

**Sven Lind**

## **Umgang mit Demenz**

Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden

**Ergebnisse einer Literaturrecherche und Sekundäranalyse der Fachliteratur in internationalen Pflegezeitschriften zur psychogeriatrischen Pflege und Betreuung Demenzkranker**

**Erstveröffentlichung:  
Stuttgart: Paul-Lempp-Stiftung 2000**

**Korrespondenzadresse:**

Sven Lind  
Gerontologische Beratung  
Zwirnerweg 9  
D-42781 Haan  
Tel. 02129 - 32 501  
[Sven.Lind@web.de](mailto:Sven.Lind@web.de)  
<http://people.freenet.de/Sven.Lind/>

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© Sven Lind

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>4</b>
<b>1. Was sind Demenzen?</b>	<b>5</b>
1.1. Welche Demenztypen gibt es?	5
1.2. Wie ist der Verlauf der Demenzen?	7
1.3. In welchem Umfang treten Demenzen auf?	10
<b>2. Verhaltens- und Reaktionsweisen Demenzkranker in stationären Altenhilfeeinrichtungen</b>	<b>10</b>
2.1. Symptome der Demenz	11
2.2. Verhaltensstörungen bei Demenzen	13
2.2.1. Agitiertheit oder Unruhe	13
2.2.2. Passivität oder Apathie	14
2.2.3. Akustische oder vokale Störungen	15
2.2.4. Tötlich aggressives Verhalten	16
2.2.5. Wandern	16
2.3. Psychiatrische Störungen bei Demenzen	19
<b>3. Umweltfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Demenzkranken</b>	<b>21</b>
3.1. Agitiertheit	21
3.2. Akustische Störungen	24
3.3. Aggressives Verhalten	25
3.3.1. Physiologisch-biologische Ursachen	26
3.3.2. Milieu- und Institutionsbezogene Ursachen	27
<b>4. Interventionsmöglichkeiten bei störenden Verhaltensweisen</b>	<b>31</b>
4.1. Interventionsmaßnahmen bei Demenzkranken mit akustischen Störungen	31
4.1.1. Effektivität von Interventionsmaßnahmen	32
4.1.2. Verhaltensstrategien	33
4.1.3. Mehrdimensionale Verhaltensstrategie: Eine Fallstudie	36
4.1.4. Akustisch geschützter Separierungsraum	37
4.1.5. Zusammenfassung / Empfehlungen	37
4.2. Interventionsmöglichkeiten bei Demenzkranken mit tötlich aggressivem Verhalten	39
4.2.1. Reflektierte Pflege	40
4.2.2. Milieuaspekte	41
4.2.3. Prävention und Vermeidungsstrategien	42
4.2.4. Umgang mit der tötlichen Aggression	45
4.2.5. Bewältigungskonzept für Pflegekräfte	47
4.2.6. Qualifizierungskonzepte	48
4.2.7. Zusammenfassung: Umgang mit tötlichen Aggressionen	49
<b>5. Anpassung der Arbeitsorganisation und Pflegestruktur an die Demenzkranken</b>	<b>52</b>
5.1. Schwankungen der Tagesform Demenzkranker im ADL-Bereich	53
5.2. Biographisch bedingte Verhaltensweisen und Gewohnheiten	55
5.3. Die Flexibilisierung der Pflege- und Betreuungsprozesse	56
5.4. Die Auswirkungen des „sun downing“ auf die Personaleinsatzplanung	59
5.5. Das Präsenzprinzip in der Pflege und Betreuung Demenzkranker	60
5.6. Das Pflegeaufkommen bei homogener und heterogener Bewohnerschaft	62
5.7. Exkurs: Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse	63

<b>6.</b>	<b>Die Gleichartigkeit der Bewohnerschaft</b>	<b>64</b>
6.1.	Vorbehalte und Argumente gegen eine segregative Versorgungsform	64
6.2.	Institutionelle Faktoren für eine Demenzstation	70
6.3.	Auswirkungen auf das Pflegepersonal und die Bewohner	75
<b>7.</b>	<b>Pflege- und Kommunikationsmethoden bei Demenzkranken</b>	<b>77</b>
7.1.	Einheit von Pflege und Kommunikation	78
7.2.	Kommunikation im engeren Sinne als Voraussetzung für eine angemessene Pflege	79
7.3.	Personale und interaktive Stetigkeit als Kernelement psychogeriatrischer Pflege	81
7.4.	Empathie	84
7.5.	Dementenspezifischer Kommunikationsstil	85
7.6.	Pflegestrategien bei Demenzkranken	90
<b>8.</b>	<b>Demenzgerechtes Milieu: Stimulierung und Tagesstrukturierung</b>	<b>97</b>
8.1.	Stimulierungskonzepte im Milieubereich Demenzkranker	98
8.2.	Tagesstrukturierung	102
8.3.	Gruppenangebote und Inhalte	106
<b>9.</b>	<b>Biographische Orientierung bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker</b>	<b>111</b>
9.1.	Biographie als Element erhöhter Akzeptanz und Vertrautheit	112
9.2.	Biographie als Schlüssel zur Erklärung der Verhaltensweisen	113
9.3.	Biographie als Instrumentarium zur Optimierung der Pflege und Betreuung	115
9.4.	Angehörige als Brücke zur Lebensgeschichte der Demenzkranken	117
<b>10.</b>	<b>Räumliche und architektonische Dimensionen der Demenzpflege</b>	<b>121</b>
10.1.	Das Wohngruppenkonzept	123
10.2.	Die Raumstruktur für das Wandern	128
10.3.	Autonomie trotz geschlossener Türen	130
10.4.	Empfehlungen zur räumlichen Milieugestaltung	134
	<b>Literatur</b>	<b>136</b>

## Vorwort

Die vorliegende Studie wurde bereits im Jahr 2000 von der Paul-Lempp-Stiftung in Stuttgart veröffentlicht. Es wurden, vielleicht auch wegen des relativ hohen Preises, nur ca. 200 Exemplare der Studie verkauft. Von der Unternehmensgruppe Dienste für Menschen, einem diakonischen Träger von u. a. Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe, geriatrischen Kliniken und zugleich Abwickler der Paul-Lempp-Stiftung, wurde dem Autor nach Liquidation der Paul-Lempp-Stiftung das Verfügungsrecht über die Studie überlassen. Der Unternehmensgruppe Dienste für Menschen sei an dieser Stelle herzlich für diese Entscheidung gedankt.

Die vorliegende Arbeit soll allen Mitarbeitern in der Pflege und Betreuung Demenzkranker u. a. neuere Erkenntnisse und Erfahrungen besonders über die soziale und räumliche Milieusensibilität dieser Erkrankten vermitteln, denn bei Berücksichtigung der spezifischen Umweltfaktoren besonders im Heimbereich kann eine Reihe von Stress- und Überlastungsphänomene deutlich vermindert werden.

Es darf an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass der Autor im Anschluss an diese Studie die vielen Interaktionsformen und Reaktionsweisen der Pflegenden beim Umgang mit Demenzkranken, die ihm bei zahlreichen Fortbildungen in den Heimen zugetragen wurden, in einer Publikation zusammengetragen hat („Demenzkranke Menschen pflegen“. Bern: Verlag Hans Huber 2003).

Zum Schluss wird darauf verwiesen, dass der Autor gegenwärtig mit dem Publikationsprojekt „Lebenswelt Demenzkranker im Heim“ beschäftigt ist. In Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Altenhilfe werden in Gestalt eines Theorie-Praxis-Transfers verschiedene Themen wie Milieugestaltung, Tagesstrukturierung und biografische Zugänge praxisnah erarbeitet. Die Ergebnisse sollen Perspektiven und Impulse für die Milieugestaltung in der stationären Altenhilfe bieten.

Der Autor würde sich freuen, wenn viele Mitarbeiter der stationären Altenhilfe an diesem Austausch mit ihren Erfahrungen und Erkenntnissen mitwirken könnten. Je größer der Umfang an Wissen, umso sicherer und souveräner wird sich der Umgang mit den Demenzkranken in der Pflege und Betreuung gestalten.

Haan, im August 2005

Sven Lind

# 1. Was sind Demenzen?

## Kurzer Abriss der Grundlagen der Erkrankung

Demenzen im Alter und besonders hierbei die Alzheimersche Krankheit sind gegenwärtig noch in der Erforschung hinsichtlich Ursache, Verlauf, Prävention und Intervention (Heilung u. a.).

Zwar konnten in den letzten Jahrzehnten große Fortschritte im Bereich der neuropathologischen, molekularbiologischen und genetischen Forschung der Demenzen erzielt werden, ein Durchbruch jedoch im Sinne einer medizinischen Beeinflussung („Heilung“ oder Stillstand der Krankheit) wurde bisher noch nicht erreicht.

Wissenschaftliche Prognosen (Delphi-Studien) gehen davon aus, dass erst ca. im Jahre 2015 mit dem „Sieg“ über die Alzheimersche Krankheit zu rechnen sein wird.

Für die Weiterbildung von Pflegekräften ist die Vermittlung der Grundlagen der Demenzen aus folgenden Aspekten von Bedeutung:

- + Es gilt, die Spezifität dieser schwerwiegenden und zum Tode führenden Erkrankung zu erfassen.
- + Das Leiden und die Verzweiflung der Demenzkranken zu verstehen.
- + Die wachsende Hilflosigkeit und Abhängigkeit der Betroffenen wahrzunehmen.

Im Folgenden werden stichpunktartig und in der Form eines Schemas „Frage - Antwort“ die wichtigsten Erkenntnisse der Demenzforschung dargestellt.

## ***Was sind Demenzen?***

Dementielle Symptome sind Hirnleistungsschwächen und Hirnleistungsstörungen, die die geistig-intellektuellen und Gedächtnisbezogenen Fähigkeiten betreffen.

Das Gedächtnis, aber auch das Wahrnehmen, das Erkennen und das Beurteilen sind derart beeinträchtigt, dass mit zunehmendem Krankheitsverlauf eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich ist.

### ***1.1. Welche Demenztypen gibt es?***

Es lassen sich hierbei 2 Unterscheidungsmerkmale festmachen:

1. Die Klassifizierung nach dem organischen Bezug der Krankheitsursache und
2. Die Unterteilung nach der Erkrankungsursache und dem Erkrankungsprozess

Zu 1: Demenzen werden in primäre und sekundäre Demenzen unterschieden.

Bei **primären Demenzen** befindet sich die Krankheitsursache im Hirn selbst. Es handelt sich hierbei um **hirnorganische Erkrankungen** entweder vom degenerativen oder vom vaskulären Typ.

Primäre Demenzen sind irreversibel. Das heißt, sie lassen sich nicht rückgängig machen oder umkehren. Was nicht anderes aussagt, als dass sie unheilbar sind. Man kann primäre Demenzen weder zum Stillstand bringen, noch kann man sie heilen (im Sinne von 'restitutio ad integrum').

Die Auftretenshäufigkeit primärer Demenzen beträgt ca. 80 - 90 Prozent aller Demenzen.

Bei **sekundären Demenzen** liegt die Krankheitsursache nicht im Gehirn, sondern in einem anderen Körperorgan oder -bereich. Es treten zwar wie bei primären Demenzen Verwirrtheitszustände und auch Gedächtnisstörungen auf, die jedoch Ausdruck von Fehl- oder Mangelversorgung des Gehirns darstellen.

Krankheitsursachen sekundärer Demenzen sind z. B. Medikamentenintoxikationen, Vitaminmangel (B1, B12), Elektrolytveränderungen, Anämie, Sauerstoffmangel, Schilddrüsenunterfunktion, Nierenfunktionsstörungen, Herz-Kreislauf-Insuffizienz, Mangelernährung und Depressionen (Pseudo-Demenz). Bei angemessener Behandlung der organischen Grunderkrankung verschwinden in der Regel die dementiellen Symptome. Damit sind sekundäre Demenzen reversibel.

Die Auftretenshäufigkeit sekundärer Demenzen beträgt ca. 10 - 20 Prozent aller Demenzen.

Für die Pflegepraxis ist diese Unterscheidung dahingehend von Bedeutung, dass im Falle des Auftretens von Verwirrtheitszuständen bei Bewohnern ohne bisherige dementielle Symptomatik oder hirnorganische Diagnose **zuerst** der Allgemeinmediziner oder Internist zur Untersuchung herangezogen werden sollte. Erst wenn eine organische Grunderkrankung für die Symptome ausgeschlossen werden kann, sollte ein Psychiater oder Gerontopsychiater mit der Diagnostik beauftragt werden.

Zu 2: Primäre Demenzen werden in degenerative Demenzen und vaskuläre bzw. Multiinfarktdemenzen unterschieden.

Die **Alzheimer-Krankheit** ist die **degenerative Demenz** mit der höchsten Auftretenshäufigkeit.

Der Krankheitsprozess besteht im wesentlichen daraus, dass bei der Umwandlung normaler Zellproteine in nutzlose und schädliche Endprodukte (Senile Plaque bestehend aus dem Amyloid-Protein und den Neurofibrillenbündeln) bestimmte Hirnareale (zuerst der Hippocampus, dann Partillappen und schließlich der Motorkortex) derart geschädigt sind, dass die normalen Hirnleistungen nicht mehr möglich sind. Man kann von einem Absterben und der Schrumpfung im Bereich der Nervenzellen bestimmter Hirnregionen sprechen.

Der Anteil der Alzheimer-Krankheit beträgt ca. 60 Prozent der primären Demenzen.

Die **Multiinfarkt-Demenz** oder **vaskuläre Demenz** besitzt ihre Krankheitsursache in kleinen „häufig aufeinander folgenden Hirninfarkten oder Veränderungen der Mikrozirkulation im Bereich der kleinsten Gefäße, die zu Gefäßbedingten Erweichungen des Marklagers führen.“ (ZAUDIG, 1995).

Die Auftretenshäufigkeit der Multiinfarkt-Demenzen oder vaskulären Demenzen liegt bei ca. 15 Prozent.

Die dritte Gruppe primärer Demenzen besteht aus **Mischformen** der Alzheimer-Krankheit mit der Multiinfarkt- bzw. vaskulären Demenz. Das bedeutet, dass die Patienten hierbei sowohl dem degenerativen Abbau bestimmter Hirnareale als auch den Gefäßbedingten Läsionen der Hirninfarkte ausgesetzt sind.

Der Anteil der Mischformen beträgt ca. 15 Prozent.

Die restlichen 10 Prozent der Demenzen bestehen aus anderen Demenz-Typen mit relativ seltener Auftretenshäufigkeit: Morbus Pick, Chorea Huntington, Korsakoff-Syndrom u. a.

Im Bereich des Abschnittes Demenz-Typen sollte auch auf die Unterscheidung präsenile und senile Demenzen hingewiesen werden.

**Präsenile Demenzen** treten vor dem Alter von 65 Jahre erstmals auf, während **senile Demenzen** erst im Alter von 65 Jahren und später vorkommen.

Von der Auftretenshäufigkeit her sind präsenile Demenzen sehr selten (im Promille-Bereich).

## ***1.2. Wie ist der Verlauf der Demenzen?***

Vorab bedarf es des Hinweises, dass Demenzen vom Alzheimer-Typ eine Inkubationszeit von ca. 30 Jahren haben. Von den ersten pathologischen Umwandlungen der Zellproteine im Hippocampus bis zu den ersten Krankheitssymptomen (Kurzzeitgedächtnisstörungen, leichte Wortfindungsstörungen) vergehen somit 3 Jahrzehnte, bis die Krankheit „klinisch manifest“ wird. Die Alzheimer-Krankheit ist somit eine „Schwellenkrankheit“, denn es bedarf erst die weitgehende Zerstörung verschiedener Gehirnbereiche (man schätzt ca. 70 Prozent) bis die Hirnleistungsstörungen von gesunden Hirnarealen nicht mehr kompensiert werden können und es zu den für Demenzen typischen Symptomen (Verwirrtheit, Desorientierung, Gedächtnisstörungen) kommt.

Die Krankheitssymptome der Demenz vom Alzheimer-Typ sind somit Produkt und Folge eines sehr langwierigen degenerativen Prozesses. Sie sind keine, wie an manchen Stellen fälschlicherweise angeführt, reaktiven Verhaltensweisen auf tiefgehende und Stress produzierende Veränderungen im Leben wie z. B. Heimeinweisung, Verlegung in ein anderes Heim oder Partnerverlust durch Tod.

Die durchschnittliche Überlebensdauer nach Ausbruch der Erkrankung einer Demenz vom Alzheimer-Typ beträgt bei präsenilen Demenzen 8 - 10 Jahre, in der Altersstufe 65 - 80 Jahre verbleibt eine durchschnittliche Lebensdauer von 5 - 8 Jahren und im Alter von 80 Jahren und mehr beträgt die Lebensdauer noch nahezu 5 Lebensjahre (ZAUDIG, 1995).

### Unterschiede im Krankheitsverlauf von Alzheimer- und Multiinfarkt-Demenzen

Der Verlauf der Erkrankung bei der Alzheimerschen Demenz ist linear degressiv sowohl im Bereich der kognitiv-mnestischen Kompetenzen (Wahrnehmen, Erkennen, Gedächtnisleistungen), als auch im Bereich der Alltagsfertigkeiten (IADL: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens).

Untersuchungen haben gezeigt, dass bei bestimmten Testverfahren (z. B. der Mini-Mental-State-Test von FOLSTEIN et al., 1975) Alzheimer-Patienten Jahr für Jahr eine gleich bleibende Verschlechterung der Testwerte zeigen (ALMKVIST et al., 1993; GALASKO et al., 1991).

Der Verlauf der Multiinfarkt-Demenz hingegen wird dahingehend durch die Hirninfarkte bestimmt, dass nach Infarkten eine gravierende Verschlechterung im kognitiv-mnestischen als auch Bereich der Alltagsfertigkeiten festzustellen ist verbunden mit teilweise leichten Verbesserungen. Dieses Niveau kann eine Zeitlang erhalten bleiben bis zu erneut eintretenden Infarkten, die wiederum zu einer Verschlechterung führen. Der Verlauf besitzt somit die Gestalt einer abwärts verlaufenden Terrassen- oder Stufenform.

### Die Stadien der Alzheimer-Demenz

Der Verlauf der Alzheimer-Demenz wird in der Regel in die 3 Stadien leicht, mittelschwer und schwer unterschieden.

*Die folgenden Ausführungen zu den einzelnen Stadien orientieren sich an KURZ (1995)*

#### *Stadium I*

Im frühen Stadium der Alzheimer Demenz können die Patienten noch weitgehend eine selbständige Lebensführung aufrechterhalten.

Bezüglich des Gedächtnisses erste Kurzzeitgedächtnisstörungen auf, d. h., die Speicherung und der Abruf neuer Informationen ist erschwert.

Das Sprachvermögen ist durch Wortfindungsstörungen, Benennungsstörungen und eine teilweise unpräzise Ausdrucksweise beeinträchtigt.

Das Verhalten ist durch verminderte Spontaneität, Unsicherheit, depressive Verstimmungen und Stimmungslabilität gekennzeichnet.

Der körperliche Befund ist normal.

Im Stadium I leben die Patienten überwiegend in einem Privathaushalt allein oder zusammen mit dem Ehepartner, seltener in einem Altenwohn- oder Altenheim.

### *Stadium II*

Im mittleren Stadium ist die Möglichkeit einer selbständigen Lebensführung bereits stark eingeschränkt.

Im Bereich des Gedächtnisses ist eine hochgradige Vergesslichkeit festzustellen. Die Erinnerung an die eigene Biographie verblasst zusehends.

Die Sprache wird zunehmend durch Sprechstörungen (Versprechen, Vertauschen von Wörtern und Lauten, Verstümmeln von Wörtern, umgangssprachlich „Wortsalat“), ständigem Wiederholen eines Satzes, inhaltsarmer und floskelhafter Sprachgestaltung gekennzeichnet. In diesem Stadium geht das Lese- und Schreibvermögen verloren.

Im Verhalten zeigen sich vermehrt Angstzustände, Wahnphänomene (Halluzinationen), ziellose Unruhe und Wandern.

Im körperlichen Bereich ist eine Harninkontinenz festzustellen.

In diesem Stadium sind bereits viele Patienten in einem Alten- oder Altenpflegeheim untergebracht.

### *Stadium III*

Eine selbständige Lebensführung ist nicht mehr möglich.

Gedächtnis: völlige Unfähigkeit, Gedächtnisspuren zu bilden, inselförmig erhaltene Erinnerungen.

Sprache: Rückgang der sprachlichen Äußerungen auf wenige, unter Umständen dauernd wiederholte Wörter oder Satzteile. Die verbale Verständigung ist oft aufgehoben.

Verhalten: ständige Unruhe (Agitiertheit), Wanderverhalten nimmt zu, zunehmende Teilnahmslosigkeit (Apathie), Hyperoralität (Erfassen mittels des Mundes) u. a..

Körperliche Befunde: Parkinson-ähnliche Motorik, Stuhl- und Harninkontinenz, zunehmend Rollstuhlgebundenheit und später ständige Bettlägerigkeit, Schluckstörungen.

Im schweren und teils finalen Stadium der Alzheimer Demenz werden in Deutschland die überwiegende Zahl der Patienten bereits in Altenpflegeheimen versorgt.

### **1.3. In welchem Umfang treten Demenzen auf?**

Altersdemenzen sind klassische Alterskrankheiten dergestalt, dass mit dem Alter die Auftretenshäufigkeit zunimmt. Die Zunahme bei Demenzen ist dynamisch oder mathematisch ausgedrückt exponentiell: Die Auftretenshäufigkeit verdoppelt sich ca. alle 5 Jahre.

Untersuchungen in verschiedenen Ländern und auf verschiedenen Kontinenten haben gezeigt: Während in der Altersgruppe 65 - 69 Jahre ca. 1,4 Prozent an einer mittelschweren bis schweren Demenz erkrankt sind, so sind es in der Altersgruppe 70 - 74 Jahre 2,8 Prozent, bei den 75 - 79jährigen sind es 5,6 Prozent und bei den 80jährigen und älteren 11,9 Prozent (JORM et al., 1987).

Erhebungen in Deutschland haben denselben Verlauf feststellen können (COOPER et al., 1983; HÄFNER et al., 1991; WELZ; 1994).

In der Berliner Altersstudie konnte bei Höchstbetagten der Altersgruppe 90 - 94 Jahre eine Auftretenshäufigkeit der Demenz bei 32 Prozent der Männer und etwas mehr als 40 Prozent bei den Frauen diagnostiziert werden (HELMCHEN et al., 1996).

Verschiedene Untersuchungen über das Auftreten der Demenzen haben gezeigt, dass in den Altersgruppen jenseits des 85. Lebensjahres die Zunahme nicht mehr dynamisch, sondern teils nur noch gradlinig verläuft und dass bei den 95jährigen und älteren keine weitere Zunahme festgestellt werden konnte (HELMCHEN et al., 1996; RITCHIE et al., 1992; RITCHIE et al., 1995).

## **2. Verhaltens- und Reaktionsweisen Demenzkranker in stationären Altenhilfeeinrichtungen**

Demenzkranken sind mit einem schrecklichen Handicap ausgestattet: dem ständigen Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten. Erste Symptome sind Kurzzeitgedächtnis-, Benennungs- und Wortfindungsstörungen, die dem Erkrankten und seiner Umgebung auffallen.

Das Bewusstsein, sich nicht mehr auf seine jahrzehntelang eingespielten Wahrnehmungs-, Erkennungs- und Gedächtnisstrategien verlassen zu können, ja regelrecht zu spüren, dass Erinnerungen, aber auch handwerkliche Fähigkeiten verloren gehen, verursachen einen tief greifenden und existentiellen Leidens- und Belastungsdruck. Die bisher vertraute Umgebung, die nahe stehenden Personen, Alltagsroutinen und Fertigkeiten im Umgang mit bestimmten Situationen und Personen erscheinen dem Kranken als nicht mehr gewiss, wirken fremd und lassen sich oft nicht mehr eindeutig zuordnen.

Bei Demenzkranken ist die Person-Umwelt-Beziehung beeinträchtigt und gestört. Die Passung von Person und sozialökologischer Umwelt (Räumlichkeiten, Personen, Funktionen und Beziehungen) geht dergestalt verloren, dass der Demenzkranke verspürt, den Anforderungen seiner Umwelt nicht mehr gewachsen zu sein. Indem er seine Umgebung nicht mehr zu erkennen vermag, kann er sie auch nicht mehr definieren. Sie

wird somit fremd und bedrohlich. Depressive Verstimmungen, Angst, Furcht und Stress sind die Folgen.

Die Außenwelt wird zu einer Furcht einflößenden Bedrohung, weil die geistige Binnenstruktur dem Geschehen nicht mehr Herr wird. Man verspürt die Hilflosigkeit und Überforderung gegenüber seiner Umwelt.

Die typischen Stresssymptome, die Demenzkranke zeigen sind:

- + Angst, Unsicherheit
- + Unruhe (Agitiertheit)
- + Schreien
- + verbale und tätliche Aggressionen
- + Apathie
- + Fluchtreaktionen

Ein Gedankenexperiment zur Veranschaulichung für das Pflegepersonal:

Man stelle sich vor, als Tourist sich auf einen Flughafen mit fremden Schriftzeichen (z. B. ein Provinzflughafen in Rußland oder China) zu befinden, in dem Bewusstsein, einen bestimmten Flug erreichen zu müssen, um nicht zu spät nach Hause zu kommen. Würde man den Flug versäumen, verlöre man seine Arbeitsstelle, da man am folgenden Tag wieder zur Arbeit müsste.

Man steht also unter einem enormen Druck. Nun kann einem aber auf dem Flughafen keiner helfen: Man versteht die Sprache nicht, man kann die schriftlichen Hinweise nicht lesen und die knappe Zeit verrinnt. In dieser Situation könnte man in der Regel in Angst und Furcht, Wut und Verzweiflung geraten. Man würde je nach Temperament reagieren: Mit Schreien und Fluchen, Handgreiflichkeiten oder auch mit Apathie und Resignation.

Den Pflegekräften soll hierdurch vermittelt werden, dass Demenzkranke sich „ständig auf fremden Flughäfen befinden“, in der Sorge, ihre Ziele und Aufgaben zu erfüllen und demnach auch ständig den Druck und den Stress verspüren und hierauf je nach Persönlichkeit reagieren.

Die Quintessenz dieses Abschnittes ist die Aussage, dass Demenzkranke aufgrund der Erfahrung ihrer eingeschränkten Umweltkompetenz einem ständigen Belastungsdruck durch die physische, psychische und soziale Umwelt ausgesetzt sind, auf dem sie gemäß ihrer persönlichkeitspezifischen Verhaltensweisen reagieren.

## 2.1. Symptome der Demenz

Die Primär- oder Leitsymptome der Demenzen nach WETTSTEIN (1991) sind:

**Amnesie** (Gedächtnis- und Orientierungsstörung)

**Aphasie** (Sprachstörungen)

**Apraxie** (Unfähigkeit, erlernte Handfertigkeiten auszuführen)

**Agnosie** (Unfähigkeit, Dinge zu erkennen).

Hierauf aufbauend kann als eine durchgängige Verhaltensweise Demenzkranker die Verwirrtheit oder auch Desorientierung festgestellt werden. Im Folgenden werden die verschiedenen Aspekte der Desorientierung angeführt:

### **Desorientierung**

Das Erleben der Diskrepanz zwischen dem zusehends eingeschränkten Reaktionsvermögen und den Umwelteinflüssen beeinflusst neben den emotionalen Seiten auch das konkrete Verhalten der Demenzkranken.

Das für Demenzkranke typische Verhaltensmuster ist die **Verwirrtheit** oder **Desorientierung**.

Demenzkranken können aufgrund ihrer zunehmenden Gedächtnisstörungen sich oft nicht mehr in das natürliche Raum-Zeit-Situation-Kontinuum einordnen.

Konkret wirkt sich das so aus, dass Demenzkranke die räumlichen Verhältnisse nicht mehr erkennen (**räumliche Desorientierung**). So stehen sie z. B. in einem Raum, der ihnen fremd erscheint. Das wiederum verunsichert sie dergestalt, dass sie diese Räumlichkeiten verlassen möchten. Die ständige Suche nach der vertrauten Umgebung ist eine Reaktionsweise hierauf.

Eine weitere Reaktionsweise besteht in dem ständigen Fragen: „Wo bin ich?“

Die zeitliche Orientierung geht ebenfalls bei Demenzkranken abhanden. Sie verlieren das Gefühl für die Tageszeiten und auch für Zeitpunkte und Zeiträume (**zeitliche Desorientierung**).

Aufgrund ihrer Gedächtnisstörungen und hierbei vor allem der Kurzzeitgedächtnisstörungen wird das Erleben und Erfahren des zeitlichen Verlaufs eingeschränkt: Zeit reduziert sich bei ihnen auf die unmittelbare Gegenwart, da Vergangenheit und Zukunft durch die Hirnleistungsstörungen nicht mehr erfasst und erlebt werden können. Ständig im Jetzt zu leben, ohne sich an Vorangegangenes oder auch an Zukünftiges zu orientieren, beeinträchtigt und verunsichert tiefgehend die Demenzkranken.

Wenn die räumliche und zeitliche Verortung nicht mehr möglich ist, dann kann häufig auch die Situation auch nicht mehr angemessen eingeschätzt werden, so dass die **situative Desorientierung** hiervon die Folge ist. Wenn z. B. bei dem morgendlichen Ankleiden plötzlich der Demenzkranke aufsteht und nur unzureichend angezogen zu Wandern

beginnt, dann hat er den situativen Kontext des Handlungszusammenhanges vergessen.

Ein weiteres Element verwirrten Verhaltens Demenzkranker stellt die **personale Desorientierung** dar. Es bedeutet, dass bisher vertraute Personen wie nähere Angehörige (Ehepartner, Kinder, Freunde u. a.) temporär nicht mehr erkannt werden. Es gilt auch für Pflegekräfte, die von den Bewohnern nicht erkannt werden. (siehe hierzu: COSSA et al., 1995; HEWER et al., 1994).

Die Verwirrtheit oder auch Desorientierung der Demenzkranken drückt das gestörte Gleichgewicht zwischen **Binnenstrukturen** der Betroffenen (die geistigen und funktionalen Kompetenzen) und den **Außenstrukturen** (der physischen und sozialen Umwelt) aus. Wie bereits weiter oben angeführt ist die Person-Umwelt-Beziehung gestört, die Verarbeitung der Umweltreize kann nicht mehr angemessen vollzogen werden.

In Kapitel 1 wurde darauf hingewiesen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen dem zunehmenden Abbau des geistigen und auch funktionalen Leistungsvermögens und der parallel dazu verlaufenden Steigerung der demenztypischen Verhaltensweisen (Wandern, Unruhe, Apathie u. a.) (siehe hierzu: BECK et al., 1998; COOPER et al., 1990; SWEARER et al., 1988; KURITA et al., 1993; KURZ, 1995; RUBIN et al., 1987).

Wie an anderer Stelle weiter ausgeführt werden wird (siehe Kapitel 6 und folgend), besteht das Kernelement der psychogeriatrischen Pflege und Betreuung in dem Ausgleich und der Austarierung zwischen Binnen- und Außenstruktur nach dem Prinzip, dass die Verluste an Binnenleistungen (das geistige und funktionale Vermögen der Demenzkranken) durch Ausweitung demenzgerechter Gestaltung der Außenstrukturen (Pflegestil, Kommunikation, Milieu u. a.) ausgeglichen werden.

Verwirrtheit und Desorientierung kann somit hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit durch angepasste, demenzspezifische Außenstrukturen dementsprechend beeinflusst werden, dass ein Plus an Umweltanpassung ein Minus an Verwirrtheit zur Folge haben wird. Oder anders ausgedrückt: eine Steigerung des Inputs demenzgerechter Lebenswelt führt zu dem erwünschten Output Reduzierung von Verwirrtheitszuständen.

## **2.2. Verhaltensstörungen bei Demenzen**

Auch die folgenden typischen Demenzsymptome wie Unruhe (Agitiertheit) und Apathie sind in ihrer Auftretenshäufigkeit abhängig von den beeinflussenden Umweltbedingungen.

Die im Folgenden beschriebenen Verhaltensweisen werden in der Fachliteratur als Verhaltensstörungen (disruptive behavior) bezeichnet.

### 2.2.1. Agitiertheit oder Unruhe

**Agitiertheit** oder **Unruhe** ist bei Demenzkranken die am häufigsten beobachtete Verhaltensweise mit einer Auftretensrate von ca. 34 - 60 Prozent, wie eine Reihe von Erhe-

bungen gezeigt haben (COHEN-MANSFIELD, 1986; COOPER et al., 1990; EVERITT et al., 1991; MERRIAM et al., 1988; WEYERER et al., 1999).

COHEN-MANSFIELD et al. (1986) unterscheidet die Agitiertheit in 3 Agitationssyndrome:

- + aggressives Verhalten
- + physisch nicht aggressives Verhalten (Bewegungsdrang, Wandern, hektische Handlungen u. a.)
- + verbal agitiertes Verhalten (Rufen, Jammern, Klagen, Schimpfen, Schreien u. a.)

An anderer Stelle (Kapitel 3) werden die Faktoren aufgeführt, die Agitiertheit fördern bzw. vermindern.

### 2.2.2. Passivität oder Apathie

**Passivität, Apathie** oder **Rückzugsverhalten** (withdrawal) gehören ebenfalls zu den Verhaltenssymptomen der Demenz. Zwischen 21 und 43 Prozent der Demenzkranken zeigt diese Symptomatik, wie eine Reihe von Untersuchungen heraus arbeitete (BURNS et al., 1990; COOPER et al., 1990; EVERITT et al., 1991; TERI et al., 1989).

Es wurde auch ermittelt, dass Passivität ebenfalls wie andere Symptome (Agitiertheit u. a.) mit dem Verlauf der Demenz-Erkrankung zunimmt (RUBIN et al., 1987; PETRY et al., 1988; GILLEY et al., 1991). Ebenfalls wurde festgestellt, dass die Passivität und das Rückzugsverhalten bei den Demenzkranken bereits in der Zeit vor Ausbruch der Erkrankung zu beobachten war, es sich hierbei also um eine Verstärkung eines Persönlichkeitszuges handelt (CHATTERJEE et al., 1992; STRAUSS et al., 1993; KOLANOWSKI, 1995).

Diskutiert wird gegenwärtig, inwieweit es sich bei der Passivität der Demenzkranken eher um ein Bedürfnis orientiertes Verhalten nach Rückzug und weniger um ein abnormes Verhaltensmuster der Demenz handeln könnte (ALGASE et al., 1996; COLLING, 1999).

Interessant in diesem Kontext ist das Ergebnis, dass kein Zusammenhang zwischen Passivität und Depression bei Demenzkranken ermittelt wurde (BURNS et al., 1990; DOODY et al., 1995; GALYNKA et al., 1995; REICHMANN et al., 1996).

Starke Passivität wird teils auch als störende Verhaltensweise aufgefasst (hypoactive-physical disruptive behavior), das fast ebenso häufig wie agitiertes Verhalten auftritt (BAIR et al., 1999). Seitens der Pflegekräfte werden diese Verhaltensweisen jedoch nicht als „störend“ und damit interventionsbedürftig eingeschätzt, denn im Gegensatz zu agitiertem Verhalten wird auf Passivität nicht oder nur recht selten reagiert (BAIR et al., 1999).

Die Frage, ob die Passivität bei Demenzkranken ein Persönlichkeitsbedingter Verhaltenszug oder ein Krankheitssymptom darstellt, ist für die psychogeriatrische Pflege und

Betreuung von größter Wichtigkeit. Sollte es sich um eine Bedürfnisstruktur handeln, so gilt es dies zu dahingehend zu berücksichtigen, dass man dieses Verhalten respektiert. Konkret würde dies bedeuten, dass Rückzugsorientierte Bewohner dergestalt in „Ruhe gelassen werden“, indem man sie nicht ständig zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten auffordert.

Die Abwesenheit depressiver Symptome und die beobachtete Beständigkeit in der Persönlichkeitsstruktur in Bezug auf die Zeit vor Ausbruch der Erkrankung lassen m. E. den Schluß zu, dass es sich bei der Passivität und den Rückzugstendenzen eher um individuelle Verhaltensweisen handelt, die es nicht „zu therapieren“ gilt.

### 2.2.3. Akustische oder vokale Störungen

Ein weiteres Symptom der Demenz stellen die so genannten **akustischen Störungen** (disruptive vocalization) dar, die u. a. aus Schreien, Rufen, Klagen bestehen. Je nach Intensität und Lautstärke sind bei 11 bis 31 Prozent der Demenzkranken dieses Verhalten registriert worden (CARIAGA et al., 1991; CHRISTIE et al., 1988; COHEN-MANSFIELD et al., 1990; EVERITT et al., 1991; HALLBERG et al., 1990; RYAN et al., 1988).

Es besteht ein nachgewiesener Zusammenhang zwischen als störend empfundenen akustischen Lautäußerungen und dem fortgeschrittenen Abbau des geistigen und körperlichen Leistungsvermögens (kognitive Fähigkeiten und Kompetenzen im ADL-Bereich) (BURGIO et al., 1994; CARIAGA et al., 1991; COHEN-MANSFIELD et al., 1990; HALLBERG et al., 1990).

Hinsichtlich der Formen des akustisch störenden Verhaltens sind folgende Verhaltensweisen in einem Altenpflegeheim festgestellt worden: Schreien (51 Prozent), Schimpfen (37 Prozent), Stöhnen (33 Prozent) und ständige Wiederholungen (25 Prozent) (CARIAGA et al., 1991).

In derselben Untersuchung wurde ermittelt, dass von den 76 Bewohnern mit störenden akustischen Störungen 19 Bewohner dieses Verhalten häufiger als 20mal pro Schicht zeigten, 14 Bewohner zwischen 10 und 20mal, 18 zwischen 5 und 9mal, 16 Bewohner zwischen 1 und 4mal und 9 Bewohner nur 1 bis 6mal pro Woche (CARIAGA et al., 1991; siehe hierzu auch BURGIO et al., 1994).

Ebenfalls wurde in dieser Untersuchung die Dauer des störenden Verhaltens gemessen. Bei 28 der 76 Bewohner mit störendem Verhalten dauerte die Episode zwischen 2 und 30 min, bei 14 Bewohnern weniger als 1 min, 9 Bewohner zwischen 1 und 2 min, 9 zwischen 30 und 60 min und 4 Bewohner zwischen 1 und 3 Stunden. 11 Bewohner zeigten ständig das störende Verhalten (CARIAGA et al., 1991; siehe hierzu auch BURGIO et al., 1994).

„Akustische Störungen“ verursachen neben tätlichen Aggressionen für Pflegekräfte die größten Belastungen, wie eine Befragung von 147 Pflegekräften in einem Altenpflegeheim ergab (WHALL et al., 1992). Eine weitere Erhebung zeigte, dass akustisch stören-

des Verhalten bei 60 - 73 Prozent der Pflegekräfte eine mittlere starke Belastung hervorrief und bei 17 - 19 Prozent eine starke Belastung (EVERITT et al., 1991).

Akustisch störendes Verhalten wirkt sich auch stark auf das Milieu dergestalt aus, dass die Mitbewohner mit Angst und wachsender Unruhe hierauf reagieren (COHEN-MANSFIELD et al., 1990; BURGIO et al., 1996).

Die vier Erklärungsmodelle für die Ursache akustisch störender Verhaltensweisen sind von COHEN-MANSFIELD et al. (1997) dargestellt worden, von denen zwei den biomedizinischen und zwei den psychosozialen Theoriekonzepten zugeordnet werden können.

Akustische Störungen können demnach als

1. als Folge der neurologischen Zerstörung bestimmter Hirnregionen im Kontext des degenerativen Abbaus der Alzheimer-Demenz,
2. als Folge körperlicher Beschwerden und psychischen Leidens,
3. als Folge sensorischer Deprivation und sozialer Isolierung und
4. als erlerntes Konstrukt zwecks Verstärkung der Zuwendung durch das Pflegepersonal aufgefasst werden.

Neben psychosozialen und milieutherapeutischen Beeinflussungsmöglichkeiten sind in den USA in Altenpflegeheimen bereits speziell Schall gedämpfte Räumlichkeiten (quiet rooms) für Demenzkranke mit dieser Symptomatik eingerichtet worden (SLOANE et al., 1991).

#### 2.2.4. Tätlich aggressives Verhalten

Tätlich **aggressives Verhalten** der Demenzkranken ist eine weitere störende Verhaltensweise oder auch Symptom, das hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit bei 8 - 22 Prozent der Demenzkranken in stationären Altenhilfeeinrichtungen beobachtet wurde (BURNS et al., 1990; EVERITT et al., 1991; SWEARER et al., 1988; WEYERER et al., 1999; ZIMMER et al., 1984).

Ähnlich wie bei den „akustischen Störungen“ sind die aggressiven Verhaltensweisen Demenzkranker hinsichtlich ihrer Genese und Beeinflussung Gegenstand zahlreicher Untersuchungen geworden (siehe Kapitel 4.2.).

#### 2.2.5. Wandern

**Wandern** ist ein klassisches Symptom der Demenz. Verhaltensbeobachtungen in stationären Altenhilfeeinrichtungen haben gezeigt, dass zwischen 16 und 39 Prozent der Demenzkranken zum ständigen Wandern neigen (BURNS et al., 1990; COOPER et al.,

1990; EVERITT et al., 1991; TERI et al., 1989).

In weiteren Erhebungen wurde ermittelt, dass 5 und 20 Prozent der untersuchten Kranken zum Weglaufen neigen (BALLARD et al., 1991; TERI et al., 1989).

Bezüglich der Ursache, der Intensität und der Typisierung des Wanderverhaltens liegt eine Reihe von Untersuchungen vor (ALBERT, 1992; HOPE et al., 1992; HOPE et al., 1994; MARTINO-SALTZMAN et al., 1991; MADSON, 1991; MATTESON et al., 1996; MONSOUR et al., 1982; THOMAS, 1997).

HOPE et al. (1992) unterscheiden in ihrer Typologie des Wanderverhalten 9 unterschiedliche Formen (diese Unterscheidung des Wanderns wurde zwar aufgrund von Beobachtungen im häuslichen Bereich erstellt, wird aber hier wegen ihrer Ausführlichkeit vorgestellt):

1. Kontrollieren und Nachlaufen: Beim „Kontroll-Wandern“ ist der Demenzkranke auf der Suche nach seiner Bezugs- und/oder Hauptpflegeperson (Angehöriger oder Pflegekraft).  
Beim „Nachlauf-Wandern“ ist der Demenzkranke damit beschäftigt, ständig seiner Bezugsperson hinterher zu laufen.
2. Herumwerkeln (Pottering): Hierbei bewegt sich der Demenzkranke im Garten oder ums Haus herum, um bestimmten Beschäftigungen - größtenteils erfolglos - nachzugehen (Unkraut jäten, Putzen, Wäsche trocknen u. a.).
3. Zielloses Wandern: Hierbei wandert die Person ohne ersichtliches Ziel oder einen bestimmten Zweck.
4. Wandern mit einem unangemessenen Ziel: Der Demenzkranke befindet sich auf der Suche nach einem nicht mehr realen Ziel wie z. B. ein verstorbene Familienmitglied (die Mutter, der Ehepartner u. a.).
5. Wandern mit einem angemessenen Ziel, aber mit unangemessener Häufigkeit: Der Erkrankte hat ein ganz reales Ziel (z. B. ein Geschäft in der Nachbarschaft), sucht dieses Ziel jedoch unangemessen häufig auf (z. B. sechsmal täglich im selben Geschäft einkaufen wollen).
6. Extremes Wanderverhalten: Hierbei ist der Betroffene ständig, fast ohne Pause und Unterbrechung unterwegs.
7. Nächtliches Wandern: Nächtliches Wandern aufgrund des gestörten Tag-Nacht-Rhythmus’.
8. Bedarf nach Hause gebracht zu werden: Hierbei handelt es sich um Demenzkranke, die sich im Wohnumfeld verlaufen haben, nicht mehr allein zurückfinden und entsprechend auf Hilfe angewiesen sind.
9. Versuche, das Haus zu verlassen: Dieses Verhalten entspricht dem typischen „Weglaufen“.

Am häufigsten wurden die Verhaltensweisen „Weglaufen“, „Zielloses Wandern“ und „Wandern mit einem unangemessenen Ziel“ beobachtet (n = 29).

MATTESON et al. (1996) ermittelten in einem Altenpflegeheim eine Reihe von Ursachen, die das Wanderverhalten bei Demenzkranken stark beeinflussen. Folgende Faktoren wurden hierbei u. a. angeführt: unwohnliche Milieu auf der Station, Langeweile, Stress, Anspannung, Kontrollverlust (Siehe hierzu auch: HEIM, 1986).

Eine weitere Untersuchung in einem Altenpflegeheim (MARTINO-SALTZMAN et al., 1991) führte zu folgenden Resultaten:

- Am häufigsten wurden Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium beim Wandern beobachtet.
- Im schweren Stadium wurde zunehmend auch ein ziellos wirkendes im Kreise wandern festgestellt.
- Besonders gegen Abend wurde auch bei Demenzkranken im leichten und mittleren Stadium ein verstärktes Wanderverhalten (so genannte „sundowning“, siehe Kapitel 5.4.) registriert.

Eine Verhaltensstudie in einem Altenpflegeheim (SNYDER et al., 1978) zeitigte u. a. folgende Resultate:

- Wanderer unterscheiden sich von Nicht-Wanderern in der Dauer des Unterwegsseins: Wanderer bewegen sich durchschnittlich 32 Prozent der Tageszeit, Nicht-Wanderer hingegen nur 4 Prozent.
- Wanderer sind signifikant häufiger allein als Nichtwanderer.
- Wanderer zeigten bereits in ihrer Lebensphase vor Ausbruch der Demenz das Verhalten, Stress mit Bewegung (Spaziergänge u. a.) abzubauen. Somit sind beim Wandern persönlichkeitspezifische Aspekte involviert, die auf eine Krankheitsbedingte Verstärkung bereits vorhandener Verhaltensweisen hinweisen (Siehe hierzu auch: THOMAS, 1997).

Es bedarf des Hinweises, dass in den USA Wandern von den Pflegekräften als eine große Belastung eingeschätzt wurde und dass in den 70er Jahren darauf überwiegend mit Fixierungen reagiert wurde. Erst in den 80er Jahren u. a. auch aufgrund rechtlicher Einschränkung in der Anwendung von Fixierungen setzten sich milieutheraeutische Ansätze in dem Umgang mit dem Wanderverhalten Demenzkranker durch (Siehe hierzu HIATT, 1985).

Zusammenfassend sollte auf folgende Faktoren hingewiesen werden:

- Wandern nimmt mit dem Fortschreiten des geistigen Abbauprozesses zu.
- Wandern stellt ein Reaktionsverhalten auf teils unzureichende Milieu- und Sozialfaktoren dar, die teils Angst, Stress, Fremdheit und Langeweile bei Demenzkranken hervorrufen.
- Im Wanderverhalten äußern sich teilweise auch Persönlichkeitsbedingte Verhaltensstrukturen.
- Hieraus folgt der Leitgedanke für Interventionsmaßnahmen, Wandern nicht zu unterbinden, sondern im Gegenteil, therapeutisch sich des Wanderns dahingehend anzunehmen, dass durch Raumstrukturen und Betreuungsangebote (u. a. Aufbau von Wanderwegen und Wander-Programme) die positiven Seiten verstärkt werden (u. a. körperliche Aktivierung) und die negativen Aspekte dieses Verhaltens (Verirren, Verlaufen, Stürze u. a.) vermindert werden.

### **2.3. Psychiatrische Störungen bei Demenzen**

Demenzen im Alter zeigen neben den geistigen Einbußen, den so genannten Verhaltensstörungen auch eine Reihe von psychiatrischen Symptomen. Es wird geschätzt, dass bei über 2/3 der Patienten im Verlauf der Krankheit psychiatrische Auffälligkeiten auftreten, die teils auf neuropathologische Schädigungen, teils auch auf psychische Vorgänge wie Konflikte, Enttäuschungen oder auch Scham im Zusammenhang mit dem Erleben des eigenen Versagens stehen (EHRHARDT et al., 1999; LUCAS, 1986; PATTERSON et al., 1994; TAFT et al., 1995).

Im Folgenden werden die häufig beobachteten psychiatrischen Verhaltensauffälligkeiten angeführt. Der angemessene Umgang mit diesen Symptomen in der Pflege und Betreuung wird in Kapitel 3 beschrieben.

#### **Angst**

Bei ca. 60 Prozent der Demenzkranken vom Alzheimer-Typ treten unabhängig vom Krankheitsstadium Angstzustände auf, die teils auf Veränderungen im limbischen System des Gehirns zurückgeführt werden können (EHRHARDT et al., 1999).

Angst wird häufig in schwer überschaubaren und auch unerwarteten Situationen beobachtet, so dass hier von einer Überforderungssymptomatik der Demenzkranken in ihrer sozialen und räumlichen Umwelt ausgegangen werden kann.

#### **Depression**

Depressive Verstimmungen treten im Durchschnitt bei ca. 20 - 54 Prozent der Demenzkranken auf, während Depressionen im engeren Sinne bei ca. 10 - 20 Prozent beobachtet werden (BURNS et al., 1990; COOPER et al., 1990; HAUPT et al., 1994; REIFLER et

al., 1982, ROVNER et al., 1993; TERI et al., 1989; WRAGG et al., 1989; WEYERER et al., 1999).

Besonders zu Beginn und auch bereits im vorklinischen Stadium der Alzheimer-Demenz sind depressive Verstimmungen teils in Gestalt von einem emotionalen Rückzug, Stimmungslabilität und Passivität festgestellt worden. Zur depressiven Symptomatik gehören des weiteren Energielosigkeit, Neigung zum Weinen und Gefühle der Wertlosigkeit und Schuldgefühle (EHRHARDT et al., 1999). Im fortgeschrittenen Stadium verringert sich Auftretenshäufigkeit depressiver Verstimmungen (COOPER et al., 1990; KURZ, 1995).

### **Wahn und Halluzinationen**

Das Auftreten von Wahnvorstellungen und Halluzinationen (optische und akustische) bei Demenzkranken liegt bei 30 - 37 Prozent (Wahn) und 10 - 30 Prozent (Halluzinationen) (BALLARD et al., 1995; BECK et al. 1994; BURNS et al., 1990; COOPER et al., 1990; DEUTSCH et al., 1991; JABEEN et al., 1992; MERRIAM et al., 1988; SWEARER et al., 1988; TERI et al., 1989; WRAGG et al., 1989; WEYERER et al., 1999).

Eine Untersuchung über das Auftreten von Wahn und Halluzination bei Demenzkranken ergab, dass 66,9 Prozent der Patienten (n = 124) diese Symptome zeigten. Von den 83 Patienten mit psychotischen Symptomen wiesen 26 nur ein spezifisches Symptom auf, 25 hatten 2 verschiedene Symptome und die restlichen 32 Patienten zeigten 3 und mehr Symptome des Wahns oder Halluzinationen.

Am häufigsten traten die Symptome zwei- bis sechsmal die Woche auf (26 Patienten), gefolgt von einmal pro Woche (21 Patienten) und täglich (19 Patienten). Nur bei 10 Patienten wurden die Symptome mehr als zweimal am Tage beobachtet und nur bei 8 Patienten wurden sie ein- bis dreimal im Monat festgestellt.

32 Patienten zeigten sich von den psychotischen Symptomen nicht gestresst oder psychisch beeinträchtigt, 37 waren leicht gestresst und 14 schwer. Das psychische Leiden stand im engen Zusammenhang mit der Auftretenshäufigkeit und der Verschiedenartigkeit der Symptomatik (BALLARD et al., 1995).

Wahnvorstellungen beziehen sich vorwiegend auf Bestehlungs- und Beeinträchtigungsthemen und sind meist flüchtig (EHRHARDT et al., 1999).

Wahn und Halluzinationen treten überwiegend erst im fortgeschrittenen Stadium der Demenz auf.

Berichte von Pflegemitarbeitern und eigene Erfahrungen deuten darauf hin, dass optische und akustische Halluzinationen oft in Lagen lang andauernder sozialer und sensorischer Deprivation (längere Bettlägerigkeit im Einzelzimmer ohne Sozialkontakte) auftreten.

Es kann somit vermutet werden, dass bei Demenzkranker im späteren Stadium die Schwelle für die Entstehung einer produktiven Symptomatik weit niedriger liegt als bei Nicht-Dementen.

### **Fehlidentifikationen**

Fehlidentifikationen treten bei ca. 30 - 40 Prozent der Demenzkranken im späteren Stadium der Erkrankung auf (BURNS et al., 1990; DEUTSCH et al., 1991; MERRIAM et al., 1988).

Beispiele für Fehlidentifikationen sind: Ehepartner wird für eine fremde Person gehalten und nicht erkannt; das Bild des Fernsehens wird für Realität gehalten (Demenzkranken versuchen z. B. eine Figur auf dem Bildschirm zu berühren oder zu streicheln), das eigene Spiegelbild wird nicht erkannt und man versucht somit, mit dem eigenen Spiegelbild ein Gespräch anzufangen. Schatten auf dem Boden werden als Abgründe wahrgenommen und eine rosa Serviette wird für ein Stück Fleisch gehalten und mit dem Besteck bearbeitet.

Es kann in diesem Zusammenhang die These aufgestellt werden, dass im späten Verlauf der Erkrankung teils die Fähigkeit verloren geht, Zweidimensionales von Dreidimensionalen zu unterscheiden. So wird Flächiges (Schatten, Bild, Spiegelbild u. a.) für etwas Körperliches gehalten und entsprechend reagiert. Dies kann soweit führen, dass Demenzkranke Angst vor einem Wandbild zeigen, weil sie das abgebildete Tier als reales Wesen wahrnehmen.

Man hat bereits festgestellt, dass bei Demenzkranken vom Alzheimer Typus die Tiefenwahrnehmung gravierend gestört ist und somit auch die Unterscheidung zwischen zwei- und dreidimensionalen Figuren verloren geht (ALGASE et al., 1996)

### **3. Umweltfaktoren und ihre Auswirkungen auf das Erleben und Verhalten der Demenzkranken**

In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse und Erfahrungen aus der psychogeriatrischen Fachliteratur angeführt, die den Zusammenhang zwischen den verschiedenen Umweltfaktoren (Pflege- und Kommunikationsstil, Milieu, räumliche Strukturen, Stimulierungsaspekte u. a.) und den Verhaltensweisen der Demenzkranken zum Gegenstand haben.

Diese **Außenstrukturen** werden in zweifacher Weise dargestellt: Einmal in Bezug auf die Verhaltenssymptomatik (z. B. Agitiertheit oder Aggression) und das andere Mal in Bezug auf ihre Funktionalität und Wirkung.

### 3.1. Agitiertheit

COHEN-MANSFIELD (1986) führt eine Reihe von Hauptgründen als Ursache für das Auftreten von agitierten Verhaltensweisen bei Demenzkranken an:

- Frustration über Kontrollverlust: Die Kranken spüren, dass sie im Bereich der alltäglichen Verrichtungen (ADL) abhängig von der Unterstützung anderer geworden sind und sie somit ihre Selbständigkeit verloren haben.
- Verletzung der persönlichen Sphäre (Territorialität)
- Das Verhalten der Mitbewohner
- Verwirrtheit (Confusion), verstärkt durch mangelnde Struktur der Alltagsgeschehens
- Einsamkeit, das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und Beachtung u. a.
- Depression
- unverarbeitete Konflikte aus der Lebensgeschichte
- Mondphase
- Verstopfungen
- Schwerhörigkeit
- Fixierungen

COHEN-MANSFIELD (1986) unterteilt die Agitiertheitsgründe in 4 Gruppen:

- Stimmungen und Bedürfnisse: Depression, Frustration, Einsamkeit, Langeweile, Verlangen nach Aufmerksamkeit
- Geschehnisse: Verhalten von Mitbewohnern, Pflegehandlungen (Baden, Hilfe bei der Mahlzeiteneinnahme u. a.), wenn jemand dem Kranken zu nahe kommt, Territorialverletzungen
- Behinderungen: Verwirrheitszustände (Confusion), Defizite im ADL-Bereich
- Unverarbeitete Konflikte aus der Vergangenheit

In einer Untersuchung (Verhaltensbeobachtung) über die Auswirkungen der sozialen Umwelt auf die Agitiertheit von Demenzkranken im Altenpflegeheim (COHEN-MANSFIELD et al., 1992a) konnten folgende Ergebnisse herausgearbeitet werden:

- Agitiertes Verhalten konnte sowohl bei sozialer Dichte (mehr als 11 Personen im sozialen Umfeld) als auch beim Alleinsein beobachtet werden.
- Beim Alleinsein zeigten die Demenzkranken befremdliche Lautäußerungen (strange noise: Schreien u.a.) und hantierten an Gegenständen. Die seltsamen Laute nahmen in Gegenwart von Angehörigen und Ehrenamtlichen ab und das Hantieren verringerte sich besonders in Gegenwart von Pflege-  
mitarbeitern.
- Eine erhöhte Wanderaktivität wurde festgestellt, wenn die Demenzkranken Fremde in ihrer Umgebung wahrnahmen.

Eine weitere Verhaltensbeobachtung Demenzkranker im Altenpflegeheim zeigte u. a. die Auswirkungen sozialer Eingebundenheit auf das agitierte Verhalten (COHEN-MANSFIELD et al., 1995). Wenn die Demenzkranken in strukturierte Aktivitäten (Fernsehen, Musikdarbietung, Gruppen- oder Einzelbetreuung) eingebunden waren, zeigten sie deutlich weniger agitiertes Verhalten als wenn sie sich selbst überlassen waren. Ebenfalls konnte in dieser Untersuchung festgestellt werden, dass Pflegehandlungen, die mit Berührungen verbunden sind, ebenfalls agitiertes Verhalten hervorrufen oder verstärken.

Auf die Bedeutung von „positiven“ und „negativen“ Berührungen bei der Pflege und Betreuung wird an anderer Stelle eingehender eingegangen werden (Siehe Kapitel 7).

Dass auch die Qualität der Kontakte und damit das soziale Netzwerk Einfluss auf die Agitiertheit besitzen, wiesen COHEN-MANSFIELD et al. (1992b) in einer weiteren Erhebung nach:

Verbal agitiertes Verhalten korrelierte mit mangelnder Intimität der Kontakte. Dabei spielte es keine Rolle, ob es sich hierbei um informelle oder formelle Begegnungen handelte.

In weiteren Verhaltensbeobachtungen wurde ermittelt, dass körperliche Beeinträchtigungen wie eine infektiöse Erkrankung (Harnwegsinfekt u. a.), Schmerzen, Unwohlsein und die Einnahme von Antibiotika Auswirkungen hinsichtlich eines verstärkten agitierten Verhaltens haben (COHEN-MANSFIELD et al., 1990 und 1994).

Hieran schließen die Autoren die Empfehlung, bei plötzlich auftretenden verstärktem agitierten Verhalten, das nicht durch die soziale Umwelt verursacht wurde, zuerst hinsichtlich körperlicher Faktoren (Infekte, Schmerzen) allgemeinmedizinische oder inter-nistische Untersuchungen vornehmen zu lassen.

Die verschiedenen Untersuchungen zeigen deutlich, dass für agitiertes Verhalten eine Vielzahl von Ursachen bestehen.

Für die Pflegekräfte ist es wichtig, die unterschiedlichen Gründe und Gestaltungsformen der Agitiertheit zu kennen, um angemessen auf diese Verhaltensweise reagieren zu können.

Es gilt den Teufelskreis „Unruhe - Ruhigstellung“ mittels pharmakologischer und physischer Einschränkung (Fixierung) aufzulösen.

Dazu bedarf es nicht nur des Wissens um die Entstehung der Unruhe, sondern darüber hinaus sollte die Einstellung dieser Verhaltensweise gegenüber sich „normalisieren“: Es sollte nicht primär als eine „störende Verhaltensweise“ aufgefasst werden, sondern als ein Krankheitsangemessenes Verhalten betrachtet werden. Es handelt sich um Stress- oder Überlastungsverhalten, das nicht durch Ruhigstellung der unruhigen Person behoben werden sollte, sondern vorwiegend durch Beeinflussung der Milieu- und Interaktionsstrukturen, die dieses Verhalten verursachen.

### **3.2. Akustische Störungen**

Untersuchungen über „akustische Störungen“ Demenzkranker in Altenpflegeheimen sind erst im Laufe der letzten 10 Jahre durchgeführt worden, so dass der Erkenntnisstand über diesen Gegenstandsbereich gegenwärtig noch relativ begrenzt ist (LAI, 1999).

Es werden im folgende einige Untersuchungen hierüber vorgestellt, die bereits wichtige Trends hinsichtlich der Ursache und der Entstehung dieser Verhaltensweise aufzeigen.

COHEN-MANSFIELD et al. (1990) untersuchten die sozialen, räumlichen und interpersonalen Umstände im Kontext des Schreiverhaltens Demenzkranker in Altenpflegeheimen. Sie ermittelten u. a.:

- Das soziale Milieu: Demenzkranke schrieten am häufigsten, wenn sie allein waren. An zweiter Stelle wurden Pflegehandlungen mit Körperkontakt beobachtet, gefolgt von der Gemeinschaft mit Mitbewohnern. Am seltensten schrien die Bewohner, wenn sie sowohl mit Mitbewohnern als auch mit Pflegekräften zusammen waren.
- Örtlichkeit: Am häufigsten wurde auf der Toilette geschrien. An zweiter Stelle wurde das Bewohnerzimmer ermittelt, in dem sich der Demenzkranke allein aufhielt. Am seltensten wurde das Schreiverhalten in Gemeinschaftsräumlichkeiten beobachtet.
- Pflegehandlungen: Signifikant am häufigsten schrieten die Bewohner beim Toilettengang bzw. beim Baden. An zweiter Stelle befand sich Hilfe beim Aufstehen und zum Platz führen. Kämmen rangiert an dritter Stelle und am seltensten wurde bei der Hilfe zur Nahrungsaufnahme geschrien.
- Tageszeit: Besonders häufig wurde am Abend geschrien. BURGIO et al. (1994) bestätigten das Ergebnis, dass abends am häufigsten geschrien wurde. Sie

stellten fest, dass im Laufe des Tages die störenden Vokaläußerungen zunahmen: Morgens zwischen 8 und 9 Uhr wurde die niedrigste Quote an störenden Vokaläußerungen festgestellt und abends zwischen 7 und 8 Uhr die höchste. Dies kann wiederum als Beleg für „Sundowning“ (Siehe hierzu u. a. auch Kapitel 5.4.) betrachtet werden.

- Wochentag: An den Wochenenden wurde häufiger als in der Woche geschrien. Hier kann ein Zusammenhang mit der Personalbesetzung gesehen werden, da an den Wochenende in der Regel eine geringere Personaldichte vorliegt.

In einer späteren Erhebung konnten die Autoren diese Resultate bestätigen (COHEN-MANSFIELD et al., 1995). Verstärkt wurde nochmals heraus gearbeitet, dass die soziale Umwelt ein wichtiger Faktor für die akustischen Störungen darstellt. So nehmen die Lautäußerungen ab, wenn die Betroffenen mit 2 - 5 Personen in einem Umfeld sich befinden. Sie steigern sich hingegen beim Alleinsein und bei Berührungen. Des weiteren wurde ermittelt, dass bei Inaktivität (sich selbst überlassen sein) die akustischen Störungen zunahmen, hingegen bei einer strukturierten Aktivität (Gruppenangebot u. a.) signifikant sich verminderten. Ebenso konnte nachgewiesen werden, dass Musikdarbietungen einen leicht positiven Einfluss auf die akustischen Störungen besitzen.

In einer anderen Untersuchung (CARIAGA et al., 1991) wurde registriert, dass Schreien besonders häufig beim morgendlichen Wecken (46 Prozent), vor den Mahlzeiten (32 Prozent) und vor dem Baden (24 Prozent) auftraten.

Auch Schlafstörungen haben einen Einfluss auf störende Vokaläußerungen dergestalt, dass mit Zunahme der Schlafeinbußen dieses Verhalten zunimmt (COHEN-MANSFIELD et al., 1990; CARIAGA et al., 1991).

Aus diesen Erkenntnissen heraus sind Empfehlungen für die psychogeriatrische Pflege Demenzkranker entstanden, die augenblicklich noch nicht ausreichend in die Pflegepraxis aufgenommen worden sind:

- Demenzkranke sollten morgens nicht geweckt werden. Sie sollten ausschlafen können.
- Ebenso sollte man darauf verzichten, Demenzkranke nachts für den Toiletengang zu wecken. Inwieweit bereits Inkontinenzeinlagen (Höschenwindeln) ein unterbrechungsfreies Durchschlafen erlauben, müsste geprüft werden.
- Auch sollte möglichst auf pharmakologische Schlafmittel (Barbiturate u. a.) verzichtet werden. Anstelle hiervon könnten Entspannungsübungen und ähnliches treten.

### **3.3. Aggressives Verhalten**

Tätlich aggressives Verhalten ist neben den störenden akustischen Verhaltensweisen eine Symptomatik der Demenzkranken, die sowohl bei den Mitbewohnern als auch und

vor allem bei den Pflegekräften tief greifende Auswirkungen auf die Einstellung zur Arbeit und damit auch auf die Lebensqualität zur Folge haben können.

Wer als Pflegekraft durch tätliche Attacken demenzkranker Bewohner Verletzungen oder körperliche Beeinträchtigungen erfahren hat, kann je nach Schweregrad und auch je nach Ausmaß des Bewältigungsvermögens in eine persönliche Krise geraten, die sich nicht nur auf den beruflichen Bereich beschränken wird, sondern auch weitergehende traumatische Auswirkungen mit sich bringen kann (LANZA, 1992).

In diesem Abschnitt werden anhand der Erkenntnisse und Erfahrungen aus der psychogeriatrischen Pflege und auch Pflegeforschung die wesentlichen Faktoren aufgeführt, die tötlich aggressives Verhalten verursachen, bedingen oder als Auslöser haben. In einem weiteren Abschnitt (Kapitel 7) werden dann hierauf folgend die angemessenen Verhaltensstrategien oder Umgangsformen praxisnah vorgestellt.

Es bedarf jedoch an dieser Stelle des Hinweises, dass Gewaltforschung und Forschungen über Gewaltvermeidung u. a. auch im Bereich der Altenpflegeheime sich noch in einem frühen Stadium befinden und somit gegenwärtig noch keine allgemein verbindlichen Empfehlungen besonders auch für die Praxis erwartet werden können (GATES et al., 1999).

Das Entstehen pflegewissenschaftlicher Untersuchungen u. a. auch mit dem Management von tötlich aggressivem Verhalten in den USA kann mit dem Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) von 1987 (staatlicher Erlass) in Verbindung gebracht werden, denn nach diesen Bestimmungen sind physische und chemische Fixierungen (physical and chemical restraints) über einen längeren Zeitraum untersagt. Vor diesem Erlass waren Fixierungen die gängigste Methode im Umgang mit störenden Verhaltensweisen.

Es ist für die Pflege und Betreuung vor allem wichtig, aggressives Verhalten in seiner Genese zu verstehen, denn hierdurch kann erreicht werden, dass die Unvorhersehbarkeit und damit auch die Gefährlichkeit dieses Verhaltens in subjektiver als auch in objektiver Hinsicht stark vermindert werden kann. Wer die Grundzüge dieser Symptomatik erkannt und teils auch erfahren hat, weiß um Abhilfe in vielerlei Hinsicht und kann somit dazu beitragen, die Auftretenshäufigkeit als auch die Intensität dieses Verhaltens gravierend zu vermindern.

Die Ätiologie oder die Krankheitsursachen für tötlich aggressives Verhalten liegen sowohl in den physiologisch-biologischen Bereichen, als auch in den psychischen, psychosozialen und Milieu bezogenen Dimensionen begründet.

### 3.3.1. Physiologisch-biologische Ursachen

Mit den physiologisch-biologischen Ursachen des aggressiven Verhaltens sind die Faktoren gemeint, die durch den Krankheitsprozess selbst oder den Folgen und Begleitumständen der Krankheit bedingt sind.

#### *\*Krankheitsbezogener Grund*

Die physiologischen Ursachen des tötlich aggressiven Verhaltens liegen in dem Krankheitsbedingten Abbauprozess der Demenz begründet. Die Degeneration verschiedener Bereiche des Gehirns hat auch einen Mangel an Serotonin (Neuro-transmitter) zur Folge, der Aggressivität fördert (ALGASE et al., 1996; PATEL et al., 1993).

#### *\* Psychiatrische Symptome (Wahn, Halluzination, Fehlwahrnehmung)*

Auswirkungen des physiologischen Degenerationsprozesses bestimmter Hirnareale bei Demenzen sind auch die psychiatrischen Symptome wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen und auch Fehlidentifikationen oder Fehlwahrnehmungen.

DEUTSCH et al. (1991) untersuchten den Zusammenhang u. a. zwischen den psychiatrischen Symptomen und tötlich aggressivem Verhalten bei Demenzkranken. Sie fanden u. a. heraus, dass Wahnvorstellungen häufig mit Halluzinationen und Fehlwahrnehmungen verbunden sind.

Des Weiteren ermittelten sie, dass in 90 Prozent der Fälle aggressive Episoden in Zusammenhang mit Wahnvorstellungen standen. Halluzinationen traten vor oder während aggressiver Episoden in 88 Prozent der Fälle auf. Eine beträchtliche Anzahl der tötlich aggressiven Episoden wurden bei der Interaktion zwischen Pflegenden und Demenzkranken registriert.

#### *\*Medikamente*

Auch durch die Einnahme bestimmter Medikamente konnten erhöhte Aggressionszustände bei Demenzkranken festgestellt werden. So sind als Nebenwirkungen der Psychopharmaka vom Typus der Benzodiazepine gesteigertes aggressives Verhalten beobachtet worden (CHOU et al., 1996; PATEL et al., 1993; RYDEN et al., 1991).

#### *\*Schmerzen*

Ein weitere Ursache für das Entstehen aggressiven Verhaltens bei Demenzkranken sind körperliche Schmerzen aufgrund chronischer aber auch akuter Erkrankungen.

Eine Reihe von Untersuchungen in den USA hat gezeigt, dass zwischen 66 und 83 Prozent der Bewohner von Altenpflegeheimen über Schmerzen berichtet. Demenzkranke sind aufgrund ihres sprachlichen Unvermögens jedoch nicht in der Lage, Auskunft über die Schmerzen und ihre Intensität zu geben, so dass aggressives Verhalten hierbei eine Reaktionsweise auf den Schmerz darstellt.

FELDT et al. (1998) konnten in einer Untersuchung feststellen, dass Demenzkranke mit Arthritis oder mit mehreren Diagnosen von Krankheiten mit Schmerzelementen eine signifikant höhere Aggressivität aufwiesen als Demenzkranke ohne diese Erkrankungen.

Berücksichtigt man, dass die Arthritis in den USA als die zweithäufigste chronische Erkrankung in den Altenpflegeheimen diagnostiziert wurde, so kann man sich eine Vorstellung machen, wie u. a. auch durch Mobilisierung der Bewohner Schmerzzustände verursacht werden (Siehe weiter unten).

Auch infektiöse Akuterkrankungen, die mit Schmerzen verbunden sind, können bei Demenzkranken u. a. auch aufgrund der verloren gegangenen Mitteilungsfähigkeit zu agitiertem und auch aggressivem Verhalten führen. In einer Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass nicht bewohnertypisches gesteigertes agitiertes und aggressives

Verhalten ohne äußeren Anlass auf schmerzhafte Harnwegsinfekte zurückzuführen waren (MALONE et al., 1993).

### 3.3.2. Milieu- und Institutionsbezogene Ursachen

In diesem Abschnitt werden die sozialen, sozioökologischen und interaktiven Faktoren angeführt, die tötlich aggressives Verhalten bedingen. Es sind vorwiegend die **Außenfaktoren** des Altenpflegeheimes in Gestalt der Pflegeprozesse, des räumlichen und sozialen Milieus und auch der Arbeitsorganisation und Personalausstattung einschließlich des Grades der Qualifikation der Pflegemitarbeiter.

#### *\*Institutionsbezogene Ursachen*

Eine Befragung von Pflegehelfern in den USA (Certified Nursing Assistants), die zwischen 70 und 90 Prozent der Pflegekräfte in den Altenpflegeheimen ausmachen, erbrachte einige Faktoren für die Ursache tätlicher Aggressionen, die man als einrichtungsbezogen klassifizieren kann. So nannten die Pflegehelferinnen folgende Gründe: unzureichende Personalbesetzung, hektische Routinen, hoher Streß, Mangel an Ausbildung oder Weiterbildung, unzureichende Kommunikation im Pflorgeteam und das Fehlen von Mitarbeiterrechten (GATES et al., 1999).

Nach den Bestimmungen (OBRA) sollten Pflegehelferinnen mindestens 75 Stunden Unterweisung oder Schulung (vor 1987 waren es nur 30 Stunden) im Altenpflegeheim erhalten, doch in der Praxis wird dies häufig nicht eingehalten. Auch haben Pflegehelferinnen (Nursing Aides) selten Zugang zur Bewohnerdokumentation und auch zu der Pflegeplanung, die von der Krankenschwester (Registered Nurse) in Zusammenarbeit mit den Fachkräften erstellt wird. Darüber hinaus werden ihnen selten biographische Daten und Verhaltensweisen der Bewohner mitgeteilt (FELDT et al., 1992).

Dieser Sachverhalt wirkt für deutsche Verhältnisse äußerst befremdlich, berücksichtigt man, dass zwischen 80 und 90 Prozent der direkten Pflege in den USA von Pflegehelferinnen erbracht wird (MAXFIELD et al., 1996).

Es bedarf hierbei des Hinweises, dass Pflegekräfte in den USA (vor allem Pflegehelfer) äußerst unsichere Arbeitsplätze haben, so dass Angst und Unsicherheit vor Kündigungen relativ weit verbreitet sind. Viele haben auch die Einstellung gewonnen, dass von den Vorgesetzten Gewalt gegenüber den Pflegekräften als Teil der Arbeit aufgefasst wird.

#### *\*Tätliche Aggressionen gegenüber Pflegekräften*

Eine Reihe von Untersuchungen weisen den Trend nach, dass überwiegend Pflegekräfte die Opfer tätlicher Angriffe seitens der demenzkranken Bewohner in den Altenpflegeheimen sind.

Dieser Sachverhalt ist nachvollziehbar, wenn man berücksichtigt, dass die Pflegekräfte häufig Körperkontakt bei der Pflege und Betreuung mit den Demenzkranken haben.

Zwischen 70 und 88 Prozent der tätlichen Angriffe richtet sich gegen die Pflegekräfte, wie einige Erhebungen ermittelt haben (BRIGDES-PARLET et al., 1994; COOPER et al., 1989; NILSSON et al., 1988).

Pflegeinteraktionen, Berührungen, jemand nahe kommen: das sind die Situationen, in denen Demenzkranke Gewalt anwenden.

Eine Erhebung in einem Altenpflegeheim in Kanada ergab, dass tätliche Aggressionen bei folgenden Pflegehandlungen auftraten: Ankleiden / Umziehen 48 Prozent, Transportieren, Drehen 22 Prozent, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme 8 Prozent, Baden 6 Prozent, weitere Pflegehandlungen 15 Prozent (HAGEN et al., 1995). Werte in dieser Größenordnung wurden auch von COOPER et al. (1989) und von BRIDGES-PARLET et al. (1994) ermittelt.

Verschiedene Untersuchungen hinsichtlich der Auswirkungen von grundpflegerischen Handlungen auf das Verhalten Demenzkranker belegen, dass besonders Duschen von den Pflegekräften als höchst stressig und als ein sehr intensiver Bereich tätlicher Attacken erfahren wurde (MILLER, 1997; SLOANE et al., 1995; WHALL et al., 1997).

Die Tageszeiten, in denen die Attacken beobachtet wurden, entsprechen ca. der Intensität der Pflegehandlungen: Vormittags und mittags (7.00 - 12.00 h bzw. 7.00 - 15.00h) 50 Prozent, nachmittags, abends und frühe Nacht 30 - 46 Prozent und nachts (23.00 - 7.00h) 3 bzw. 18 Prozent, wobei die Spitzenwerte bei der Morgenpflege zwischen 8.00 und 11.00 erzielt wurden (HAGEN et al., 1995; COOPER et al., 1989). Ähnliche Daten hinsichtlich der Tageszeit des Auftretens der tätlichen Aggressionen erhoben MALONE et al. (1994) und MEYER et al. (1991).

Dass die Jahreszeit hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit der tätlichen Aggressionen auch von Bedeutung ist, konnten MEYER et al. (1991) belegen: Auf einer gerontopsychiatrischen Station konnten im Winter (34,6 Prozent) und im Frühling (35,9 Prozent) häufiger Aggressionen beobachtet werden als im Sommer (26,9 Prozent) oder gar im Herbst (2,6 Prozent).

Auf einer psychiatrischen Abteilung als Vergleichsgruppe war die Verteilung der Aggressionen über das Jahr verteilt bei weitem ausgeglichener: Winter 20,7 Prozent, Frühling 27,1 Prozent, Sommer 28,4 Prozent und Herbst 23,7 Prozent.

Die Örtlichkeiten tätlicher Aggressionen weisen deutlich auf die Pflegeinteraktionen hin. So finden die Angriffe überwiegend in den Bewohnerzimmern statt (RYDEN et al., 1991).

LANZA (1992) führt einige psychische Auswirkungen von tätlichen Angriffen bei Pflegekräften an: An kurzfristigen Reaktionen wurden im emotionalen Bereich u. a. Hilflosigkeit, Ärger, Depression, Angst und Apathie festgestellt, langfristig blieb die Angst vor dem aggressiven Patienten oder Bewohner. Im sozialen Bereich wurden kurzfristig nach dem Angriff Beziehungsprobleme mit den Kollegen, Schwierigkeiten, die Arbeit wieder aufzunehmen und auch Furcht vor den anderen Patienten beobachtet. Biophysisch wirkten sich Angriffe u. a. in Schlafstörungen, Verletzungen und Kopfschmerzen aus. Des Weiteren wurden auch Schuldgefühle und Selbstzweifel hinsichtlich des eigenen Verhaltens beobachtet.

LANZA stellte fest, dass die angegriffenen Pflegekräfte in den USA nach den Attacken überwiegend ohne Hilfe und Unterstützung durch die Einrichtung blieben. Teilweise wurden sogar seitens der Vorgesetzten Vorwürfe bezüglich eines fehlerhaften Verhalten und Eigenverschulden gemacht (Siehe auch GATES et al., 1999; MILLER, 1997).

LANZA berichtet in diesem Zusammenhang von der Einrichtung eines multiprofessionellen Beratungsteams für Opfer tätlicher Attacken im Pflegebereich in den USA.

#### *\*Tätliche Aggressionen gegenüber Mitbewohnern*

Über tätliche Aggressionen von Demenzkranken gegenüber ihren Mitbewohnern liegen teils stark voneinander abweichende Werte vor. Es kann den Untersuchungen nicht entnommen werden, welche Faktoren für die Abweichungen ausschlaggebend sind. In Frage kommen sowohl räumlich-architektonische Aspekte, Personalstärke und -qualifizierung als auch die Zusammensetzung der Bewohnerschaft hinsichtlich homogener oder heterogener Krankheitsmerkmale (u. a. Demenzkranke zusammen mit schizophren Erkrankten).

BRIDGES-PARLET et al. (1994) ermittelten in einem Altenpflegeheim, dass 18 Prozent der tätlichen Aggressionen sich gegen die Mitbewohner richteten, während es gegen die Pflegekräfte 82 Prozent waren. Hiervon abweichend ermittelten MALONE et al. (1994), dass sich 62 Prozent der Attacken gegen die Mitbewohner und nur 37 Prozent gegen das Pflegepersonal richteten. MEYER et al. (1991) ermittelten auf einer gerontopsychiatrischen Station, dass 40,5 Prozent der Aggressionen sich gegen Mitpatienten richteten, 59,5 Prozent gegen das Pflegepersonal. Auf psychiatrischen Abteilungen hingegen wurden nur 13,8 Prozent der Aggressionen gegen Mitpatienten ausgeübt.

Als die häufigste Ursache für tätliche Aggressionen Demenzkranker gegenüber ihren Mitbewohnern wurden Verletzungen der persönlichen Sphäre (Reviervershalten u. a.) beobachtet. Wenn z. B. ein Bewohner in ein fremdes Zimmer eindringt oder wenn sich jemand auf ein fremdes Bett legt, so sind sofort Anlässe für tätliche Auseinandersetzungen gegeben.

Aber auch die Verteidigung der eigenen Habseligkeiten gegenüber Mitbewohnern mit einem Sammeltrieb bietet Anlass für Auseinandersetzungen.

Im halböffentlichen Bereich einer Station sind häufig attraktive Sitzgelegenheiten (z. B. ein bequemer Sessel in der Nähe eines Fensters) Grund für tätliche Revierkonflikte.

Doch auch persönlichkeitspezifische Aspekte sind bei der persönlichen Sphäre und deren Verteidigung von Bedeutung: CHOU et al. (1996) führen in ihrem Beitrag an, dass leicht zu Gewalt neigende ältere Menschen einen viermal so großen persönlichen Bereich für sich in Anspruch nehmen als nichtgewaltbereite.

An anderer Stelle (Kapitel 7) wird eingehend auf entsprechende psychogeriatrische Pflege- und Betreuungsstrategien eingegangen, die die Vermeidung von Revierkonflikten im stationären Bereich zum Inhalt haben.

#### *\*Weitere tätliche Aggressionen*

Der Anteil der tätlichen Aggressionen gegen die eigene Person (Autoaggression) betrug in einer Untersuchung 4,8 Prozent, gegen Sachen 8,4 Prozent (MEYER et al., 1991).

#### *\*Typen aggressiven Verhaltens*

HAGEN et al. (1995) listeten die häufigsten Formen tötlich aggressiven Verhaltens Demenz-kranker in einem Altenpflegeheim auf: Kneifen / Packen 42 Prozent, Schlagen / Boxen 30 Prozent, Stoßen / Schieben 19 Prozent, Spucken 5 Prozent. Die Erhebung von RYDEN et al. (1991), ebenso in einem Altenpflegeheim durchgeführt, erbrachte ähnliche Ergebnisse hinsichtlich der tötlich aggressiven Verhaltensweisen als auch hinsichtlich der Häufigkeit (Siehe auch STRUBLE et al., 1987).

#### *\*Physische Umweltfaktoren*

Umweltfaktoren wie Lärm, unzureichendes Licht und auch die Temperatur auf der Station können Ursachen für das Auftreten tätlicher Aggressionen sein (PATEL et al.; 1993; COHEN-MANSFIELD et al., 1995).

Es liegt eine Reihe von Erfahrungen aus Altenpflegeheimen in den USA vor, die einen Nachweis zwischen dem Stimulierungsniveau auf der Station und dem Grad der Agitiertheit einschließlich aggressiven Verhaltens belegen.

Es kann hier kurz angeführt werden, dass im Wesentlichen es hierbei um die Vermeidung von Überstimulierungs- bzw. Unterstimulierungsphänomenen handelt.

## **4. Interventionsmöglichkeiten bei störenden Verhaltensweisen**

### **4.1. Interventionsmaßnahmen bei Demenzkranken mit akustischen Störungen**

Es liegt eine Reihe von Erfahrungen aus verschiedenen Altenpflegeheimen vor, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionsformen zum Gegenstand haben. Eine streng wissenschaftliche Erforschung steht gegenwärtig noch aus, und wird vielleicht auch aufgrund der komplexen Materie kaum zu meistern sein. Die Vielschichtigkeit der teils interdependenten Faktoren, die das Verhalten der akustischen Störungen verursachen, ist noch nicht ausreichend bekannt (WHITE et al., 1996).

Trotz dieser Einschränkung kann festgestellt werden, dass die bestehenden Erfahrungen und Kenntnisse über die verschiedenen Beeinflussungsmöglichkeiten genügend Anregungen, Impulse und Hinweise für die Praxis vor Ort in den Altenpflegeheimen enthalten.

Die Aneignung dieses Erfahrungswissens wird m. E. einen merkbaren Schub zur Steigerung der Verhaltenssicherheit und auch Pflegekompetenz bei den Pflegekräften bewirken, die sie befähigen wird, Umgangsformen jenseits medikamentöser Sedierung oder bloßer Verlegungen in psychiatrische Landeskrankenhäuser zu entwickeln und anzuwenden.

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene Ansätze und Konzepte vorgestellt, die in irgendeiner Form bereits ein gewisses Maß an Wirksamkeit bei den Demenzkranken hinsichtlich dieser Verhaltensauffälligkeit erzielt haben. Diese Vorgehensweisen sind praxisnah, sie können somit ohne weiteres in Altenpflegeheimen konkret zur Anwendung gelangen.

#### 4.1.1. Effektivität von Interventionsmaßnahmen

An erster Stelle wird eine Erhebung vorgestellt, die u. a. auch die von Pflegekräften praktizierten Interventionen und ihre Effektivität untersucht hat (CARIAGA et al., 1991).

<u>Interventionsform</u>	<u>Häufigkeit der Anwendung (%)</u>	<u>Effektivität (%)</u>
Aufmerksamkeit und Gespräch	91	52
Ermahnungen und Verweise	78	28
Psychopharmaka	67	38
Berühren	59	26
Ignorieren	43	11
Ausschluss / Absondern	34	12

Diese Untersuchung zeigt m. E. deutlich, dass die Effektivität herkömmlicher Interventionsformen relativ gering ist. Die Ergebnisse lassen sich aufgrund der geringen Probandenzahl (n = 76) zwar nicht verallgemeinern, doch der Trend hin zu einer geringen Wirkung lässt sich ablesen. Dies wurde auch von den beteiligten Pflegekräften so eingeschätzt. Es besteht somit ein großer Bedarf, in diesem Handlungsfeld Strategien zu entwickeln, die ein größeres Ausmaß an Wirksamkeit erreichen sollten.

Eine neuere Erhebung über die Interventionsmaßnahmen bei störenden Verhaltensweisen einschließlich der akustischen Störungen ergab, dass nur 50 Prozent der Interventionsmaßnahmen (überwiegend Aufforderungen, Verweise und Körperkontakt in Form von Berührungen) bei akustischen Störungen Erfolg zeigten (BAIR et al., 1999).

Die Untersuchung zeigte u. a. auch, dass Pflegekräfte überwiegend nur eine Interventionsstrategie (z. B. verbaler Verweis) anwenden (84 Prozent), während hingegen simultane Mehrfach-Intervention (z. B. Körperkontakt in Verbindung mit Aufforderung) nur relativ selten (16 Prozent) benutzt wurde. Diese singuläre Vorgehensweise ist bei weitem nicht so effektiv wie die Mehrfach-Intervention: Während bei einem einfachen Vorgehen die Erfolgsquote bei 45 Prozent lag, konnte sie bei Mehrfach-Interventionen auf 80 Prozent gesteigert werden.

COHEN-MANSFIELD et al. (1997b) führten eine Vergleichsstudie durch, um die Wirksamkeit verschiedener Interventionsformen bei akustischen Störungen Demenzkranker zu prüfen.

Untersucht wurden in einer mehrwöchigen Erhebungsphase:

- Musikangebot
- Darbietung eines von den Familienangehörigen hergestellten Videofilms
- Einzelbetreuung

Es zeigte sich, dass das Video und die Einzelbetreuung die größten Effekte hinsichtlich Einschränkung der akustischen Störungen aufwiesen.

Bei der Einzelbetreuung wurde sogar rehabilitative Effekte festgestellt: 2 Bewohner, die als kommunikationsunfähig eingeschätzt wurden, begannen nach einigen Sitzungen einige Worte zu sprechen.

Einschränkend muss festgestellt werden, dass keinerlei generalisierenden Effekte dergestalt erzielt wurden, dass das akustische Verhalten über die Interventionsphase hinaus verringert werden konnte. Nach Beendigung der Behandlungsmaßnahme setzte das akustische Störverhalten wieder ein.

In diesem Zusammenhang soll auch auf neuere Entwicklungen in den USA hingewiesen werden, durch spezielle Video-Filme (Video Respite, Trade Mark) das Verhalten der Demenzkranken positiv zu beeinflussen (HALL et al., 1997; MALONEBEACH et al., 1999).

Auch hier zeigt sich ein positiver Effekt nur während der Präsentation des Video-Filmes, nicht jedoch für die Zeitspanne danach (fehlender Generalisierungseffekt).

#### 4.1.2. Verhaltensstrategien

SLOANE et al. (1997) haben in ihrem Beitrag in einer Fachzeitschrift die wichtigsten Verhaltensstrategien im Umgang mit Demenzkranken, die akustische Störungen zeigen, zusammengefasst.

Allgemeine Prinzipien im Umgang mit diesem Verhalten sind u. a.:

- Berücksichtige stets eine Reihe von Vorgehensweisen. Eine einzelne Methode löst selten das Problem der akustischen Störungen.
- In der Praxis haben sich hierbei Konzepte der multisensorischen Stimulierung, die sowohl Milieu- als auch Einzelbetreuungsaspekte berücksichtigen, bewährt.
- Untersuche das Problemverhalten sorgfältig. Beachte, dass eine Vielzahl an Gründen für die Entstehung dieses Verhaltens und ihre Beeinflussung existieren können.
- Zeige keine Überreaktionen bei akuten verbalen Störungen.
- Personen mit geringem geistigem Abbau reagieren eher auf Verhaltensinterventionen wie auf Beschäftigungsangebote. Bei Personen im fortgeschrittenen Stadium der Demenz wirken eher Maßnahmen zur Verbesserung des Wohlbefindens und der positiven Milieugestaltung.

Im Anschluss hieran empfehlen die Autoren eine Reihe von Verhaltensstrategien, die auf bestimmte Ursachen für die Entstehung der akustischen Störungen bezogen sind:

### *Überstimulierung*

- Vermeide Aktivitäten in größeren Gruppen und die gemeinschaftliche Mahlzeiteinnahme.
- Vermeide Lärm und Aufregung
- Gestalte ein wohnlich vertrautes Milieu auf der Station
- Verwende einen ruhigen, gelassenen, langsamen und stetigen Pflegestil
- Pflege und Betreuungsangebote sollten möglichst als Einzelaktivitäten organisiert sein

### *Unterstimulierung / Sensorische Deprivation*

- Binde den Bewohner in Gemeinschaftsaktivitäten ein
- Maximiere das Hör- und Sehvermögen durch entsprechende Hilfsmittel (Hörgerät, Brille)
- Platziere den Bewohner möglichst in den Bereich mit viel Sozialkontakten und Verkehr
- Produziere Hintergrundgeräusche auf der Station mittels Haarfön etc. (siehe hierzu auch BURGIO et al., 1996).
- Verwende hochintensive Lichttherapie
- Nutze Vibratoren und auch Schaukelstühle (siehe hierzu auch WATSON et al., 1998).
- Verwende aromatische Stimulierung (Kaffeegeruch u. a.)
- Biete Puppen, Stofftiere, Spinozabären (teils mit eingebauten Kassettengerät für die Verwendung demenzspezifischer Beruhigungsmusik u. a.)

### *Schmerzen und Beschwerden*

- Behandle die verursachende Erkrankung (Infekt u. a.) oder die Ursache für die Beschwerde (z. B. Verstopfung)
- Falls Hunger oder Durst die Ursachen sind, schaffe Abhilfe
- Biete Massagen an (siehe hierzu auch ROWE et al., 1999).

### *Unbeweglichkeit bzw. Einschränkung der Bewegungsmöglichkeit*

- Biete Unterstützung an, u. a. auch mittels Rollstuhl
- Begleite Bewohner außer Haus (Spaziergang im Garten u. a.)

### *Psychologische Überlastung*

- Reduziere Überstimulierung
- Biete wohltuende Berührungen oder Massage an
- Binde einen vertrauten Angehörigen in die Betreuung ein
- Verwende Prinzip der Gruppen- bzw. Beziehungspflege (vertraute Pflegekraft)
- Spiele Tonbandkassetten mit den Stimmen nächster Angehöriger
- Spiele Kassetten mit Herztönen
- Spiele vertraute Musik (Lieblingslieder aus der Jugend u. a.)
- Animiere zum gemeinschaftlichen Singen (vor allem Kirchenlieder)

### *Müdigkeit*

- Reduziere Überstimulierung
- Kontrolliere Dauer der Aktivitäten und Angehörigenbesuche
- Plane „Nickerchen“

SLOANE et al. (1997) führen einige weitere Ansätze im Umgang mit akustischen Störungen an, die bereits in der Praxis effektiv eingesetzt wurden:

### *Beruhigungsstrategien*

Es hat sich gezeigt, dass bloßes Zusammensitzen oder gemeinsames Gehen bzw. Rollstuhlschieben mit beruhigender Ansprache beruhigende Wirkung zeigen und zu einer Verminderung der Lautäußerung führt. Auch haben sich häufig Berührungen, übers Haar streichen, Hand halten oder auch Massagen der Hand, eines Fußes oder des Rückens bewährt.

### *Lerntheoretische Verhaltensmodifikationen*

Der verhaltenstherapeutische Ansatz der „differentiellen Beachtung“ geht von der Annahme aus, dass Demenzkranke mit akustischen Störungen durch die Aufmerksamkeit und Beachtung der Pflegekräfte bei ihren Störungen positiv bestärkt werden, da ihrem Bedürfnis nach Sozialkontakten entsprochen wird. Nach dem Ansatz der differentiellen Beachtung erhalten die Bewohner nur Zuwendung und Aufmerksamkeit in den Phasen, in denen kein störendes Verhalten gezeigt wird. Weitere positive Verstärker sind Belohnungen wie Nahrungsmittel (Eis zum Beispiel), Tabak, aber auch der Kontakt zu Kindern oder Tieren.

Es liegen bereits einige Fallstudien vor, die die Wirksamkeit dieses Ansatzes in Gestalt einer Verminderung der Häufigkeit und auch der Intensität der Lautäußerungen dokumentiert haben (BIRCHMORE et al., 1983; NILSSON et al., 1988).

### 4.1.3. Mehrdimensionale Verhaltensstrategie: Eine Fallstudie

SLOANE et al. (1997) weisen darauf hin, dass bei demenzkranken Bewohnern mit seltenen oder gelegentlichen akustischen Störungen meistens nur ein oder zwei Gründe für dieses Verhalten vorliegen (z. B. Überstimulierung), während bei Bewohnern mit ständigen akustischen Störungen in der Regel mehrfache Problemlagen als Ursache festgemacht werden können, die eine komplexe, mehrdimensionale Interventionsstrategie erfordern.

#### *Die Fallstudie*

LINDGREN et al. (1992) zeigten anhand einer Einzelfall-Studie die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen bei akustischen Störungen im Rahmen der Pflege und Betreuung im Altenpflegeheim.

Bei der Bewohnerin handelte es sich um eine 93jährige Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium, die durch ständige akustische Störungen (Schreien u. a.) auffiel (46 Prozent der beobachteten Zeit).

Anhand der Pflegediagnose und des Behandlungsplanes wird die Vielschichtigkeit der Gründe für die akustischen Störungen dargestellt. Es bedarf des Hinweises, dass hierbei nach dem Prinzip der Gruppen- oder Beziehungspflege gearbeitet wurde (2 Pflegekräfte wechselten sich in der Früh- und Spätschicht ab):

<b>Pflegediagnose</b>	<b>Behandlung</b>
Chronische sensorische Deprivation und soziale Isolation	Ins Zimmer gehen und mit ihr reden, auch wenn sie nicht schreit. Bei Pflege und Betreuung der Mitbewohnerin auch mit ihr Kontakt halten (Ansprache) beim Reden ihr sanft den Arm streicheln sie in den Tagesraum geleiten
Starke Desorientierung bei der Pflege (Hilfeschreie)	vorsichtiges und beständiges Informieren über die nachfolgende Pflegehandlung und ständiges Reden während der Pflegehandlungen
Schmerzen in den Gelenken, Beschwerden aufgrund ständiger Bettlägerigkeit und Irritation durch den Dauerkatheter	Bewegungsübungen bei der Morgen- und Abendpflege, dabei ständig mit der Bewohnerin reden Entfernung des Katheters, Ersatz durch Kontinenzinlagen

Bereits nach 3 Wochen Intervention reduzierten sich die akustischen Störungen auf kürzere Episoden (wenige Sekunden bis 3-4 Minuten Dauer). Während vor der Behandlung fast die Hälfte der Zeit mit akustischen Störungen (die Episoden hatten eine Dauer bis teilweise 14 Minuten) zugebracht wurde, so waren es nun nur noch 8,2 Prozent der beobachteten Zeit.

#### 4.1.4. Akustisch geschützter Separierungsraum

Sollten Perioden mit hoher Intensität (lautes Schreien) auftreten, so wird empfohlen, die Bewohner vorübergehend in schallisolierte Räumlichkeiten unterzubringen, wobei sie regelmäßig überwacht werden sollten. Es wird empfohlen, dass jede Demenzstation über solche schallisolierten Räumlichkeiten verfügen sollte (SLOANE et al., 1997).

#### 4.1.5. Zusammenfassung / Empfehlungen

Es zeigt sich, dass akustische Äußerungen mit teils störendem Charakter häufig eng mit dem **Milieu** oder auch dem fehlenden Milieu zusammenhängen. Fehlt ein bestimmtes Maß an Geborgenheit, Vertrautheit, personaler Zuwendung, so reagieren die Bewohner mit Verhaltensweisen, die den Mangel und das Bedürfnis nach diesen Kontakten ausdrücken. Soziale Wärme ist für Demenzkranke mehr als für Nicht-Demente eine erforderliche Bedingung für eine angstfreie Lebensweise, denn sie sind sich ihres Unvermögens, ihrer Hilflosigkeit und damit auch Abhängigkeit von Mitmenschen bewusst. Eine Untersuchung hat gezeigt, dass sich Demenzkranke in Gegenwart von Mitbewohnern wohler fühlen als wenn sie allein sind. Am sichersten und wohlsten fühlen sie sich hingegen, wenn sie nicht nur mit ihren Mitbewohnern zusammen sind, sondern zusätzlich auch ihre Bezugspflegekräfte in ihrer Nähe wissen (KIHLGREN et al., 1994).

**Alleinsein**, das Gefühl von Verlassenheit, aber auch des nicht ausreichend eingebunden sein, sind für Demenzkranke teils existentielle Lebenslagen, die als Bedrohung wahrgenommen werden.

Das Zusammensein mit den Bewohnern, verbunden mit sinnvollen Stimuli, die den Bewohner anregen, beschäftigen und manchmal auch nur ablenken, sind Erfordernisse für eine angemessene Betreuung Demenzkranker.

Ein wichtiger Milieufaktor besteht somit aus der psychosozialen Stabilisierung, die für den Bewohner unabdingbar ist. Eine Handlungsanweisung für die Milieugestaltung und auch für die Pflegekräfte könnte demnach lauten: Biete Kontakt an, vermeide das Alleinsein der Bewohner. Eine Gemeinschaft der Bewohnerschaft durch Anregung und Begleitung der Pflegekräfte zu bilden, ist eine Hauptaufgabe psychogeriatrischer Pflege und Betreuung. Dies kann in der Regel gemäß den gängigen Personalschlüsseln nur dann gelingen, wenn die Pflegekräfte hierfür Arbeitskapazität aufbringen können. Dies wiederum wird nur auf psychogeriatrischen Stationen (Alzheimer Units u. a.) möglich sein, da auf diesen Stationen ausschließlich ein homogenes Klientel mobiler oder teilmobiler (Rollstuhlgebundenheit) Demenzkranker zu versorgen ist. Somit fallen keine behandlungspflegerischen Tätigkeiten und auch keine intensiv-grundpflegerische Versorgung ständig Bett gebundener Bewohner an, die ein großes Maß an Arbeitszeit binden (Siehe auch Kapitel 6).

Ein weiteres Element zur Vermeidung bzw. Einschränkung akustischer Störungen besteht in dem Grad der **Stimulierung**, der für den demenzkranken Bewohner herausgefunden werden muss. Die Forschung gibt augenblicklich noch kein Wissen darüber preis, in welchem Ausmaß Stimulierungsbandbreiten (der Bereich zwischen Über- und Unterstimulierung) bei Demenzkranken individuell voneinander abweichen. Auch ist noch nicht bekannt, inwieweit das Stimulierungsniveau von dem Krankheitsverlauf beeinflusst wird und wie die einzelnen Stimulierungselemente (akustische, visuelle, taktile Stimulierung) sich im einzelnen und auch im Verbund für den Betroffenen auswirken.

Die bisherigen Erfahrungen in diesem Kontext lassen darauf schließen, dass es grobe Ober- und Untergrenzen gibt. Ganz pauschal lässt sich somit sagen, dass die für uns Nicht-Dementen noch ertragbaren Reize (Lautstärke u. a.) bereits für Demenzkranke eine Überforderung und damit Stresssituation darstellen (Siehe hierzu Kapitel 8).

Auf der anderen Seite zeigen die bisherigen Erfahrungen jedoch auch, dass die Ruhe oder fast manchmal schon Stille, die wir in der Regel genießen können, für Demenzkranke eine nicht zu verkraftende Reizarmut darstellt, auf die sie mit Lautäußerungen reagieren. Diese akustischen Verhaltensweisen lassen sich in diesem Zusammenhang regelrecht als Selbststimulierung angesichts fehlender Reize interpretieren.

Empfohlen werden kann hier nur, eigene Versuche mit dem Reizniveau auf der Station durchzuführen. Darüber hinaus sollte auch das individuelle sensorische Belastungsniveau der einzelnen Bewohner ausgetestet werden. Als Faustregel hierbei kann gelten, dass die Obergrenze (Überstimulierungsgefahr) bei weitem niedriger liegt als bei uns Nicht-Dementen und dass die Untergrenze (Unterstimulierungsgefahr) höher als bei uns liegt.

Ein Faktor, der auch das Stimulierungsniveau mit beeinflusst, sind die **Räumlichkeiten** der Station. Bewohnerzimmer sind hinsichtlich der Stimulierung und auch der Sozialkontakte regelrechte „Fallen“, sie stellen regelrechte Null-Zonen hinsichtlich Kontakte und

Reize dar. Wie oben bereits mehrfach angeführt (Untersuchungen von COHN-MANSFIELD u. a.), ist das Schreiverhalten im Bewohnerzimmer am häufigsten registriert worden. Dies lässt sich dergestalt interpretieren, dass sich allein in einem Raum zu befinden und zusätzlich ohne sensorische Anregung zu sein, bei den Bewohnern ein Gefühl existentieller Bedrohung auslösen kann, die nicht anders als durch gellendes Schreien um Hilfe verarbeitet werden kann.

Die Räumlichkeiten einer Demenzstation müssten somit ein Optimum an Kontakt fördernden Gemeinschaftsflächen bereitstellen. Die ständige Präsenz der Mitbewohner und Pflegekräfte im Alltag besitzt eine stabilisierende und Sicherheitsstiftende Wirkung, sie bestätigt dem Demenz-kranker ständig, dass er nicht allein und verlassen ist, sondern eingebunden in eine Gemeinschaft (Siehe hierzu auch Kapitel 5).

Zum Schluss dieses Abschnittes soll auch noch einmal auf die Bedeutung von **Schmerzen** und **körperlichen Erkrankungen** als Ursache für akustische Störungen hingewiesen werden.

Es sollte somit zu einer Regel im Umgang mit den betroffenen Bewohnern und ihren Störungen gemacht werden, dass zuerst die körperlichen Aspekte (Schmerzzustand, infektiöse Erkrankung u. a.) und dann erst die demenzspezifischen Aspekte untersucht werden. Einem unter Blasenschmerzen leidenden Bewohner kann auch die beste Gruppenbetreuung nicht helfen, wenn nicht gleichzeitig das körperliche Grundleiden (z. B. Harnwegsinfekt) behandelt wird.

Es soll hier an dieser Stelle auch darauf hingewiesen werden, dass die Pflgeteams den Mut, den Elan und auch das Selbstvertrauen aufbringen sollten, **Einzelfall-Strategien** (wie oben angeführt) zu entwickeln, um den störenden Verhaltensweisen Herr werden zu können.

Vorübergehende Verlegungen in psychiatrische Landeskrankenhäuser zwecks medikamentöser Einstellung sind aus eigenen Erfahrungen hinsichtlich ihrer Effektivität äußerst dürftig. Psychopharmaka spielen in diesem Kontext eine nur sehr nach- geordnete Rolle und zeigen häufig auch mehr negative Nebenwirkungen als positive Normalisierung der Verhaltensweisen.

Gerade die obigen Erfahrungen haben gezeigt, dass nur ein multidimensionaler Zugang in der Behandlung dieser Problematik Erfolg versprechen kann.

#### **4.2. Interventionsmöglichkeiten bei Demenzkranken mit tötlich aggressivem Verhalten**

Tätliche Aggressionen sind überwiegend bei der Interaktion Pflegekraft - Demenzkranker im Bereich der Grundpflege (ADL) beobachtet worden (Siehe Kapitel 3.2). Es kann somit die These aufgestellt werden, dass tötlich aggressives Verhalten Demenzkranker überwiegend ein Produkt (abhängige Variable) der Qualität der Pflegeleistungen (unabhängige Variable) darstellt, wobei die Qualität der Pflege immer auch die Vertrautheit mit den demenzkranken Bewohnern mit einbezieht. Erfahrungsgemäß erprobt und teils auch wissenschaftlich bereits belegt ist der Sachverhalt, dass psychogeriatrische Pflege immer auch Beziehungs- oder Gruppenpflege sein muss, denn nur auf der Basis von

gegenseitigem Vertrauen und Akzeptanz können Interaktionen gestaltet werden, die Körperkontakt, u. a. auch Berührungen im Intimbereich, erlauben (siehe Kapitel 7).

Tätlich aggressives Verhalten scheint nach den vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnissen überwiegend ein abwehrendes Verhalten (defensive response) und somit eine Reaktion auf äußere nicht anders zu bewältigende Drohungen zu sein (BRIDGES-PARLET et al., 1994).

Dieses Faktum ist für die Gestaltung des Lebensraumes, des Milieus und auch der Form der Interaktionen bei der Pflege und Betreuung demnach von größter Bedeutung, denn je demenzgerechter Milieu, Pflege und Betreuung ausfallen, um so geringer werden aggressive Verhaltensweisen zu beobachten sein.

Es bedarf hier jedoch des Hinweises, dass bisher bei den verschiedenen Ansätzen der optimalen Lebensgestaltung immer Reduktionen von tätlich aggressivem Verhalten registriert worden sind, nie jedoch eine völlige Löschung dieser Verhaltensweise. Ähnlich wie bei dem störenden akustischen Verhalten sind auch bei tätlich aggressivem Verhalten Krankheitsbedingt endogene Faktoren hierbei am Wirken.

Im Folgenden werden die verschiedenen Vorgehensweisen zur pflegerischen Bewältigung dieses Verhaltens aufgezeigt werden.

#### 4.2.1. Reflektierte Pflege

Anhand einer Untersuchung aus Schweden soll veranschaulicht werden, welche Auswirkungen allein reflektiertes Pflegen im Sinne von auf Bewohnerbeobachtung basierenden Interaktions- und Pflegeformen auf die Auftretenshäufigkeit von tätlichen Aggressionen haben (NILSSON et al., 1988):

Auf 2 psychogeriatrischen Stationen eines geriatrischen Hospitals in Schweden wurden 40 Patienten (überwiegend im fortgeschrittenen Stadium dementiell erkrankt) über 6 Wochen hinsichtlich ihres aggressiven Verhaltens von den betreuenden Pflegekräften beobachtet.

Es wurde festgestellt, dass von 27 Patienten in den 6 Wochen 266 tätliche Aggressionen ausgingen, von denen sich 234 (88 Prozent) gegen das Pflegepersonal richteten. 200 Attacken (75 Prozent) geschahen bei grundpflegerischen Handlungen (ADL).

Interessant jedoch ist der Verlauf der tätlichen Aggressionen verteilt über die 6 Wochen: In der ersten Woche wurden 91 aggressive Handlungen beobachtet, in der 2. Woche 80, in der 3. Woche 31, in der 4. Woche 28, in der 5. Woche 20 und in der 6. Woche nur noch 16 tätliche Aggressionen.

Sieht man sich den Verlauf genauer an, so lässt sich feststellen, dass in der 3. Woche der qualitative Sprung hin zu einer eher Bewohner zentrierten Vorgehensweise stattfand, denn in der 3. Woche reduzierte sich das Auftreten tätlicher Aggressionen um gut 66 Prozent (von 91 auf 31 Attacken). In den 3 folgenden Wochen verbesserte sich der Umgang noch kontinuierlich (weitere Reduktion um ca.50 Prozent durch Verminderung

von 31 auf 16 Aggressionen), so dass von einer weiteren Optimierung oder Verfeinerung des Umganges gesprochen werden kann.

Von Bedeutung hierbei ist m. E. der Umstand, dass während der 6 Wochen keinerlei pflegerische Schulung, Weiterbildung oder Supervision begleitend einher ging, sondern dass ausschließlich die Auflage an das Pflegepersonal, das aggressive Verhalten zu beobachten und zu dokumentieren, für die Entwicklung eines Bewohner zentrierten Umganges ausreichte.

Interessant in diesem Fall ist auch der Sachverhalt, dass ca. 2 Wochen benötigt werden, um gravierende Verbesserungen im Umgang mit den Demenzkranken zu erreichen. Diese 2 Wochenfrist ist auch in einer anderen Erhebung (ebenfalls aus Schweden) registriert worden, wo es um die Optimierung der Nahrungseinnahme („Füttern“) bei Demenzkranken ging (ATHLIN et al., 1993). In dieser Pflegestudie bedurfte es 2 Wochen (14 Mahlzeiten), damit Pflegehelfer eine Beziehung zu den Bewohnern entwickeln konnten. Umgekehrt bedurfte es auch bei den Demenzkranken dieser Frist, um Vertrauen zu den Pflegekräften aufbauen zu können (Siehe auch Kapitel 7.3.).

Inwieweit 2 Wochen als Mindestzeitraum für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung im Sinne der Gruppen- bzw. Beziehungspflege ausreichen sollten, müsste meines Erachtens in weiteren Pflegestudien untersucht werden.

Es soll noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden, dass eine reflektierte Bewohner zentrierte Pflege, die nur auf der Grundlage der Gruppen- bzw. Beziehungspflege geleistet werden kann, die Grundvoraussetzung für konfliktarme und damit auch Aggressionsreduzierte Pflegeinteraktionen darstellen kann (Siehe auch EVANS, 1996).

#### 4.2.2. Milieuaspekte

Ein weiterer Faktor für die positive Beeinflussung des tötlich aggressiven Verhaltens stellt das Milieu der Station dar. Dieses Milieu lässt sich in verschiedene Elemente untergliedern:

Die *Mitbewohner* hinsichtlich ihrer Kompatibilität im Zusammenleben (homogene Gestaltung: ausschließlich Demenzkranke, heterogene Gestaltung: Zusammenleben Demenzkranker mit Nicht-Demenzkranken).

Das Ausmaß an *Betreuung, Anleitung und Aktivierung* der Demenzkranken auf der Station; so können Gefühle der Verlassenheit und Isolierung, aber auch Territorial-Konflikte auf der Station durch präventive Interventionen vermieden werden.

Das *Stimulierungsniveau* auf der Station: Dieser Aspekt ist von großer Bedeutung, denn Demenzkranke sind aufgrund ihrer eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten von sich aus nicht mehr in der Lage, ihre Reizbeeinflussungen zu kontrollieren bzw. zu regulieren. Über- und Unterstimulierungen mit ihren negativen Auswirkungen auf das Wohlbefinden sind somit häufig die Folge.

Individuelle Stimulierungen in Gestalt der Darbietung von persönlich bevorzugter Musik beim Baden konnten signifikante Reduzierungen tätlicher Aggressionen hervorrufen, wie eine Untersuchung aus den USA zeigte. Um ca. 30 Prozent nahmen tätliche Aggressionen beim Baden ab, positive Verhaltenweisen wie Lächeln, Klatschen und Tanzen zur Musik wurden beobachtet (CLARK et al., 1998).

Das *räumlich-architektonische Milieu*, die physisch räumliche Umwelt, ist ein weiterer Faktor, der Auswirkungen auf das Sozialverhalten und auch auf die Aggressionen der Bewohner besitzt. Räumlichkeiten können Demenzkranke überfordern (sich ständig verlaufen), zu Konflikten führen (Territorialkonflikte in Mehrpersonenzimmern bzw. im halb-öffentlichen Bereich) oder auch Angst erzeugen (Dunkelheit, Schatten u. a.).

Über die Auswirkungen dieser Milieufaktoren liegen eine Reihe von Erfahrungen und Erkenntnisse vor, die in den folgenden Kapiteln weiter erörtert werden. An dieser Stelle soll nur ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass das Milieu in seiner Vielschichtigkeit in seiner Bedeutung gleich nach den pflegerischen Interaktionen einen dominanten Stellenwert bezüglich des Auftretens tätlicher Aggressionen bzw. deren Vermeidung besitzt.

Ergänzend angeführt werden im Folgenden einige Strategien und Verhaltensregeln aus der Pflegepraxis, die in Fachaufsätzen veröffentlicht worden sind. Es bedarf hierbei nochmals des Hinweises, dass dieser Bereich der Pflegeforschung teilweise noch in den Anfängen steckt und somit noch keine allgemeingültigen Erkenntnisse enthalten kann. Von Interesse sowohl für die Praxis vor Ort als auch für die Sphäre der Ausbildung, Weiterbildung und Beratung werden eine Reihe von empfohlenen Verhaltensmustern sein, die m. E. erste Hinweise und Trends in Richtung auf einen angemessenen Umgang mit der Problematik Umgang mit tätlichen Aggressionen bieten.

#### 4.2.3. Prävention und Vermeidungsstrategien

MAXFIELD et al. (1996) und MILLER (1997) führen einige Konzeptionen und Vorgehensweisen an, die als präventive Maßnahmen das Auftreten aggressiven Handelns Demenzkranker gegenüber den Pflegekräften einschränken können:

*\* Das Wissen über Verhaltens-, Einstellungs- und Reaktionsweisen der Bewohner bei der Pflege und Betreuung.*

Das Wissen über den Bewohner und seinem Verhalten bei der Pflege ermöglicht es, die Pflege auf die Reaktionsweisen und damit auch auf die Bewältigungsstrategien des Bewohners auszurichten. Dadurch kann die Pflege Bewohner bezogen gestaltet werden und die Gefahr tätlicher Aggressionen als Reaktion auf Pflegehandlungen, die vom Bewohner nicht erfasst oder verstanden werden, vermindert sich (Siehe auch Abschnitt reflektierte Pflege).

Psychogeriatrische Pflege ist somit immer personalisierte Pflege im Sinne einer individuellen Pflege und niemals Routine-Pflege.

*\* Empathie*

Von den Pflegekräften wird erwartet, sich in die Lebenswelt des Demenzkranken bei den verschiedenen Reaktionsweisen einschließlich dem aggressiven Verhalten einzufühlen. Wenn Pflegekräfte versuchen, das Verhalten aus der Sicht des Bewohners nachzuvollziehen und damit auch zu deuten und zu verstehen, dann wird die Interaktion zwischen den beiden im Sinne eines aufeinander Eingehens sensibilisiert.

*\* Anpassung der Pflege an den Bewohner*

Ein Bewohner zentriertes und auch empathisches Vorgehen bei der Pflege Demenzkranker führt automatisch zu einem Anpassungsprozeß der Pflege an den oder die Bewohner.

*\* Biographisch orientierte Pflege*

Die Berücksichtigung und auch Einbeziehung lebensgeschichtlicher Elemente in die Pflege erhöht die Vertrautheit und damit auch die Sicherheit in der Pflege. Wenn z. B. bei der Pflege das Lieblingslied des Bewohners gesungen oder gesummt wird, oder wenn ein jüdischer Bewohner in einem Altenpflegeheim in den USA auf hebräisch begrüßt wird, dann fühlen sich die Bewohner eher angenommen und emotional eingebunden.

*\* Die Würde des Bewohners berücksichtigen*

Hiermit bezeichnen die Autoren Strategien bei der Pflege und Betreuung, die darauf abzielen, dem demenzkranken Bewohner das Gefühl zu vermitteln, noch relativ selbständig wirken zu können und damit auch einen Einfluss auf seine Lebensgestaltung zu besitzen. Dies kann u. a. dadurch erzielt werden, dass dem Bewohner häufig die Möglichkeit zur Entscheidung eingeräumt wird. Z. B. bei der Wahl der Bekleidung, dem Essen oder auch der Pflegekraft, die die Grundpflege ausführen darf, sollte der Bewohner mit einbezogen werden.

Auch sollte in peinlichen Situationen (z. B. Inkontinenzspuren in der Kleidung) darauf geachtet werden, dass die Hilfe hierbei möglichst dezent und unauffällig vorgenommen wird, so dass der Bewohner gegenüber den Mitbewohnern und auch den Pflegekräften nicht sein Gesicht verliert (Siehe auch WINGER et al., 1989).

*\* Beobachtung des Bewohners hinsichtlich aufkommender Aggressivität*

Es gilt hierbei genau die Bewohner hinsichtlich bestimmter Verhaltensweisen zu beobachten, die als Anzeichen einer beginnenden aggressiven Handlung gedeutet werden können wie z. B. Wandern, ziellose Bewegungen, Änderungen des Gesichtsausdruckes, der Stimmung und des Verhaltens, Fäuste ballen und anheben u. a..

Aus der Pflegepraxis in Deutschland kann des weiteren die Empfehlung gegeben werden, bei der Körperpflege und besonders bei Pflegehandlungen, die eventuell Schmerzen verursachen können wie z. B. das Schneiden der Fußnägel, möglichst auf den Gesichtsausdruck hinsichtlich einer eventuellen Veränderung (Mimik) zu achten. Gerade in

Situationen mit schmerzhaften Einwirkungen sind häufig Pflegekräfte tätlich angegriffen worden.

Aber auch bei Handlungen ohne direkten Körperkontakt wie z. B. das Binden eines Schuhsenkels bei einem Bewohner im Rollstuhl sind Schläge auf den Kopf beobachtet worden. Dies kann damit erklärt werden, dass der Bewohner aufgrund seiner Hirnleistungsstörungen „vergessen“ hat, dass eine vertraute Pflegekraft sich um seine Schuhe bemüht.

*\* Bestärkung und Unterstützung (support)*

Der Demenzkranke sollte bei den Pflegehandlungen ständig verbal dergestalt unterstützt werden, dass er nicht nur auf die einzelnen Pflegeschritte hingewiesen wird, sondern dass er in seiner Mitwirkung bei der Pflege oder auch nur bei dem Gewähren lassen der Pflege positiv bestärkt wird. Die fortwährende Ansprache und teilweise auch Belobigung soll dem Bewohner die Gewissheit geben, auch angesichts seiner ihm teils bewussten Funktionseinschränkungen bei den alltäglichen Verrichtungen von den Pflegekräften akzeptiert zu werden. Hierbei sollten möglichst auch Begriffe, Redewendungen und Sprecharten Verwendung finden, die ihm aus seiner Lebensgeschichte her vertraut ist.

Bedeutsam für die Pflege ist hier vor allem, dass der Bewohner in einem freundlichen Tonfall die vertraute Stimme seiner Bezugspflegekraft vernimmt, zweitrangig ist hier, dass er auch alles versteht oder begreift. Die sprachlichen Äußerungen haben somit hierbei hauptsächlich die Aufgabe, Vertrauen, Sicherheit und Bestätigung in der manchmal äußerst prekären Situation der Pflege zu vermitteln.

*\* Auf die Phantasien eingehen (Going into their world)*

Die Autoren plädieren hierbei, den Bewohner in seiner eigenen Welt der Phantasien und irrealen Vorstellung zu belassen und keine Korrekturen im Sinne eines Realitätstrainings vorzunehmen. Dem Bewohner wird nicht nur gestattet, in seiner eigenen Weltvorstellung zu verbleiben, sondern die Pflegekraft bestärkt diese Weltsicht sogar durch eigene Äußerungen oder Bestärkungen. Es wurde beobachtet, dass die Bewohner sich in diesem Zustand als kooperativer bei der Pflege erwiesen und auch seltener sich der Pflege widersetzen.

*\* Den Bewohner schützen*

Den Schutz des Bewohners zu forcieren bedeutet, Situationen zu vermeiden, die zu offenen Aggressionen führen können. Besonders wichtig ist hierbei, dass auf die persönliche Sphäre oder das Revierverhalten der Demenzkranken Rücksicht genommen wird. Dies bedeutet z. B., dass es vermieden wird, dass ein Bewohner in ein fremdes Zimmer wandert und sofort Streit mit dem Mitbewohner bekommt. Oder auch, dass es nicht zu einem Streit um einen Sessel im öffentlichen Bereich kommt, indem man bereits im Vorfeld einen Bewohner in eine andere Ecke oder entfernte Räumlichkeit führt und dort eine Sitzgelegenheit anbietet.

#### *\* Zeit nehmen*

Dieses Konzept bedeutet, dass die Pflege nach dem Auffassungsvermögen des Bewohners und nicht schnell und routiniert ausgeführt wird. Zeit nehmen muss bei der Demenzpflege geradezu als ein Therapeutikum aufgefasst werden, denn nur bei ruhigem, geduldigem Eingehen auf den Bewohner lässt sich eine Pflege ohne Widerstand und Verweigerung realisieren.

Die hier von MAXFIELD et al. und auch von MILLER angeführten Empfehlungen zur Prävention aggressivem Verhalten der demenzkranken Bewohner sind aus deutscher Sicht in einigen Fällen nichts Neues, stellen sie doch Elemente einer Bewohner zentrierter Pflege in der Altenhilfe dar. In den USA hingegen, wo vor mehr als 10 Jahren angesichts störender Verhaltensweisen noch regelmäßig fixiert und sediert wurde, stellen diese Maßnahmen einen Paradigmenwechsel in der Pflege dar.

Diese Empfehlungen besitzen m. E. noch einen idealistischen und mehr normativen Charakter, der durch Praxisbezug gegenwärtig noch nicht ausreichend abgesichert ist. Berücksichtigt man, dass die Pflegehelfer in den Altenpflegeheimen in den USA durchschnittlich nur 12 Minuten pro Tag für die Pflege zur Verfügung haben, so verlieren Anregungen wie „Zeit nehmen“ bei der Pflege geradezu ihren Realitätsbezug.

Das positive Element dieser Präventionsstrategien besteht m. E. in ihrem Charakter, Leit- und Orientierungskonzepte für die Pflege darzustellen. Die vollständige Einlösung dieser Maßnahmen wird gegenwärtig in den USA als auch in Deutschland nicht möglich und auch in Zukunft kaum zu realisieren sein. Die Annäherung an dieses Vorgehen in der täglichen Praxis kann hingegen positive Resultate bei der Vermeidung tätlicher Aggressionen aufweisen.

#### 4.2.4. Umgang mit der tätlichen Aggression

Bei dem Auftreten tätlicher Aggressionen gegenüber Pflegekräften gilt es einige Empfehlungen zu berücksichtigen, um die entstandene Problemlage zu entschärfen bzw. wieder einen möglichst aggressionsfreien Zustand herzustellen. HAGEN et al. (1995) führt für die Weiterbildung von Pflegekräften 4 Hauptstrategien an, die die De-eskalation der Konfliktsituation zum Gegenstand hat:

#### *\* Akzeptanz*

Hiermit ist gemeint, die Situation als gegeben hinzunehmen. Für die Pflegekraft, die vielleicht gerade geschlagen, getreten, gekniffen oder bespuckt wurde, keine allzu selbstverständliche Sichtweise. Die Pflegekraft sollte die Einstellung haben, durch das eigene Verhalten die Lage nicht noch weiter zuzuspitzen. Sie sollte möglichst jetzt nicht schreien, den Bewohner mit seinem Verhalten konfrontieren oder versuchen, einen Disput über das Fehlverhalten zu beginnen. Auch sollte sie nicht in dieser Situation versuchen, Körperkontakt zu dem Bewohner herzustellen (Siehe hierzu auch FELDT et al., 1992).

### \* *Validierung des Verhaltens*

Die angegriffene Pflegekraft sollte sich bei diesem Vorgehen bewusst machen, was der Grund oder die Ursache für den tätlichen Angriff sein könnte. Die Situation in dem Zusammenhang einer erlittenen körperlichen und häufig schmerzhaften Einwirkung sachlich und nüchtern zu analysieren, ist bestimmt kein leichtes Unterfangen, doch es sollte zu mindestens in Ansätzen versucht werden. Wichtig ist hierbei, dass sich die Pflegekraft bewusst macht, dass die tätliche Aggression nicht gegen sie persönlich gerichtet war, sondern dass es sich hierbei überwiegend um eine Abwehrreaktion aus einer Überforderungs- oder Stresssituation handelt. Allein schon die Tatsache, dass die Pflegekraft sich vergewissert, dass hier ein Krankheitsbedingtes Fehlverhalten und keine auf ihre Person zielende feindliche Attacke vorliegt, gibt ihr Gelegenheit, etwas professionelle Distanz zu entwickeln. Der nächste Schritt wäre eine kurze Analyse des Geschehens besonders auch unter dem Aspekt des eigenen Verhaltens und dessen Wirkung auf den Bewohner. Überlegungen wären z. B.: „War ich zu hektisch und habe dem Bewohner nicht die Möglichkeit eingeräumt, sich auf mich und die Pflegehandlung einzustellen?“

### \* *Beruhigungsphase (cool-off-period)*

Der nächste Schritt besteht aus Beruhigungsphase überwiegend des Bewohners, der ja aus einer vermeintlichen Bedrohungssituation heraus aggressiv wurde. Hierbei sind je nach Vorfall und auch Persönlichkeit des Bewohners und auch der Pflegekraft verschiedene Ansätze möglich: Man kann beruhigend und besänftigend mit dem Bewohner reden, auch ein körperlicher Rückzug vielleicht um ein oder zwei Meter kann angezeigt sein, um dem Bewohner zu signalisieren, dass seine persönliche Sphäre von keinem anderen mehr verletzt wird.

### \* *Ablenkung*

Es sollte der Pflegekraft in dieser Situation bewusst sein, dass auch der Bewohner äußerst erregt, aufgewühlt und teils völlig verunsichert und vielleicht sogar verängstigt ist. Er benötigt jetzt Hilfe und Unterstützung, um sich wieder beruhigen zu können. Die angezeigte Strategie hierbei ist die Ablenkung, die sich besonders bei Demenzkranken in verschiedenen Konfliktlagen als die effizienteste Vorgehensweise herausgestellt hat. Es sollte der Pflegekraft evident sein, dass eine Ablenkung bei einem Demenzkranken bei weitem leichter und schneller vonstatten geht als bei einer Person ohne Hirnleistungsstörung. Salopp ausgedrückt kann man sagen, dass man mit der Kurzzeitgedächtnisstörung dergestalt taktisch umgeht, dass man sie benutzt, um den Bewohner aus seiner Agitationsphase heraus zu bringen.

Ein Beispiel aus der Praxis (Altenpflegeheim in Essen) möge dies verdeutlichen:

Eine Bewohnerin wehrte sich abends ständig gegen das Auskleiden durch die Pflegekraft. Es war ihr äußerst peinlich, von einer fremden Person ausgezogen zu werden. Die Bezugspflegekraft wusste um die Lebensgeschichte der alten Dame (Besitzerin eines kleinen Hutgeschäftes) und nahm dieses Wissen zum Anlass, die Bewohnerin von der Pflege abzulenken. So fragte sie fast schon ritualartig jeden Abend die Bewohnerin nach ihrem Geschäft, den Hüten und Moden etc. und kleidete sie dabei aus. Die alte Dame war mit den Fragen und ihren Antworten derart abgelenkt, dass sie kaum die Pflege wahrnahm und sich somit auch nicht dagegen sträubte.

Es bedarf m. E. des Hinweises, dass es noch eingehender Untersuchungen bedarf, um die Effektivität verschiedener Umgangsweisen mit tätlichen Aggressionen zu ermitteln. Die hier vorgestellte vierstufige Konzeption kann als eine in der Praxis erprobte Beruhigungsstrategie aufgefasst werden, denn sie enthält die Elemente „Selbstkontrolle“, „(professionelle) Distanz“, „Analyse der Situation“, „Entspannung“ und „Ablenkung“, die m. E. eigentlich für viele konflikträchtigen und teils eskalierenden Situationen eine probate Handlungsstrategie darstellen.

#### 4.2.5. Bewältigungskonzept für Pflegekräfte

FELDT et al. (1992) entwickelt eine Strategie für Pflegekräfte, in der Situation eines tätlichen Angriffes ihre Emotionen in den Griff zu bekommen. Dieses Konzept („S.T.O.P. Strategy“) wird in der Kurzfassung als eine Handlungsanweisung zur Veranschaulichung angeführt.

##### *S - Slow down (Werde langsamer)*

Versuche, in Sprache und Bewegung langsamer zu werden. Versetze dich quasi in ein Zeitlupentempo, das dir bei der Beruhigung deiner Gefühle behilflich sein kann. Falls es möglich ist, ziehe dich aus dem Geschehen zurück, atme dreimal langsam durch und zähle langsam bis 10 bevor du dich der Situation wieder stellst.

##### *T - Think about what happening (Überdenke das Geschehen)*

Frage dich selbst: „Wie höre ich mich an? Wie fühle ich mich? Übertreibe ich hierbei vielleicht? Könnte ich dies (Pflegetherapie) später weitermachen, wenn ich etwa beruhigt bin? Könnte mir jetzt jemand dabei helfen, die Situation zu verarbeiten?“

##### *O - Options (Wahlmöglichkeiten)*

Schaue nach Alternativen. Wie könnte dies (Pflegetherapie verbunden mit tätlichem Angriff) anders gestaltet werden? Frage die Kollegen nach möglichen Ideen und Lösungen.

##### *P - Plan to have some time for yourself (Plane Zeit für dich zu haben)*

Es ist augenblicklich für dich unmöglich zu pflegen und zu betreuen, da du noch völlig übermüdet und überwältigt bist. Nimm dir Zeit für reguläre tägliche Aktivitäten wie z. B. einen flotten Spaziergang. Nimm dir eine Pause. Plane für deine Zukunft.

Diese recht einfach gehaltenen Ratschläge können als individuelles Konfliktmanagement aufgefasst werden, das als erste Schritte für die Verarbeitung und persönliche Bewältigung des Geschehens verstanden werden kann. Ob wie oben vorgeschlagen (Kapitel 3.3.) spezielle Beratungsteams für die Betreuung geschaffen werden sollten, oder ob die Pflegeteams und ihre Leitungen für diese Aufgabe (Unterstützung und Begleitung der angegriffenen Pflegekräfte) besonders sensibilisiert werden sollten, bedarf weiterer

Klärung. M. E. ist es für die Betroffenen besonders wichtig, Anteilnahme, Trost und Unterstützung in der Kollegenschaft zu erfahren. In solch einer Lage allein gelassen zu werden, kann bei sensiblen Persönlichkeiten leicht gravierende Folgen haben (Siehe hierzu Kapitel 3.3.2.).

#### 4.2.6. Qualifizierungskonzepte

In den USA werden im Rahmen der Weiterbildung für Pflegehelfer bei dem Umgang mit Aggressionen häufig als Grundlage die „5 Basisziele in der Pflege Demenzkranke“ (five basic goals of care for the demented elderly) angeführt:

Der Bewohner soll sich sicher fühlen,  
der Bewohner soll sich physisch wohl fühlen,  
der Bewohner soll das Gefühl haben, selbst bestimmt zu sein,  
der Bewohner soll möglichst ein optimales Stimulierungsniveau erfahren und  
der Bewohner soll möglichst Befriedigung und Freude erleben (FELDT et al., 1992; HAGEN et al., 1995).

Im Kern dieses Ansatzes steht ein Bedürfnis orientiertes Konzept dergestalt, dass von den natürlichen Bedürfnissen des Demenzkranken als ein menschliches Wesen als dem Ziel der Pflege und Betreuung ausgegangen wird. Nicht die störenden Verhaltensweisen und Krankheitssymptome der Demenz stehen im Mittelpunkt der Pflegekonzeption, sondern die Vorstellung, durch verschiedene Vorgehensweisen und Strategien dem Demenzkranken bedürfnisgerechte Lebensumstände zu gestalten.

Dieses Modell ist sehr komplex dahingehend, da psychische, physische und soziale Faktoren der Demenzkranken als auch der räumlichen und sozialen Umwelt in dieses Modell mit eingehen. Störende Verhaltensweisen wie z. B. akustische Äußerungen oder ständiges Wandern werden in diesem Konzept als Bedürfnis bezogene Verhaltensweisen umdefiniert, die ihren Ursprung größtenteils in für Demenzkranke unzureichenden Milieu- und Interaktionsstrukturen haben (Siehe hierzu ALGASE et al., 1996).

Die Vermittlung dieser Inhalte im Rahmen von Weiterbildungsmaßnahmen wird in den USA überwiegend in den Einrichtungen selbst (inservice) durchgeführt, abgestimmt mit dem Dienstplan und Aufnahmevermögen der Pflegekräfte. So werden z. B. zeitlich relativ kurze Schulungssitzungen von nur 30 Minuten arrangiert (HAGEN et al., 1995). Die Dauer des Weiterbildungsangebotes erstreckt sich teils von 3 bis 11 Monaten und wird überwiegend von externen Pflegefachkräften, die sich teilweise auf diese Tätigkeit spezialisiert haben durchgeführt (FELDT et al., 1992; HAGEN et al., 1995; MAXFIELD et al., 1996; WILKINSON, 1999).

Vom methodischen Vorgehen werden die Weiterbildungsangebote in verschiedene Zugangsweisen differenziert: Vorträge, Gruppendiskussionen, Fallbeispiele, Rollenspiele, Mediennutzung (Videos) und Begleitung bei den täglichen Pflegehandlungen auf der Station.

Die Wirkung dieser Weiterbildungsprogramme bezüglich tätlicher Aggressionen sind in 2 Fällen gemessen worden: HAGEN et al. (1995) ermittelte eine Minderung tätlicher Aggressionen um 50 Prozent und WILKENS (1999) in einem anderen Programm eine Reduktion um 58 Prozent.

#### 4.2.7. Zusammenfassung: Umgang mit tätlichen Aggressionen

In den folgenden Abschnitten werden einige Aspekte des Problembereiches tätliche Aggressionen zusammenfassend noch einmal angeführt mit dem Ziel, Wahrnehmung, Einstellung und auch Verhaltensweisen einschließlich Vorausplanen und Begleiten im Umgang mit dieser Problematik zu vertiefen und auch zu erweitern.

##### *\* Wahrnehmung*

Mit dem Ansatz Wahrnehmung sind hierbei verschiedene Faktoren und Ebenen gemeint:

- Ich beobachte den demenzkranken Bewohner bei der Pflege oder Betreuung in seinem Verhalten und registriere jede gravierende Veränderung in Gestik, Mimik oder Körperhaltung, die auf eine beginnende tätliche Aggression hinweisen könnte. Gleichzeitig achte ich auch darauf, ob ein allgemeiner Anstieg der Agitiertheit und Aggressivität unabhängig von den Pflegeinteraktionen festzustellen ist, der auf einen eventuellen Schmerzzustand (Harnwegsinfekt als Ursache u. a.) beruhen könnte.
- Mir ist bewusst, dass Demenzkranke zu Wahnvorstellungen und Halluzinationen neigen, so dass z. B. in einem Handlungskontext plötzliche Veränderungen bei dem Bewohner in seiner Wahrnehmung auftreten können. War ich eben noch die vertraute Pflegeperson, so kann ich im nächsten Moment bedingt durch die psychiatrische Symptomatik für eine fremde, vielleicht gar feindliche Person gehalten werden, die es abzuwehren gilt.
- Ich nehme auch mich in meinem Verhalten und meinen Äußerungen dem Bewohner gegenüber wahr: Bin ich zu hektisch, zu laut, zu ungeduldig, dann ist mir bewusst, dass ich für den Bewohner zu einer Belastung und Überforderung werden kann, die er nicht angemessen zu bewältigen weiß. Sollte ich verspüren, dass ich meine Hektik oder meinen Stress nicht in den Griff bekomme, so muss ich mich fragen, ob ich dem Bewohner meine Pflegeinteraktionen und damit auch meine Gegenwart zumuten darf.

Aus Altenhilfeeinrichtungen in Baden-Württemberg ist der Modus bekannt, dass in Pflegeteams in solch einer Situation Arrangements getroffen werden, dass die ausgewählte Pflegekraft in der Schicht aus den bewohnernahen Tätigkeiten (Pflege, Betreuung) herausgezogen wird und mit eher mehr bewohnerfernen Tätigkeiten beauftragt wird.

### \* *Einstellung*

Auch bei der Einstellung zu dem Bewohner oder der Einstellung des Bewohners zu meiner Person sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Besitze ich eine mir kaum bewusste eher negative Einstellung zu einem Bewohner (Nach dem Motto „Den kann ich nicht riechen.“), so sollte ich dies dergestalt berücksichtigen, dass ich mich langfristig aus der Pflege dieses Bewohners zurückziehe und dafür einen anderen Bewohner pflege. Andernfalls kann es leicht geschehen, dass es bei der Pflege zu tätlichen Aggressionen kommen kann. Denn mir ist bewusst, dass obwohl die geistigen Fähigkeiten bedingt durch den Krankheitsprozess stark eingeschränkt sind, die emotionalen und damit psychosozialen Empfindungsmöglichkeiten noch recht gut intakt sind. Das bedeutet, die Demenzkranken spüren noch recht genau positive oder auch negative Einstellungen in Gestalt von Äußerungen, Körperhaltung u. a. und reagieren entsprechend.
- Ebenfalls muss ich akzeptieren, dass mich ein Bewohner aus einem mir unverständlichen Grund als Pflegebezugsperson ablehnen könnte. Die negative und damit ablehnende Einstellung sollte berücksichtigt werden, denn andernfalls entstehen sowohl für den Bewohner als auch für die Pflegekraft belastende und konfliktreiche Kontakte und Interaktionen. Man kann sich die Ablehnung teils damit erklären, dass die betroffene Pflegekraft den Bewohner an eine Person aus ihrem Leben mit vielleicht schmerzlichen oder verlustreichen Erfahrungen erinnert.

In einem Altenpflegeheim im Kreis Heinsberg (Niederrhein) wurde z. B. beobachtet, dass eine Pflegerin von einer demenzkranken Bewohnerin ständig für einen Mann gehalten wurde, den sie nicht an sich heran ließ. Realitätsorientierende Hinweise von anderen Pflegekräften, dass es sich bei der Kollegin um eine Frau handeln würde, fruchteten nicht. Die Wahrnehmung und Einstellung der Bewohnerin wurde letztlich akzeptiert, indem sich die betroffene Mitarbeiterin aus der Pflege dieser Bewohnerin zurückzog.

### \* *Verhalten*

Beim Verhalten in der Pflege und Betreuung Demenzkranker sollte zwecks Vermeidung tätlicher Aggressionen einige Aspekte Berücksichtigung finden. Aber auch das Verhalten der Bewohner ist von Bedeutung, wenn es darum geht, aggressive Verhaltensweisen nicht aufkommen zu lassen.

- Beim Umgang mit dem Bewohner und besonders bei der Pflege muss ich mich in Tempo und auch Vorgehensweise an den Bewohner anpassen. Grundsatz hierbei ist: Ich habe die Fähigkeit zur Anpassung, der demenzkranke Bewohner hingegen nicht, denn er kann in der Regel nur unangemessen reagieren. In der Praxis bedeutet dies häufig, dass ich meine Handlungen verlangsame, dass ich teils schrittweise, dem Aufnahmevermögen des Bewohners entsprechend meine Pflegehandlungen durchführe. Wie bereits oben angeführt, ist Zeit ein entscheidender therapeutischer Faktor. Zeit bedeutet in diesem Zusammenhang Ruhe, Geduld

und auch Gelassenheit, die der Bewohner spürt und ihm die Interaktion auch erleichtert.

- Neben Ruhe und Geduld bedarf es auch der Berücksichtigung der Faktoren Sicherheit und Vertrauen sowohl hinsichtlich der Pflegeperson als auch hinsichtlich des Pflegeprozesses. Oben wurde bereits erwähnt, dass die Gruppen- oder Beziehungspflege Grundvoraussetzung für eine angemessene Bewohner zentrierte und damit auch psychogeriatrische Pflege ist. Nur eine mir bekannte und damit auch vertraute Pflegeperson lasse ich als Demenzkranke körpernahe Pflegehandlungen an mir ausführen. Als Pflegeperson muss ich auch berücksichtigen, dass der Pflegeprozess dem Bewohner sicher und ungefährlich erscheint. Das bedeutet u. a., dass ich den Bewohner auf die einzelnen Pflegeschritte vorher hinweise, er sollte wissen, was mit ihm geschieht. Zusätzlich muss ich während der ganzen Pflegehandlung ruhig und beruhigend auf den Bewohner einreden und dabei auch einen freundlichen Gesichtsausdruck haben. Die vertraute Stimme, der beruhigende Tonfall und zugleich die freundliche Mimik signalisieren dem Bewohner das Maß an Sicherheit und Vertrauen, das er benötigt, um die ihm teils unangenehm, vielleicht auch peinlichen Pflegeprozeduren an sich geschehen zu lassen (Siehe auch Kapitel 7).
- Doch auch das Verhalten des Bewohners ist hinsichtlich der Vermeidung tätlicher Aggressionen von äußerster Wichtigkeit. Als Pflegekraft muss ich nicht nur zur Kenntnis nehmen, sondern auch akzeptieren, dass Bewohner bestimmte Pflegehandlungen ablehnen bzw. die Mitwirkung verweigern. Oben wurde bereits besonders das Duschen und auch das Baden als häufig abgelehnte Pflegeprozedur angeführt. Nie sollte ich Gewalt anwenden, denn dadurch demütige ich den Bewohner und lasse ihn in einen Zustand der Ohnmacht, Verzweiflung und auch völligen Verängstigung geraten. 2 Möglichkeiten stehen mir in der Regel hierbei offen: Einerseits kann ich mich zurückziehen und den Pflegeprozess zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zu beginnen versuchen, andererseits muss ich bei wiederholter Verweigerung zu einer Ersatzhandlung Zuflucht nehmen. Lässt sich der Bewohner nicht duschen, so muss ich ihn eben im Bett waschen. Verweigert er den Reinigungsprozess total, so muss ich dies zu diesem Zeitpunkt berücksichtigen. Mir sollte klar sein, dass die Verweigerung der Pflegehandlung eine Willensäußerung darstellt. Gerade wenn ich dies nicht anzuerkennen versuche, den Willen des Bewohners zu brechen versuche, kommt es leicht zu tätlichen Angriffen.

Hier zeigen die Bewohner den Pflegekräften auch Grenzen, werden sie verletzt wird teils mit Aggression reagiert, denn die Bewohner können sich kaum noch verbal äußern und damit auch verbal wehren.

#### *\* Vorausplanen und Begleiten*

Wie bereits oben angeführt, sind Verletzungen der persönlichen Sphäre und auch des eigenen Reviers häufig die Ursachen für tätliche Aggressionen den Pflegekräften als auch den Mitbewohnern gegenüber. Als Pflegekraft muss ich das zukünftige Verhalten

der Demenzkranken in einem gewissen Umfang vorhersehen und entsprechende Vorkehrungen treffen, um Situationen mit einer großen Wahrscheinlichkeit der Entstehung tätlicher Aggressionen zu vermeiden. Da die Demenzkranken häufig zu stereotypen Verhaltensmustern neigen, ist es nicht allzu schwer, die nächsten Schritte und Handlungsweisen eines vertrauten Bewohners zu errahnen. Diese Vorgehensweise kann als Verhaltens-Management oder aber auch umgangssprachlich als „Schutzengel-Funktion“ bezeichnet werden. Ich bin in gewisser Hinsicht ein „Schutzengel“, indem ich den Bewohner vor Zusammenstößen mit anderen Bewohnern z. B. bei dem Konflikt um eine Sitzgelegenheit oder um einen begehrten Gegenstand behüte. Das setzt nicht nur die Erfahrung und das Wissen um bestimmte Verhaltensweisen und auch Milieustrukturen, die brisant hinsichtlich eventueller Konflikte sind, voraus, sondern es ist auch ein bestimmtes Maß an Empathie oder Einfühlungsvermögen erforderlich.

Vorausplanen erfordert neben der Vertrautheit mit dem Bewohner und seinem sozialen Umfeld in Gestalt der Mitbewohner auch bestimmte Raumstrukturen, die es mir ermöglichen, große Bereiche der Station überblicken zu können. Indem der Bewohner möglichst oft von mir gesehen wird, habe ich Gelegenheit, ihn sowohl geistig oder auch körperlich zu begleiten in dem Sinne, dass ich im Vorfeld sich anbahnender Konflikte bereits eingreifen kann.

#### *\* Ablenken*

Zum Schluss dieses Abschnittes sollte zur Verdeutlichung nochmals darauf hingewiesen werden, dass das Ablenken eine probate und einfach zu handhabende Vorgehensweise bei der Vermeidung aber auch der Lösung aggressiver Konflikte darstellt. Die Kurzzeitgedächtnisstörungen der Demenzkranken erlauben es, durch die Präsentation neuer sensorischer und sozialer Stimuli, verbunden teilweise mit einem Ortswechsel, den betroffenen Bewohner die Konflikt hafte Situation möglichst schnell vergessen zu lassen.

## **5. Anpassung der Arbeitsorganisation und Pflegestruktur an die Demenzkranken**

In diesem Kapitel werden die Faktoren und Wirkkräfte angeführt, die für die Wohn- und Lebensverhältnisse Demenzkranker in Altenhilfeeinrichtungen erforderlich sind, um eine klientelgerechte psychogeriatrische Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Im Mittelpunkt hierbei stehen die Organisation der Arbeit, das Reaktionsverhalten der Pflegekräfte und die inhaltlichen Schwerpunkte in der Versorgung im täglichen Alltag eines Altenpflegeheimes.

Nicht thematisiert werden Strategien der demenzspezifischen Pflege (Siehe hierzu Kapitel 7) die Aspekte einer demenzspezifischen Milieugestaltung (Siehe hierzu Kapitel 8) und auch nicht räumlich-architektonische Aspekte (Siehe hierzu Kapitel 10).

Folgende Aspekte werden in den nächsten Abschnitten eingehender dargestellt werden:

- Die Schwankungen in der Tagesform Demenzkranker im ADL-Bereich
- Biographisch bedingte Verhaltensmuster und Gewohnheiten
- Die Flexibilisierung der Pflege- und Betreuungsprozesse aufgrund dieser Schwankungen und der bewohnerspezifischen Verhaltensweisen
- Die Auswirkungen des „sun downing“ (abendliche Agitiertheitsphase) auf die Personaleinsatzplanung
- Das Präsenzprinzip als wichtiges Element der Pflege und Betreuung
- Das Pflegeaufkommen bei homogener und heterogener Bewohnerschaft

### **5.1. Schwankungen der Tagesform Demenzkranker im ADL-Bereich**

In einer Studie über die Fähigkeiten Demenzkranker bei ihrer Morgentoilette in einem Altenpflegeheim in Schweden stellten SANDMAN et al. (1986 und 1994) u. a. fest, dass bei den Bewohnern unterschiedliche Tagesformen bei der Fähigkeit zur Selbstpflege auftraten.

An manchen Tagen waren die Bewohner zu Eigenleistungen von 50 Prozent und mehr fähig, an anderen Tagen wiederum waren sie zu 100 Prozent auf die Hilfe der Pflegekräfte angewiesen.

In Anlehnung an die Pflegekategorisierung von OREM (siehe hierzu BESSELMANN et al., 1998) konnten also bei der Pflege Demenzkranker am Morgen folgende Pflegestrategien beobachtet werden:

- anleitend-unterstützendes Pflegeverhalten (bei einer relativ guten Tagesform)
- teilweise kompensatorisches Pflegeverhalten (bei einer mittelgradig beeinträchtigten Tagesform)
- vollständig kompensatorisches Pflegeverhalten (bei einer schlechten Tagesform).

Versucht man sich dies praktisch zu vergegenwärtigen, so könnte man sich vorstellen, dass eine demenzkranke Bewohnerin morgens bei guter Verfassung z. B. die Strumpfhosen mit verbaler Aufforderung und Handreichung sich selbst anziehen kann, bei mittlerer Beeinträchtigung bedürfte es der konkreten Hilfestellung (z. B. die ersten Anziehschritte würden durch die Pflegekraft erfolgen) und bei schlechter Verfassung müsste die Pflegekraft die Strumpfhose der Bewohnerin vollständig anziehen.

In der schwedischen Studie wurden Tagesschwankungen von 30 - 100 Prozent registriert. Bei vielen Weiterbildungsveranstaltungen mit Pflegekräften in Altenpflegeheimen in NRW wurden diese Erfahrungen bestätigt. Es wurde von Pflegekräften darauf hingewiesen, dass die Tagesschwankungen sich nicht nur auf das Verhalten am Morgen beim Aufstehen beschränken, sondern dass diese Schwankungen im Allgemeinverhalten häufig über den ganzen Tag anhalten.

Diese Tagesschwankungen im Verhalten bei Demenzkranken setzt für eine angemessene Pflege einige Strukturelemente voraus, die es unbedingt zu berücksichtigen gilt:

- a) Das Verhaltensspektrum der demenzkranken Bewohner muss den Pflegekräften in seiner Gesamtheit als auch in seinen Nuancen bekannt sein.

Pflegekräfte schilderten wiederholt, dass sie bei dem morgendlichen Erstkontakt mit dem Bewohner in der Regel schon die Tagesform einschätzen können. Wie der Bewohner reagiert, zu welchen verbalen Äußerungen er in der Lage ist und wie sein Bewegungsablauf ist, das sind erste Indikatoren für die Tagesform.

Voraussetzung für die Kompetenz bei der pflegerischen Diagnose der Tagesform ist ständige Vertrautheit mit dem Bewohner auf der Grundlage der Gruppen- oder Beziehungspflege. Der Beziehungs-Pflegekraft ist nicht nur das optimale Leistungsvermögen bekannt, sondern sie weiß auch um die verschiedenen Abstufungen hinsichtlich des suboptimalen Leistungsvermögens und um die Anzeichen hierfür.

- b) Der Wissensstand um das Leistungsvermögen und die Hinweise für unterschiedliche Ausprägungen des Könnens (Tagesform) sind in der Regel ein kollektiver Prozess des Pflorgeteams und sollten im Normalfall auch dokumentiert sein (Pflegedokumentation). Gerade bei Demenzkranken mit dem degressiven Verlauf ihres ADL-Vermögens (Siehe Kapitel 1), d. h. Krankheitsbedingt ist eine kontinuierlichen Verschlechterung ihres Leistungsvermögens festzustellen, ist es für die Pflege unabdingbar zu wissen, wieweit das augenblickliche Leistungsvermögen noch entwickelt ist.

Ein fiktives Beispiel soll dies verdeutlichen:

Eine Bewohnerin kann zu Beginn des Aufenthaltes auf der Pflegestation noch selbständig die Bluse anziehen und sie auch zuknöpfen, nach einigen Monaten vermag sie nur noch mit Hilfestellung die Bluse anzuziehen, das Zuknöpfen gelingt ihr bereits nicht mehr (eingeschränkte Feinmotorik), nach einer weiteren Zeitspanne von vielleicht einem halben Jahr ist sie nun nicht mehr in der Lage, die Bluse auch mit Hilfestellung anzuziehen, sie muss jetzt von der Pflegekraft angezogen werden.

All diese Veränderungen müssen in der Pflegedokumentation aufgeführt werden, denn die Pflegedokumentation muss wie das Kollektivgedächtnis aufgefasst werden. Jede relevante Veränderung, die bei den Übergaben angeführt wird und die durch ständige wiederholte Erwähnung an Stetigkeit gewinnt, sollte dokumentiert werden.

2 Faktoren machen diese sensible Ermittlung und Dokumentation bei Demenzkranken besonders erforderlich: erstens der degressive Verlauf im ADL-Bereich und zweitens die Erkenntnis, dass Demenzkranke Anforderungen nur im Rahmen ihres zu leistenden Spektrums verkraften können. Das bedeutet konkret:

c) Das Prinzip der aktivierenden Pflege „Fördern durch fordern“ gilt nicht für Demenzkranke.

Demenzkranken, das haben eine Reihe von Untersuchungen und Beobachtungen gezeigt, reagieren sofort mit Stress und Überforderungsreaktionen, wenn von ihnen Leistungen erwartet werden, die sie nicht mehr zu erbringen in der Lage sind. Typische Reaktionen hierbei sind Agitiertheit, Fluchtverhalten und auch verbale und tätliche Aggressionen (siehe Kapitel 2 und 3). Das Prinzip der aktivierenden Pflege, durch ständiges Trainingsartiges Einüben der spezifischen Handlungsabläufe das verloren gegangene Leistungsvermögen (z. B. durch einen Schlaganfall) wieder zu erlangen, ist für eine Rehabilitationspflege das A und O, nicht jedoch für Demenzkranke. Rehabilitationspatienten müssen sich stetig dergestalt quälen, dass sie das Optimum ihres Leistungsvermögens (100 Prozent Tagesform) erbringen müssen, andernfalls wird kaum ein rehabilitativer Effekt zu erzielen sein. Demenzkranke hingegen können nur auf dem Niveau ihrer jeweiligen Tagesform gefordert werden.

Die Konsequenz hiervon heißt, dass aktivierende Pflege kein Element der psychogeriatrischen Pflege Demenzkranker sein kann. Dieser Sachverhalt muss den Pflegekräften eindringlich und wiederholt verdeutlicht werden.

## **5.2. Biographisch bedingte Verhaltensweisen und Gewohnheiten**

Die Organisation der Pflege und des Tagesablaufes bei Demenzkranken müssen neben der Berücksichtigung der Tagesschwankungen auf Verhaltensweisen und Gewohnheiten Rücksicht nehmen. Hierbei handelt es sich um jahrzehntelang eingeschliffene Verhaltensmuster, die den Demenzkranken regelrecht zur zweiten Natur geworden sind (Siehe hierzu auch Kapitel 9).

Beispiele hierfür sind: Frühaufsteher oder Spätaufsteher.

Ein Frühaufsteher, der es vielleicht jahrzehntelang gewohnt war, um 4 oder 5 Uhr aufzustehen, um sein Tagewerk zu verrichten (Haushalt oder Berufstätigkeit), wird auch im Alter diese Gewohnheit nicht so leicht ablegen.

Einen Frühaufsteher sollte man daher ruhig auch früh aufstehen lassen, auch wenn er dann nur stundenlang auf der Station herumwandert.

Ebenso verhält es sich mit einem Spätaufsteher. Auch ihn sollte man gewähren lassen, das heißt ausschlafen lassen.

Andere Beispiele für lebenslauf- und auch persönlichkeitspezifische Verhaltensmuster sind bewegungsaktive und bewegungsarme Bewohner.

Einen Bewohner, der sein ganzes Leben motorisch sehr aktiv war, sollte man auch im Alter Gelegenheit für das Ausleben dieses Dranges geben und ihn z. B. wandern lassen.

Einen Bewohner mit eher passiven Verhaltensweisen sollte man andererseits nicht ständig zur Teilnahme an Gymnastik- und Bewegungsgruppen nötigen.

Die Erklärung für diese Verhaltensmuster liegt in dem Unvermögen der Demenzkranken, ihre Verhaltensweisen nicht mehr auf ihr soziales Umfeld abzustimmen und somit zu regulieren.

Positiv kann konstatiert werden, dass die Bewohner noch zu eigenständigen Leistungen (wenn auch nur vielleicht ständiges Wandern) in der Lage sind und man sollte ihnen dann auch Gelegenheit hierzu geben. Einschränkungen ihres Verhaltens (Unterbindung des Wanderns durch offene oder versteckte Fixierung) können Demenzkranke nicht nachvollziehen. Sie reagieren auf Zwang oder Einschränkung mit Stressreaktionen (Angst, Furcht, Fluchtverhalten u. a.).

Für den Alltag auf der Station bei der Pflege und Betreuung gilt es dann auch diese Verhaltensweisen in die Organisation des Geschehens einzubeziehen, andernfalls drohen eklatante Konflikte und ständige Überlastungs- und Überforderungssituationen nicht nur für die demenzkranken Bewohner, sondern auch für die Pflegekräfte.

### **5.3. Die Flexibilisierung der Pflege- und Betreuungsprozesse**

Die Berücksichtigung der Tagesschwankungen und auch der lebensgeschichtlich bedingten Verhaltensweisen und Gewohnheiten der Demenzkranken erfordern Organisationsstrukturen auf der Station, die sich durch folgende Faktoren auszeichnen sollten:

#### *Dehnbare Zeitstruktur anstelle fester Termine*

Das Wissen um die Tagesschwankungen im ADL-Bereich kann für Pflegekräfte für den Fall ein großer Stressfaktor darstellen, dass sie angehalten sind, nach einem vorgegebenen „Stationsfahrplan“ die Pflege zu planen und zu strukturieren. Ein solcher „Stationsfahrplan“ könnte rein hypothetisch in der Früh lauten: Frühstück für die Bewohner um 8.00 h und anschließendes Personalfrühstück um 9.00 h.

Falls Pflegekräfte mit diesen Zeitvorgaben in die Zimmer der Bewohner gehen, um die Morgenpflege durchzuführen, ist der Faktor Stress und Hektik bereits systembedingt eingebaut. Die Pflegekräfte gehen dann mit der Furcht zu einem Demenzkranken in das Zimmer, nicht zu wissen, welche Tagesform bei dem Bewohner anzutreffen sein wird und wie sich die Tagesform auf den Zeitaufwand für die Pflege auswirken wird. Hat der Bewohner seinen guten Tag (100 Prozent Tagesform), kann er mit Anleitung vieles allein machen, dann wird es vielleicht länger dauern als wenn er einen schlechten Tag (z. B. 30 Prozent Tagesform) hat, weil die Pflegekraft bei fast vollständiger Kompensationspflege (sie macht fast alles) immer noch schneller ist. Im ersten Fall (erhöhte Eigenkompetenz mit umfangreicher Eigenpflege) wird rein fiktiv die Morgenpflege vielleicht 15 - 20 Minuten dauern, im zweiten Fall (Vollpflege durch Pflegekraft) vielleicht nur 8 - 12 Minuten. Hat eine Pflegekraft in der Früh 6 - 8 Bewohner morgens zu pflegen, so kann sie nie im Voraus sagen, wann sie ungefähr hiermit fertig sein wird. Ist sie jedoch nun auch noch angehalten, ihr Pflegepensum bis zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschlossen zu haben („Stationsfahrplan“: 8.00 h Frühstück), dann ist nachzuvollziehen, dass sie hierbei in Stress gerät. Konkret würde dies bedeuten, sie könnte nicht auf die Tagesform

eingehen, sondern würde eine Zeit optimale Kompensationspflege durchführen. Selbst diese nicht auf den Bewohner eingehende Standardpflege würde sie nicht vom Stress befreien, denn häufig fallen auch noch weitere Zeit konsumierende Arbeiten wie z. B. Beseitigung von Inkontinenzspuren (Wechsel der Bettwäsche u. a.) an und diese Tätigkeiten würden ihren Zeitplan zusätzlich einschränken.

Von Seiten des Bewohners würde diese Situation ebenfalls zu einer Stress- und Überforderungssituation führen, denn die Hektik der Pflegekraft würde sich sofort auf den Bewohner übertragen und bei ihm zu Rückzugs- und Verweigerungsverhalten führen, teils verbunden mit tätlichen Aggressionen. Das Chaos auf Station würde somit letztlich durch die Pflegekräfte und ihren Zeitdruck verursacht werden.

Die Lösung dieses Dilemmas besteht nun darin, dass man bei der Demenzpflege auf feste Zeitpunkte als Pflegevorgabe gänzlich verzichtet und anstelle davon Zeiträume angibt, die auch noch gegebenenfalls durch individuelles Bewohnerverhalten modifiziert werden können.

Rein fiktiv kann ein solcher Zeitraum für die Frühstücksphase auf der Station 7.00 h - 10.00 h heißen. Wenn auf einen Zeitraum gepflegt wird, dann ist der Zeitdruck aufgehoben oder doch zumindestens derart reduziert, dass kein hektisches Verhalten bei den Pflegekräften entstehen kann.

Dass ein großes Maß an Flexibilität bei der Frühstücksgestaltung möglich ist, konnte NAMAZI et al. (1992) belegen. Sie berichten von einer Demenzstation in den USA, auf der morgens zwischen 6.00 h und 10.30 h jeder Bewohner nach dem Aufwachen sein Frühstück einnehmen kann.

Wie bereits weiter oben angeführt (Kapitel 4.2.7.) sind Ruhe und Geduld Grundvoraussetzung für eine angemessene Pflege Demenzkranker. Zeit haben ist in der Pflege Demenzkranker ein Muss wie die Beziehungs- oder Gruppenpflege, Abweichungen hiervon führen in der Regel zu Konflikten zwischen Bewohnern und Pflegekräften, denn Demenzkranke können den Stress deutlich spüren, können ihn aber meistens nicht verarbeiten und bewältigen, da sie ihn als zusätzliche Bedrohung wahrnehmen.

Ein weiterer wichtiger Faktor hierbei ist das Verzicht auf das nächtliche Wecken für den Toilettengang bzw. für das Wechseln der Kontinenz-Unterlagen (Moltex u. a.). Es liegt eine Untersuchung von COHN-MANSFIELD et al. (1990) vor, die belegt, dass durch das Wecken die demenzkranken Bewohner den ganzen Tag über in eine erhöhte Unruhe getrieben werden, die sich u. a. in tätlicher Aggression und ständigem Wandern äußert.

Auch auf das morgendliche Wecken sollte bei den Bewohnern verzichtet werden, da ähnliche Effekte bei den Betroffenen zu befürchten sind. So wurden von CARIAGA et al. (1991) beobachtet, dass besonders beim morgendlichen Wecken Demenzkranke zu schreien begannen.

### *Parallelstrukturen anstelle Einheitsstruktur in der Tagesgestaltung*

Zusätzlich zu dem Anpassungsprozeß an die unterschiedlichen Tagesformen der Bewohner und ihre Auswirkungen auf die Pflegeorganisation gilt es die lebensgeschichtlich geprägten Verhaltensweisen und Gewohnheiten der Bewohner zu berücksichtigen. Wenn man dieses Verhalten als „Bewohnerfahrplan“ bezeichnet, dann soll damit verdeutlicht werden, dass die Bewohner eine fest vorgegebene Struktur in ihren Lebensäußerungen besitzen.

Ziel einer optimalen Pflege- und Betreuungsstruktur auf einer Station sollte es daher sein, möglichst die unterschiedlichen „Bewohnerfahrpläne“ der Demenzkranken mit dem „Stationsfahrplan“ dergestalt in Einklang zu bringen, dass im „Stationsfahrplan“ möglichst große Bestandteile der einzelnen „Bewohnerfahrpläne“ Berücksichtigung finden.

Es sollte hierbei Beachtung finden, dass die Verhaltensmuster der Bewohner relativ starr sind. Sie haben kaum Kapazität, ihr Verhalten an die soziale Umgebung konfliktfrei anzupassen, da sie nicht mehr in der Lage sind, die Gesamtzusammenhänge auf der Station zu erfassen.

Auf der anderen Seite sind die Pflegekräfte bei einem zugestandenen Maß an Planungs- und Entscheidungskompetenz in der Regel fähig, ihre Organisationsstrukturen an das Bewohnerverhalten anzugleichen.

Es bedarf hier des Hinweises, dass die Anpassungskapazität sich nicht nur auf das Pflegeteam beschränken darf, sondern auch Bereiche der Hauswirtschaft (Küche u. a.) einbeziehen muss.

Aus eigener Erfahrung kann ich berichten, dass z. B. die Vorgaben der Küche (fiktiv: Rückgabe des Mittagsgeschirrs spätestens um 13.30 h, da sonst die Küche geschlossen ist) häufig auch Stress und Hektik auf der Station hervorrufen.

Wenn nun Tagesform und stetige Verhaltensweisen („Bewohnerfahrplan“) der Demenzkranken in den Verlauf auf der Station eingebunden werden, so entstehen zumeist mehrere Untergruppierungen auf der Station bedingt durch die zeitlich verschiedenen Verhaltens- und Tätigkeitsschwerpunkte.

Ein Beispiel: Wenn morgens die Frühaufsteher in einer gemeinschaftlichen Tischrunde ihr Frühstück erhalten, werden andere Bewohner noch gepflegt. So existieren morgens ein „Frühstücksmilieu“ und ein „Pfleagemilieu“ gleichzeitig auf der Station, die ich als Parallelstrukturen bezeichnen möchte. Zu einem späteren Zeitpunkt, vielleicht eine Stunde später, können sogar 3 Milieustrukturen gleichzeitig auf der Station nebeneinander gestaltet werden:

Während die Frühaufsteher nach dem Frühstück in ein Beschäftigungs- oder Aktivierungsmilieu eingebunden werden, erhalten die später aufgewachten und auch später gepflegten Bewohner ihr Frühstück, während die Gruppe der Spätaufsteher noch gepflegt werden.

Bei einer Einheitsstruktur auf der Station müsste möglichst alles gleichzeitig gestaltet werden.

Wenn das Frühstück für alle gleichzeitig eingenommen werden sollte, würde dies bedeuten, dass z. B. die Frühaufsteher manchmal stundenlang auf das Frühstück warten

müssten und dabei ohne Zuwendung und Betreuung bleiben müssten. Sie würden in dieser Zeit ziellos auf der Station herumirren.

Die Schaffung und Gestaltung von Parallelstrukturen hingegen bieten Gewähr, möglichst viele Faktoren (Tagesformen, „Bewohnerfahrpläne“ etc.) in den Stationsverlauf integrieren zu können. Erforderlich hierfür ist jedoch eine Homogenisierung der Klientel und damit auch der Arbeitsabläufe (siehe hierzu Kapitel 5.6.).

#### **5.4. Die Auswirkungen des „sun downing“ auf die Personaleinsatzplanung**

Es liegen eine Reihe von Untersuchungen über das verstärkt agitierte Verhalten Demenzkranker am Abend, dem so genannte „sun downing“ vor (COHEN-MANSFIELD et al., 1989; EVANS, 1987; EXUM et al., 1993; HOPKINS et al., 1992; RINDLIBACHER et al., 1992).

Eine weitere Untersuchung von GHALI et al. (1995) ermittelte, dass bei Demenzkranken im leichten Stadium der Aktivitätshöhepunkt vor Sonnenuntergang, im mittleren Stadium während des Sonnenunterganges und im späten Stadium nach dem Sonnenuntergang liegt.

In dieser Zeit neigen die Bewohner u. a. zu einem verstärkten Bewegungsdrang, der sich vor allem im Wandern äußert. Wandern in der Regel meistens nur eine Demenzkranke auf der Station, so sind zur Zeit des Sonnenunterganges alle mobilen Bewohner unterwegs. Hierbei handelt es sich nicht um ein geruhames Schlendern, sondern eher um ein hektisches gemeinsames Hin- und Herbewegen auf der Station. Für das Pflegepersonal stellt diese kollektive Verhaltensweise eine große Herausforderung dar, denn in diesem Zeitraum fallen häufig das Abendessen und auch die Abendtoilette und das Zubettbringen.

Um dieser Situation einigermaßen gewachsen zu sein, bedarf es einer angemessenen Personalbesetzung.

Als Empfehlung kann gelten, dass auf Stationen mit Demenzkranken möglichst ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Früh- und Spätschicht hinsichtlich der Personalstärke eingehalten werden sollte. Die häufige Praxis, auf Stationen ähnlich wie im Krankenhaus in der Frühschicht den Personaleinsatz zu konzentrieren und in der Spätschicht einen ausgedünnten Personaleinsatz (z. B. nur 50 Prozent der Frühschicht) zum Einsatz zu bringen, wird dem Klientel der Demenzkranken nicht gerecht.

Neben dem „sun downing“ ist auch noch zu berücksichtigen, dass das Abendessen, häufig verbunden mit der Hilfe zur Nahrungsaufnahme, und auch die Abendpflege sensible Phasen in der pflegerischen und betreuenden Versorgung darstellen, die ebenso wie am Morgen nur mit Ruhe und Gelassenheit angegangen werden sollten.

#### **5.5. Das Präsenzprinzip in der Pflege und Betreuung Demenzkranker**

Wie bereits weiter oben angeführt wurde, fühlen sich Demenzkranke am sichersten in der Nähe ihrer Bezugspflegekräfte (KIHLEGREN et al., 1994). Wenn sie die vertrauten

Personen sehen und hören, dann haben die Bewohner die Gewissheit, dass sie nicht allein und ungeschützt sind. In Extremfällen vergewissern sich Bewohner dergestalt, dass sie ihrer Pflegekraft ständig hinterherlaufen und sie dabei manchmal sogar festhalten. Dieses Phänomen wurde im häuslichen Bereich als auch auf Pflegestationen beobachtet („shadowing“ wird es in den USA bezeichnet) und muss als Ausdruck eines starken Bedürfnisses nach Sicherheit und Geborgenheit gedeutet werden.

Damit ein Optimum an optischer und teils auch akustischer Präsenz der Pflegekräfte erreicht werden kann, bedarf es einer Reihe von Regelungen:

#### *Gleichmäßiger Personaleinsatz über den Tag verteilt*

Wie bereits oben angeführt (Kapitel 5.4.), ist es äußerst wichtig, dass den Demenzkranken tagsüber gleichmäßig über den Tag verteilt die Gelegenheit zur Wahrnehmung und darüber hinaus auch zur Kontaktaufnahme mit den Bezugspflege- und Betreuungskräften gegeben wird. Dass dies für die Bewohner eine Notwendigkeit für ihr psychosoziales Gleichgewicht bedeutet, lässt sich aus den Beobachtungen schließen, dass Demenzkranke am häufigsten in Situationen des Alleinseins schreien und am seltensten in Gemeinschaft (Siehe Kapitel 3.2.).

Das ständige Vergegenwärtigen und Vergewissern der Nähe einer vertrauten Bezugsperson ist somit für Demenzkranke aufgrund ihrer Kurzzeitgedächtnisstörungen ein Erfordernis, um nicht Gefühle der Isolierung, Verlassenheit und Hilflosigkeit aufkommen zu lassen. Dem sozialen Umfeld der Station muss permanent für Demenzkranke das Signal innewohnen, dass vertraute Personen sofort in der unmittelbaren Umgebung zum Schutz und zur Geborgenheit zugänglich sind.

Eine Untersuchung aus Schweden belegt diese These (KIHLGREN et al., 1994). So konnte beobachtet werden, dass Demenzkranke sich in Gegenwart der Pflegekräfte geselliger verhalten als wenn sie allein unter sich befinden. Sie zeigten ein erhöhtes verbales Kontaktverhalten (Gespräche wurden geführt) und eine erhöhte soziale Aufmerksamkeit (man bot sich gegenseitig Kekse an u. a.).

Diese Kontinuität an Mitarbeiterpräsenz kann nur durch einen ausgeglichenen Personaleinsatz über den Tag hinweg gewährleistet werden. Dementsprechend sollte die Personaleinsatzplanung auch die psychosozialen Funktionen „Schaffung von Sicherheit, Schutz und Geborgenheit“ neben den pflegerischen Aufgaben enthalten.

#### *Erhöhter Bedarf an Schutz- und Aufsichtsfunktionen*

Die ständige Präsenz von Pflegekräften im Umfeld der Bewohner ist auch aus den Gründen der körperlichen Sicherheit der Demenzkranken geboten. Die Betroffenen verfügen bedingt durch die Hirnleistungsstörungen über ein begrenztes und fehlerhaftes Vermögen, die räumliche und soziale Umgebung Situationsangemessen einzuschätzen.

Beispiele hierfür sind u. a.:

Demenzkranke können häufig nicht mehr Gegenstände des Alltags richtig identifizieren (Fehlwahrnehmung), so dass es leicht zu gefährlichen Situationen kommen kann. Wenn ein Bewohner eine abgestellte Plastikflasche mit einer Pflege- oder Reinigungsflüssigkeit in die Hände bekommt und es für eine Getränkeflasche hält, dann kann dies schnell zu lebensgefährlichen Konsequenzen führen. Auch spitze oder scharfkantige Gegenstände, die herumliegen oder vergessen worden sind, können schnell oral „begutachtet“ werden.

Die Vermeidung selbst gefährdender Verhaltensweisen kann somit durch Personalpräsenz erhöht werden. Beispiele hierfür sind:

- Bei Demenzkranken treten leicht Revierkonflikte auf, die häufig zu verbalen und tätlichen Aggressionen zwischen den Bewohnern führen und die sich durch vorausschauendes und umsichtiges Verhalten der Pflegepersonen im Nahbereich im Vorfeld entschärfen lassen (Siehe auch Kapitel 4.2.3.).
- Demenzkranke haben eine erhöhte Sturzgefährdung. Dies kann man sich u. a. auch durch den Sachverhalt veranschaulichen, dass Krankheitsbedingt auch die Motorik der Extremitäten und damit die Mobilität zunehmend verloren geht. Problemsituationen treten z. B. auf, wenn ein bereits Rollstuhl gebundener Bewohner versucht zu gehen. Eine Untersuchung in den USA hat gezeigt, dass in den Zeiten ohne Personalpräsenz auf der Station die meisten Stürze Demenzkranker registriert wurden (MORSE et al., 1987).

#### *Planung der bewohnernahen und bewohnerfernen Tätigkeiten nach dem Verhalten der Bewohner*

Damit ein Optimum an Zeit im Nahbereich der Bewohner zugebracht werden kann, bedarf es organisatorischer Regelungen auf der Station. Die Tätigkeiten sind u. a. nach dem Kriterium „bewohnernah“ (Pflege, Betreuung) und „bewohnerfern“ (Besprechungen, Dokumentation, Reinigung und Aufräumen u. a.) zu unterscheiden und in den Tagesablauf einzubinden mit dem Ziel, die bewohnerfernen Tätigkeiten in Zeiten geringer Bewohneraktivitäten (Mittagsschlaf, Ruhephasen) zu legen (MAAS, 1988).

Ein weiterer Ansatz zur Erhöhung der Mitarbeiterpräsenz besteht in der Integration bewohner-ferner Tätigkeiten in das Stationsmilieu: So war in einem amerikanischen Altenpflegeheim auf einer Demenzstation das Dokumentationssystem in einem aufklappbaren Bord an der Wand im Gemeinschaftsraum installiert. Jede Dokumentation fand somit in Gegenwart der Bewohner statt. Ähnliches ließe sich zum Beispiel auch mit der Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten, Wäschesortierarbeiten u. ä. durchführen. Wichtig ist die Nähe zum Bewohner und eventuell die Einbeziehung, Aktivierung und Stimulierung durch die beschäftigten Pflegekräfte.

### *Architektonisch-räumliche Aspekte*

Die Verlagerung der Tätigkeitsschwerpunkte in das unmittelbare Milieu der Bewohner zwecks Erhöhung der Präsenz macht auch eine bestimmte architektonisch-räumliche Gestaltung der Station erforderlich (Siehe hierzu ausführlich Kapitel 10).

Hierbei sollten folgende Prinzipien Berücksichtigung finden:

- Zentrale Lage sowohl der wichtigsten Gemeinschaftsflächen (Stations-Gemeinschaftsraum) und des Pflegestützpunktes zum Zwecke der größtmöglichen Wahrnehmung des Personals durch die Bewohner und der größtmöglichen Übersicht für das Personal über das Verhalten der Bewohner,
- Eingliederung bewohnerferner Funktionsräume (Stationsküche, Pflegestützpunkt) in das räumliche Stationsmilieu. Eine gelungene architektonische Lösung stellt die Eingliederung des Pflegestützpunktes in Form einer Rezeption (mit halbhoher Tresen) in den Gemeinschaftsbereich der Station dar. So können die Pflegekräfte dokumentieren, organisieren, Medizin stellen u. a. in Gegenwart der Bewohner, die den Pflegekräften hierbei oft zuschauen (Alten- und Altenpflegeheim Karlshöhe in Ludwigsburg: Siehe zu diesem Beispiel PFEIL, 1994).

## **5.6. Das Pflegeaufkommen bei homogener und heterogener Bewohnerschaft**

Die Anpassung der Arbeitsorganisation und Pflegestruktur an die Demenzkranken ist im Rahmen der bestehenden Vereinbarungen über den Personaleinsatz (Pflegeschlüssel oder Personalkosten) in Deutschland m. E. nur möglich durch Konzentrierung auf eine bestimmte Milieustruktur mit den damit verbundenen Tätigkeitsschwerpunkten.

Konkret bedeutet dies, dass in einem Altenpflegeheim die Einrichtung einer Demenzstation geplant und auch realisiert wird.

Auf diese Station dürfen nur Demenzkranke eines bestimmten Stadiums der Erkrankung mit bestimmten Verhaltensauffälligkeiten verlegt werden (z. B. mittelschweres und schweres Stadium verbunden mit Mobilität oder Teilmobilität), denn nur so kann auch die Konzentration auf ein bestimmtes Tätigkeitsfeld gewährleistet werden. Verschlechtert sich der Zustand der Bewohner Krankheitsbedingt im Laufe der Zeit, so sollte der Bewohner im Zustand zunehmender körperlicher Gebrechlichkeit (immobil, Bett gebunden) im Finalstadium auf eine geriatrische Pflegestation verlegt werden.

Der Grund hierfür liegt in dem Pflege- und Betreuungsaufwand begründet.

Grob unterschieden werden kann in ein Milieu für mobile Bewohner und ein Milieu für immobile Bewohner. Ein Milieu für mobile Demenzkranke kann den Tätigkeitsschwerpunkt abgesehen von der morgendlichen und abendlichen Pflege auf gemeinschaftliche und Milieu gestaltende Aktivitäten legen. Damit wäre auch die räumliche Konzentration auf die Gemeinschaftsflächen verbunden.

Würde man das Bewohnerspektrum auf Bett gebundene Demenzkranke erweitern, die eine intensive Pflege und Betreuung in den Bewohnerzimmern erforderlich machen (Dekubitusprophylaxe bzw. Dekubituspflege u. a.), so ständen gleichzeitig zwei Leitkonzepte

te der Pflege und Betreuung nebeneinander, die als „Tagesstrukturierende Milieu- und Gruppenarbeit“ und als „individuelle Grund- und Behandlungspflege“ bezeichnet werden kann.

Beide Milieustrukturen gleichzeitig können mit einem durchschnittlichen Personalbesatz nicht aufgebaut und erhalten werden, da das Personal nicht nur räumlich, sondern auch inhaltlich unterschiedlich gebunden ist.

### **5.7. Exkurs: Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse**

Für die Pflege und Betreuung Demenzkranker ist der Kontakt mit den Pflegekräften von größter Bedeutung, da sie aufgrund ihres hohen Grades an Abhängigkeit von Verrichtungen des Alltags (ADL) auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind.

Die Tagesform der Pflegekräfte ist für die Qualität der Pflege äußerst relevant. Wie bereits weiter oben mehrfach angeführt sollten Stress und Hektik aufgrund der Organisation der Arbeit vermieden oder doch zumindestens stark eingeschränkt werden. Denn nur so lässt sich ein konfliktarmes Interagieren mit den Demenzkranken bewerkstelligen.

Folgende Faktoren sollten zusätzlich beachtet werden, um möglichst optimale Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal zu erzielen:

- Die Frühschicht sollte nicht zu früh beginnen. Günstig wäre ein Beginn um 7.00 h, jedoch nicht vor 6.30 h. Arbeitswissenschaftliche Untersuchungen haben ergeben, dass bei einem frühen Beginn viele Mitarbeiter noch müde und damit eingeschränkt sind (PRIESTER, 1993 und 1995).
- Pflegemitarbeiter sollten maximal 7 Tage hintereinander arbeiten. Personaleinsatzmodelle von 12 Tagen Arbeit und 4 Tagen frei (MYBES 1989) haben sich in der Praxis nicht bewährt (KNAUTH, 1993; KNAUTH et al., 1990).

In der Personaleinsatzplanung ist das Konzept „kurze Woche“ (5 Tage Arbeit) - freie Tage - „lange Woche“ (7 Tage) bekannt. Idealer wäre hierbei noch, wenn nur „kurze Wochen“ einzurichten wären.

Diese Faktoren sind auch unter dem Gesichtspunkt besonders zu beachten, dass viele Pflegekräfte bereits der Altersgruppe 40 Jahre und älter angehören und somit stärker als junge Mitarbeiter auf ausreichende Zeiten zur Erholung und Regeneration angewiesen sind.

## **6. Die Gleichartigkeit der Bewohnerschaft**

Die Pflege und Betreuung Demenzkranker im stationären Bereich der Altenhilfe wird gegenwärtig nicht nur in Deutschland nach verschiedenen Versorgungskonzepten durchgeführt.

Die drei vorherrschenden Konzepte haben folgende Inhalte:

In Deutschland ist augenblicklich die Frage, ob Demenzkranke zusammen mit geistig klaren aber körperlich Gebrechlichen auf einer Station gepflegt werden sollen oder nicht, noch nicht abschließend geklärt. Das Zusammenleben alter Menschen mit unterschiedlichen körperlichen und geistigen Gebrechen wird als der „integrative Ansatz“ bezeichnet. Er besagt, dass Demenzkranke auf normalen oder herkömmlichen Pflegestationen mit ihren Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten, sich zu orientieren und zu aktivieren, in das Stationsleben und -milieu eingegliedert werden sollten.

Der „segregative Ansatz“ geht von einer Trennung Demenzkranker von nicht dementiell erkrankten Bewohnern in der Pflege und Betreuung aus. Dieses Konzept basiert auf der Auffassung, dass die Demenzkranken mit ihren spezifischen Verhaltensweisen und speziellen Anforderungen an die Versorgung nur optimal auf einer speziellen Station oder Abteilung versorgt werden können.

In den letzten 15 Jahren hat sich in Deutschland zusätzlich noch der „teilintegrative Ansatz“ durchgesetzt, der besagt, dass Demenzkranke tagsüber in organisatorisch und räumlich getrennten Gruppen betreut werden und dass sie nachmittags oder abends wieder auf die Stationen mit einem gemischten Klientel zurückkehren (LIND, 1992).

International setzt sich in den letzten Jahren immer stärker der „segregative Ansatz“ durch, wie die Veröffentlichungen vor allem aus den USA und Skandinavien zeigen.

Die verschiedenen Untersuchungen bezüglich des Verhaltens der Bewohner deuten darauf hin, dass eine segregative Versorgungsform den integrativen und auch teilintegrativen Ansätzen gegenüber in vieler Hinsicht optimaler ist. Aus diesem Grunde werden im Rahmen des Weiterbildungskonzeptes „Umgang mit verwirrten Heimbewohnern“ in diesem Kapitel ausschließlich die Erkenntnisse und Erfahrungen aus dem Bereich der segregativen Versorgung vorgestellt. Das hängt aber auch damit zusammen, dass bisher keine Untersuchungen vorliegen, die eine Überlegenheit des integrativen Modells belegen konnten.

## **6.1. Vorbehalte und Argumente gegen eine segregative Versorgungsform**

Vorab bedarf es in diesem Zusammenhang noch einiger klärender Ausführungen über gängige Vorstellungen und negativer Einschätzungen hinsichtlich der segregativen Versorgungsform.

*Der Vorwurf der „Stigmatisierung“ durch eine segregative Betreuungsform.*

Hierbei wird vor allem von den Gegnern der segregativen Betreuung darauf hingewiesen, dass durch die speziellen Versorgungsformen („beschützende Station“ oder auch „Gerontopsychiatrische Abteilung“) die Bewohner als psychisch krank gekennzeichnet werden mit den damit verbundenen abwertenden Beurteilungen (Siehe hierzu Landeshauptstadt Stuttgart, 1986; HEINEMANN-KNOCH et al., 1992).

Es soll an dieser Stelle nicht bestritten werden, dass gegenwärtig in Deutschland psychische Leiden im Gegensatz zu körperlichen Krankheiten oder Gebrechen noch einer negativen Einschätzung und Beurteilung ausgesetzt sind. Die Folge hiervon besteht u. a. darin, dass man diese Krankheiten nicht an die Öffentlichkeit gelangen lassen möchte, da man mit abwertenden und auch ausgrenzenden Verhaltensweisen des sozialen Umfeldes rechnet.

Die Gegner der segregativen Versorgung möchten vor allem vermeiden, dass Demenzkranke in diese „negative Schublade“ (psychisch krank) eingeordnet werden. Sie befürchten damit eine Ausgrenzung dieser Bewohnergruppe von den anderen Bewohnern in der Einrichtung.

Diese Position ist ethisch vertretbar, kommt jedoch nicht den Interessen und Bedürfnissen der Demenzkranken entgegen. Diese Personengruppe benötigt einen Lebensraum, der ihren spezifischen Verhaltenskonstellationen entspricht. In einer gemischten Station hingegen separieren sich die Bewohner nach ihren Gebrechen bzw. ihren noch verfügbaren Kompetenzen (Siehe hierzu HARRIS et al., 1977).

Geistig klare Bewohner achten z. B. genau darauf, dass keine Demenzkranken an ihren Tisch Platz nehmen oder sich in ihre Sitzecke dazu gesellen. Versuchen es Demenzkranke, werden sie häufig beschimpft und vertrieben, teils mit Gewalt. Ähnliches geschieht, wenn sich Verwirrte in die Zimmer von Nicht-Verwirrten verirren, auch hier stoßen sie auf Ablehnung und verbale und teils tätliche Aggressivität.

Aus diesem Konfliktpotential einer gemischten Station lässt sich der Schluss ziehen, dass Ausgrenzung und Stigmatisierung Demenzkranke realiter nur in der Lebenswelt einer gemischten Station erfahren und erleben. Nur hier werden sie aufgrund ihres Gebrechens von Mitbewohnern abgelehnt und aus deren räumlichen Sphären regelrecht vertrieben.

Die Stigmatisierung einer psychogeriatrischen Station mag im Kontext eines Heimes oder auch des sozialen Umfeldes („Verrücktenstation“ etc.) noch gegeben sein, die Bewohner selbst spüren hiervon jedenfalls nichts.

Es muss in diesem Zusammenhang ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass in anderen Staaten Demenzstationen einen weitaus besseren Ruf besitzen. In den USA z. B. werden sie Special Care Units (SCU) oder Alzheimer Units genannt und haben teils aufgrund ihres speziellen Versorgungs- und Personalangebotes (Therapie, Pflege, Betreuung teils durch speziell ausgebildetes Personal) einen in professioneller Hinsicht höheren Status als normale Pflegestationen.

Es ist m. E. an der Zeit, auch in Deutschland positiv das Leistungsspektrum und die Versorgungsqualitäten der Demenzstationen hervorzuheben. Es muss immer wieder darauf hingewiesen werden, dass in diesen räumlichen und sozialen Milieus Bewohner einen meist angemessenen Lebensbereich gefunden haben, die andernfalls in Psychiatrische Landeskrankenhäuser (Langzeitpflege-Abteilungen) verlegt worden wären, oder

die auf gemischten Stationen den Gefahren der Fixierung und / oder Sedierung ausgesetzt gewesen wären.

Es sollte vielleicht auch hier darauf hingewiesen werden, dass die Psychiatrie-Enquete von 1975 (Deutscher Bundestag, 1975) vorsah, dass Demenzkranke überwiegend in Altenpflegeheimen und nicht mehr wie vormals in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern versorgt werden sollten. Für diese Verlagerung der Klientel empfahlen die Experten die Einrichtung von Gerontopsychiatrischen Abteilungen in den Heimen, um dieser Patientengruppe mit ihren besonderen Anforderungen an Pflege, Betreuung und Aufsicht gerecht werden zu können. Es ist wiederum ein Faktum, dass die Empfehlungen der Psychiatrie-Enquete nicht in die Planung und Weiterentwicklung der stationären Altenhilfe aufgenommen worden sind (LIND, 1989).

*Der Vorwurf, dass Demenzstationen zu vermehrten Verlegungen mit negativen Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden der Bewohner führen*

Ein Grundsatz in der deutschen Altenhilfe-Fachdiskussion lautet, dass Verlegungen zu negativen Auswirkungen bei den Betroffenen führen und aus diesem Grunde möglichst vermieden werden sollten. Dieses Dogma führte u. a. dazu, dass man konzeptionell in den 80er Jahren in der stationären Altenhilfe die räumliche Trennung von Altenheim- und Altenpflegeheimbereich aufhob („übergreifende Pflege“, „durchmischtes Wohnen“ etc., siehe hierzu u. a. KDA, 1988; LIND, 1995).

Es soll hier nicht widersprochen werden, dass Verlegungen in der Regel zu Belastungen, Stress, Neuanpassungen u. a. führen können. Jede Veränderung in einem Leben, erst recht im Alter bei zunehmender Gebrechlichkeit und damit abnehmender Adaptionsfähigkeit, ist meist mit Umorientierung und Anpassung verbunden.

Die Relokationsforschung (Untersuchung der Auswirkung der Verlegung u. a. bei alten Menschen in Institutionen) hat jedoch u. a. ergeben, dass negative Auswirkungen hinsichtlich des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens relativ selten beobachtet wurden und somit eher die Ausnahme waren (BORUP, 1983).

Als Gründe für das Ausbleiben negativer Effekte bei den Bewohnern im Falle einer Verlegung können u. a. zwei Faktoren angeführt werden:

- Die Verlegungen werden gut vorbereitet und die Bewohner werden hierbei psychosozial angemessen begleitet und betreut.
- Die Verlegungen führen in der Regel von einer Einrichtung oder einer Abteilung einer Einrichtung, die aufgrund der nachlassenden Kompetenzen der Betroffenen keine ausreichenden Versorgungsstrukturen mehr besitzen, in eine Einrichtung oder eine Abteilung einer Einrichtung, die von Milieu, Räumlichkeiten und Betreuungsumfang her für die Neuzugänge angemessener ausgestattet ist. Durch eine Verlegung wird somit meist wieder die Passung von personaler Umweltkompetenz der Bewohner und räumlichen, organisatorischen und sozialen Umfeld hergestellt.

Für die Betroffenen haben diese Änderungen des Lebensbereiches meist positive Folgen, die anhand eines gesteigerten Wohlbefindens und eines verbesserten Aktivitätsniveaus erkennbar sind (siehe BENSON et al., 1987; HARWOOD et al., 1992).

Bei zu starken Abweichungen zwischen Umwelt und dem Bewältigungsvermögen treten Gefühle der Überforderung und Überlastung auf, die das Verhaltens- und Aktivitätsniveau negativ beeinflussen (Siehe hierzu u. a. MOOS et al., 1995).

Diese Diskrepanzen werden „Fehlbelegung“ bzw. „Fehlplazierung“ bezeichnet, die für die Betroffenen zu psychophysischen Stress- und Überforderungsphänomenen mit ihren negativen Auswirkungen auf Lebensqualität, Wohlbefinden und Zufriedenheit zur Folge haben.

Ein Problem bei eventuellen Verlegungen Demenzkranker entweder auf eine psychogeriatrische Station beim Auftreten vermehrter Verhaltensauffälligkeiten bzw. bei der Verlegung von einer psychogeriatrischen Station auf eine normale Pflegestation aufgrund einer zunehmenden körperlichen Gebrechlichkeit („Bettgebundenheit“ u. a.) stellen die Einstellungen der Pflegekräfte zu ihren pflegebedürftigen Bewohnern dar. Mit zunehmender Dauer der Pflege verlieren Pflegekräfte häufig ihre professionelle Distanz und es entstehen persönliche Bindungen zu den nun stark vertrauten Bewohnern. Die Folge hiervon besteht u. a. in der Weigerung, eine vertraute Bewohnerin verlegen zu wollen. Eher legt man sich „krumm“, als dass man sich von der allseits beliebten „Frau Müller“ (fiktiver Name) trennen wollte.

Da das Bindungsverhalten den Menschen als eine humane Verhaltenskonstante innewohnt, muss man diese verstärkte Emotionalisierung der Beziehung zu den Bewohnern als einen natürlichen Prozess akzeptieren. Um die Bereitschaft bei den Pflegekräften herzustellen, Verlegungen zu billigen und auch inhaltlich mit zu tragen, bedarf es eingehender Überzeugungsarbeit von Seiten der Verantwortlichen und Vorgesetzten.

Ein entscheidendes Argument in diesem Zusammenhang ist die pflegetechnische Einschätzung, dass Bewohner mit einem vom Stationsmilieu stark abweichenden Allgemeinzustand unabhängig von der Sichtweise der Pflegekräfte nur suboptimal versorgt werden können, da die erforderliche Pflegekapazität auf der Station (Pflegeschlüssel, Personaleinsatzplanung) für die Versorgung von Bewohnern mit unterschiedlichen Betreuungsprofilen nicht gegeben ist.

Sollten die Pflegekräften trotz Mehraufwand an Zeit und Arbeitskraft zu der Pflege und Betreuung stehen, dann kann es in der Regel objektiv nur zu Lasten der Mitbewohner gehen, die dann ein geringeres Quantum an Pflege und Betreuung erhalten würden.

Den Pflegekräften sollte vor Augen gehalten werden, dass durch das Überwechseln in ein dem Krankheitszustand angemessenes Milieu dem Bewohner langfristig mehr gedient ist als durch überforderte Pflegekräfte.

Um dem Anliegen und auch den Befürchtungen der Pflegekräfte entgegen zu kommen, sollten vielleicht Verlegungsmodelle entwickelt werden, die ein zeitlich befristetes oder Stunden weises „Mitgehen“ einer vertrauten Pflegekraft bei der Verlegung auf die neue Station ermöglicht.

Dies dient u. a. auch zur Optimierung der Pflege auf der neuen Station, da den Pflegekräften auf der neuen Station durch die vertraute, „mitgehende“ Pflegekraft wichtige Informationen, Hinweise und Erfahrungen über die neue Bewohnerin vermittelt werden kann. Auch die Demenzkranken werden von diesen flexiblen Verlegungsmodalitäten profitieren, da ihre Eingewöhnung durch die Assistenz einer vertrauten Person erleichtert wird.

*Demenzkranke haben auf „geschlossenen Stationen“ das Gefühl eingesperrt zu sein und leiden unter diesen Bedingungen*

Bei geschlossenen Stationen, die meist von der Architektur her sich nicht von offenen Stationen unterscheiden, wird häufig beobachtet, dass die eingeschlossenen Bewohner zuhauf an der verschlossenen Türen sich aufhalten und sie teilweise zu öffnen versuchen (rütteln, ziehen, zerren u. a.). Diese Phänomene sind Kennzeichen eines Milieus, das nicht ausreichend auf die Bedürfnisstrukturen der Demenzkranken einzugehen versteht. Demenzkranke sollten eigentlich nicht das Gefühl entwickeln, eingeschlossen zu sein, denn dieses Empfinden ist ein zusätzlicher Stressfaktor, der möglichst vermieden werden sollte.

In einem Altenpflegeheim in den USA wurden die Auswirkungen des Erlebens einer geschlossenen Tür zum Garten auf das Verhalten von Demenzkranken im frühen bis mittleren Stadium der Erkrankung untersucht (NAMAZI et al., 1992). Es wurde festgestellt, dass durch die geschlossene Tür die Bewohner in starke Unruhe versetzt wurden: Agitiertheit, Wanderverhalten und auch verbale Reaktionen wie Bitten, Schimpfen und Selbstgespräche wurden verstärkt beobachtet. Es kann hieraus der Schluss gezogen werden, dass den Bewohnern ihre Situation, eingesperrt zu sein, voll und bewusst wurde.

In den USA hat sich in den letzten Jahrzehnten im Bereich der architektonischen Planung und Gestaltung von Altenpflegeheimen die Sparte „Design for dementia“ herausgebildet, die sich besonders der räumlichen Gestaltung von Demenzstationen widmet. Spezielle Raumstrukturen, innenarchitektonische Gestaltungsvarianten und die Einbeziehung von eingefriedeten Gartenbereichen in die Lebenswelt der Demenzkranken zeigen positive Auswirkungen auf die Emotionalität und das Verhalten der Betroffenen, wie eine Reihe von Untersuchungen zeigen konnten.

In diesen Lebenswelten werden die Einschränkungen in der Regel von den Betroffenen gar nicht wahrgenommen, d. h., sie erfahren kaum die Eingegrenztheit ihres Wirkungsfeldes (siehe hierzu ausführlich Kapitel 10).

*Das Zusammenleben vieler Demenzkranker auf einer Station führt u. a. zu verstärkter Unruhe*

Häufig als ein Argument gegen Demenzstationen wird angeführt, dass das konzentrierte Zusammenleben Demenzkranker zu vermehrten Störungen führt nach der Vorstellung, dass die Altersverwirrten sich in ihrer Agitiertheit gegenseitig in weitere Unruhe versetzen. Es wird ein gegenseitiges Aufschaukeln der Verhaltensauffälligkeiten angenommen, das eher zur Potenzierung des Problemverhaltens auf der Station führt.

Diese Milieuphänomene sind im Allgemeinen nicht beobachtet worden. Konflikte auf gerontopsychiatrischen Stationen, sieht man von gelegentlichen Revierstreitereien ab, sind überwiegend zwischen Demenzkranken und gealterten chronisch psychisch Kranken (funktionale Psychosen u. a.) aufgetreten, die häufig ebenfalls auf gerontopsychiatrischen Stationen untergebracht sind.

In Deutschland existiert bis heute noch die Regelung, dass für die Aufnahme auf eine gerontopsychiatrische Station das Alter und ein Unterbringungsbescheid aufgrund einer psychischen Erkrankung als Zugangskriterien gelten. Somit leben häufig alte Menschen mit recht unterschiedlichen psychischen Erkrankungen auf einer Station. Dieser Sachverhalt ist für die verschiedenen Bewohnergruppen meist kaum zu ertragen, denn die Bewohner unterscheiden sich in ihrem Verhalten derart, dass es oft zu offenen Konflikten bis hin zu tätlichen Aggressionen kommt.

Demenzkranken untereinander haben, sieht man von Verletzungen der persönlichen Sphäre ab, recht gute Kontakte. Da ihre soziale und emotionale Sensibilität in ihrem Ausmaß nicht wie die intellektuellen und Gedächtnisbezogenen Fähigkeiten eingeschränkt sind, besitzen sie noch das Vermögen, in einem begrenzten Rahmen Kontakte und Interaktionen herzustellen.

Gemeinsames Wandern, herumkramen oder gemeinsam auf Suche gehen sind häufig zu beobachtende Verhaltensweisen. Diese Erfahrungen mündeten z. B. in Schweden in die Maxime, dass „Demenzkranken die Demenzkranken als Sozialpartner benötigen“.

Der Sachverhalt, dass Demenzkranken untereinander gut miteinander kommunizieren und auch zu Hilfestellungen fähig sind, konnte in einer Studie in Schweden festgestellt werden (SANDMAN et al., 1994). Bei den Mahlzeiten führten die Alzheimer-Kranken Tischgespräche und die kompetenteren zeigten Verantwortungsgefühle gegenüber ihren eingeschränkteren Mitbewohnern dergestalt, dass sie sie teils bedienten und teils auch bei der Mahlzeiteneinnahme unterstützten.

Diese Beobachtung bestärkt die Einschätzung, dass Demenzkranken sich gegenseitig eher stützen und beruhigen. Dies kann auch als ein Indiz für die erhöhte emotionale und soziale Kompetenz gegenüber den intellektuellen und Gedächtnisbezogenen Fertigkeiten interpretiert werden.

Ob hier hirneurophysiologische Aspekte dergestalt Einfluss haben, dass das Sozialverhalten und die Emotionalität phylogenetisch (stammesgeschichtlich) „älter“ sind und entsprechend auch in älteren Hirnregionen angesiedelt sind, bedarf m. E. weiterer Untersuchungen.

### *Fazit*

Die ausführliche Darstellung der Vorbehalte und Gegenargumente bezüglich einer segregativen Versorgungsform für Demenzkranken ist erforderlich, damit die Atmosphäre und auch Bereitschaft für eine fachliche und vorurteilsfreie Auseinandersetzung mit diesem Versorgungskonzept geführt werden kann.

Es bedarf vielleicht noch weiterer intensiver Informationsvermittlung und Argumentationsweisen, um das negative Image spezieller Demenzstationen und Betreuungsformen nachhaltig abbauen zu können.

Wie bereits oben angeführt, hat sich international die spezielle Versorgungsvariante für Demenzkranke durchgesetzt und im Folgenden werden die unterschiedlichen Aspekte dieser Betreuungsform dargestellt.

## **6.2. Institutionelle Faktoren für eine Demenzstation**

In diesem Abschnitt werden in Kürze die einzelnen Faktoren dargestellt, die erforderlich sind, um eine Demenzstation optimal führen zu können. Die ausreichende Berücksichtigung dieser Aspekte bietet Gewähr dafür, dass eine den Demenzkranken angemessene Lebenswelt und gleichzeitig auch ein für die Pflegemitarbeiter günstiges Arbeitsmilieu entstehen können.

Die hier angeführten Faktoren sind bereits in Einrichtungen erprobt worden und bilden somit eine solide Grundlage für die Entwicklung und den Aufbau von Demenzstationen.

### *Zugangs- und Verlegungskriterien*

An erster Stelle für die Entwicklung einer Demenzstation steht die Festlegung der Klientel und der damit verbundenen Aufgaben und Pflichten einer angemessenen Versorgung.

Da die Krankheitsphasen der Demenz in mindestens 4 Stadien (leicht, mittelschwer, schwer und End- oder Finalstadium) unterschieden werden kann, bedarf es einer Festlegung, in welchem Stadium die Demenzkranken auf der Station versorgt werden sollen. Hiernach bestimmen sich dann auch die Zugangs- und Verlegungskriterien.

In den USA werden auf den Demenzstationen (Special Care Units) überwiegend Bewohner im leichten bis schweren Stadium der Erkrankung versorgt.

ZARIT et al. (1990) geben z. B. als Zugangskriterien an: dementielle Erkrankung, Verhaltensauffälligkeiten, Mobilität und das Fehlen akuter Erkrankungen.

Hinsichtlich der Verlegungskriterien liegen keine genauen Bestimmungen bzw. Erfahrungswerte vor, doch es gilt überwiegend in den USA die allgemeine Regel, dass im Falle einer Verschlechterung des körperlichen Leistungsvermögens (z. B. zunehmende Immobilität) eine Verlegung angezeigt ist. Es wird damit begründet, dass wenn der Bewohner nicht mehr die spezifischen Leistungsangebote der Station aufgrund seiner Hilflosigkeit nutzen kann, er letztlich damit auch nicht mehr von den Angeboten profitieren kann, eine Verlegung vorgenommen werden sollte. Als spezifische Leistungsangebote werden in diesem Zusammenhang genannt: das Betreuungsangebot, das Verhaltensmanagement und die Wandermöglichkeit auf der Station (BERG et al., 1991).

In der Regel steht spätestens im Stadium der ständigen Bettlägerigkeit eine Verlegung an, da Demenzkranke in diesem Stadium auf intensive Grund- und Behandlungspflege

(Dekubitus-Prophylaxe u. a.) angewiesen sind und weder aktiv noch passiv am Stationsleben teilnehmen können (Siehe LIND, 1992).

Es ist m. E. von größter Bedeutung, nicht nur die Zugangs- sondern auch die Verlegungskriterien eindeutig festzulegen, da sonst das Milieu einer Station relativ rasch aufgrund der Alterung der Klientel sich wandeln kann. Wenn erst einige Bewohner bettlägerig geworden sind und eine intensive Einzelversorgung (Grund- und Behandlungspflege) benötigen, bricht relativ schnell das sozialtherapeutisch ausgerichtete Gemeinschaftsmilieu (Gruppenaktivitäten und -beschäftigungen) aufgrund des wachsenden Arbeitsaufkommens zusammen. Mit dem gängigen Personaleinsatz im Pflegebereich sind 2 Versorgungsschwerpunkte parallel laufend auf einer Station nicht möglich. Das Resultat ist meistens ein chaotisch wirkendes Mischmilieu ohne therapeutische Effekte.

In einigen deutschen Altenpflegeheimen mit gerontopsychiatrischen Abteilungen (Martin-Haug-Stift in Freudenstadt, Altenheim Karlshöhe in Ludwigsburg und der Samariterstift Leonberg) wird bereits das Prinzip der Verlegung oder des Umzuges u. a. im Falle zunehmender Gebrechlichkeit (Bettgebundenheit u. a.) praktiziert. Pflegemitarbeiter bestätigen wiederholt, dass hierdurch der Pflegeauftrag, ein dementengerechtes Milieu zu schaffen, ermöglicht werden kann (Siehe auch BLOCHER, 994).

### *Pflegestrategien*

Auf einer Demenzstation, aber im Wesentlichen eigentlich auch auf jeder normalen Pflegestation ist eine Vereinheitlichung der Versorgung in der Pflege und Betreuung von äußerster Wichtigkeit. Der Demenzkranke hat das Anrecht, kontinuierlich in ein und derselben Art und Weise auf der Station behandelt zu werden. Das bedeutet, dass der Pflege- und Kommunikationsstil auf einer Station von allen Mitarbeitern durchgängig praktiziert werden sollte.

Zu dem psychogeriatrischen Pflege- und Interaktionsstil werden im nächsten Kapitel weitergehende Aussagen gemacht (Kapitel 7), doch hier soll darauf verwiesen werden, dass es unterschiedliche Vorgehensweisen mit dem gleichen Anspruch auf Geltung und Verbreitung gibt, die aber bei Bewohnern zu Verwirrung führen in dem Fall, dass sie gleichzeitig von verschiedenen Mitarbeitern auf einer Station praktiziert werden.

Ein Beispiel:

Eine Pflegekraft bevorzugt einen trainingsorientierten Pflegestil nach dem Konzept der „aktivierenden Pflege“, während eine Mitarbeiterin eher flexibel kompensatorisch pflegt. Wird ein Demenzkranke in der Früh relativ strikt zur Eigenleistung aufgefordert und abends hingegen eher bei der Pflege unterstützt, so wird dies zu Verwirrung und Verunsicherung bei den Betroffenen führen.

Auch könnten die Pflegekräfte bei den Übergabegesprächen sich nicht eindeutig verständigen hinsichtlich der Pflegeziele und Einschätzung der Beobachtungen, wenn teils konträre Pflegeideologien aufeinander prallen.

Ebenso könnte es zu Konfusionen bei den Demenzkranken führen, wenn unterschiedliche Kommunikationsweisen praktiziert werden. Wenn Pflegekraft A „realitätsorientiert“

trainiert und korrigiert, während Mitarbeiterin B gleichzeitig metakommunikativ „validiert“, dann hat vor allem der Bewohner das Nachsehen, sieht er sich doch verschiedenen Umgangsstilen ausgesetzt, die er kaum zu vereinheitlichen vermag.

Zusammenfassend kann angeführt werden, dass auf der Station nur ein Pflege- und Kommunikationsstil vorherrschen darf. Es kann hierbei eingefordert werden, dass nicht nur psychogeriatrisch angemessen gepflegt und kommuniziert werden soll, sondern dass darüber hinaus auch auf ein und dieselbe Art und Weise hierbei vorgegangen werden muss. Eine Pluralität oder Permissivität im Sinne eines „Anything goes“ darf es auf einer Station nicht geben, da nicht nur die Bewohner hierunter leiden würden, sondern auch die fachliche Kommunikation der Mitarbeiter untereinander wäre unter diesen Bedingungen kaum möglich.

Ein weiteres Argument stellt die gemeinsame Weiterbildung und Evaluierung der Pflege- und Betreuungsleistungen dar, die nur möglich ist, wenn die Kriterien, die Terminologie und die fachlichen Inhalte einem theoretischen Kontext entstammen.

Zusätzlich bedarf es noch des Hinweises, dass für die Außendarstellung gegenüber Angehörigen oder anderen Institutionen es von großer Bedeutung ist, wenn auf ein stringent praktiziertes Pflege- und Betreuungsprogramm verwiesen werden kann, das vielleicht auch schriftlich vorliegt und eingesehen werden kann.

### *Therapeutisches Programm*

Neben einem einheitlichen psychogeriatrischen Pflege- und Kommunikationsstil bedarf es auf einer Demenzstation zusätzlich eines therapeutischen Programms, das die Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen der alltäglichen Aktivierung, Stimulierung und Integrierung auf der Station enthält (Näheres hierzu in den Kapiteln 8 und 9).

An dieser Stelle soll nur darauf verwiesen werden, dass für eine Demenzstation ein Programm, das die Schwerpunkte und Ziele der Tagesstrukturierung, der Stimulierung, der Einzel- und Gruppenbetreuung ebenso wie die der Beruhigung enthält, für die Gestaltung der Lebenswelt der Demenzkranken und auch die Gestaltung der Arbeitsbereiche der Mitarbeiter unabdingbar ist.

Das therapeutische Programm zusammen mit dem Pflege- und Betreuungsstil bilden das Kerngerüst für alle Aktivitäten und Milieugestaltungsformen auf der Station, denn nur wenn Pflege und therapeutisches Vorgehen in ein Milieuganzes integriert ist im Sinne einer Ganzheitlichkeit oder Totalität, besteht die Möglichkeit, dass beide Aspekte integriert zum Wohle der Bewohner wirken können.

Häufig kann man auf Stationen beobachten, dass Pflege und therapeutisches Vorgehen (Aktivierung, Beschäftigung, Bewegung u. a.) nicht ausreichend aufeinander abgestimmt sind. Manchmal kann man direkt von einem Nebeneinander von Pflegekräften und Therapeuten (z. B. Beschäftigungstherapie oder Krankengymnastik) ausgehen, wobei häufig auch berufsbezogene Animositäten eine Rolle spielen.

Wenn z. B. die Beschäftigungstherapeutin auf Station kommt und sich bei den Pflegekräften beschwert, dass Frau XY noch nicht für die Gruppenbeschäftigung zurecht gemacht worden ist, dann wird hierdurch die Zusammenarbeit bestimmt nicht gefördert. Doch die betroffenen Bewohner sind die Hauptleidtragenden. Wenn z. B. eine Bewohnerin geweckt und hastig gepflegt wird, nur damit sie rechtzeitig zum Gruppentermin mit der BT erscheinen kann, dann wird ihr kaum ein Mindestmaß an angemessener psychogeriatrischer Pflege und Betreuung zuteil.

Damit diese Konflikte eines Nebeneinanders und teils auch einer Gegnerschaft zwischen Pflege und nichtpflegerischen Aktivitäten und Interventionen vermieden werden können, sollten möglichst alle psychosozialen Angebote (Aktivierung, Beschäftigung, Bewegung u. a.) von den Pflegekräften teils mit Unterstützung von Angehörigen und / oder Ehrenamtlichen selbst durchgeführt werden. Die Ganzheitlichkeit von Pflege und Betreuung lässt sich m. E. nur optimal realisieren bei der Einheitlichkeit des Personalkörpers. Da die Altenpflegeausbildung meines Wissens die Elemente psychosoziale Betreuung und Aktivierung enthält, sind die Pflegekräfte ausreichend qualifiziert für diese nichtpflegerischen Interventionen. Neben der Erleichterung bei flexibler Absprache, Planung und Gestaltung auf der Station in einem Team kommt als weiterer Aspekt hinzu, dass es sich hierbei um ein so genanntes „Jobenlargement“ handelt. Das bedeutet, die Pflegekräfte erhalten Gelegenheit, ihre Kompetenzen auf den psychosozialen Feldern der Gruppen- und auch Einzelbetreuung zu entfalten.

Ein weiteres Argument für den Einsatz der Pflegekräfte bei den therapeutischen Angeboten stellt das Wissen der Pflegekräfte um die augenblickliche Tagesform der Bewohner dar: Sie weiß durch die morgendliche Pflege genau, was sie z. B. einer Bewohnerin zumuten kann und was nicht. Für die Bewohner hingegen ist auch von Vorteil, wenn die vertraute Pflegekraft, mit der man gerade eben noch das Frühstück eingenommen hat, die Singegruppe oder den Spielkreis leitet.

### *Weiterbildung*

Damit eine demenzspezifische Pflege und Betreuung in der täglichen Praxis realisiert werden kann, bedarf es eines qualifizierten Personalkörpers auf der Station. Da der Stand des Wissens und der Erfahrungen aufgrund der Berufserfahrung und der beruflichen Ausbildung häufig recht unterschiedlich ist, sollten gemeinsame Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen auf der Station für das Pflegeteam ein notwendiges Element darstellen. Nur die Erweiterung, Vertiefung und Reflexion der täglichen Pflege und Betreuung in Gestalt von Weiterbildung bietet den Rahmen, die Qualität der Versorgung zu verbessern. Weiter oben (Kapitel 4.2.6.) wurde bereits ausgeführt, dass durch Weiterbildung im psychogeriatrischen Bereich der Demenzpflege nachweisbare Verbesserungen in der Pflege und Betreuung erzielt werden können.

Weiterbildungsmaßnahmen dienen hierbei nicht nur zur Verbesserung der Kompetenzen der einzelnen Pflegekräfte, sie vereinfachen auch die Vereinheitlichung in der Pflege und Betreuung der demenzkranken Bewohner. Die gemeinsame Auseinandersetzung mit der täglichen Praxis bei Weiterbildungsmaßnahmen möglichst eines großen Teiles des Pflegeteams kann mit dazu beitragen, ein gemeinsames Niveau an Inhalten,

Vorgehensweisen und auch Beurteilungsstandards zu entwickeln (Siehe auch GRANT et al., 1998).

### *Angehörigeneinbindung*

Eine angemessene Pflege und Betreuung Demenzkranker bedarf immer des biographischen Bezuges, der lebensgeschichtlichen Einbindung der Bewohner. Die Brücke zur Vergangenheit der Bewohner stellen die Angehörigen dar, nur sie wissen um die Lebensgeschichte, die Eigenheiten, Gewohnheiten, Vorlieben und auch Abneigungen der Betroffenen (Weitere Ausführungen hierzu siehe Kapitel 9).

In den USA wird bei den Standards von Demenzstationen verstärkt auf die Angehörigeneinbindung hingewiesen (BERG et al., 1991).

Auch in Deutschland sollte verstärkt die Bedeutung der Angehörigen für die Pflege und Betreuung Demenzkranker anerkannt werden. Nur durch die Einbindung der Angehörigen kann letztlich eine bewohnerspezifische Lebenswelt geschaffen werden, in der auf Eigenarten, Neigungen und Verhaltenseigenschaften eingegangen wird. Daher sollte der Angehörige auch als ein Co-Therapeut, ein Experte in der Biographie und im Zugang zu den einzelnen Bewohnern aufgefasst werden (Siehe hierzu auch LIND, 1991).

### *Raumprogramm*

Wie bereits oben (Kapitel 6.1.) angeführt, erfordert die Demenz nicht nur ein spezifisches Milieu, sondern auch ein demenzspezifisches Raumprogramm (Weitere Ausführungen hierzu Kapitel 10).

Dieser Faktor wird in Deutschland teilweise von einflussreichen Multiplikatoren wie z. B. das Kuratorium Deutsche Altershilfe noch strikt abgelehnt (siehe 2. Altenbericht der Bundesregierung), international hat sich das demenzspezifische Architektur- und Raumprogramm hingegen schon etabliert.

Das spezifische Raumprogramm für Demenzkranke auf einer psychogeriatrischen Station ist für die Bewohner von großer Bedeutung, da es ihnen einen erhöhten Grad an Freizügigkeit und damit auch an funktioneller Autonomie gewährt (Wandern, unbehindertes Bewegen u. a.).

Räumlichkeiten können für hirnorganisch Erkrankte Bedrohungen und unbezwingbare Hindernisse darstellen. Für die Gestaltung der Lebenswelt Demenzkranker ist von besonderer Bedeutung, die Raumstrukturen ihrem Leistungsvermögen anzupassen.

### *Fazit*

Die bisherigen Erfahrungen zeigen deutlich, dass für demenzkranke Bewohner in stationären Altenhilfeeinrichtungen ein vielschichtiges Strukturgefüge aus personalen, organisatorischen und räumlichen Gegebenheiten zum Aufbau einer angepassten und damit auch angemessenen Lebenswelt geschaffen werden kann. Die wesentlichen Faktoren sind kurz angeführt worden, sie weisen darauf hin, dass bei Übereinstimmung von Bewohner und sozialökologischer Umwelt (Milieu, Pflege- und Therapieprogramm, Raum-

struktur) Demenzkranken Möglichkeiten für eine Lebensgestaltung, die Lebensqualität und Wohlbefinden zu vermitteln vermag, gegeben werden kann. Erforderlich hierbei ist vor allem, dass möglichst alle hier angeführten Faktoren Berücksichtigung finden. Auch von Bedeutung ist das Faktum, dass die Faktoren zu einem organischen Ganzen zusammengefügt sein sollten, denn erst die Synthese aller hier angeführten Dimensionen erhöht die Effektivität und auch Effizienz dieses Leistungsangebotes (Siehe u. a. auch ANNERSTEDT, 1993; ANNERSTEDT et al., 1993; COONS et al., 1986; GROSSMAN et al., 1986; HALL et al., 1986; MARTICHUSKI et al., 1993; PEPPARD, 1986; VOLICER et al., 1994; ZARIT et al., 1990).

### **6.3. Auswirkungen auf das Pflegepersonal und die Bewohner**

Die Gleichartigkeit der Bewohner auf Pflegestationen bildet den Rahmen für ein besonderes Milieu, das sich auf die Bewohner und die Pflegekräfte in verschiedener Hinsicht auswirkt. Im Folgenden werden Untersuchungen bezüglich des Pflegepersonals als auch der Bewohner vorgestellt werden.

#### *Auswirkungen auf das Pflegepersonal*

Ein wichtiger Faktor in der Demenzpflege ist die Überlegung, inwieweit die Pflegekräfte eine segregative oder integrative Pflege der demenziell Erkrankten bevorzugen. Hierzu liegen bereits einige Untersuchungen vor.

LANDAU et al. (1991) verglich das Ausmaß an Burn-out und an Überdruß auf einer herkömmlichen Pflegestation und einer gerontopsychiatrischen Station mit dem Ergebnis, dass auf der gerontopsychiatrischen Station die Pflegekräfte nur niedrige Werte aufwiesen, während auf der herkömmlichen Pflegestation 50 Prozent mittelstarke und 30 Prozent hohe Burn-out-Werte zeigten. Auch die körperliche, geistige und emotionale Erschöpfung als Dimensionen des Überdrußes lagen auf der normalen Pflegestation weitaus höher.

Auch eine Erhebung aus den USA zeigt, dass Pflegekräfte auf psychogeriatrischen Stationen (special care units) eine geringere Belastung hinsichtlich der störenden Verhaltensweisen Demenzkranker aufwiesen als Pflegekräfte auf einer herkömmlichen Pflegestation. Obwohl ein größeres Ausmaß an Verhaltensauffälligkeiten registriert wurde, zeigten die Pflegekräfte ein höheres Ausmaß, dies zu tolerieren und als einen Aspekt der Arbeit aufzufassen (MIDDLETON et al., 1999).

Weitere Untersuchungen aus den USA belegen den Sachverhalt, dass die Arbeitszufriedenheit auf Demenzstationen hoch ist. Im Vergleich mit herkömmlichen gemischten Pflegestationen zeigt die Arbeitszufriedenheit ein signifikant größeres Ausmaß (GROSSMAN et al., 1986; HAYS et al., 1997; MEYER et al. 1990; PEPPARD, 1986; ROBERTSON et al., 1995).

Auch in Schweden bei der Untersuchung von Wohngruppen für Demenzkranke im Vergleich zu herkömmlichen Pflegestationen konnte eine erhöhte Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit einer geringen Rate an Personalfluktuation festgestellt werden (MALMBERG et al., 1993).

Die vorliegenden Erfahrungen und Erkenntnisse hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit bzw. der Belastung in der Pflege lassen sich dahingehend interpretieren, dass durch die einheitliche Struktur auf Demenzstationen die Arbeitsanforderungen eindeutig vorgegeben sind. Es gilt nur ein Milieu (Demenzmilieu) aufzubauen und zu gestalten, während auf herkömmlich gemischten Stationen in der Regel zwei und manchmal sogar drei unterschiedliche Milieustrukturen (Demenzmilieu, Milieu für kognitiv kompetente aber körperlich gebrechliche Bewohner und teilweise auch ein Milieu für Rüstige) herzustellen ist. Unterschiedliche Lebensbereiche mit konträren inhaltlichen Elementen in einem Setting (Station) mit einem relativ begrenzten Personalstand zu schaffen, lässt sich kaum bewerkstelligen.

Die Pflegemitarbeiter müssen diese Strukturanforderungen als eine Sisyphusarbeit erleben, trotz ständiger und wiederholter Bemühungen können keine angemessenen milieuthérapeutischen Ergebnisse erzielt werden. Das Erleben eines unzureichenden Milieus für die verschiedenen Bewohnergruppen („Der tägliche Chaos“) führt dann letztlich zu seelischer und körperlicher Erschöpfung, denn man hat ständig das Gefühl, den eigenen Erwartungen hinsichtlich einer angemessenen Pflege und Betreuung nicht gerecht werden zu können.

#### *Auswirkungen auf die Bewohner*

In diesem Abschnitt werden Erhebungen angeführt, die das Erleben nicht demenzkranker Bewohner auf herkömmlich gemischten Pflegestationen im Zusammenleben mit Demenzkranken zum Gegenstand haben. Dieser Aspekt ist bisher in Deutschland nicht ausreichend untersucht worden, daher muss auf ausländische Untersuchungen zurückgegriffen werden.

Eine Untersuchung aus einem Altenpflegeheim in den USA zeigt, dass das Zusammenleben eines geistig klaren Bewohners mit einem Demenzkranken auf einem Zimmer zu einer gravierenden Verschlechterung des geistigen und emotionalen Zustandes bei dem Nicht-Dementen führt. Depressionen, Angst, Unsicherheit und Einsamkeitsgefühle sind festgestellt worden. Auch im allgemeinen Umgang zeigen die Betroffenen sich irritierter und unfreundlicher (WILTZIUS et al., 1981).

Weitere Untersuchungen verdeutlichen, dass kognitiv nicht beeinträchtigte Bewohner überwiegend Kontakte und die Nähe Demenzkranker meiden. Sie lehnen das Zusammensein auf einer Station oder die gemeinsame Beschäftigung ab, da sie sich von den Demenzkranken gestört, überfordert und teilweise auch abgestoßen fühlen. Durch die ständige Konfrontation entsteht häufig eine negative emotionale Einstellung und Befindlichkeit u. a. dergestalt, dass man befürchtet, selbst bald dement zu werden. Eine oft, auch in Deutschland zu beobachtende Reaktionsweise besteht im Rückzug der Nicht-Dementen. Sie schließen sich in ihr Zimmer ein, um Begegnungen und auch „Besuchen“ Dementer so entgegen zu können (BRAUNER, 1989; LEVESQUE et al., 1993; BERGER et al., 1996).

Die Tendenz bei den geistig klaren Bewohnern, sich möglichst von Bewohnern mit hirnorganischen Einschränkungen abzugrenzen, entspringt einem den Menschen innewoh-

nenden Bestreben nach Homogenität oder Gleichartigkeit. Dieses soziale Gesellungsprinzip gilt es anzuerkennen. Der Wunsch, sich nicht mit Demenzkranken auseinander setzen zu müssen, entspringt keinem Status bezogenen Hochmut oder einer sozialen Gleichgültigkeit, sondern eher dem Bestreben, das soziale Umfeld nach den noch verbliebenen Kapazitäten und dem Belastungsvermögen zu organisieren. Es muss hier berücksichtigt werden, dass es bei den geistig klaren Bewohnern um Pflegebedürftige handelt, die aufgrund schwerer chronischer Leiden nur noch begrenzt belastbar sind und die ein starkes Bedürfnis nach Ruhe, Harmonie und auch Anregungen gemäß ihres Leistungsvermögens haben.

## **7. Pflege- und Kommunikationsmethoden bei Demenzkranken**

Pflege und Kommunikation sind im Umgang mit Altersdementen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe entscheidende Elemente hinsichtlich der Lebensqualität, der Gestaltung der Lebenswelt und des Milieus und auch hinsichtlich der Arbeitsbelastung und -bewältigung für die Pflegekräfte.

Wie bedeutend eine den Demenzkranken angemessene Pflege und Kommunikation ist, lässt sich aus den verschiedenen Untersuchungen ablesen, die bezüglich der Ursache verschiedener störender Verhaltensweisen Demenzkranker im Heimbereich unternommen wurden. Ob störendes Verhalten in Gestalt akustischer Äußerungen (Schreien, Klagen, Schimpfen u. a.) oder in Gestalt tätlicher Aggressionen, häufigst sind der Umgang und Kontakt bei der Pflege und Betreuung der Grund für das extreme Bewältigungsverhalten der Demenzkranken (Siehe Kapitel 3).

Es kann die Aussage getroffen werden, dass Pflege und Kommunikation für die Demenzkranken geradezu existentiell hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf das Erleben und Erfahren von der äußeren sozialen und räumlichen Umwelt sind. Denn mit zunehmender Gebrechlichkeit und damit auch Abhängigkeit wird der Lebensbereich der Dementen immer stärker von anderen Personen, die pflegen und betreuen, bestimmt. Von deren Wissen, Erfahrung, Einstellung, Arbeitshaltung, Motivation etc. hängt es ab, ob einfachste Alltagsbezogene Handlungen wie Aufstehen, Ankleiden, Essen, Trinken u. a. für die Betroffenen positive oder negative Erlebnisse darstellen, ob sie Freude und Zufriedenheit oder Angst und Schrecken bei den Pfinglingen auslösen.

Entscheidende Aspekte der elementaren Erfahrung von der Umwelt werden von Pflegepersonen durch ihre tagtäglichen Handlungen und Interaktionen bestimmt, sie sind quasi das Medium zur Aneignung der Welt in allen ihren für Demenzkranken bedeutsamen Faktoren.

Diese wiederholten Ausführungen haben die Funktion, die überaus bedeutende Stellung der Pflege und Kommunikation für die Lebensqualität der Demenzkranken hervorzuheben. Es gilt das Bewusstsein für den Sachverhalt zu schärfen, dass diese Aspekte für die Betroffenen die Kernelemente ihrer Lebenswelt darstellen. Während es für die Pflegekräfte Arbeitsauftrag und Erwerbsquelle sind, sind Pflege und Kommunikation für die

Dementen weit mehr, sie sind funktionelle Bestandteile ihrer kleinen überschaubaren Welt.

Im folgenden werden die verschiedenen Dimensionen der Pflege und Kommunikation im Umgang mit Demenzkranken vermittelt, wobei sowohl die Ebene der theoretischen Erklärung als auch die Ebene der konkreten Handlungsanweisung im täglichen Umgang vorgestellt werden.

## **7.1. Einheit von Pflege und Kommunikation**

Zu Beginn bedarf es einiger eher theoretischer Ausführungen über das Verhältnis von Pflege und Kommunikation, denn es sollte deutlich vermittelt werden können, dass Pflege und Kommunikation zwar einerseits verschiedene Begriffe mit den damit zusammenhängenden Realbezügen sind, andererseits aber gleichzeitig auch etwas Verbundenes und damit nicht zu Trennendes darstellen.

Wenn jemand pflegt, egal ob er dabei spricht oder nicht, kommuniziert er gleichzeitig mit der zu pflegenden Person durch seine Pflegehandlungen. Kommunikation ist somit der Oberbegriff dergestalt, dass Pflege als eine Form der Kommunikation aufgefasst werden kann. Denn Pflege ist ein zwischenmenschlicher Prozess, eine Interaktion zwischen zwei oder eventuell mehreren Personen. Eine Person vollzieht eine Handlung (z. B. Waschen), während eine andere Person diese Handlung an sich vollziehen lässt oder sich dieser Handlung entzieht (durch Verweigerung, Weglaufen, Abwehren, Schlagen etc.).

Pflegen ist somit ein interpersonalen Bezug oder auch eine Kommunikation im weiteren Sinne. Pflegen hat somit pflegetechnische Aspekte, die durch Ausbildung und berufliche Praxis geprägt sind, als auch zwischenmenschliche Dimensionen. Diese zwischenmenschlichen Dimensionen bestehen aus dem Erleben des Pflegenden und des Pfeglings hinsichtlich der Pflege und auch der anderen Person.

Konkret bedeutet dies, dass die Pflegekraft in dem demenzkranken Pfegling z. B. eine ihr vertraute Person mit Schwächen und Gebrechen wahrnimmt. Umgekehrt kann der Betroffene als ein fremdes Pflegeobjekt erlebt werden, das möglichst schnell und reibungslos gepflegt werden muss.

Auf der anderen Seite wird die demenzkranke Person in der Pflegekraft entweder eine Vertraute sehen, der sie sich anvertrauen kann, die sie also pflegen darf, oder als eine Fremde, die ihr möglicherweise Schaden zufügen könnte und vor der sie sich dementsprechend schützen muss.

Je nach Wahrnehmung und damit auch Einstellung dem anderen gegenüber wird das Verhalten ausgerichtet sein: Einfühlsam und Bewohner zentriert einerseits oder Routinehaft und teils mechanisch andererseits.

Die Art und Weise, wie die Pflegehandlungen ausgeführt werden, drücken somit gleichzeitig auch einen zwischenmenschlichen Bezug aus. Zwischen völliger Vertrautheit und völliger Fremdheit liegt die Bandbreite der interpersonalen Beziehungsdichte, die u. a. auch durch die Pflegehandlungen dokumentiert werden kann.

Im folgenden Abschnitt wird auf die Bedeutung der Kommunikation im engeren Sinne für die Pflegeinteraktion und die zwischenmenschliche Beziehung dargestellt werden.

## **7.2. Kommunikation im engeren Sinne als Voraussetzung für eine angemessene Pflege**

Die Interaktion zwischen Pflegekräften und Demenzkranken kann durch einen Umstand gewaltig beeinträchtigt werden, der in der Regel für beide Parteien zu Belastungen führen kann. Gemeint ist hier der Sachverhalt, wenn Pflegekräfte das Gefühl entwickeln, dass demenzkranke Bewohner nicht auf ihre pflegerischen und kommunikativen Interaktionen reagieren. Wenn sie keine Antworten, weder verbal noch gestisch, weder positiv noch negativ erhalten, dann führt dies häufig zu ethischen Konflikten.

Eine Untersuchung aus Schweden hatte diesen Gegenstandsbereich, die Pflege dementer Patienten mit schweren Verständigungsproblemen, zum Forschungsobjekt gemacht (EKMAN et al., 1991 und 1994). Die Untersuchung ergab, dass Pflegekräfte, die keinen Kontakt zu den Demenzkranken herstellen konnten, sich bei der Pflege unzulänglich und untauglich vorkamen. Sie fühlten sich unzufrieden und ohne jede rechte Hoffnung und entwickelten Burn-out Symptome. Die Pflege erschien ihnen irgendwie sinnlos, denn sie hatten keine Bindung zu den demenzkranken Personen aufbauen können.

Diese Störung der zwischenmenschlichen Kontakte, die für die Pflegekräfte als sehr belastend empfunden werden, führen zu dem Phänomen, dass sich die Pflegekräfte aus der Pflege so weit wie möglich zurückziehen. Obwohl die Pflege demenzkranker Patienten in der Regel zeitaufwendiger ist als die Pflege Nicht-Dementer, ist von EKMAN et al. in ihrer Untersuchung nachgewiesen worden, dass bei der Pflege Nicht-Dementer 40 Prozent mehr Zeit aufgewendet wurde. Dies kann dahingehend gedeutet werden, dass die Pflege Demenzkranker auf das Nötigste beschränkt blieb.

Es kann geradezu als ein Teufelskreis aufgefasst werden, wenn eine wahrnehmbare Kommunikation, egal ob verbal oder non-verbal, nicht zustande kommt. Wird der demenzkranke Bewohner von den Pflegekräften als kommunikationsunfähig erlebt, entstehen bei den Pflegekräften kein Bedürfnis, eine Beziehung oder Bindung zu dem Bewohner herstellen zu wollen. Die Pflege wird durch diesen Umstand der fehlenden interaktiven Beziehung in der Qualität stark beeinträchtigt (Routine-Pflege, mechanisches Pflegen etc.) und wird von dem Bewohner wiederum als Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität aufgefasst und entsprechend verweigert. Die Pflegekräfte sehen sich in dieser Situation, dass Pflege verweigert wird, bestätigt, dass die Pflege im Grunde sinnlos ist und somit eher als Fron aufgefasst wird („Problem-Pflegefall“, „schwieriger Bewohner“ etc.).

Die fehlende Kommunikation und die daraus resultierende Beziehungs- bzw. Bindungslosigkeit beeinflusst die Wahrnehmung der demenzkranken Bewohner dahingehend, dass sie von den Pflegekräften eher als bloße Pflegeobjekte und nicht als Subjekte im Sinne einer Mitmenschlichkeit wahrgenommen werden (ATHLIN et al., 1987 und 1993).

Weitere Untersuchungen aus Schweden haben den Zusammenhang zwischen Empathie und Burn-out bei Pflegekräften in der Demenzpflege herausgearbeitet mit dem Resultat, dass ein hoher Grad an Empathie („enger Kontakt zu den Bewohnern“) der stärkste Faktor im Bereich der Arbeitszufriedenheit darstellt und somit auch keine Phänomene der Arbeitsüberlastung und -überforderung entstehen lässt (ASTRÖM et al., 1992).

Pflegekräfte der Langzeitpflege, die stark überlastet sind, befürworten in größerem Ausmaß als Pflegekräfte ohne Burn-out-Phänomene eine aktive Sterbehilfe für Demenzkranke im finalen Stadium (ASTRÖM et al., 1987).

Wie stark ethische Konflikte bei unzureichenden Pflegehandlungen die Pflegekräfte beeinträchtigen, haben AAKERLUND et al. (1993) nachweisen können.

Pflege ohne Beziehung oder auch mit großer zwischenmenschlicher Gleichgültigkeit ist qualitativ gesehen immer eine Mangelpflege, ein unzureichendes Unterfangen, das sowohl die Pflegekräfte als auch die betroffenen Bewohner belastet, beeinträchtigt und somit auch in jeder Hinsicht Lebens- und Arbeitsqualität mindert.

Umgekehrt kann festgestellt werden, dass eine Identitätsfördernde Pflege oder auch Bewohner orientierte Pflege immer sowohl einen pflegetechnischen als auch einen zwischenmenschlichen Aspekt enthält, der vor allem in der Pflege Demenzkranker im Zentrum der Geschehens stehen sollte (BRANE et al., 1989).

Es bedarf an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich des Hinweises, dass Demenzkranke trotz Einschränkung ihrer kognitiven und mnestischen Minder- und Fehlleistungen im Bereich der zwischenmenschlichen Kommunikation noch recht deutlich die Beziehungsaspekte erleben können. Die affektiv-emotionale Wahrnehmung oder auch das Gespür ist noch relativ gut intakt, so dass in diesem Bereich mit natürlichen Reaktionen zu rechnen ist.

Demenzkranke verhalten sich somit wie Nicht-Demente, wenn sie auf gleichgültiges oder auch ablehnendes Verhalten negativ reagieren und diese Situationen möglichst vermeiden wollen.

In den folgenden Abschnitten werden die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Bereich der Pflege und Kommunikation Demenzkranker vorgestellt werden.

Hierbei geht es einerseits um Prinzipien und Grundsätze, die es in der Pflege zu beachten gilt, als auch um konkrete Hinweise und Empfehlungen im alltäglichen Umgang mit den Demenzkranken.

### **7.3. Personale und interaktive Stetigkeit als Kernelement psychogeriatrischer Pflege**

Aus den vorigen Abschnitten geht u. a. deutlich hervor, dass Beziehungen, Bindungen und die sie konstituierende und vermittelnde Kommunikation Grundvoraussetzungen für einen angemessenen Umgang zwischen Pflegekraft und demenzkranken Bewohner sind.

Damit diese zwischenmenschlichen Kontakte sich bilden und entwickeln können, ist ein bestimmtes Maß an gegenseitiger Bekanntschaft, Gewöhnung und damit auch Vertraut-

heit erforderlich. Man muss sich quasi kennen, in all den verschiedenen Bereichen, die für ein alltägliches Miteinander im Heim nötig sind.

Ein Charakteristikum des Heimalltags ist die Beständigkeit seines Ablaufes. Klar gegliedert in bestimmte Routinen, die sich an bestimmte Ereignisse ausrichten (Aufstehen und zu Bett gehen, Mahlzeiten), ist der Tag und auch die Nacht strukturiert. Dieses Faktum darf nicht als ein negativer Institutionalisierungsfaktor aufgefasst werden, der sich gegen jede individuelle Abweichung, Freiheit oder Gegenläufigkeit wendet. Denn auch bei Senioren in Privathaushalten vollzieht sich der Alltag überwiegend in festen Bahnen, mit eigenem Rhythmus und damit auch in einer festgelegten Routine.

Bei Demenzkranken besitzt die Beständigkeit oder auch Stetigkeit des Lebenszusammenhanges einen noch weit größeren Stellenwert dahingehend, dass dieses ständige Wiederholen derselben Handlungen, Begegnungen, Verrichtungen und Aktivitäten ihnen Halt und Sicherheit gewährt. Ihr äußerst begrenztes Lern- und Anpassungsvermögen kann im Rahmen ständiger Wiederholungen noch seine Wirkung zeigen. Diese Beständigkeit vermittelt Vorhersehbarkeit, Überschaubarkeit und damit auch Sicherheit. Die Demenzkranken gewöhnen sich an viele mit der Zeit vertraute Strukturen im Heim und können hieraus ein gesichertes Quantum an Gewissheit und damit auch Selbstsicherheit schöpfen.

### *Personale Stetigkeit*

Neben der räumlichen und Tages strukturierenden Stetigkeit oder Beständigkeit besitzt die personale Stetigkeit einen großen Stellenwert in der Lebenswelt der Demenzkranken im Heim.

Personale Stetigkeit ist geradezu die Grundvoraussetzung, um die räumliche und Tages strukturierende Stetigkeit in ihrer Wertigkeit erfahren und erleben zu können. Denn es handelt sich bei den Demenzkranken um äußerst abhängige Personen, deren Lebensvollzug erst durch die Pflege und Betreuung durch die Pflegekräfte gesichert wird.

Personale Stetigkeit bedeutet in der Terminologie der Pflege alter Menschen Beziehungs- oder Gruppenpflege. Das heißt, eine bestimmte Gruppe der Pflegekräfte ist für eine bestimmte Gruppe Demenzkranker zuständig in der täglichen Pflege und Betreuung.

Wie bereits weiter oben mehrfach erwähnt, kann nur auf der Grundlage einer bestimmten Dauer an Kontakten und Begegnungen Gewöhnung, Vertrautheit und damit auch die Grundvoraussetzungen für gegenseitige Sympathie und auch Empathie entstehen.

Die Untersuchungen aus Schweden hinsichtlich der Entstehung eines bestimmten Vertrautheitsgrades, um bestimmte Pflegehandlungen optimal gestalten zu können (Hilfe bei der Mahlzeiteinnahme, siehe ATHLIN et al., 1987 und 1993), zeigen deutlich, dass eine bestimmte Zeitspanne schon erforderlich ist, um Vertrauen zueinander aufbauen zu können.

Zeit ist somit eine Konstituante, die es zu berücksichtigen gilt dahingehend, dass man nicht zu früh mit Erfolgen in der Pflege und Betreuung Demenzkranker rechnen darf. Dies gilt es besonders in der Fort- und Weiterbildung zu vermitteln, um Enttäuschungen

oder auch Frustrationen zu vermeiden. Es sollte einem bewusst sein, dass es eben eine gewisse Zeit braucht, dass ein Demenzkranker einer Pflegekraft Vertrauen schenkt. Es kann damit erklärt werden, dass eben das begrenzte Anpassungsvermögen einen längeren Zeitraum benötigt, um sich an neue Gesichter, Stimmen und Handlungsvorgänge zu gewöhnen.

### *Interaktive Stetigkeit*

Demenzkranken gewöhnen sich mit der Zeit nicht nur an bestimmte Orte, Routinen und auch Personen, sie gewöhnen sich auch an ein relativ beständiges Vorgehen. Wie bereits weiter oben ausgeführt (Kapitel 5.3.), wird das Ausmaß einer psychogeriatrischen Kompensationspflege letztlich von der Tagesform dergestalt bestimmt, inwieweit Hilfestellung oder gar die vollständige Pflege von der Pflegekraft übernommen wird.

Bei der Kompensationspflege wird somit das Quantum an Hilfe und Unterstützung je nach Eigenvermögen der Demenzkranken variieren, nicht jedoch die Art und Weise des qualitativen Vorgehens. Zur Debatte hierbei darf nicht stehen, ob man verschiedene Pflegestrategien parallel anwenden sollte (Siehe Kapitel 6.2.).

Während sich international immer stärker herausstellt, dass nur die Kompensationspflege in der Demenzpflege das angemessene Vorgehen darstellt, hat sich in Deutschland dieses Wissen noch nicht durchgesetzt, so dass es vielleicht als nicht allzu befremdlich aufgefasst wird, wenn einige Pflegekräfte kompensatorisch pflegen, während hingegen andere konträr dazu Trainingsorientiert eher „aktivierend“ pflegen.

Interaktive Stetigkeit in der Pflege und Betreuung erfordert somit ein striktes Orientieren auf eine bestimmte Interaktions- und Umgangsweise (psychogeriatrische Kompensationspflege), denn nur so kann ein Optimum an Lebensqualität für die Betroffenen erreicht werden.

Diese Vereinheitlichung im pflegerischen Umgang bietet den Rahmen und auch die Orientierung in der pflegerischen Praxis, die wiederum auch Spielraum oder Variabilität hinsichtlich der individuellen Gestaltung der Interaktion und Kommunikation für die Pflegekräfte bietet. Ob jemand stärker verbal oder nonverbal kommuniziert, ob jemand eher Körper betont oder distanziert pflegt oder ob jemand eher emotional oder Sach orientiert agiert oder reagiert, ist größtenteils Persönlichkeitsbedingt und sollte mehr oder weniger im Ermessen der jeweiligen Pflegekraft liegen.

Einheitlich hingegen sollte das allgemeine Vorgehen in der Pflege hinsichtlich Planung, Diagnose, Durchführung und Bewertung sein. Nur so kann gewährleistet werden, dass interaktive Stetigkeit zu Sicherheit, Geborgenheit und Wohlbefinden beitragen wird.

### *Stetigkeit in der emotionalen Zuwendung als weitere Form interaktiver Stetigkeit*

Eine Erfahrung im Umgang mit demenzkranken Bewohnern in stationären Einrichtungen der Altenhilfe besteht in dem Umstand, dass diese Bewohnergruppe bei den Interaktionen auf Freundlichkeit und persönliche Wärme im Kontaktverhalten angewiesen ist. Mit ablehnenden, kritischen verbalen oder nonverbalen Äußerungen sind Demenzkranke überfordert, sie können sie nicht angemessen interpretieren und damit relativieren. Dadurch haben negativ gefärbte Impulse in den Interaktionen für sie einen bedrohlichen Charakter (BARTOL, 1979 und 1983; KELLEY, 1997).

Dieser Sachverhalt ist von großer Bedeutung, denn es erfordert häufig strenge Selbstdisziplin von den Pflegekräften, möglichst immer freundlich im verbalen und nonverbalen Äußerungen zu sein. Es muss in diesem Zusammenhang jedoch verstärkt vermittelt werden, dass Freundlichkeit in Gestalt u. a. eines Lächelns und eines sanften und vertrauten Tonfalles eine Schlüssel- oder Brückenfunktion dergestalt besitzt, dass man hierdurch erst Zugang und Kontakt zum Bewohner herstellen kann. Der Demenzkranke befindet sich aufgrund seiner eklatanten Hirnleistungseinbußen in einer ständigen Überforderungs- und Stresssituation, er kann sich die Welt, die ihn umgibt, nicht mehr erklären, er versteht die einfachsten Handlungsvollzüge (z. B. die korrekte Benutzung eines Löffels) nicht mehr und ist aus diesen Gründen ständig verunsichert und verängstigt. Ein zusätzlich ablehnend gefärbter Kontakt würde die Belastungs- und auch Stresssituation nur noch weiter verstärken, denn der Demenzkranke könnte diesen Eindruck völlig ungefiltert nur auf sich bezogen als einen feindlichen Impuls wahrnehmen und entsprechend reagieren. Rückzug und Flucht sind häufig die Reaktionen auf ablehnendes Verhalten.

Dieser ständigen Angst, Unsicherheit und Hilflosigkeit kann nur angemessen mit einer ständigen Freundlichkeit und positiven Zuwendung beigegeben werden, denn aufgrund der Gedächtnisstörungen, besonders des Kurzzeitgedächtnisses, sind positive Eindrücke, die man vielleicht am Vortage mit einer Pflegekraft erlebt hat, nicht mehr präsent. Demenzkranke sind „Jetzt-Menschen“, die ständig im „Hier und Heute“ leben, weil Vergangenheit ihnen nur noch bruchstückhaft gegeben ist. Da sie quasi nur in der unmittelbaren Gegenwart leben, können sie auch nur die Eindrücke der gegenwärtigen Interaktion verarbeiten. Daher muss ständig Wohlwollen, Zuwendung, Schutz und Verständnis in der Kommunikation signalisiert werden.

Den Pflegekräften muss daher bewusst gemacht werden, dass jeder Kontakt mit den Demenzkranken auch den Charakter von etwas Neuem besitzt, der einer positiven emotionalen Bestärkung bedarf, um von den Angesprochenen in Sicherheit und Vertrautheit angenommen zu werden.

#### **7.4. Empathie**

Ein bedeutender Faktor für die Entwicklung einer tragfähigen Ebene der Interaktion bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker stellt das Einfühlungsvermögen (Empathie) dar. Hiermit ist konkret die Fähigkeit gemeint, sich in den Kommunikationspartner dergestalt hinein zu versetzen, dass man regelrecht sich einen Rollenwechsel gedanklich vorstellt.

Dies ist im Umgang mit Demenzkranker in der Regel kein leichtes Unterfangen, da hier von zwei verschiedenen Seinsweisen oder Erfahrungswelten ausgegangen werden kann: Die Welt der Dementen und die der Nicht-Dementen.

Wie bereits im vorigen Abschnitt erläutert wurde, lebt der Demente in der Welt der unmittelbaren Gegenwart, in der Dimension des Jetzt. Nicht-Demente hingegen besitzen hingegen einen Erlebenshorizont, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit vielen Unterteilungen und Abstufungen umfasst.

Ein Ziel im Umgang mit Dementen besteht nun darin, die reduzierte begrenzte „Jetzt-Welt“ mit der weit gefächerten Erlebens- und Erfahrungswelt dergestalt abzustimmen, dass für beide Seiten die Kontakte ein größtmögliches Maß an Verständlichkeit, Vertrautheit und emotionaler Verbundenheit erhalten können.

Die Pflegekräfte sind somit aufgefordert, sich in die Lage eines Dementen hinein zu versetzen und aus dieser Position heraus ihre eigenen Handlungs- und Kommunikationsstrategien zu analysieren und auch zu bewerten. Obwohl es kaum möglich ist, sich umfassend in die Lebenswelt eines Menschen „ohne Gedächtnis und damit ohne realisierbare Vergangenheit“ einzufühlen, kann jedoch durch die Bemühungen hierzu zumindest ein Verständnis für die Reaktionsweisen der Dementen geweckt werden. Wie stark sich die hieraus entstehende Sensibilität oder Feinfühligkeit positiv auf den Umgang mit Dementen auswirkt, konnten NILSSON et al. (1988) nachweisen: Durch eine reflektierte Pflege konnten störende Verhaltensweisen, die Ausdruck einer unzulänglichen Interaktion zwischen Pflegekraft und Demenzkranken darstellten, um immerhin 80 Prozent reduziert werden (siehe Kapitel 4.2.1.).

Einfühlungsvermögen und Feingefühl eröffnen somit die Möglichkeit, das Verhalten der Dementen angemessen zu interpretieren (zu deuten) und gleichzeitig auch, die angemessene Reaktionsweise auf das Verhalten der Dementen zu entwickeln (ATHLIN et al., 1978; KIHLOGREN et al., 1994).

Empathie ist somit ein Muss im Umgang mit den Demenzkranken, denn nur durch das nötige Hineinfühlen in den Anderen entsteht die Chance, das Verhalten angemessen zu deuten und hierauf wiederum angemessen zu reagieren.

## **7.5. Dementenspezifischer Kommunikationsstil**

Wie bereits weiter oben an verschiedenen Stellen dargelegt wurde, sind bei Demenzkranken aufgrund der Hirnleistungseinbußen und -störungen u. a. die Wahrnehmung, das Auffassungsvermögen, das Gedächtnis, die Konzentration und die Affektivität stark beeinträchtigt bzw. gestört. Das bedeutet, dass die Wahrnehmung und das Erleben der konkreten Umwelt und der interpersonalen Kontakte derart eingeschränkt sind, dass eine Reihe von kommunikativen Strategien erforderlich sind, um relativ effektiv in der Pflege und Betreuung wirken zu können.

Die Kontakte mit Dementen bei verschiedenen Verrichtungen des Alltags (Pflege, Betreuung etc.) erfordern von den Nicht-Dementen einige Kompensationsleistungen, um die hirnorganisch bedingten Minderleistungen im kommunikativen Vermögen auszugleichen.

Die entsprechenden Vorgehensweisen sind Verstärkung, verstärkte Nonverbalität, Berührungen und Reduktion.

### *Verstärkung*

Mit Verstärkung ist bei der dementenspezifischen Interaktion der Sachverhalt gemeint, dass das Ungleichgewicht zwischen Sender und Empfänger austariert werden muss.

Fassen wir den Empfänger einer Botschaft hier als den Dementen auf, der nur über ein begrenztes Aufnahme- und Verarbeitungsvermögen verfügt und den Sender als die nicht-demente Person, die bei dem Dementen einen Effekt hinsichtlich Aufnahme und Erkennen einer Botschaft erzielen möchte, so sind einige parallel verlaufende Interventionsformen von Nöten, um den Dementen mit einer Botschaft oder Aussage zu erreichen.

Konkret bedeutet dies, dass bei der Interaktion mehrere Sinne gleichzeitig angesprochen werden müssen. Wenn zwei Nicht-Demente sich unterhalten, dass ist es nur erforderlich, dass die Botschaft von der Akustik und dem Inhalt her verstanden werden. Die Kommunizierenden müssen dabei nicht nahe beieinander stehen, sich anschauen oder sogar anfassen.

Bei Dementen dagegen müssen im mittelschweren und fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung mehrere Sinneswahrnehmungen gleichzeitig aktiviert werden, um das begrenzte Aufnahme- und Verarbeitungsvermögen ausreichend zu stimulieren.

#### Ein Beispiel:

Eine Pflegekraft möchte einer dementen Bewohnerin die Mitteilung geben, dass sie bald gebadet werden soll.

Die bloße verbale Äußerung würde bei der Adressatin überwiegend keinen Effekt erzielen, sie würde sie vielleicht gar nicht erreichen.

Erster Aspekt: Die Botschaft muss dementengerecht aufbereitet werden: Möglichst kurze Sätze und langsam und deutlich sprechen.

Zweiter Aspekt: Die Empfängerin muss von der positiven Einstellung der Pflegekraft überzeugt werden, das heißt, die Pflegekraft muss einen freundlichen und vertrauten Tonfall benutzen und die Haltung durch ein Lächeln optisch noch verstärken.

Dritter Aspekt: Demente besitzen nur eine sehr geringe Kapazität an Aufmerksamkeit und Konzentration. Die Botschaft würde bei einer normalen Übermittlung entweder kaum verstanden werden bzw. schnellsten wieder vergessen werden.

Die Aufmerksamkeit kann erhöht werden durch zusätzliche taktile und interpersonal-optische Stimulierung. Konkret bedeutet dies, dass die Aufmerksamkeit erhöht wird, indem man die Adressatin in einer ihr vertrauten Art und Weise berührt (Handauflegen auf Arm, Schulter oder Hand). Hierdurch wird ein Körperkontakt hergestellt, der eine Aufmerksamkeitserhöhende Wirkung erzielt. Zusätzlich sollte ein Augenkontakt hergestellt werden. Indem ich meinem Gegenüber in die Augen schaue, konzentriere ich seine Aufmerksamkeit auf meine Person. Er wird mir somit intensiver und bereitwilliger zuhören.

Es liegen einige Untersuchungen vor, die belegen, dass durch Berührung und Augenkontakt die Aufmerksamkeitsspanne und das Aufnahmevermögen bei Demenzkranken erhöht werden kann (BARTOL, 1979; BURNSIDE, 1973; COPSTEAD, 1980; HOLLINGER, 1980 und 1986; LANGLAND et al., 1982; RICHTER et al., 1993).

Vierter Aspekt: Aufgrund des sehr begrenzten kognitiven Aufnahmevermögens (Worte werden nicht mehr in ihrer Bedeutung verstanden) sollte Worte und Begriffe u. a. durch Gegenstände mit Signalwirkung für den Adressaten ersetzt werden.

Die demente Bewohnerin kann mit dem Begriff „Baden“ aufgrund ihrer Hirnleistungsstörungen nichts mehr anfangen, sie versteht das Wort nicht mehr. Eine Pflegekraft in den USA hat dieses Defizit im Erkennen der Begriffe durch einen mehrdimensionalen sensitiven Zugang ersetzt. Der Begriff „Baden“ wird durch Präsentation mehrerer Gegenstände ersetzt, um den Erkenntniseffekt „Baden“ zu erzielen. Der Bewohnerin in diesem Fall wurde ihr alter, vertrauter und vorgewärmter Bademantel gereicht, zusätzlich zeigte man ihr ihren alten Badeschwamm und ließ sie an einer Flasche mit ihrem vertrauten Badezusatz (Fichtennadelessenz oder ähnliches) riechen (MILLER, 1994). So verstand sie, dass für sie das Baden in nächster Zeit anstehen würde.

Hier wird somit eine Begrifflichkeit durch einen durch das Langzeitgedächtnis erhaltenen Zusammenhang (Baden mittels vertrauter Utensilien) ersetzt. Das Ensemble der lebensgeschichtlich besetzten Gegenstände schafft die Assoziation zum Baden.

Vorstellungsverknüpfungen können auch in anderen Bereichen effektiv angewendet werden.

Das anstehende „Frühstück“ kann z. B. leichter erfahren werden, wenn der Geruch und der Anblick von Kaffee und krustigen Brötchen damit verbunden wird.

Fünfter Aspekt: Der Abstand zwischen Pflegekraft und dementer Bewohnerin sollte ca. 50 cm betragen, also nur halb so groß sein als im alltäglichen Umgang. Dies kann durch mit den eingeschränkten Seh- und Hörvermögen der Dementen erklärt werden. Durch den geringen Abstand wird auf das begrenzte optische und akustische Aufnahmevermögen Rücksicht genommen.

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass Verstärkung im Sinne einer mehrdimensionalen sensitiven Stimulierung die Interaktionskapazität der Dementen gesteigert werden kann. Indem mehrere Sinne angesprochen werden, können die Minderleistungen im Aufnahme- und Verarbeitungsvermögen der Dementen teilweise ausgeglichen werden.

### *Dementeneigene Kommunikation*

Ein Krankheitssymptom der Demenz besteht in dem zunehmend geringeren Sprachvermögen und auch dem Sprachverständnis. Demente verlieren nach und nach die Fähigkeit zu sprechen als auch die Fähigkeit, Worten und Sätzen einen Sinn oder eine Bedeutung beizumessen.

Trotz dieser objektiven Einbußen reden Demente häufig miteinander. Untersuchungen haben folgende Phänomene in diesem Kontext herausgearbeitet:

- Die verbale Kommunikation Demenzkranker hat bezogen auf die Logik der Sprache und der wechselseitigen Kommunikation keinen Sinn. Das bedeutet, Demente reden zwar miteinander, doch die verbalen Äußerungen lassen sich nicht zu einem aufeinander bezogenen Dialog fügen. Es sind mehr wechselseitige Monologe ohne Bezug auf die Vorrede (ACTON et al., 1999).

- Selbst bei geringem Sprach- und Verständnisvermögen versuchen Demente, die Strukturen der vertrauten Konversationsformen aufrecht zu erhalten. In geradezu ritualisierter Form werden die äußeren konventionellen Vorgehensweisen eines Gespräches beibehalten, obwohl die tiefere Ebene des geistigen Verstehens bereits verloren gegangen ist (KELLEY, 1997).
- Beobachtungen verbal kommunikativer Interaktionen Demenzkranker haben gezeigt, dass die Beteiligten aus der Teilnahme an diesen „Gesprächen“ Zufriedenheit und emotionale Bestätigung schöpfen (SANDMAN et al., 1994).

Diese Erfahrungen, die häufig auch von Pflegekräften in Weiterbildungsveranstaltungen bestätigt und teilweise durch eigene Erlebnisse erweitert und vertieft werden, deuten auf ein Phänomen menschlichen Sozialverhaltens hin. Demnach werden durch verbale Kommunikation Beziehungen und Bindungen in unterschiedlicher Dichte und Tiefe und in unterschiedlicher emotionaler Färbung zum Ausdruck gebracht.

Zum menschlichen Beisammensein gehören somit die Gespräche, sie drücken gegenseitige soziale Wahrnehmung und Akzeptanz aus.

Dieser Beziehungsaspekt der verbalen und natürlich auch der nonverbalen Kommunikation wird von den Dementen noch weiter in ihren Gesprächen ohne inhaltlichen Sinn weiterhin gepflegt. Sie sind u. a. auch ein Indiz dafür, dass das emotionale und soziale Vermögen im Gegensatz zu den intellektuellen Fähigkeiten noch recht gut erhalten ist.

Für die Pflege und Betreuung ist bezogen auf die dementeneigene Kommunikation darauf zu achten, dass man diesen spontanen psychisch und sozial befriedigenden Interaktionen Raum und Gelegenheit gibt. Dies geschieht u. a. dadurch, dass man ein Milieu schafft, das zu Geselligkeit und gegenseitigem Austausch anregt. Räumliche und innenarchitektonische Aspekte (z. B. die Gestaltung von Sitzgruppen) und auch soziale Anregungen zu Gruppenaktivitäten und Zusammenkünften bieten Gelegenheit, dass Demente durch Kontakte ein bestimmtes Maß an Selbstbestätigung und Selbstwahrnehmung erlangen können.

In diesem Zusammenhang muss darauf hingewiesen werden, dass durch Pflegekräfte nie diese Interaktionen gestört werden sollten, indem man vielleicht versucht, Korrekturen bezüglich der fehlenden Inhalte und Sinnstrukturen vorzunehmen. Es gilt, diese Form der Kommunikation als einen spezifischen Ausdruck des Bedürfnisses nach sozialen Kontakten und sozialer Anerkennung zu akzeptieren.

#### *Verstärkte Nonverbalität*

Für die Pflege und Betreuung Demenzkranker ist das Faktum von Bedeutung, dass verbale Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der Stärkung und Bestätigung des psychosozialen Beziehungsaspektes eine Bedeutung und einen Stellenwert besitzen. Daher sollte mit Dementen bei allen sich bietenden Gelegenheiten gesprochen werden. Selbst wenn der Inhaltsaspekt nicht vollständig aufgenommen und verstanden wird, so bleibt doch die soziale Botschaft der interaktiven Anerkennung und Wertschätzung erhalten.

Zusätzlich sollte bei der Kommunikation mit Dementen die Erkenntnis Berücksichtigung finden, dass Demente auf nonverbale Kommunikationsformen genauso angemessen reagieren können wie Nicht-Demente (KELLEY, 1997).

Gesten, Gesichtsausdrücke, Körperhaltungen und auch Berührungen werden somit von ihnen verstanden. Auf positive nonverbale Interaktionsformen reagieren sie positiv mit entsprechenden Gesten und auch verbalen Äußerungen.

Diese Erfahrungen gilt es zu nutzen, indem verstärkt nonverbale Kommunikationsformen eingesetzt werden sollten (HOLLINGER, 1980 und 1986).

Durch nonverbale Interaktionsarten besteht die Möglichkeit, dass mit Dementen auf einem Niveau kommuniziert werden kann: Auf das Winken oder Nicken kann mit einem Winken oder Nicken geantwortet werden, auf den verbalen Gruß „guten Tag“ können nur noch wenige mit einem „guten Tag“ antworten.

Nonverbale Kontakte können somit zur Stärkung des Selbstwertgefühles beitragen, denn die Erfahrung, auf einen Kontakt angemessen reagieren zu können, wird einen Demenzkranken hinsichtlich seiner noch vorhandenen Kompetenzen bestätigen.

Verstärkte Nonverbalität unterstützt somit nicht nur die oben angeführte Konzeption „Verstärkung“ in der Kommunikation, sie stärkt auch die Beziehung und Bindung der Pflegekraft zu den Dementen, indem sie deutlich verspürt, zu welchen sozialen und interaktiven Handlungen diese Personen noch fähig sind.

### *Berührungen*

Obwohl Berührungen zu den nonverbalen Interaktionen zu rechnen sind, bedarf es einer ausführlicheren Darstellung dieser Kommunikationsform, da sie im Rahmen der Pflege und Betreuung einen außergewöhnlichen Stellenwert besitzt. Berührungen haben nämlich wie bereits weiter oben angeführt (Siehe u. a. Kapitel 3.2.), nicht nur positive Dimensionen, sondern ganz im Gegenteil, durch Berührungen bei der Pflege und Betreuung können Angst- und Panikreaktionen hervorgerufen werden.

„Negative Berührungen“ sind die Körperkontakte, die überwiegend in der Pflege ohne das notwendige Maß an Einfühlungsvermögen, Feingefühl und Vorbereitung und auch Ruhe entstehen. Es sind auch die Kontakte, die aufgrund der gegenseitigen Fremdheit und damit auch Distanz zwischen Pflegekraft und demenzkranken Bewohner bei der Pflege entstehen.

Aber auch Stress, Hektik und unprofessionelles Vorgehen kann zu „negativen Berührungen“ führen.

An dieser Stelle wird vordringlich auf die „positiven Berührungen“ (comforting touch, therapeutic touch etc.) eingegangen werden. Es bedarf hier des Hinweises, dass das Bedürfnis nach zwischen-menschlichen taktilen Kontakten sich nicht auf die Dementen beschränkt, sondern dass es sich hierbei um ein genuin menschliches Bedürfnis handelt. Anthropologisch ist in den letzten Jahren der Nachweis geführt worden, dass durch Körperkontakt das Hormon Oxytocin im menschlichen Körper ausgeschüttet wird, das umgangssprachlich als „Glückshormon“ oder auch als „Beziehungshormon“ bezeichnet wird. Ein Zuwenig an Körperkontakt führt zu einer Störung des psycho-physischen Gleichgewichtes (Homöostase).

Bei Demenzkranken bekommt die nonverbale Welterfassung und -wahrnehmung noch eine größere Bedeutung, da sie auf verbale Ausdrucksformen nicht mehr zurückgreifen können. In den USA ist der Leitspruch entstanden „Touching is talking“ (BURNSIDE, 1973), womit gesagt werden soll, dass bei Dementen Berührungen und auch andere Formen der nonverbalen Kommunikation die verbalen Modalitäten und Vorgehensweisen ersetzen.

In diesem Kontext wird von mehreren Seiten auf verschiedene Effekte der Berührungen bei Demenzkranken hingewiesen: Berührungen bei den Dementen erzielen Sicherheitsfördernde Auswirkungen (BURNSIDE, 1973), lassen positive Wirkungen auf das Selbstwertgefühl entstehen (COPSTEAD, 1980), stellen ein affektives und kommunikatives Medium dar (LANGLAND et al., 1980) und fördern das Wohlbefinden (MOORE et al., 1995).

Es wird auch vorgeschlagen, gezielte Berührungen u. a. in Form von Massage der Hände der Dementen in Zuständen erhöhter Unruhe (Agitiertheit) anzuwenden (SNYDER et al., 1995).

Eine Literaturübersicht über den Einsatz und die Wirkung von Berührungen wurde erst kürzlich von ROUTASALO (1999) erstellt.

### *Humor*

In den USA wird schon seit einer Reihe von Jahren auf die besondere Wirkung von Humor bei der Kommunikation mit Demenzkranken hingewiesen.

(ADASIAK, 1989; BUCKWALTER et al., 1995; RICHTER et al. 1993; SIMON, 1988; SULLIVAN et al., 1988)

### *Realitätsorientierung*

In der Altenpflege in Deutschland ist gegenwärtig noch nicht die Frage inhaltlich geklärt, welchen Realitätsbezug man Demenzkranken zumuten darf. Konkret äußert sich diese Problematik in der Fragestellung, ob eine Form der Realitätsorientierung (z. B. Realitätsorientierungstraining - ROT) oder ob neuere Ansätze wie das Konzept der so genannten Validation (FEIL, 1998) beim Umgang mit Demenzkranken angewendet werden sollten.

Realitätsorientierung wird in Deutschland seit fast 20 Jahren als der therapeutische Umgangsstil in der Pflege und Betreuung Demenzkranker propagiert. Zu Beginn der 80er Jahre stellte dieser Ansatz eine konkrete Überwindung des „therapeutischen Nihilismus“ im Bereich der Versorgung Demenzkranker dar. Im Laufe der Zeit jedoch stellte sich immer häufiger heraus, dass geplantes ROT keinerlei generalisierenden Effekt hinsichtlich einer Verbesserung des Verhaltens Demenzkranker erbrachte. Schlimmer noch, es wurde durch Erfahrungen und auch Untersuchungen mehr und mehr deutlich, dass konsequentes Realitätsorientierungs-Verhalten negative Auswirkungen auf die emotional-affektive Befindlichkeit der Demenzkranken zur Folge hatte. Während mittlerweile international ROT nicht mehr für diese Klientel angewendet wird, sind in Deutschland hingegen diese Erkenntnisse noch nicht ganz durchgedrungen (DIETCH et al., 1989; CORNBLETH et al., 1979; EHRHARDT et al., 1999; GUBRIUM et al., 1975; HARRIS et

al., 1975; MÜLLER, 1994; NOLL et al., 1992; SCHWENK, 1979; WEITZEL-POLZER et al., 1988).

## 7.6. Pflegestrategien bei Demenzkranken

Die Pflege Demenzkranker stellt ein äußerst tief greifendes Element hinsichtlich der Lebensqualität und des Wohlbefindens dar, denn diese Bewohner sind aufgrund ihrer geistigen und teils auch körperlicher Gebrechen auf die Hilfe und Unterstützung u. a. auch in Form der Pflege und Betreuung angewiesen. Mehrmals am Tag sind Demenzkranke in der Regel einem sehr engen Kontakt ausgesetzt: Wenn sie gepflegt werden, egal ob Grund- oder Behandlungspflege, haben sie mit einer Person in unterschiedlichem Umfang Körperkontakt. Welche Auswirkungen eine nicht angemessene Pflege auf das psychosoziale Befinden haben kann, wurde bereits weiter oben an verschiedenen Stellen dargelegt (Siehe Kapitel 3).

Demenzkranken können in vieler Hinsicht auf unzureichende Pflegehandlungen reagieren: Sie können schreien, weglaufen, tätlich aggressiv und auch in vieler Hinsicht unruhig werden. Alle diese Phänomene drücken eine stark gestörte Lebenswelt der Demenzkranken aus. Sie zeigen, wie überfordernd, beeinträchtigend und Angst erzeugend Pflege sein kann, die nicht auf die spezifischen Eigenheiten der Demenzkranken allgemein und auch des einzelnen individuellen Demenzkranken mit seinen lebensgeschichtlichen Eigenheiten eingeht. In diesen Fällen liegen keine Interaktionen zwischen miteinander vertrauten Personen vor, sondern meistens eine eher routinierte und fast schon mechanische Arbeitshandlung, wobei der Demenzkranke als bloßes Objekt fungiert.

Das Kernelement im Umgang mit verwirrten Heimbewohnern stellt somit die Pflege dar. In der Pflege entfaltet sich der engste körperliche Kontakt, die unmittelbare Berührungen, auch in der Intimsphäre der Bewohner. Wenn diese Pflegehandlungen für die Demenzkranken ohne große Belastungen vollzogen werden können, dann ist bereits ein entscheidender Schritt hin zu einer demenzgerechten Lebenswelt mit den Attributen Wohlbefinden, Sicherheit und Zufriedenheit getan worden (Siehe auch Kapitel 7.5.).

Die Pflege Demenzkranker erfordert, wie in den obigen Abschnitten ausführlich beschrieben, eine Reihe emotional-affektiver und sozialer Kompetenzen wie z. B. Einfühlungsvermögen, Sensitivität, Vertrautheit und auch Ruhe und Gelassenheit.

Im Folgenden werden einige Dimensionen dieses Pflegeprozesses dargestellt werden, der hier grob in 3 Etappen oder Stufen aufgliedert wird.

### *Vorbereitungsphase*

Bevor eine Pflegekraft die Interaktion mit einem Demenzkranken beginnt, also bevor sie ihn konkret anspricht, sollte sie sich folgendes vergegenwärtigen:

In welcher Verfassung bin ich? Bin ich hektisch, aufgeregte aufgrund der Arbeitsbelastung?

Diese kurze Selbstprüfung besitzt die Funktion, das Ausmaß der eigenen Anspannung und Unruhe hinsichtlich der Interaktionsfähigkeit mit dem demenzkranken Bewohner zu klären.

Bin ich relativ ruhig, dann steht einem beginnenden Kontakt nichts im Wege, fühle ich aber hingegen eine Hektik und Anspannung in mir, so sollte ich darauf achten, etwas ruhiger zu werden. Bezugspflegerkräfte kennen in der Regel das Belastungsniveau ihrer demenzkranken Bewohner, sie wissen, wie viel Hektik sie vertragen können bzw. aushalten, ohne selbst gleich in Hektik und Unruhe zu geraten.

Ist der Punkt einer kompatiblen Interaktion noch nicht erreicht aufgrund der verspürten Unruhe, so sollte eine kurze Phase der Beruhigung eingeschoben werden: Ruhig durchatmen, bis 10 zählen oder ähnliches. Im Autofahrerjargon könnte man dies als „1 oder 2 Gänge runterschalten“ bezeichnen. Erst wenn das vom Bewohner akzeptierte Maß an Unruhe erreicht worden ist, sollte die Interaktion beginnen.

Ebenso sollte sich vor Beginn der Interaktion fragen, in welcher Verfassung, Tagesform und augenblicklichen Stimmung der Bewohner sich gerade befindet. Diese Aspekte sind wichtig, denn sie bestimmen die Art und Weise der Kontaktaufnahme. Manchmal sind Bewohner derart umtriebig, dass sie zu keiner Pflegeinteraktion fähig sind. In diesem Fall sollte man die Pflege halt verschieben. In einer anderen Situation sind sie vielleicht mit einer Sache oder Tätigkeit beschäftigt, dass es vielleicht vorab erforderlich sein wird, sie hiervon abzulenken.

Wichtig ist vor allem, dass die Pflegeinteraktion nicht regelrecht erzwungen wird, dass somit der Demenzkranke nicht das Gefühl entwickelt, einer fremden Person völlig ausgeliefert zu sein.

Wenn beide Aspekte, das Eigenbefinden und die Verfassung des Bewohners, geklärt sind, kann die Interaktion in Angriff genommen werden: Die Kontaktaufnahme zwecks Vorbereitung des Demenzkranken auf die bevorstehende pflegerische Handlung.

Diese Vorbereitung besitzt für den Demenzkranken mehrere Inhalte, die durch die Pflegekraft vermittelt werden muss:

- Es muss dem Bewohner verdeutlicht werden, dass die ihn kontaktierende Pflegekraft ihr wohl gesonnen ist und dass sie keine Bedrohung und Gefahr darstellt. Dies kann durch Lächeln, freundlichen Tonfall und bestärkende Gestik erreicht werden (Siehe weiter oben).

Die Pflegekraft muss also in den Gesichtskreis des Bewohners treten, sollte sich möglichst von vorne dem Bewohner nähern, so dass er sich auf die Person schon etwas einstellen kann.

- Des weiteren sollte der Bewohner auf den Pflegeprozess selbst vorbereitet werden. Es muss vermittelt werden, dass etwas Gewohntes und Vertrautes mit ihm geschieht, dass keinerlei Gefahr oder Beeinträchtigung droht. Denn nur wenn der Demenzkranke die Angst oder Unsicherheit vor der Pflegehandlung verliert, wird er bereit sein, etwas mit sich geschehen zu lassen bzw. bei dem Pflegeprozess mitzuwirken. Wie bereits oben ausgeführt wurde (Kapitel 7.5.), sollten falls möglich auch verstärkt Gegenstände mit Signal- oder Assoziationswirkung Verwendung finden. Was Worte nicht mehr erreichen können, sollten dann vertraute Gegenstände, aber auch Gerüche etc. ausdrücken.

Die Vorbereitungsphase kann als abgeschlossen gelten, wenn der Bewohner Bereitschaft und Mitwirkung signalisiert. Ist diese Aufgeschlossenheit nicht zu verspüren, verhält sich der Bewohner vielleicht noch indifferent oder abweisend, so sollte nicht mit der Pflege begonnen werden, da sonst die offene Verweigerung der Pflege droht. Pflegeverweigerung stellt ein großes Problem in der Pflege Demenzkranker dar und sollte durch ein bedächtiges und einfühlsames Vorgehen vermieden werden.

### *Pflegephase*

Mit der Pflegephase wird die Zeitspanne festgelegt, in der eine grund- oder behandlungspflegerische Interaktion zwischen Pflegekraft und Bewohner stattfindet.

Der Demenzkranke wird durch die Pflegekraft in einen Prozess von Handlungen, Verrichtungen und teils auch verbalen Aufforderungen eingebunden, die ihm oft nicht mehr aufgrund der Gedächtniseinbußen geläufig sind. Er erlebt eine Person in seiner unmittelbaren Nähe, die entweder ihn zu bestimmten Handlungen auffordert oder gar bestimmte Dinge unmittelbar an seinem Körper verrichtet, die er durch den unmittelbaren Körperkontakt spürt.

Pflege ist somit für den Bewohner ein Belastungserleben, ein zwischenmenschlicher Kontakt, den er sich vergegenwärtigen und erklären muss, um sein psychophysisches Gleichgewicht nicht zu verlieren.

Pflege bedeutet in den meisten Fällen für den Demenzkranken Stress.

Für die Pflegekraft sind bei der Pflege Demenzkranker immer 2 Komponenten zu berücksichtigen: Pflegen und Beruhigen.

Konkret bedeutet dies auch: Der Bewohner wird im Pflegeprozess einerseits aktiviert (aufgefordert, etwas zu tun oder etwas an sich geschehen zu lassen) und gleichzeitig beruhigt, damit ihm diese Aktivierung nicht regelrecht über den Kopf wächst und er die Mitwirkung abbricht oder gar flieht.

Wie bereits im Abschnitt 7.5. ausführlich beschrieben, sind eine Reihe von parallel verlaufenden Interaktionen erforderlich, um das Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens, aber auch der Aufmerksamkeit und des Verständnisses des Handlungsablaufes herbeiführen zu können.

Lächeln, ständiges Reden in einem freundlichen Tonfall und entsprechende Gesten bilden die Beruhigungselemente, die parallel zum Pflegeprozess verlaufen.

Beruhigung ist somit im übertragenen Sinn regelrecht ein „Sicherheitsgurt“ im Prozess der Pflegehandlungen.

Eine Untersuchung aus den USA zeigt, dass Pflegekräfte mit hoher Arbeitszufriedenheit ständig mit den Bewohnern bei den Pflegehandlungen reden, ohne dass dadurch mehr Zeit für die Pflege aufgewendet werden musste (ROBERTSON et al., 1995).

Ständiges freundliches Reden während der Pflege verdeutlicht somit den zwischenmenschlichen Beziehungsaspekt, der besonders bei Demenzkranken betont werden muss.

Von der pflegetechnischen Seite sind folgende Dimensionen nochmals zu berücksichtigen:

Bei der Pflege muss sich die Pflegekraft sicher sein, welche Anforderungen sie an den Bewohner stellen darf aufgrund seines Krankheitsbedingten Abbauprozesses und auch aufgrund seiner jeweiligen Tagesform.

Es gilt hierbei die Regel, die durch viele Beobachtungen bestätigt wurde, dass eine Forderung (z. B. einen Handlungsschritt zu vollziehen) immer sofort in eine Überforderung umschlägt, wenn sie von dem Bewohner nicht bewältigt werden kann.

Stress kann also nicht nur durch den bloßen Pflegeprozess hervorgerufen werden, sondern es kann zusätzlicher Stress durch die Erfahrung der eigenen Unzulänglichkeit beim Bewohner entstehen.

Ein Vorgehen zwecks Vermeidung des Überforderungserlebens stellt die Partialisierung eines komplexen Handlungsmusters in kleinere überschaubare Handlungsschritte dar. Der Pflegeprozess „Ankleiden“ z. B. wird in eine Reihe von einfachen Handlungssegmenten aufgeteilt. Zu jedem einzelnen Schritt wird der Bewohner aufgefordert, so dass die Pflegekraft sofort wahrnimmt, wann die Leistungs- und gleichzeitig auch Belastungsgrenze bei dem Bewohner erreicht ist. Durch dieses schrittweise Vorgehen wird dem Bewohner auch die Konfrontation mit seinen eigenen Einbußen genommen, wenn er z. B. nur den Misserfolg eines kleinen Handlungsschrittes (z. B. Strumpf überziehen), nicht jedoch sein Versagen bei der Realisierung eines komplexen Handlungsablaufes (z. B. selbständig anziehen) erleben muss (BECK et al., 1993).

Durch die Zergliederung des Aufgabenspektrums in Bewohner ausgerichtete und damit zu realisierende Tätigkeitssegmente mit relativ geringer Komplexität können bei dem Demenzkranken Erfolgserlebnisse ausgelöst werden. Integritätsfördernde Pflegeprozesse, die auf positive Mitwirkung der Bewohner abzielen und zur Aktivierung auch bei der Pflege selbst beitragen, wirken sich positiv auf das Verhalten und auch auf die physiologischen Prozesse des Organismus aus, wie verschiedene Untersuchungen in Schweden gezeigt haben (BRANE et al., 1989; WIDERLÖV et al., 1989).

Damit die Konzentration auch für die kleinen Handlungsschritte ausreicht, ist es erforderlich, sensorische und soziale Ablenkungsimpulse zu vermeiden. Wenn z. B. bei geöffneter Wohnertür die Morgenpflege durchgeführt wird, dann kann der Demenzkranke leicht durch das Geschehen auf dem Flur (der Anblick von Mitbewohnern oder Pflegekräften bei ihren Verrichtungen) in seiner Mitwirkung bei der Pflege gestört und abgelenkt werden. In diesem Fall ist es angezeigt, die Quelle einer eventuellen Ablenkung zu vermindern oder abzustellen (z. B. bei der Pflege die Türe schließen) (BECK et al., 1993).

Auf der anderen Seite ist häufig jedoch auch Ablenkung bei der Pflege angezeigt. Besonders bei der vollständigen kompensatorischen Pflege, wobei die Pflegekraft fast alle Handlungsschritte aufgrund der Krankheitsbedingten motorischen und kognitiven Unvermögens (Apraxie) der Bewohner selbst verrichten muss, kann es für die Pflegeinteraktion von Vorteil sein, wenn der Bewohner abgelenkt wird. Zur Vermeidung einer eventuellen Pflegeverweigerung seitens der Bewohner, die mit dem beschädigten Selbstwertempfinden und auch Schamgefühl erklärt werden kann, denn häufig verspüren die Bewohner ihre völlige Hilflosigkeit und Abhängigkeit, kann es günstig sein, den Bewohner während der Pflege vom Pflegeprozess selbst abzulenken. Wie bereits weiter oben

angeführt (Kapitel 4.2), bieten sich hierbei besonders lebensgeschichtliche Impulse an. So sprach eine Pflegekraft beim An- und Auskleiden die Bewohnerin immer über ihre berufliche Vergangenheit an. Indem die alte Dame ihr die Einzelheiten ihrer früheren Tätigkeit schilderte, „vergaß“ sie den unmittelbaren Handlungsablauf des An- oder Ausziehens, der ihr immer doch etwas peinlich erschien.

Diese spontane Interaktion der Pflegekraft, eine Bewohnerin in einer kritischen Pflegesituation abzulenken, kann man vielleicht dahingehend verallgemeinern, dass es oft angezeigt ist, bei unangenehmen Situationen in der unmittelbaren Gegenwart, den Bewohner zur Erhaltung seines Selbstwertgefühles und damit auch seines Wohlempfindens in die Vergangenheit zu „entführen“.

Zwei Aspekte kommen bei dieser Ablenkungsstrategie zum Tragen: Gegenwart und Vergangenheit ist für Demenzkranke oft bedingt durch die eingeschränkten Hirnleistungen kaum noch zu unterscheiden. Sie leben tagsüber häufig in der Vergangenheit, wenn sie z. B. auf der Suche nach ihren Eltern, Ehepartnern oder auch beruflichen oder hauswirtschaftlichen Beschäftigungen sich befinden.

Diese „Rückkehr“ in längst vergangene Lebensabschnitte (Jugend, mittleres Erwachsenenalter) kann man unter zweierlei Gesichtspunkten betrachten: Von der Orientierung her lässt sich diese Erlebensweise als eine für die Demenzen typische Form der Verwirrtheit interpretieren. Es liegt objektiv eine zeitliche und situative Desorientierung vor, die das Zurechtfinden in der Gegenwart erschwert bzw. gar unmöglich macht. Aus der Sicht der Realitätsorientierung gilt es nun, die zeitlichen und situativen Muster wieder der Realität anzupassen. Ob dieses Vorgehen dem Betroffenen hilft, kann angesichts der objektiven Gegebenheiten, Befindlichkeiten und Aussichten mehr als bezweifelt werden.

Die „Rückkehr“ in die Vergangenheit kann aber auch als regelrechte Flucht vor der Gegenwart mit all ihren trostlosen und aussichtslosen Umständen interpretiert werden. Die Gegenwart ist kaum zu ertragen, also bleibt nur der Weg in die Zeiten, als das Leben noch einen Sinn, Perspektive und vielleicht auch noch mit Glück und Zufriedenheit verknüpft war. Diese Fluchten, die m. E. unbewusst als ein psychophysisches Regulativ geschehen könnten, um nicht an der Realität zerbrechen zu müssen, erlauben ein Überleben im Angesicht des eigenen Abbaus.

Als Beleg für diese These kann das Verhalten nicht-dementer alter Menschen herangezogen werden, die häufiger als junge Menschen von ihren Erinnerungen übermannt werden.

Der Unterschied zu demenzkranken alten Menschen besteht nur darin, dass sie noch konkret zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden können.

Der zweite Aspekt der Ablenkung neben den Vergangenheitsbezug stellt die leichte Ablenkbarkeit u. a. aufgrund der massiven Kurzzeitgedächtnisstörungen dar. Mag die Konzentrationsschwäche und Ablenkbarkeit bei den pflegetechnischen Aspekten eine Erschwernis darstellen, wenn z. B. beim Ankleiden vergessen wird, dass man sich gerade ankleidet.

Auf der Beziehungsebene, der Ebene der emotional-affektiven Bestärkung und Bestätigung wiederum kann diese Kurzzeitgedächtnisschwäche als ein Therapeutikum aufge-

fasst werden, da durch kleinere Hinweise und Anregungen (in unserem Beispiel der Hinweis auf das frühere Berufsleben) negative Stimmungen, Gefühle und Einstellungen geradezu gelöscht werden können.

Es kann also verallgemeinernd festgestellt werden, dass die Nutzung des Vergangenheitsbezuges und der Kurzzeitgedächtnisstörung psychosoziale Instrumente zur Stabilisierung des emotionalen Gleichgewichtes darstellen und auch entsprechend angewendet werden sollten.

Ein weiterer Punkt bei der unmittelbaren Pflege (Pflegephase) ist der Sachverhalt, dass intensivere Pflege (vollständig kompensatorische Pflege) auch intensivere Beruhigungs- und eventuell auch weiterreichende Ablenkungsbemühungen erforderlich macht. Der Grund hierfür liegt in dem erhöhten Stressniveau, dem die Bewohner ausgesetzt sind, wenn sie vollständig von Pflegekräften gepflegt werden.

Es muss bei diesem intensiven Kontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner berücksichtigt werden, dass Demenzkranke ein recht begrenztes Aufnahme- und Verarbeitungsvermögen besitzen und somit leicht an die Obergrenze ihrer Bewältigungskapazität gelangen.

Dieses Faktum muss die Pflege eventuell dahingehend strukturieren, dass vielleicht ein Pflegeprozess sogar unterbrochen werden muss.

Ein Beispiel aus der ambulanten Pflege: Ein Pfleger in Düsseldorf berichtete, dass er bei der Pflege einer schwerstdementen alten Frau im häuslichen Bereich aus Gründen der Zeitersparnis versuchte, nach der morgendlichen Körperpflege der Patientin gleich danach die sämige Nahrung mittels eines klistierähnlichen Gerätes einzugeben. Die Patientin verweigerte die Nahrungsaufnahme, indem sie den Mund verschloss und sich abwandte. Der Pfleger unterbrach daraufhin die Pflege nach dem Waschen, indem er Dokumentations- und Aufräumarbeiten erledigte. Nach einer kürzeren Zeit der Unterbrechung war dann die Patientin bereit, sich die Nahrung eingeben zu lassen.

Das zu verallgemeinernde Fazit aus dieser Erfahrung besteht in der Erkenntnis, dass der Pflegeprozess ein überaus sensibles Interaktionsschema darstellt, das für den Demenzkranken, besonders im Stadium der vollständigen Kompensationspflege, eine Belastungsentwicklung enthält, deren Obergrenze relativ erreicht werden kann.

Aus diesem Grunde ist es erforderlich, den Bewohner hinsichtlich seiner Belastungsgrenze zu kennen. Wichtig hierbei ist auch, die Reaktionsweisen (verbal und nonverbal) hinsichtlich der Verarbeitung der Belastung richtig zu deuten, denn nur kann vermieden werden, dass die Grenze zur Überforderung bei der Pflege überschritten wird.

Abschließend kann noch einmal betont werden, welche Bedeutung und Stellenwert die Pflegephase für den Demenzkranken besitzt. Ziel in der psychogeriatrischen Pflege sollte es u. a. daher sein, diesen Interaktionsprozess für den Bewohner so erträglich wie möglich zu gestalten und dadurch Überforderungs- und Überlastungsreaktionen zu vermeiden. Lebensqualität und Wohlbefinden werden entscheidend im Pflegeprozess entwickelt, daher sollten diese Handlungen möglichst mit größtem Einfühlungsvermögen, Sensibilität und Reflexivität gestaltet werden (Siehe hierzu u. a. BECK et al., 1993; MACKAY, 1983; BRANE et al., 1989; WIDERLÖV et al., 1989).

### *Phase der Nachbetreuung*

Die Pflege bedeutet für die Demenzkranken ein intensiver Kontakt, der sie leicht an die Grenzen ihrer Belastungsfähigkeit bringen kann. Doch was geschieht nach der Pflege? Über das Verhalten Demenzkranker nach dem Pflegekontakt liegen meinem Wissen nach noch keine Untersuchungen vor. Nichtsdestotrotz sollte dieser Aspekt ein Gegenstandsbereich in der Fort- und Weiterbildung darstellen.

Meine These lautet: Die Pflegeinteraktion stellt für die Demenzkranken eine Stress- und Belastungssituation dar, deren Verarbeitung sie noch eine gewisse Zeit nachher in Anspruch nimmt.

Besonders bei einer vollständigen kompensatorischen Pflege wird die Belastung groß sein.

Durch Pflege überforderte und gestresste Bewohner sollte man nicht in dieser Situation allein lassen, denn in dieser Phase noch nicht bewältigter und verarbeiteter Stress Erfahrung könnten Agitiertheits- und auch Angstperioden entstehen. Eben noch in einer hoch stimulierenden Interaktion mit einer Pflegekraft und wenig später allein gelassen in einer vielleicht noch aufgewühlten Verfassung.

In diesem Kontext bedarf es des Hinweises, dass die Lebenswelt des Dementen im stationären Bereich aus verschiedenen sozialen Konstellationen besteht. Der Demenzkranke im Heim ist entweder allein, zusammen mit Mitbewohnern, zusammen mit einer Pflege- oder Betreuungskraft bei einer Pflege- oder Betreuungsmaßnahme, in einer strukturierten Gruppenaktivität eingebunden oder zusammen mit besuchenden Angehörigen.

Eine kürzlich veröffentlichte Untersuchung über das Sozialverhalten Demenzkranker auf einer Alzheimer Station (Special Care Unit) in den USA zeigte, dass im öffentlichen Bereich der Station (Aufenthaltsraum, Esszimmer, Flure) die Dementen überwiegend allein angetroffen wurden (60 Prozent). Kontakte hatten sie überwiegend mit ihren Mitbewohnern (28 Prozent), bei weitem weniger Kontakte zu Mitarbeitern (10 Prozent) und nur 2 Prozent der beobachteten Zeit verbrachten sie zusammen mit Besuchern (MOORE et al., 1999).

In dieser Erhebung wurde auch ermittelt, bei welchen Beschäftigungen die Bewohner Kontakte zu anderen Personen aufnahmen. Bei Einzelbeschäftigungen, dem Essen und bei passiven Verhalten (solo activity, eating, passive activity) blieben die Demenzkranken zwischen 70 und 90 Prozent der beobachteten Zeit allein. Beim Sitzen hingegen hatten sie 90 Prozent der Zeit Kontakte (80 Prozent zu Mitbewohnern und 10 Prozent zu Mitarbeitern) und nur 10 Prozent der Zeit blieben sie allein. Auch beim Wandern und Gehen (ambulating) wurden 80 Prozent der Zeit gemeinschaftlich verbracht (50 Prozent Mitbewohner, 20 Prozent Mitarbeiter und 10 Prozent Besucher) und nur 20 Prozent allein (MOORE et al., 1999).

Diese Daten verdeutlichen, dass die Lebenswelt von Demenzkranken überwiegend vom Alleinsein bestimmt wird. Die Konstellation „Zusammensein mit Mitbewohnern“ folgt an zweiter Stelle mit weitaus geringerem Umfang.

Bezogen auf die Nachsorge bei Pflegehandlungen mit belastendem Charakter scheint es angebracht, zum Stressabbau die Bewohner nach den Pflegeinteraktionen mit anderen Bewohnern zusammenzubringen. Die neuen Eindrücke, die durch den Kontakt mit anderen Bewohnern entstehen, können mit dazu beitragen, vom vorhergehenden Pflegeprozess durch die neuen Impulse abgelenkt zu werden.

Dies kann z. B. dergestalt geschehen, dass man den Bewohner nach der Pflege einer Gruppe zusammen sitzender Bewohner zuführt und ihnen eventuell auch einen Anreiz offeriert (Getränk oder Beschäftigungsutensilien anbieten), der den Zusammenhalt dieser Gruppe fördern könnte.

In Weiterbildungsveranstaltungen sind seitens der Pflegekräfte wiederholt ähnliche Strategien der Nachsorge mit positiven Auswirkungen auf die psychophysische Befindlichkeit angeführt worden.

## **8. Demenzgerechtes Milieu: Stimulierung und Tagesstrukturierung**

Die Lebenswelt Demenzkranker besteht im stationären Bereich der Altenhilfe in der Regel aus der Station und eventuell noch Außenbereichen (Garten, Hof etc.). Sie ist damit relativ klein und überschaubar. Auf der anderen Seite bildet diese Lebenswelt oder auch sozialökologische Umwelt den vollständigen Kontext der Lebensgestaltung, zu dem es keine Alternative gibt hinsichtlich der Wahl eines neuen Lebensbereiches, aus dem man sich somit auch nicht zurückziehen kann, da andere Lebenswelten nicht zur Verfügung stehen. Das Leben auf der Station stellt sich somit für die Demenzkranken als Totalität der Lebensgestaltung im Sinne einer Ganzheit dar.

Diese Lebenswelt mit ihren räumlichen, sozialen und organisatorischen Dimensionen bildet das Milieu, das die Demenzkranken umgibt, das sie als soziale und räumliche Umwelt vorfinden.

Dieses Milieu gilt es derart zu gestalten, dass es Kompensationen für die vielen Defizite der demenzkranken Bewohner im alltäglichen Leben bilden kann. Wie bereits im Kapitel 2 ausgeführt wurde, ist es eine vordringliche Aufgabe der Milieugestaltung, die defizitären Binnenstrukturen der Demenzkranken (Wahrnehmungs-, Erkenntnis-, Gedächtniseinbußen, eingeschränkte Handlungskompetenz im Bereich der alltäglichen Verrichtungen) durch entsprechende Außenstrukturen auszugleichen.

Das Ziel ist somit die größtmögliche Passung von Person und Umwelt in dem Sinne, dass die sozialen, organisatorischen und auch räumlichen Aspekte in vielschichtiger Art und Weise den Bedürfnissen, Lebensäußerungen und Kompetenzen hinsichtlich ihrer Bewältigung der Umweltanforderungen angepasst werden.

Negativ ausgedrückt bedeutet dies, dass Situationen und Gegebenheiten vermieden werden sollten, die bei den Demenzkranken Gefühle der Angst, Unsicherheit, Überforderung und Fremdheit hervorrufen könnten. Derartige Lebenswelten werden als feindlich und bedrohlich erlebt und entsprechend wird reagiert. Gesteigertes Auftreten an Unruhe, Wandern, Schreien u. a. drücken dieses Leiden an der Umwelt aus (Siehe Kapitel 2 und 3).

Im Folgenden werden verschiedene Ansätze einer demenzgerechten Milieugestaltung vorgestellt, die bereits in der Praxis erprobt worden sind. Diese Ansätze sind von ihrer Grundausrichtung her teils widersprüchlich. Dies ist Ausdruck des augenblicklichen Standes der wissenschaftlichen Forschung, die bezüglich der Erklärung der Verhaltensweisen Demenzkranker noch nicht das Niveau einer komplexen Theoriebildung erreicht hat.

### **8.1. Stimulierungskonzepte im Milieubereich Demenzkranker**

Ein für Demenzkranke typisches Verhaltensmuster stellt die häufig zu beobachtende physische und psychische Dekompensation dar. Panikreaktionen, Fluchtverhalten, Schreien und auch tätliche Aggressionen drücken Überforderung und Stress aus, sie verdeutlichen, wie begrenzt das Belastungsniveau der Demenzkranken im Gegensatz zu Nicht-Dementen sich gestaltet.

#### *Strategie zur Vermeidung von Überlastungssituationen*

Die Erfahrung eines niedrigen Belastungsniveaus führte zum Konzept einer „fortschreitenden Verringerung der Belastungsgrenzen“ (Progressive Lowered Stress Threshold) von HALL et al. (1987).

Das Modell geht von 3 Verhaltensweisen Demenzkranker aus: den normalen Verhalten („baseline“), ängstliches Verhalten und dysfunktionales Verhalten, wobei mit dem Fortschreiten der Erkrankung die Proportionen in der Häufigkeit der Auftretens der Verhaltenstypen dergestalt sich verändern, dass zunehmend normales Verhalten durch ängstliches und dysfunktionales Verhalten ersetzt wird.

Unter normalen Verhalten verstehen die Autoren allgemein ruhiges Auftreten mit einer den Krankheitsbedingten Einschränkungen entsprechenden sozialen und geistigen Zugänglichkeit und Kommunikationsfähigkeit.

Ängstliches Verhalten entsteht beim Erleben von Stress und Belastung. HALL definiert dieses Verhalten als Vorstufe zum dysfunktionalen Verhalten.

Wenn die Belastungen weiter ansteigen und nicht mehr zu bewältigen sind, entwickelt sich dysfunktionale Verhalten, das sich u. a. in Verwirrtheit, starkes Wandern, Panik, Agitiertheit, Aggressivität oder auch im plötzlichen Rückzug äußern kann.

Je weiter der demenzielle Abbauprozess fortschreitet, um so mehr vermindert sich das Vermögen der Betroffenen, angemessen auf die soziale und sensorische Stimulierung der Umwelt zu reagieren und auch die eigenen Gefühle, Empfindungen und Ängste zu kontrollieren.

Im Alltag wirkt sich diese Schwäche dergestalt aus, dass die Demenzkranken im Laufe des Tages immer stärker in die Phase des ängstlichen Verhaltens und anschließend in die Phase des dysfunktionalen Verhalten geraten, da sie nicht mehr die Fähigkeit besitzen, sich Ruhe und Entspannung zu verschaffen. Sie steigern sich somit nach HALL aufgrund eines fehlenden Regulativs schnell in die Phase ständiger Überforderung und Überlastung hinein.

Das Kernelement des Konzeptes von HALL besteht aus der Überlegung, die zunehmend eingeschränkte Belastungsgrenze durch eine Vielzahl von sozialen, organisatorischen und emotional-stabilisierenden Milieufaktoren (quasi Außenstrukturen) dergestalt abzusichern, dass die Bewohner nicht in den Bereich des Stresses oder der anschließenden Überforderung hineingelangen.

Eine zentrale Interventionsstrategie in diesem Modell stellt die Regulierung der Verhaltensintensität bei zunehmender Agitiertheit dar: Phasen der Ruhe und Entspannung werden in das Milieu implementiert, um das Hineinsteigern in Stress und Überforderung zu vermeiden.

Das milieu- und sozialtherapeutische Ziel der Maßnahmen besteht in der Schaffung einer Lebenswelt für die Demenzkranken, die dem Bewältigungsvermögen angepasst ist. In diesem Milieu vermag der Bewohner besonders durch die Einbindung in ein Strukturgefüge, das aus den Intervallen von Aktivität und Ruhe besteht, relativ ruhig und ohne Stress seinen Alltag zu bestehen.

Folgende Veränderungen im Verhalten Demenzkranker auf einer Alzheimer Station sind nach HALL et al. (1987) u. a. beobachtet worden:

- verlängerte Schlafphasen und Abnahme nächtlicher Unruhe,
- verringerter Einsatz von Psychopharmaka,
- verbesserte Nahrungsaufnahme verbunden mit erwünschter Gewichtszunahme
- Zunahme von sozialen Verhaltensweisen und Interaktionen
- Reduzierung von ängstlichem Verhalten und störenden Verhaltensweisen (Aggressivität, Wandern, Verwirrtheit).

Gegenwärtig fehlen noch Untersuchungen über das Belastungs- und Überlastungsverhalten Demenzkranker hinsichtlich der Auswirkungen verschiedener Stressoren und auch hinsichtlich der Verarbeitungskapazität vermittelt persönlichkeits- und auch Krankheitsbedingter Faktoren.

Trotz des Fehlens einer wissenschaftlichen Begründung dieser Verhaltenskomponenten kann der Ansatz von HALL hinsichtlich einer geplanten Stressregulierung als wertvolle Arbeitshypothese verwendet werden. Es liegt eine Reihe von Erfahrungen vor, die bestätigen, dass durch ein komplexes Gefüge von verschiedenen Interventionen die Demenzkranken in einen zwar recht labilen Zustand eines psychosozialen Gleichgewichtes gehalten werden können (Siehe auch Kapitel 2, 3 und 7).

Kritik darf jedoch an dieser Konzeption hinsichtlich seiner ausschließlichen Ausrichtung auf die Überstimulierung geäußert werden, denn HALL et al. gehen nicht auf die auch häufig zu beobachtenden Phasen der sensorischen und sozialen Unterstimulierung (Reizarmut des Milieus) ein, die bei den Bewohnern ebenfalls dysfunktionale Verhaltensweisen hervorrufen.

Diesem Modell fehlt somit die untere Dimension der Minderanregung oder -stimulierung.

### *Reizreduzierung*

Im Kontext der Ansätze einer Stimulus-Beeinflussung bei Demenzkranken im stationären Bereich entstanden in den USA die Modelle von Stationen mit niedrigem Reizniveau („low stimulus units“, „reduced stimulation units“). Ähnlich wie HALL wird von Vertretern

dieser Richtung die These vertreten, dass der normale Stationsbetrieb eine Quelle der ständigen Überstimulierung und damit Überforderung für Demenzkranke darstellt.

Das Konzept der Reizminderung umfasst die Entfernung oder Eliminierung bestimmter Reizquelle, die als Stress fördernd eingeschätzt werden:

- Fernsehen
- Radio
- Telefonläuten
- lautes Sprechen und Rufen

(CLEARY et al., 1988; HALL et al., 1986; JOHNSON, 1989; MEYER et al., 1992).

Parallel zu der Minderung der akustischen Reize werden auf diesen Stationen spezielle Aktivierungsangebote für die Demenzkranke in das Stationsleben eingegliedert. Hierbei handelt es sich überwiegend um Kleingruppen mit folgenden Inhalten: Hauswirtschaftliche Aktivitäten, Tanzen, Singen oder Musik hören, Ballspiele etc.

Zusätzlich wird das Pflegepersonal instruiert, möglichst Bewohner zentriert und demenzspezifisch zu kommunizieren und die Pflege zu gestalten. Besonders das Vermeiden schneller Handlungen, die Furcht auslösen könnten, und ein beruhigender und Sicherheit stärkender Umgangstil werden angeführt.

Die Folgen dieser veränderten Milieustrukturen sind u. a.: geringeres Niveau der Agitiertheit und der Aggressivität, mehr Interaktionen auf der Station, besseres Schlafverhalten und einen geringeren Einsatz von Psychopharmaka (CLEARY et al., 1988; HALL et al., 1986).

Interessant in diesem Zusammenhang ist ein Experiment in einem Heim in den USA, wo eine so genannte „ruhige Woche“ („quiet week“) auf einer Alzheimer-Station eingeführt wurde.

Es stellte sich heraus, dass die Reizreduzierung (akustische Reize wie Fernsehen, Radio, lautes Sprechen, Klavierspielen etc.) nur bei einem Teil der Bewohnerschaft eine beruhigende Wirkung erzielte, während bei anderen durch diese Intervention keine Veränderung hervorgerufen wurde (MEYER et al., 1992).

Es lässt sich aus diesen Erfahrungen der Schluss ziehen, dass die Reduzierung störender und beeinträchtigender Reize für das Milieu eine eher beruhigende Wirkung erzielen kann. Es gilt jedoch dabei genau zu unterscheiden, die Reize im Einzelnen hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Bewohner zu qualifizieren.

Es bedarf des Hinweises, dass Stimulierungen sowohl eine Ober- als auch eine Untergrenze (Über- und Unterstimulierung) besitzen, die bei den einzelnen Bewohnern recht verschieden gestaltet sind.

### *Individuelle Stimulierung*

An anderer Stelle wurde bereits auf verschiedene Konzepte individueller Stimulierung hingewiesen (siehe Kapitel 4). Hierbei ging es vorwiegend um die positive Beeinflussung von Agitiertheitsphasen. Der individuelle Einsatz von Beruhigungs- oder langsamer Musik (geringere Taktzahl als Herzschläge pro Minute) teils vermittelt durch den Einsatz von

Kopfhörern oder das Abspielen vertrauter Lieblingsmusikstücke aus der Jugendzeit wurde bereits angeführt. Auch die Verwendung von Hintergrundgeräuschen (Haarfön u. a.) zwecks Vermeidung einer akustischen sensorischen Unterstimulierung wurde bereits erprobt (BURGIO et al., 1996).

In diesem Bereich fällt auch der Einsatz von Videoaufnahmen mit speziellen Beruhigungselementen (Video Respite) (Siehe Kapitel 4.1.1.). Die Verwendung dieses Mediums zeigt eine Wirkung nur während des Einsatzes, nicht jedoch für nachfolgende Perioden.

Erwähnt wird in diesem Zusammenhang auch der Einsatz von Stofftieren, Teddybären oder Puppen mit eingebauten Kassettenabspielmöglichkeiten. Den Bewohnern werden diese Gegenstände mit sowohl taktiler als auch akustischer Stimulierung in die Hand gedrückt in der Hoffnung, dass sie einen beruhigenden Effekt erzielen könnten. Untersuchungen über die Auswirkungen dieses Stimulierungsvorgehens liegen m. E. gegenwärtig noch nicht vor.

Videofilme und Teddybären mit eingebautem Kassettenteil drücken m. E. auch ein Dilemma aus dergestalt aus, dass einerseits die Notwendigkeit regulierender Stimulierungselemente zur psychosozialen Stabilisierung der Demenzkranken erkannt wird, dass jedoch gleichzeitig andererseits aus ökonomischen oder betriebswirtschaftlichen Erwägungen der Einsatz menschlicher Interventionen durch technische Medien oder Apparate ersetzt wird.

Da jedoch bereits Erkenntnisse vorliegen, dass der zwischenmenschliche Kontakt die optimalsten Wirkungen bei den Betroffenen zeigt (COHEN-MANSFIELD et al., 1997), sollten organisatorische und Milieu bezogene Strategien im Vordergrund stehen, die die Kontaktdichte zwischen Mitarbeitern und Demenzkranken erhöhen (Siehe auch Kapitel 5). Technische Hilfsmittel hingegen sollten hierbei möglichst nur als Ergänzungen oder Ausnahme-Interventionen dienen.

## **8.2. Tagesstrukturierung**

Menschen sind im Allgemeinen „Gewohnheitstiere“, d. h. sie leben überwiegend ein geregeltes Leben hinsichtlich der Gestaltung des Alltages und auch der Sonn- und Feiertage. Untersuchungen über das Verhalten der Senioren in Deutschland zeigen, dass ihr Leben einem äußerst geregelten Tagesablauf folgt. Haushaltstätigkeiten und Freizeitverhalten sind klar strukturiert und zeitlich festgelegt, obwohl kein äußerer Zwang wie im Arbeitsleben besteht (Siehe u. a. OPASCHEWSKI 1984 und 1999).

Demenzkranken besitzen hingegen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung nicht mehr die Fähigkeit, ihren Lebensvollzügen eine sinnvolle Struktur zu geben, da besonders die Gedächtniseinbußen eine geplante und Ziel gerichtete Gestaltung des Tages nicht mehr zulassen. Es sind somit eine Reihe von sozialen Orientierungen oder auch Markierungen im Stationsleben erforderlich, die dem Bewohner Halt, Sicherheit und auch Schutz bieten können.

Im Folgenden werden einige Kernelemente der Tagesstrukturierung für Demenzkranke im stationären Bereich der Altenhilfe angeführt, die bereits in Einrichtungen erprobt wurden. Sie enthalten wertvolle Anregungen und Orientierungen für die Praxis im Alltag auf einer Station.

### *Stetigkeit*

Wie bereits an verschiedenen Stellen angeführt, besitzen Demenzkranke nur ein sehr eingeschränktes Verarbeitungs- und Belastungsvermögen bezüglich der Reizeinwirkungen durch die Umwelt. Die Sinneseindrücke eines Nicht-Dementen können für sie bereits eine Überforderung darstellen, daher gilt es Strategien zu entwickeln, die das Verarbeiten der verschiedenen Stimuli erleichtern. Ein Vorgehen in diesem Zusammenhang ist das Vereinfachen des Alltagsgeschehens durch eine strikte Stetigkeit hinsichtlich Zeiten, Orte und Inhalte der Aktivierungen.

Die Kontinuität des Alltagsgeschehens in täglicher Routine auf einer Station für Demenzkranke kommt dem eingeschränkten Anpassungsvermögen dieser Klientel entgegen. Das äußerst geringe Lern- und damit auch Anpassungsvermögen wird durch die strikt gleichförmigen Handlungsroutinen nicht überfordert, denn durch die ständigen Wiederholungen wird das Geschehen vertraut. Es setzt somit ein Gewöhnungsprozess statt, der für die Bewohner beruhigende Auswirkungen besitzt, wie Erfahrungen gezeigt haben (CLEARY et al., 1988; HALL et al., 1986).

Konkret bedeutet diese örtliche und situative Stetigkeit des Alltags, dass außer den pflegerischen Interaktionen in zeitlicher und räumlicher Kontinuität Aktivierungs- und Leistungsangebote dargeboten werden, die auch inhaltlich sich ständig wiederholen. Der Demenzkranke vermag durch die Beständigkeit und Gleichförmigkeit des Geschehens sich in dieser Umwelt zu orientieren, denn das zusehends Vertraute bietet Sicherheit und Überschaubarkeit in seiner Lebenswelt. Sich wieder zu finden und sich eingebunden zu fühlen in bekannte Strukturen, das sind für Altersverwirrte äußerst wichtige Lebenserfahrungen, denn sie vermitteln ein Gefühl von Stabilität in der sonst so chaotischen Welt. In diesem Milieu können sowohl die kognitiven Fähigkeiten zur Entfaltung gelangen, indem etwas wieder erkannt wird, und gleichzeitig werden hierdurch auch emotionale Kräfte gefördert, denn es entsteht das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit.

Es stehen noch Untersuchungen über den Gegenstandsbereich aus, doch es darf an dieser Stelle die These aufgestellt werden, dass Sicherheit und Geborgenheit noch erhöht werden können, wenn das vertraute Pflegepersonal (Beziehungs- und Gruppenpflege) auch die nichtpflegerischen Angebote auf der Station realisieren könnte.

Hierdurch würde neben der situativen, zeitlichen und räumlichen Stetigkeit auch noch das Element der personalen Stetigkeit mit seinen positiven Wirkungen für die Bewohner zur Geltung kommen. Zweierlei Vorteile liegen in diesem Vorgehen: Für die Bewohner würde die Kontinuität fortgesetzt dergestalt, dass die Personen, die sie eben noch gepflegt haben, nun auch sich weiterhin um sie kümmern. Das Pflegepersonal besitzt gegenüber externen Betreuern, die für Aktivierungsmaßnahmen auf die Station kommen, den Vorteil, dass sie durch die morgendliche Pflege und Betreuung gut über die Tagesform der einzelnen Bewohner informiert sind. Sie wissen somit genau, welche Beschäf-

tigungen und Aktivitäten von den Bewohnern aufgrund ihres augenblicklichen Leistungsvermögens nicht bewältigt werden können.

Ein weiterer positiver Aspekt besteht aus der Überwindung der häufig noch in Heimen anzutreffenden Trennung von Pflege und Betreuung. Pflegekräfte empfinden häufig Ressentiments gegenüber Mitarbeitern, die für die „Sonnenseiten“ zuständig sind (Aktivierungs- und Gesellungsangebote), während sie mehr mit den „Schattenseiten“ (schwere Pfl egetätigkeit, Beseitigung von Auswirkungen der Harn- und Stuhlinkontinenz u. a.) konfrontiert werden.

Wenn Pflegekräfte sowohl pflegen als auch geplant und strukturiert betreuen, kann durch die Ausweitung und Vertiefung des Tätigkeitsspektrums eine erhöhte Arbeitszufriedenheit erzielt werden. Die erweiterte Ausbildung der Altenpflegekräfte mit psychosozialen Inhalten kommt diesem Anliegen entgegen.

### *Kollektive und individuelle Tagesstrukturierung*

Die Planung und Gestaltung des Tagesablaufes von einer Gruppe Menschen, die sich in vieler Hinsicht unterscheiden, ist kein leichtes Unterfangen. Unterschiedliche Gewohnheiten in der Tagesgestaltung und verschiedene Temperamente machen es nicht einfach, einen gemeinsamen

Entwurf für das Geschehen am Tage auf einer Station zu entwickeln. Frühaufsteher und Spätaufsteher, Aktive und Passive, Extrovertierte und Schüchterne, alle diese Verhaltens- und Persönlichkeitseigenschaften in einem kollektiven Milieu zu vereinigen, ist eine Aufgabe der demenzspezifischen Milieugestaltung.

Hinzu kommen Krankheitsbedingte Verhaltensweisen wie störende Lautäußerungen, Agitiertheit in Gestalt von häufigem Wandern oder wiederholten Tätigkeitsabläufen etc.. Auch Aspekte der unterschiedlichen Mobilität (einschließlich der Rollstuhlgebundenheit) und des Grades der Abhängigkeit von Unterstützungs- und Hilfeleistungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sind hierbei zu berücksichtigen.

Des Weiteren sind auch die räumlichen Gegebenheiten zu berücksichtigen. Wie sind die Gemeinschaftsflächen beschaffen hinsichtlich der Nutzung für einzelne oder Gruppen? Welchen Charakter haben die Flurzonen bezüglich einer angemessenen Nutzung als Wanderflächen?

Auch personale Faktoren spielen eine große Rolle, denn es können nur geplante Aktivitäten realisiert werden, für genügend Personal oder andere Personen (Angehörige, Ehrenamtliche, ZDL, FSJ etc.) zur Verfügung stehen.

Die hier angeführten Faktoren bewirken in unterschiedlicher Gewichtung das Milieu und damit auch die Tagesstrukturierung auf einer Station. Grundvoraussetzung jedoch allen Planens und Tuns ist die von allen geteilte Einschätzung, dass die Gestaltung eines Milieus mitsamt den Aspekten der Tagesstrukturierung notwendig und erforderlich ist. Die Pflegemitarbeiter müssen

davon überzeugt sein, dass Demenzkranke ebenso wie die Körperpflege, die Versorgung mit Nahrung eine für sie typische Lebenswelt benötigen, damit sie trotz ihrer Krankheitsbedingten Einschränkungen an Umweltkompetenz ein noch mit Zufriedenheit und Wohlbefinden verbundenes Leben führen können.

Negativ ausgedrückt darf nicht die Vorstellung aufkommen, dass die Milieuaspekte einschließlich der Tagesstrukturierung eine bloße von außen vorgetragene Arbeitsvorgabe darstellen, die nur geleistet werden muss, damit Heimleitung, sozialer Dienst und therapeutische Fachkräfte ihren Willen bekommen. Der Sinn dieser Strukturen muss in seiner Bedeutung und Tragweite erkannt und damit auch verinnerlicht sein, andernfalls droht Milieu und Tagesstrukturierung zu einem Anhängsel der Pflege zu verkümmern.

Nur wenn vom ganzen Team auf der Station (einschließlich der Putz- und Küchenhilfen und der ZDLer etc.) das Konzept der Milieugestaltung mitgetragen wird, indem gemeinsam dieser Ansatz geplant, projiziert und umgesetzt wird, kann ein lebendiges und umfassendes Milieugebilde entstehen.

Es muss den Pflegekräften auch eingehend vermittelt werden, dass Milieu bezogene Aktivitäten und Pflege in einem sich wechselseitig beeinflussenden Zusammenhang stehen. Das bedeutet, dass beide Elemente Teile eines übergreifenden Gefüges sind: Hier konkret das Stationsleben oder die Lebens- und Arbeitswelt der Bewohner und Mitarbeiter. Versäumnisse und Defizite in der pflegerischen Behandlung und Betreuung wirken sich negativ auf das Milieu aus (Siehe Kapitel 2 - 4) und umgekehrt wirkt sich ein nicht die Demenz angepasstes Milieu negativ auf die pflegerischen und betreuenden Interaktionen aus.

Wenn dieser Zusammenhang in seiner Tragweite von den Mitarbeitern verstanden wird, dann sollte in der Regel ein Bewusstseinswandel dergestalt eintreten, dass Milieutätigkeiten nicht mehr als Surplus- oder Extraarbeiten aufgefasst werden, die einer Pflegekraft nur die sonst für die Pflege aufgewendete Zeit stiehlt, sondern dann wird diese Tätigkeit als integraler Bestandteil verstanden, der genauso wie die Grund- und Behandlungspflege seine Berechtigung besitzt.

In dem Begriff „Ganzheitlichkeit“ drückt sich dieses Verhältnis deutlich aus. Es wird seit vielen Jahren als eine Zielkonzeption der Altenpflege propagiert, doch es fehlt m. E. häufig noch der konkreten und Praxis bezogenen Ausgestaltung.

Kollektive und individuelle Tagesstrukturierung auf einer Demenzstation sind entscheidende Elemente eines Milieuansatzes, der auf ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Eigengestaltungsmöglichkeit für Demenzkranke im stationären Bereich hinzielt. Dieser Ansatz besagt, dass man möglichst komplex die vorgegebene Milieustruktur in Gestalt der Gruppenangebote mit den persönlichen Gewohnheiten und Eigenarten der Bewohner in Einklang bringen möchte.

Zumindestens möchte man doch diese beiden Bereiche soweit miteinander abstimmen, dass ein Optimum an Gemeinsamkeit entstehen kann.

Bei der Realisierung gilt es die beiden Gestaltungsprinzipien Stetigkeit und Flexibilität miteinander dergestalt zu verbinden, dass das Geschehen auf der Station, das Milieu, von einer Parallelität der Strukturen mit der Möglichkeit eines ständigen Wechsels in den anderen Bereich bestimmt wird. Nicht jedoch darf ein Modell auf der Station einen Dominanz- oder Ausschließlichkeitscharakter für das Milieu erhalten.

Konkret bedeutet dies, dass die vorgegebenen Angebote, die nach dem Konzept der Stetigkeit zeitlich, räumlich und auch inhaltlich festgelegt sind, relativ „offen“ oder zugänglich auf die Bewohner wirken, so dass ein späteres Mitmachen oder auch nur passives Teilnehmen ermöglicht werden kann.

Ein kollektives Angebot an gemeinschaftlichem Tun sollte immer den Charakter besitzen, interessierten Bewohnern stets zugänglich zu sein. Gleichzeitig sollten die Angebote auch signalisieren, dass ein vorzeitiger Aufbruch eines einzelnen Bewohners während des Gruppengeschehens ohne Einschränkung akzeptiert wird und mit keinerlei negativer Sanktionierung oder Überredung zum Verbleib verbunden ist.

Grundlage der Planung und Gestaltung von Milieuaktivitäten sollte das Prinzip der Freiwilligkeit und damit der autonomen Entscheidungsfreiheit der demenzkranken Bewohner sein. Die Angebote sind für Bewohner für die sensorische und soziale Stimulierung gedacht, sie sollen zur Stärkung ihres psychosozialen Gleichgewichtes beitragen und ihnen das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Schutz vermitteln. Dies kann jedoch nur geschehen, wenn die Bewohner das Gefühl haben, sich aus eigenen Stücken für diese Gruppe entschieden zu haben.

Das Prinzip der Freiwilligkeit wird auf der anderen Seite jedoch nicht verletzt, wenn Bewohner, die allein sind und häufig außer Wandern oder Sitzen keinerlei Aktivität zeigen, auf die Gruppenaktivität hingewiesen werden. Auch sollte die Gruppenaktivität selbst einen Aufforderungscharakter zur Mitwirkung dergestalt besitzen, dass sie für alle auf der Station sichtbar und auch hörbar gestaltet wird. Das Gruppengeschehen sollte somit möglichst im öffentlichen Bereich der Station stattfinden, nicht in abgetrennten Räumlichkeiten ohne direkten Zugang zum Gemeinschaftsbereich.

### **8.3. Gruppenangebote und Inhalte**

Gruppenangebote mit sozialen, aktivierenden und emotional stabilisierenden Inhalten sind für Demenzkranke aus verschiedenen Gründen ein wichtiges Element ihrer Lebenswelt. Sie bilden Stimulierungselemente zur Vermeidung von Über- und Unterstimulierungssituationen. Dadurch können u. a. auch psychophysische Dekompensationen verhindert werden, denn die Stimulierung berücksichtigt das Belastungsniveau und bildet somit ein Regulativ im Sinne einer protektiven Außenstruktur.

Gruppenangebote stellen auch ein Instrument hinsichtlich einer Sinngebung für die Demenzkranken dar. Indem etwas gemeinschaftlich gestaltet wird (spielerisch, hauswirtschaftlich, musisch u. a.), wird der Tageszeit, die man häufig kaum mit eigenen Inhalten zu füllen vermag, die somit oft überwiegend mit Such- oder Fluchtverhalten verbracht wird, eine sinnstiftende und befriedigende Gestaltung gegeben. Diese Aktivitäten können eine leistungsorientierte Komponente enthalten (eine hauswirtschaftliche Aktivität wie z. B. Wäschefalten), die das Gefühl befriedigen, eine wichtige Aufgabe erledigt zu haben, sie können aber auch eher sozial und emotional befriedigend strukturiert sein, dergestalt, dass das Gefühl der Gemeinschaft und Nähe z. B. durch gemeinsames Singen oder Tanzen hervorgerufen wird (NAMAZI et al., 1992).

Gruppenangebote sind durch ihren Gemeinschaftsaspekt immer auch der soziale Rahmen, der durch die Gesellung die Möglichkeit zur Stärkung und Vergewisserung der eigenen personalen Identität bietet. Indem ein Demenzkranker angesprochen wird und auch auf seine Äußerungen eingegangen wird, erlebt er seine personale Eingebundenheit, dass er ein Individuum ist, das von anderen wahrgenommen und anerkannt wird. Zwar kommunizieren und beschäftigen sich Demenzkranke auch selbständig ohne Gruppenbezug, doch sie verbringen die Zeit überwiegend allein, wie eine Verhaltensbeobachtung gezeigt hat (MOORE et al., 1999).

Gruppenangebote bilden demzufolge auch den sozialen Raum, der ein großes Maß an Sicherheit, Geborgenheit und damit auch Schutz zu vermitteln vermag. Im Kreise der vertrauten Personen sich zu erleben, anerkannt und wohlgehten zu sein, in eine aktivierende und befriedigende Handlung eingebunden zu sein, das sind psychosoziale Qualitäten, die das Gefühl von Nähe und emotionaler Wärme aufkommen lassen. Die Gruppe kann somit in gewisser Hinsicht ein Ersatz familiärer Geborgenheit und Vertrautheit darstellen.

Gruppenangebote können demnach auch ein Medium für die Demenzkranken darstellen, von der Beschäftigung mit der eigenen Unzulänglichkeit, Hinfälligkeit und damit auch Abhängigkeit und Hilflosigkeit abzulenken. Bereits weiter oben (Kapitel 3.2.) wurde darauf hingewiesen, dass die Häufigkeit des Schreiens als Ausdruck existentieller Verzweiflung und Angst am häufigsten beobachtet wurde, wenn Demenzkranke sich allein in einem Zimmer befanden. Am seltensten hingegen wurde Schreien im gemeinschaftlichen Kontext registriert. Das Gemeinschaftserleben scheint damit die Gefühle der Angst und des Schreckens zu überlagern oder zu verdrängen. Es bietet damit Halt und Stärkung, die die Betroffenen ständig benötigen.

Milieutheraeutisch und von der Organisation des Stationslebens her kann man die Gruppenangebote als „Zwischenphasen“ zwischen den „Kernphasen“ pflegerischer Interaktionen (Morgenpflege einschließlich Frühstück, Hilfe bei Mahlzeiteneinnahme zur Mittagszeit und Abendpflege einschließlich Abendessen) auffassen. Sie finden somit in der Regel vormittags zwischen Frühstück und Mittagessen und nachmittags zwischen Kaffee und Abendessen statt.

Gruppenangebote sollen somit diese Zeiträume mit Inhalten, Aufgaben und Gemeinschaft füllen. Sie sollen damit ein „soziales Vakuum“, einen Leerlauf vermeiden, der für viele Demenzkranke eine Überforderung und Überlastung darstellt und mit ständigem Such- oder Fluchtverhalten verarbeitet wird.

Es lässt sich somit das Fazit ziehen, dass Gruppenangebote für Demenzkranke ein notwendiger Bestandteil ihrer Lebenswelt sind. Sie haben für ihre eingeschränkte Lebensgestaltung einen evidenten Stellenwert, denn sie vermitteln wie die dementengerechte Pflege Lebensqualität im Sinne des Wohlbefindens und der Zufriedenheit. Gruppenangebote sind somit kein Luxus oder verzichtbares Zusatzangebot, sondern sie können Demenzkranken das Erleben von Gemeinschaft im Sinne von Schutz und Eingebundenheit bieten, das notwendig ist, um Gefühle der Angst, Verzweiflung und Panik teilweise im Schach zu halten.

Im Folgenden werden einige Aspekte der Gruppenangebote für Demenzkranke im stationären Bereich vorgestellt werden, wobei der Schwerpunkt auf praxisnahe Umsetzung gelegt wird.

Wichtig hierbei ist auch die Erfahrung, dass Gruppenangebote für diese Bewohnergruppe ihre Gestaltungsprinzipien und Strukturelemente besitzen, die es strikt zu berücksichtigen gilt, um suboptimale Wirkungen bei den Adressaten als auch bei den Akteuren möglichst zu vermeiden.

### *Orientierung am Langzeitgedächtnis*

Das Geschehen in einer Gruppe zur Aktivierung oder Beschäftigung von Demenzkranken im stationären Bereich soll den Teilnehmern u. a. auch das Gefühl vermitteln, in einem wohl vertrauten Milieu eingebunden zu sein. Damit Vertrautheit mit dem Gruppengeschehen entstehen kann, muss für den Demenzkranken ein Wiedererkennungsfaktor in dem Milieu eingeschlossen sein, der dem Bewohner in das Milieu einbindet und damit das Entstehen des Gefühls einer Fremdheit oder Unvertrautheit des sozialen Geschehens entgegenwirkt. Damit ein Wiedererkennen auftreten kann, bedarf es der Ausrichtung auf die Inhalte des Langzeitgedächtnisses der Gruppenteilnehmer. Es ist bereits ausgeführt worden, dass das Langzeitgedächtnis bei Demenzkranken im Gegensatz zum Kurzzeitgedächtnis noch relativ gut erhalten ist. Das Langzeitgedächtnis stellt somit die geistige und kognitive Klammer oder das Bindungsglied zwischen dem Bewohner und dem sozialen Geschehen dar.

Die Orientierung am Langzeitgedächtnis bedeutet, am lebensgeschichtlichen Kontext der Bewohner anzuknüpfen. Das heißt wiederum ganz konkret, die Fertigkeiten und Erfahrungen, die sie im Laufe ihres Lebens sich angeeignet haben und die wichtige Bestandteile ihrer Lebensgestaltung darstellten, als Kernelemente in das Gruppenmilieu einzubauen. Es kann sich hierbei um hauswirtschaftliche Aufgaben wie Wäsche falten, Geschirr abwaschen oder auch Brote schmieren handeln. Aktivitäten, die den demenzkranken Frauen durch jahrzehntelange Routinen des Alltagslebens sehr vertraut sind. Aber auch im musischen Bereich, beim gemeinsamen Singen z. B. ist es wichtig, die Lieder aus der Schul- und Jugendzeit der Gruppenteilnehmer vorzuschlagen.

Indem das Langzeitgedächtnis noch nicht so stark beeinträchtigt ist, besteht die Möglichkeit, dass konkrete Aufgaben noch erfolgreich vollendet werden. Aus eigener Erfahrung kann angeführt werden, dass z. B. das Falten von Handtüchern als eine Gruppenaktivität von den meisten Teilnehmern noch bewerkstelligt werden konnte. So hatten nach 20 - 30 Minuten jeder der Frauen einen akkurat gefalteten Stapel Handtücher vor sich zu liegen (Siehe auch NAMAZI et al., 1992).

Durch die noch vorhandenen Langzeitgedächtniskapazitäten waren die Teilnehmer nicht nur in der Lage, an der Beschäftigung sinnvoll teilzunehmen, sondern darüber hinaus waren sie noch in der Lage, den Erfolg ihres Tun realistisch einzuschätzen und zu erleben.

Das Langzeitgedächtnis bildet gleichzeitig auch die Brücke zur Gruppe mit ihren alltags-spezifischen Aktivitäten dergestalt, dass zur Mitwirken an den Handlungen es nicht allzu viel einleitender Worte bedarf, sondern dass es fast schon ausreicht, dass man die Wäschestücke auf den Tisch legt. Hierdurch werden nicht nur die um den Tisch sitzenden

Bewohner zur Mitwirkung angeregt, sondern auch die vorbeiwandernden Bewohner lassen sich beim Anblick dieser vertrauten Aufgabe leicht zum Mitmachen überreden.

### *Orientierung an den vorhandenen Kompetenzen*

Ebenso bedeutsam wie die Ausrichtung der Gruppenangebote an die Lebensgeschichte der Teilnehmer ist die Orientierung des Geschehens an den noch vorhandenen Kompetenzen der Demenzkranken. Wie bereits weiter oben in Kapitel 1 ausgeführt wurde, vollzieht sich der Abbauprozess sowohl im kognitiven als auch im Handlungsorientierten Bereich. Konkret bedeutet dies, dass ebenso wie im Pflegeprozess bei den Gruppenangeboten nur Aufgaben, Aktivitäten und Beschäftigungen durchgeführt werden dürfen, die von den Teilnehmern noch bewältigt werden können. Im fortgeschrittenen Stadium der hirnrorganischen Erkrankung sind somit Tätigkeiten, die feinmotorische Fähigkeiten, Kombinationsvermögen, Konzentration und Ausdauer erfordern, für Demenzkranke in der Regel nicht mehr zu bewältigende Aufgaben und Anforderungen.

Beschäftigungsangebote sollten daher möglichst aus einfachen und wenigen Handlungsmustern bestehen, die trotzdem zu einem erlebbaren Leistungsvollzug führen. Als Beispiel kann hier das Falten von Handtüchern oder anderen Wäschestücken dienen, da bei dieser Tätigkeit nur wenige einfache Handlungsschritte erforderlich sind, um ein sichtbares Arbeitsergebnis (zusammengefaltetes Handtuch) zu erzielen (Siehe auch NAMAZI et al., 1992).

In diesem Zusammenhang ist es auch von Bedeutung, über die augenblickliche Tagesform der Teilnehmer an Gruppenaktivitäten Kenntnis zu besitzen, um z. B. bei einer Tagesform mit niedrigem Leistungsvermögen durch einfachere Aufgaben das Erleben von Überforderung zu vermeiden. U. a. aus diesem Grunde sollten die Gruppenangebote in der Regel von Pflegemitarbeitern durchgeführt werden, die z. B. durch die Morgenpflege und das Frühstück genauestens das Leistungs- und Belastungsvermögen ihrer Bewohner angemessen einschätzen können.

Der Kompetenzaspekt wird auch zu berücksichtigen sein, wenn es z. B. darum geht zu entscheiden, ob mehr kognitiv oder eher emotional ausgerichtete Beschäftigungen angeboten werden sollten. Ein Vergleich zwischen einem Gesprächskreis und einer Singegruppe mit Demenzkranken zeigte, dass der Singekreis ein weit größeren Effekt hinsichtlich Beteiligung, Gruppenverhalten und Auswirkung auf das Verhalten nach der Gruppensitzung aufwies (MILLARD et al., 1989).

Bei der Singegruppe wurde vermehrt beobachtet: Lächeln, gegenseitiges Berühren (Hände halten, Schulter klopfen), erhöhte Aufmerksamkeit innerhalb des Singekreises, weniger Selbstgespräche und auch weniger Wandern. Auch nach der Singegruppe blieben die Teilnehmer auch ruhiger als die Teilnehmer des Gesprächskreises, sie wanderten z. B. weniger.

MILLARD et al. zogen hieraus den Schluss, dass Singen wie auch Musik Angst und Spannung senken. Singen beruhigt und erhöht auch die Orientierung und Teilnahmebereitschaft an dem Geschehen, in der Singegruppe entstand regelrecht ein Gemeinschaftsstiftendes Gruppgefühl.

(Siehe auch CLAIR et al., 1990).

Unter dem Aspekt des Leistungsvermögens kann vermutet werden, dass die Gesprächsgruppe auf die Teilnehmer eher belastend und demotivierend wirken muss, denn sie werden in diesem Gruppenprozess ständig mit ihren sprachlichen Leistungsdefiziten konfrontiert. Die Fähigkeit des Singens hingegen ist noch relativ gut erhalten, hierbei können sie sowohl ihr individuelles und kollektives Leistungsvermögen als auch durch die vertrauten Lieder einen Bezug zu der Zeit vor der Erkrankung erleben.

Grundsätzlich können in Bezug auf das Leistungsvermögen Gruppenangebote eigentlich nie zu einfach sein. Das gemeinsame Wandern auf der Station, eine therapeutische Wandergruppe sozusagen, kann z. B. auch eine gemeinschaftliche Beschäftigung darstellen (CORNBLETH, 1977; SCHWAB et al., 1985). Bei diesem Angebot können die Teilnehmer ihre Bewegungsfähigkeit unter Beweis stellen und zusätzlich erleben sie die Anerkennung und Bestätigung durch die Betreuungsperson und die mitwandernden Bewohner. Auch ein Bezug zur Lebensgeschichte in Gestalt der Erinnerung an Ausflüge, Spaziergänge oder Wanderungen besteht hierbei.

Eine Beschäftigungstherapeutin berichtete, dass sie vor der Durchführung einer Beschäftigung am Tisch mit den demenzkranken Bewohnern einige Runden auf der Station gemeinsam wandert. Hierdurch entsteht bei den Teilnehmern ein Gruppen- oder Wirgefühlsgefühl und sie sind anschließend zu einem gemeinsamen Tun am Tisch bereit.

#### *Organisationsprinzipien für Gruppenangebote*

Gruppenangebote für Demenzkranke sollen von ihrer Funktion her zur Stimulierungsregulierung und gleichzeitig auch zur Hebung der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens beitragen. Das bedeutet dann ganz eindeutig, dass Gruppenangebote keine Lern- oder Trainingsintentionen im Sinne eines Forderungs- oder Zielkataloges enthalten sollten. Es muss somit die Einstellung bei der Planung und Vorbereitung vorherrschen, dass das augenblickliche Leistungsvermögen der Teilnehmer als Grundlage respektiert wird. Es sollten daher keine neue Lernerfolge etc. auf bestimmten Teilbereichen (Sprache z. B.) intendiert werden, die für die Demenzkranken mit erschwerten Bemühungen und Anstrengungen verbunden sind. „Was verloren ist, bleibt verloren und was an Kompetenzen noch vorhanden ist, soll angeregt werden“ - diese Einstellung sollte das Handeln und Bewerten bei den Gruppenprozessen bestimmen.

Gruppenangebote sollen ihrem Charakter nach Entspannung, Spaß, Freude, Ablenkung signalisieren, hier soll Gemeinschaft und Geselligkeit erfahren werden. Die Bewohner sollen gerne an dem Geschehen teilnehmen, sie sollen sich mit einer positiven Erwartungshaltung in das Gruppengeschehen einlassen.

Konkret bedeutet dies, dass immer emotional-affektive Elemente mit sozialen Auswirkungen hinsichtlich eines Gemeinschaftsempfindens dem Gruppengeschehen innewohnen sollten. Musik, Singen, gemeinsames Bewegen und vor allem Humor lassen eine positive Stimmung aufkommen.

Selbst wenn einfache hauswirtschaftliche Tätigkeiten verrichtet werden, kann das Gruppengeschehen mit Singen und Scherzen aufgelockert werden.

Hinsichtlich der Dauer sollten Gruppenangebote für Demenzkranke aufgrund ihrer eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit zeitlich nicht zu lang geplant werden. Berücksich-

tigt man, dass die Aufmerksamkeit ca. 20 - 30 Minuten erhalten werden kann, dann sollte man ein Gruppenangebot einschließlich Vor- und Nachphase (kollektive Begrüßung und Verabschiedung) nicht viel länger als ca. 45 Minuten dauern. Dauert ein Gruppengeschehen zu lange, dann stehen zwischenzeitlich bereits einige Bewohner auf und beginnen zu wandern. Dies kann das Gruppen- und Gemeinschaftsgefühl besonders beeinträchtigen, wenn es hierbei zu viele werden.

Wie bereits weiter oben ausgeführt wurde, gilt es das Prinzip der Stetigkeit zu berücksichtigen. An einem Ort im Stationsbereich, in einem bestimmten Zeitraum und möglichst mit wiederkehrenden Inhalten und Vorgehensweisen sollten die Aktivitäten durchgeführt werden.

Aus Erfahrung kann angeführt werden, dass auf einer Demenzstation einige Bewohner mit der Zeit sich sowohl den Ort als auch den Zeitraum des Gruppengeschehens gemerkt hatten und häufig sich schon vor Beginn in dem Raum einfanden.

Es wäre zu überprüfen und damit zu erproben, ob durch Ritualisierung der Gruppenprozess und damit auch die Einbindung des einzelnen in das Geschehen vertieft werden kann. Rituale hierbei könnten aus einem Begrüßungsritual, gemeinsames Singen zu Beginn, gemeinsames Essen und / oder Trinken (kleiner Imbiss und Getränke), eine Erkennungsmusik (Verwendung eines Radiorecorders) und gemeinsame Bewegungen (Wandern, Klatschen etc.) bestehen.

Solche Rituale können eventuell das Geschehen in der Gruppe von dem Erleben her deutlich vom übrigen Stationsalltag abgrenzen. Es könnte auch einen Magnetcharakter derart besitzen, dass sich Unentschlossene und Dauerwanderer durch diese deutlich wahrnehmbaren Reize angezogen fühlen und sich auch beteiligen.

Doch auch das Gegenteil ist vorstellbar: Die Eingliederung des Gruppenangebotes in den Stationsablauf. Orientiert am Haushalt mit einer relativ großen Küche könnten in den Stationsalltag eingebundene Aktivitäten wie Aufräumen, Zwischenmahlzeiten vorbereiten, Gemüse putzen etc. die Bewohner zu Mitarbeit anregen. Positive Erfahrungen mit diesem Vorgehen der alltagsnahen Beschäftigung konnten bereits in den Wohngruppen für Demenzkranke in Schweden und in den Cantou-Wohngruppen in Schweden gemacht werden (ANNERSTEDT, 1995; JANI-LE BRIS, 1995).

Wie bereits oben ausgeführt, sollte das Gruppengeschehen möglichst im öffentlichen oder halböffentlichen Bereich der Station stattfinden (Gemeinschaftsraum, Flurerweiterung oder Gruppenraum mit geöffneten Türen). Hierdurch soll signalisiert werden, dass die Gruppe offen ist für jeden Interessierten, egal wie weit das Gruppengeschehen schon gediehen ist.

Von der Gesellungsform her sollten ein Kreis oder eine Runde mit oder ohne Tisch gebildet werden. Hierdurch wird die Gruppe erfahr- und spürbar, denn man sieht sich und fühlt sich als ein Mitglied dieser Gruppe.

Beim gemeinsamen Wandern sollte darauf geachtet werden, dass die Gruppe beieinander bleibt und dass sich die Bewohner teilweise anfassen und unterhaken. Wichtig ist, dass die wandernden Bewohner spüren, Teilnehmer einer Gruppe zu sein.

Abschließend bedarf es noch einmal des ausdrücklichen Hinweises, dass den Pflege-  
mitarbeitern eindringlich vermittelt werden muss, dass die unterschiedlichen Formen der  
Stimulierung, Einbindung und Beschäftigung integrale Bestandteile der Lebenswelt für  
Demenzkranken im stationären Bereich darstellen. Sie sind unverzichtbar, wenn es dar-  
um geht, angst- und stressfreie Lebensräume zu gestalten, die mit Sinn und Freude,  
Abwechslung und Gemeinschaft verbunden sind.

## **9. Biographische Orientierung bei der Pflege und Betreuung Demenz- kranker**

In der psychogeriatrischen Pflege nimmt der Faktor Biographie einen eminent wichtigen  
Stellenwert ein. Die Lebensgeschichte der Demenzkranken besitzt in mehrfacher Hin-  
sicht geradezu strategische Funktionen in der Pflege und Betreuung dahingehend, dass  
die Biographie erst die Strukturprinzipien einer ganzheitlichen Versorgung bietet. Das  
Wissen um die Lebensgeschichte bedeutet, die Verhaltensweisen und Einstellungen,  
den Alltagsrhythmus, die Neigungen und Abneigungen der Demenzkranken in groben  
Umrissen zu kennen. Dies erleichtert den Zugang zum Verstehen vieler Verhaltenswei-  
sen und Reaktionsweisen. Das gesamte Verhalten kann somit biographisch interpretiert  
werden und verliert somit seine „gerontopsychiatrische“ Komponente im Sinne eines  
„abweichenden und störenden Verhaltens“. Biographisches Wissen sollte im Sinne ei-  
nes Klientel zentrierten Vorgehens in die Pflege- und Betreuungsmaßnahmen integriert  
werden. Werden biographische und damit auch Langzeitgedächtnis bezogene Elemen-  
te in den Umgang mit den Demenzkranken eingebunden, so erhöht sich in der Regel die  
Akzeptanz bei den Betroffenen über die an ihnen vollzogenen Pflege- und Betreuungs-  
handlungen.

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Aspekte der Biographie Demenzkranker  
bei der Pflege und Betreuung erörtert werden. Der Schwerpunkt wird bei den Aspekten  
liegen, die zur Optimierung der Pflege und Betreuung beitragen.

### **9.1. Biographie als Element erhöhter Akzeptanz und Vertrautheit**

Altenpflegeheime können den Charakter einer relativ anonymen und unpersönlichen  
Institution hinsichtlich des Verhältnisses zwischen den Bewohnern und den Pflegemitar-  
beitern erhalten, wenn man die organisatorischen und funktionalen Bezüge berücksich-  
tigt. Auf der anderen Seite sind Altenpflegeheime Einrichtungen der Langzeitpflege mit  
einer durchschnittlichen Verweildauer von ca. 3 Jahren (BICKEL, 1995; MESSMER,  
1995). In diesem Zeitraum entstehen in der Regel bindungsähnliche Beziehungen zwi-  
schen Pflegekräften und Bewohnern, die auf gegenseitiger Vertrautheit und Akzeptanz  
beruhen.

Damit die zwischenmenschliche Beziehung zwischen den Pflegekräften und den de-  
menzkranken Bewohnern möglichst einfühlsam und sensibel gestaltet werden kann,  
bedarf es zusätzlicher Impulse für die Pflegekräfte. Denn es besteht die Gefahr, dass  
die Wahrnehmung des Bewohners auf die Kategorien „altersverwirrt“ und „schwerer

„Pflegefall“ reduziert bleibt mit der Konsequenz, dass ein Objektivität und damit psychosozial unbefriedigendes Interaktionsniveau entsteht. Die Gebrechlichkeit der Bewohner und vor allem ihre eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit verhindern häufig das Entstehen einer Personenzentrierteren Wahrnehmung und Einstellung bei den Pflegekräften. Das Einbringen der Lebensgeschichte der Demenzkranken in den Pflegeprozess bietet für die Pflegekräfte die Möglichkeit, sich ein vollständigeres Bild über den Bewohner zu machen, denn es werden die Lebensphasen vor Ausbruch der Erkrankung hierbei vermittelt.

Das Wissen um die Biographie bietet die Chance für Assoziationen: die Verknüpfung von Vorstellungen über das eigene Leben bzw. das Leben betagter Angehöriger der Pflegekräfte mit der Lebensgeschichte des Bewohners nach dem Prinzip der Vertrautheit bzw. sozialen Nähe. Dadurch erscheinen die Bewohner den Pflegekräften nicht mehr als das bloße negative Abstraktum „Pflegefall“, sondern der lebensgeschichtliche Kontext weist Parallelen zu eigenen Erfahrungen oder zumindestens zu Erfahrungen der eigenen Angehörigen auf.

Ein Versuch in den USA konnte diese Entwicklung zu einer Personenorientierten Wahrnehmung der Bewohner aufgrund des Wissens um die Biographie belegen: Pflegekräften in einem Altenpflegeheim wurde ein Lebenslauf (kurz zusammengefasst auf einer Seite) einer alten Frau vor ihrer Aufnahme auf Station zur Beurteilung ausgehändigt. Ohne die Frau gesehen zu haben, wurde sie als relativ behilflich, selbständig und persönlich akzeptabel von den Pflegekräften eingeschätzt.

Die Kontrollgruppe, die nur ein herkömmliches Überleitungsformular mit Diagnosen und sozialen und versicherungstechnischen Daten erhielt, konnte aufgrund der spärlichen Informationen keineswegs so positive Einschätzungen entwickeln (PIETRUKOWICZ et al., 1991).

Von Seiten der Pflegemitarbeiter bei diesem Versuch wurde dieses biographische Wissen als sehr wertvoll für die Pflege eingeschätzt, u. a. unter dem Gesichtspunkt, Gesprächsstoff für einen Plausch oder Fragen bei der Pflege und Betreuung zu haben.

Biographie kann somit als Medium zur Herstellung eines bestimmten Maßes an Vertrautheit und Akzeptanz fungieren, denn nur die Lebensabschnitte vor Ausbruch der Demenz können zu Empfindungen von Ähnlichkeit und damit sozialer Nähe bei den Pflegekräften führen. Es ist letztlich ein ganz menschliches Anliegen, möglichst viel über die Personen im Nahbereich zu erfahren. Dieses Interesse an dem Gegenüber, hier die Bewohner, ist mit ein Schritt zum Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung, die auf Vertrautheit und Verständnis beruht. Es ist gleichzeitig ein Schutzelement gegenüber Gleichgültigkeit und Desinteresse in der Pflege und Betreuung.

## **9.2. Biographie als Schlüssel zur Erklärung der Verhaltensweisen**

Das Verhalten Demenzkranker erscheint den Pflegekräften häufig als seltsam und unerklärlich.

Wenn jemand z. B. bestimmte Bewegungsabläufe mit den Händen vollführt, ohne jedoch ein Werkzeug, Instrument oder einen Haushaltsgegenstand in der Hand zu halten,

so kann man sich dieses Verhalten aufgrund der bloßen Beobachtung kaum erklären. Diese Fremdheit des Auftretens kann zu Verunsicherungen oder auch Ängsten bei den Pflegenden führen, denn man weiß nicht genau, ob dieses Verhalten vielleicht fremd- oder selbst gefährdende Folgehandlungen nach sich ziehen kann. Oder ob es sich bei diesen Verhaltenssequenzen nicht vielleicht um Ausdrucksformen psychotischer Zustände handeln könnte.

Bei diesem Verhalten gilt es folgendes zu beachten. Bei Demenzkranken ist bedingt durch den hirnrorganischen Abbauprozess die Realitätsschranke hinsichtlich der Unterscheidung zwischen Gegenwart und Vergangenheit derart gestört, dass man häufig erleben kann, dass die Bewohner in längst vergangene Lebensabschnitte zurückgekehrt sind. Wenn man den Mann das Mittag machen möchte, die Kinder zu Bett bringen möchte, die Hühner noch füttern muss oder zur Mutter heimgehen möchte, dann wird evident, dass die Vergangenheit die Gegenwart überlagert oder überdeckt hat. Die Demenzkranken erleben sich in vergangenen Bezügen und sie zeigen dann auch oft vertraute und schon eingeschliffene Verhaltensweisen aus diesen Lebensepochen. Nur werden diese Verhaltensmuster meist nicht vollständig reproduziert, sondern aufgrund der eingeschränkten Hirnleistungsfähigkeit nur noch in verzerrter Form.

SHOMAKER (1987) führt die demenzspezifischen Darbietungsformen dieser Vergangenheitsbezogenen Verhaltensweisen auf: Fragmentierung, Intensivierung und erhöhte Auftretenshäufigkeit lebensgeschichtlich vertrauter Verhaltensmuster.

Beispiele können dies belegen: Die Frau, die stundenlang mit den Finger über die Scheuerleiste fährt, wischt Staub (erhöhte Auftretenshäufigkeit). Der Mann, der sich ständig mehrere Kleidungsstücke übereinander anzieht (Intensivierung) oder die Frau, die nicht erklärbare Handbewegungen macht, die Teil ihrer früheren Montagetätigkeit am Fließband waren (Fragmentierung).

Je mehr man aufgrund lebensgeschichtlicher Erfahrung über die Verhaltenssequenzen weiß, umso größer ist die Verhaltenssicherheit der Pflege- und Betreuungspersonen. Wenn z. B. ein Demenz-kranker auf den Tisch steigt und mit einer Hand über seinen Kopf hin und her fuchtelt, dann kann aus dieser Situation ein Problem entstehen. Handelt es sich um eine psychotische Verhaltensweise? Sollte ein Arzt gerufen werden oder reicht die Bedarfsmedikation? Das sind konkrete Fragen, die sich die Betreuer in dem Fall vielleicht stellen werden. Diese Situation würde bestimmt mit Stress und Hektik verbunden sein. Ist jedoch auf der Station bekannt, dass es sich bei dem Bewohner vormals um einen Anstreicher handelte, der jetzt gerade wieder dabei ist, die Decke zu weißen, dann würde man ganz entspannt diesen Sachverhalt angehen. Man könnte z. B. auf ihn zugehen, ihn bitten, die Arbeit zu unterbrechen, da vielleicht noch etwas in der Küche zu erledigen wäre und er dabei helfen könnte.

Auch das Wissen um den Tagesablauf in der Lebensphase vor der Erkrankung kann hilfreich sein bei der Einschätzung bestimmter Verhaltensweisen. Steht z. B. eine Frau immer morgens früh gegen 4.30 Uhr bereits auf und wandert hin und her, dann kann dies Verhalten als nächtliche Unruhephase interpretiert werden und mit medikamentösen oder Verhaltensbezogenen Interventionen beeinflusst werden. Weiß man hingegen, dass die betroffene Bewohnerin eine Frühaufsteherin ist und früher um diese Zeit die Zeitungen austrug, dann wird man die Situation gelassener sehen.

Das Wissen um die Biographie der Demenzkranken im stationären Bereich der Altenhilfe hat sowohl für die Bewohner als auch die Mitarbeiter positive Auswirkungen. Den Bewohnern gegenüber wird mehr Verständnis und Einfühlungsvermögen gezeigt und sie werden weniger in ihrem Verhalten korrigiert. Damit gewinnen sie einen größeren Handlungsrahmen und auch begrenzte Autonomie, da ihr Verhalten durch die Lebensgeschichte nicht nur erklärt sondern auch sanktioniert werden kann. Die Pflegemitarbeiter gewinnen Handlungssicherheit und eine gewisse Souveränität im Umgang mit den Bewohnern. Das bedeutet u. a. auch weniger Stress.

### **9.3. Biographie als Instrumentarium zur Optimierung der Pflege und Betreuung**

Die Pflege und Betreuung Demenzkranker ist u. a. aufgrund deren stark eingeschränkter Mitteilungsfähigkeit häufig ein äußerst problematisches Vorgehen. So gestaltet sich häufig die Pflege nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ bezüglich eines angemessenen Pflegeverhaltens. In diesem Kontext kann es dann leicht zu Verweigerungshaltungen der Demenzkranken kommen, denn sie fühlen sich in diesen Interaktionen überfordert oder auch verängstigt. Pflegeverweigerung ist somit eine natürliche Reaktion auf physische Einwirkungen, die den Betroffenen nicht vertraut sind und vor denen sie sich fürchten.

Das Wissen um die Biographie sollte in diesem Zusammenhang erweitert aufgefasst werden dahingehend, dass auch das Wissen über Charakterzüge, Einstellungs- und Reaktionsweisen und das Temperament hierbei einbezogen werden sollte. Ob jemand früher aktiv und extrovertiert war oder im Gegenteil passiv und eher zurückhaltend, dieses Wissen ist für den Umgang mit den Bewohnern von großer Bedeutung.

Es gilt immer, den richtigen Ton zu treffen im Kontakt mit den Bewohnern. In den USA sind in einem Altenpflegeheim die Pflegemitarbeiter angehalten worden, die Interaktion zwischen den Bewohnern und ihren Angehörigen hinsichtlich ihres Umgangsstiles und den Kommunikationsformen genauer zu beobachten. Ziel dieser Bemühung bestand in dem Ansatz, möglichst viel von diesen Interaktionen zu lernen. Es sollten bestimmte Verhaltensweisen in das Pflege- und Betreuungsrepertoire der Pflegekräfte übernommen werden, damit Konflikte und Missverständnisse eingeschränkt werden können. Wenn jemand z. B. früher in seinem sozialen Umfeld einen eher rauen und direkten Umgangsstil gewohnt war, wird er später im Heim Schwierigkeiten mit einem eher förmlich-höflichen Umgangston dergestalt haben, dass er sich häufig nicht angesprochen fühlt.

Auch bei der richtigen Anrede können biographische Elemente eine Rolle spielen. Wenn z. B. eine alte Frau korrekt mit „Frau Schmidt“ angesprochen wird, kann sie mit dieser Anrede nicht viel anfangen und fühlt sich dementsprechend auch nicht angesprochen. Da sie auf Lande aufwuchs, war sie dort zeitlebens für alle Dorfbewohner die „Anna“. Dieser Name ist mit ihrer ganzen Lebensgeschichte verbunden, während „Schmidt“ nur

der Familienname ihres späteren Ehemannes war, mit dem sie vielleicht nur äußerst selten angesprochen wurde.

Aber auch zur Ablenkung und Beruhigung kann biographisches Wissen sinnvoll eingesetzt werden.

Wie bereits weiter oben angeführt, konnte bei einer demenzkranken Bewohnerin die Hemmschwelle beim An- und Auskleiden durch ablenkende Fragen über ihre frühere Berufstätigkeit (Besitzerin eines Hutgeschäftes) überwunden werden. Indem sie von früher berichtete, war sie so von ihren Erinnerungen gefangen, dass ihr darüber die augenblickliche Pflegesituation gar nicht mehr so präsent war. Sie war quasi in der Vergangenheit und nahm somit die Gegenwart kaum noch wahr.

Die Kenntnis über lebensgeschichtliche Ereignisse von großer Tragweite können auch zur emotionalen Stärkung und Beruhigung verwendet werden. Wenn z. B. eine Bewohnerin sich in einer depressiven Stimmung befindet, kann sie durch den Verweis auf ihre Leistungen in der Vergangenheit aufgerichtet werden. Wenn sie z. B. darauf verwiesen wird, wie tapfer sie die Strapazen der Flucht nach dem 2. Weltkrieg gemeistert hat und dabei auch ihre Kinder vor widrigen Gefahren bewahren konnte, dann kann man damit rechnen, dass diese Erinnerungen sie eventuell wieder emotional aufrichten können.

Hinweise auf gegenwartsbezogene Ereignisse (Ankündigung des Sommerfestes oder einer Geburtstagsfeier) werden in der Regel nicht denselben Effekt erzielen wie der Verweis auf Lebensgeschichtliche Ereignisse des Bewohners. Auch hier gelten somit das Prinzip „Aktivierung der Langzeitgedächtnisfähigkeiten“ und die Vorgehensweise „ständige emotionale Stärkung“.

Es sollte berücksichtigt werden, dass Informationen und Hinweise durch die Gedächtniseinbußen immer auf der dysfunktionalen Ebene des Kurzzeitgedächtnis verbleiben und somit nicht die emotional-affektiven Seiten des Bewohners ansprechen können.

Für die Pflege und Betreuung ist auch das Wissen von Gewohnheiten, Ritualen und Eigenarten der Demenzkranken von großer Bedeutung, da hierdurch viele Pflegehandlungen oder Betreuungsmaßnahmen erst angemessen realisiert werden können. Weiter oben wurde bereits auf das fehlende Abendgebet hingewiesen, das Anlass für das ständige Wiederaufstehen der Bewohnerin war. Erst als die Pflegekräfte das Abendgebet in die abendliche Pflege und Betreuung integrierten, ließ sich die Bewohnerin zu Bett bringen und blieb dann auch anschließend im Bett.

Gewohnheiten und Rituale sind durch die jahrzehntelange Anwendung Bestandteile der Lebensgestaltung, auf die ungerne verzichtet wird. Da auch für Demenzkranke das Konzept „Kontinuität in der Lebensführung“ mit gewissen Krankheitsbedingten Einschränkungen gilt, bedeuten diese Strukturelemente der Lebensgestaltung für die Betroffenen Halt- und Orientierungspunkte im täglichen Geschehen. Angesichts der Tatsache, dass bei Demenzkranken massive Kurzzeitgedächtnisstörungen vorliegen, besitzen lebensgeschichtlich verankerte und damit im Langzeitgedächtnis verortete Verhaltensmuster eine besondere Wertigkeit hinsichtlich der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben und Anforderungen und auch hinsichtlich der emotional-affektiven Vergewisserung im Sinne von Geborgenheit, Vertrautheit und Schutz.

Doch auch bei Bemühungen, den Bewohnern ein großes Maß an Annehmlichkeit und Wohlbefinden zu verschaffen, ist biographisches Wissen erforderlich. Wenn man z. B. einem Weintrinker abends ein Gläschen Bier anbietet oder morgens einer Teetrinkerin Kaffee offeriert, dann wird der Effekt an allgemeiner Zufriedenheit oder auch Behaglichkeit relativ begrenzt sein.

Es lässt sich abschließend das Fazit ziehen, dass das biographische Wissen einen großen Stellenwert für die Pflege und Betreuung Demenzkranker besitzt. Da die Demenzpflege vor allem Kompensationspflege ist, gilt dies auch bezüglich der lebensgeschichtlichen Verortung dergestalt, dass den Bewohnern in all ihren Lebensäußerungen der Bezug zu ihrer Vergangenheit durch entsprechende Pflege und Betreuung vermittelt wird. Biographische Orientierung bei all diesen Handlungen und Maßnahmen wirkt somit auch auf die Stärkung der Identität und Selbstgewissheit, indem den Bewohnern Halt und Sicherheit durch den Bezug auf die Vergangenheit gegeben wird.

#### **9.4. Angehörige als Brücke zur Lebensgeschichte der Demenzkranken**

In der Fachliteratur wird in Bezug auf die Biographie besonders auf die Stellung der Angehörigen eingegangen, die als „Brücke“ oder als „Schlüssel“ zur Lebensgeschichte der verwirrten Heimbewohner aufgefasst werden. Es liegt eine Fülle von Ansätzen vor, die Angehörigen in das Heimgeschehen auf unterschiedliche Art und Weise zu integrieren. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Aspekte der Stellung der Angehörigen im Altenpflegeheim unter dem Gesichtspunkt einer möglichst umfassenden Einbindung in das Heimgeschehen dargestellt.

##### *Die Position der Angehörigen im Heim*

Angehörige im Heim befinden sich hinsichtlich ihrer Position in einer häufig misslichen Lage. Einerseits sind sie die nächsten Verwandten der Bewohner, überwiegend Kinder oder Ehepartner, andererseits haben sie die Verantwortung für die Pflege und Betreuung durch die Heimaufnahme an die Einrichtung und damit auch an die Pflegemitarbeiter abgetreten. Diese Rollenkonfiguration, ein nächster Angehöriger ohne Verantwortung und Verpflichtung zu sein, ist für viele nicht leicht zu bewältigen, da gesellschaftliche Normen in Deutschland von den Kindern immer noch die Pflege der betagten Eltern erwarten.

Die Angehörigen sind somit mit mehreren Entwicklungen und Gegebenheiten konfrontiert, die nicht leicht in Einklang zu bringen sind: der ständige Abbau des Angehörigen, die eigene Hilf- und Machtlosigkeit hinsichtlich eines Einwirkens oder einer Unterstützung und das Erleben des Heimalltages mit den für Außenstehenden oft nicht nachvollziehbaren Sachzwängen und Handlungsrouninen. In diesem sozialen Feld sind dann die Angehörigen oft hin und her gerissen zwischen Rückzug, Anpassung und Arrangement mit den Gegebenheiten oder dem Engagement für die pflegebedürftigen Angehörigen in unterschiedlicher Art und Weise (Kontrollfunktionen u. a.).

Eine Erhebung aus Frankreich verdeutlicht diese Problemstellung der Angehörigen im Heim, indem ein Jahr nach der Heimaufnahme noch ein Drittel der Angehörigen unglücklich über diese Gegebenheit sind (RITCHIE et al., 1992).

Es kann also festgestellt werden, dass die Stellung des Angehörigen im Heim in vieler Hinsicht äußerst fragil und undefiniert ist. Selbstzweifel, Schuldgefühle und auch Gefühle der Fremdheit und Ausgeschlossenheit der Heimsituation gegenüber machen es Angehörigen schwer, diese Sachlage angemessen zu verarbeiten.

#### *Das Verhältnis zwischen Pflegemitarbeitern und den Angehörigen*

Pflegemitarbeiter und Angehörige stehen hinsichtlich ihrer Rollenkonfiguration in einer prekären Beziehung zueinander: Fremde (Pflegemitarbeiter) tragen die Verantwortung und erbringen die Pflege- und Betreuungsleistungen, Nahestehende (Angehörige) beschränken sich auf nach geordneten Aufgaben (Besuche, Erledigungen etc.). Diese eigentlich „verkehrte“ Beziehung zu den Bewohnern ist beiden Gruppen bewusst und es fällt daher beiden Gruppen oft nicht leicht, eine unverkrampfte und sachlich Aufgaben orientierte Form der Interaktion und gegenseitigen Wahrnehmung zu finden.

Es liegen einige Untersuchungen vor, die gravierende Abweichungen in den Einstellungen zu den Aufgaben und Verpflichtungen im Heim offenbaren. Pflegemitarbeiter erwarten mehr Engagement und Unterstützung durch die Angehörigen, sie erwarten dadurch eine Erleichterung ihrer Arbeit. Angehörige ihrerseits fühlen sich nicht mehr hierfür verantwortlich, ziehen sich in der Regel häufig zurück und klagen über die in ihren Augen unzureichenden Pflege- und Betreuungsleistungen (Altenpflege, 1995; KÜHNERT, 1993; SHARP, 1990).

Hinzu kommen unterschiedliche Aufgaben- und Pflichtenzuweisungen zwischen diesen beiden Gruppen. Die Zuständigkeiten für kleinere Erledigungen (Briefe schreiben, Einkäufe u. a.), Arrangements (Geburtstagsfeier organisieren, Lesestoff besorgen, Raumausgestaltung u. a.) sind oft nicht geklärt und führen häufig zu Missverständnissen, Spannungen und gegenseitigen Vorwürfen (SCHWARTZ et al., 1990; SHUTTLESWORTH et al., 1982).

Des Weiteren wird die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und den Pflegekräften durch unterschiedliche Gewichtung in der Wahrnehmung und Beurteilung der Bewohner beeinträchtigt (LUKOVITS et al., 1992).

Es kann festgestellt werden, dass die Kontakte zwischen Angehörigen und Pflegemitarbeitern u. a. aufgrund unterschiedlicher normativer, funktionaler und bindungsspezifischer Aspekte häufig noch eher Problem belastet sind. Dadurch wird eine Zusammenarbeit bezüglich der Optimierung der Pflege und Betreuung erschwert oder gar verunmöglicht.

#### *Die Aktivitäten der Angehörigen im Heim*

Angehörige werden nach Heimeintritt eines nahen Verwandten mit der Fragestellung konfrontiert, ihre eigene Stellung innerhalb des Heimalltages festzulegen. Die Häufigkeit der Besuche und auch ihre konkreten Aktivitäten während der Besuche können von ih-

nen überwiegend selbst bestimmt werden. Das Spektrum des Engagements reicht vom völligen Rückzug über gelegentlichen, regelmäßigen bis hin zu täglichen Besuchen im Heim. Von den Aktivitäten her können Besuche psycho-soziale Stärkung (Gespräche, Spaziergänge u. a.) als auch weiter gehend Mithilfe bei grundpflegerischen Handlungen bedeuten. Untersuchungen aus den USA und Deutschland haben ergeben, dass die Kontaktdichte zu Angehörigen im Heim geringer ist als zu Angehörigen in Privathaushalten: Während nur jeder zweite Heimbewohner mindestens einmal in der Woche Besuch erhält, so liegt diese Kontaktdichte bei Senioren im eigenständigen Haushalt bei ungefähr 75 Prozent (LIND, 1991; ALBER et al., 1999). Hinsichtlich der Aktivitäten überwiegen bei den Besuchen emotionale und psychosoziale Unterstützung, während konkrete praktische Hilfe (grundpflegerische Leistungen) nur relativ selten geleistet wird (KELLEY et al., 1999; LAITINEN, 1993; LIND, 1991; LINSK et al., 1988).

Die Daten und Fakten hinsichtlich des Verhaltens der Angehörigen im Heim verdeutlichen, dass die überwiegende Zahl der Angehörigen sich mit den Gegebenheiten des Heimes als erstrangigem Erbringer der Versorgungsleistungen arrangiert hat. Angehörige sehen sich in diesem Gefüge vorrangig als Erbringer emotional-affektiver Unterstützungsleistungen. Durch ihre Besuche erhalten sie die familiären Bindungen und Beziehungen aufrecht, die für die Bewohner eminenten Bedeutung sind.

#### *Die Aufgaben der Angehörigen in der Demenzpflege*

Die obigen Ausführungen zeigen deutlich, dass Angehörige im Heim sich überwiegend mit der sekundären Funktion einer vorrangig emotionalen Unterstützung im Heim arrangiert haben, wie u. a. die geringere Kontaktdichte und das Aktivitätsspektrum ausdrücken. Es wurde so ausführlich auf diese Sachlage hingewiesen, damit den Mitarbeitern im Heim bewusst wird, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder gar die Integration der Angehörigen in das Heimgeschehen keine Selbstverständlichkeit sind, sondern eher das Resultat mannigfaltiger Bemühungen der verschiedenen Mitarbeitergruppen (Pflegekräfte, Sozialdienst, Heimleitung etc.).

Es ist eine unleugbare Tatsache, dass Angehörige bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker als biographische Experten geradezu eine Notwendigkeit darstellen, denn nur sie können die Brücke zur Vergangenheit der Bewohner darstellen. Nur sie können in der Regel Auskunft über die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Neigungen, Charakterzüge und Temperament) geben, die unabdingbar für eine angemessene Persönlichkeitsorientierte Pflege und Betreuung Demenzkranker sind.

Es liegen aber auch Untersuchungen vor, die belegen, wie stark die Angehörigen am Krankheitsprozess, der Pflege und den weiteren Verlauf interessiert sind. Diese Angehörigen wünschen, im Heim von den Mitarbeitern informiert und aufgeklärt zu werden, sie möchten einbezogen werden in die Pflegeplanung und die anderen Bemühungen zur Gestaltung der Lebenswelt ihrer nahen Verwandten (CAMPBELL et al., 1996; DUNCAN et al., 1994).

Auf der anderen Seite ist auch den Pflegemitarbeitern bewusst, dass eine angemessene Pflege Demenzkranker im Heim nicht ohne die Mitwirkung der „biographischen Exper-

ten“ (Angehörige) nicht optimal zu gestalten ist und daher die Zusammenarbeit mit den Angehörigen gesucht wird (KARNER et al., 1998).

### *Die Aufgaben des Heimes bei der Integration der Angehörigen*

Die Hauptaufgabe bei der Integration der Angehörigen Demenzkranker in das Heimgeschehen besteht vor allem darin, die Angehörigen hinsichtlich der Notwendigkeit ihrer Zusammenarbeit zumindestens als „biographische Experten“ mit den Mitarbeitern im Heim zu überzeugen. Den Angehörigen muss verdeutlicht werden, dass ihr Kontakt u. a. zu den Pflegekräften kein bloßes „Extra“ oder „Surplus“ bedeutet, sondern eine wesentliche Basis oder Grundvoraussetzung für eine klientelspezifische Pflege und Betreuung darstellt.

Dieser Muss-Charakter der Angehörigenmitwirkung sollte auch administrativ-organisatorisch zum Ausdruck dergestalt gelangen, dass für die Heimaufnahme z. B. die Mitarbeit bei der Erstellung einer Biographie orientierten Bewohnererhebung (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Neigungen, Charakterzüge und Temperament) geradezu zur Pflicht gemacht wird. Entsprechende Erhebungsbögen sollten entwickelt werden und als integrativer Bestandteil der Pflegeplanung behandelt werden.

Nach Heimeintritt sollten bei der Pflegeplanung und auch Pflegeevaluation die Angehörigen einbezogen werden. Zumindestens in einem deutschen Altenpflegeheim wird in Anlehnung an die diesbezüglichen Erfahrungen in den USA regelmäßig die Pflegeplanung gemeinsam mit den Angehörigen erstellt (MOSER, 1995).

Dieser Ansatz stellt in Deutschland ein Novum dar, denn bisher galt die „Angehörigen-Arbeit“ als eine Domäne des Sozialdienstes der Heime. Angehörigenberatung, Angehörigen-Gruppen oder Angehörigen-Veranstaltungen waren fast ausschließlich Arbeitsschwerpunkte der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (URLAUB, 1995).

Diese Aufgaben sollten möglichst auch weiter in den Händen dieser Berufsgruppen verbleiben, falls die Heime noch über einen Sozialdienst aufgrund der Bestimmungen der Pflegeversicherung verfügen können, doch diese Kontakte sollten mehr einen nachrangigen oder sekundären Charakter besitzen. Vorrangig und primär sollte sich ein gezieltes Zusammenwirken mit den Pflegemitarbeitern auf den Stationen entwickeln, denn sie sind die primären Versorger und Betreuer der Demenzkranken. Sie wissen genau über die körperliche, seelische und soziale Befindlichkeit Bescheid, nur sie können Auskunft über das konkrete Verhalten der Bewohner und den Verlauf der Erkrankung geben.

Entsprechend dieser Konzeption sollten auch die Kontakte überwiegend auf der Station zwischen den Pflegemitarbeitern und Angehörigen stattfinden. Hierfür sollten die Stationen organisatorisch, räumlich und auch von der fachlichen Qualifikation her gerüstet sein. Angehörige sollten genau wissen, wann sie jemand ansprechen können, auch wenn sie möglichst kontaktieren sollten und es sollte auch zeitlich und örtlich Raum für Gespräche vorhanden sein.

Ob nun feste Sprechzeiten auf Station (einschließlich der Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme) die Lösung sind, oder ob es mehr von der jeweiligen Gegebenheit auf der Station (Personalstand, Arbeitsaufkommen etc.) abhängen sollte, ist hierbei m. E. zweitrangig. An erster Stelle steht das Bemühen der Einrichtung, auf die Angehörigen

zuzugehen und sie über ihre Verwandten zu informieren und sie gegebenenfalls um Rat oder biographische Hinweise zu fragen.

Für die Pflegemitarbeiter bedeutet dies ein aktives Vorgehen bezüglich der Kontaktaufnahme, das natürlich nicht mechanisch oder schematisch bei jeder Begegnung mit Angehörigen auf Station praktiziert werden sollte. Für die Pflegemitarbeiter ist hiermit eine gewaltige Umstellung verbunden, denn bisher wurde oft der Kontakt mit besonders engagierten und damit auch kritischen Angehörigen zwecks Vermeidung möglicher Konflikte gemieden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob alle Pflegemitarbeiter sich dieser Aufgabe gewachsen fühlen. Mit Angehörigen sachlich bestimmte Themen zu erörtern und dabei auch kritische Hinweise zu verarbeiten, wird vielleicht besonders für die un- ausgebildeten Pflegekräfte ein neues Aufgabenfeld darstellen. Es sollte hierbei überlegt werden, ob nicht in diesem Kontext Qualifizierungsmaßnahmen hinsichtlich der Stärkung einer kommunikativen Kompetenz in Gestalt von Weiterbildungsangeboten angezeigt ist.

Des weitern stellt sich die Frage, ob nicht der Angehörigenkontakt für die Pflegekräfte im Kontext der Pflegeplanung und -evaluation obligatorisch gemacht werden sollte. Auch für die Arbeitszufriedenheit und Arbeitssicherheit der Pflegemitarbeiter ist es von Bedeutung, ständig Bestätigung auch von den Angehörigen zu erfahren. Das setzt ein bestimmtes Maß an psychischer Belastbarkeit voraus, denn es wird oft nicht leicht sein, sich der Kritik der Angehörigen stellen zu müssen, doch die oft praktizierte Vermeidungsstrategie hinsichtlich der Kontakte zu den Angehörigen können fatale Auswirkung für das Image der Einrichtung als ein Dienstleistungsanbieter haben. Wenn erst Briefe mit Vorwürfen an die Heimleitung, Geschäftsleitung oder im schlimmsten Fall als Leserbrief an die örtliche Zeitung geschrieben werden, dann können schwere, auch wirtschaftliche Probleme die Folge sein.

Die Einrichtung sollte daher in einem mehrgliedrigeren Gefüge versuchen, die Angehörigen als den entscheidenden Zugang zur Biographie der demenzkranken Bewohner als auch in der Funktion als kritische Beurteilungsinstanz (im Sinne einer Kundenorientierung) durch Beratung, Information und auch als „biographischen Experten“ einzubinden. Auf der Ebene der Station bedeutet dies, Kontakte zu den Angehörigen herzustellen, zu institutionalisieren (Erhebungsbogen Biographie und Gewohnheiten, Angebote der Mitwirkung bei der Pflegeplanung und -evaluation, Information über Veränderung des körperlichen und geistigen Allgemeinzustandes des Bewohners u. a.).

Auf der Ebene der Einrichtung sollten Informationsangebote über bestimmte Fragestellungen (Krankheiten im Alter, Aspekte der Kosten - Pflegeversicherung u. a., Konzepte der Pflege und Betreuung etc.), Angehörigen-Gruppen und auch die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen (Feste, Ausflüge etc.) im Rahmen einer Aktiven-Gruppe der Angehörigen entwickelt werden.

Besonders in den USA ist die Konzeption Angehörigen-Einbindung ein integraler Bestandteil vor allem der Alzheimer- oder Demenzstationen. Es lassen sich bestimmt einige positive Erfahrungen aus der diesbezüglichen Fachliteratur entnehmen (Siehe u. a.

ANDERSON et al., 1992; HANSEN et al., 1988; LEEMING et al., 1977; MONTGOMERY, 1993; NUMEROF, 1983; YORK et al., 1977; TERI et al., 1991).

## **10. Räumliche und architektonische Dimensionen der Demenzpflege**

Die Lebenswelt Demenzkranker im stationären Bereich ist gegenüber nicht-demenzkranken Heimbewohnern relativ stark eingegrenzt. Während geistig klare Bewohner je nach körperlicher Befindlichkeit allein oder mit Hilfestellung die Einrichtung verlassen können, sind Demenzkranke in ihrem Aktionsradius in der Regel auf die Einrichtung oder gar Einrichtungsteile (Station etc.) beschränkt. Entsprechend sollte dieser Bereich auch hinsichtlich der räumlichen, architektonischen und damit auch Milieu bezogenen Aspekte gestaltet sein, d. h. diese Umwelt sollte an die spezifischen Formen der Lebensäußerungen Demenzkranker ausgerichtet sein. Die räumlichen Strukturelemente einer Demenzstation sollten in Kongruenz zu den Verhaltensweisen, den Bedürfnissen und Wünschen, aber auch den Sicherheits- und Überwachungsanforderungen der Klientel stehen.

Eine Passung zwischen den Nutzern, den Demenzkranken und ihren Pflegekräften, und der dinglich-räumlichen Gegebenheiten einer Station gilt es also herzustellen, damit für die Betroffenen Wohlbefinden und auch Sicherheit und Schutz gewährleistet werden kann.

Zur Veranschaulichung bedarf es vorab einiger kurzer Ausführungen über die Verschiedenartigkeit der räumlich-architektonischen Anforderungen zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken Pflegebedürftigen in einem Altenpflegeheim. Diese Hinweise sollen verdeutlichen, dass eine demenzspezifische Architektur und Raumgestaltung genau so wie in den vorhergehenden Kapiteln angeführten Prinzipien der Pflege und Betreuung eine Notwendigkeit darstellen, die es zu berücksichtigen gilt. Doch es soll auch kurz auf die Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Raumgestaltung eingegangen werden.

Die entscheidende Gemeinsamkeit in der Architektur für demenzkranke und nicht-demenzkranken Bewohner eines Altenpflegeheimes besteht in dem Prinzip der räumlichen Nähe von Pflegekräften und Bewohnern. Aufgrund der hohen Abhängigkeit beider Gruppen von unterschiedlichen Versorgungsleistungen (Pflege, Betreuung u. a.) ist ein Raumprogramm der „kurzen Wege“ erforderlich. Jede größere Distanz im Stationsbereich (lange Flure u. a.) geht immer zu Lasten der Pflegequalität, der Arbeitszufriedenheit und damit letztlich auch zu Lasten der Lebenszufriedenheit der Bewohner (ESTRYN-BEHAR, 1993).

Die erforderliche räumliche Nähe ist Grundvoraussetzung für eine weitere Gemeinsamkeit in der Raumstruktur: beide Bewohnergruppen sind auf externe sensorische und soziale Stimulierung aufgrund der hohen Gebrechlichkeit angewiesen. Die Räumlichkeiten müssen die Voraussetzungen für ein Optimum an passiver und aktiver Stimulierung bieten. Passive Stimulierung soll hier verstanden werden als das bloße Sehen, Hören und Riechen der verschiedenen Aktivitäten auf der Station, aktive Stimulierung als die gezielte Anregung der Bewohner durch Pflege- und Betreuungskräfte.

Beiden Bewohnergruppen gemein ist auch das ausgeprägte Bedürfnis nach Vertrautheit, sozialer Nähe und Geborgenheit. Entsprechend haben sich die Raumprogramme derart geändert, dass man zusehends auf großflächige Raumkonzepte mit teils funktionaler und anonymer Gestaltung verzichtet und vermehrt dem „Normalitätsprinzip“ entsprechend wohnungsähnliche Raummodelle den Vorzug gibt. Gemütlichkeit, Überschaubarkeit und Wohnlichkeit sollen die Räumlichkeiten für die Bewohner ausdrücken und nicht mehr die sachliche Funktionalität einer Versorgungseinrichtung (Entinstitutionalisierungsansatz).

Architektonische Unterschiede zwischen einer Demenzstation und einer geriatrisch ausgerichteten Pflegestation bestehen in den unterschiedlichen Verhaltensweisen der Bewohner und den damit zusammenhängenden Versorgungsprioritäten.

Eine Demenzstation bildet aufgrund der noch vorhandenen Mobilität und der tendenziellen Überforderung in den Bewohnerzimmern überwiegend ein „Gemeinschafts- oder Flurmilieu“. Das bedeutet, dass die meisten Interaktionen, Begegnungen und Beschäftigungen im öffentlichen Bereich der Station stattfinden. Entsprechend großzügig sollten die Gemeinschaftsbereiche (Flure, Gemeinschaftsräumlichkeiten u. a.) von der Fläche her gestaltet werden. Dies kann meines Erachtens zu Lasten der Individualbereiche (Bewohnerzimmer) geschehen, da diese überwiegend als Schlafzimmer und seltener als Rückzugsbereich genutzt werden.

Eine geriatrisch ausgerichtete Station hingegen bildet je nach dem Gebrechlichkeitsgrad (Bettgebundenheit der Bewohner) eher ein „Zimmermilieu“. Das heißt, ein Großteil der Pflegehandlungen, Aktivitäten und der überwiegende Aufenthalt der Bewohner finden in den Individualbereichen (Bewohnerzimmer) statt. Zwar werden eine Reihe der Bewohner „rausgesetzt“, meist in den Gemeinschaftsbereich, und dort teilweise auch aktiviert und angeregt. Diese Handlungen erreichen jedoch nicht den Umfang einer Demenzstation, da die Schwerpunkte auf einer geriatrischen Station mehr auf der Individualpflege (Behandlungspflege, z. B. Dekubitusprophylaxe und Dekubituspflege) liegen. Entsprechend müssen die Gemeinschaftsflächen nicht den Stellenwert wie auf einer Demenzstation erhalten.

Ein weiterer Unterschied zwischen den Bewohnergruppen äußert sich architektonisch auch in den unterschiedlichen Aufwand an Sicherheit, Kontrolle und Übersicht. Demenzkranke haben aufgrund ihrer hirnorganischen Einbußen ein sehr geringes Ausmaß an Umweltkompetenz, das sich in einem hohen Potential an Gefahren und Gefährdungen äußert. Eine Demenzstation erfordert somit ein „Sicherheitsmilieu“ dergestalt, dass durch die Raumstruktur den Pflegekräften ein Optimum an Überschaubarkeit und Übersicht geboten werden sollte. Des Weiteren bedeutet das auch, dass die Zu- und Ausgänge der Station gesichert sein müssen, um das so genannte „Weglaufen“ zu verhindern.

Diese einleitenden Ausführungen sollten kurz auf die Kernelemente der Raumstruktur für eine Demenzstation hinweisen. In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Aspekte der räumlich-architektonischen Gestaltung möglichst praxisnah dargestellt werden.

## 10.1. Das Wohngruppenkonzept

In verschiedenen Ländern (u. a. Schweden, Frankreich, Großbritannien und den USA) haben sich in den letzten Jahrzehnten die Konzepte eines wohnungsähnlichen Settings für eine überschaubare Anzahl von demenzkranken Bewohnern (maximal 12 Bewohner) durchgesetzt. Diese Ansätze werden teils in vorstationären Einrichtungen (Wohngruppen in Schweden, Cantou in Frankreich) und teils in stationären Einrichtungen (Domus-Prinzip in Großbritannien, „Home-like“-Ansatz in den USA) praktiziert (BÖHLER et al., 1999; CALKINS, 1988; COHEN et al., 1990; KOVACH et al., 1997; LIND et al., 1990; LINDESAY et al., 1991; MALMBERG et al., 1993; WIMO et al., 1991; SCHIFF, 1990; Schwedischer Dementenverband, 1992; ZARIT et al., 1990).

Das Wohngruppenkonzept beruht auf dem Raumprogramm der räumlichen Nähe. Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsbereich und Funktionsräume sind clusterartig miteinander verbunden. Im Zentrum befindet sich der Gemeinschaftsbereich (Gemeinschafts- und Essbereich) verbunden mit dem Pflegestützpunkt, hiervon abgehend kurze Flurzonen mit den Bewohnerzimmern (STEVENS, 1987).

In diesem Raumprogramm ähnlich einer Wohnung lässt sich ein soziales Milieu gestalten, dass zur Steigerung der Kontakte zwischen den Bewohnern einerseits und zwischen den Bewohnern und den Pflegekräften führt. Auch die Eigenbeschäftigung ist in diesen Wohngruppen gegenüber herkömmlichen Stationen erhöht (ANNERSTEDT, 1995; KOVACH et al., 1997; LINDESAY et al., 1991).

Eine Vergleichsuntersuchung von Bewohnern einer Dementen-Wohngruppe und demenzkranken Bewohnern eines herkömmlichen Altenpflegeheimes in Schweden ergab u. a., dass die Bewohner der Wohngruppe ein erhöhtes Gefühl der Sicherheit in ihrem räumlichen und sozialen Milieu zeigten. Auch zeigten sie ein verbessertes Selbstbewusstsein. Die Umwelt unterstützte somit die Orientierung, Einbindung und auch das personale Selbstvertrauen. Dies zeigte sich u. a. auch in dem verringerten Auftreten von Agitiertheitszuständen, Ängstlichkeit und Depressivität und wahnhaften Vorstellungen (ANNERSTEDT, 1993 und 1995; ANNERSTEDT et al., 1993).

Die Effektivität des Wohngruppen-Konzeptes besonders bei Demenzkranken beruht auf verschiedenen Faktoren, die letztlich auf einem Zusammenwirken von demenzgerechter Pflege und Betreuung, angemessener sensorischer und sozialer Stimulierung und dem räumlichen Gegebenheiten hinauslaufen. Es kann auch so ausgedrückt werden: Soziales und räumliches Milieu stimmen hinsichtlich ihrer Demenzangemessenheit überein und bestärken sich somit gegenseitig.

Die Auswirkungen des Raumkonzeptes „Wohngruppe“ für Demenzkranke können aber darüber hinaus auch auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, die in einem Ensemble die „Außenstruktur“ Raumbezogenheit ausmachen. Diese Faktoren besitzen auch einen Geltungsbereich für Nicht-Demente, doch für Demenzkranke sind sie aufgrund der Defizite in ihrer Umweltkompetenz geradezu notwendig nach dem Prinzip „sine qua non“. Das bedeutet, dass Demenzkranke aufgrund ihrer geringen kognitiven und

funktionellen Leistungsfähigkeit auf die Strukturelemente regelrecht angewiesen sind. Diese Faktoren werden im Folgenden kurz angeführt werden.

### *Kontinuität*

Das Wohngruppenprinzip ist besonders für Demenzkranke dahingehend von größter Bedeutung, da in diesem räumlichen Umfeld ein großes Maß an Ähnlichkeit mit den Lebensbezügen vor Ausbruch der Krankheit besteht. Die meisten Demenzkranken lebten vormals in überschaubaren und wohnlichen Umgebungen, so dass die Umstellung im Heim nicht allzu große Anforderungen an ihr Anpassungsvermögen stellt. Man kann geradezu die These aufstellen, dass das Ausmaß an Übereinstimmung von den alten vertrauten räumlichen Bezügen mit den aktuellen Lebenswelten im Heim ein Indikator für Wohlbefinden und Zufriedenheit der Bewohner darstellt.

Dass das Prinzip „Kontinuität in der Lebensführung“ nicht nur für nicht-demente Senioren gilt, sondern vor allem auch für Demenzkranke, lässt mit einer Reihe von Untersuchungen belegen.

Ein Ansatz entwickelte Erwin BÖHM in Wien, der im stationären Bereich der Alterspsychiatrie konsequent die Kontinuität oder Vertrautheit mit der Umgebung dergestalt realisierte, dass er die innenarchitektonische Ausgestaltung an die Lebensphase vor Ausbruch der Erkrankung ausrichtete. Die Möblierung wurde an die gesunde Lebensphase ausgerichtet, das bedeutete, dass Möbel der 50er und teilweise der 60er Jahre im Gemeinschaftsbereich aufgestellt wurden. Auch im Sanitärbereich orientierte man sich teilweise an der Vergangenheit: die vertrauten Wasserhähne wurde anstelle der modernen Mischapparaturen installiert. Diese räumlichen Interventionen führten dazu, dass die soziale Umgebung vertrauter wurde (BÖHM, 1994). Ähnliche Erfahrungen konnten auch in psychiatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen in Kanada gemacht werden (MINDE et al., 1990; siehe auch INEICHEN, 1990).

Wie stark der Faktor Kontinuität, Vertrautheit sich in psychophysischer und physiologischer Form sich auswirken kann, ließ sich in einem Altenpflegeheim in Schweden belegen. In der Einrichtung fiel auf, dass die demenzkranken Bewohner nur unzureichend Nahrung hinsichtlich der Kalorien und Nährstoffe zu sich nahmen. Daraufhin versuchte man mittels Milieu bezogener Interventionen auf das Essverhalten einzuwirken. Der anonyme und funktional Institutionsbezogene Speiseraum und das Tablettssystem wurden durch ein Vergangenheitsbezogenes Milieu ersetzt: Möblierung wie häusliche Esszimmer der 50er Jahre, Tischtuch und Tischschmuck (Blumen), alt vertrautes Geschirr, Selbstportionierung mittels Schüsseln und Schöpfkellen. Diese Milieuelemente reichten aus, dass die demenzkranken Bewohner bis zu 50 Prozent mehr Nahrung ohne weitere Unterstützung oder Anregung zu sich nahmen. Um sich zu vergewissern, dass diese Milieuaspekte ausschlaggebend waren, wurde nach einiger Zeit der Essbereich in das funktional-anonyme Heimmilieu zurückverwandelt mit dem Resultat, dass auch die Nahrungsaufnahme auf das unzureichende Niveau zurückkehrte (ELMSTAHL et al., 1987).

Es liegen auch Untersuchungen vor, dass durch die Sitzgestaltung bei den Mahlzeiten (gemeinsam an einem runden Tisch sitzend) die Kommunikation zwischen den Demenzkranken im Heim gravierend erweitert werden konnte. Auch das Essverhalten verbesserte sich im Kontext einer kollektiven Tischgemeinschaft (DAVIES et al., 1980; ME-

LIN et al., 1981). Es zeigt sich, dass das Zurückgreifen auf die vertrauten Esssitten, gemeinsam eine Mahlzeit einzunehmen, sowohl das soziale Bedürfnisse nach Gemeinschaft als auch lebensgeschichtliche Gewohnheiten tangiert und damit positive Impulse für die Bewohner darstellen.

Ein Beispiel, das eine Pflegekraft während einer Weiterbildungsmaßnahme schilderte: Eine Bewohnerin weigerte sich standhaft, im Gemeinschaftszimmer einen Platz einzunehmen, um so passiv am Gemeinschaftsleben teilzunehmen. Erst als eine Angehörige veranlasste, dass eine alte Standuhr der Bewohnerin im Gemeinschaftsraum aufgestellt wurde, konnte die Bewohnerin zum ständigen Verbleib in dieser Räumlichkeit veranlasst werden. Sie suchte sich einen Platz gleich neben der Standuhr, der ihr Stammplatz wurde.

Kontinuität zwischen Vergangenheit und Gegenwart bedeutet bei Demenzkranken konkret, die Vergangenheitsbezüge, die durch das noch relativ intakte Langzeitgedächtnis den Bewohnern noch präsent sind, als milieutherapeutische Interventionen zu nutzen. Sicherheit, Vertrautheit und auch eine begrenzte Umweltkompetenzsteigerung lassen sich durch diese Maßnahmen erreichen.

Dieser Faktor sollte somit bei der Gestaltung einer Demenzstation angemessen berücksichtigt werden.

#### *Anpassung an das Ausmaß der Umweltkompetenz*

Das Wohngruppenkonzept besitzt neben den lebensgeschichtlichen und Vergangenheit bezogenen Aspekten auch ein funktional-adaptives Element dergestalt, dass durch diese Raumkonfiguration auf die Umweltkompetenz der Demenzkranken kompensatorisch eingewirkt werden kann. Mit der Umweltkompetenz sind die geistigen und körperlich-funktionalen Fähigkeiten gemeint, die zur Bewältigung der alltäglichen Verrichtungen (ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens) erforderlich sind.

Das Wohngruppenkonzept ist demnach darauf ausgerichtet, auch Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium durch räumlich-funktionale Anpassungen ein Maß an selbst bestimmter Lebensführung zu ermöglichen. Diese räumlich-funktionalen Anpassungsmaßnahmen bedeuten einen Kompensationsprozess dahingehend, dass durch die Raumstruktur Fehlverhalten vermieden und zu relativ selbständigen Lebensäußerungen angeregt werden soll.

Das Orientierungsverhalten ist hierfür ein Beispiel. Es liegen Erfahrungen und Erkenntnisse vor, dass Demenzkranke in langen Fluren mit vielen Türen hinsichtlich ihrer Orientierung überfordert sind. Sie sind dadurch einen Stress haften Suchverhalten ausgesetzt, da sie die großflächigen und gleich wirkenden Raumstrukturen in herkömmlichen Heimen nicht bewältigen können. Die Wege zum Gemeinschaftsraum, zur Toilette und auch zum eigenen Zimmer sind bei ihnen mit ständigen Überforderungserfahrungen verbunden. Das häufige Verlaufen, die Revierkonflikte beim Suchen in fremden Bewohnerzimmern sind Symptome dieser überfordernden Raumstruktur.

Neben langen Fluren überfordern auch Wegeänderungen (bei Flureinmündungen z. B. die Entscheidung, ob man links oder rechts weitergehen soll) die Demenzkranken hinsichtlich ihrer Orientierung und Wegefindung (NETTEN, 1989).

Durch die räumliche Verknüpfung von Gemeinschaftsbereichen, Funktionsräumen und Bewohnerzimmern beim Wohngruppenkonzept wird nun die Gefahr des Verlaufens oder Verirrens vermindert und gleichzeitig das räumliche Orientierungsverhalten erhöht. Somit kann die Raumstruktur zur Stress- und Überlastungsreduktion beitragen.

Das Wohngruppenkonzept ist in einem gewissen Umfang auch nach dem „Normalitäts-Prinzip“ ausgerichtet. Das bedeutet, dass die Raummodelle und auch die Raumausstattung den alltäglichen Gegebenheiten in Privathaushalten ähneln sollten. Dieser Normalitäts-Ansatz stößt jedoch dann auf seine Grenzen, wenn er mit dem prothetischen Kompensations-Prinzip konfligiert, das die funktionale Autonomie der Demenzkranken stärken soll (MELIN et al., 1981).

Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Eine gerontopsychiatrische Station in einem Altenpflegeheim in Baden-Württemberg hat einen Teil der Gemeinschaftsflächen mit sehr bequemen Postergarnituren ausgestattet. Auf dem ersten Blick wirkt diese Ambiente sehr wohnlich und entspricht damit auch dem Normalitäts-Ansatz. Bei genauerem Hinsehen stellt man jedoch fest, dass die Sitzgelegenheiten zu niedrig gestaltet sind, so dass die Bewohner Schwierigkeiten haben, sich selbständig wieder zu erheben. Das Aufstehen wird zusätzlich noch durch die fehlenden Armlehnen zum Abstützen erschwert. Dem Gebrechlichkeitsgrad der hoch betagten Bewohner wären somit Sitzgelegenheiten angemessen, die eine bestimmte Höhe besitzen sollten (ideal wäre hierbei, wenn beim Sitzen Ober- und Unterschenkel einen rechten Winkel - 90 Grad - bilden) und mindestens über eine Lehne verfügen würden. Dies sähe vielleicht nicht mehr ganz so wohnlich und „normal“ aus, würde jedoch das Aufstehen erleichtern.

#### *Wohngruppe als Arbeitsplatz der Pflegekräfte*

Das Wohngruppen-Konzept beruht u. a. auch auf dem Prinzip der funktionalen Interdependenz zwischen Förderung der selbständigen Lebensführung der Demenz-kranken einerseits und Aufgaben- und Tätigkeitsspektrum der Pflege- und Betreuungskräfte andererseits. Die gegenseitige Abhängigkeit von bewohnerförderlichem Milieu und optimaler Pflege- und Betreuungsvoraussetzungen kann zu einer positiven Aufwärtsspirale dergestalt führen, dass positive Milieuaspekte die Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit fördern und umgekehrt. ROBERTSON et al. (1995) konnten nachweisen, dass motivierte Pflegekräfte häufiger und intensiver mit den demenzkranken Bewohnern kommunizieren als Pflegekräfte mit einem niedrigen Niveau an Arbeitszufriedenheit.

Das verbindende Strukturelement zwischen diesen beiden Bereichen (Lebenswelt der Demenz-kranken und Arbeitsmilieu der Pflegekräfte) besteht aus dem Prinzip der räumlichen Nähe, die hierbei u. a. auch Voraussetzung für soziale Nähe darstellt. Bei Abweichungen von diesem Prinzip treten in der Regel sofort Belastungen und Stressgefühle bei den Pflegekräften auf (LYMAN, 1989).

In den USA sind bereits Wohngruppen-Konzepte architektonisch entwickelt worden, in denen der Arbeitsbereich der Pflegekräfte mit dem räumlichen Milieu der Demenzkranken identisch ist. Das bedeutet, dass separate Personalräume (Pflegestützpunkt u. a.) aufgelöst wurden und in das Wohngruppen-Gefüge integriert worden sind (STEVENS, 1987).

Wie bereits weiter oben an verschiedenen Stellen angeführt, ist es von besonderer Bedeutung, dass die Pflegekräfte Arbeitsbedingungen vorfinden, die das Belastungs- und Stressniveau möglichst niedrig halten können. Nur ausgeglichene und verhaltenssichere Mitarbeiter vermögen beruhigende und dem Klientel angemessene Kontakt- und Kommunikationsformen zu realisieren, die wiederum Voraussetzung für die Gestaltung eines demenzgerechten Milieus darstellen (LINDESAY et al., 1991).

### *Bedürfnis Gemeinschaftserleben und Nähe*

Wie bereits mehrfach ausgeführt wurde, haben Demenzkranke aufgrund ihrer Ängstlichkeit, Unsicherheit und Depressivität ein erhöhtes Streben nach Sicherheit, Geborgenheit und Schutz.

In Gemeinschaft zeigen sie ein geringeres Ausmaß an Unruhe und Aggressivität (COHEN-MANSFIELD et al., 1995).

Das Wohngruppen-Konzept kommt diesem Bedürfnis nach Einbindung und damit auch Sicherheit sehr entgegen, da diese Raumstruktur eher ein zentripetales als ein zentrifugales Raumverhalten fördert. Das heißt konkret, dass die Bewohner sich eher im zentralen Gemeinschaftsbereich aufhalten und beschäftigen, während bei einem herkömmlichen Altenpflegeheim-Raumprogramm die Bewohner sich eher verteilen und somit sich tendenziell vermehrt vereinzelt bewegen.

Das Wohngruppen-Konzept forciert somit ein „Dichte-Milieu“ oder „Nähe-Milieu“, das besonders in dem französischen Cantou-Ansatz zur Geltung kommt. Das Zentrum der Wohngruppe nach dem Modell Cantou besteht letztlich aus einer großen und gemütlichen Wohnküche, in der ständig Aktivitäten rund ums Essen stattfinden. Dieses Konzept bietet somit viele Ansätze der Einbindung, der sinnvollen Beschäftigung, aber auch viele Gelegenheiten, die anderen bei ihren Tätigkeiten zu beobachten.

Das Bedürfnis nach sinnvollen Tätigkeiten und Beschäftigungen besteht auch bei Demenzkranken. Es kann somit durch die alltagsnahen Aktivitäten das Gefühl entstehen, etwas geleistet zu haben, gebraucht zu werden und sich nützlich zu machen. Aufgrund der Hirnleistungsstörungen und der damit verbundenen Ängste und Unsicherheiten können diese Handlungen in der Regel nur im Gefüge eines Gruppenzusammenhaltes und im Zusammenarbeit mit Mitarbeitern vollzogen werden, so dass die räumlichen Gegebenheiten des Wohngruppen-Konzeptes eine Voraussetzung für dieses Milieu der Beschäftigung und sozialen Nähe bieten.

## **10.2. Die Raumstruktur für das Wandern**

Wandern stellt eine typische Verhaltensweise für Demenzkranke vom Alzheimer Typ dar (Siehe Kapitel 2.2.5.). Das Wandern Demenzkranker hat eine Reihe von Ursachen: Unruhe oder Agitiertheit, Stress, Langeweile, Desorientierung, Verhaltensgewohnheiten u. a..

Bis vor kurzem wurde das Wandern zumindestens in den USA noch als eine störende Verhaltensweise (disruptive behavior) aufgefasst, die überwiegend mit Zwangsmaßnahmen (Fixierungen, Ruhigstellung durch Psychopharmaka) behandelt wurde (HIATT,

1985). Erst in den letzten Jahren setzte sich allmählich die Einstellung durch, dass es sich hierbei vorwiegend um eine aus der Bedürfnis- und Reaktionsstruktur des Betroffenen herrührende Verhaltensweise handelt, die es zu akzeptieren und teilweise sogar zu fördern gilt, die jedoch nicht wie bisher unterdrückt werden sollte (ALGASE et al., 1996; ALGASE, 1999).

Als positive Auswirkungen des Wanderns werden die Stärkung des Kreislaufes, die körperliche Ertüchtigung und auch die Verminderung von Stress und das Gefühl von Freiheit in der Bewegung angeführt (HEIM, 1986).

Auf der anderen Seite wird jedoch auch hervorgehoben, dass bestimmte Verhaltensmuster beim Wandern zu einer körperlichen Überforderung und Beeinträchtigung bei den Betroffenen führen können (körperlicher Zusammenbruch, Erschöpfungszustände, Stürze u. a.). Wenn jemand nicht aufhören kann mit dem Wandern und somit dabei seine Leistungsgrenze überschreitet, oder wenn jemand zum Wandern sich regelrecht getrieben fühlt, dann gilt hierbei zum Wohle des Demenz-kranken einzuschreiten (ALGASE, 1999).

Nicht nur die Dauer und Intensität des Wanderns kann zu physischen Beeinträchtigungen führen, auch die Örtlichkeiten selbst können Gefahrenstellen für die Wanderer darstellen. Wenn jemand die Einrichtung verlässt und in den Straßenverkehr gerät, oder wenn sich jemand in dunkle Kellerflure verirrt, dann besteht Lebensgefahr für den Betroffenen. Eine Befragung von Pflegekräften in den USA ergab, dass ca. 20 - 25 Prozent der Befragten von Unfällen mit teils tödlichen Verletzungen aufgrund des Weglaufens oder Verirrrens von demenzkranken Heimbewohnern zu berichten wussten (RADER, 1987).

Hieraus ergibt sich die Erfordernis, dass für Demenzkranke im Heim Wandermöglichkeiten im stationären Bereich geschaffen werden sollten, die einerseits sicher und überschaubar gestaltet werden müssten, um das Gefühl des Verirrrens und Verlaufs zu vermeiden, und die andererseits räumliche, dingliche und soziale Komponenten (z. B. Sitzgelegenheiten, Regale mit interessanten Gegenständen, Vogelbauer, Schaukelstuhl, Kleingruppen-Treffen etc.) enthalten, die zum Ablenken anregen.

Im Folgenden werden einige eher architektonische Hinweise bezüglich der Gestaltung von Wanderwegen im stationären Bereich vorgestellt.

### *Rundwanderwege*

Die architektonische Aufgabe hinsichtlich des Wanderverhaltens Demenzkranker besteht darin, eine Raumstruktur zu entwickeln, die ungefährdetes und unbeeinträchtigtes selbständiges Bewegen zulässt. Herkömmliche Raumprogramme der Altenpflegeheime (teils mit langen Fluren ausgestattet) sind auf geistig klare Bewohner und Pflegekräfte ausgerichtet, Personen also, die über ausreichend Umweltkompetenz bezüglich der räumlichen Orientierung verfügen. Diese Raumkonzepte stellen jedoch bereits für Demenzkranke eine Überforderung und teilweise auch ein Gefährdung dar.

Ein Beispiel: In einem Altenpflegeheim in München endet ein langer Flur mit einer verschlossenen Glastür. Für die demenzkranken Bewohner ein kaum zu bewältigendes Problem. Man kann sie dabei beobachten, wie sie an der verschlossenen Tür rütteln und

ratlos rum stehen. An dieser Stelle des Flures sind viele Stress-Inkontinenzspuren als Ausdruck der psychischen Überforderung sichtbar. Das bloße Umkehren um 180 Grad gelingt vielen Bewohnern nicht mehr, sie tasten sich an der Wand oder am Handlauf zurück und verlaufen sich so häufig in die letzten Zimmer im Flur. Da Nasszellen den Bewohnerzimmern vorgelagert sind, geraten die suchenden Bewohner in diese Örtlichkeiten, die ohne Licht und mit glatten Fliesen ausgestattet sind. Oft wurden in diesen Nasszellen am Flurende Bewohner hilflos am Boden liegend aufgefunden.

Bei dieser Raumkonstellation handelt es sich um eine klassische Sackgassen-Situation, die von Demenzkranken oft nicht mehr bewältigt werden kann und die damit für die Betroffenen eine reale Gefahr darstellen. In der Fachliteratur mit dem Schwerpunkt Demenz-Architektur wird gezielt auf die Vermeidung dieser Sackgassen hingewiesen (CALKINS, 1988; COHEN et al., 1990; INEICHEN, 1990).

Für die Demenzkranken sind somit Wanderwege erforderlich, die keinerlei Sackgassen oder andere Barrieren aufweisen, damit sie selbständig und ohne Aufsichtung und Unterstützung sich frei bewegen können. Diese Kriterien erfüllt das Konzept des Rundwanderweges. Hierbei handelt es sich um Flurbereiche, die zusammen eine kreisförmige Gestalt bilden. Dieser Flur hat somit keinen Anfang und kein Ende, so dass die Bewohner je nach körperlichem Vermögen und Bedürfnis diesen Pfad oft stundenlang nutzen können (COHEN et al., 1990; DAWSON, 1987; HEIM, 1986; INEICHEN, 1990; RADER, 1987; STEVENS, 1987; ZARIT et al., 1990; ZEISEL et al., 1994).

Da der Rundwanderweg für eine Wohngruppe von der Fläche her zu umfangreich ist, hat man ein Raumkonzept dergestalt entwickelt, dass sich mehrere Wohngruppen, die sich auf einer Ebene befinden, einen Wanderweg teilen. Der Wanderweg verbindet somit mehrere Wohngruppen, da er jeweils durch die Gemeinschaftszonen der einzelnen Wohngruppen führt (STEVENS, 1987).

Eine weitere Forderung an den Wanderweg besteht aus der Vorstellung, diesen Weg möglichst sinnvoll und mit vielen Ablenkungsmöglichkeiten zu versehen (KOVACH et al., 1997). Indem der Weg ständig durch die Aktivitäts- und Gemeinschaftsbereiche der einzelnen Wohngruppen führt, besteht reichhaltig Gelegenheit, den „Wanderer“ in die Gruppenaktivitäten einzubinden. Doch auch andere Ablenkungsmöglichkeiten wie ein Vogelbauer oder ein Aquarium mit nebenstehender Sitzgelegenheit bieten Ablenkung, ebenso wie ein bequemer Schaukelstuhl oder ein Sessel am Fenster.

In den USA werden diese Rundwanderwege nicht nur von den einzelnen Bewohnern genutzt, sondern darüber hinaus sind sozialtherapeutische Ansätze entwickelt worden, das gemeinsame Wandern als Gruppenaktivität zu fördern (CORNBLETH, 1977; SCHWAB et al., 1985).

Zum Abschluss dieses Abschnittes bedarf es noch des Hinweises, dass im Großraum Stuttgart das Alten- und Altenpflegeheim Karlshöhe in Ludwigsburg und der Samariterstift in Leonberg über Rundwanderwege verfügen (PFEIL, 1994).

### 10.3. Autonomie trotz geschlossener Türen

Die Versorgung Demenzkranker ist mit einem schwerwiegenden Problem oder auch Widerspruch behaftet: das Bedürfnis nach erweiterten Räumlichkeiten und Freiflächen zwecks sinnvollen Ausagierens des Bewegungsdranges seitens der demenzkranken Heimbewohner auf der einen Seite und das Anliegen der Pflegekräfte, die Bewohner sicher, geschützt und möglichst unter Kontrolle aufgehoben zu wissen, um das Gefährdungspotential gering zu halten.

Hierbei stehen sich somit ein „großräumiger“ Ansatz (Bewegungsflächen) und ein „kleinräumiger“ Ansatz (Kontrolle, Aufsichts- und Fürsorgepflichten) gegenüber. Bis vor knapp 20 Jahren dominierten die kleinräumigen Lösungen im Heimbereich, die bis zum Extrem der ständigen Fixierung führten. Erst in den letzten Jahren hingegen setzten sich allmählich räumliche Konzepte durch, die beiden Aspekten, dem Bedürfnis nach Bewegung und der Aufsichtspflicht, angemessen Rechnung trugen. Erst als sich die Einsicht durchsetzte, dass Wandern nicht nur eine „störende Verhaltensweise“ darstellt, sondern auch das Bedürfnis nach Bewegung, Autonomie und Selbstbestimmung ausdrücken kann, wurden Modelle wie das Konzept demenzspezifischer Wanderwege mit den Aspekten Sicherheit und sinnvoller Anregung entwickelt (siehe oben).

Neben dem Bedürfnis nach Bewegung ist bei Demenzkranken auch noch das Bedürfnis nach räumlicher Freizügigkeit und Selbstbestimmung hinsichtlich des Ortes vorhanden. Demenzkranke realisieren, zumindestens noch im frühen und mittleren Stadium, ob sie sich frei bewegen können oder ob sie eingeschlossen sind. Und im Falle des Erlebens des Eingesperrtseins reagieren sie ganz normal mit Unruhe, Angst, Frustration und Verzweiflung.

Architektonische Raum- und Milieukonzepte für Demenzkranke sollten demnach folgenden Anforderungen gerecht werden:

- Gewährleistung angemessener Aufsicht- und Kontrollfunktionen seitens der Mitarbeiter,
- Gewährleistung sicherer und sinnvoll gestalteter Bewegungs- und Kontaktflächen,
- Schaffung von räumlichen Strukturelementen, die die Erfahrung, geschlossen untergebracht zu sein, nicht aufkommen lassen.

Während über die ersten beiden Zielvorgaben bereits an verschiedenen Stellen Ausführungen gemacht worden sind, steht in diesem Abschnitt der letzte Aspekt (das Gefühl der Autonomie im beschützten Bereich) im Mittelpunkt der Darstellung.

Es liegen aus den USA einige sehr praxisnahe Modelle und Konzepte einer räumlichen Autonomieförderung vor, die bereits hinsichtlich ihrer Effektivität überprüft worden sind, die hier vorgestellt werden.

Es handelt sich hierbei um den Ansatz der „versteckten Ein- und Ausgänge“ und das Modell der „demenzgerechten Gartenareale“.

### *Versteckte Ein- und Ausgänge*

NAMAZI et al. (1992a) führten in einem Altenpflegeheim in den USA einen Versuch hinsichtlich der Auswirkungen einer offenen bzw. geschlossenen Tür zum Gartenareal auf das Verhalten Demenzkranker im frühen und mittleren Stadium durch. Während bei einer geöffneten Tür zum Garten das Verhalten hinsichtlich Wandern, Unruhe, Fordern, Selbstgespräche und Beschimpfungen relativ moderat war, stieg das Verhalten beim Erleben der geschlossenen Tür bei den verschiedenen Reaktionsweisen gravierend an. Das Wanderverhalten nahm um das Sechsfache zu, die Unruhe um das Zehnfache, Forderungen um das Zweieinhalbfache, Selbstgespräche um das Vierfache und Beschimpfungen um das Dreifache.

Diese Reaktionen verdeutlichen, dass die Bewohner trotz des hirnrorganischen Abbauprozesses ihre Situation recht realistisch noch einzuschätzen vermögen. Sie erleben ganz konkret, dass sie eingeschlossen sind, dass sie nicht ins Freie gelangen können. Dieses Gefühl, quasi gefangen zu sein, lässt sie in Angst und Unruhe geraten. Entscheidend hierbei ist für die Bewohner der Tatbestand, eingeschlossen zu sein, nicht jedoch vordringlich das Faktum, nicht ins Freie zu gelangen. Dies konnte dergestalt nachgewiesen werden, dass nämlich bei geöffneter Tür einige Bewohner sich nur vergewisserten, nicht eingeschlossen zu sein, und dann im Haus verblieben.

Aus dem Verhalten auf die geschlossene Tür, das als Stress- und Belastungsverhalten gedeutet werden kann, lässt sich die milieutherapeutische Forderung ableiten, das Erleben geschlossener Türen möglichst zu vermeiden. Es gilt somit innenarchitektonische Konzepte zu entwickeln, die die Erfahrung, sich in einem geschlossenen Bereich zu befinden und ihn nicht verlassen zu können, nicht aufkommen lassen.

In den USA sind von verschiedenen Gerontologen Modelle erprobt worden, Ein- und Ausgangsbereiche für die demenzkranken Bewohner nicht wahrnehmbar zu gestalten. Als recht effektiv hat sich das Konzept der versteckten Türen herausgestellt. Hierbei werden Ein- und Ausgang hinter Vorhängen versteckt (ALGASE et al., 1996; DICKINSON et al., 1995; NAMAZI et al., 1989).

Es lassen sich bestimmt auch noch andere Raumkonstellationen vorstellen, die verschlossenen Türen regelrecht „verschwinden“ zu lassen. Ausschlaggebend hierbei scheint jedoch die Erkenntnis zu sein, dass der Entzug der optischen Wahrnehmung „geschlossene Tür“ bereits einen Effekt hinsichtlich des Erlebens des Stationsbereiches als Lebenswelt besitzt.

Es kann vermutet werden, dass die Demenz bedingten Gedächtniseinbußen mit dazu beitragen, bei der Abwesenheit optisch wahrnehmbarer Türen sich nicht mit der Sachlage der Begrenztheit der räumlichen Lebenswelt auseinander zu setzen.

### *Demenzgerechter Gartenbereich*

Ein demenzgerechter Gartenbereich ist ein wesentlicher Bestandteil der Lebenswelt Demenzkranker im stationären Bereich. Demenzkranke haben wie Nicht-Demenzkranke auch das Bedürfnis nach Natur, frischer Luft und im Freien zu sein. Hinzu kommt bei ihnen der Aspekt der Erweiterung ihrer relativ begrenzten Lebenswelt, denn auch im Garten besteht die Möglichkeit zu Bewegung, Kontakten, Ruhe und Entspannung.

Über das Verhalten Demenzkranker im Gartenbereich liegen bisher wenige Untersuchungen aus Altenpflegeheimen vor (MATHER et al. 1997; MOORE et al., 1999 u. a.). Die Erhebungen erbrachten u. a. folgende Ergebnisse: MATHER et al. ermittelten, dass von der Beobachtungszeit im Heim nur 14 Prozent im Garten zugebracht wurden. Im Freien zeigten die Bewohner weniger „störende Verhaltensweisen“ als innerhalb des Gebäudes. Auch wurde durch die Gartennutzung die Häufigkeit von Tagschlafperioden reduziert. Im Garten pflegten die Bewohner mehr Kontakte miteinander. Im Freien wurde die Zeit überwiegend wie drinnen sitzend zugebracht (54 Prozent), während 26 Prozent der Zeit wandernd genutzt wurde.

Die Untersuchung von MOORE et al. zeigten, dass nur draußen 3 Prozent der Beobachtungszeit draußen zugebracht wurde. Doch 70 Prozent dieser Zeit wurde gemeinsam in Kontakten mit Mitbewohnern aufgewendet. Draußen waren die Bewohner auch am aktivsten (ca. 50 Prozent der Beobachtungszeit), während im Gemeinschaftsraum nur knapp 25 Prozent der Zeit mit Aktivitäten beobachtet wurden.

Aus diesen beiden Erhebungen lassen sich m. E. einige Schlüsse ziehen. Erstens muss das Erlebnis, draußen zu sein, bei den Bewohnern immens positive Empfindungen und Gefühle hervorrufen. Die Zunahme an Sozialkontakten, das Abnehmen teils Stress bedingter Verhaltensweisen und auch die Zunahme sinnvoller Eigenbeschäftigung deuten darauf hin, dass dieser Bereich mehr den Bedürfnissen und Wünschen der Demenzkranken entspricht. MATHER et al. vermuten denn auch, dass die räumliche Enge der Station, die mit einer sozialen Enge (crowding-effect) einhergeht, bei vielen Bewohnern Stress hervorruft, während draußen eher das Gefühl von genügendem Raum vorherrscht. Hieraus lässt sich die Forderung ableiten, dass zu einer Demenzstation ein eingefriedeter Außen- oder Gartenbereich gehören sollte.

Die Demenzstation sollte sich unbedingt auf der gleichen Ebene wie der Gartenbereich befinden, also ebenerdig, denn der Transport von Demenzkranken aus höheren Geschossen in den Garten ist für Bewohner als auch für Pflegemitarbeiter mit hohem Zeitaufwand und Stress verbunden. Eine Erhebung aus einem Altenpflegeheim zeigte, dass das Hin- und Hergeleiten Demenzkranker zum zentralen Essbereich in einer anderen Etage mit erhöhtem Stress bei Bewohnern und Mitarbeitern einherging. Durch Änderung der Organisation (Mahlzeiteinnahme auf Station) konnte die Auftretenshäufigkeit von tätlichen Angriffen um 47 Prozent gesenkt werden (NEGLEY et al., 1990).

Zweitens kann aus den Erhebungen geschlossen werden, dass die geringe Nutzung des Außenbereiches auch mit dem Verhalten der Pflegemitarbeiter zu erklären ist, die mehr inhäusig orientiert sind. Es sollte daher bei der Milieugestaltung und den Aktivitätsprogramm immer darauf geachtet werden, dass bei günstigen Witterungsverhältnissen der Garten- oder Außenbereich ausreichend berücksichtigt wird.

Von verschiedenen Gerontologen wird auf die Bedeutung und die Notwendigkeit eines eingefriedeten Garten- oder Außenbereiches hingewiesen (COHEN et al., 1994; KOVACH et al., 1997; MAAS, 1988; STEVENS, 1987; ZARIT et al., 1990; ZEISEL et al., 1994). Aus diesem Grunde kann eine Norm oder ein Standard einer Demenzstation das Vorhandensein eines Außenbereiches mit ebenerdigen Zugang von der Station her formuliert werden.

## 10.4. Empfehlungen zur räumlichen Milieugestaltung

Es liegen bereits eine Reihe von Erfahrungen und Erkenntnissen über die innenarchitektonische Gestalten von Demenzstationen vor. Hierbei handelt es sich überwiegend um Konzepte zur Kompensation der optischen und akustischen Einbußen und Fehlwahrnehmungen Demenzkranker. Da besonders Fehlwahrnehmungen zu Belastungssymptomen wie Unruhe und Angst bei den Betroffenen führen, sollten diese Hinweise bei der räumlichen Gestaltung einer Demenz-Station Berücksichtigung finden.

### *Stumpfe Böden*

Es wird empfohlen, nicht-glänzenden Fußbodenbelag zu verwenden, um Spiegelungen zu vermeiden. Wie bereits weiter oben mehrmals erwähnt, ist bei Demenzkranken die Tiefenwahrnehmung dergestalt gestört, dass sie Zweidimensionales wie Dreidimensionales wahrnehmen. Ein Schatten auf dem Boden kann somit leicht für einen Abgrund gehalten werden (MAAS, 1988; MARTICHUSKI et al., 1993).

### *Lichtverhältnisse*

Da Demenzkranke wie alle alten Menschen mit altersbedingten Einbußen der optischen Sensorik behaftet sind, gilt es auch im Bereich der Lichtverhältnisse kompensatorisch auf die Defizite der Betroffenen einzugehen.

WOJNAR (1997) empfiehlt, auf Demenzstationen in Augenhöhe mindestens eine Helligkeit von 500 Lux zu schaffen.

Ausreichende Beleuchtung, Vermeidung von grellen und Schatten werfenden Lichtquellen und genügend natürliche Lichtquellen (große Fenster) fordert BRAWLEY (1992).

INEICHEN (1990) hebt hervor, dass auch nachts in den Bewohnerzimmern und im Flur Licht in geringer Helligkeit zur Orientierung der erwachten Bewohner leuchtet.

### *Farben*

Von verschiedenen Autoren wird darauf hingewiesen, dass auch die Farbgestaltung auf einer Demenzstation von Bedeutung ist. Die Farben sollten möglichst hell und klar, warm und beruhigend hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Bewohner sein (BRAWLEY, 1992; CALKINS, 1988; MAAS, 1988).

### *Symbole und Piktogramme zur Orientierung*

Es wird immer wieder in verschiedenen Veröffentlichungen auf die Verwendung von Symbolen, Piktogrammen und ähnlichen Beschilderung zur Erhöhung der Orientierung Demenzkranker im stationären Bereich hingewiesen.

Aus einer Untersuchung über den Einsatz geht hervor, dass das bloße Anbringen von Beschilderungen bei den Demenzkranken keine Auswirkung hinsichtlich des Erkennens und der Nutzung dieser Symbole besitzt. Erst in Verbindung mit einem Lern- oder Verhaltensprogramm konnten einige Effekte bei den Betroffenen erzielt werden (HANLEY, 1981).

### *Kontraste und Vermeidung verwirrender Strukturen*

Es liegt eine Reihe von Hinweisen vor, dass eine Kontrastierung in der Farbgebung und der Helligkeit zwischen der Möblierung und dem Hintergrund geschaffen werden sollte. Des Weiteren wird darauf hingewiesen, auf Strukturen auf den Wänden, Böden und Decken, die zu Fehldeutungen und Verwirrung führen könnten, zu verzichten (CALKINS, 1988; MARTICHUSKI et al., 1993; RICHTER et al., 1993).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die in diesem Kapitel angeführten Untersuchungen und Erhebungen die These stützen, dass der räumlich-architektonische Aspekt für eine angemessene Pflege und Betreuung eine Notwendigkeit darstellt. Das Verhalten der Demenzkranken zeigt deutlich, dass räumliche und innenarchitektonische Faktoren ebenso wie der Umgang und das soziale Milieu weitgehende Auswirkungen auf Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und damit auch Lebensqualität haben.

## Literatur

AAKERLUND, B. M. & NORBERG, A. (1993). Eine ethische Analyse von „double-bind“-Konflikten bei Pflegenden, die schwer dementen Patienten das Essen eingeben müssen. *Pflege*, 6, 1, 45 - 48.

ACTON, G. J., MAYHEW, P. A., HOKINS, B. A. et al. (1999). Communicating with individuals with dementia: The impaired person's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 2, 6 - 13.

ADASIAK, J. P. (1989). Humor and the Alzheimer's patient: The psychological basis. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 4, 4, 18 - 21.

ALBERT, S. M. (1992). The nature of wandering in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 11, 783 - 787.

ALBER, J. & SCHÖLKOPF, M. (1999). *Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*. Verlag Fakultas, Amsterdam.

ALGASE, D. L. (1999). Wandering. A dementia-compromised behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 9, 11 - 16.

ALGASE, D. L., BECK, C., KOLANOWSKI, A. et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11, 6, 10 - 19.

ALMKVIST, O. & BÄCKMAN, L. (1993). Progression in Alzheimer's disease: Sequencing of neuropsychological decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 755 - 763.

Altenpflege (Redaktion) (1995). Gerngesehene Gäste. AltenpflegerInnen wünschen sich mehr Engagement von seiten der Angehörigen. *Altenpflege*, 20, 4, 232 - 233.

ANDERSON, K. H., HOBSON, A., STEINER, P. et al. (1992). Patients with dementia: Involving families to maximize nursing care. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 7, 19 - 25.

ANNERSTEDT, L. (1993). Development and consequences of group living in Sweden. *Social Science Medicine*, 37, 12, 1529 - 1538.

ANNERSTEDT, L. (1995). On group-living care for the demented elderly. Experiences from the Malmö Model. Eigenverlag, Lund.

ANNERSTEDT, L., GUSTAFSON, L. & NILSSON, K. (1993). Medical outcome of psycho-social intervention in demented patients: One-year clinical follow-up after relocation into group living units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 833 - 841.

ASTRÖM, S., NORBERG, A., NILSSON, M. et al. (1987). Tedium among personnel working with geriatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1, 125 - 132.

ASTRÖM, S., NILSSON, M., NORBERG, A. et al. (1991). Staff burning out in dementia care - relations to empathy and attitudes. *International Journal of Nursing Studies*, 28, 1, 65 - 75.

ATHLIN, E. & NORBERG, A. (1987). Interaction between the severely demented patient and his caregiver during feeding. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 1, 117 - 123.

ATHLIN, E. & NORBERG, A. (1987). Caregivers attitudes to and interpretations of the behaviour of severely demented during feeding in a patient assignment care system. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 2, 145 - 153.

ATHLIN, E. & NORBERG, A. (1993). Einstellung von Pflegenden und ihre Interpretation zum Verhalten von schwer dementen Patienten bei der Essenseingabe in einem Patientenzuteilungs-System. *Pflege*, 6, 1, 49 - 51.

BAIR, B., TOTH, W., JOHNSON, M. A. et al. (1999). Interventions for disruptive behaviors: Use and success. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 1, 13 - 21.

BALLARD, C. G., SAAD, K. PATEL, A. et al. (1995). The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 477 - 485.

BARTOL, M. (1979). Nonverbal communication in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 5, 21 - 31.

BARTOL, M. (1983). Reaching the patient. *Geriatric Nursing*, 4, 234 - 237.

BECK, C., HEACOCK, P., RAPP, C. G. et al. (1993). Assisting cognitively impaired elders with activities of daily living. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 8, 6, 11 - 20.

BECK, C., FRANK, L., CHUMBLER, N. R. et al. (1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *The Gerontologist*, 38, 2, 189 - 198.

BECK, J. & HARRIS, J. (1994). Visual hallucinosis in non-delusional elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 531 - 536.

BECK, C.K. & VOGELPOHL, T. S. (1999). Problematic vocalization in institutionalized individuals with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 9, 16 - 26.

BENSON, D.M., CAMERON, D. et al. (1987). Establishment and impact of a dementia unit within the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 35, 319 - 323.

BERENBAUM, R. (1997). Group activities with the cognitively impaired: A positive outlook on the difficult patient. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 4, 179 - 183.

BERG, L.; BUCKWALTER, K.; CHAFETZ, P. et al. (1991). Special care units for persons with dementia, *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 1229 - 1236.

BERGER, G. & GERNGROSS, G. (1996). Wohnen mit gesicherter Pflege im Servicehaus. Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Eigenverlag, Bonn.

BESSELMANN, K. & SOWINSKI, C. (1998). Das KDA-Qualitätshandbuch: Wohnen im Heim - Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. In: HÄUSSLER-SCZEPAN, M.: Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen (134 - 148), Kohlhammer, Stuttgart.

BICKEL, H. (1995). Trends in der Inanspruchnahme von stationärer Altenhilfe. Ein Zehnjahresvergleich in der Stadt Mannheim. In: BICKEL, H. & MESSMER, P.: Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg.) (7 - 20), Eigenverlag, Stuttgart.

BIRCHMORE, T. & CLAGUE, S. (1983). A behavioural approach to reduce shouting. *Nursing Times*, April 20, 37 - 39.

BLOCHER, H. (1994). Die Gerontopsychiatrische Station des Martin-Haug-Stiftes in Freudenstadt. In: HEEG, S. & LIND, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe (Seite 129 - 135). Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe FORUM Band 23, Köln.

BÖHLER, A., KLIE, T., KNAUF, A.-F. et al. (1999). „So normal wie möglich“. Das Leben im „Cantou“: ein Ort für Demenzzranke und ihre Angehörigen. *Altenheim*, 38, 12, 16 - 19.

BÖHM, E. (1994). Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Psychiatrie-Verlag, Bonn.

BRANE, G., KARLSSON, I., KIHLENGREN, M. et al. (1989). Integrity-promoting care of demented nursing home patients: Psychological and biochemical changes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 165 - 172.

BORUP, J. H. (1983). Relocation mortality research. *The Gerontologist*, 23, 235 - 242.

BRAUNER, S. S. (1989). Impact on the confused elderly on the lucid aged in a nursing home. *Journal of Gerontological Social Work*, 14, 137 - 152.

BRAWLEY, E. (1992). Alzheimer's disease: Designing the physical environment. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 7, 1, 3 - 8.

BRIDGES-PARLET, S., KNOPMAN, D. & THOMPSON, T. (1994). A descriptive study of physically aggressive behavior in dementia by direct observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 192 - 197.

BUCKWALTER, K. C., GERDNER, L. A., HALL, G. R. et al. (1995). Shining through: The humor and individuality of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 3, 11 - 16.

BURGIO, L. D., SCILLEY, K., HARDIN, J. M. et al. (1994). Studying disruptive vocalization and contextual factors in the nursing home using computer-assisted real-time observation. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, 5, P230 - P239.

BURGIO, L. D., SCILLEY, K., HARDIN, J. M. et al. (1996). Environmental „white noise“: An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, 6, P364 - P373.

BURNS, A., JACOBY, R. & LEVY, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. I: Disorders of thought content. *British Journal of Psychiatry*, 157, 72 - 76.

BURNS, A., JACOBY, R. & LEVY, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease.II: Disorders of perception. *British Journal of Psychiatry*, 157, 76 - 81.

BURNS, A., JACOBY, R. & LEVY, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease.III: Disorders of mood. *British Journal of Psychiatry*, 157, 81 - 86.

BURNS, A., JACOBY, R. & LEVY, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease.IV: Disorders of behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 157, 86 - 94.

BURNSIDE, I. M. (1973). Touching is talking. *American Journal of Nursing*, 73, 12, 2060 - 2063.

CARIAGA, J., BURGIO, L., FLYNN, W. et al. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 501 - 507.

CALKINS, M. P. (1987a). Designing special care units: A systematic approach. *The American Journal of Alzheimer's Care and Research*, 2, 2, 16 - 22.

CALKINS, M. P. (1987b). Designing special care units: A systematic approach - Part II. *The American Journal of Alzheimer's Care and Research*, 2, 3, 30 - 34.

CALKINS, M.(1988). Design for dementia. Planning environments for the elderly and the confused. Maryland : National Health Publishing.

CAMPBELL, J. M. & LINC, L. G. (1996). Support groups for visitors of residents in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 2, 30 - 35.

CHATTERJEE, A., STRAUSS, M. S., SMYTH, K. A. et al. (1992). Personality changes in Alzheimer's disease, *Archives of Neurology*, 49, 486 - 491.

CHOU, K.-R., KAAS, M. J. & RICHIE, M. F. (1996). Assaultive behavior in geriatric patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 11, 30 - 38.

CLAIR, A. A. & BERNSTEIN, B. (1990). A Preliminary study of music therapy programming for severely regressed persons with Alzheimer's-type dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 9, 3, 299 - 311.

CLARK, M. E., LIPE, A. W. & BILBREY, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 7, 10 - 17.

CLEARY, A., CLAMON, C., PRICE, M. et al. (1988). A reduced stimulation unit: Effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *The Gerontologist*, 28, 4, 511 - 514.

COHEN, U. & WEISMAN, G.(1990). *Environments for people with dementia*. Milwaukee: The University of Wisconsin Press.

COHEN, U. & DAY, K. (1994). Emerging trends in the environments for people with dementia. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9, 1, 3 - 11.

COHEN-MANSFIELD, J.(1986). Agitated behaviors in the elderly. II. Preliminary results in the cognitively deteriorated. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 722 - 727.

COHEN-MANSFIELD, J. & BILLIG, N. (1986). Agitated behavior in the elderly. I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 711 - 721.

COHEN-MANSFIELD, J., WATSON, V., MEADE, M. et al. (1989). Does sundowning occur in residents of an Alzheimer's unit? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 293 - 298.

COHEN-MANSFIELD, J., BILLIG, N., LIPSON, S. et al. (1990 a). Medical correlates of agitation in nursing home residents. *Gerontology*, 36, 150 - 158.

COHEN-MANSFIELD, J. & MARX, M. S.(1990 b). The relationship between sleep disturbances and agitation in nursing home. *Journal of Aging and Health*, 2,1, 42 - 57.

COHEN-MANSFIELD, J., WERNER, P. & MARX, M. S. (1992). The social environment of the agitated nursing home resident. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 11, 789 - 798.

COHEN-MANSFIELD, J., WERNER, P. & MARX, M. S. (1994). The impact of infection on agitation: Three case studies in the nursing home. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9, 4, 30 - 34.

COHEN-MANSFIELD, J. & WERNER, P. (1995). Environmental influences on agitation: An integrative summary of an observational study. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10, 1, 32 - 39.

COHEN-MANSFIELD, J. & WERNER, P. (1997a). Management of verbally disruptive behaviors in nursing home residents. *Journal of Gerontology*, 52A, 6, M369 - M377.

COHEN-MANSFIELD, J. & WERNER, P. (1997b). Typology of disruptive vocalization in older persons suffering from dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 1079 - 1091.

COLLING, K. B. (1999). Passive behaviors in Alzheimer's disease: A descriptive analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14, 1, 27 - 40.

COLLING, K. B. (1999). Passive behaviors in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 9, 27 - 32.

COONS, D. H. & WEAVERDYCK, S. E.(1986). Wesley Hall: A residential unit for persons with with Alzheimer's disease and related disorders.*Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 4 , 3, 29 - 53.

COOPER, B. & SOSNA, U. (1983). Psychische Erkrankungen in der Altenbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 54, 239 - 249.

COOPER, A. J. & MENDONCA, J. D. (1989). A prospective study of patient assaults on nursing staff in a psychogeriatric unit. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 399 - 404.

COOPER, J. K.,MUNGAS, D. & WEILER, P. G.(1990). Relation of cognitive status and abnormal behavior in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38 , 8, 867 - 870.

COPSTEAD, L.-E. (1980). Effects of touch on self-appraisal and interaction appraisal for permanently institutionalized older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 6, 12, 747 - 752.

CORNBLETH, T. (1977). Effects of a protected hospital ward area on wandering and non-wandering geriatric patients. *Journal of Gerontology*, 32, 5, 573 - 577.

CORNBLETH, T. & CORNBLETH, C. (1979). Evaluation of the effectiveness of reality orientation in classes in a nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 27, 11, 522 - 524.

COSSA, F. M., SALA, S. D. & SPINNLER, H. (1995). Alzheimer patients know their date of birth but not their age: A study of disorientation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 99 - 106.

DAVIES, A. D. & SNAITH, P. A. (1980). The social behavior of geriatric patients at meal-times: An observational and an intervention study. *Age and Ageing*, 9, 93 - 99.

DAWSON, P. & REID, D. (1987). Behavioral dimensions of patients at risk of wandering. *The Gerontologist*, 27, 1, 104 - 107.

DEUTSCH, L. H., BYLSMA, F. W., ROVNER, B. W. et al. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1159 - 1163.

Deutscher Bundestag (1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD - zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200. Bonn.

Deutscher Bundestag (1998). Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Drucksache 13/9750.

DICKINSON, J. I., McLAIN-KARK, J. & MARSHALL-BAKER, A. (1995). The effect of visual barriers on exiting behavior in a dementia care unit. *The Gerontologist*, 35, 1, 127 - 130.

DIETCH, J.T., HEWETT, L. J. & JONES, S. J. (1989). Adverse effects of reality orientation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 10, 974 - 976.

DOODY, R. S., MASSMAN, P., MAHURIN, R. et al. (1995). Positive and negative neuropsychiatric features in Alzheimer's disease. *Journal of Neuropsychiatry*, 7, 4, 54 - 60.

DUNCAN, M. T. & MORGAN, D. L. (1994). Sharing the caring: Family caregivers' view of their relationship with nursing home staff. *The Gerontologist*, 34, 2, 235 - 244.

EKMAN, S., NORBERG, A., VIITANEN, M. et al. (1991). Care of demented patients with severe communication problems. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 5, 3, 163 - 170.

EKMAN, S., NORBERG, A., VIITANEN, M. et al. (1994). Pflege dementer Patienten mit schweren Verständigungsproblemen. *Pflege*, 7, 3, 219 - 227.

ELMSTAHL, S., BLABOLIL, V., FEX, G. et al. (1987). Hospital nutrition in geriatric long-term care medicine. 1. Effects of a changed meal environment. *Comprehensive Gerontology*, 1, 28 - 33.

ERHARDT; T. & PLATTNER, A.(1999). Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Hogrefe, Göttingen.

ESTRYN-BEHAR, M. (1993). Hospital ergonomics - an analytical survey of recent research. In: HAGBERG, M., HOFMANN, F., STÖSSEL, U. & WESTLANDER, G. (Hrsg.): Occupational health for health care workers (pp. 65 - 78), ecomed, Landsberg/Lech.

EVANS, L. K. & STRUMPF, N. E. (1989). Tying down the elderly. A review of the literature on physical restraint. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 65 - 74.

EVERITT, D. E., FIELDS, D. R., SOUMERAI, S. S. et al. (1991). Resident behavior and staff distress in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 792 - 798.

EXUM, M. E., PHELPS, B. J., NABERS, K. E. et al. (1993). Sundown syndrome: Is it reflected in the use of PRN medications for nursing home residents? *The Gerontologist*, 33, 6, 756 - 761.

FELDT, K. S. & RYDEN, M. B. (1992). Aggressive behavior: Educating nursing assistants. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 5, 3- 12.

FELDT, K. S., WARNE, M. A. & RYDEN, M. B. (1998). Examining pain in aggressive cognitively impaired older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 11, 14 - 22.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E. & MCHUGH, P.R. (1975). Mini-Mental-State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 - 198.

GALASKO, D., COREY-BLOOM, J. & THAL, L. J. (1991). Monitoring progression in Alzheimer's disease. . *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 9, 932 - 941.

GALYNKER, I.I., ROANE, D. M., MINER, C. R. et al. (1995). Negative symptoms in patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 3, 1, 52 - 59.

GATES, D. M., FITZWATER, E. & MEYER, U. (1999). Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 4, 12 - 22.

GHALI, L., HOPKINS, R. W. & RINDLISBACHER, P. (1995). Temporal shifts in peak daily activity in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 517 - 521.

GILLEY, D. W., WILSON, R. S., BENNETT, D. a. et al. (1991). Predictors of behavior disturbance in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 46, 9, 362 - 371.

GRANT, L. A.; POTTHOFF, S. J.; RYDEN, M. & KANE, R. A. (1998). Staff ratio, training, and assignment in Alzheimer's special care units. *Jorunal of Gerontological Nursing*, 24, 1, 9 - 16.

GROSSMAN, H., WEINER, A.S. et al.(1986). The milieu standard for care of dementia in a nursing home. *Journal of Gerontological Social Work*, 9, 73 - 89.

GUBRIUM, J. & KSANDER, M. (1975). On multiple realities and reality orientation. *The Gerontologist*, 15, 2, 142 - 145.

HÄFNER, H. & LÖFFLER, W. (1991). Die Entwicklung der Anzahl von Altersdemenz-kranken und Pflegebedürftigkeit in den kommenden 50 Jahren - eine demographische Projektion auf der Basis epidemiologischer Daten für die Bundesrepublik Deutschland (alte Bundesländer). *Öffentliches Gesundheitswesen*, 53, 681 - 686.

HAGEN, B. F. & SAYERS, D. (1995). When caring leaves bruises. The effects of staff education on resident aggression. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 11, 7 - 16.

HALL, G., KIRSCHLING, M. V. et al. (1986). Sheltered Freedom: An Alzheimer's unit in an ICF. *Geriatric Nursing*, 7, 132 - 137.

HALL, G. R. & BUCKWALTER, K. C. (1987). Progressive lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1, 6, 399 - 406.

HALL, L. & HARE, J. (1997). Video respite for cognitively impaired persons in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 3, 117 - 121.

HALLBERG, I. R., NORBERG, A. & ERIKSON, S. (1990). Functional impairment and behavioural disturbances in vocally disruptive patients in psychogeriatric wards compared with controls. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 53 - 61.

HANLEY, I. G. (1981). The use of signpost and activite training to modify ward disorientation in elderly patients. *Journal Behavioural Therapy & Experimental Psychiatry*, 12, 3, 241 - 247.

HANSEN, S., PETTERSON, M. & WILSON, R. (1988). Family involvement on a dementia unit: The resident enrichment and activity program. *The Gerontologist*, 28, 4, 508 - 510.

HARRIS, J. & IVORY, P. (1975). An outcome evaluation of realitiy orientation with geriatric patients in a state mental hospital. *The Gerontologist*, 16, 6, 496 - 503.

HARRIS, H., LIPMAN, A. & SLATER, R. (1977). Architectural design: The spatial location and interaction of old people. *Gerontology*, 23, 390 - 400.

HARWOOD, R. & EBRAHIM, S. (1992). Is relocation harmful to institutionalized elderly people? *Age and Aging*, 21, 1, 61 - 66.

HAYS, A. M. & DOWLING-WILLIAMS, T. (1997). Perceptions of job satisfaction in a long term care facility: A comparison between a dedicated Alzheimer's unit and non-Alzheimer's units. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 1, 35 - 39.

HEIM, K. M. (1986). Wandering behavior. *Journal of Gerontological Nursing*. 12, 4 - 7.

HEINEMANN-KNOCH, M., KARDOFF, E. v. & KLEIN-LANGE, M. (1992). Verwirrte alte Menschen. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe Forum Band 19, Köln.

HELMCHEN, H., BALTES, M. M., GEISELHEIM, B. et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In: MAYER, K. U. & BALTES, P. B.. Die Berliner Altersstudie (S. 185 - 219). Akademie Verlag, Berlin.

HEWER, W. & FÖRSTL, H. (1994). Verwirrtheitszustände im höheren Lebensalter - eine aktuelle Literaturübersicht. Psychiatrische Praxis, 21, 131 - 138.

HIATT, L.(1985). Questioning methods of restraining and immobilizing older people: Reflections from study of wandering. EDRA , 16, 210 - 215.

HOLLINGER, L. M. (1980). Perception of touch in the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 6, 12, 741 - 746.

HOLLINGER, L. M. (1986). Communicating with the elderly. Journal of Gerontological Nursing, 12, 3, 8 - 13.

HOPE, R. A. & FAIRBURN, C. G. (1990). The nature of wandering in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 4, 239 - 245.

HOPE, T., TILLING, K. M., GEDLING, K. et al. (1994). The structure of wandering in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 9, 149 - 155.

HOPKINS, R. W., RINDLISBACHER, P. & GRANT, N. T. (1992). An investigation of the sundowning syndrome and ambient light. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 7, 2, 22 - 27.

HURLEY, A. C., VOLICER, B. J., HANRAHAN, P. A. et al. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. Research in Nursing and Health, 15, 369 - 377.

HUTCHINSON, S., LEGER-KRALL, S. & WILSON, H. S. (1996). Toileting. A biobehavioral challenge in Alzheimer's dementia care. Journal of Gerontological Nursing, 22, 10, 18 - 27.

INEICHEN, B. (1990). The extent of dementia among old people in residential care. International Journal of Geriatric Psychiatry, 5, 327 - 335.

JABEEN, S., McKEITH, I. G., FAIRBAIRN, A. F. et al. (1992). Psychotic symptoms in Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, 341 - 345.

JANI-LE BRIS, H. (1995). CANTOU-Wohngruppen in Frankreich. In: Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart (Hrsg.): Psychogeriatric in Europa. Modelle für Deutschland (31 - 33), Tagungsband, Eigenverlag, Stuttgart.

JOHNSON, C. J. (1989). Sociological intervention through developing low stimulus Alzheimer's wings in nursing homes. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research, 4, 2, 33 - 41.

JORM, A. F., KORTEN, A. E. & HENDERSON, A. S. (1987). The prevalence of dementia: A quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 465 - 479.

KARNER, T. X., MONTGOMERY, R. J. V., DOBBS, D. & WITTMAYER, C. (1998). Increasing staff satisfaction. The impact of SCUs and family involvement. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 2, 39 - 44.

KELLEY, M. F. (1997). Social interaction among people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 23, 4, 16 - 20.

KELLEY, L. S., SWANSON, E., MAAS, M. L. et al. (1999). Family visitation on special care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 2, 14 - 21.

KIHLGREN, M., HALLGREN, A., NORBERG, A. et al. (1994). Auswirkungen der Schulung in integrationsfördernder Pflege auf die zwischenmenschlichen Beziehungsabläufe auf einer Langzeitabteilung. *Pflege*, 7, 3, 228 - 236.

KNAUTH, P. (1993). The design of shift system. *Ergonomics*, 36, 1-3; 15- 28.

KNAUTH, P. & KÖSTER, D. (1990). Beurteilung von Krankenhaus-Dienstplänen aus arbeitswissenschaftlicher und arbeitsmedizinischer Sicht. In: HOFMANN, F. & STÖSEL, U. (Hrsg.): *Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst*, Band 4. Geuterer Verlag, Stuttgart.

KOLANOWSKI, A. M. (1995). Disturbing behaviors in demented elders: A concept synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 4, 188 - 194.

KOVACH, C., WEISMAN, G., CHAUDHURY, H. et al. (1997). Impacts of a therapeutic environment for dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 3, 99 - 110.

KÜHNERT, S. (1993). Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 46, 5, 364.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (1988). *Neue Konzepte für das Pflegeheim - auf der Suche nach mehr Wohnlichkeit*. Reihe „vorgestellt“, Band 46, Köln.

KURITA, A., BLASS, J. P., NOLAN, K. A. et al. (1993). Relationship between cognitive status and behavioral symptoms in Alzheimer's disease and mixed dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 732 - 736.

KURZ, A. (1995). *Alzheimer-Patienten erkennen und behandeln*. Aktuelles Wissen Hoechst, Reihe Psychiatrie/Neurologie, Frankfurt a. M.

LAI, C. K. Y. (1999). Vocally disruptive behaviors in people with cognitive impairment: Current knowledge and future research directions. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14, 3, 172 - 180.

- LAITINEN, P. (1993). Laienhelfer in der Pflege. *Altenpflege Forum*, 1, 1, 18 - 25.
- LANDAU, K., IMHOF-GILDEIN, B. et al. (1991). Beanspruchung des Pflegepersonals. Herausgeber: Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart.
- Landeshauptstadt Stuttgart (Hrsg.) (1986). Ältere Menschen mit psychischen Schwierigkeiten im Heim. Beiträge zur Stadtentwicklung Band 22, Eigenverlag, Stuttgart.
- LANGLAND, R. M. & PANICUCCI, C. (1982). Effects of touch on communication with elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing*, 8, 152 - 155.
- LANZA, M. L. (1992). Nurses as patient assault victims: An update, synthesis, and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 3, 163 - 171.
- LARRAT, E. P., MCKERNAN-MARKOFF, J. L., LAREAU, M., et al. (1994). Development of Alzheimer's disease special care units on a statewide level. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 9, 2, 22 - 26.
- LEEMING, J. & LUKE, A. (1977). Multidisciplinary meetings with relatives of elderly hospital patients in continuing-care wards. *Age and Aging*, 6, 1, 1 - 5.
- LEVESQUE, L., COSSETTE, S. & POTVIN, L. (1993). Why alert residents are more or less willing to cohabit with cognitively impaired peers. *The Gerontologist*, 33, 4, 514 - 522.
- LIND, S. (1989). Psychiatrie im Altenpflegeheim: Probleme einer krankheitsangemessenen Versorgung. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 42, 10, 676 - 680.
- LIND, S. (1991). Untersuchungen zur Angehörigen-Mitarbeit. *Altenheim*, 30, 5, 243 - 249.
- LIND, S. (1992). Versorgungsvarianten in der Gerontopsychiatrie. *Altenheim*, 31, 8, 406 - 410.
- LIND, S. (1992). Sozialtherapie und Pflege in der Gerontopsychiatrie. *Altenheim*, 31, 11, 616- 620.
- LIND, S. (1995). Das Altenpflegeheim. Entwicklungsgeschichte, Problemfelder und Lösungsansätze in der stationären Langzeitpflege in der Bundesrepublik Deutschland. *Sozialer Fortschritt*, 44, 2, 31 - 37.
- LIND, S. & HEEG, S. (1990). Modelle kompensatorisch-therapeutischer Raum- und Milieugestaltung für eine psychogeriatrische Abteilung. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 43, 1, 24 - 28.

LINDESAY, J., BRIGGS, K., LAWES, M. et al. (1991). The domus philosophy: A comparative evaluation of a new approach to residential care for the demented elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 727 - 736.

LINDGREN, C., HALLBERG, I. R. & NORBERG, A. (1992). Diagnostic reasoning in the care of a vocally disruptive severely demented patient. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 6, 2, 97 - 103.

LINSK, N., MILLER, B., PFLAUM, R. et al. (1988). Families, Alzheimer's disease, and nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 7, 3, 331 - 349.

LUCAS, M. J., STEELE, C. & BOGNANNI, A. (1986). Recognition of psychiatric symptoms in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 12, 1, 11- 15.

LUKOVITS , T. G. & McDANIEL, K. D. (1992). Behavioral disturbance in severe Alzheimer's disease: A comparison of family member and nursing staff reporting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 9, 891 - 985.

LYMAN, K. A. (1989). Day care for persons with dementia: The impact of the physical environment on staff stress and quality of care. *The Gerontologist*, 29, 4, 557 - 560.

MAAS, M. (1988). Management of patients with Alzheimer's disease in long term care facilities. *Nursing Clinics of North America*, 23 , 1, 57 - 68.

MACKEY, A. M. (1983). OBS and nursing care. *Journal of Gerontological Nursing*, 9, 74 - 85.

MADSON, J. (1991). The study of wandering in persons with senile dementia. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 6, 1, 21 - 24.

MALMBERG, B. & ZARIT, S. H. (1993). Group homes for people with dementia: A Swedish example. *The Gerontologist*, 33, 5, 682 - 686.

MALONE, M. L., Thompson, L. & GOODWIN, J. S. (1993). Aggressive behavior among the institutionalized. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41, 853 - 856.

MALONEBEACH, E. E., ROYER, M. & JENKINS, C. (1999). Is cognitive impairment a guide to use of video respite? Lessons from a special care unit. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 5, 17 - 21.

MARTICHUSKI, D. K. & BELL, P. A. (1993). Treating excess disabilities in special care units: A review of interventions. . *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 8, 5, 8 - 13.

MARTINO-SALTZMAN, D., BLASCH, B. B., MORRIS, R. D. et al. (1991). Travel behavior of nursing home residents perceived as wanderers and nonwanderers. *The Gerontologist*, 31- 5, 666 - 672.

MARX, M., COHEN-MANSFIELD, J. et al.(1990). Agitation and falls in institutionalized elderly people. *Journal of Applied Gerontology*, 9, 1, 107 - 117.

MATHER, J. A., NEMECEK, D. & OLIVER, K. (1997). The effect of a walled garden on behavior of individuals with Alzheimer's. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 6, 253 - 257.

MATHEW, L., SLOAN, P., KILBY, M. et al. (1988). What's different about a special care unit for dementia patients? A comparative study. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 3, 2, 16 - 23.

MATTESON, M. A. & LINTON, A. (1996). Wandering behaviors in institutionalized persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 9, 39 - 46.

MAXFIELD; M. C., LEWIS, R. E. & CANNON, S. (1996). Training staff to prevent aggressive behavior of cognitively impaired patients durch bathing and grooming. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 1, 37 - 43.

MELIN, L. & GÖTESTAM, K. G. (1981). The effects of rearranging ward routines on communication and eating behaviors of psychogeriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 47 - 51.

MERRIAM, A. E., ARONSON, M. K., GASTON, P. et al. (1988). The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 7 - 12.

MESSMER, P. (1995). Die Inanspruchnahme stationärer Pflege im Zeitvergleich. Eine Untersuchung zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegeheimen Baden-Württembergs. In: BICKEL, H. & MESSMER, P.: *Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Baden-Württemberg (Hrsg) (23 - 39), Eigenverlag, Stuttgart.

MEYER, D. L., JACQUES, J., O'ROURKE, J. et al. (1990). A special care home for Alzheimer's disease and related disorders. An 18-month progress report. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 5, 1, 18 - 23.

MEYER, J., SCHALOCK, R. & GENAIDY, H. (1991). Aggression in psychiatric hospitalized geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 589 - 592.

MEYER, D. L., DORBACKER, B., O'ROURKE, J. et al. (1992). Effects of a 'quiet week' intervention on behavior in an Alzheimer boarding home. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 7, 4, 2 - 7.

MIDDLETON, J. I., STEWART, N. J. & RICHARDSON, J. S. (1999). Caregiver distress related to disruptive behaviors on special care units versus traditional long-term care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 3, 11 - 19.

MILLARD, K. A. & SMITH, J. M.(1989). The influence of group singing therapy on the behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 26 ,2, 58 - 70.

MILLER, M. F. (1997). Physically aggressive resident behavior during hygienic care. *Journal of Gerontological Nursing*, 23, 5, 24 - 39.

MILLER, R. I. (1994). Managing disruptive responses to bathing by elderly residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 20, 11, 35 - 39.

MINDE, R., HAYNES, E. & RODENBURG, M. (1990). The ward milieu and its effects on the behaviors of psychogeriatric patient. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 133 - 138.

MONSOUR, N. & ROBB, S. S. (1982). Wandering behavior in old age: A psychological study. *Social Work*, 27, 5, 411 - 416.

MONTGOMERY, R. (1983). Staff-family relations and institutional care policy. *Journal of Gerontological Social Work*, 6, 25 - 37.

MOORE, J. R. & GILBERT, D. A. (1995). Elderly residents: Perceptions of nurses' comforting touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 1, 6 - 13.

MOORE, K. D. & VERHOEF, R. (1999). Special Care Units as places for social interaction: Evaluating an SCU's social affordance. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 14, 4, 217 - 229.

MOOS, R. & LEMKE, S. (1994). *Group residences for older adults*. Oxford University Press, New York.

MORSE, J.M., TYLKO, S.J.et al.(1987). Characteristics of fall-prone patient. *The Gerontologist*, 27 , 516 - 522.

MOSER, E. (1995). „Tür auf für die Angehörigen“. *Professionelle und Laien arbeiten Hand in Hand*. *Altenpflege*, 20, 5, 26 - 30.

MÜLLER, D. (1994). Interventionen für verwirrte, ältere Menschen in Institutionen: Medizinische, pflegerische und psychotherapeutische Entwicklungen. *Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe „thema“ Band 96*, Köln.

MYBES, U. (1989). *Dienstplantechnik*. *Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe thema Band 24*, Köln.

NAMAZI, K. H., ROSNER, T.T. & CALKINS, M. P. (1989). Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *The Gerontologist*, 29, 5, 699 - 702.

NAMAZI, K. H. & JOHNSON, B. D. (1992a). Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 7, 1, 16 - 21.

NAMAZI, K. & JOHNSON, B. (1992b). How familiar task enhance concentration in Alzheimer's disease patients. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 7, 1, 35 - 40.

NEGLEY, E. N. & MANLEY, J. T. (1990). Environmental interventions in assaultive behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 16, 3, 29 - 33.

NETTEN, A. (1989). The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 143 - 153.

NILSSON, K., PALMSTIERN, T. & WISTEDT, B. (1988). Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 78, 172 - 175.

NOLL, P. & HAUG, G. (1992). Das Realitätsorientierungstraining - eine spezifische Intervention bei Verwirrtheit. *Verhaltenstherapie*, 2, 222 - 230.

NUMEROF, R. (1983). Building and maintaining bridges: Meeting the psychosocial needs of nursing home residents and their families. *Clinical Gerontologist*, 1, 4, 53 - 67.

OPASCHOWSKI, H. W. & NEUBAUER, U. (1984). Freizeit im Ruhestand. BAT Schriftenreihe zur Freizeitforschung 5, Eigenverlag, Hamburg.

OPASCHOWSKI, H. W. (1998). Leben zwischen Muss und Muße. Die ältere Generation: Gestern. Heute. Morgen. Hrsg.: Deutscher Investment Trust, Frankfurt a. M.

PATEL, V. & HOPE, T. (1993). Aggressive Behaviour in elderly people with dementia: A review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 457 - 472.

PEPPARD, N.R.(1986). Special nursing home units for residents with primary degenerative dementia: Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 9, 5 - 18.

PETRY, S., CUMMINGS, J. L., HILL, M. A. et al. (1988). Personality alterations in dementia of the Alzheimer's type. *Archives of Neurology*, 45, 1187 - 1191.

PFEIL M. (1994). Das segregative Versorgungsmodell am Beispiel des Alten- und Pflegeheimes Karlshöhe, Ludwigsburg. In: HEEG, S. & LIND, S. (Hrsg.): Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe (Seite 123 - 127). Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe FORUM Band 23, Köln.

PIETRUKOWICZ, M. E. & JOHNSON, M. M. (1991). Using live histories to individualize nursing home staff attitudes toward residents. *The Gerontologist*, 31, 1, 102 - 106.

PRIESTER, P. (1993). Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern - Umsetzungsprobleme und Optimierungsmöglichkeiten. *Das Krankenhaus*, 12, 555 - 558.

PRIESTER, P. (1995). Neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern. Entstehungsbedingungen - Umsetzungsprobleme - Vorschläge zur Optimierung. Mabuse-Verlag, Frankfurt/M.

RADER, J.(1987). A comprehensive staff approach to problem wandering. *The Gerontologist*, 27 , 6, 756 - 760.

REICHMAN, W. E., COYNE, A. C., AMIRNENI, S. et al. (1996). Negative symptoms in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 153, 3, 424 - 426.

REIFLER, B., COX, G. & HANLEY, r. (1981). Problems of mentally ill elderly as perceived by patients fantasies and clinicians. *The Gerontologist*, 21, 165 - 170.

RICHTER, J. M., BOTTENBERG, D. & ROBERTO, K. A. (1993). Communication between formal caregivers and individuals with Alzheimer's disease. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 8, 5, 20 - 26.

RINDLISBACHER, P. & HOPKINS, R. W. (1992). An investigation of the sundowning syndrom. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7 , 15 - 23.

RITCHIE, K. & TOUCHON, J. (1992c). Heterogeneity in senile dementia of the Alzheimer type: Individual differences, progressive deterioration or clinical sub-types? *Journal of Epidemiology*, 45 ,12, 1391 - 1398.

RITCHIE, K. & LEDESERT, B. (1992). The families of the institutionalized dementing elderly: A preliminary study of stress in a French caregiver population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 1, 5 - 14.

RITCHIE, K. & KALDEA, D. (1995). Is senile dementia „age-related“ or „aging-related“ ? - evidence from meta-analysis of dementia prevalence in the oldest old. *Lancet*, 346, 931 - 934.

ROBERTSON, A., GILLORAN, A., MCGLEW, T. et al. (1995). Nurses' job satisfaction and the quality of care received by patients in psychogeriatric wards. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 575 - 584.

ROUTASALO, P. (1999). Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 4, 843 - 850.

ROVNER, B. W. & KATZ, I. R. (1993). Psychiatric disorders in the nursing home: A selective review of studies related to clinical care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 75 - 87.

ROWE, M. & ALFRED, D. (1999). The effectiveness of slow-stroke massage in diffusing agitated behaviors in Alzheimer's disease patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 6, 22 - 34.

RUBIN, E. H., MORRIS, J.C., STORANDT, M. et al. (1987). Behavioral changes in patients with mild dementia of the Alzheimer's type. *Psychiatry Research*, 21, 55 - 62.

RUNGE, M. (1997). Beurteilung demenzbedingter Verhaltensstörungen in der Pflege. *Evangelische Impulse*, 19, 5, 22 - 24.

RYAN, D. H., TAINSH, S. M., KOLODNY, V. et al. (1988). Noise-making amongst the elderly in long term care. *The Gerontologist*, 28, 3, 369 - 371.

RYDEN, M. B., BOSSENMAIER, m. & McLACHLAN, C. (1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Research in Nursing and Health*, 14, 87 - 95.

SANDMAN, P.O., NORBERG, A., ADOLFSSON, R. et al. (1986). Morning care of patients with Alzheimer-type dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 4, 369 - 378.

SANDMAN, P.O., NORBERG, A. & ADOLFSSON, R. (1994). Gespräche und Verhaltensweisen von fünf hospitalisierten Alzheimer-Patienten während der Mahlzeiten. *Pflege*, 7, 4, 291 - 299.

SANDMAN, P.O., NORBERG, A., ADOLFSSON, R. et al. (1994). Morgentoilette bei dementen Alzheimer-Patienten: ein auf direkter Beobachtung beruhendes theoretisches Modell. *Pflege*, 7, 4, 280 - 290.

SCHIFF, M. R. (1990). Designing environments for individuals with Alzheimer's disease: Some general principles. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 5, 3, 4 - 8.

SCHWAB, M., RADER, J. et al. (1985). Relieving the anxiety and fear in dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 11, 8 - 12.

SCHWARTZ, A. & VOGEL, M. (1990). Nursing home staff and residents' families role expectations. *The Gerontologist*, 30, 1, 49 - 53.

Schwedischer Dementenverband (Hrsg.) (1992). Wohngruppen für Demente. Richtlinien zur Ausstattung und Betreuung. Stockholm: Eigenverlag.

SCHWENK, M.A. (1979). Reality orientation for the institutionalized aged: Does it help? *The Gerontologist*, 19, 373 - 377.

SHARP, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1, 67 - 73.

SHOMAKER, D. (1987). Problematic behavior and the Alzheimer's patient: Retrospection as a method of understanding and counseling. *The Gerontologist*, 27, 3, 370 - 375.

SHUTTLESWORTH, G., RUBIN, A. & DUFFY, M. (1982). Families versus institutions: Incongruent role expectations in the nursing home. *The Gerontologist*, 22, 200 - 208.

SIMON, J. M. (1988). The therapeutic value of humor in aging adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 14, 8, 8 - 13.

SLOANE, P. D. & MATHEW, L. J. (1991). An assessment and care planning strategy for nursing home residents with dementia. *The Gerontologist*, 31, 1, 128 - 131.

SLOANE, P. D., LINDEMAN, D. A., PHILLIPS, C. et al. (1995). Evaluating Alzheimer's special care units: Reviewing the evidence and identifying potential sources of study bias. *The Gerontologist*, 35, 1, 103 - 111.

SLOANE, P. D., DAVIDSON, S., BUCKWALTER, K. et al. (1997). Management of patient with disruptive vocalization. *The Gerontologist*, 37, 5, 675 - 682.

SNYDER, L. H., RUPPRECHT, P., PYREK, J. et al. (1978). Wandering. *The Gerontologist*, 18, 3, 272 - 280.

SNYDER, M., EGAN, E. C. & BURNS, K. R. (1995). Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 7, 34 - 40.

STEVENS, P. (1987). Design for dementia: Re-creating the loving family. *American Journal of Alzheimer's Care and Research*, 2, 1, 16 - 22.

STRAUSS, M. E., PASUPATHI, M. & CHATTERJEE, A. (1993). Concordance between observers in descriptions in personality change in Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 8, 4, 475 - 480.

STRUBLE, L. M. & SIVERTSEN, L. (1987). Agitations: Behaviors in confused elderly patients. *Journal of Gerontological Nursing*, 13, 11, 40 - 44.

SULLIVAN, J. L. & DEANE, D., M. (1988). Humor and health. *Journal of Gerontological Nursing*, 14, 1, 20 - 24.

SWEARER, J.M., DRACHMAN, D.A. et al. (1988). Troublesome and disruptive behaviors in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 36, 784 - 790.

TAFT, L. B. & CRONIN-STUBBS, D. (1995). Behavioral symptoms in dementia: An update. *Research in Nursing & Health*, 18, 143 - 163.

TERI, L., BORSON, S., KIYAK, A. et al. (1989). Behavioral disturbance, cognitive dysfunction, and functional skill. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 2, 109 - 116.

TERI, L. & LOGSDON, R. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist*, 31, 1, 124 - 127.

THOMAS, D. W. (1997). Understanding the wandering patient: A continuity of personality perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 23, 1, 16 - 24.

URLAUB, K. H. (1995). Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe thema Band 109, Köln.

VOLICER, L., COLLARD, A., HURLEY, A. et al. (1994). Impact of special care unit for patients with advanced Alzheimer's disease on patients' discomfort and costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 6, 597 - 603.

WAGNER, R., BERKEMEYER, C., HOCK, G. et al. (1998). Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer-Demenz. *Pflege*, 11, 89 - 95.

WATSON, N. M., WELLS, T. J. & COX, C. (1998). Rocking chair therapy for dementia patients: Its effect on psychosocial well-being and balance. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13, 6, 296 - 308.

WEITZEL-POLZER, E. & RASEHORN, E. (1988). Ein psychosoziales Therapieprogramm für demente Bewohner eines Altenpflegeheimes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 16 - 20.

WELZ, R. (1994). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstudie in Duderstadt. Roderer, Regensburg.

WETTSTEIN, A. (1991). Senile Demenz. Ursache - Diagnose - Therapie - Volkswirtschaftliche Konsequenzen. Verlag Hans Huber, Bern.

WEYERER, S. & SCHÄUFELE, M. (1999). Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In: ZIMMER, A. & WEYERER, S. (Hrsg.). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (3 - 23). Hofgrefe, Göttingen.

WHALL, A. L., GILLIS, G. L., YANKOU, D. et al. (1992). Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 10, 13 - 17.

WHALL, A. L., BLACK, M. E., GROH, C. J. et al. (1997). The effect of natural environments upon agitation and aggression in late stage dementia patients. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 5, 216 - 220.

WHITE, M. K., KAAS, M. J. & RICHIE, M. F. (1996). Vocally disruptive behavior. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 11, 23 - 29.

WIDERLÖV, E., BRANE, G., EKMAN, R., KIHLOGREN, M. et al. (1989). Elevated CSF somatostatin concentrations in demented patients parallel improving psychomotor functions induced by integrity-promoting care. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 79, 41 - 47.

WILKINSON, I. M. & GRAHAM-WHITE, J. (1980). Psychogeriatric Dependency Rating Scales (PGDRS). A method of assessment for use by nurses. *British Journal of Psychiatry*, 137, 558 - 565.

WILKINSON, C. L. (1999). Evaluation of an educational program on the management of assaultive behaviors. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 4, 6 - 11.

WILSON, R. W. & PATTERSON, M. A. (1988). Perceptions of stress among nursing personnel on dementia units. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 3, 4, 34 - 39.

WILTZIUS, F., GAMBERT, S.R. et al.(1981).Importance of resident placement within a skilled nursing facility. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 9, 418 - 421.

WIMO, A., WALLIN, J. O., LUNDGREN, K. et al. (1991). Group living, an alternative for dementia patients. A cost analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 21 - 29.

WINGER, J. & SCHIRM, V. (1989). Managing aggressive elderly in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 15, 2, 28 - 33.

WOJNAR, J. (1997). Oft helfen keine Pillen. *Altenpflege*, 22, 2, 44 - 47.

WRAGG, R. E. & JESTE, D. V. (1989). Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry*, 146, 577 - 587.

YORK, J. & CALYSN, R. (1977). Family involvement in nursing homes. *The Gerontologist*, 17, 6, 500 - 505.

ZARIT, S. H., ZARIT, J. M. & ROSENBERG-THOMPSON, S.(1990). A special treatment unit for Alzheimer's disease: Medical, behavioral, and environmental features. *Clinical Gerontologist*, 9, 47 - 63.

ZAUDIG, M. (1995). Demenz und „leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter. Diagnostik, Früherkennung und Therapie. Verlag Hans Huber, Bern.

ZEISEL, J., HYDE, J. & LEVKOPP, S. (1994). Best practices: An environmet-behavior (E-B) model for Alzheimer special care units. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 9, 2, 4 - 21.

ZEISEL, J. (1997). Space design and management for people with dementia. *Edra*, 17 - 22.

ZIMMER, J. G., WATSON, N. & TREAT, A. (1984). Behavioral problems among patients in skilled nursing facilities. *American Journal of Public Health*, 74, 10, 1118 - 1121.