validationsmethode nach FEIL.

Die von ihr als „Integrative Validation“ (IVA) benannte Methode verfolgt einen sogenannten „ressourcenorientierten Ansatz“. Die Validation konzentriert sich hierbei vor allem auf verbliebene Fähigkeiten und Kompetenzen des Demenzkranken.

Das Ziel der von NICOLE RICHARD entwickelten IVA ist es, Ressourcen dementer Menschen zu aktivieren, mit ihnen in Kontakt zu treten und die Kommunikation zu fördern. Die Interaktion konzentriert sich daher auf die Anwendung adäquater Kommunikationstechniken.

RICHARD stellt dabei die zwei zentralen Ressourcen „Antrieb“ und „Gefühle“ heraus.

„Antrieb“ bezeichnet früherlernte Normgefühle einer Generation, die eine lebensgeschichtliche Herleitung beinhalten. Sie sind Motiv und Triebfeder des Handelns und erfahren eine persönliche Ausprägung und Gestaltung, z.B. Ordnungssinn oder Fürsorglichkeit (vgl. RICHARD 2001, S. 57).

„Gefühle“ sind Ausdruck der momentanen Befindlichkeit und beinhalten eine Reaktion auf die Umwelt. Sie stehen oft in Verknüpfung mit der inneren Erlebenswelt und werden von Demenzerkrankten direkt zum Ausdruck gebracht, wie z.B. Angst oder Ärger (vgl. RICHARD 2001, S. 57).

RICHARD kritisiert an anderen Betreuungskonzepten, wie z.B. ROT, dass sie sich auf den Versuch konzentrieren, nicht mehr vorhandene oder stark eingeschränkte Fähigkeiten von dementen Menschen zu fördern. Primär sollte ihrer Ansicht nach das Sicherheitsbedürfnis des dementen Menschen in den Mittelpunkt aller Bemühungen gestellt werden. Dies erfolgt über die Aktivierung von vorhandenen Ressourcen, wodurch das Wohlbefinden des dementen Menschen und die Motivation der Betreuungsperson gefördert werden.

Die Kommunikation erfolgt grundsätzlich auf drei Ebenen: Verbal (Sprache), nonverbal (Körpersprache) und paraverbal (Betonung). RICHARD bemerkt, dass die Kommunikation keine Diskrepanz zwischen diesen drei Ebenen aufweisen darf, da dies zur Verwirrung des dementen Menschen führen kann. Der Schwerpunkt der IVA liegt primär auf der sprachlichen Ebene und ist deshalb vorrangig für Demenzerkrankte im Anfangsstadium sinnvoll.

Grundsätzlich anders als Validation ist der Ansatz, der in diesem Fall ressourcenorientiert ist und der Verzicht auf eine strenge Stadieneinteilung, wodurch ein individueller Zugang tatsächlich möglich wird. Die Validation ist sich zwar in beiden Ansätzen sehr ähnlich, bei der IVA wird jedoch im

Unterschied zu FEIL auf eine ständige Interpretation des Verhaltens vor dem Hintergrund der Biographie verzichtet.

Eine deutliche Einschränkung erfährt das Konzept durch den Schwerpunkt auf der Kommunikationstechnik, da es aus diesem Grund nur für Demenzerkrankte im Anfangsstadium geeignet ist, mit denen eine ausreichende verbale Kommunikation möglich ist.

Forschungsergebnisse, die nicht von NICOLE RICHARD stammen, sind in der einschlägigen Literatur nicht zu finden. Sie selbst berichtet über positive Erfahrungen, z.B. veränderte Verhaltens- und Äußerungsformen (weniger Stress, kontaktfähiger, zufriedener) (vgl. RICHARD 2001, S. 59).

5.4 Biographiearbeit

Biographiewissen wird durch Biographiearbeit (synonym: Erinnerungsarbeit, Erinnerungspflege, Reminiszieren) erarbeitet bzw. erhalten und kann in die Pflege und Betreuung dementer Menschen integriert werden.

Biographiearbeit zielt darauf ab, das Identitätsgefühl des dementen Menschen zu erhalten. Durch geteilte Erinnerungen können ein Gemeinschaftsgefühl und eine Atmosphäre des Vertrauens entstehen. Außerdem werden die Kommunikation und die soziale Kontaktaufnahme gefördert und die Rückbesinnung auf Erfolge und Leistungen im vergangenen Leben kann die Selbstachtung stärken (vgl. TRILLING 2001, S. 42f.).

Für demente Menschen stellt die Erinnerung an ihre Vergangenheit eine wichtige Ressource dar, weil das Kurzzeitgedächtnis eingeschränkt ist, das Langzeitgedächtnis, in dem sehr gut memorierte und meist lange zurück liegende Informationen gespeichert sind, jedoch häufig noch lange während des Krankheitsfortschritts relativ intakt bleibt (vgl. KITWOOD 2000, S. 88). Typisch für die Demenzerkrankung ist zudem eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit und das Leben „in einer traumähnlichen Welt der Erinnerungen“ (WOJNAR 2001a, S. 40). Dies bedingt, dass demente Menschen mit Hilfe von Erlebnissen der Vergangenheit in der Jetztzeit kommunizieren.

In der stationären Betreuung spielt die Biographiearbeit eine besonders wichtige Rolle, da durch den Einzug in eine Institution die Zahl wichtiger Repräsentanzen des vergangenen Lebens, die zum Erhalt der Identität und Selbständigkeit beitragen, stark reduziert wird. Es besteht die Gefahr, dass der demente Heimbewohner mit seinen Erinnerungen alleine bleibt und sein Identitätsgefühl abnimmt (vgl. BLIMLINGER 1996, S. 3).

Formen der Biographiearbeit

GEREBEN unterscheidet zwei Formen der Biographiearbeit: die gesprächsorientierte Biographiearbeit und die aktivitätsorientierte Biographiearbeit (vgl. GEREBEN 1998, Kap. 4).

Zur gesprächsorientierten Biographiearbeit zählen Einzel- und Gruppengespräche, die zu vorgegebenen Themen angeboten werden. Solche Themen sind z.B.: Familienleben, Kinderspiele, Feste und Feiertage.

Die aktivitätsorientierte Biographiearbeit zeichnet sich durch die Integration der Biographiearbeit in eine Tätigkeit aus. Dies kann beispielweise ein Museumsbesuch, aber auch das Anfertigen einer Collage, das Singen von Liedern oder das Ausführen von Alltagshandlungen (z.B. Tisch decken), sein.

Bei beiden Formen gilt, dass sich das Miteinbeziehen von Angehörigen und eine dementengerechte Kommunikation sehr positiv auf die Erfolgsmöglichkeiten der Biographiearbeit auswirken. TRILLING schlägt für die dementengerechte Kommunikation vor, nur einen Sachverhalt im Gespräch gleichzeitig zu verwenden und vertraute Redewendungen oder Sprichwörter zu benutzen.

In der stationären Biographiearbeit gibt es einige zusätzliche Komponenten, die berücksichtigt werden sollten. Bereits bei der Aufnahme sollte ein „Biographiebogen“ erstellt werden, der zentrale persönliche Daten und wichtige Informationen aus dem Leben des dementen Menschen enthält. Dazu wird möglichst auf die Hilfe der Angehörigen zurückgegriffen.

TRILLING empfiehlt, Lebenserinnerungen in Form eines Lebensbildes, Lebensbuches oder einer Lebenskiste, also plastisch bzw. mit Hilfe von „Reliquien“, die sie als „Erinnerungsobjekte“ bezeichnet, darzustellen. Diese sollen sich nach Möglichkeit gut sichtbar im Zimmer des Heimbewohners befinden, so dass in der Alltagskommunikation darauf Bezug genommen werden

kann und so die Verständigung erleichtert wird. Zusätzlich soll die Einrichtung der Zimmer möglichst aus vertrautem Mobiliar bestehen, und es sollen besondere „Erinnerungsecken“ o.ä. eingerichtet werden. (vgl. TRILLING 2001, S. 118-121).

Das Konzept der Biographiearbeit kann als ressourcenorientiert eingestuft werden, wobei ein zentraler Aspekt die Stützung des Langzeitgedächtnisses ist.

Das Individuum steht hier jedoch im erwünschten Mittelpunkt.

Als negativ kann sich die Konfrontation der Betroffenen mit der Vergangenheit auswirken, da hieraus eine Überforderung resultieren kann. Erwähnen sollte man auch die Probleme, unter den gegenwärtigen strukturellen, personellen und institutionellen Bedingungen der Altenpflege, biographisch orientierte Haltung einzunehmen und bei der Fülle der Anforderung im Pflegealltag durchzuhalten. Jedem Bewohner in seiner biographischen Gewordenheit gerecht werden zu wollen, ist aus zeitlichen Gründen unmöglich. Insbesondere bei Demenzerkrankten im fortgeschrittenen Stadium bedarf biographisches Arbeiten einer intensiven Unterstützung durch die Angehörigen, was die Effektivität des Konzepts zusätzlich erschwert.

Unbestritten bleibt, dass um den dementiell erkrankten Menschen nicht der anonymisierten Macht der Institution auszuliefern, auf seine lebensgeschichtlich geprägten Besonderheiten und Interessen einzugehen ist.

Auch wenn die Brauchbarkeit des Konzeptes erstmal unter Beweis gestellt werden muss und bisher keine einschlägigen Studien zu den Effekten der Erinnerungstherapie bei dementiell erkrankten Menschen vorliegen, so erfüllt es mit Sicherheit den sozialen Aspekt für eine Begegnung und Interaktion mit der Klientel: „Biographiearbeit ist oft Bestandteil anderer Konzepte, weshalb es schwierig ist, ihre direkten Auswirkungen zu erfassen. Es zeigen sich aber positive Ergebnisse in Bezug auf die Kommunikationsfähigkeit“ (KITWOOD 2000, S.88).

5.5 Milieuthherapie

„Unter Milieuthherapie wird ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen (der Verluste und der Reserven) der Demenzkranken verstanden.“ (WOJNAR 2001b, S. 155).

Durch Milieuthherapie soll eine Verbesserung des gesamten therapeutischen Milieus, besonders in Langzeiteinrichtungen (Altenheime, Pflegeheime) erzielt werden, wobei psychische Bedürfnisse der Demenzkranken im Vordergrund stehen.

Sie gilt der Kompensation von Defiziten durch die Intervention „Umweltanpassung“ (soziales Milieu, Tagesstrukturierung, räumliche Milieu). Dabei wird die Umgebung der Demenzerkrankten entsprechend ihrer Defizite und Ressourcen gestaltet mit dem Ziel, „dem Demenzerkrankten ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und vom pathologischen Stress befreites Leben, trotz der zunehmenden Adaptationsstörungen an ihre Umwelt, zu ermöglichen“ (WOJNAR 2001b, S.155).

Körperliche Pflege spielt in diesem Konzept eine nachrangige Rolle. Die therapeutische Wirkung resultiert nicht aus Einzelkomponenten der baulichen Umgebung als Milieu, „sondern vom Zusammenwirken aller Umweltkomponenten (Bau, psychosoziales Milieu, Organisation).“ (HEEG 2001, S. 111).

Die Kernelemente der Milieuthherapie umfassen somit sowohl die soziale Umgebung, Tagesstrukturierung als auch architektonisch-räumliche Umgebung. Das Konzept der sozialen Umgebung fordert eine „Beziehungskonstanz“, womit feste Bezugspersonen für die Betreuten gemeint sind. Durch einen einfühlsamen Umgang, Geduldigkeit und Sensibilität soll eine persönliche Beziehung zwischen Demenzerkrankten und Mitarbeitern aufgebaut werden. Verbale als auch nonverbale Kommunikation soll dem Kommunikationsstil von dementen Menschen angepasst sein. Das Einbeziehen der Angehörigen wird als

Kontaktfördern verstanden um dem Bruch im Sozialgefüge entgegenzuwirken. Berücksichtigt wird hier auch das Wohlbefinden der Mitarbeiter, das sich auf den dementen Menschen nicht negativ auswirken soll.

Eine Optimierung des Milieus erreicht das Konzept durch eine feste Tagesstrukturierung, bei der sich Aktivitäten und Ruhephasen abwechseln (Intervallkonzept). Hier soll vor allem das Sicherheitsgefühl vermittelt werden. Im Sinne der Erweiterung, bzw. Erhaltung von Kompetenzen, werden dem Einzelnen aktivierende Angebote (vertraute und nicht vertraute) zur Auswahl gestellt, soziale Kompetenzen werden durch regelmäßiges Zusammentreffen in Gruppen gefördert. Trotz des relativ festen Rahmens im Tageablauf wird der Spontaneität, entsprechend den Wünschen, Zeit eingeräumt.

Nicht zuletzt sorgt eine gerechte räumliche Umgebung für den erforderlichen Schutz als auch die Aktivierung des Dementen. Überschaubare Räumlichkeiten, barrierefreie Wege in Form von Endlosfluren oder Rundwegen bieten die Möglichkeit dem Bewegungsdrang dementer Menschen entgegenzuwirken. Ausreichende, der Tageszeit angepasste Beleuchtung sorgt für die Normalisierung des Schlaf-Wach-Rhythmus (WOJNAR 2001b, S.157f). Durch kleine Wohneinheiten oder Gebrauchsgegenstände wird eine vertraute Atmosphäre vermittelt (LIND 2001, Kap. 2.4.), oft von unaufdringlicher Musik unterstützt.

Der theoretische Hintergrund der Milieuthherapie baut auf dem „Umweltanforderungs-Kompetenz-Modell“ nach LAWTON auf.

Ausgehend davon, dass durch altersbedingte Veränderungen die Umweltkompetenz alter Menschen abnehmen kann und dass der auf Umwelteinflüsse zurückführbare Teil des Verhaltens und Erlebens zunimmt, steht die Umweltkompetenz des Individuums in einer Interdependenz zu Umweltanforderungen. Da das Individuum dem ausgeübten Anforderungsdruck, im Sinne von Umweltkompetenzen nicht standhalten kann, orientiert sich das Modell von LAWTON, und ähnlich die Milieuthherapie, für eine Ausbalancierung, bzw. Kompensierung seitens der Umwelt: „Für das Erleben und Verhalten kommt der Umwelt eine größere Bedeutung zu, je geringer das Kompetenzniveau der Person ist“ (LIND / HEEG 1990, S.24-28). Diese

Umweltanpassung wird in der Milieutherapie als ein stetiger und dynamischer, die Kompetenzen weder unter- noch überfordernder Balanceakt verstanden. Für demente Menschen, die oft eine starke Einschränkung ihrer Umweltkompetenz erfahren, ist die Anpassung der dinglichen und sozialen Umwelt von großer Bedeutung, um somit die Lebensqualität und Lebenszufriedenheit verbessernd. Die Milieutherapie baut darauf, dass die adäquate Gestaltung eine Schutzfunktion darstellt, die Quellen der Überforderung abbauen und Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Darüber hinaus hat milieutheraeutisch gestaltete Umgebung die Aufgabe, die Selbständigkeit zu erhalten und zu fördern und das Selbstwertgefühl zu stärken.

Die Milieutherapie stellt ein sehr umfassendes Konzept dar, welches viele Teilaspekte der Demenz und des Individuums (biographieorientiert, kompetenzorientiert) berücksichtigt. Deswegen bleibt sie in ihrer praktischen Umsetzung oft nur ein Bestandteil in der Betreuung dementer Menschen, das bedeutet, dass oft nur Teilbereiche der Milieutherapie in der Praxis berücksichtigt werden. Mit ihren Anforderungen stellt sie eine kaum fassbare und prüfbare Einheit dar. Sie kann als Konzept aber auch als Sammlung von Konzepten betrachtet werden. So versteht HEIM unter der Bezeichnung „Milieutherapie“ „ein Überbegriff für die Gesamtheit aller gezielt eingesetzten Maßnahmen in der (menschlichen und sachlichen) Umwelt des Patienten, die seiner Besserung dienen“ (HEIM 1978).

Auch nach FÜSGEN und WETTSTEIN können alle pharmakologischen, psychologischen und andere therapeutischen Behandlungsverfahren in einer Milieutherapie integriert werden (FÜSGEN 1991; WETTSTEIN 1993).

Für Untersuchungsergebnisse hat dies zur Folge, dass oft keine genauen Rückschlüsse auf die ursächliche Wirkung der Milieutherapie hinsichtlich des Wohlbefindens der Demenzerkrankten gezogen werden können. Auch wenn in Projekten (z.B. „Hamburger Modellprojekt“) positive Auswirkungen hinsichtlich der Milieutherapie erzielt werden können, und direkte Studien zur Milieutherapie ihre positiven Auswirkungen belegen (mehr Aktivität, weniger Unruhe) (HEEG 2001, S.110), bleibt sie dennoch ein Teil eines Gesamtkonzeptes, mit der nicht genau definierbaren Abgrenzung.

Lediglich die Auswirkungen von Orientierungshilfen und „Szenarien mit Aufforderungscharakter“, wie z.B. Speisesaalmöblierung (positive Auswirkung auf Kommunikation und Essverhalten) oder „dementengerechte“ Beleuchtung (stimmungsaufhellend, aggressionsdämpfend) konnten positive Effekte zeigen (WOJNAR 2001b, S. 156f).

Die Umsetzbarkeit der Milieuthherapie, besonders in der stationären Betreuung, darf sich wegen des geforderten Zusammenwirkens aller Umweltfaktoren (Bau, psychosoziales Milieu, Organisation) bei konsequenter Einführung mit einem maximalen Aufwand und maximalen Kosten, besonders durch die baulichen Maßnahmen, als sehr schwer erweisen.

Als negativ kann ebenfalls der primär defizitäre Ansatz eingestuft werden, der an der eingeschränkten Umweltkompetenz ansetzt. Somit richtet sich das Augenmerk vor allem auf das, was der Betroffene nicht mehr kann und nicht auf die Fähigkeiten, die ihm noch erhalten geblieben sind, statt umgekehrt.

5.6 Selbst-Erhaltungs-Therapie

Ausgehend von der Überlegung, dass primäre und sekundäre Folgen einer dementiellen Erkrankung auch zu Veränderungen und Störungen des Selbst, d.h. der personalen Identität führen können, haben ROMERO & EDER (1992, S.267-282) ein Therapiekonzept für Alzheimer kranke Menschen entwickelt, das sich zum Ziel gestellt hat, die personale Identität der Demenzkranken über einen möglichst langen Zeitraum entgegen dem progredienten Abbauprozess zu bewahren.

Das „Selbst“ ist in diesem Zusammenhang als zentrales kognitives Schema zu sehen, welches Informationen über die eigene Person und die Umgebung aufnimmt, verarbeitet und aufrechterhält. Es schafft die Voraussetzungen, um „Entwicklungen von Situationen vorauszusagen, Entscheidungen zu fällen, Einstellungen und Haltungen einzunehmen und sich zu orientieren“ (ROMERO 1997, Kap.1).

Es ist abhängig von Selbstwert, Selbstsicherheit und Selbständigkeit der eigenen Person. Ein stabiles „Selbst“ hat positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl und

die Identität und bedingt so auch die Stimmung und die Effizienz des Verhaltens von Menschen. Erfahrungen, die das „Selbst“ verletzen (z.B. Konflikte, Misserfolge, Erlebnisarmut), lösen somit negative Gefühle (Angst, Aggression, Depression) aus, welche in störenden Verhaltensweisen (z.B. Aggressionsausbrüche, starke Unruhe, Tendenz zum Weglaufen) ihren Ausdruck finden können (vgl. ROMERO 1997, Kap.1).

Ziel der SET ist der Erhalt dieses personalen „Selbst“, damit in der Folge die Effizienz des Verhaltens gefördert und psychischem Leiden entgegengewirkt werden kann. Als Resultat kommt es dann zu einer Reduktion von störendem Verhalten (vgl. ROMERO 1997, Kap.1).

Die SET fordert das spezialisierteste Personal und ist daher vor allem von Personal bzw. Personalkosten abhängig, zu denen sich Schulungen und Supervision addieren.

Ebenso wie bei ROT und Milieuthérapie ist die flächendeckende bzw. konzeptgerechte Einführung dieser Betreuungsmaßnahmen momentan wie auch in Zukunft nicht vorstellbar.

5.7 Personenzentrierter Ansatz

Theoretischer Hintergrund

Der personenzentrierte Ansatz wurde von Tom Kitwood entwickelt. Im Mittelpunkt seiner Überlegungen steht der demente Mensch als Person. Im Gegensatz zu anderen Konzepten ist KITWOOD's Auffassung einer optimalen Betreuung weniger vom Versuch beherrscht, in irgendeiner Weise auf den Betreuten einzuwirken. Optimale Betreuung in seinem Sinne zeigt eher die Tendenz, das komplette „Rundherum“, insbesondere die Pflegebeziehung, so auf den Betreuten auszurichten, dass dieser möglichst wenig durch sein „Betreutwerden“ beeinträchtigt und das Wohlbefinden der Betreuten und der Betreuenden gesteigert wird.

KITWOOD stellt die Hypothese auf, dass eine personenzentrierte Pflege den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann. „In einem optimalen

Kontext von Pflege und Fürsorge wird jedes Fortschreiten der neurologischen Beeinträchtigung ..., das bei einer nichtunterstützenden Sozialpsychologie potenziell extrem schädigend sein kann, durch positive Arbeit an der Person ... kompensiert.“ (KITWOOD 2000, S. 103). Das Personsein definiert KITWOOD als „ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen“ (KITWOOD 2002, S.27). Entscheidend dabei ist, das Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen, denn neben Gedächtnisveränderungen gibt es Veränderungen im sozialpsychologischen Umfeld, d.h. in Mustern von Beziehung und Interaktion. Auch wenn die Erinnerung verblasst ist, von der Vergangenheit wird noch etwas gewusst. Gedanken sind unter Umständen verschwunden, aber noch immer gibt es nach KITWOOD zwischenmenschliche Prozesse. Gefühle werden zum Ausdruck gebracht. Dementiell bedingte Persönlichkeitsveränderungen bedeuten hier den Verlust von Ressourcen und den Zusammenbruch psychischer Abwehrmechanismen. So wie nach MASLOW der Mensch so geschaffen ist, dass er nach immer vollständigerem Sein drängt, d.h. er drängt zu dem, was die meisten Menschen gute Werte nennen würden, wie Heiterkeit, Freundlichkeit, Mut, Liebe und Güte (vgl. MASLOW 1973, S.156-158), betont auch KITWOOD, dass eine dementiell erkrankte Person ebenfalls versuchen wird, jedwede noch verfügbare Ressourcen zu nutzen.

Der Erhalt des Personseins stellt für ihn das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege dar. Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Befriedigung von Bedürfnissen dementer Menschen, da „ein Mensch ohne dessen Befriedigung nicht einmal minimal als Person funktionieren kann.“ (KITWOOD 2000, S. 121). KITWOOD geht von der Annahme aus, dass während bei gesunden Menschen seine Bedürfnisse weniger sichtbar (weil befriedigt) sind, treten sie bei Menschen mit Demenz eher in den Vordergrund, da die Erkrankung sie verletzlicher macht und die notwendigen Initiativen zu deren Befriedigung deutlich einschränkt.

Im Gegensatz zu einer hierarchischen Auffassung von Bedürfnissen, schlägt KITWOOD vor, eine Gruppe von Bedürfnissen bei Demenz zu betrachten, die

„sehr eng miteinander verbunden sind und wie eine Art Kooperative funktionieren“ (eben da, S.121). Folglich wird das Erfüllen eines der Bedürfnisse bis zu einem gewissen Grad auch die Erfüllung der anderen Bedürfnisse beinhalten, da „die Unterscheidungen willkürlich und die Grenzen verschwommen sind“ (eben da, S.121).

Das Bedürfnis nach Liebe stellt dabei ein allumfassendes Bedürfnis dar, welches von dementen Menschen deutlich zum Ausdruck gebracht wird. Demenzerkrankte zeigen „oft ein unverhülltes und beinahe kindliches Verlangen nach Liebe.“ (eben da, S. 121). Ein zweites Bedürfnis ist das Bedürfnis nach Trost, das infolge von starken Verlusten, z.B. der Verlust von Fähigkeiten oder des bisherigen Lebensstils, bei dementen Menschen besonders stark ausgeprägt ist. Die Demenzerkrankung löst außerdem Gefühle der Angst und der Unsicherheit bei der betroffenen Person aus. Um ein Sicherheitsgefühl zu erhalten, ist das Bedürfnis nach einer primären Bindung bedeutend. Als Viertes Bedürfnis nennt KITWOOD das Bedürfnis nach Einbeziehung. Darunter versteht er das Bestreben der dementen Person, sich als Teil einer Gruppe zu fühlen, das sich z.B. in „aufmerksamkeitsheischendem Verhalten“, wie Unruhe oder Schreien, äußert. Ein weiteres Bedürfnis ist das nach Beschäftigung, d.h. danach, etwas Sinnvolles zu tun, „eine Art von Projekt zu haben.“ (eben da, S. 124). Ausdruck findet dieses Bedürfnis beispielsweise in Form von Hilfsbereitschaft oder Aktivität der dementen Menschen. Werden Menschen der Beschäftigung beraubt, so beginnen ihrer Fähigkeiten nachzulassen, und die Selbstachtung schwindet dahin. Das sechste Bedürfnis dementer Menschen ist das nach Identität. Eine Identität zu haben, bedeutet nach KITWOOD „zu wissen, wer man ist, im Erkennen und im Fühlen“ (eben da, S.123). Durch die Krankheit Demenz wird das Identitätsgefühl stark bedroht, so dass der Wunsch nach identitätserhaltenden Maßnahmen besonders ausgeprägt ist. Die Befriedigung der genannten Bedürfnisse ermöglicht es dem dementen Menschen, sich als Person wahrzunehmen und positive Gefühle (sich wertvoll und geschätzt zu fühlen) zu erleben (vgl. KITWOOD 2000, S. 121-125).

Interaktion

Nach der Auffassung von KITWOOD bedeutet Interaktion nicht einfach nur das Reagieren auf Signale, sondern das Erfassen von Bedeutungen, die von anderen übermittelt werden. Es beinhaltet Reflexion, Erwartung und Kreativität. Für das Verständnis der Demenz und der Demenzpflege ist es entscheidend, diese allgemeine Sichtweise beizubehalten, selbst wenn man anerkennt, dass sie modifiziert werden muss, um die kognitive Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Jede Interaktion stärkt das Personsein auf andere Weise, indem sie ein positives Gefühl verstärkt.

Unter positiven Interaktionsarten versteht KITWOOD:

1. Anerkennen (recognition). Hierbei wird ein Mann oder eine Frau mit Demenz als Person anerkannt, ist namentlich und wird in seiner Einzigartigkeit bestätigt. Formen der Anerkennung sind z. B.: Grüßen, achtsames Zuhören. Anerkennen wird hier nicht nur rein verbal verstanden. Es kann auch völlig wortlos erfolgen. Einer der grundlegenden Akte des Anerkennens ist der direkte Blickkontakt.
2. Verhandeln (negotiation). Menschen mit Demenz werden nach ihren Vorlieben, Wünschen und Bedürfnissen gefragt, statt den Vermutungen anderer angepasst zu werden. Geschicktes Verhandeln berücksichtigt die Ängste und Unsicherheiten von Menschen mit Demenz sowie das langsame Tempo. Verhandeln gibt selbst hochgradig abhängigen Menschen ein gewisses Maß an Kontrolle und gibt ihnen Macht zurück.
3. Zusammenarbeiten (collaboration). Das Kennzeichen des Zusammenarbeitens besteht darin, dass Pflege nicht etwas ist, das einer Person „angetan“ wird, die ihrerseits in eine passive Rolle gezwängt wird; es ist ein Prozess, an dem ihre eigene Initiative und ihre eigenen Fähigkeiten beteiligt sind.
4. Spielen (play). Ein gutes Pflegeumfeld ist eines, das den Fähigkeiten der Spontanität, des Selbstaustdrucks, der Erfahrung zu wachsen erlaubt.
5. Timalation (timalation). Dieser Begriff bezieht sich auf Formen der Interaktion, bei denen die primäre Zugangsweise sensorisch oder sinnenbezogen ist, ohne dass Begriffe und intellektuelles Verstehen eine Rolle spielen, z.B. Massage. Die Bedeutung dieser Art von Interaktion liegt

darin, dass sie Kontakt, Sicherheit und Vergnügen bieten kann, während sie nur sehr wenig erfordert.

6. Feiern (celebration). Feiern ist die Form von Interaktion, bei der die Trennung zwischen Betreuendem und Betreutem nachlässt. Das Selbst kann sich ausweiten.
7. Entspannen (relaxation). Form der Interaktion die gerade bei ausgeprägten sozialen Bedürfnissen in der Gesellschaft stattfindet.

Als weitere Interaktionsarten, nennt KITWOOD, die psychotherapeutisch ausgerichtete Interaktionen:

1. Validation (validation). Anerkennung der Emotionen und Gefühle einer Person und Antworten auf der Gefühlsebene.
2. Halten (holding). Das Bieten eines sicheren psychologischen Raumes. Beinhaltet auch das körperliche Halten.
3. Erleichtern (facilitation). Hat die Aufgabe, die Interaktion in Gang zu bringen, zu verstärken und der Person zu helfen sie mit Bedeutung zu füllen.

Die von der dementen Person ausgehenden Interaktionen werden definiert als:

1. Schöpferisch sein (creation). Spontanes Anbieten einer Interaktion, z.B. tanzen.
2. Geben (giving). Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit seitens der dementen Person. Auch das Anbieten der Hilfe.

KITWOOD betont, dass es unklug ist, irgendeine Interaktion zwischen Menschen mit Demenz als bedeutungslos oder nicht sinnvoll abzutun. Als Alternative bietet er eher einen Einfallsreichtum beim Schaffen besonderer Formen der Kommunikation, die die kognitive Beeinträchtigung kompensieren könnten.

KITWOOD vermutet, dass wenn sein Ansatz beständig und über eine lange Zeit hinweg angewendet wurde, „werden allmählich viele psychische Bedürfnisse befriedigt. Erfahrung wurde kontinuierlich gewürdigt; es gäbe eine Sicherheit des Haltens und eine Kontinuität des Erleichterns. Persönliche Ressourcen schwinden nicht länger dahin, und das Gespenst des Vegetierens ist verschwunden. Die Hoffnung wird erneut, und die Beteiligten haben das Vertrauen, ihr Leben als soziale Wesen zu leben“ (eben da, S.141).

Der von KITWOOD entwickelte Ansatz der personzentrierten Pflege stellt die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt, und der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist sein oberstes Ziel in der Betreuung dementer Menschen. Die aus diesem Konzept resultierende Grundhaltung gegenüber Demenz und dementen Menschen und die „positive Arbeit an der Person“ bilden die Basis für den Wandel der „alten“ in eine „neue“ Pflegekultur.

Die Interaktion dient sowohl der Bedürfnisbefriedigung als auch einer Verbesserung der Pflegebeziehung. Als Schwerpunkt lässt sich das „In-Beziehung-Treten“ mit einer dementen Person herausstellen.

Positiv kann bewertet werden, dass in diesem Konzept die einzigartige Person und nicht die Krankheitssymptomatik in den Mittelpunkt tritt. Der Begriff Demenz gewinnt somit eine neue Bedeutung, die sich nicht ausschließlich auf das Gehirn konzentriert, sondern auf die ganze Person bezieht.

Hervorzuheben ist, dass der soziale Aspekt (die Interaktion) in seiner Auffassung auch die weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung mit einbezieht, während die meisten Ansätze an dieser Stelle oft versagen (z.B. ROT, Validation). „Selbst bei sehr schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist oft eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens möglich“ (eben da, S.32). Trotz einer eher kritischen Einstellung zum „medizinischen Blickwinkel“ wird dieser aber nicht grundsätzlich abgelehnt. Zusätzlich ist dieses Konzept das einzige, welches die Erkrankung Demenz auch als gesellschaftliches Problem betrachtet und daher einen sehr umfassenden Ansatz bietet.

Diskutabel erscheint die Differenzierung der Bedürfnisse. Nimmt man als Grundlage die Maslowsche Pyramide, fällt die Zuordnung äußerst schwer.

Die Zuordnung der Bedürfnisse im Sinne von MASLOW verliert bei KITWOOD den hierarchischen Charakter. Das Bedürfnis nach Liebe erreicht bei KITWOOD die oberste Priorität, während bei MASLOW die Sicherheit und die Grundbedürfnisse im Vordergrund stehen (vgl. MASLOW 1973, S.156). Bei KITWOOD wird das primäre Bedürfnis (das nach Liebe), von anderen Bedürfnissen ergänzt, deren Befriedigung sich wiederum dem Bedürfnis nach Liebe wendet. Legitim für die verschwommene Abgrenzung wären hier nur, eine mit Absicht vorgenommene Einschränkung im Sinne der Anpassung an das

Krankheitsbild, oder aber, eine fundierte Darstellung der Bedürfnisse seitens der erkrankten Person. Die zweite Variante lässt sich hier eher vermuten, denn KITWOOD betont besonderes die begrenzte Möglichkeit der Einsicht in die subjektive Welt der Demenz, was bedeuten würde, dass seine Wahl auf deutliche Signale zurückzuführen sei. Eine Erklärung seitens KITWOOD wird hier leider vermisst.

Dennoch sollte diese „Vereinfachung“ nicht unterschätzt werden. Die Befriedigung der Bedürfnisse, vor allem des nach Liebe, mag auf dem ersten Blick vielleicht einseitig erscheinen. Sie erinnert an die aus den Niederlanden von JOHN BOWLBY erfundene Therapie der Geborgenheit, bei der der Demente aus Angst nach Bezugspersonen zu suchen scheint. Laut dieser Therapie ist das Hauptbedürfnis des dementiell erkrankten Menschen, nicht die Rückkehr in das Hier und Heute (ROT), auch nicht eine empathische Kommunikation (Validation), sondern Sicherheit, was im Sinne von KITWOOD durch Trost, Bindung, Einbeziehung und Liebe vermittelt werden kann. Auch die Geborgenheitstherapie basiert vor allem auf der Theorie der Bindung, in der in einer Notsituation ein Kind nach Mama oder Papa rufen wird.

Ähnlich wie in dem Ansatz von KITWOOD, geht es der Geborgenheitstherapie darum, lediglich dem dementen Menschen das zu bieten, wonach der in der Not das größte Bedürfnis hat: Sicherheit und Vertrauen, die Mittel gegen die Angst. Auch bei KITWOOD hat die therapeutische Intervention einen eher begleitenden Charakter. Es werden keine Versuche unternommen, an der Person selbst etwas verändern zu wollen, es wird nicht an der „herumgedoktert“, in der Hoffnung, eine gewisse Heilung – Rückkehr in unsere Realität zu erreichen. Die Person wird in ihrem Dasein (endlich!) akzeptiert. KITWOOD plädiert nicht für Erhaltung oder Erweiterung von bestehenden Ressourcen „um jeden Preis“, sondern zu Befriedigung der Bedürfnisse: „Wo das gesamte Umfeld sicher und gesund ist, sind die Teilnehmer in der Lage, mit gewissen Ausmaß an Konflikt, Herausforderung, Veränderung, Frustration, Verlust und Enttäuschung zurechtzukommen“ (eben da, S.141). Forderung und Förderung von Kompetenzen sieht er, im Gegensatz zu vielen anderen Betreuungskonzepten, nicht bei dem dementiell erkrankten Menschen, sondern bei dessen

Interaktionspartner. KITWOOD macht nicht den dementiell Erkrankten unfähig, im Gegenteil: „Es besteht (...) eine Gefahr zu unterschätzen, was Menschen mit Demenz tun können, wenn ernsthaft und nachhaltig der Versuch unternommen wird, ihre wichtigsten psychischen Bedürfnisse zu befriedigen. Die Illusion der Unfähigkeit wurde geschaffen, weil das Leben so oft zu für sie unmöglichen Bedingungen organisiert wurde“ (eben da, S.141).

Dass einer der Schwerpunkte bei KITWOOD nicht gerade die oft von Kritikern vermisste räumliche Gestaltung ist, mag daran liegen, dass die entsprechende Möblierung, Beleuchtung, Orientierungshilfen, etc. hier als eine Voraussetzung für die Betreuung dementiell erkrankter Menschen verstanden wird, und nicht zu besonderen konzeptionellen Aspekten der Betreuung selbst zählen.

Nach KITWOOD selbst ist der Forschungsstand zum personenzentrierten Ansatz bisher unzureichend. Es gibt jedoch Studien, die positive Auswirkungen der personenzentrierten Pflege belegen. Dazu zählen zum Beispiel Publikationen von BELL und MCGREGOR (1991, 1995), die über Stabilität im Krankheitsverlauf und hohe Grade des Wohlbefindens berichten, sowie eine Untersuchung von NETTEN (1993), die eine signifikant bessere örtliche Orientiertheit, geringere soziale Gestörtheit und geringere Grade an Apathie fand. Die Bradford Dementia Group wies 1995 in einer Querschnittstudie in 26 Pflegeheimen und 51 Einrichtungen für betreutes Wohnen hohe Grade an Wohlbefinden beim Einsatz dieses Konzepts nach.

KARLSSON et al. (1988) und BRANE et al. (1989) konnten signifikant positive Veränderungen bei psychologischen und neurochemischen Variablen nachweisen. KITWOOD selbst führte eine retrospektive Studie durch, in der er positive Auswirkungen der personenzentrierten Pflege auf das Wohlbefinden dementer Heimbewohner betont (vgl. KITWOOD 2000, S. 95-98).

Im Zusammenhang vom personenzentrierten Ansatz von KITWOOD wurde eine Methode zur Evaluation der Pflegequalität, die so genannte Dementia Care Mapping (DCM), entwickelt.

5.7.1 Dementia Care Mapping (DCM)

Dementia Care Mapping (DCM) kann man übersetzen als die „Abbildung der Pflege und Betreuung von Demenzen“. Es handelt sich um ein Verfahren im Sinne der nicht-teilnehmenden Beobachtung, das auf das Verhalten und Befinden Demenzkranker beruht. Dabei wird das Verhalten demenzkranker Heimbewohner alle fünf Minuten einer von 24 möglichen Verhaltenskategorien zugeordnet (z.B. Essen und Trinken, an einem Spiel teilnehmen). Darüber hinaus wird mittels einer 6-stufigen Skala mit Werten: +5, +3, +1, -1, -3, -5, zusätzlich das Wohlbefinden des Bewohners eingeschätzt. Sehr ausgeprägtes, positives Wohlbefinden wird mit plus fünf ausgedrückt, minus fünf steht für ein ausgesprochen schlechtes Wohlbefinden.

DCM beinhaltet insgesamt drei Beobachtungsstränge: „Verhaltensweisen der Bewohner“, „Personale Detraktionen“ und „Positive Ereignisse“.

Unter „Verhaltensweisen der Bewohner“ sind sowohl positive Kategorien gemeint, z.B.:

BDD B (Borderline): Hierunter ist „auf passive Weise sozial einbezogen sein“ gemeint.

BCC A (Articulation): Gemeint ist das „In-Kontakt-Sein mit anderen“ – verbal oder nonverbal – ohne offensichtliche begleitende Tätigkeit, als auch die mit der negativen Auswirkung, wie z. B.:

BCC U (Unresponded to): Eine Person versucht zu kommunizieren, ohne eine Antwort zu erhalten.

Neben den Verhaltensweisen der Demenzkranken werden „Personale Detraktionen“ (PD) beobachtet und notiert. Hierbei handelt es sich um die Umgangs- und Verhaltensweisen von Betreuern, die das Personsein des an Demenz Erkrankten nicht respektieren was sich eher negativ (in der Regel nicht willentlich) auf das Wohlbefinden auswirkt. Als Beispiel sind hier zu nennen: Zwingen – Eine Person zwingen etwas zu tun. Sich rücksichtslos über deren Absichten hinwegsetzen oder ihr keine Wahlmöglichkeit einräumen.

Überholen – Informationen, Wahlmöglichkeiten etc. mit einer Geschwindigkeit anbieten, die für die Person viel zu schnell ist. Die Person unter Druck setzen, Dinge schneller zu tun, als sie es kann und als es ihr zuträglich ist.

Bei den PDs wird mit der Bewertungen „mild“, „mäßig“, „schwer“ und „sehr schwer“ gearbeitet.

Das erhobene Material soll dann Auskunft über den Grad des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Bewohner geben. Darüber hinaus ermöglicht DCM die Arbeit des Pflorgeteams offen und transparent zu machen und folglich zu reflektieren.

DCM löste in Deutschland heftige Diskussionen aus.

Während einige Einrichtungen DCM zur Kontrolle der Pflegequalität bereits eingesetzt haben, erklärten die Kritiker das Modell in seiner „Beurteilungskraft und Fundierung“ als mindestens bedenklich.

So wurde vor allem das eindimensionale Verständnis der Pflegequalität bemängelt, die sich nicht ausschließlich am Wohlbefinden bemessen lassen sollte. Ein hohes Wohlbefinden bedeute nicht zwangsläufig hohe Pflegequalität und sei somit das Synonym für gute Arbeit (vgl. RE 2001, S.8). Der weitere Kritikpunkt galt dem subjektiven Charakter des Verfahrens: „... so erfolgt die Beurteilung des Wohlbefindens nach der Intuition des Beobachters. Der Beobachter schätzt ein ...“ (eben da). Hinterfragt wurde auch die Vergleichbarkeit der Urteile, da sie von verschiedenen Beurteilern stammen. In Angesicht dessen, dass Beobachtungsinstrumente wie z.B. Videoaufnahmen fehlen würden, zweifelte man an der Objektivität des doch so umfangreichen Beobachtungsverfahrens. Fraglich wäre auch die Durchführbarkeit im Heimalltag, da sich das Verfahren als äußerst zeitaufwändig erwiese. Nicht zuletzt wird behauptet, dass die Begrifflichkeiten sehr unscharf definiert seien, was die Transparenz einer Diskussion erschweren würde.

Obwohl die Kritiker behaupteten, dass noch viele Fragen nicht beantwortet bleiben würden und dass es „verfrüht und wenig sinnvoll (ist), dieses Instrument in die deutsche ‚Altenheimlandschaft‘ zu übertragen“ (eben da, S.9), fand DCM große Anerkennung.

Nach jahrelangem Suchen und Ausprobieren, schien DCM in Deutschland die Funktion eines Strohhalms übernommen zu haben: „Während im angelsächsischen Sprachraum ein umfassender Bestand an Assessment- und

Evaluationsverfahren im Pflege- und Betreuungsbereich entwickelt wurde, ist im deutschsprachigen Raum nicht ein einziges, praktisches, relevantes und leicht erlernbares Instrument zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz auf die Beine gestellt worden. Daher ist es nahe liegend, nicht auf die deutsche Wissenschaft zu warten, sondern (...) Instrumente zu übernehmen,...“ (MÜLLER-HERGL 2002, S.8).

Dass sich DCM auch in Deutschland bewährt hat, beweist die bisher erste Studie, die im Rahmen eines Bundesmodellprojekts 2004 ausgewertet worden ist. Schon nach ersten Auswertungen berichtete man von Erfolgen: „Das ‚Geheimnis‘ des Erfolgs sehen sie (die Mitarbeiter) in einer Bewusstären Gestaltung der Beziehung und dem Wissen über die Wirkung der eigenen Handlung. Zu mehr Empathie und Toleranz in schwierigen Situationen hätten auch die Fortbildungen beigetragen“ (DANEKE 2004, S.21). Die positive Bilanz spiegelt sich sowohl bei den Bewohnern (wesentlich ruhiger, zufriedener, ausgeglichener und zugleich ‚lebendiger‘), als auch bei dem Personal (höhere Professionalität und Motivation) wieder.

Jochen ROSSENKÖTTER, Berater im Projekt, hält die DCM-Methode für „anschlussfähig an alle Verfahren, die ohnehin personale Beziehungen / Kontakte fördern und fordern“. In diesem Zusammenhang sieht er die DCM-Methode als ein ergänzendes Interpretationsinstrument.

6 Empirische Untersuchung

6.1 Planung und Durchführung der Untersuchung

6.1.1 Fragestellung

Der bei Alzheimer Demenz chronisch-progredient verlaufender Abbau kognitiv-mnestischer Funktionen bewirkt den Verlust der intellektuellen Fähigkeiten. Darüber hinaus beeinträchtigt Morbus Alzheimer die Wahrnehmung, das Verhalten und das Erleben der kranken Person.

Im Kapitel 3.1 (siehe Exkurs, S.33) wurde darauf hingewiesen, dass während die kognitiven Kompetenzen nur bedingt und zeitlich begrenzt zu erhalten, selten zu erweitern sind, erzielt man in mehreren durchgeführten empirischen Untersuchungen positive Effekte im Bereich der sozialen Kompetenzen.

Auch mehrere Ansätze der speziellen Dementenbetreuung versuchen die Lebensqualität der Erkrankten zu steigern, in dem sie zu Erhaltung der bestehenden Fähigkeiten plädieren.

Konkretisiert und im Hinblick auf das von KITWOOD entwickelte Interaktionsverständnis und für die Versuchsperson spezifiziert, ergeben sich folgende Fragen:

1. Ist es erreichbar, bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer positive Veränderungen im Hinblick auf die Erhaltung, bzw. Erweiterung von Kompetenzen zu erzielen?
2. Treten im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer die sozialen Kompetenzen in den Vordergrund (bleiben soziale Kompetenzen länger erhalten)?
3. Können eine Erhaltung oder Erweiterung der sozialen Kompetenzen die Basis für eine eventuelle Erhaltung oder Erweiterung von anderen Kompetenzen sein?
4. Führt eine Erhaltung bzw. Erweiterung von Alltagsbezogenen Kompetenzen zur Verbesserung der Lebensqualität?

Aus den oben genannten Fragen ergeben sich folgende Hypothesen und Antithesen:

1.1 Es ist erreichbar, bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer positive Veränderungen im Hinblick auf die Erhaltung, bzw. Erweiterung von Kompetenzen zu erzielen.

1.2 Es ist nicht erreichbar, bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer positive Veränderungen im Hinblick auf die Erhaltung, bzw. Erweiterung von Kompetenzen zu erzielen.

2.1 Im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer treten die sozialen Kompetenzen in den Vordergrund (die sozialen Kompetenzen bleiben länger erhalten).

2.2 Im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer treten die sozialen Kompetenzen nicht in den Vordergrund (die sozialen Kompetenzen bleiben nicht länger erhalten).

4.1 Eine Erhaltung bzw. Erweiterung von Alltagsbezogenen Kompetenzen führt zur Verbesserung der Lebensqualität.

4.2 Eine Erhaltung bzw. Erweiterung von Alltagsbezogenen Kompetenzen hat keinen Einfluss auf die Verbesserung der Lebensqualität.

4.3 Eine Erhaltung bzw. Erweiterung von Alltagskompetenzen führt zur Verschlechterung der Lebensqualität.

6.1.2 Das Untersuchungsmaterial

Für die Durchführung, weitere Bearbeitung und Auswertung der Untersuchung wurden folgende technische Hilfen in Anspruch genommen:

- Digital Camcorder JVC, Modell: GR-VF1 EG.
- Ulead Video Studio – PC-Programm, Version: 9.0.

6.1.3 Zur Wahl des Fallbeispiels

Frau Maria R., geboren am 02. Februar 1922, wurde am 4. Oktober 1998 im Alter von 76 Jahren zur Kurzzeitpflege im Altenzentrum Regenbogen* aufgenommen. Zu diesem Zeitpunkt ist ihr Gesundheitszustand der Pflegestufe I zugeordnet.

Frau R. ist verheiratet und wird zu Hause von ihrem Ehemann gepflegt. Der Grund des Aufenthaltes im Altenzentrum soll nur als Überbrückungszeit dienen, denn Herr R. befindet sich im Krankenhaus. Deswegen wird die Dauer der Kurzzeitpflege erst mal nur für zwei Wochen festgelegt, mit dem Gedanken, die Pflege in der häuslichen Umgebung fortsetzen zu können, sobald Herr R. aus dem Krankenhaus entlassen wird. Am 7. Oktober 98 verstirbt der Ehemann von Frau R. Alle Angelegenheiten Frau R. betreffend, übernimmt ihre Tochter. Sie bemüht sich auch um einen Pflegeplatz im Altenzentrum. Am 16. Oktober 98 wird Frau R. vollstationär zur Wohnpflege aufgenommen. In einem Pflegeanamnese – Biographieblatt (siehe Anhang, S.110) notiert man damals als Diagnose die Demenz vom Alzheimer Typ. Weiterhin ist aus dem oben genannten Biographieblatt zu entnehmen, dass Frau R. über keine zeitliche, örtliche und situative Orientierung verfügt. Sie erkennt ihre Tochter und auch das Pflegepersonal wieder. Die Bewohnerin kann selbstständig laufen und benötigt keine Gehhilfsmittel. Die Aufenthaltsräume der Einrichtung wie die Toilette und das eigene Zimmer, findet sie jedoch nicht selbstständig wieder. Die demenzbedingte Beeinträchtigung der Entscheidungsfähigkeit stellt eine Gefahr da, besonders vor offen stehenden Türen.

Frau R. kann sich unter Anleitung selbstständig waschen und kleiden, wobei die Bestimmung der Reihenfolge vom Pflegepersonal übernommen werden muss. Leitet man die darauf folgenden Schritte nicht ein, so wird die Tätigkeit automatisiert.

Eine analoge Bestimmung der Reihenfolge ist auch notwendig bei Mahlzeiten, wobei hier des Öfteren eine Aufforderung notwendig ist. Die Medikamenteneinnahme muss überwacht werden.

* Name geändert

Das Sprachvermögen ist sehr eingeschränkt und geprägt von Wortfindungsstörungen. Eine vollständige Satzbildung ist nicht mehr möglich. Verbale Äußerungen haben oft einen Charakter aufeinander folgender unlogischer Wortketten, oft automatisiert. Trotz dieser Einschränkung hält sich Frau R. gerne in einer Gemeinschaft oder Gruppe auf. Die Beherrschung von Gefühlsreaktionen fällt Frau R. zunehmend schwerer. Sie ist oft unruhig und weinerlich.

Die Bewohnerin ist kontinent, äußert jedoch ihren Stuhl- oder Harndrang mit allgemeinem Unruhezustand. Eine Toilette wird als solche nicht mehr erkannt.

Der Tages-Nacht-Rhythmus ist nicht gestört. Es besteht diesbezüglich kein Bedarf auf Medikamentengabe.

Dem Gesundheitszustand entsprechend legt man den allgemeinen Tagesablauf und die Tagesgestaltung fest:

6.30 – 7.30 Uhr	→ wecken, waschen, ankleiden
8.00 Uhr	→ Frühstück
10.00 Uhr	→ Sitzgymnastik
12.00 Uhr	→ Mittagessen, danach Mittagsschlaf
15.00 Uhr	→ Kaffee
20.00 Uhr	→ Mondscheinclub

Beim Beginn der Untersuchung (November 2002) befindet sich Frau R. bereits im therapeutischen Rollstuhl.

Den pflegerischen Berichtsblättern (Blankoformular, siehe Anhang, S. 112) ist zu entnehmen, dass der allgemeine Gesundheitszustand von Frau R. als stabil und gut bezeichnet wird.

Die Sitzgymnastik und der Mondscheinclub fallen aus dem Tagesprogramm von Frau R. aus. Zur Erhaltung der Gelenkbeweglichkeit sowie Normalisierung des Muskeltonus, befindet sich Frau R. weiterhin (zweimal wöchentlich) in der ärztlich verordneten physiotherapeutischen Behandlung.

Frau R. wird, je nach Tagesform, mobilisiert und in den Aufenthalts- / Gemeinschaftsraum gebracht. Bilder, wie „gegen eine weiße Wand guckend“ oder im Nebenraum, begleitend von der Geräuschkulisse des Saftautomaten, sitzend, gehören hier jedoch nicht zur Seltenheit. Ob Frau R. sich in den Gemeinschaftsräumen „in“ oder „neben“ der Gemeinschaft befindet (fühlt, erlebt?) mag hier nicht weiter erläutert oder aber bewertet werden.

6.1.4 Methodik

Im Folgenden wird die Vorgehensweise zur Beantwortung der oben genannten Fragestellung aufgezeigt, auch im Hinblick auf die Kriterien Objektivität, Validität und Verlässlichkeit.

Die Untersuchungen basieren auf der Beobachtung von Frau R. über einen Zeitraum von sechs Monaten, die zur Objektivierung durch Videoaufzeichnungen unterstützt wurden.

Unter „Beobachtung“ versteht man nach MARTIN & WAWRINOWSKI das Sammeln und Verarbeiten von Informationen. Die Wahrnehmung bildet dabei die Grundlage des Beobachtens und ist für jedes sinnvolle, menschliche Handeln eine entscheidende Voraussetzung. Der Wechsel von „wahrnehmen“ zu „beobachten“ vollzieht sich, wenn die eher willkürliche, unbeabsichtigte Wahrnehmung in ein zielgerichtetes Beobachten übergeht (vgl. MARTIN & WAWRINOWSKI 2000, S. 32).

Ein Problem bei untersuchenden Beobachtungen stellt die Subjektivität des jeweiligen Beobachters dar. Dabei wird jede Erfahrung nach LAMNECK (1989, S. 241) „individuell selektiv“ strukturiert, so dass „bestimmte Inhalte bevorzugt registriert werden und damit die Aufnahme anderer Inhalte hemmen“ (eben da, S. 241). Diese Problematik kann durch die Nutzung systematischer Beobachtungsformen, sowie Videoaufzeichnungen, wie in der vorliegenden Arbeit, vermindert werden (vgl. MARTIN & WAWRINOWSKI 2000, S. 38). Auch eine kritische Selbstbeobachtung, z.B. durch die Frage, inwiefern die Beobachterin durch ihr Handeln speziell auf Frau R. oder allgemein auf die

Situation einwirkt, kann zu einer Objektivierung beitragen, da sich die Beobachterin diesem Wissen entsprechend versucht hat zu verhalten.

Als die Form der Beobachtung wurde hier die teilnehmende, offene, anfänglich „unstrukturierte“ Beobachtung gewählt.

Bei einer teilnehmenden, offenen Beobachtung wird auch der Betrachter als Teil der Untersuchungen mit in die Beobachtung eingebunden. Zudem ist das Umfeld des Beobachters von dessen Absichten informiert. Eine „unstrukturierte“ Beobachtung zeichnet sich durch relativ allgemeine, nicht genauer differenzierte Rahmenbedingungen aus, die einen Überblick über die gesammelten Informationen erlauben und die Grundlage einer detaillierteren, „strukturierten“ Untersuchung bilden können (vgl. LAMNECK 1989, S.233 ff, 244-245).

Für diesen ersten, allgemeinen Überblick über Frau R.'s Fähigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten, hat die Beobachterin Frau R. zu Beginn der Untersuchungen einige Zeit in Alltagssituationen beobachtet und gefilmt. Dies geschah vor allem, um die Objektivität bei der Beurteilung und Interpretation von Frau R.'s Reaktionen zu gewährleisten. Zudem dienen die anfänglichen Beobachtungen im weiteren Verlauf als Vergleich zu den Eindrücken und Beurteilungen im Zusammenhang mit der Hilfestellung zum selbständigen Essen. Der folgende Schritt bestand in der Entwicklung von Kategorien zur Klassifizierung der Beobachtungen.

MARTIN & WAWRINOWSKI, (2000, S.45-46) weisen darauf hin, sie zu sortieren und auf wenige, wesentliche Fakten zu reduzieren sowie die gesamte Problemstellung zu klassifizieren. Bei einer Klassifizierung müssen zunächst die Rahmenbedingungen festgelegt werden, wie z.B. welche Aspekte für die Untersuchung, Beschreibung und Erklärung wesentlich sind (vgl. MARTIN & WAWRINOWSKI 2000).

Eine erste Einteilung der Beobachtungen stellt hier die grobe Bandvorauswertung dar. Diese liefert einen Überblick über das Gesamtmaterial, d.h. über den zeitlichen Verlauf der jeweiligen Geschehnisse und Aktivitäten.

Die in der Bandvorauswertung enthaltenen Begriffe, wie z.B. „führt den Löffel Richtung Mund“, „guckt GM an“, wurden definiert und von ähnlichen / anderen

Situationen abgegrenzt. Im weiteren Schritt wurden diese Begriffe kategorisiert und für die weitere Auswertung übernommen.

Bei der weiteren Bearbeitung wurden folgende, eindeutig bestimmbare Beobachungskriterien / Beobachtungsschwerpunkte gewählt:

- Selbständiges Essen
- Selbständiges Essen mit den Fingern
- Die Beobachterin unterstützt die Löffelführung
- Die Beobachterin reicht das Essen an.
- Frau R. hält den Blickkontakt mit der Beobachterin.

Die so ausgewählten Kriterien wurden schriftlich festgehalten und zusammengezählt. So konnten gegenüber den ähnlichen / anderen Beobachtungseinheiten detaillierte Aussagen über die Häufigkeit, Ausprägung, Anzahl und zeitlichen Ablauf getroffen werden.

In einem weiteren Schritt erfolgte, im Zusammenhang mit der Fragestellung, eine tabellarische Darstellung der ausgewählten Kriterien.

6.2 Anordnung und Durchführung der Untersuchung

6.2.1 Beobachterin

Die Untersuchung wurde von immer wieder derselben Person durchgeführt. Die Beobachterin (im Materialband als „GM“ abgekürzt) ist gleichzeitig eine Mitarbeiterin des Altenzentrums mit der Tätigkeit im Bereich des soziokulturellen Dienstes.

6.2.2 Zeitplan

Der Planung und Durchführung lag folgender Zeitplan zugrunde:

1. November 2002 bis Februar 2003 – allgemeine Beobachtung in verschiedenen Situationen des Alltags.
2. März 2003 bis April 2003 – Beobachtung der Person beim Mittagessen, gelegentliche Essenshilfestellung.
3. Mai 2003 bis November 2003 – Hilfestellung zum selbständigen Essen.
4. Januar 2004 – Auswertung der Daten.

6.2.3 Durchführung der Hilfestellung zum selbständigen Essen.

Im Hinblick auf den sowohl natürlichen Charakter der Situation und Tätigkeit als auch auf die nicht künstlich erzeugte Atmosphäre der Gemeinschaft, wurde die Durchführung der Untersuchung auf die Essenshilfestellung beim Mittagessen festgelegt.

Der weitere Grund für diese Auswahl war, dass eine Mahlzeit zu der festen Tagesstrukturierung gehört bei der keine zusätzlichen Vorbereitungen und Personalkräfte notwendig sind. Des Weiteren gab es besonders in dieser Hinsicht unterschiedliche Rückmeldungen bezüglich des Grades der vorhandenen und / oder nicht vorhandenen Fähigkeit des selbständigen Essens.

Die Hilfestellung erfolgte viermal in der Woche zur Mittagszeit, über einen Zeitraum von sechs Monaten. Ungefähr alle zehn Tage (Mobilisations- bedingt) wurden die Situationen aufgezeichnet.

Aufgrund der eingeschränkten Motorik wurde ausschließlich mit einem Esslöffel, bzw. Teelöffel gegessen. Das Essen wurde in einer passierten Form serviert.

6.3 Auswertung der Untersuchung

6.3.1 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse







Im Folgenden sollen die im Kapitel 6.1.4 kategorisierten Beobachtungskriterien unter verschiedenen Aspekten in einer graphischen Form dargestellt werden.

Erläuterung:

Es gilt folgende Codierung:

Frau R.	- zu beobachtende Person
GM	- Beobachterin
LI	- links
RE	- rechts
LÖ	- Esslöffel
TeelÖ	- Teelöffel
FI	- Finger
RI	- Richtung
TE	- Teller
TErand	- Tellerrand

Für die gesamte tabellarische Übersicht gilt folgende Farbzuoordnung:

	/ grün	- selbständig eingenommene Portion
	/ gelb	- angereicherte Portion
	/ orange	- mit den Fingern eingenommene Portion
	/ rot	- mit von der Beobachterin geführten Hand eingenommene Portion
	/ blau	- als Darstellung des gesamten Bandes
	/ violett	- Blickkontakt

Unter dem mit grün gekennzeichnetem Feld wird folgende Situation beschrieben:

„Frau R. führt den LÖ RI TE, füllt ihn auf, führt ihn RI Mund und isst die Portion auf“.

Unter dem mit gelb gekennzeichnetem Feld wird folgende Situation beschrieben:

„GM füllt den LÖ auf und reicht die Portion Frau R. an“.

Unter dem mit orange gekennzeichnetem Feld wird folgende Situation beschrieben:

„Frau R. langt mit der Hand ins Essen rein (bzw. fasst ins Essen rein), führt die Hand RI Mund und leckt die FI ab“.

Unter dem mit rot gekennzeichnetem Feld wird folgende Situation beschrieben:

„GM führt Frau R.'s RE Hand RI TE, füllt den LÖ auf, führt Frau R.'s Hand RI Mund“.

Unter dem mit violett gekennzeichnetem Feld wird folgende Situation beschrieben:

„Frau R. guckt GM an“.

Tabelle 1:

Allgemeine Darstellung selbständig eingenommener Portionen.

Tabelle 2:

Zusammensetzung der eingenommenen Portionen.

Tabelle 3:

Prozentuale Darstellung selbständig eingenommener Portionen.

Tabelle 4:

Reihenfolge der eingenommenen Portionen.

Tabelle 5:

Häufigkeit des Blickkontakts.

Tabelle 1:

Allgemeine Darstellung selbständig eingenommener Portionen

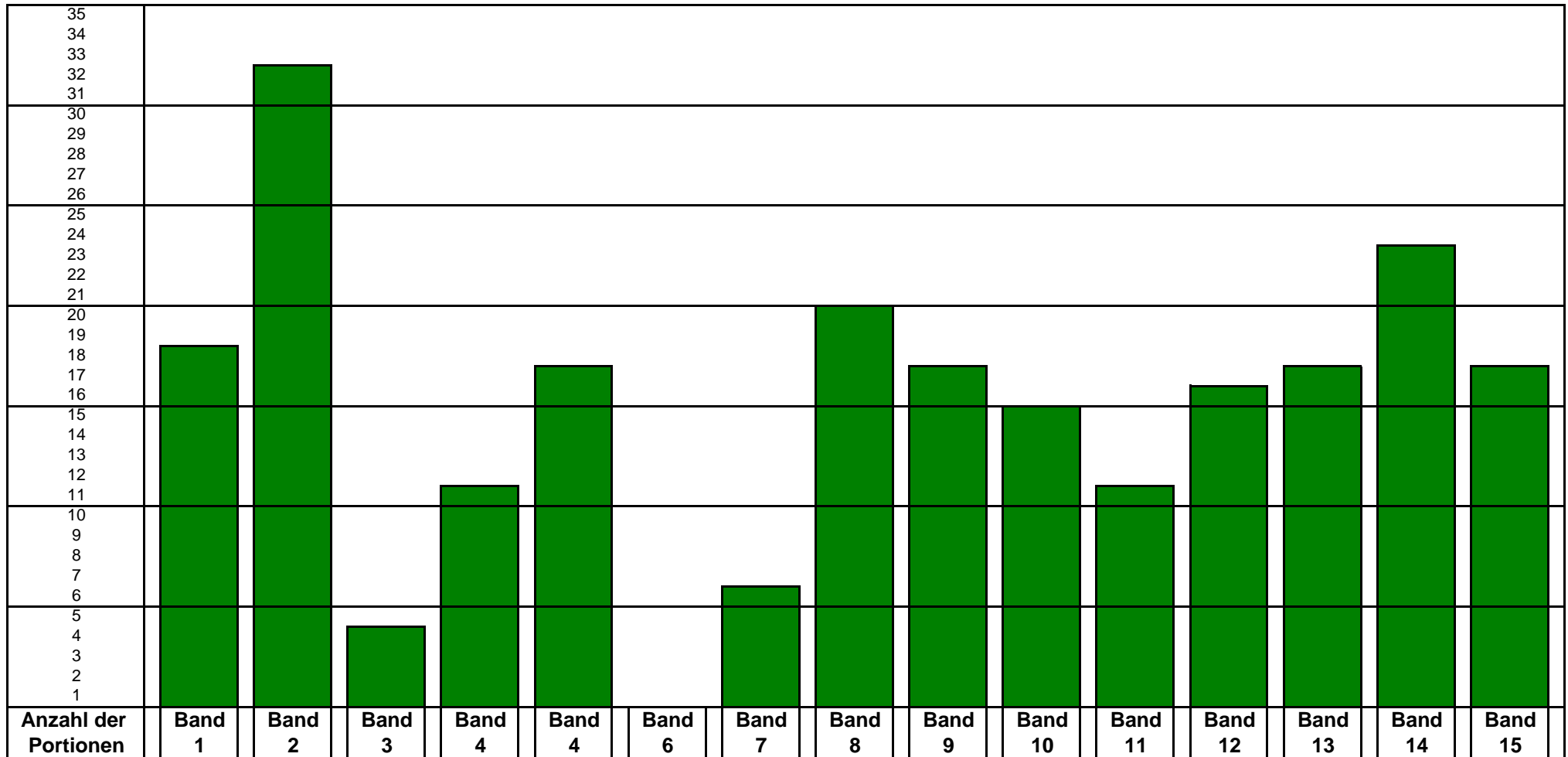


Tabelle 2: Zusammensetzung der eingenommenen Portionen

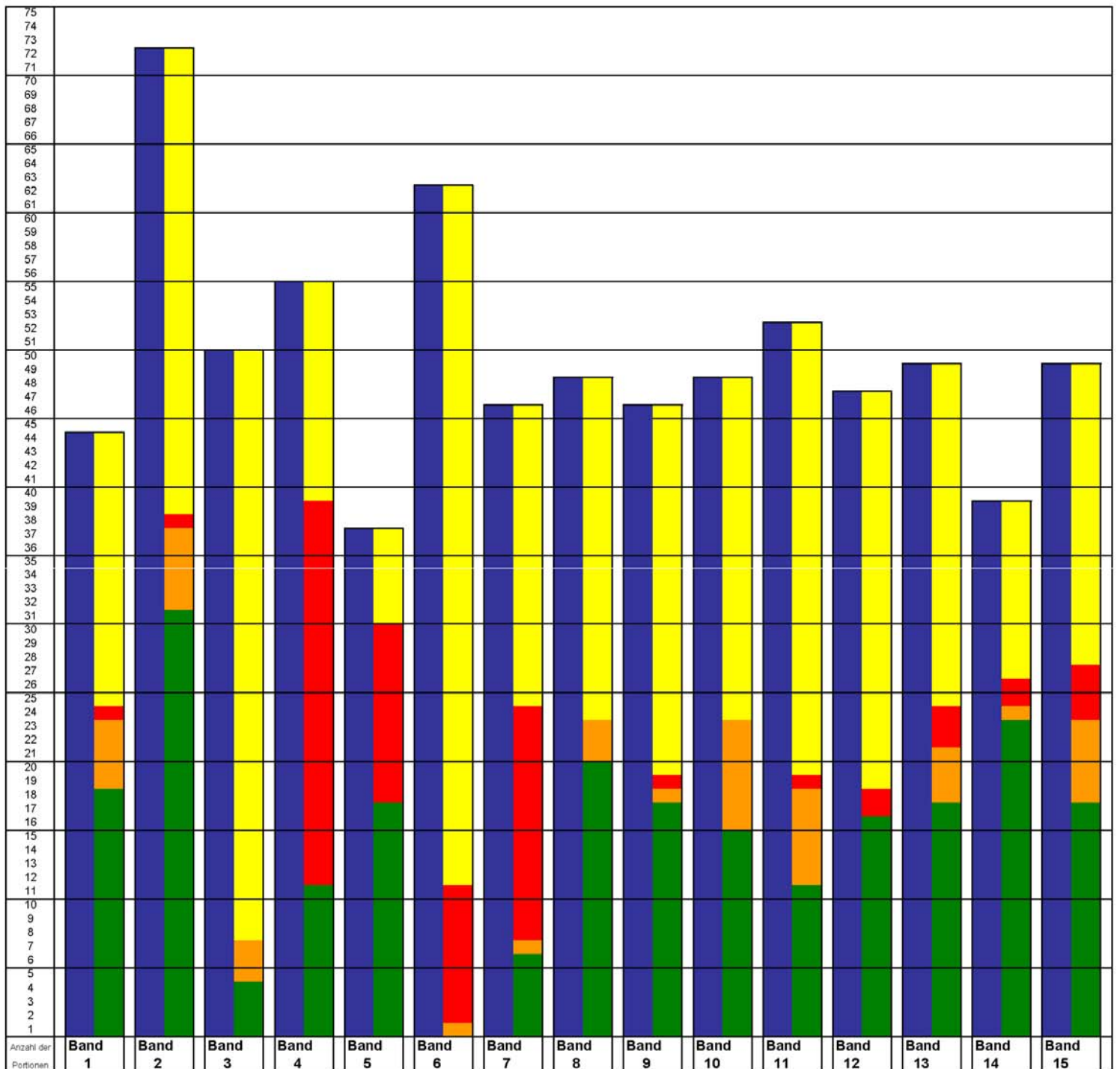


Tabelle 3: Prozentuale Darstellung selbständig eingenommener Portionen

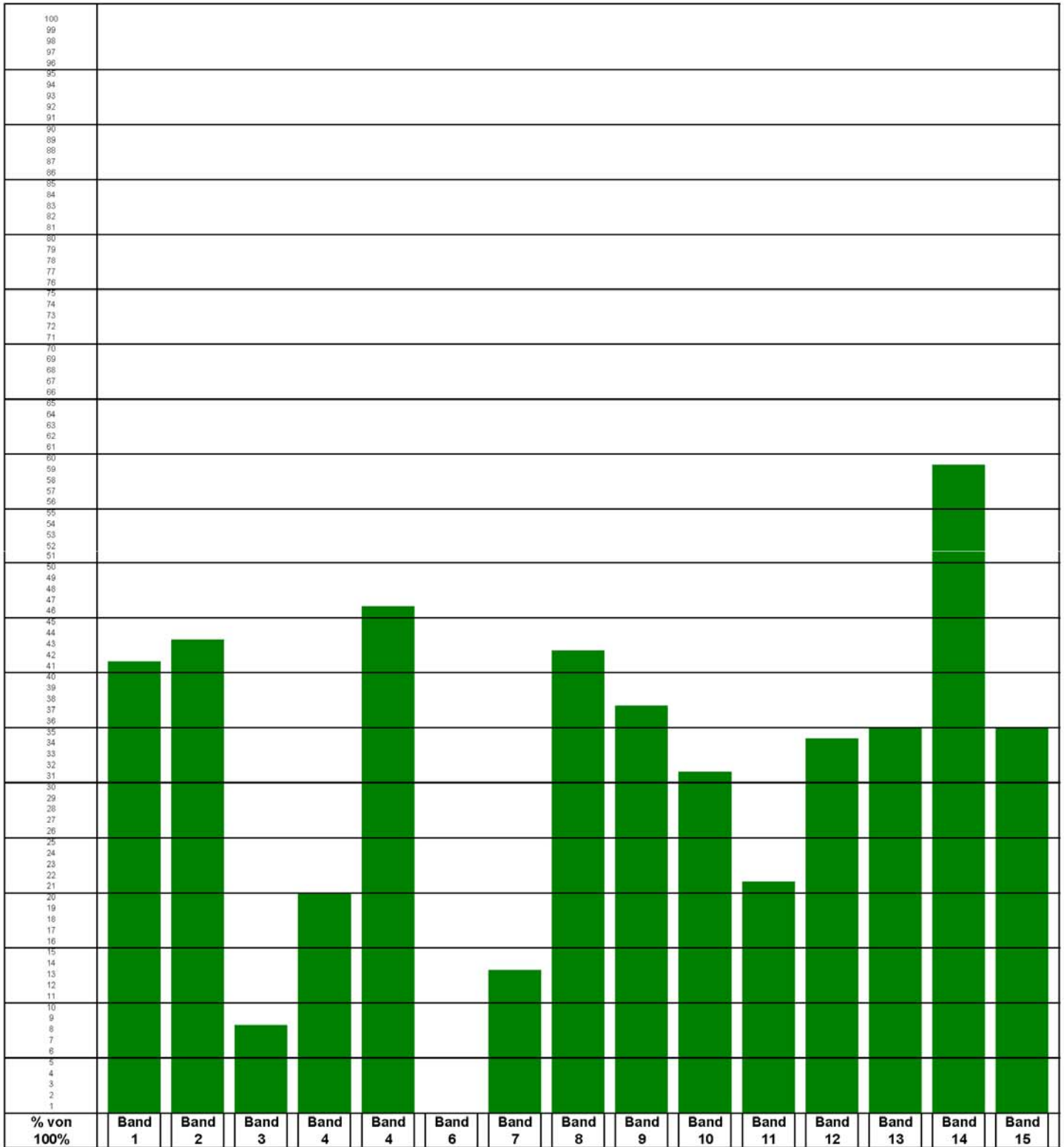


Tabelle 4:

Reihenfolge der eingenommenen Portionen

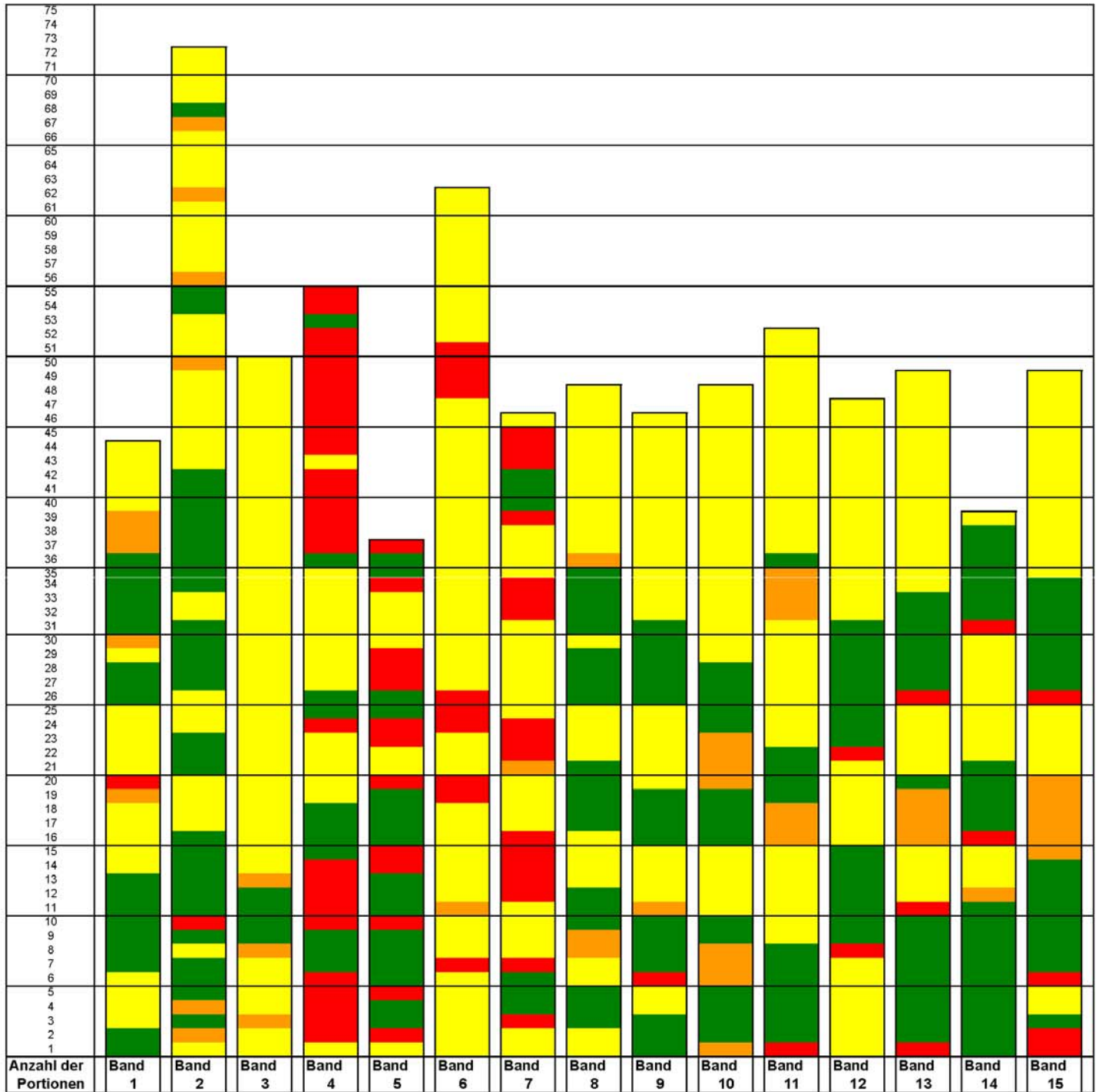
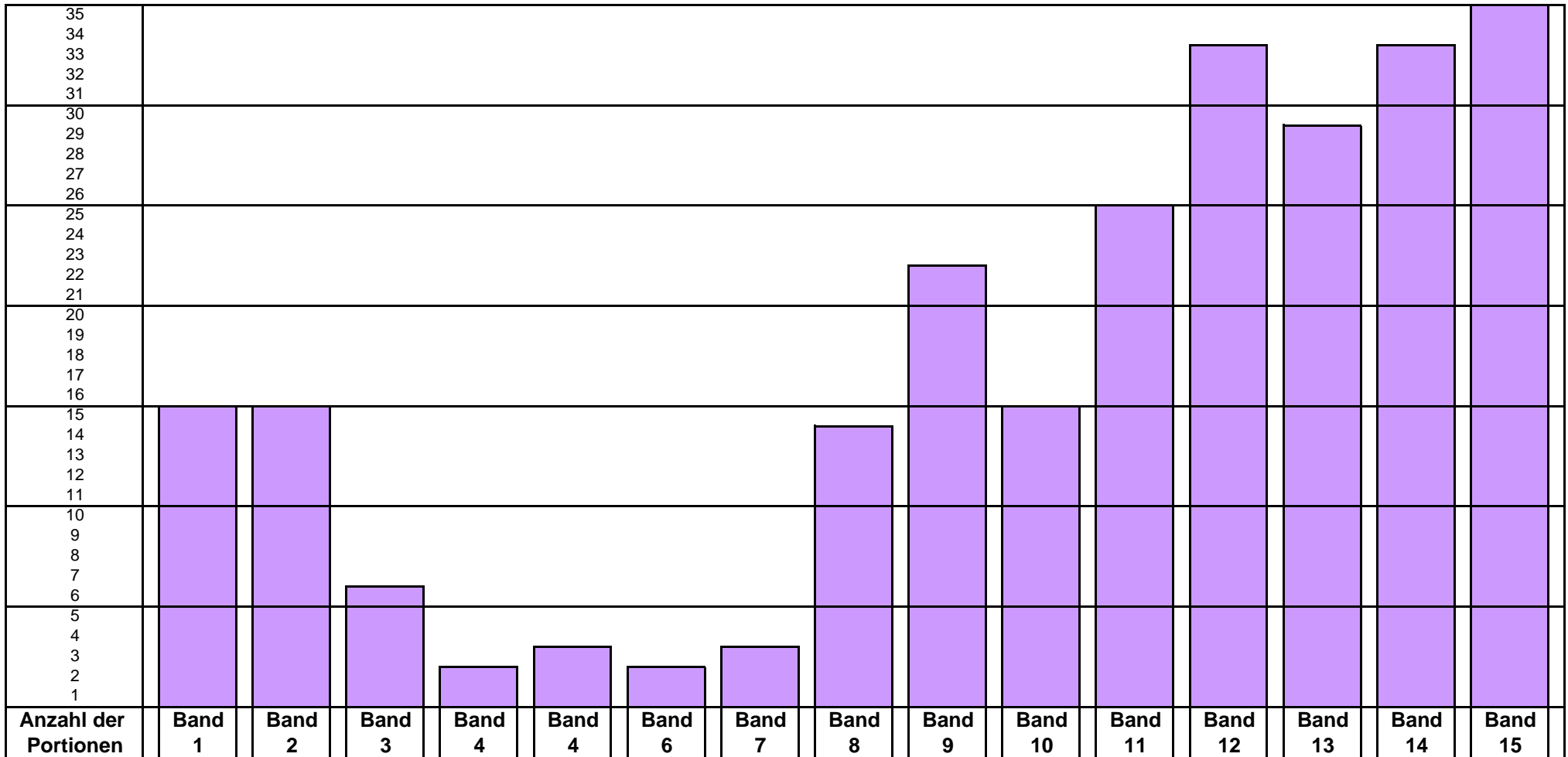


Tabelle 5:

Häufigkeit des Blickkontakts



6.3.2 Interpretation

Fragestellung 1

In der ersten Frage sollte überprüft werden, ob es erreichbar ist, bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer positive Veränderungen im Hinblick auf die Erhaltung, bzw. Erweiterung von Kompetenzen zu erzielen.

Ausgehend von der Darstellung der selbständig eingenommenen Portionen (siehe Tabelle 1, S. 81), beträgt der Durchschnitt insgesamt eingenommenen Portionen 49,7 Einheiten pro Mahlzeit, davon sind im Durchschnitt 15,3 Portionen selbständig eingenommen worden.

Der Durchschnitt der selbständig eingenommenen Portionen in den ersten drei Monaten beträgt 12,7 Einheiten pro Sitzung, in den Folgemonaten 17 Einheiten pro Sitzung.

Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Steigerung an selbständig eingenommenen Portionen von 4,3 pro Sitzung (im Vergleich von der ersten zu der zweiten Hälfte der Untersuchung).

In den ersten drei Monaten beträgt die Abweichung der jeweils selbständig eingenommenen Portionen im Vergleich bis zu max. 32 Portionen. In den Folgemonaten variiert sie nur zwischen max. 14 und 1 Portion (siehe Tabelle 1, S. 81).

Während in den ersten drei Monaten Sitzungen aufzuzeichnen sind, in denen keine Portion selbständig eingenommen worden ist (siehe Tabelle 4, S. 84, Band 6) oder nur eine bis zu zwei Sequenzen aus max. 3-4 Einheiten bestehend zu verzeichnen sind (siehe Tabelle 4, S. 84, Band 3 und 7) ist es in den Folgemonaten nicht mehr zu beobachten.

Die gemeinsame Führung des Löffels gewinnt in der zweiten Hälfte der Untersuchung (siehe Tabelle 4, S. 84, Band 8-15) einen lediglich sporadischen Charakter dem längere Sequenzen des selbständigen Essens folgen, während in den ersten 3 Monaten Sequenzen zu beobachten sind, die 5-6 Führungseinheiten beinhalten (siehe Tabelle 4, S. 84, Band 4 und 5) und lediglich von wenigen (3-4) Einheiten vom selbständigen Essen gefolgt werden.

Die jeweils am Ende der Sitzung beobachtbare Passivität lässt sich auf die eingeschränkte Sehfähigkeit zurückführen und lässt somit vermuten, dass das Essen als solches nicht mehr erkannt werden konnte.

Während es zu Beginn der Untersuchung kein stetiger Prozess zu beobachten ist, erreichen die Sitzungen nach 3 Monaten zunehmend einen dynamischeren Charakter (siehe Tabelle 1, S. 81, Band 8-15). Zwar werden in diesem Zusammenhang quantitativ kaum große Werte erzielt, die Qualität fällt jedoch positiv auf, was in diesem Sinne als Erweiterung von bestehenden praktischen Kompetenzen interpretiert werden kann.

Der Tabelle 5 (siehe S. 85) entnommen, lässt sich feststellen, dass während in den ersten 3 Monaten 46 Mal der Blickkontakt zwischen der zu beobachtenden Person und der Beobachterin zu verzeichnen ist, ist das in den Folgemonaten 206 Mal der Fall.

Der Durchschnitt der Blickkontakteinheiten beträgt in den ersten 3 Monaten 6,6 pro Sitzung, in den Folgemonaten 25,7 pro Sitzung.

Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Steigerung an Blickkontakteinheiten von 20 Mal pro Sitzung (im Vergleich von der ersten zu der zweiten Hälfte der Untersuchung).

Sowohl im Bereich der praktischen (hier: selbständiges Essen) als auch sozialen (hier: Blickkontakt) Kompetenzen ist eine Steigerung zu erzielen.

Konstatiert kann folgende Aussage getroffen werden: Es ist erreichbar bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer positive Veränderungen in Hinblick auf die Erhaltung und Erweiterung von Kompetenzen zu erzielen.

Die Hypothese 1.1 kann somit angenommen und die 1.2 zurückgewiesen werden.

Fragestellung 2

In der zweiten Frage sollte überprüft werden, ob die sozialen Kompetenzen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer in den Vordergrund treten (ob soziale Kompetenzen länger erhalten bleiben).

Innerhalb der Untersuchung sind von insgesamt 744 Portionen, 224 Portionen selbständig eingenommen worden.

In den ersten 3 Monaten wurden 88 von insgesamt 366 Portionen selbständig eingenommen, was im Durchschnitt 12,7 Portionen pro Sitzung mit insgesamt im Durchschnitt 52 Portionen entspricht.

In den Folgemonaten wurden 136 von insgesamt 378 Portionen selbständig eingenommen, was im Durchschnitt 17 Portionen pro Sitzung mit insgesamt im Durchschnitt 47 Portionen entspricht. Daraus errechnet sich die prozentuale Quote, die in den ersten 3 Monaten 24% selbständig eingenommenen Portionen entspricht, in den Folgemonaten sich auf 36% erhöht.

Folglich errechnet sich eine durchschnittliche Steigerung von selbständig eingenommenen Portionen von 4,3 Einheiten pro Sitzung.

Innerhalb der gesamten Untersuchung wurden 252 Blickkontakteinheiten notiert. In den ersten 3 Monaten wurden 46 Blickkontakteinheiten verzeichnet, was im Durchschnitt 6,6 Blickkontakteinheiten pro Sitzung entspricht.

In den Folgemonaten wurden 206 Blickkontakteinheiten verzeichnet, was im Durchschnitt 25,7 Blickkontakteinheiten pro Sitzung entspricht.

Daraus errechnet sich eine durchschnittliche Steigerung von 20 Blickkontakteinheiten pro Sitzung.

Die Steigerung der selbständig eingenommenen Portionen beträgt durchschnittlich 4,3 Einheiten pro Sitzung.

Die Steigerung der Blickkontakteinheiten beträgt durchschnittlich 20 Einheiten pro Sitzung.

Konstatiert kann folgende Aussage getroffen werden: Im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer treten die sozialen Kompetenzen in den Vordergrund.

Die Hypothese 2.1 kann angenommen und die 2.2 zurückgewiesen werden.

Fragestellung 3

In der dritten Frage sollte überprüft werden, ob eine Erhaltung, bzw. Erweiterung von sozialen Kompetenzen als die Basis für eine eventuelle Erhaltung, bzw. Erweiterung von anderen Kompetenzen dienen kann.

Ausgehend davon, dass die Erweiterung der sozialen Kompetenzen im Vergleich zur Erweiterung der praktischen Kompetenzen eine größere Steigerung aufweist, die praktischen Kompetenzen im Zeitraum von 6 Monaten keine Senkung zeigen (siehe Interpretation zur Fragestellung 2), kann angenommen werden, dass die Erweiterung auf sozialer Basis verstandenen Interaktionen auf die Erhaltung, bzw. Erweiterung der anderen Kompetenzen positive Wirkung zeigt.

Auch der zwar hier nur subjektive Eindruck der Dynamisierung des Ablaufes der Sitzungen (siehe Interpretation zur Fragestellung 1) in der zweiten Untersuchungshälfte kann als eine Bestätigung verstanden werden.

Es kann vermutet werden, dass auf der Basis des in dieser Untersuchung nachgewiesenen Steigerung der Häufigkeit des Blickkontakts, weitere Interaktionen, im Sinne von KITWOOD (2000, S. 134), entwickelt werden könnten.

Kommentar

In Anlehnung an KITWOOD (2000, S. 134ff) stellt der direkte Blickkontakt eine der grundlegenden Akte des Anerkennens dar.

Für eine personenzentrierte Demenzpflege bedeutet es, dass die Person mit Demenz durch Anerkennung aktiv in die soziale Welt hineingezogen wird.

So verstandene Demenzpflege hat die Aufgabe, Interaktionen positiver Art zu erzeugen helfen, sie stärken und zur Fortdauer dieser Interaktion zu befähigen.

Die Stärkung einer positiven Interaktion fordert von der betreuenden Person eine Menge an Fähigkeiten. Die gleichzeitige Kompetenzherabsetzung bei der dementen Person bedarf immer mehr spezieller interaktiver Kompetenzen des Betreuers.

Interaktionen wie Halten, Validation und Erleichtern (KITWOOD 2000, S. 136) werden auf Dauer aufrechterhalten und sogar verstärkt werden müssen, wenn die

kognitive Beeinträchtigung fortschreitet. Bei dementiellen Erkrankungen wird niemals ein Punkt erreicht, an dem die Arbeit „getan ist“. Personsein – so KITWOOD – muss kontinuierlich gestärkt werden.

Somit kann vermutet werden, dass eine Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung der Kompetenzen mit einem immer mehr steigenden Aufwand verbunden werden wird.

Konstatiert kann folgende Aussage getroffen werden: Eine Erhaltung oder Erweiterung der sozialen Kompetenzen kann die Basis für eine eventuelle Erhaltung oder Erweiterung von anderen Kompetenzen sein.

Fragestellung 4

In der vierten Frage sollte überprüft werden, ob eine Erhaltung, bzw. Erweiterung von Alltagsbezogenen Kompetenzen zur Verbesserung der Lebensqualität führt.

Es wurde nachgewiesen, dass sowohl die praktischen als auch sozialen Kompetenzen bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer weiterhin erweiterbar sind (siehe Interpretation zu Fragestellung 1 und 2).

Es kann somit angenommen werden, dass Erweiterung von Kompetenzen zu weiteren Erweiterungen von Interaktionen und weitere Interaktionen zu Erweiterung von Kompetenzen (im Sinne von KITWOOD, 2000, S. 136) und somit zur Steigerung der Lebensqualität führen (siehe dazu auch: Interpretation zu Fragestellung 3 – Kommentar).

Konstatiert kann folgende Aussage getroffen werden: Die Erhaltung, bzw. Erweiterung von Alltagsbezogenen Kompetenzen führt zur Verbesserung der Lebensqualität.

Die Hypothese 4.1 kann angenommen und die 4.3 zurückgewiesen werden.

Die Hypothese 4.2 kann nur bedingt angenommen werden (siehe dazu auch: Interpretation zu Fragestellung 3 – Kommentar).

6.4 Abschließende Bemerkungen

Die vorliegende Untersuchung hatte zum Ziel, die praktischen und sozialen Kompetenzen im Hinblick auf deren Erhaltung und Erweiterung bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer aufzuzeigen, Möglichkeiten der Förderung durch ein spezielles Training darzustellen und Auswirkungen des durchgeführten Trainings auf Erhaltung und Erweiterung der Kompetenzen zu diskutieren.

Im Rahmen der Untersuchung wurde die Hilfe zum selbständigen Essen durchgeführt. Die Überprüfung der Frage hinsichtlich der Erhaltung und Erweiterung von Kompetenzen erfolgte mit Hilfe von Videoaufnahmen und einem Auswertungssystem.

Dabei hat sich gezeigt, dass bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer sowohl praktische als auch soziale Kompetenzen erweiterbar sind.

Diese Ergebnisse zeigen aber auch, dass eine Förderung nur dann möglich ist, wenn der Betreuungsaufwand kontinuierlich steigt.

Vielleicht wäre es vielmehr wichtig, durch Individualisieren der Maßnahmen eine spezielle Betreuungsform im Sinne des Umgangs mit dem dementiellen Menschen zu erreichen. Ein besonderer Wert scheint es für die dementiell erkrankte Person eher die Art der Begegnung zu sein als das Ausmaß ihres Könnens.

Der für diese Untersuchung ausgewählte alltägliche und mit Sicherheit sinnvoller Charakter der Situation dürfte als Beispiel der positiven Interaktion im Sinne nicht nur des Anerkennens, Verhandelns, Zusammenarbeitens aber auch des Schöpferisch seins (vgl. KITWOOD 2000, S.136) dienen.

Was dementiell erkrankte Menschen brauchen ist zuallererst die Sicherheit, eine sinnvolle Alltagsgestaltung und eine Begleitung, die sie versteht und auf ihre Bedürfnisse eingeht. Und so wie jeder von uns, will auch der dementiell Erkrankte dort sein, wo das Leben ist.

Diese Erfahrung nötigt darauf hinzuweisen, dass einige von bislang vorgeschlagenen Betreuungsansätzen auf ihre Bedeutung für den dementiell Erkrankten überprüft werden sollten.

7 Resümee

Morbus Alzheimer ist die häufigste und zugleich folgenschwerste psychische Erkrankung des höheren Lebensalters. Mit dem Begriff bezeichnet man ein Krankheitsbild, bei dem der Verlust geistiger Fähigkeiten so ausgeprägt ist, dass die selbständige Bewältigung von alltäglichen Aktivitäten schwerwiegend beeinträchtigt ist. Der Verlust beginnt bei den komplexesten Fähigkeiten, wie den Gedächtnisleistungen, der Orientierungsfähigkeit, dem logischen Denken und der Urteilsfähigkeit.

Das Fortschreiten des Morbus Alzheimer hat einen progredienten Charakter, bis der Betroffene vollkommen auf fremde Hilfe und somit oft stationäre Betreuung angewiesen ist.

Ziel dieser Arbeit war, vor einem fundierten Verständnis des Alterns, der Alzheimer Demenz, ihren Verlauf und den Auswirkungen, Überlegungen anzustreben inwieweit die Erhaltung und Erweiterung von Kompetenzen bei Menschen mit Morbus Alzheimer beeinflussbar, sinnvoll und fundiert sein kann. Die Begriffe Kompetenz, Lebensqualität, ganzheitliche Pflege wurden erläutert. In diesem Zusammenhang wurde auf die therapeutische Beeinflussbarkeit dementieller Erkrankungen aufmerksam gemacht.

Schließlich wurde eine empirische Untersuchung durchgeführt, um die theoretisch fundierten Überlegungen zu überprüfen und zu konkretisieren.

Es wurde nachgewiesen, dass bei Menschen im fortgeschrittenen Stadium des Morbus Alzheimer vor allem soziale, aber auch Alltagsbezogene (praktische) Kompetenzen erweiterbar sind, d.h. positive Entwicklung und Veränderung scheinen hier grundsätzlich möglich zu sein. Der Charakter pädagogischer Intervention im Hinblick auf den Personenkreis schwer dementer alter Menschen vermag also ihnen einen Anstoß zu geben, sich in ihrem zirkulären Dasein zu öffnen, Erfahrungen zu realisieren und sie zu integrieren.

Erfahrungsfähigkeit, verstanden als die Beeinflussbarkeit durch Erlebnisse, oder „Eindrucksfähigkeit“, kann auch dementen alten Menschen nicht abgesprochen werden und stellt einen Weg dar, sich ihnen pädagogisch zuzuwenden.

Selbstverständlich ändert diese Vorgehensweise nichts an der begrenzten Zeitperspektive dementer alter Menschen. Im Zuge der Integration von Erlebnissen und Erfahrungen kann jedoch die Gefahr einer zirkulären Stagnation reduziert werden.

Der dementielle Prozess ist von Person zu Person sehr verschieden ausgestaltet. So wird die Krankheit vom einzelnen jeweils unterschiedlich erfahren und verarbeitet. Hierbei spielen die Persönlichkeit, seine Biographie und die jeweiligen Umfeldbedingungen eine Rolle. Die individuelle Bezugnahme auf jeden einzelnen dementiell erkrankten Menschen in seiner jeweiligen Situation ist deshalb besonders bedeutsam. Dies heißt, dass nicht allein die viel zu grobe Diagnose ‚Demenz‘ zum Ausgangspunkt therapeutischer Bemühungen genommen werden kann. Sie kann zwar als grundlegende Basis betrachtet werden, ist aber allein unzureichend. Maßstab therapeutischer Ansätze sollte vielmehr der jeweilige Mensch mit seiner subjektiven Perspektive und Sichtweise (d.h. die Art und Weise, wie der einzelne seine Erkrankung und seine gesamte Situation erlebt) und seinen Bedürfnislagen sein. Diese Orientierung an der Person heißt auch, diesbezügliche Veränderungen im Verlauf der Erkrankung, also den prozessualen Aspekt, zu berücksichtigen.

Mit fortschreitender Demenz bzw. bei schwereren Formen dieser Erkrankung wird es allerdings für die Betroffenen schwieriger, sich ihrem Umfeld verständlich zu machen und ihre Perspektive und Bedürfnisse selbst zu artikulieren. Das Umfeld wird damit im Rahmen der therapeutischen Begleitung dann vor die Aufgabe gestellt, durch empathische Einfühlung und aufmerksame Beobachtung zu versuchen, die Sichtweise des Einzelnen trotzdem so weit wie möglich zu verstehen (insofern dies überhaupt annähernd aus der Perspektive des ‚Gesunden‘ machbar ist) und seine individuellen Bedürfnisse zu entschlüsseln. Bis zu einem gewissen Grad ist man m.E. hierbei letztlich auch immer auf Interpretationen angewiesen.

Hilfreich bzw. notwendig für ein möglichst gutes Verständnis des einzelnen und eine Orientierung an der Person ist eine umfassende, ganzheitliche Betrachtung. Dies bedeutet zunächst, dass der alte Mensch, auch der an einer Demenz erkrankte, als Körper-Seele-Geist-Einheit zu sehen ist. Den Betroffenen als

Ganzheit zu verstehen, heißt, nicht nur seine geistige Leistungsfähigkeit bzw. diesbezügliche Einschränkungen – wie es bei dementiell erkrankten Menschen leicht geschieht - sondern vielmehr beispielsweise auch – damit zusammenhängend - seine Emotionen, sein Erleben und Erfahren von Sinn, seine Identität etc. mit einzubeziehen.

Auch Umfeldbedingungen wirken sich auf den dementiell Erkrankten aus. Problematische Umweltgegebenheiten können negative Folgen für das Wohlbefinden, die Kompetenz und das Verhalten des Betroffenen haben. Vor allem Verhaltensweisen und Deutungen der personellen Umwelt, aber auch institutionelle Strukturen sind deshalb immer hinsichtlich ihrer Wirkung auf den Menschen mit dementieller Erkrankung zu reflektieren und in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen.

Schließlich ist im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung immer auch das lebensgeschichtliche Gewordensein des einzelnen, d.h. die jeweilige biographische Vergangenheit und auch deren historische Hintergründe (wie geschichtliche Gegebenheiten, Wert- und Normvorstellungen, etc.) zu beachten. Die individuelle Verarbeitung und Erfahrung der Demenz verleihen dem dementiellen Prozess das individuelle Gepräge, das es zu berücksichtigen gilt. Auch sollten therapeutische Ansätze in ihren Maßnahmen vor diesem Hintergrund der Lebenslaufperspektive, Einstellungen und Lebensstil des dementiell erkrankten alten Menschen akzeptieren und respektieren.

Ein ganzheitliches Verständnis meint aber noch mehr. Im Rahmen einer Neuformulierung sozialer Arbeit sollen Orientierungen an pauschalisierenden, eindimensionalen Altersbildern, wie insbesondere im Rahmen eines einseitigen Defizitmodells, vermieden werden. Stattdessen ist eine ganzheitliche Perspektive anzustreben, die Altern als einen komplexen Prozess von sowohl Verlusten, Schwächen und ‚Verfall‘ als auch von Gewinnen, Stärken und Wachstum betrachtet. Gefordert ist ein differenziertes Verständnis vom Altern. Dies bedeutet auch, Demenz nicht nur einheitlich als Verlust, Abbau etc. zu sehen und dementiell erkrankte Menschen in nivellierender und generalisierter Sichtweise als inkompetent, hilfs- und pflegebedürftig zu verstehen. Dies wird leicht durch Beschreibungen dementieller Erkrankungen und ihre Symptome nahegelegt.

Vielmehr müssen auch bei Menschen, die von einer dementiellen Krankheit betroffen sind, bzw. vielleicht insbesondere bei diesen Menschen, neben Beeinträchtigungen auch vorhandene Kompetenzen und Ressourcen wahrgenommen und neben Grenzen durch die Irreversibilität der Erkrankung auch Potentiale erkannt und berücksichtigt werden. Wie diese Arbeit bewiesen hat, ist davon auszugehen, dass die Gefühlswelt dementiell erkrankter alter Menschen mit ihren emotionalen Empfindungen, Bedürfnissen und der gefühlsmäßigen Sensibilität für die Einstellungen und Emotionen anderer Menschen (sehr lange) erhalten bleibt. Neben solchen allgemeinen, für alle Betroffenen zu reklamierenden Kompetenzen bzw. Möglichkeiten spielen hierbei besonders auch individuelle Kompetenzen bzw. Potentiale eine wichtige Rolle, die es herauszufinden und zu entdecken gilt.

Bei den Kompetenzen und Potentialen dementiell Erkrankter bestehen Anknüpfungspunkte für Aktivierung und Stimulation. Es kann von einer Bedrohung der Identität im Rahmen einer dementiellen Erkrankung ausgegangen werden. Bedeutsame Tätigkeiten können plötzlich nicht ausgeführt werden. Eine Diskreditierung des Selbst, da eigene und fremde Erwartungen nicht mehr erfüllt werden können, und soziale Isolation können die Folgen sein. Aufgrund eigener Einschränkungen kann sich der Betroffene leicht nur noch als Last für andere empfinden. Hinzu kommt ein Verlust des Selbstwissens. Aktivitäten, die Potentiale und vorhandene Kompetenzen der jeweiligen Person aufgreifen und zu fördern bzw. auszuschöpfen versuchen, können Betroffenen helfen, sich durch das eigene Tätigsein selbst zu erfahren und Selbstbewusstsein, Selbstwertgefühl und letztlich auch Sinn in der Erkrankung aufrechtzuerhalten und zu fördern. Daneben können auch z.B. Alltagskompetenzen objektiv erhalten und/oder verbessert werden mit dem Ziel möglichst großer Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Es geht nicht um „therapeutische Akrobatik“, sondern um Gestaltung des Alltags. Es geht darum, Anregungen zu geben und (das erscheint manchmal fast als das Schwierigste) den Menschen gewähren zu lassen. Wesentlich ist hierbei, sich auf dem schmalen Grad zwischen Unter- und Überförderung zu bewegen, um nicht Gegenteiliges zu bewirken, indem den Betroffenen z.B. durch eine Überförderung ihre Defizite vor Augen geführt

werden. Entscheidend ist zudem der Bezug der Aktivitäten zur jeweiligen Person und ihrer Biographie. Bei der Orientierung an vorhandenen Potentialen und Kompetenzen dementiell erkrankter alter Menschen geht es – so kann festgehalten werden – vorwiegend um deren persönliche ‚Nutzung‘. Gesellschaftliche ‚Produktivität‘ kann bei hinsichtlich einer Überföderung so verletzlichen Personen nicht das Ziel sein.

Umfassende, lebensweltbezogene Zielvorstellungen der Kompetenz und Lebensqualität können sinnvolle Orientierungslinien für therapeutische Maßnahmen in der Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen sein. Lebensqualität umfasst neben objektiven Aspekten (wie beispielsweise sozialer Partizipation) auch das subjektive Erleben und Befinden der Menschen. Ebenso beinhaltet die Zielvorstellung der Kompetenz objektive wie subjektive Komponenten. Mit diesen Zielvorstellungen wird der Bezug hergestellt zum dementiell erkrankten Menschen und seiner Perspektive, seinen Bedürfnissen, Kompetenzen und Potentialen, d.h. zur Orientierung an der Person. Gefahren liegen auch dort, wo therapeutische Maßnahmen primär an den Belangen und Interessen der Umwelt ausgerichtet werden und Betroffene lediglich ‚handhabbarer‘ gemacht werden sollen.

Grundsätzliches Prinzip bei der Neuformulierung der therapeutisch-pädagogischen Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen ist schließlich die Selbstbestimmung und Partizipation der Adressaten. Der alte Mensch wird als eigenverantwortliches, selbstbestimmendes Subjekt verstanden, das seine Bedürfnisse selbst formuliert und Maßnahmen und Angebote auch mitgestaltet. Auch in der therapeutischen Begleitung und Unterstützung von Menschen mit dementieller Erkrankung ist dies als Leitlinie zu verfolgen. Im Zuge einer Demenz auftretenden Gedächtnisstörungen, die sich auf die Orientierung in verschiedenen Dimensionen auswirken und infolgedessen zu situationalen Fehleinschätzungen, zum Verlaufen etc. führen können, sowie ein infolge von Denkstörungen eingeschränktes Urteils- und (Selbst-)Kritikvermögen und eine beeinträchtigte Entscheidungs- und Einsichtsfähigkeit verführen dazu, Betroffene zu verobjektivieren und ihnen mit einer überwachenden Versorgung zu

begegnen. Selbst- und Mitbestimmung dementiell erkrankter alter Menschen zu berücksichtigen, kann heißen, den ‚natürlichen Willen‘ so weit wie möglich zu respektieren, aktivierende Tätigkeiten nicht zu Zwangsveranstaltungen zu machen und Betroffenen möglichst große eigene Erlebens- und Aktivitätsspielräume, Wahlfreiheit und Unabhängigkeit zuzugestehen.

Nicht zuletzt gilt es, neben einer kritischen theoretischen Betrachtung anhand genannter Kriterien, therapeutische Ansätze in der Arbeit mit dementiell erkrankten alten Menschen auch empirisch hinsichtlich ihrer Resultate und Effekte zu überprüfen.

Einfache Lösungen für alle Betroffenen existieren nicht. Dem jeweiligen demenzkranken Menschen individuell angepasste sowie wissenschaftlich begründete Konzepte sind wünschenswert. Der zentrale Punkt und das entscheidende Kriterium in Bezug auf die Lebensqualität der Erkrankten ist in der ersten Linie das Personal. Auch hier gilt das Kompetenzverständnis zu überprüfen. Im Sinne von DORSCH (1982) ist soziale Kompetenz das „freie und verantwortliche Verhältnis zum Mitmenschen, das getragen wird von Mitmenschlichkeit, Nächstenliebe, Solidarität und Toleranz, das erfüllt ist vom Wert des Guten und sich auch in der Konfliktsituation als humanitäres Handeln realisiert“. Vielleicht sollte diese Formulierung als Anlass zu weiteren Überlegungen anregen.

8 Glossar

Acetylcholin

Chemische Substanz, die die Erregungsüberleitung bei speziellen Nervenzellen ermöglicht.

Agnosie

Unfähigkeit des (Wieder-)Erkennens von z.B. Personen, Gegenständen oder Körperteilen trotz ungestörter Funktion der Sinnesorgane und des Gedächtnisses.

Agraphie

Störung der Schreibfähigkeit bei intakter Motorik und normalem Intellekt.

Amyloid

Eiweiß, das sich unter Krankheitsbedingungen (z.B. DAT) im Gewebe ablagert.

Anamnese

Krankheitsvorgeschichte, die entweder vom Patienten selbst (Eigenanamnese) oder von Bezugspersonen (Fremdanamnese) erhoben wird.

Aphasie

Störung des erworbenen Sprachvermögens und/oder Sprachverständnisses bei erhaltener Fähigkeit, Sprachlaute zu bilden.

Apraxie

Schwierigkeiten, trotz ungestörter Motorik und Sensibilität Handlungsentwürfe umzusetzen.

Cortex

(Großhirn-)Rinde (graue Substanz).

DAT

Demenz vom Alzheimer Typ.

Degeneration

Abbau mit Fehlfunktion oder Funktionsverlust.

Demenz

Im späteren Leben durch eine organische Hirnerkrankung erworbene Defekte der Intelligenz, der Auffassung und des Gedächtnisses; in der Regel entsprechend der Dynamik der Grundkrankheit chronisch-fortschreitend, jedoch nicht zwingend irreversibel.

Differentialdiagnose

Diagnose, die besonders die Abgrenzung gegenüber in ihrem Erscheinungsbild ähnlichen Erkrankungen berücksichtigt.

Hippocampus

Ammonshorn; Teil des limbischen Systems; wichtige Rolle bei Gedächtnisprozessen.

Inkontinenz

Mangelnde Urin- und Stuhlkontrolle.

Irreversibel

Unumkehrbar; bei Krankheiten: unheilbar.

Kognitiv

Die geistigen Fähigkeiten betreffend.

Kompetenz

Fähigkeit, sich mit etwas angemessen auseinanderzusetzen.

Koordination

Ordnung verschiedene Systeme mit dem Ziel eines komplexen Zusammenwirkens.

Neuron

Nervenzelle.

Nootropika

Medikamente, die die Hirnleistung positiv beeinflussen sollen.

Pathogenese

Entstehung und Entwicklung eines krankhaften Geschehens.

Plaque

Ablagerung, aus Eiweiß bestehend.

Progredienz

Fortschreiten (z.B. einer Erkrankung).

Pseudo-Demenz

Syndrom, das eine Demenz vortäuscht (z.B. bei Depressionen).

Schwerpflegebedürftigkeit

Erkrankte, die nach ärztlicher Feststellung für die gewöhnlichen und regelmäßigen täglichen Verrichtungen auf Dauer in hohem Maße fremder Hilfe bedürfen.

Semantisch

Den Bedeutungsgehalt einzelner Worte betreffend.

Serotonin

Substanz, die die Erregungsüberleitung bei speziellen (serotonergen) Nervenzellen ermöglicht.

Symptom

Krankheitszeichen.

Synapse

Ort des (chemischen) Kontaktes zwischen Nervenzellen, der nur in einer Richtung eine Erregungsfortleitung erlaubt.

Syndrom

Krankheitsbild, das regelhaft mit einem bestimmten Muster von Symptomen einhergeht, ohne für eine bestimmte Erkrankung spezifisch zu sein.

Temporal

Zur Schläfe hin gelegen.

Trauma

Verletzung.

Validität

Fähigkeit eines Meßverfahrens das, was es zu messen vorgibt, auch tatsächlich zu messen.

Vigilanz

Wachheit.

Vulnerabilität

Verletzlichkeit, Empfänglichkeit.

9 Literaturverzeichnis

ÄRZTE ZEITUNG: 22.10.2004, 13.01.2005. Verfügbar im Internet:
<<http://aerztezeitung.de>>

BAIER, B. / ROMERO, B. (2001): Rehabilitationsprogramme und psychoedukative Ansätze für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: FÖRSTL, H. (Hrsg.) (2001): Demenzen und Praxis. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, S.385-404.

BALTES, P.B. (1996): Über die Zukunft des Alterns: Hoffnung mit Trauerflor. In: BALTES, M.M. / MONTADA, L. (Hrsg.) Produktives Leben im Alter. Frankfurt a.M.: Campus, S. 29-68.

BALTES, M.M. / MAAS, I. / WILMS, H.U. / BORCHELT, M. (1996): Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: MAYER, K.U. / BALTES, P.B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie, S. 525-542.

BELL, J. / McGREGOR, I. (1991): Living fort he moment. Nursing Times, 87 (18): 46-47.

BELL, J. / McGREGOR, I. (1995): A challenge to stage theories of dementia. In: KITWOOD, T. and BENSON, S. (eds) The New Culture of Dementia Care. London: Hawker.

BERNHARDT, T. / FRÖHLICH, L. (o.J.): Soziotherapie und psychische Verfahren bei dementen Patienten. Verfügbar im Internet: <<http://www.altenpflege-info.de/>>

BLESSED, G. / TOMLINSON, B.E. / ROTH, M. (1968): The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects, Brit. J. Psychiat. 114, 797-811.

BLIMLINGER, E. / ERTL A. / KOCH-STRAUBE, U. / WAPPELSHAMMER, E. (1996): Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen. 2. erw. Aufl., Vincentz-Verlag.

BÖHM, E. (1988): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Psychiatrie Verlag. Bonn.

BRANE, G. / KARLSSON, I. / KOBLGREN, M. / NORBERG, A.(1989): Integrity-promoting care of demented nursing home patients: psychological und biochemical changes. Interational Journal of Geriatric Psychiatry, 4: 165-172.

BRUDER, J. (1991): Demenz im Alter. In: MEIER-BAUMGARTNER, H.P. (Hrsg.): Psychosoziale Dimensionen der Geriatrie. München.

DANEKE, S. (2004): Dementia Care Mapping: Überzeugendes Instrument zur Qualitätssicherung. In: *Altenheim. Zeitschrift für das Altenhilfe-Management*, 9 / 2004, 43. Jahrgang, Vincentz.

DIETCH, James T. (1989): Adverse Effects of Reality Orientation. In: *Journal of American Society* 37, S.974-976.

DÖPNER, M., SCHLÜTER, S. & REY, E.-R. (1981): Evaluation eines sozialen Kompetenztrainings für selbstunsichere Kinder im Alter von neun bis zwölf Jahren: Ein Therapievergleich. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 9.

DORSCH, F. (1982): *Psychologisches Wörterbuch*. Ed. München.

DUDEN (1982): *Fremdwörterbuch*. – Bd. 5, 4. Auflage., Mannheim (Meyers Lexikonverlag).

ERIKSON, E. H. (1988): *Der vollständige Lebenszyklus*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

ERLEMEIER, N. (2002): *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Waxmann Verlag, Münster.

ETIENNE, P. (1983): Treatment of Alzheimer's DISEASE with Lecithin. In *Alzheimer's DISEASE: The Standard Reference*, edited by REISBERG, B., 353-354. New York: The Free Press. In: GRUETZNER, H. (1992): *Alzheimersche Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Helfer*, S.255. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

FAWCETT, J. (1996): *Pflegemodelle im Überblick*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

FEIL, N. (1992): *Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen*. Wien.

FEIL, N. (2000): *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. Reinhardt-Verlag, München.

FOLSOM, J. / TAULBEE, L.R. (1966): Reality orientation for geriatric patients. *Journal of Hospital and Community Psychiatry*, 17, 133-135.

FOLSTEIN, M.F. / FOLSTEIN, E. / McHUGH, P.R. (1975): Mini Mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J. Of Psychiat. Research* 12, 189-198.

FORSTL, H. / BURNS, A. / LUTHERT, P. And LEVY, R. (1993): Clinical and neuropathological correlations of depression in Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 22: 877-884.

FOVALL, P. / DYSKEN, M.W. / DAVIS, J.M. (1983): Treatment of Alzheimer's Disease with Choline Salts. In *Alzheimer's DISEASE: The Standard Reference*, edited by REISBERG, B., 346-353. New York: The Free Press. In: GRUETZNER, H. (1992): *Alzheimersche Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Helfer*, S.254. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

FRÖHLICH, W.D. (2000): *Wörterbuch Psychologie*. – 23. Aufl., München (dtv).

FÜSGEN, I. (1991): *Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen*. München: MMV.

GEREBEN, C. / KOPINITSCH-BERGER, S. (1998): *Auf den Spuren der Vergangenheit. Anleitung zur Biographiearbeit mit älteren Menschen*. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.

GROHNFELDT, M. (19) : *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie*.

GRUETZNER, H. (1992): *Alzheimerische Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Helfer*. Weinheim.

GUTZMANN, H. (1992): *Klinik der Demenz vom Alzheimer-Typ*. In: *Der dementielle Patient*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.

HEEG, S. (2001): *Pflegeheimarchitektur und Milieugestaltung*. In: DÜRRMANN, P. (Hrsg.) (2001): *Besondere stationäre Dementenbetreuung*. Vincentz-Verlag, Hannover.

HEIM, E. (1978): *Phasenweise Integration eines Milieukonzeptes*. In: Heim, E. (Hrsg.): *Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik*. Bern: Huber.

HOHMEIER, J. (1978): *Alter als Stigma*. In: *Alter als Stigma*. HOHMEIER, J. / POHL, H.J. (Hrsg.), Frankfurt a.M.

HOLZ, K.L. u. a.(1984): *Kompetenzinventar für geistig Behinderte*. Heidelberg.

JUNKER, J.P. (1973): *Alter als Exil*. Zürich/Einsiedeln/Köln.

KAISER, H.J. (1983): *Alterns aus sozialpsychologischer Sicht*. In: OSWALD, W.D. / FLEISCHMANN, U.M.: *Gerontopsychologie. Psychologie des alten Menschen*. Stuttgart.

KANNING, U.P. (2001): Soziale Kompetenz. In: WENNINGER, G. (Hrsg.), Lexikon der Psychologie, Bd.4 (S.197). Heidelberg: Spektrum.

KARLSSON, I. / BRANE, G. / MELIN, E. / NYTH, A-L. / RYBO, E. (1988): Effects of environmental stimulation on biochemical and psychological variables in dementia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 207-213.

KASCHEL, R., ZAISER-KASCHEL, H. & MAYER, K. (1992): Realitäts-Orientierungs-Training: Literaturüberblick und Implikationen für die neuropsychologische Gedächtnisrehabilitation. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 5, S. 223-235).

KERN, P / WITTIG, H.-G. (1984): Pädagogik im Atomzeitalter. München.

KITWOOD T. (2000): Demenz. Der personenzentrierter Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.

KRUSE, A. (1989): Psychologie des Alters. In: LAUTER, H. / MEYER, J.E. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 8: Alterspsychiatrie. Berlin, Heidelberg, New York.

KRUSE, A. (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz. In: BALTES, M. / MONTADA, L. (Hrsg.): *Produktives Leben im Alter*. Frankfurt a.M.: Campus, S. 290-322.

LAMNECK, S. (1989): *Qualitative Sozialforschung – Methoden und Techniken*. – Bd. 2, München (Psychologie Verlags Union).

LAUTER, H. / KURZ, A. (1989): Demenzerkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter. In: COOPER, B. u.a.: *Alterspsychiatrie*. In: KISKER, K.P. u.a. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart* 8. 3. Auflage, Berlin, u.a. Springer Verlag.

LEHR, U. / NIEDERFRANKE, A. (1991): Altersbilder und Altersstereotype. In: OSWALD, W.D. / HERMANN, W.M. / KANOWSKI, S. / LEHR, U.M. / THOMAE, H. (Hrsg.): *Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer, 1983 (2. Aufl. 1991).

LEHR, U. / THOMAE, H. (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie. Stuttgart.

LEHRL, S. / FISCHER, B. (1990): *Selber denken macht fit. Grundlagen und Anteilung zum Gehirn-Jogging*. 2. überarbeitete Auflage. Vless, Ebersberg.

LIND, S. (2001): *Konzeptionen psychogeriatrischer Pflege und Betreuung in den Heimen*. Stuttgart.

LIND, S. / HEEG, S. (1990): Modelle kompensatorisch-therapeutischer Raum- und Milieugestaltung für eine psychogeriatrische Abteilung. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift, 43, 24-28.

LÖWE, H. (1976): Einführung in die Lernpsychologie des Erwachsenenalters. Berlin/DDR.

MACE, N.L. / RABINS, P.V. (1996): Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken, 4., erweiterte und aktualisierte Auflage, Verlag Hans Huber, Bern.

MARTIN, E. & WAWRINOWSKI, U. (2000): Beobachtungslehre – Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung. – Grundlagentexte soziale Berufe, 3. Aufl., Weinheim, Juventa Verlag.

MASLOW, A.A. (1973): Geist und Psyche, Psychologie des Seins – Ein Entwurf. Kindler, N. (Hrsg.), München, Kindler Taschenbücher.

MIELKE, R. / KESSLER, J. (1994): Alzheimerische Erkrankung und andere Demenzen. Göttingen.

MÜCK, H. (2001): Für sie recherchiert: Was ist „Realitäts-Orientierungs-Training“(ROT).

MÜLLER-HERGL, Ch. (2002): Dementia Care Mapping. In: Alzheimer-Info, 2 / 2002, S.8.

NAT MED 11, 2002, 1270. In: Ärzte Zeitung, 13.01.2005

NETTEN, A. (1993): A Positive Environment: Physical and Sozial Influences on People with Senile Dementia in Residential care. Aldershot: Ashgate Publishing Company.

NIEMANN-MIRMEHDI, M. / RICHERD, A. / NEUMANN, E-M. (1998): Leben mit Alzheimer. Falken Verlag. 65577 Niedernhausen / Ts.

OSTER, P. / SCHLIERF, G. (1997): Die gesundheitliche Situation älterer Menschen. In: KRUSE, A. (Hrsg.): Jahrbuch der medizinischen Psychologie. Psychosoziale Gerontologie I: Grundlagen. Göttingen: Hogrefe, S. 43-54

OSWALD, W.D. / LEHR, U.M. (1991): Altern: Veränderungen und Bewältigung. 1. Auflage, Bern (u.a.): Huber

RE, S. (2001): Gute oder schlechte Pflege: Ist das Dementia Care Mapping ein geeignetes Beurteilungsverfahren? In: Alzheimer-Info. Nachrichten der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, 4 / 2001, S.8.

REISBERG, B. / FERRIS, S.H. / DELEON, M.J. (1985): Senile dementia of the Alzheimer type: Diagnostic and differential diagnostic features with speziel referenze to functional assessment staging. In: TRABER, J. / GISPEN, W.H. (eds): Senile dementia of the Alzheimer type (pp. 18-37). Springer, Berlin.

RICHARD, N. (2001): Wertschätzende Begegnungen – Integrative Validation (IVA). In: DÜRRMANN, P. (Hrsg.) (2001): Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vincentz-Verlag. Hannover, S. 56-61.

ROMERO, B. (1997): Betreuungsprinzipien psychotherapeutische Interventionen und Bewahren des Selbstwissens bei Alzheimer Kranken.

ROMERO, B. / EDER, G. (1992): Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET): Konzept einer neuropsychologischen Therapie bei Alzheimer-Kranken. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 5.

SELMES VAN DEN BRIL, J. (2000): The person-centred approach. In: Alzheimer Europe. The European Quarterly on Dementia. No.5, Juli 2000, 1-2.

SOWINSKI, CH. (1998): Organisationsformen der stationären Betreuung. In: Umgang mit Persönlichkeitsveränderungen. Tagungsdokumentation. Deutsches Rotes Kreuz.

SUMMERS, W.K. et. al. (1986): Oral Tetrahydroaminoacridine in Long-term Treatment of Senile Dementia. N. Engl. J. Med., 315: 1242-1245. In: GRUETZNER, H. (1992): Alzheimersche Krankheit. Ein Ratgeber für Angehörige und Helfer, S.258. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

TARTLER, R. (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart.

THIEDING, F. (1965): Der alte Mensch und die Gesellschaft – eine sozialmedizinische Studie. Stuttgart.

TOBIN, S.S. / NEUGARTEN, B.L. (1968): Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. In: Altern. Probleme und Tatsachen. THOMAE, H. / LEHR, U. (Hrsg.), S. 572-578, Frankfurt a.M.

TRILLING, A. / BRUCE, E. / HODGSON, S. / SCHWEITZER, P. (2001): Erinnerungen. Unterstützung und Entlastung für Pflegende und Menschen mit Demenz. Vincentz- Verlag.

UNDEUTSCH, U. (1959): Entwicklung und Wachstum. In: Handbuch der Psychologie. Bd.3: Entwicklungspsychologie. THOMAE, H. (Hrsg.), S. 79-103. Göttingen.

WETTSTEIN, A. (1993): Milieutherapie beim depressiven Betagten. In: HELL, D. (Hrsg.): Die Depression des alten Menschen. Heidelberg: Asanger.

WOJNAR, J. (2001)a: Demenzkranke verstehen. In: DÜRRMANN, P. (Hrsg.)
Besondere stationäre Dementenbetreuung. Vincentz- Verlag, Hannover.

WOJNAR, J. (2001)b: Die Versorgung von an Demenz erkrankten älteren Menschen.
Dokumentation der Fachtagung. Druck-Center-Meckenheim GmbH, S. 152-164.

WRUBEL, J. / BENNER, P. / LAZARUS, R.S. (1981): (In: WINE & SMYE). Sozial
Competence from the Perspective of Stress and Coping. New York.

10 Anhang

- I. Mini Mental Status (Folstein – Test)
- II. Stammbblatt / Biographieblatt
- III. Berichteblatt
- IV. Pflegemodell in Anlehnung an Monika Krohwinkel

I. Mini Mental Status (Folstein – Test)

Erfassung der Demenz mit dem MINI MENTAL STATUS (Folstein-Test)

Name:	Vorname:	geb.am:	Alter	m/w

max. Punkte	Parameter/Test
5	1.Orientierung zeitlich Welches Jahr / Jahreszeit / Monat / Wochentag / Datum heute (Jeweils 1 Punkt)
5	2.Orientierung örtlich Wo sind wir? Land / Bundesland / Ort / Klinik-Praxis / Arztname (Jeweils 1 Punkt)
3	3.Aufnahmefähigkeit Nachsprechen 3 Worte: Zitrone/Schlüssel/Ball 1 Wort pro Sekunde
5	4.Aufmerksamkeit und Rechnen von 100 jeweils 7 subtrahieren (93/86/79/72/65) pro Antwort 1 Punkt, nach fünf Antworten aufhören
3	5.Gedächtnis Frage nach den unter 3. nachgesprochenen Worten (Zitrone/Schlüssel/Ball) Pro richtigen Begriff 1 Punkt.
3	6.Sprache Patient soll benennen: Bleistift-Kugelschreiber (1 Pkt) / Uhr (1 Pkt) Patient soll nachsprechen: "Wie Du mir, so ich Dir." (1 Pkt)
3	7.Befehlsausführung dreiteilig "Nehmen Sie das Blatt in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden!" (jeder Teil 1 Punkt)
1	8.Lesen und Ausführen (Separates Blatt vorbereiten!) "Schließen Sie Ihre Augen!" (1 Pkt für beides)
1	9.Schreiben "Schreiben Sie einen x-beliebigen Satz!" Nicht diktieren! Muß spontan geschrieben werden!
1	10.Kopieren (konstruktive Praxis) Extrablatt vorbereiten und 2 sich überschneidende Fünfecke (geometrische Figur) nachzeichnen lassen!

25-30 Pkt = keine Demenz	22-24 Pkt = mäßige Demenz	0-21 Pkt = erhebliche Demenz
--------------------------	---------------------------	------------------------------

II. Stammblatt / Biographieblatt

Datum: _____

STAMMBLATT

Unterschrift der Pflegefachkraft: _____

Einrichtung		Wichtige Information (z.B. Allergien, Anfallsleiden, Herzschrittmacher, Alzheim)	behandelnder Arzt	
I.K.-Nr.			Adresse	
Aufnahme-Nr.		Tel.		Fax
Heimaufenthalt von _____ bis _____		Besuchstag		
Name _____ Geburtsname _____		Kooperationsvereinbarung ab _____		
Vorname _____		Fachärzte _____		Tel. _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____		Größe _____ Gewicht _____		
Familienstand _____ Religion _____		Eratgespräch wann _____ wo _____		
Staatsangehörigkeit _____		Bestattungswunsch _____		
Krankenkasse _____ Pflegekasse _____		Gerichtliche Anordnungen <input type="checkbox"/> ärztl. Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögen		
KV-Nr. _____		<input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten gültig ab _____ verlängert bis _____		mitgebrachte Dokumente/Ausweise (wo deponiert?)
Dat. Erstbegutachtung _____	Pflegestufe _____	aufgehoben _____		
Dat. Wiederholungsbeg. _____	Pflegestufe _____	Betreuer/in _____		Beginn _____ Kostform _____
Bisheriger Wohnort _____		Tel. _____		
		Ärztl. Diagnosen		Pflegebegründende Diagnosen
Angehörige/Bezugspersonen				

BIOGRAPHIE

Tagesablauf / Tagesgestaltung vor Aufnahme (Weckzeit, Essenszeitpunkt, Ruhephasen)				Bisherige Wohnsituation				
Uhr	Uhr	Lebten Sie bisher <input type="checkbox"/> in einer Großstadt?						
Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> in einer Kleinstadt?						
Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> in einem Dorf?						
Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> zur Miete?						
Uhr	Uhr	<input type="checkbox"/> in einer eigenen Wohnung?						
Religion				<input type="checkbox"/> im eigenen Haus?				
				Hatten Sie einen Garten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
				Hatten Sie Haustiere? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?				
Persönliche Gewohnheiten (Vorlieben, Abneigungen, Ernährungs-/Kleidungsünsche, Einstellung zur Krankheit etc.)				Prägende Lebensereignisse (Krieg, Verlust von Angehörigen)				
Familiendaten				Interessen / Aktivitäten (Hobbies)				
Eltern								
Ehepartner/in Beruf								
Kinder				Schulischer / Beruflicher Werdegang Schulbildung				
Enkel								
Geschwister				Beruf				
Name:		Vorname:		Zimmer-Nr.:				
.....								
Hilfsmittel, Leihgeräte			Persönl. Eigentum	Haus- eigentum	Kranken- kasse	von - bis	Finanzielle Angelegenheiten	
							in Eigenverantwortung	
							wenn nein, wer?	
							Rezeptgebührenbefreiung Ausweis-Nr.:	
							Fahrkostenbefreiung	
							Rundfunk-, Fernsehgebührenbefreiung	
Krankenhaus			Aufenthalt von bis		Angehörige verst. am	Hdz.	Besondere Wünsche im Krankheits-/Todesfall	
Mitgebrachtes Inventar (Möbel, TV, Radio etc.)								
Mitgebrachte Wertgegenstände (Schmuck, ideale Werte etc.)								

III. Berichtsblatt

Jahr _____ Nr. _____

Zusammenfassung von bisherigen Berichten

Datum	Kontrollen z.B. RFP/UIS/BZ	Datum	Uhrzeit	Beobachtungen	Bitte notieren in	blau grün rot	Frühdienst Spätdienst Nachtdienst	Hzd.

IV. Pflegemodell in Anlehnung an Monika Krohwinkel

Zur Entstehung des Pflegemodells

Monika Krohwinkel ist Professorin für Pflege an der Fachhochschule Darmstadt. Sie veröffentlichte erstmals 1984 ihr konzeptionelles Modell der Aktivitäten und der existentiellen Erfahrungen des Lebens. Das Modell wurde in einer 1991 abgeschlossenen Studie erprobt und weiterentwickelt. Auf der Grundlage der ATL's von Nancy Roper entwickelte Monika Krohwinkel ein neues Pflegemodell, das sie um zwei Bereiche erweiterte. Ropers frühere Arbeiten bilden die Basis des Modells, in dem sie versucht, unterschiedliche Erkenntnisse aus ihren Studien der Physiologie, Psychologie und Krankenpflege miteinander zu verknüpfen. Sie fand zunächst Eigenschaften heraus, die allen Menschen gemeinsam sind.

Dabei orientierte sie sich am beobachtbaren Verhalten des Menschen, durch das sich diese Eigenschaften ausdrücken. Eine exakt ausgeführte Pflege muss ihrer Meinung nach auf beobachtbaren und messbaren Phänomenen beruhen und nicht auf Intuition oder glücklichen Umständen. Krohwinkels Pflegemodell hat als Grundlage eine ganzheitliche Sicht des Menschen und seiner Umgebung. Mensch und Umgebung gehören zusammen, beeinflussen und verstärken sich gegenseitig. Im folgenden werden die Eckpunkte des obigen Pflegemodells näher erläutert.

I Charakteristika der Pflege - Das Menschenbild

Einer der besten Wege, einen Menschen zu verstehen, ist nach Krohwinkel die Beobachtung seiner Lebensaktivitäten. In ihrem Modell stellt Krohwinkel 13 Aktivitäten und existentielle Erfahrungen auf, die sich in drei Gruppen gliedern:

A. Physiologische und Sicherheitsbedürfnisse

1. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten
2. Ruhen und Schlafen
3. Ausscheiden
4. Essen und Trinken
5. Sich Pflegen
6. Sich Kleiden
7. Sich bewegen
8. Für sichere Umgebung sorgen

B. Soziale Bedürfnisse

9. Sich beschäftigen
10. Soziale Bereiche des Lebens sichern
11. Sich als Mann/Frau fühlen und verhalten
12. Kommunizieren

C. Ich-Bedürfnisse

13. Mit existentiellen Erfahrungen umgehen
- Diese Sichtweise des Menschen hat in der Pflege Auswirkungen auf die Einschätzung des Bewohners, anfallende Probleme sowie Zielsetzung und Planung.

II Die Einschätzung des Bewohners (Informationssammlung)

Ausgehend von den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen ermittelt die Pflegeperson soweit möglich zusammen mit dem Bewohner und/oder den Angehörigen die Einschränkungen in jedem einzelnen AEDL-Bereich. Dabei werden die früheren Gewohnheiten des Bewohners, die Art und Weise, wie diese bisher bewältigt wurden, erfragt und neben aktuellen und potentiellen Pflegeproblemen in die Informationssammlung aufgenommen.

Die Erfahrung zeigt, dass manchmal alle 13 Bereiche eingeschränkt sind, manchmal aber auch nur einige. Es kann auch erforderlich sein, sich zunächst auf einen speziellen Bereich zu konzentrieren, wenn bestimmbare Einschränkungen maßgeblich zu einer kritischen gesundheitlichen Situation beitragen (z.B. potentielle Gefährdungen oder bereits eingetretene Erkrankungen wie Kachexie, Kontrakturen usw.).

Immer aber sollte der Status aller AEDL's eingeschätzt werden, z.B. auch um die vorhandenen Ressourcen aus den verschiedenen AEDL's für die Versorgungs- und Betreuungsplanung nutzen zu können.

Die Einschätzung ist ein kontinuierlicher Vorgang, der über die gesamte Pflege-Person-Beziehung andauert.

(⇒ Pflegeanamnese, Pflegebericht ⇒ Pflegeplan)

Im schriftlich festgelegten Pflegeplan werden aktuelle und potentielle Probleme sowie die Ressourcen (Fähigkeiten des Bewohners, d.h. seine Möglichkeiten selbständig zu sein und Probleme mit eigener Kraft (mit) zu bewältigen) aufgenommen.

III Zielsetzung und Planung der Pflege (Zielformulierung und Maßnahmenplanung)

Jede Planung muss individuell erfolgen, die aktuellen Bedingungen berücksichtigen und nicht nur auf früheren Erfahrungen begründet sein.

Für die Festlegung der Ziele (soweit wie möglich gemeinsam mit dem Bewohner/Angehörigen) ist eine realistische und fachlich fundierte Einschätzung des Möglichen notwendig. In die Überlegung einbezogen werden müssen auch die Anzahl und Qualifikation des zur Verfügung stehenden Personals und die apparative Ausstattung der Einrichtung, damit die Maßnahmenplanung den Möglichkeiten der Einrichtung und dem Versorgungsauftrag angemessen sind.

(⇒ individueller Pflegeplan)

(⇒ Versorgungsvertrag, Leistungsverzeichnis)

IV Probleme, die pflegerisches Eingreifen erfordern

Folgende Anlässe können bspw. ein Eingreifen der Pflegeperson erforderlich machen:

- Durch den biologischen Lebenslauf bedingte Hilfsbedürftigkeit, im Pflegeheim vornehmlich das Alter,
- körperliche oder geistige Behinderung,
- gestörte oder ausgefallene biologische Funktionen,
- krankhafte oder degenerative Gewebeveränderungen,
- Unfälle,
- Infektionen,
- Probleme, die sich aus dem physischen, psychischen oder sozialen Umfeld des Kranken ergeben.

Die genannten Aspekte tragen dazu bei, dass ein Mensch aus relativer Unabhängigkeit in eine relative Abhängigkeit gerät und deshalb besonderer Hilfe- und Unterstützungen durch Pflegepersonen bedarf.

V Schwerpunkte bei der Ausführung des Pflegeplans

Zur Erreichung der (mit dem Bewohner/den Angehörigen und im Pflegeteam) vereinbarten Ziele stehen der Pflegeperson verschiedene Handlungsalternativen zur Verfügung, die auf die Lebensaktivitäten bezogen sind, mit denen der Bewohner Schwierigkeiten hat.

Pflegehandlungen folgen meist einem der drei folgenden Verhaltensmuster.: Pflegepersonen versuchen dem Eintreten bestimmter Gefahren vorzubeugen (⇒ **Prophylaxen**); sie versuchen, dem Bewohner Erleichterung bei der Bewältigung seiner Probleme zu verschaffen, indem sie psychisches oder physisches Wohlbefinden fördern und schließlich versuchen sie durch Verringerung der Selbständigkeit unterstützen (⇒ **aktivierende, fördernde Pflege**).

VI Bewertung der Pflege

Die Bewertung der Pflege nach Monika Krohwinkel sollte sich ausrichten am Bewohnerverhalten gemäß den in der Zielsetzungsphase vereinbarten Vorstellungen. Das heißt, dass ein Vergleich jeder Lebensaktivität des Bewohners vor und nach der Durchführung des Pflegeplans erfolgen muss.

Tritt das erwartete Ergebnis nicht ein, muss der betreffende Problembereich erneut eingeschätzt werden. Die summative Bewertung des Modells (gemeint das Pflegemodell nach Krohwinkel) kann erfolgen, wenn eine gewisse Anzahl formativer Bewertungen vorliegt, d. h., wenn das Pflegepersonal eines Bereiches eine Weile mit dem Modell gearbeitet hat. Sollte sich erweisen, dass der Gebrauch dieses Modells in einem bestimmten Pflegebereich nicht viel weiterhilft, sollte nach einer Empfehlung von Frau Krohwinkel ein anderes Modell erprobt werden.

VII Die Rolle der Pflegeperson

Krohwinkel hat die Rolle der Pflegeperson als eine sorgende und unterstützende beschrieben, innerhalb derer sie frei und unabhängig entscheidet. Zugleich übernimmt die Pflegeperson aber auch eine abhängige Rolle, indem sie dem Arzt assistiert und weisungsgebundene Handlungen ausführt.

Krohwinkel definiert eine weitere unabhängige Rolle der Pflegeperson als Mitarbeiter in einem interdisziplinären Team, in dem sie den Bereich der Pflege eigenständig vertritt.

VIII Das Pflegemodell von Monika Krohwinkel im Pflegeprozess

Für Krohwinkel ist die Einschätzung (Informationssammlung) ein kontinuierlicher Prozess, in dem eine beständig neue Einschätzung der Bewohnerbedürfnisse erfolgt. Dadurch lernt die Pflegeperson individuelle Bewohnersituation besser kennen und kann sie in der Versorgung und Betreuung berücksichtigen. Es handelt sich also eher um einen fortlaufenden Prozess als um eine abgrenzbare Aktivität, die man in verschiedene Stadien unterteilen könnte.

Die systematische Einschätzung orientiert sich an den 13 Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens. Eine Aktivität (AEDL'-Aspekt) des Bewohners kann erst dann

unbeachtet bleiben, wenn die Pflegeperson/en sich davon überzeugt hat, dass in diesem Bereich keine Probleme für den Bewohner bestehen.

Beispiel: Ein 70jähriger Mann wird in ein Altenheim aufgenommen. Er scheint sehr depressiv und gibt an, nun seinen Lebenssinn verloren zu haben, weil er seine gewohnten Aktivitäten, wie z.B. Gartenarbeit, nicht mehr ausführen kann. Das Defizit liegt im Bereich: Arbeiten und Spielen. In einem Gespräch kann die Pflegeperson weitere potentielle Probleme feststellen: zu wenig Bewegung und Verlust der Kontrolle über seine "sichere Umgebung".

IX Planung

In der Planung sollten aktuelle und potentielle Probleme dokumentiert werden, immer im Zusammenhang mit den Zielen, auf die Pflegeperson und der Bewohner hinarbeiten wollen.

In Veröffentlichungen jüngerer Datums gab es unterschiedliche Meinungen über die Formulierung der Ziele: Sollten die Ziele ein Bewohnerverhalten beschreiben, das bei der Zielkontrolle auch beobachtet werden kann, oder sollten die Pflegemaßnahmen dokumentiert werden, die zum Ziel führen sollen? Der erste Vorschlag bietet die Vorteile, das die Ziele bewohnerzentriert ausgedrückt werden und sich die Möglichkeit einer späteren Bewertung ergibt.

Beispiel:

Pflegeperson und Bewohner versuchen gemeinsam,

- Möglichkeiten der Beschäftigung im Heim zu finden
- durch den Erhalt von Gewohnheiten Sicherheit in der neuen Umgebung herzustellen
- die Kommunikation mit anderen Heimbewohnern zu fördern
- Möglichkeiten der Bewegung zu finden.

Pflegepersonen sollten jede Ressource und auch jede personelle Hilfe in ihre Planung mit einbeziehen, d.h. die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen nutzen, in dem genannten Beispiel könnte die Hilfe der Krankengymnastin und einer Beschäftigungstherapeutin sehr nützlich sein, um die gesteckten Ziele zu erreichen.

X Pflegemaßnahmen

Nachdem die Ziele festgelegt wurden, kann die Planung der Maßnahmen beginnen. Die Pflegemaßnahmen sollen die Gewohnheiten des Bewohners einbeziehen, z.B. um Ängsten vorzubeugen, die durch Veränderungen der Lebenssituation (hier Leben in einem Pflegeheim) hervorgerufen werden.

Die Pflegeperson hat die drei bereits genannten Handlungsmöglichkeiten:

- Vorbeugen,
- das Leben erleichtern und
- Eingehen auf den Bewohner, der Hilfe sucht.

Außerdem hat sie Aufgaben bei der Medikamentenverteilung und in der Assistenz für den Arzt (z.B. bei Verbänden und Untersuchungen).

Im genannten Beispiel werden andere, die an der Pflege des älteren Menschen beteiligt sind, bestrebt sein, den Bewohner auf unterschiedliche Art zu beschäftigen,

zum einen können ihm Aktivitäten ermöglicht werden, die er auch zu Hause ausgeführt hat, zum anderen könnte er für Neues motiviert werden.

Erreicht das Pflegeteam, dass der Bewohner sich wieder für etwas interessiert, so wird nicht nur die Langeweile bekämpft, sondern auch der physische und seelische Verfall.

Pflegemaßnahmen, müssen dokumentiert werden, um eine Erfolgskontrolle zu ermöglichen, aber auch um das Pflegewissen weiterzuentwickeln. (⇒ Leistungsnachweis, Pflegebericht ⇒ Pflegeplan)

XI Evaluation

Der Ausgangspunkt der formativen Bewertung sind die gesetzten Ziele und der Abgleich zwischen den gesetzten Zielen und der Bewohnersituation nach einem planmäßig festgelegten Zeitraum. Geprüft wird, inwieweit die Ziele durch die Auswahl und Art der Pflegemaßnahmen erreicht wurden?

Es sollten immer alle AEDL's bei der Bewertung berücksichtigt werden. Zur Beurteilung des Erfolges stehen der Pflegeperson folgende Handlungen zur Verfügung:

- messen
- beobachten
- befragen.

Die regelmäßige Überprüfung der Erreichung der gesetzten Pflegeziele ist für jeden an der Versorgung und Betreuung Beteiligten wichtig, um die Bewohnersituation einschätzen und weiterhin positiv fördern zu können.

Die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL)

Im Pflegemodell von Monika Krohwinkel bilden die Aktivitäten und existentiellen Lebenserfahrungen des Menschen die Grundlage für die Anamnese, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen. Im folgenden wird kurz auf die einzelnen AEDL's eingegangen und erläutert, wie Pflege auf die einzelnen AEDL's einwirken kann.

I. Kommunizieren können

Man fördert die Beziehung und unterstützt die Kommunikation. Die Bewusstseinslage, die Orientierung in bezug auf Personen, Zeit und Raum, das Erinnerungs- und Konzentrationsvermögen gehören laut Krohwinkel (1993) ebenso dazu wie die Fähigkeit, sich mündlich und schriftlich mitzuteilen. Auch Mimik/Gestik, Ausdruck von Gefühlen und das Wahrnehmungsvermögen in bezug auf Hören, Sehen und Gesichtsfeld, Lesen usw. fallen in den Bereich des Kommunizierens, weiterhin das Verstehen und Erkennen verbaler und schriftlicher Information. Desgleichen wird die Fähigkeit, Wärme/Kälte zu empfinden und Schmerz auszudrücken, nach Krohwinkel hier eingeordnet. Außerdem müssen die Pflegenden überlegen, welche Hilfsmittel sie zur Unterstützung der Bewohner im Bereich *Kommunizieren können* benötigen.

In der täglichen Arbeit sind im Bereich "Kommunizieren" folgende Eckpunkte zu beachten:

- Förderung der Kommunikation bei der räumlichen Ausstattung (Sitzecken, Gemeinschaftsräume u.ä.)
- Aufbau einer Gesprächskultur als wichtiger Bestandteil der Pflege

- Bewohner bei krankheitsbedingten Beeinträchtigungen unterstützen und fördern (z.B. bei Sprach-, Hör- und/oder Sehstörungen)
- Kommunikative Einzel- und Gruppenangebote
- Sensibilität für und Berücksichtigung der nonverbalen Kommunikation
- Einbeziehung von Kontaktpersonen (Angehörige, Besucherkreis u.ä.)
- Förderung der Kommunikationskultur der Mitarbeiter

II. Sich bewegen können

Man fördert die allgemeine Beweglichkeit und gibt Hilfen, z.B. beim Lagewechsel, Aufstehen, Sitzen und Gehen. Laut Krohwinkel gehört dazu die Körperbewegung innerhalb und außerhalb des Bettes. Man beachtet auch Lähmungen und Spastiken sowie sonstige Bewegungseinschränkungen, z.B. zur Kopfkontrolle. Auch Gleichgewicht und Gleichgewichtsstörungen sowie Lagerungen fallen in diesen Bereich, wobei in diesem Zusammenhang gefährdete Körperregionen beachtet werden. Der Umgang mit Kontrakturen, Dekubitusgeschwüren und lagerungsbedingten Ödembildungen gehören ebenfalls zu diesem Lebensbereich.

Beispiele aus der praktischen Arbeit sind:

- Einrichtungsbezogene mobilitätsfördernde Maßnahmen
- Schilder- und Leitsystem (Farbgestaltung, Orientierung)
- rollstuhlgerechte Ausstattung
- Aktivierung und Mobilisierung zur Erhaltung wie Wiedererlangung von Beweglichkeit, einschließlich der
 - Hilfsmittelberatung und -organisation
 - Vermittlung von Krankengymnastik und Ergotherapie
 - Förderung mitarbeiterbezogener Arbeitserleichterungen
 - behindertengerechtes Fahrzeug

III. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können

Man fördert die Atemfähigkeit, den Kreislauf sowie die Wärmeregulation usw. Hierzu zählt Krohwinkel alles, was mit Atmung zu tun hat, z.B. Atemverhalten, Husten, Verschleimung, Infekte, Atemstörungen, Atemnot. Dazu gehört auch die Kreislaufsituation (Durchblutung, Blutdruck, Puls), ebenso wie Temperaturregulierung (Fieber) und die Transpiration (Schwitzen, Frieren).

Hierzu gehören u.a.:

- Kontinuierliche und fachgerechte Krankenbeobachtung durch Pflegekräfte
- Pflege und Prophylaxen bei akuten Störungen der wichtigsten lebenserhaltenden Organe, wie z.B. Gehirn, Herz, Lunge und Nieren
- Pflege bei chronischen Störungen wie z.B. Diabetes mellitus, Durchblutungsstörungen, Bluthochdruck, Atembeschwerden
- Förderung der Atemfähigkeit, des Kreislaufes und der Wärmeregulierung
- in Notfallsituationen qualifiziert handeln

IV. Sich pflegen können

Man fördert und unterstützt die individuelle Körperpflege. Hierbei wird auf den Hautzustand, die allgemeine Hautpflege (z.B. Kosmetik) und die spezielle Hautpflege geachtet. Beim Waschen des Bewohners/Klienten/Patienten wird darauf geachtet, ob sich jemand selbständig waschen kann oder dabei Hilfe benötigt. Es wird dabei die Pflege im Hinblick auf einzelne Körperteile unterschieden (z.B. Mund-, Nasen-, Augen-, Nagel-, Haar-, Intimbereichpflege). Weiterhin muss auf Hautschäden (Rötungen,

Schwellungen, Blasenbildungen, Ödeme, Hautdefekte, Allergien, Infektionen) geachtet werden.

Bei der täglichen Arbeit sind folgende Punkte zu beachten:

- In den Bewohnerzimmern ist ein privater Sanitärbereich vorgesehen (möglichst behindertengerecht)
- Anleitung zur selbstständigen Durchführung der Pflege des Körpers, der Haare, des Mundes und der Zähne
- Unterstützung bei der Körperpflege bis hin zur vollständigen Übernahme der Körperpflege, unter Berücksichtigung der eigenen Fähigkeiten der Bewohner und ihrer individuellen Gewohnheiten
- Beachtung der Intimsphäre
- Hautveränderungen erkennen und beobachten
- Anleitung zur eigenen Wahl von Kosmetika,
- Wäsche und Kleidung
- Friseur und Fußpflege

V. Essen und trinken können

Man unterstützt die Bewohner/Klienten/Patienten bei ihren individuellen Bedürfnissen und Gewohnheiten in bezug auf Essen und Trinken. Beim Essen beachtet man die Menge der Nahrungsaufnahme, den Appetit und das Geschmackempfinden des pflegebedürftigen Menschen sowie die Art der Nahrungszubereitung (passierte Kost, Diäten, Sondenkost, parenterale Ernährung). Beim Trinken beachtet man, wie Flüssigkeiten aufgenommen werden und wie groß die Trinkmenge ist, die der pflegebedürftige Mensch zu sich nimmt. Auch die Zähne spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle (Zahnstatus, Situation des Zahnfleisches, Zustand der Zahnprothesen). Das Kauen und Schlucken (Lippenschluss, Speichelfluss, Mundboden-, Zungen-, Wangenmuskulatur, Gaumensegel, Zäpfchen) und die Koordination von Kauen und Schlucken sind ebenso zu berücksichtigen wie die Verträglichkeit von Speisen und Getränken (Übelkeit, Erbrechen).

Das Personal achtet in diesem Bereich auf die unten aufgeführten Punkte:

- Die kulturellen und geselligen Aspekte von Essen und Trinken werden beachtet. Sie fließen in die Gestaltung der Mahlzeiten mit ein. (Freundliche Essräume, Tischkultur, Eßgewohnheiten, Festlichkeiten)
- ausgewogene und altersgerechte Zusammensetzung der Mahlzeiten (Wahlgerichte, diätetische Kostformen, ausreichende Getränke)
- Möglichkeiten für individuelles Kochen, auch in Gemeinschaft
- Einhaltung der Hygienevorschriften
- individuelle Ernährungsgewohnheiten sind bekannt und werden berücksichtigt (Pflegeanamnese, Beobachtung)
- ansprechendes Servieren der Mahlzeiten
- flexible Essenszeiten
- Angebot von bis zu sechs Mahlzeiten pro Tag
- freie Wahl der Räumlichkeiten zur Speiseneinnahme
- Mitbestimmung der Bewohner bei der Auswahl, Zubereitung und Menüzusammenstellung der Gemeinschaftsverpflegung, konstruktive Kritik ist erwünscht. (Ernährungs- und Essensausschuss)

VI. Ausscheiden können

Hier steht die Förderung von Kontinenz im Mittelpunkt. Ferner werden Pflegehilfen zur Bewältigung individueller Inkontinenzprobleme gegeben. Bei der Urinausscheidung geht es um Menge, Rhythmus, Inkontinenz, Miktionsstörungen, Harnverhalten,

Harnwegsinfektionen usw., bei Stuhlausscheidungen ebenfalls um Menge, Rhythmus, Inkontinenz, sowie Obstipation, Diarrhöen.

Beispiele für die tägliche Arbeit sind:

- Beachtung der Intimität und behutsamer Umgang mit Ausscheidungsprozessen
- rollstuhlgerechte Toilettenausstattung mit Notrufsystem
- Beobachtung der regelmäßigen Ausscheidung
- Obstipationsprophylaxe (ballaststoffreiche Ernährung, ausreichende Flüssigkeitsaufnahme)
- Inkontinenzversorgung

VII. Sich kleiden können

Hierbei achtet man auf die individuellen Bedürfnisse bezüglich Kleidung und versucht, die Unabhängigkeit in diesem Bereich zu fördern. Man beachtet die bevorzugte Kleidung tags- und nachtsüber. Es gehört hierzu auch die Unterstützung beim An- und Auskleiden.

Dieser Bereich wird beeinflusst durch folgende Bedingungen:

- Pflegerische Unterstützung bei der Bedeutung, dass Kleidung zur individuellen Identität des Menschen gehört.
- Vorhandensein ausreichender Schränke
- Selbstbestimmung bei der Kleidungs Auswahl unterstützen
- Wäsche und Kleidung der Bewohner regelmäßig wechseln oder/und dazu anregen
- Unterstützung und Durchführung der Wäschepflege
- Vermittlung von Näh- und Reinigungsdiensten für Kleidung

VIII. Ruhen, schlafen und sich entspannen können

Pflege leistet Unterstützung bei den individuellen Ruhe- und Erholungsbedürfnissen. Man versucht, einen physiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus zu fördern und unterstützt die älteren Menschen bei der Bewältigung von Schlafstörungen. Ebenso wichtig sind Phasen der Ruhe und der Entspannung sowie gewünschte Ruhepausen der Betroffenen. Beim Schlafen beachtet man die Schlafqualität, Schlafdauer und Schlafzeiten.

Das Personal achtet auf folgende Gegebenheiten:

- Tag- und Nachtrhythmus beachten und einhalten
- für einen gesunden Schlaf sorgen (bequemes, angenehmes und zweckmäßiges Bett, gute Belüftung, Bettwärme)
- Schlafstörungen beobachten und störende äußere Faktoren ausschalten
- Struktur des Tages- und Nachtverlaufes der Einrichtung ist den Bedürfnissen der Bewohner angepasst.
- räumlich unterschiedliche Zonen für Ruhe und Aktivitäten

IX. Sich beschäftigen lernen und sich entwickeln können

Bei diesem Lebensbereich spielen die Tagesgestaltung, Hobbys, Interessen, selbständige Aktivitäten eine Rolle sowie die Aktivitäten, die zusammen mit anderen Personen (z.B. Angehörigen, Pflegepersonen, Physiotherapeuten, Ergo- und Logopäden) unternommen werden.

Zum Pflegealltag gehören:

- Anregung und Unterstützung der Bewohner bei der Gestaltung ihrer Zeit
- Ausreichende Gemeinschaftsräume und Gelegenheiten für Aktivitäten
- Gesprächsangebote über Interessen und Hobbys,

- Tagesstrukturierung unterstützen
- Akzeptanz der freien Wahl zwischen Aktivität und Passivität
- Gezielte therapeutische Einzel- und Gruppenangebote, Förderung der Kreativität
- Angehörige und Bezugspersonen einbeziehen
- zur Beschäftigung mit Zeitung, Literatur, Radio und TV anregen

X. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten können

Hier handelt es sich um einen Bereich, der in diesem Zusammenhang vielleicht etwas ungewöhnlich erscheint. Gemeint ist, dass Pflegearbeit ein positives und lebensbejahendes Selbstempfinden der Bewohner/Klienten/Patienten als Mann oder Frau fördern sollte. Man muss in der Pflege die Sexualität des pflegebedürftigen Menschen akzeptieren, andernfalls kann man nicht gut pflegen. Durch den intensiven Kontakt den man zu den Bewohnern/Klienten/Patienten hat, erlebt man automatisch die Krisen mit, die ältere Menschen durch den Verlust ihrer Jugend und/oder Partners sowie durch ihre Einsamkeit haben. Man begleitet die Bewohner/Klienten/Patienten, die unter Störungen im Bereich Nähe/Distanz leiden. Beim Lebensbereich "Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten" werden insbesondere Verbindungen zu den Bereichen "Sich pflegen", "Ausscheiden", "Sich kleiden", "Soziale Bereiche des Lebens sichern" und "Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" beachtet.

Dies gliedert sich u.a. in folgende Punkte:

- Eines der wichtigsten Merkmale der Identität ist das Geschlecht, individuelles und kulturelles Rollenverhalten prägen die Annahme der eigenen Persönlichkeit und der Sexualität. Das Pflegekonzept berücksichtigt die Unterstützung des geschlechtsspezifischen Selbstwertgefühls
- die Bedeutung der Sexualität wahrnehmen und akzeptieren,
- die persönlichen Wünsche nach Liebe, Nähe und Zärtlichkeit ernst nehmen
- Wahrung der Intimsphäre und des Schamgefühls
- Schaffung von Möglichkeiten für die Bewohner, mit Partnern ungestört zusammen zu sein
- auch unverheiratete Partner können zusammen wohnen.

XI. Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können

Hier ist gemeint, dass man auch die allgemeinen Selbstpflegefähigkeiten des Menschen fördern soll. Man unterstützt sie im Bereich einer sicheren Lebensführung. Dazu gehört neben der Haushaltsführung auch die psychische Sicherheit. Man fördert bzw. unterstützt die Bewohner/Klienten/Patienten, falls es notwendig ist, bei der Gestaltung ihres Wohnbereiches. Man versucht, die pflegebedürftigen Bewohner/Klienten/Patienten vor Verletzungen und Einschränkungen zu schützen, und man überlegt mit ihnen zusammen, welche Orientierungshilfen für sie dienlich sind usw.. Hierbei spielen nach Krohwinkel die räumliche Ausstattung, die Art und Anordnung der Einrichtungsgegenstände, die Ausstattung des Bettes, die Bestuhlung, Hilfsmittel zur Orientierung wie Kalender, Uhr, Zeitung, Zeitschriften, Radio, Fernsehen usw. eine Rolle.

Folgende Faktoren sind weiterhin von Bedeutung:

- Berücksichtigung, dass jeder Mensch zum Leben ein umfassendes Gefühl von Sicherheit braucht.
- Sicherung äußerer Faktoren wie soziale Sicherheit, ein verlässlicher Rahmen für eine Freiheit gewährleistende Umgebung
- Einhaltung der Vorschriften des Betreuungsgesetzes und anderer gesetzlicher Vorschriften, wie z.B. Unfallverhütungsvorschriften
- Notrufsystem
- Brandschutzordnung, automatische Brandmeldung
- Sicherung innerer Faktoren wie, Persönlichkeit, Intimsphäre, Vertraulichkeit, Verschwiegenheit, Begleitung in Lebenskrisen

XII. Soziale Beziehungen und Bereiche sichern und gestalten können

Bei diesem Lebensbereich unterstützt man ältere Menschen darin, bestehende Beziehungen aufrechtzuerhalten, und versucht, ihre Integration in ein selbstgewähltes soziales Umfeld zu fördern und sie vor sensorischen Deprivationen und Isolation zu schützen. Auch die sozialen Beziehungen zu Lebenspartnern, Freunden, Nachbarn, Bekannten und den primären persönlichen Bezugspersonen werden beachtet sowie der Beruf, die gegenwärtigen und früheren beruflichen Aktivitäten des Betroffenen und seine mit dem Beruf verbundene Verantwortung, ferner private Verpflichtungen, z.B. Sorge tragen für den Lebenspartner.

Außerdem gehört die Wohnung in diesen Bereich. Die Vor- und Nachteile der örtlichen Gegebenheiten, die Risiken wie Stufen oder Treppen sowie die Angemessenheit von Wohnräumen, Toiletten, Flur und Badezimmerausstattung sind nach Krohwinkel ebenfalls zu berücksichtigen.

Praktisch umgesetzt kann dies bedeuten:

- Förderung des Kontaktes zu früheren und jetzigen Bezugspersonen, Kontakte erhalten und fördern.
- Einbeziehung von Angehörigen und Freunden,
- für Besuche sorgen, ggf. Wiederbelebung abgebrochener familiärer Kontakte
- Einladungen organisieren,
- neue Besuchsdienste durch ehrenamtliche Mitarbeiter aufbauen,
- Anregung und Unterstützung der Bewohner an Veranstaltungen ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen.

XIII. Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich daran entwickeln können

Hierbei meint Krohwinkel, dass Pflegepersonen die Bewohner begleiten in der Auseinandersetzung mit existentiellen Erfahrungen wie Angst, Isolation, Ungewissheit, Sterben und Tod. Pflege unterstützt ebenso bei existenzfördernden Erfahrungen wie Integration, Sicherheit, Hoffnung, Wohlbefinden und Lebensfreude. Auch Erfahrungen, die Existenz fördern oder gefährden können, z.B. kulturgebundene Erfahrungen, Weltanschauung, Glaube, Religionsausübung, lebensgeschichtliche Erfahrungen, Biographie spielen hier eine Rolle.

Wichtige Aufgaben der Mitarbeiter sind u.a.:

- Begleitung bei existentiellen Erfahrungen wie Geborgenheit, Vertrauen, Glaube, Liebe, Freude aber auch Angst, Verlassenheit, Enttäuschung, Begrenztheit
- Schmerz und Leid
- religiöse Einbindungen, Erfahrungen und Bedürfnisse akzeptieren und deren Ausübung fördern
- Lösungsversuche bei Verhaltensstörungen in Verbindung mit ärztlicher Beratung und Therapie (Aggressivität, Depressionen)
- gerontopsychiatrische Fortbildung für Mitarbeiter, fachlicher Umgang mit Nähe und Distanz, zuhören können
- ggf. Supervision für Mitarbeiter
- Das Sterben gehört zum Entwicklungsprozess des Menschen unausweichlich dazu. Das Sterben ist ein Prozess des Abschiednehmens und Loslassens
- Sterbebegleitung ist nicht ein isolierter Anteil des Pflegeprozesses, sondern ist Begleitung in der letzten Lebensphase und bietet Hilfen zur Krisenbewältigung
- Pflege im Angesicht von Leid, Trauer, Sterben und Tod wird in unserer Einrichtung thematisiert
- häufige und aufmerksame Begleitung, nach Absprache mit Angehörigen rund um die Uhr

- Angehörigenbegleitung beim Sterbeprozess
- Sitzwache nach Absprache
- Kontakt zu Geistlichen herstellen
- Trauerbegleitung
- Pietät und Trauerkultur wird beachtet

Die Aufgaben der Pflege lassen sich also schlecht in medizinisch-pflegerische und sozialpflegerische Aufgaben unterteilen. Pflegerische Leistungen werden in den AEDL-Bereichen mehrdimensional erbracht. Die AEDL-Bereiche sollen als Orientierungshilfe für die Einschätzung von Problemen, Bedürfnissen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen genutzt werden.

Das ganzheitlich fördernde Pflegeprozessmodell hat das Ziel, den Bewohner vom Einzug an zu begleiten, zu unterstützen und zu fördern. Im Mittelpunkt des pflegerischen Interesses steht der Bewohner mit seinen Bedürfnissen und Defiziten oder Fähigkeiten, die mit Blick auf die AEDLs zu sehen sind. Dabei sind primäre Einflussfaktoren wie Umwelt und Lebensverhältnisse, Prozesse der Gesundheit beinhaltet, Diagnostik und Therapie sowie vorhandene Ressourcen oder Defizite von Bedeutung. Die primär pflegerische Zielsetzung richtet sich auf die Erhaltung, Förderung und Unterstützung der Fähigkeiten des Bewohners. In ihrem Interesse stehen auch dessen Wohlbefinden und seine Unabhängigkeit.

Pflegerische Hilfeleistung ist dann von Bedeutung, wenn der Mensch nicht mehr allein in der Lage ist, seine aktuelle Situation zu erhalten oder zu verbessern.

Der Pflege stehen dabei fünf übergeordnete Methoden zur Verfügung, um für den Menschen zu handeln

- ihn zu führen und zu leiten,
- seine Umgebung so zu gestalten, dass sie seine persönliche Entwicklung fördert,
- dem Pflegebedürftigen und seinen Bezugspersonen Unterstützung bieten
- zu beraten, anzuleiten,
- zu unterrichten und zu fördern.

Voraussetzung für die Einführung eines solchen Pflegeprozessmodells sind nach der Erkenntnis von Krohwinkel ein ganzheitliches Denkmuster, ein praktikables Pflegemodell, das ein Dokumentationssystem beinhalten muss.

Danksagung

Für die Hilfe bei der Entstehung als auch für die Betreuung dieser Arbeit möchte ich mich bei Prof. Dr. Dr. hc. Wolf-Rüdiger Walburg und Prof. Dr. Werner Prahl recht herzlich bedanken.

Aus Datenschutzgründen ist der Materialband der Veröffentlichung nicht zugänglich.

Malgorzata Mielczarek

PERSÖNLICHE INFORMATION

Geburtsdatum: 23.04.1974
Geburtsort: Lodz / Polen
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: polnisch

AUSBILDUNG

1981 – 1989	Grundschule	Lodz / Polen
1989 – 1993	Allgemeinbildendes Lyzeum	Lodz / Polen
1993	Abschluss mit Abitur	
1993 – 1996	Sonderpädagogisches Studium Universität	Lodz / Polen
Seit 1997	Sonderpädagogisches Studium Universität	Kiel
27.04.1999	Diplomvorprüfung in Erziehungswissenschaft	
13.10.2001	Diplomprüfung in Erziehungswissenschaft	
Seit 2002	Promotion an der CAU	Kiel
	Tätigkeit im Altenzentrum Freiligrathstraße	