# Begleitung

# in einer anderen Welt

Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen in den Einrichtungen des Barmherzige Brüder Trier e.V.

# Inhalt


Vorwort 5
0. Einführung 6
1. Betreuungsphilosophie 8
   I. Christliches Menschenbild 8
   II. Ganzheitliche und aktivierende Pflege und Betreuung 8
   III. Pflegemodell 8
   IV. Bewohner-orientierter Ansatz zur Betreuung von dementen Menschen 9
2. Das Krankheitsbild der Demenz 11
   I. Der Begriff „Demenz" 11
   II. Grundsätzliche Definition 11
   III. Medizinische Definition gemäß ICD-10 11
   IV. Symptomatik 11
   V. Verlauf der Krankheit 13
3. Zielklientel 16
4. Konsequente Milieugestaltung 17
5. Organisation 18
   I. Personal 18
   II. Informationsweitergabe 19
   III. Dienstplangestaltung 19
   IV. Ehrenamtliche 19
   V. Bewohner-orientierte Betreuung als Bezugspflege 20
   VI. Tagesgestaltung 20
   VII. Betreuung in der Nacht 21
   VIII. Wohngruppenbeschaffenheit 21
   IX. Bewohneraufnahme 22
   X. Angehörige 23
6. Psychologische Umgangskonzepte 24
   I. Validation 24
      a. Definition 24
      b. Grundhaltungen der Validation 24
      c. Grundsätze und Werte der Validation 25
      d. Ziel der Validation 26
      e. Validations-Techniken 26
   II. Biografiearbeit 28
   III. Basale Stimulation 29
   IV. Snoezelen 29
   V. Sinnvolle Beschäftigung 30

7. Architektur und Wohnraumgestaltung 31
8. Schulungskonzept 35
I. Heimleitung 35
II. Pflegedienstleitung und Wohngruppenleitung 35
III. Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst 35
IV. Hauswirtschaftskräfte und andere Berufsgruppen 37

Literatur 38

# Vorwort

**Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter,**

die bestmögliche bewohner-orientierte und ganzheitliche Betreuung der Menschen in unseren Einrichtungen der Altenhilfe liegen uns sehr am Herzen. Deshalb bedarf es auch immer wieder einer Anpassung an die verschiedenen demographischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen innerhalb unserer Gesellschaft.

Einerseits können wir in unseren Einrichtungen eine starke Zunahme von Bewohnern, welche an einer Demenz erkrankt sind, feststellen, andererseits sehen wir uns durch die neue Gesetzgebung im Bereich der Altenhilfe vor ganz neuen Herausforderungen. Zu nennen sind hier das am 1. Januar 2002 in Kraft getretene „Pflegequalitätssicherungs-Gesetz" und das „3. Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes", das zum gleichen Zeitpunkt Gesetzeskraft erlangte .

Deshalb wurde eine Projektgruppe ins Leben gerufen, welche die Aufgabe hatte, ein Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen zu entwickeln. Die Gruppe setzte sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Altenhilfeeinrichtungen innerhalb unseres Verbunds zusammen. Sie hatte den Auftrag, ein Konzept als Hilfestellung und Richtlinie für die Pflegenden auf dem Hintergrund unserer „Grundsätze und Leitlinien" zu erarbeiten.
Dieses Konzept soll eine einheitliche Betreuung von dementen Menschen in unseren Einrichtungen der Altenhilfe gewährleisten.

Solch ein Konzept lebt jedoch nicht allein vom Erstellen bzw. dem Niederschreiben von Worten, sondern davon, dass es alle Mitarbeiter in unseren Einrichtungen konsequent umsetzen und anwenden.
Dabei gilt es immer zu beachten, dass der einzelne Mensch mit seinen Gefühlen – d.h. der Demenzkranke, seine Angehörigen und die ihn Pflegenden – im Vordergrund steht. Alle brauchen Wertschätzung, einfühlendes Verstehen, Akzeptanz und Güte.

Helfen Sie also mit bei der Umsetzung und übernehmen Sie Verantwortung! Dann können wir uns unserem Ziel, nämlich der Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität der uns anvertrauten demenzkranken Menschen, immer mehr nähern.

**Br. Pankratius Herzog**
Provinzoberer und 1. Vorsitzender
des Barmherzige Brüder Trier e.V.

**Günter Mosen**
Geschäftsführer Heime und Rehabilitationseinrichtungen des Barmherzige Brüder Trier e.V.

**"Wir wollen unsere Einrichtungen auch in Zukunft auf hohem fachlichen Niveau halten und weiterentwickeln, um damit den Anforderungen der Zukunft gerecht zu werden."**

Grundsätze
und Leitlinien: Vorwort

# 0. Einführung

*"Diesen großen Anforderungen können wir nur gerecht werden, wenn wir uns immer wieder bemühen, so gut wie möglich zu sein. Fachkompetenz ist für uns unverzichtbare Grundlage."*

Grundsätze und Leitlinien: II., 7.

In der Bundesrepublik Deutschland sind in der Altersgruppe 65 und älter derzeit etwa 7% der Bevölkerung von einer mittelschweren und schweren Demenzerkrankung betroffen. Von diesen rund 850.000 Menschen befinden sich an die 350.000 in stationären Pflegeeinrichtungen. Laut Prognose ist jährlich mit etwa 200.000 Neuerkrankungen zu rechnen.

Zudem wird in den kommenden Jahren die Zahl der Singlehaushalte weiterhin zunehmen. Damit ist nicht mehr gewährleistet, dass Kinder Eltern pflegen, wenn sie pflegebedürftig werden. Dies wird trotz einer Zunahme der ambulanten Versorgung zu einer immer größeren Nachfrage nach Altenheimen führen, die Menschen mit einer mittelschweren und einer schweren Demenz professionell und menschenwürdig betreuen können.

In den Altenhilfeeinrichtungen des Barmherzige Brüder Trier e.V. waren nach einer Erhebung Anfang des Jahres 2001 durchschnittlich zwischen 50 bis 60% der Bewohner an einer ärztlich diagnostizierten Demenz erkrankt. Zu diesem Zeitpunkt wurden diese Bewohner auf gemischten Wohngruppen betreut. Bewohner, die nicht an einer Demenz litten, fühlten sich durch die Verhaltensweisen von Dementen überfordert, was wiederum zu Konflikten führte.

Durch den Steuerkreis des Qualitätsmanagements im Bereich Altenhilfe des Barmherzige Brüder Trier e.V. wurde am 19. Oktober 2000 eine Projektgruppe ins Leben gerufen mit dem Auftrag, ein Konzept zur Betreuung demenzerkrankter Menschen zu erarbeiten, um diesem Personenkreis in unseren Einrichtungen in Zukunft gerecht werden zu können.

**Bei der Erstellung des Konzeptes waren folgende Personen beteiligt:**

- **Wolfgang Bons:** Krankenpfleger, Bereichsleiter Gerontopsychiatrie und Heilpädagogik, Barmherzige Brüder, Saffig
- **Heike Eberz-Hürter:** Krankenschwester, Alten- und Altenpflegeheim St. Josef, Münstermaifeld
- **Josef Huwer:** Altenpfleger, Alten- und Pflegeheim St. Josefsstift, Trier
- **Sigrid Jost:** Krankenschwester, Pflegedienstleiterin und Bereichsleiterin Altenhilfe der Barmherzige Brüder gGmbH, Rilchingen
- **Daniel Knopp:** Krankenpfleger, Student Pflegemanagement, Referat Medizin und Pflege des Barmherzige Brüder Trier e.V., Projektleiter
- **Marion Lewe-Kreutz:** Krankenschwester, Pflegedienstleiterin, Altenheims Maria vom Siege, Plaidt
- **Brigitta Magnus:** Krankenschwester, Alten- und Pflegeheim St. Josefsstift, Trier
- **Heinz Mallmann:** Krankenpfleger, Barmherzige Brüder, Saffig
- **Bruder Benedikt Molitor:** Krankenpfleger, Diakon, Assistent des Direktoriums und Qualitätsbeauftragter Altenhilfe der Barmherzige Brüder gGmbH, Rilchingen; war federführend bei der schriftlichen Ausgestaltung des Konzeptes
- **Elke Weinand:** Altenpflegerin, stellv. Wohngruppenleiterin, Alten- und Altenpflegeheim St. Josef, Münstermaifeld

# 1. Betreuungsphilosophie

*"Leben kann trotz Krankheit und Behinderung als sinnvoll erfahren werden; auch leidende, kranke, alte und behinderte Menschen haben das Recht auf ein menschenwürdiges Leben und die Chance der Erfahrung von Glück.*

Grundsätze und Leitlinien: II., 4.

## I. Christliches Menschenbild

Für uns ist der Mensch ein Geschöpf Gottes und von ihm geliebt. Dadurch hat er seine eigene Würde. Niemand muss sich seine Würde verdienen und niemand verliert sie, weder durch Krankheit noch durch Alter oder Behinderung. Ebenso ist jeder Mensch einmalig geschaffen. Er ist immer eine Einheit aus Seele, Körper und Geist. Es geht immer um den ganzen Menschen, gerade in unserer bewohner-orientierten und ganzheitlichen Pflege.

## II. Ganzheitliche und aktivierende Pflege und Betreuung

„Ganzheitlich" bedeutet für uns, den Menschen mit der Vielfalt seiner Eigenschaften, seiner Vorlieben, Eigenheiten und Gewohnheiten, seiner Fähigkeiten und Defizite ernst zu nehmen und seine individuelle Lebensgeschichte weitestgehend zu berücksichtigen.
„Aktivierend" heißt: die Selbsthilfefähigkeit der Bewohner wird individuell erfasst und gefördert. Was der Bewohner noch selbst tun kann, sollte er auch noch selbst tun dürfen.

## III. Pflegemodell

*„Jeder Mensch ist einzigartig. Er ist geprägt durch seine Lebensumstände und existentiellen Erfahrungen seines Lebens."*

M. Krohwinkel

Als Grundlage unserer Pflege und Betreuung haben wir das Pflegemodell nach Prof. Dr. Monika Krohwinkel - **„Pflege als fördernder Beziehungs- und Problemlösungsprozess"** - gewählt. Insbesondere, weil die prozessfördernden Elemente des Modells, die Ressourcen- und Bedürfnisorientiertheit unserem Menschenbild entsprechen.
Durch die Strukturierung der direkten Pflege in den 13 „Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des täglichen Lebens" (AEDL) kann der weitreichende psychosoziale Anteil der Betreuung dementer Menschen gut erfasst und bearbeitet werden.
Mit AEDL 13 - „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" - lässt sich die für eine gelingende, bewohner-orientierte Dementenbetreuung notwendige Biographiearbeit eindeutig zuordnen und als pflegerische Tätigkeit erfassen.

## IV. Bewohner-orientierter Ansatz zur Betreuung von dementen Menschen

- **Ganzheitlichkeit:** Auch und gerade bei dementen Menschen reicht eine allein körperliche Pflege nicht aus. Eine bewohner-orientierte Pflege muss sich außerdem sowohl um den Geist als auch um die Seele sowie um soziale Beziehungen des dementen Menschen kümmern.

- **Wertschätzung:** Es geht darum, den dementen Menschen in seiner individuellen Ganzheit anzunehmen, ihn in seiner eignen Realität zu belassen und ihn **dort** zu begleiten.

- **Normalität:** Sprechen wir über Normalität in der Dementenbetreuung, dann meinen wir in erster Linie die Normalität und Wirklichkeitssicht, die die Bewohnerinnen und Bewohner empfinden. **Es zählt die Erlebniswelt des Betreuten, nicht die des Betreuers!**

- **Akzeptanz:** Bei dementen Menschen kommt es öfters zu einem von der allgemeinen Norm abweichenden Verhalten. Dieses wollen wir akzeptieren, insofern es nicht andere Bewohner beeinträchtigt oder diesen schadet.

- **Umgang:** Demente Menschen reagieren auf die moralische Qualität des Milieus, in dem sie leben. Einer bewohner-orientierten Pflege muss es daher ein Anliegen sein, die Bewohnerinnen und Bewohner die betreut werden, sanft, ruhig und respektvoll durch den Tag zu begleiten – egal was geschieht.

- **Persönlichkeit:** Jeder demente Mensch besitzt eine eigene Subjektivität. Eine bewohner-orientierte Pflege versucht mit Vorstellungskraft, Empathie und Biographie-Erkenntnissen demente Menschen zu verstehen.

- **Lebensgeschichte:** Der Mensch muss im Kontext seiner Lebensgeschichte gesehen werden. Systematische Sammlung und Auswertung von biographischem Material ist unabdingbar und bildet somit eine Grundlage für die bewohner-orientierte Betreuung.

- **Ressourcen:** Jeder demente Mensch verfügt über Potenziale. Das Positive

**"Wir wissen: Ganzheitliche Zuwendung ist die größte Herausforderung, vor der wir stehen. Sie setzt innere Bereitschaft voraus, sie braucht Zeit, Zeit bedeutet Kosten. Dennoch: Wir würden unseren Auftrag verfehlen, würden wir uns dieser Herausforderung nicht stellen."**

Grundsätze und Leitlinien: II., 3.

# 2. Das Krankheitsbild der Demenz

## I. Der Begriff „Demenz"

Der französische Arzt Philippe Pinel prägte 1797 den Begriff „Demenz", der aus dem Lateinischen stammt und sich aus den beiden Wortteilen ‚de = ohne' und ‚mens = Verstand' zusammensetzt.

## II. Grundsätzliche Definition

Zu den häufigsten Gesundheitsproblemen des Alters zählt die Demenz. Man versteht darunter in unterschiedlicher Zusammensetzung auftretende Störungen geistig-seelischer Leistungen wie Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und praktisches Geschick bei klarem Bewusstsein, durch die die Bewältigung des Alltags entscheidend erschwert wird. Demenzerkrankungen können viele Ursachen haben; die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste. Rund 60% aller Demenzerkrankungen werden durch sie hervorgerufen. Bei dieser Krankheit gehen in bestimmten Bereichen des Gehirns allmählich Nervenzellen zugrunde. Bei 10-20% der Kranken sind Durchblutungsstörungen die Ursache fortschreitender Veränderungen (vaskuläre Demenz). Meist werden sie durch eine Vielzahl kleinster Gefäßverschlüsse in den Blutgefäßen des Gehirns verursacht (Multiinfarktdemenz). Weitere 15-20% aller Kranken leiden sowohl an einer Alzheimer-Krankheit als auch an einer durchblutungsbedingten Demenz. Die übrigen etwa 10% der Demenzerkrankungen setzen sich aus vielen zum Teil seltenen Erkrankungsformen und Ursachen zusammen, von denen einige heute gut behandelbar sind (Sekundäre Demenzen).

## III. Medizinische Definition gemäß ICD-10[1]

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen."

[1] The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

# 2. Das Krankheitsbild der Demenz

## I. Der Begriff „Demenz"

Der französische Arzt Philippe Pinel prägte 1797 den Begriff „Demenz", der aus dem Lateinischen stammt und sich aus den beiden Wortteilen ‚de = ohne' und ‚mens = Verstand' zusammensetzt.

## II. Grundsätzliche Definition

Zu den häufigsten Gesundheitsproblemen des Alters zählt die Demenz. Man versteht darunter in unterschiedlicher Zusammensetzung auftretende Störungen geistig-seelischer Leistungen wie Gedächtnis, Denkvermögen, Sprache und praktisches Geschick bei klarem Bewusstsein, durch die die Bewältigung des Alltags entscheidend erschwert wird. Demenzerkrankungen können viele Ursachen haben; die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste. Rund 60% aller Demenzerkrankungen werden durch sie hervorgerufen. Bei dieser Krankheit gehen in bestimmten Bereichen des Gehirns allmählich Nervenzellen zugrunde. Bei 10-20% der Kranken sind Durchblutungsstörungen die Ursache fortschreitender Veränderungen (vaskuläre Demenz). Meist werden sie durch eine Vielzahl kleinster Gefäßverschlüsse in den Blutgefäßen des Gehirns verursacht (Multiinfarktdemenz). Weitere 15-20% aller Kranken leiden sowohl an einer Alzheimer-Krankheit als auch an einer durchblutungsbedingten Demenz. Die übrigen etwa 10% der Demenzerkrankungen setzen sich aus vielen zum Teil seltenen Erkrankungsformen und Ursachen zusammen, von denen einige heute gut behandelbar sind (Sekundäre Demenzen).

## III. Medizinische Definition gemäß ICD-10[1]

„Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen."

[1] The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

## IV. Symptomatik

### Gedächtnisstörung

Leitsymptom einer Demenz ist der zunehmende Verlust der Fähigkeit, neue Informationen aufzunehmen und zu speichern. Das Gedächtnis geht in umgekehrter Reihenfolge des Erwerbs verloren, das heißt, was am weitesten zurückliegt, bleibt am längsten erhalten.

### Orientierungsstörung

Die Orientierung bezüglich Zeit, Ort, Personen, eigener Person und Situation wird zunehmend unscharf.

### Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung

Die Aufmerksamkeit lässt sich nur für kurze Zeit bündeln. Wegen der Gedächtnisstörung wird schnell vergessen, was man eigentlich gerade tut.

### Agnosie

Es kann zu Störungen des richtigen Erkennens und Verarbeitens von Sinneseindrücken kommen. Der Demente erkennt zum Beispiel die eigenen Angehörigen, das eigene Spiegelbild oder einfache Gegenstände des Alltags nicht mehr. Oder er interpretiert Muster im Teppich oder auf dem Boden als Löcher und weigert sich deshalb, weiter zu gehen.

### Aphasie

Die sprachlichen Fähigkeiten gehen – parallel zur Gedächtnisstörung – nach und nach zurück. Anfangs sind Wortfindungsstörungen zu beobachten. Im Verlauf der Krankheit kann es bis zu einem vollständigen Verlust des Sprachvermögens kommen.

### Apraxie

Die Fähigkeit, komplexe Handlungen folgerichtig auszuführen, geht sukzessive verloren. Zum Beispiel zieht der Betroffene zuerst seinen Pullover und dann das Unterhemd an.

### Störung des logischen und abstrakten Denkens

Die Fähigkeit, logisch und abstrakt zu denken, geht bei fortschreitender Erkrankung

zunehmend verloren. Witze und Ironie werden oft nicht mehr verstanden, da hierfür die Fähigkeit zu abstraktem Denken Voraussetzung ist.

„Jeder Mensch ist wertvoll – wie desorientiert er auch sein mag."

Naomi Feil

### Begleitsymptome

Als zusätzliche Symptome können auftreten: motorische Unruhe, aggressives oder enthemmtes Verhalten, Wahnvorstellungen, Zittern, gestörter Gleichgewichtssinn, Harn- und Stuhlinkontinenz, Bewegungsverlangsamung, Depression, Antriebsarmut, Angst.

## V. Verlauf der Krankheit

Naomi Feil, eine amerikanische Sozialtherapeutin, entwickelte ein Orientierungsmodell für die Praxis, das den demenziellen Veränderungsprozess als einen logisch zusammenhängenden, zunehmenden Rückzugsprozess aus der Realität in vier Stadien darstellt.

### Stadium 1: Mangelhaft-unglückliche Orientierung an der Realität

Menschen in diesem Stadium sind geistig noch weitgehend orientiert, aber oft sehr unglücklich, da sie mit der Realität nicht mehr mithalten können. Sie spüren, dass ihre körperliche und geistige Leistungsfähigkeit nachlässt. Sie leiden oft unter Kopfschmerzen oder es ist ihnen schwindelig. Sie vergessen besonders kurz zurückliegende Ereignisse, zum Beispiel, was es mittags zum Essen gab. Sie finden nicht die richtige Bezeichnung für Gegenstände des täglichen Gebrauchs und benutzen ähnliche Wörter oder umschreiben sie. Sie haben Schwierigkeiten beim Rechnen, zum Beispiel beim Nachzählen von Wechselgeld, beim Schreiben oder Lesen, verlieren oft das Interesse an Büchern und Zeitschriften oder am Fernsehen.

Sie versuchen, die Defizite zu überspielen und geben vor, keine Probleme zu haben. Das ist mit sehr viel Anstrengung verbunden. Oft besteht eine erhöhte Körperspannung, die sich mit Erschöpfungsphasen abwechselt. Sie projizieren die eigenen Verluste auf andere, die einen angeblich bestehlen, vergiften oder verfolgen. Manche Menschen reagieren mit extremem Jammern oder horten Dinge. In dieser Phase ähneln die geschilderten Symptome stark denen einer Altersdepression, deshalb ist eine gründliche fachärztliche Differentialdiagnose nötig.

### Stadium 2: Zeitverwirrtheit

Im Stadium 2 verschlechtern sich die oben genannten Symptome zunehmend. Die Wortfindungsstörungen nehmen zu, die Menschen sprechen immer weniger oder wiederholen gesprochene Sätze immer wieder. Sie setzen Handlungsabläufe zunehmend nicht mehr folgerichtig um – zum Beispiel ziehen sie sich zunächst ihren Pullover, dann erst ihr Unterhemd an. Sie können sich nicht mehr in andere hineinversetzen, sondern sind vornehmlich damit beschäftigt, für die eigene Situation Erklärungen zu finden. Ein Mensch in dieser Phase ist nicht dazu in der Lage, auf Korrekturen zu reagieren.

Zeitverwirrte klammern sich nicht an die heutige Realität. Die Muskelspannung ist gelöster, die Bewegungen sind langsamer, der Blick weicher. Viele wandern ständig umher und suchen nach etwas Vertrautem. Erste Zeichen einer Inkontinenz stellen sich ein.
Diese Menschen vergleichen die reale Welt nach dem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses mit Bekanntem aus früheren Jahren und erklären sie so für sich selbst. Sie sehen die Pflegerin als Tochter an, die eigenen Kinder gehen noch zur Schule und müssen betreut werden, sie suchen die längst verstorbenen Eltern. Sie erkennen sich selbst im eigenen Spiegelbild nicht, sondern nur noch auf Bildern aus vergangener Zeit.
Zeitverwirrte Menschen ziehen sich in frühere Rollen zurück und beschäftigen sich mit angenehmen Erinnerungen, aber auch mit Konflikten aus der Vergangenheit.

### Stadium 3: Sich wiederholende Bewegungen

Mit dem zunehmenden Abbau der körperlichen und geistigen Fähigkeiten wird das „Stadium der sich wiederholenden Bewegungen" erreicht. Die Sprache verschwindet fast völlig. Es bleibt oft ein ständiges Rufen von Wörtern oder Wortfetzen. Schreien, klopfen, über den Tisch reiben, nesteln, sich wiegen sind typische Ausdrucksformen, die die Sprache ersetzen. Sie sind körpersprachlicher Ausdruck für eigene Gefühle oder als Selbststimulation zu sehen. Oft stehen diese Menschen vor einer Tür, trippeln von einem Fuß auf den anderen und können sich nicht umdrehen. Meist nimmt der Bewegungsdrang ab. Sie sind vollständig inkontinent. Ihre eigene Pflegefähigkeit geht verloren, Speisen und

Getränke erkennen sie nicht mehr als solche. Sie haben keine bewusste Kenntnis über den Zustand des eigenen Körpers mehr. Die nur noch sehr kurze Konzentrationsfähigkeit und geringe Außenwahrnehmung erschweren die Kommunikation.

### Stadium 4: Vegetieren

Das letzte Stadium ist gekennzeichnet durch Bettlägerigkeit. Sie liegen eingerollt in embryonaler Stellung, kaum noch sprechfähig und oft mit fest geschlossenen Augen. Sie sind vollständig inkontinent, die selbstständige Aufnahme von Essen und Trinken gelingt ihnen nicht mehr. Es besteht eine erhöhte Gefahr, dass ein Druckgeschwür entsteht. Kontrakturen lassen sich oft nicht aufhalten, Sekundärerkrankungen, wie Harnblasen- oder Lungenentzündungen, treten auf. Die Pflegenden müssen die aktuelle körperliche und gefühlsmäßige Befindlichkeit im wesentlichen erahnen. Viele Menschen in diesem Stadium „vegetieren" noch jahrelang vor sich hin, ehe der Tod sie von ihrem Leiden erlöst.

# 3. Zielklientel

Die demenzkranken Bewohner einer Einrichtung sind keine einheitliche Gruppe. Sie befinden sich in verschiedenen Krankheitsstadien, haben mehr oder weniger ausgeprägte kognitive Defizite, Verhaltensstörungen und körperliche Erkrankungen; neben sehr mobilen gibt es bettlägerige Demenzkranke und solche, bei denen sich erst im Laufe des Heimaufenthalts eine Demenz entwickelt.

Für uns ist die Homogenisierung einer Bewohnergruppe vorrangig, gerade weil demente Menschen ein speziell auf sie abgestimmtes Milieu benötigen, welches nicht unbedingt den Wünschen und Bedürfnissen von nicht-dementen Bewohnern entspricht.
Dabei ist jedoch zu beachten, dass eine Spezialisierung nur für einen begrenzten, klassifizierten Personenkreis von mobilen, unruhigen und verhaltensauffälligen Demenzkranken angezeigt ist.

Unser Konzept zielt somit auf Menschen mit einem fortgeschrittenen demenziellen Abbauprozess, die noch mobil sind und den Stadien 2 (Zeitverwirrtheit) und 3 (Sich wiederholende Bewegungen) nach Naomi Feil (siehe oben) zugeordnet werden können. Die Diagnosen müssen fachärztlich abgesichert werden.

Nicht aufgenommen werden Personen, die dem Stadium 1 nach Naomi Feil zugeordnet werden können und solche, die aufgrund ihres fortgeschrittenen Krankheitsstadiums (Stadium 4 nach Naomi Feil) keine Vorteile mehr durch das Betreuungskonzept erfahren. Diese werden nach Rücksprache mit den Angehörigen bzw. Betreuern auf einen anderen Wohnbereich mit dem Schwerpunkt geriatrischer Grund- und Behandlungspflege verlegt.

# 4. Konsequente Milieugestaltung

Um alle Bedürfnisse – sowohl der Bewohner, als auch der sie Pflegenden – vollständig wahrzunehmen und möglichst zu befriedigen, müssen konsequent alle Bereiche des Lebensraumes dementer Menschen therapeutisch konzipiert werden, so dass sie zusammen wirken können.

## Zu einem Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen gehören:

**eine dementen-gerechte Organisation, die:**

- bewohner-orientiert betreut und pflegt
- gutes Fachpersonal hat (Fortbildung)
- flexibel ist (Dienstplangestaltung, Tagesstrukturierung)
- die Angehörigen unterstützt
- vertraute Häuslichkeit und Betätigungen bietet
- kleine Strukturen hat
- die Pflegenden unterstützt (Ehrenamtliche)
- transparent ist für alle (Personal, Ärzte, Angehörige, Kostenträger, MDK, Heimaufsicht, Richter)

**psychologische Umgangskonzepte:**

**akzeptierende bzw. gefühls-orientierte Konzepte, wie**

- Kommunikations-konzepte
- Validation
- Biographie-arbeit
- Konzepte mit sensorischer Stimulation (Snoezelen, basale Stimulation, Aromatologie, ...)
- musisch orientierte Konzepte (Musik- / Kunsttherapie, ...)

**verhaltens-orientierte Konzepte, wie**

- aktivierende Angebote (gemeinsames Singen, Spielen, ...)
- sinnvolle Beschäftigung (kleinere Hausarbeiten, kochen, ...)

**eine dementen-gerechte Architektur und Wohnraum-gestaltung die:**

- konsequent milieutherapeutisch und biographisch orientiert ist
- wohnlich ist (Wohnküche)
- Vertrautheit schafft durch Bilder, Gegenstände, ...
- Sicherheit gibt und Behinderungen kompensiert
- Freiheit maximiert und Zugang ins Freie ermöglicht
- Orientierungshilfen gibt und die Wahrnehmung erleichtert (Farbgestaltung, Beleuchtung, ...)

# 5. Organisation

„Das Verhalten der Pflegenden bestimmt das Verhalten der Bewohner."

Hildegard E. Peplau

## I. Personal

Die Versorgung dementer Bewohner setzt für die einzelne Pflegekraft ein umfassendes gerontopsychiatrisches Fachwissen, soziale Kompetenz und das Eingehen auf die Bewohner und ihre Bedürfnisse voraus. Denn gerade in der Betreuung dementer Menschen ist die begleitende Person von enormer Wichtigkeit.

Außerdem sollte der Mitarbeiter einer Wohngruppe für demente Menschen auch folgende Kompetenzen besitzen:

- akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung
- Beziehungsfähigkeit
- seelische und körperliche Belastbarkeit
- Ruhe, Geduld und Flexibilität
- Bereitschaft zur ständigen Fort- und Weiterbildung in der Dementenbetreuung
- Kenntnisse über Validation und Biografiearbeit
- Interesse am Leben und an der Biografie anderer Menschen
- Fähigkeit zur persönlichen und fachlichen Selbstreflexion
- Kenntnisse in der Anwendung therapeutischer Verfahren wie Basale Stimulation, Aromatologie u.ä.
- Engagement bei der Umsetzung des Betreuungskonzepts

Ebenso sind Kooperationsfähigkeit und Teamorientierung gefordert. Denn eine gute Betreuungsqualität kann nur von einem gut eingespielten Team erbracht werden, da der alltägliche Umgang mit dementen Menschen eine enorme Herausforderung darstellt.

Unter Team verstehen wir alle Mitarbeiter, die in regelmäßigem Kontakt zu den Bewohnern einer Wohngruppe stehen.

Kennzeichen für ein gutes Team sind:

- Alle haben ein gemeinsames, klar definiertes Ziel, und es herrscht Einigkeit darüber, was die Maßnahmen betrifft, die zum Erreichen des Ziels eingesetzt werden.

- Es werden klare Absprachen getroffen.
- Informationen werden kontinuierlich weiter gegeben, und es gibt regelmäßige Teambesprechungen.
- Lob und Kritik können offen geäußert und aufgenommen werden.
- Probleme werden offen angesprochen, gemeinsam sucht man nach Lösungen. Evtl. Begleitung des Teams durch einen Supervisor.
- Der Umgangston ist geprägt von Akzeptanz und gegenseitiger Wertschätzung.
- Das Team bewahrt Ruhe und vermeidet hektische Betriebsamkeit in der Wohngruppe.

**„Es kommt auf jeden an; in unseren arbeitsteiligen und spezialisierten ‚Unternehmen' sind Kompetenz, Verantwortungsbereitschaft und Engagement jedes einzelnen notwendig, um die jeweils bestmögliche Qualität zu erreichen."**

Grundsätze und Leitlinien: III., 2.

## II. Informationsweitergabe

Bei Informationsweitergaben (Dienstübergaben, Pflegeberichte) muss die Frage nach dem seelischen Befinden und nach der Aktivität bzw. Passivität der Bewohner an erster Stelle stehen; die körperlich-pflegerischen Aspekte sollen erst an zweiter Stelle behandelt werden.

## III. Dienstplangestaltung

Bei der Dienstplangestaltung sollten die Kontinuität der Bezugspflege und ein gleichmäßiger, über den Tag verteilter Personaleinsatz berücksichtigt werden. Außerdem sollten die Mitarbeiter ausreichend Zeit haben, sich zu erholen.

## IV. Ehrenamtliche

Eine sinnvolle Arbeit ehrenamtlicher Helfer erfordert deren gezielte und geplante Integration ins Gesamtteam. Freiwillige Mitarbeiter müssen einen Ansprechpartner auf der Wohngruppe haben, mit dem sie Probleme erörtern und Fragen klären können und die ihren Einsatz koordinieren.
Ganz klar muss definiert sein, welche Aufgaben Ehrenamtliche übernehmen können und sollen und welche nicht.

Und auch wenn diese Helfer freiwillig ihren Dienst tun, so müssen sie doch auch bestimmte Voraussetzungen mitbringen und gewisse Regeln beachten:

- Einweisung in das Betreuungskonzept
- Bereitschaft zum regelmäßigen Austausch mit den Pflegemitarbeitern
- Wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung
- Bereitschaft zu Weiterbildung und fachlicher Begleitung
- Freude im Umgang mit Menschen

## V. Bewohner-orientierte Betreuung als Bezugspflege

Die Inhalte einer bewohner-orientierten Grundhaltung sind im ersten Kapitel bereits dargestellt worden. Eine bewohner-orientierte Betreuung erfordert eine Veränderung gewohnter Denkstrukturen. Das bedeutet jedoch eine enorm anspruchsvolle mentale Arbeit für den Einzelnen und die Organisation. Pflegeorganisatorisch stellt dies eine Abkehr von der so genannten Funktionspflege hin zur Bezugspflege dar. Die Bezugspflege bietet die Chance, eine personale Beziehung zwischen Bewohner und Pflegekraft zu entwickeln. Dadurch wird verhindert, dass der Bewohner nicht als bloßes Pflegeobjekt wahrgenommen wird, als Arbeitslast und damit Belastung, sondern als Mitmensch.
Jede Pflegeperson ist eine kontinuierliche Bezugspflegeperson für eine bestimmte Anzahl Heimbewohner. Für die Pflegeprozessgestaltung und deren Realisierung sind Pflegefachkräfte verantwortlich.

## VI. Tagesgestaltung

Die Gestaltung der Tagesstruktur orientiert sich an den individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen, Gewohnheiten und Vorlieben der Bewohner:
Zum einen ist es wichtig, den Heimbewohnern möglichst viel Alltagsnormalität durch Alltagsaktivitäten zu vermitteln. Sie verrichten kleine Haushaltstätigkeiten, wie Wäsche falten, Geschirrtücher bügeln, Kuchen backen, oder sie bereiten kleine Mahlzeiten zu. Regelmäßig wiederkehrende Tätigkeiten, wie Beten, Singen und gemeinsames Essen, geben zusätzlich Orientierung. Wer nichts tun möchte, sitzt dabei und gehört dazu.

Zum andern erhalten die Bewohner auch genügend Freiraum, damit sie eigenen Bedürfnissen und Vorlieben nachgehen können.
Außerdem findet auf der Wohngruppe, je nach Befinden und Motivation der Bewohner, ein „Tagesangebot" statt, das ungefähr 25 Minuten währt; eine längere Dauer überfordert die Teilnehmer. Mögliche Angebote sind:

- kognitives Training, zum Beispiel Zuordnen von Bildern, auf denen einfache Gegenstände dargestellt sind; Gedächtnistraining
- Erinnerungsarbeit in der Gruppe
- gemeinsame Spaziergänge
- Stimulation durch Sinnesreize, zum Beispiel Erkennen von Gewürzen
- kleinere Gartenarbeiten

## VII. Betreuung in der Nacht

Um die im Tagesdienst begonnenen Bemühungen gegebenenfalls auch in der Nacht fortzusetzen, muss für die Bewohner eine zentrale Anlaufstelle in ihrem Gemeinschaftsraum eingerichtet werden. Mit diesem zusätzlichen Betreuungsangebot soll erreicht werden, dass niemand seinen persönlichen Rhythmus umstellen muss, ein geselliges Beisammensein auch nachts möglich ist, und das Verabreichen von sedierenden Medikamenten auf das Nötigste reduziert werden kann.
Diese Maßnahmen stellen jedoch keine konkrete Betreuung, sondern vielmehr ein „Gewährenlassen" dar.

## VIII. Wohngruppenbeschaffenheit

Eine Grundvoraussetzung, dieses Konzept anzuwenden, ist die segregative Betreuung von dementen Menschen, d.h. spezielle, homogene Bewohnergruppen einzurichten. Diese ermöglichen eine möglichst bedürfnisgerechte, individuell angepasste Betreuung.

Die Homogenität erleichtert den Bewohnern den Zugang und den Kontakt zu den Mitbewohnern. Da die emotionalen und sozialen Fähigkeiten der demenziell Erkrankten in der Regel auch bei einem fortgeschrittenen geistigen Abbauprozess

noch relativ gut erhalten sind, besitzen Kontakte, Begegnungen und gemeinsame Aktivitäten für die Bewohner einen großen Stellenwert.
Um das Konzept im Sinne der Bewohner umsetzen zu können, sollte eine Wohngruppe zudem nicht mehr als 15-20 Bewohner haben.

## IX. Bewohneraufnahme

Die optimale Betreuung der Bewohner kann nur dann gelingen, wenn eine Aufnahme, die längerfristig vorbereitet ist, fachlich fundiert ist. In dieser Anbahnungsphase gilt es, die Angehörigen und Betreuer für den künftigen gemeinsamen Weg zu gewinnen und sie mit unserem Betreuungskonzept vertraut zu machen. Eine Akzeptanz der inhaltlichen Arbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für ein Miteinander zum Wohle des Bewohners.

Gegenstand des Erstgesprächs sind neben dem Austausch von Sachinformationen die ersten Schritte zu einer vertrauensvollen Beziehung zwischen künftigem Bewohner, Angehörigen und Mitarbeitern. Der für die Bewohneraufnahme zuständige Mitarbeiter überreicht den Angehörigen einen umfangreichen Biografiebogen und weitere Aufnahmeunterlagen.
Eine Aufnahme ist ohne vollständig ausgefüllten Biografiebogen nicht möglich, da er für die Umsetzung des Betreuungskonzepts von entscheidender Bedeutung ist. Der Mitarbeiter weist die Angehörigen ferner darauf hin, alte Möbel, lieb gewonnene Gegenstände, alte Fotoalben u.ä. auszusuchen, die sie bei einem Umzug ins Heim mitbringen sollten.

Ferner muss die fachärztliche Diagnose einer Demenzerkrankung vorliegen, um aufgenommen werden zu können.

Daraufhin besucht ein Mitarbeiter des Pflegeteams den potenziellen neuen Bewohner an seinem aktuellen Aufenthaltsort. Dieser Mitarbeiter stellt ihn dem Team vor, und dieses entscheidet dann über dessen Aufnahme. Wenn sich das Team nicht sicher ist, ob der mögliche neue Bewohner aufgenommen werden soll, kann es auch ein Probewohnen vorschlagen.
Somit verfügt das Team schon zu Beginn der Aufnahme über wichtige Daten, die bedeutend für die Pflege und Betreuung des Bewohners sind.

## X. Angehörige

Durch das Einbinden der Angehörigen kann das Personal auf Eigenarten, Neigungen und Verhaltensweisen beim Bewohner eingehen. Angehörige sollen als „Brücke" zur Lebensgeschichte des Erkrankten wirken. Vor der Heimbewohneraufnahme füllen sie den Biografiebogen aus. Nach dem Einzug sollen sie in Pflegeplanung und Pflegeevaluation einbezogen werden.

Ein regelmäßiger Kontakt und Informationsfluss findet zwischen Pflegemitarbeitern und Angehörigen statt. Die Angehörigen wissen genau, wann sie wen ansprechen können. Zeitlich und örtlich ist Raum für Gespräche gegeben.

Informationsangebote zu bestimmten Themen, wie „Krankheitsbild Demenz" u.ä., Angehörigengruppen und die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen ist gegeben.

**„Eine Konzeption kann nur gelingen, wenn sie einen Prozess wiederspiegelt, an dem wirklich alle beteiligt sind, die am Auftrag der Einrichtung partizipieren!"**

J. Kochanek

# 6. Psychologische Umgangskonzepte

*„Ich möchte, dass man mit mir vom Leben spricht und nicht von der Krankheit. Ich möchte, dass man mich mit Respekt und Liebe behandelt, als ein Subjekt und nicht als Objekt. Ich möchte, dass man mich als lebendig ansieht und nicht als tot."*

V. Zimmermann

## I. Validation

### a. Definition

Validation wurde in den USA in den 60er und 80er Jahren durch die Sozialpädagogin und Gerontologin Naomi Feil entwickelt.
Validation heißt: „etwas für gültig erklären", wertschätzen, folgen in die innere Welt von dementen Menschen, diese innere Welt akzeptieren, benennen und bestätigen.
In Deutschland propagiert Nicole Richard aus Kassel eine Abwandlung der Validationsmethode nach Feil in einer methodischen Kommunikations- und Umgehensweise mit demenziell erkrankten Menschen (Integrative Validation).

### b. Grundhaltungen der Validation

Diese drei Grundhaltungen bei der Begleitung dementer Menschen sind wichtig, ebenso wie das Wissen um deren Grundbedürfnisse - Bedürfnisse, die jeder für sich in Anspruch nimmt: Anerkennung und Zugehörigkeit, Sicherheit und das Recht, seine Gefühle auch äußern zu können und nicht alles wortlos über sich ergehen lassen zu müssen.

Wenn man demente Menschen so akzeptiert wie sie sind, kann man ihnen sehr nahe kommen. Die meisten Menschen haben das Bedürfnis nach Nähe und Intimität, und demente Menschen sind darin nicht anders. Will man sie verändern, sie zurückholen in die Wirklichkeit, dann verliert man den Kontakt. Sie werden ärgerlich, fühlen sich unverstanden und entwürdigt.

Demente Menschen haben genauso viele und genauso differenzierte Gefühle wie jeder andere auch. Sie wollen diese gerne äußern und mit anderen teilen. Es ist also an den anderen - Versorgenden und Betreuern - sie zu verstehen und zu respektieren. Umgang mit dementen alten Menschen bedeutet, nach Möglichkeiten zu suchen, miteinander zu kommunizieren, mit Worten, Gesten, Blickkontakt und Berührungen.

### c. Grundsätze und Werte der Validation

- Alle Menschen sind einzigartig und müssen als Individuen behandelt werden.
- Alle Menschen sind wertvoll, ganz gleichgültig, in welchem Ausmaß sie verwirrt sind.
- Es gibt einen Grund für das Verhalten von dementen Menschen. Für die Pflegenden ist es eine interessante und spannende Herausforderung, demente Menschen und ihre Welt zu erkunden und zu verstehen.
- Verhalten im Alter ist nicht nur eine Folge von Veränderungen des Gehirns, sondern das Ergebnis einer Kombination von körperlichen, sozialen und psychischen Veränderungen, die im Laufe eines Lebens stattgefunden haben.
- Demente Menschen muss man akzeptieren, ohne sie zu beurteilen.
- Zu jedem Lebensabschnitt gehören bestimmte Aufgaben. Wenn man diese Aufgaben nicht im jeweiligen Lebensabschnitt schafft, kann das zu psychischen Problemen führen.
- Wenn das Kurzzeitgedächtnis nachlässt, versuchen alte Menschen, ihr Leben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen, indem sie auf frühere Erinnerungen zurückgreifen. Wenn die Sehstärke nachlässt, sehen sie mit dem Inneren Auge. Wenn ihr Gehör immer mehr nachlässt, hören sie Klänge aus der Vergangenheit.

*„Ich weiß nicht, was oder wie ich etwas verändern sollte bei einem Mitmenschen. Vielleicht sind wir eines Tages fähig, die Menschen auf diese andere Weise zu sehen und wir werden erkennen, dass es keinen Weg gibt, sie zu verändern. Was wir verändern können, ist die Wahrnehmung von ihnen."*

C. Castaneda

- Schmerzliche Gefühle, die ausgedrückt, anerkannt und von einer vertrauten Pflegeperson validiert werden, werden schwächer. Schmerzliche Gefühle, die man ignoriert und unterdrückt, werden immer stärker.
- Einfühlung und Mitgefühl führen zu Vertrauen, verringern Angstzustände und stellen die Würde wieder her.

### d. Ziel der Validation

Naomi Feil hat dies in ihrem ersten Buch „Validation - ein Weg, die Begleitung eines altersverwirrten Menschen zufrieden zu gestalten" mit folgender Zielsetzung erklärt: „Das Selbstwertgefühl des alten Menschen wieder herstellen, Stress abbauen (das gilt für Pflegende und für Gepflegte), ein gelebtes Leben rechtfertigen, Konflikte aus der Vergangenheit lösen helfen, die Kommunikation der Beteiligten (die Körpersprache mit einbezogen) verbessern und die Anwendung von Zwangsmitteln reduzieren."

### e. Validations-Techniken

- **Zentrieren**
  - prüfen, ob ich als Validierender momentan in der hierzu notwendigen Verfassung bin
  - Leermachen, die eigenen Emotionen loslassen
  - sich auf den dementen Bewohner einstellen, sich einfühlen

- **W-Fragen stellen**
  - Wer, was, wo, wann, wie, ...?
  - aber niemals „Warum?"
  - nach dem Gegenteil fragen
  - nach Extremen fragen

- **aufrichtiger Blickkontakt**

- **mit deutlicher, tiefer u. liebevoller Stimme sprechen**

- **Körperkontakt**
  - wird im frühen Stadium häufig abgelehnt
  - wird später als angenehm empfunden
  - Berührungen wecken Erinnerungen (zum Beispiel erinnert Streicheln an die Mutter)

- **Wiederholen**
  - gleiche Worte, aber **bestätigender** oder **fragender** Unterton

- **Gesagtes verdeutlichend umschreiben**
  - Kernaussage wiederholen
  - biografiebezogene Schlüsselworte verwenden

- **Rückblicken**
  - über die Vergangenheit reden heißt, sie zu aktualisieren
  - Fragen zur Vergangenheit stellen

- **Mehrdeutigkeit**
  - Dinge unbestimmt benennen: es, sie, etwas
  - gibt Raum, das auszudrücken, was im anderen vorgeht

- **Spiegeln**
  - auf die Körpersprache achten
  - die selbe Haltung oder Körperspannung annehmen
  - nicht nachäffen, sonst fühlt sich der Gespiegelte verspottet
  - respektvolles Spiegeln bedeutet: den anderen ernst nehmen und ihn verstehen

- **das Verhalten mit den Gefühlen und unerfüllten menschlichen Bedürfnissen in Verbindung bringen**
  - Demente wollen ihre Gefühle äußern, während ein anderer ihnen zuhört und die Gefühle benennt
  - verbalisierte Gefühle belasten weniger

**Es war nur ein sonniges Lächeln, es war nur ein freundliches Wort, doch scheuchte es lastende Wolken und schwere Gedanken fort."**

Hedwig v. Redern

*Selig, die nicht sagen: ‚Das habe ich schon zweimal erzählt', und auch ein drittes Mal zuhören. Selig, die es verstehen, alte Erinnerungen in mir zu wecken und auch von den Ereignissen des heutigen Tages berichten. Selig, die mir zeigen, dass ich geliebt, geachtet und nicht alleingelassen bin. Selig, die in ihrem Gutsein meinen Tag aufhellen, in der Nacht – wenn nötig – bei mir wachen und mir nahe bleiben auf dem Weg in das ewige Leben."*

Sinnspruch aus Afrika

## II. Biografiearbeit

Die Identität eines Menschen resultiert aus seiner Biografie. Einen alten, dementen Menschen wirklich zu verstehen, gelingt nur, wenn man seine Lebensgeschichte kennt. Nicht aus reiner Neugier oder um ihn zu analysieren, sondern, um ihn zu verstehen und ihm leichter in seine innere Welt folgen zu können.
Das Langzeitgedächtnis eines Demenzkranken bleibt am längsten intakt; er besinnt sich auf die Zeit, in der er ein kompetentes Leben geführt hat: wo lebensnotwendige Tätigkeiten den Lebenssinn ausmachten, wie zum Beispiel Hausarbeit verrichten, Gartenarbeit, Reparaturen, und wo bestimmte Musik, Mode, Politik, Sitten und Gebräuche die Generation geprägt haben.

Das biografische Wissen, das die Pflegemitarbeiter im Lauf der Zeit sammeln, erleichtert das Verständnis für die Bewohner und deren innere Situation und fließt in die tägliche Arbeit mit dementen Menschen ein. Das Personal gewinnt Informationen über Persönlichkeit, Gewohnheiten, früheres Leben und soziale Tätigkeiten. Besonders wichtig sind die Informationen, die einen emotionalen Einfluss hatten.

Um das biografische Wissen zu ermitteln, werden Auslöser wie Fotos, alte Zeitungen, Musik, liebgewordene Gegenstände, Briefe u.ä. eingesetzt.
Wichtig sind vor allem die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und ein ausführliches Erarbeiten des Biografiebogens.

Das Erstellen der Biografien ist ein dynamischer Prozess, der nie abgeschlossen ist.

## III. Basale Stimulation

„Basale Stimulation macht aus uns keine besseren Menschen, aber sie hilft uns, das Menschliche lebenswerter zu machen."

M. Goßen

Die basale Stimulation ist eine pflegetherapeutische Möglichkeit, um wahrnehmungsbeeinträchtigte Menschen zu fördern. Es geht darum, die Sinne bewusst und kreativ zu stimulieren. Der demente Mensch soll wieder mehr ein Gefühl von sich selber bekommen, um so Missempfindungen abbauen zu können.
Bei der basalen Stimulation werden alle Sinne gezielt angesprochen:

- Fühlen: Einreibungen, Massagen, Waschungen, zärtliche Berührungen
- Sehen: Bilder, Fotos, Briefe mit alter Schrift
- Hören: Musik, Klänge, beruhigende Stimmen
- Riechen: Duftöle, Gewürze, Blumen
- Schmecken: Obst nach Jahreszeit, Gewürze, selbstgekochter Karamell

Die basale Stimulation ist ein offener Ansatz, der Veränderungen, Weiterentwicklungen und neue kreative Ideen der Anwender integrieren kann und soll.

## IV. Snoezelen

Das Wort „Snoezelen" ist ein Kunstwort, das von zwei Zivildienstleistenden in der niederländischen Behinderteneinrichtung „Haarendael" entwickelt wurde. Es setzt sich aus den Wörtern „snuffelen" (schnüffeln, schnuppern) und „doezelen" (dösen, schlummern) zusammen und hat Ähnlichkeit mit dem englischen Wort „to snooze" (ein Nickerchen machen, die Zeit vertrödeln).

Unter Snoezelen verstehen wir das bewusst ausgewählte Anbieten primärer Reize in einer angenehmen Atmosphäre. Snoezelen ist eine primäre Aktivierung demenzerkrankter Menschen – vor allem auf sinnliche Wahrnehmung und Erfahrung gerichtet – mit Hilfe von Licht, Geräuschen, Musik, Gefühlen, Gerüchen und dem Geschmackssinn. Snoezelen schafft angenehme Erlebnismöglichkeiten in dafür speziell eingerichteten Snoezel-Räumen bzw. Snoezel-Ecken.

## V. Sinnvolle Beschäftigung

Die Alltagsstrukturierung für demenziell Erkrankte sollte sich auch an vertrauten Tätigkeitsbereichen orientieren, wie zum Beispiel an Haushaltsarbeiten, Essensvorbereitung, Gartenarbeit, Wäschepflege, Putzen u.ä. Hierdurch wird eine lebensgeschichtliche Kontinuität verstärkt, die zur psychosozialen Bestätigung der Betroffenen beitragen kann. Die Erkrankten beherrschen vertraute Tätigkeiten wegen der vorhandenen Langzeitgedächtnisfähigkeiten noch relativ gut; das bietet daher die Möglichkeit, durch erfolgreiches Handeln das Selbstwertgefühl und das Wohlbefinden zu stärken.

# 7. Architektur und Wohnraumgestaltung

„Nicht da ist man daheim, wo man seinen Wohnsitz hat, sondern da, wo man verstanden wird."

Christian Morgenstern

Die räumlichen Gegebenheiten für die Lebensbezüge demenziell erkrankter Menschen werden durch zwei Dimensionen bestimmt: Sie müssen schützende bzw. prothetische Elemente und anregende bzw. therapeutische Elemente aufweisen. In der Verflechtung beider Strategien zu einer dementenspezifischen Architektur und Wohnraumgestaltung liegt der Schlüssel für die Gestaltung eines Milieus, das sowohl die Erkrankten als auch die Pflegemitarbeiter effektiv im Sinne der Qualität der Versorgungsleistungen nutzen können.

Eine einfache Raumstruktur, viel Tageslicht und kleine Wohngruppen, schaffen ein überschaubares Milieu für die demenziell erkrankten Menschen. Diese Überschaubarkeit erleichtert zudem eine bessere Übersicht des Personals über die räumlichen Gegebenheiten, d.h. über den Aufenthalts- und Bewegungsbereich der Bewohner. Hiermit soll ein Mehr an Sicherheit erreicht werden – zum Beispiel durch eine gute Kontrollmöglichkeit der Ausgänge. Diese sollen nicht völlig verschlossen werden, um bewohner-orientiert den Aktionsradius eines jeden Einzelnen flexibel handhaben zu können.

Ausreichende barrierefreie Wege, die ein geringes Selbstgefährdungspotenzial aufweisen, bieten eine sichere Möglichkeit für Bewegung. Ständiges Hin- und Hergehen stellt ein vorherrschendes Handlungs- und Aktivitätsmuster der Dementen dar. Dieses Bedürfnis sollte nicht unterdrückt werden. Die räumliche Konzeption sollte diese Aktivität ermöglichen. Bewegung ist für viele Demenzkranke die einzige Tätigkeit, die sie selbstständig und aus eigenem Antrieb kompetent realisieren können. Die Betroffenen können sich hier noch als autonom erleben.

Überforderungssituationen gilt es zu vermeiden. Als problematisch erweisen sich zum Beispiel komplizierte Wegstrukturen, ferner „Sackgassen". Auf diese können Betroffene nicht situationsangemessen reagieren. Deshalb stellt sich leicht ein Gefühl des „Sich-verirrt-habens" an diesen Orten ein. Das wiederum ruft Angst- und Unruhezustände hervor. Dem kann man u.a. durch Endlos-Flure begegnen.

Eine Anbindung der Wohngruppe an ein angrenzendes Freigelände (eingefriedeter Gartenteil mit Rundwegen) erweitert den Lebensbereich durch den direkten Natur- und Außenbezug entscheidend. Naturbezug, der zusätzlich innerhalb der Einrichtung durch Pflanzen und Kleintiere hergestellt werden kann, gilt als ein besonders wichtiges Stimulierungselement.

Des Weiteren wird angestrebt, dem demenziell erkrankten Menschen in einem überschaubaren Rahmen Gefühle der Sicherheit, Geborgenheit und des Heimisch-Seins zu ermöglichen. Um dies zu erreichen, wird Raum für individuelle und wohnliche Gestaltung gegeben (eigene Möbel, Teppiche u.ä.). Familienähnliche kleine Wohngruppen, eine lebensgeschichtlich-biographisch orientierte Einrichtung und Möblierung mit altbekannten Gebrauchsgegenständen sollen Vertrautheit und Kontinuität schaffen. Private Räume geben die Möglichkeit, sich zurückzuziehen. Sie vermeiden zudem eine gegenseitige Beeinträchtigung der Bewohner.

Um die eingeschränkte Kompetenz zur Regulierung bzw. Kontrolle von Reizüberflutung zu vermeiden, wird die Umwelt sowohl akustisch als auch visuell entsprechend gestaltet. Empfohlen wird eine helle (mind. 500 Lux), nicht blendende, möglichst natürliche Beleuchtung, denn Dunkelheit und Zwielicht führen zu Verwirrung, Angst und Fehlverhalten.

Bei der farblichen Gestaltung der Räumlichkeiten sollten Pastelltöne allzu bunten Farben vorgezogen werden. Auf Muster u.ä. (vor allem im Boden) sollte man verzichten – sie können zu Verkennungen führen und als Hindernisse wahrgenommen werden. Auch Bilder, Wanduhren und Gardinen können als stimulierendes und anregendes Element eingesetzt werden.

Einer akustischen Überreizung soll man durch Ausschluss von hohen Geräuschpegeln und verschiedenen Reizquellen, wie Radio, Telefon oder Fernsehen, entgegensteuern. Mit Hilfe von Musik können erwünschte vorherrschende Stimmungen verstärkt und unterstützt werden oder bestimmte emotionale Verfassungen einfach nur aufgegriffen und abgebildet werden. Musik kann außerdem beruhigen, animieren und aktivieren. Wichtig ist, dass die Musik beiläufig und unaufdringlich eingebracht wird. Vermieden werden soll eine ständige, überfordernde und reizende „Dauerberieselung".

Die räumliche Umgebung der dementen Bewohner soll neben der schützenden eine ebenso anregende Funktion haben, um Unterstimulierung zu vermeiden. Bereits genannt wurden diesbezüglich die Bedeutung des Naturbezugs und der Musik.

Allgemein sollte das Personal im räumlichen Milieu sowohl Anregung zur Eigenbeschäftigung als auch zu Gruppenaktivitäten geben. Eine milieutherapeutische Aufgabe besteht in der gezielten Darbietung von Beschäftigungsmöglichkeiten, die den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohner angepasst sind. Elemente mit hohem Vertrautheits- und Aufforderungscharakter (wie zum Beispiel Regale mit Wäsche und Küchenutensilien, Kommoden, Schreibtische, Garderoben mit Hüten und Mützen, Kleintiere oder Aquarien, Fenster mit interessanten Ausblicken) sollen zum Beobachten, Agieren und Tasten anregen, Kompetenzen aktivieren und fördern sowie selbstbestimmtes Handeln ermöglichen.

Die räumliche Umgebung muss die Voraussetzungen für die Aufnahme sozialer Kontakte und die freiwillige Teilnahme an Gruppenbeschäftigungen bieten. Erreicht werden soll dies durch großzügige interaktionsfördernde Kontakt- und Gemeinschaftszonen (Wohnküche) und durch Gruppen- und Gemeinschaftsräume, in die sowohl die Bewohner als auch das Personal einsehen können.

### Zusammenfassung der Komponenten für eine dementenspezifische Architektur und Wohnraumgestaltung:

- Sichere und barrierefreie Wanderwege (Rundwanderwege), die möglichst mit unterschiedlichen Anregungen zur Selbstbeschäftigung oder Beobachtung ausgestattet sind.
- Überschaubare Wohngruppen, die ein Maß an institutionsferner Wohnlichkeit in der Raumstruktur und Möblierung aufweisen: Kleine Einzelzimmer sind um einen wohnküchenähnlichen Gemeinschaftsbereich gruppiert, der Zugang zu einem größeren Wanderweg besitzt.
- Kontrolle über die Ausgänge der Wohngruppe (Abschluss, elektronische Sicherungsanlage etc.); die Ein- und Ausgänge sollten aus Gründen psychosozialer Entlastung für die Bewohner möglichst versteckt bzw. kaum wahrnehmbar platziert sein.
- Zugang zu einem eingefriedeten Außenbereich.
- Wegefindende Raumgliederung und Orientierungshilfen, die ein Verlaufen im Wohnbereich erschweren.

Die genannten Raumstrukturen ermöglichen den Bewohnern ein großes Maß an Autonomie, sie geben Gelegenheit zu sozialen Kontakten und Begegnungen, und sie bieten Raum für Eigenbeschäftigungen und Gruppenaktivitäten.

Das Pflegepersonal profitiert von diesen Räumlichkeiten, da sie leicht einsehbar und überschaubar gestaltet sind. Des Weiteren sind sie nach dem Prinzip der Nähe konzipiert, das sich u.a. an der Erhöhung der Kontaktdichte zwischen Pflegepersonal und Bewohner äußert.

# 8. Schulungskonzept

## I. Heimleitung

Es ist wünschenswert, dass sich die Heimleitung zur Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst zum Thema Demententbetreuung umfassend informiert.

## II. Pflegedienstleitung und Wohngruppenleitung

Pflegedienstleitung und Wohngruppenleitung müssen umfassende Kenntnisse zur Pflege und Betreuung Demenzerkrankter haben und an entsprechenden Fort- bzw. Weiterbildungen (siehe III.) teilgenommen haben.

## III. Mitarbeiter im Pflege- und Betreuungsdienst

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Altenhilfeeinrichtungen und gerontopsychiatrischen Wohngruppen des Barmherzige Brüder Trier e.V., welche mit der speziellen Aufgabe der Betreuung und Pflege demenzerkrankter Menschen beauftragt sind, müssen mehrtägige Schulungen mit folgenden Inhalten besuchen:

### 1. Biografiearbeit und Erinnerungspflege

**Ziele / Inhalte:**

- Allgemeine Ziele für die Arbeit mit dementen Menschen
- Vorstellung des biografischen Ansatzes
- Biografiearbeit als Basis für bewohner-orientierte Pflege
- Methoden der Erinnerungspflege
- Planung von Praxisprojekten

**Arbeitsform:**

- Impulsreferate
- Rollenspiele
- Diskussion
- Übungen zur Selbsterfahrung

## 2. Biografisch orientierte Milieugestaltung

**Ziele / Inhalte:**

- Vortrag zum geschichtlichen Hintergrund: die 20er bis 50er Jahre, regionale Besonderheiten
- Milieugestaltung am Beispiel modellhafter Einrichtungen für demente Menschen
- Vertiefung zur Biografiearbeit: Instrumente und Methoden zur Erstellung und Dokumentation einer Lebensgeschichte
- Planung von Praxisprojekten

**Arbeitsform:**

- Impulsreferate
- Praxisprojekte
- Diskussion
- Besuch einer vorbildlichen Dementeneinrichtung außerhalb unseres Verbundes

## 3. Demenztheorie und Krankheitsverständnis

**Ziele / Inhalte:**

- Die vier Stadien der Desorientierung
- Erarbeiten von Fallbeispielen zu verschiedenen Stadien der Demenz
- Demenztheorie und Krankheitsverständnis
- Entstehungsfaktoren und Formen der Demenz
- Medizinisches Hintergrundwissen zur Demenz und damit einhergehene Einbußen der Gedächtnisleistungen

**Arbeitsform:**

- Vortrag
- Diskussion
- Fallbeispiele

## 4. Grundlagenseminar Validation

**Ziele / Inhalte:**

- Die Prinzipien der Validation
- Erlernen von Validationstechniken

- Planung von Praxisprojekten
- Workshop-Einheit zur Planung tagesstrukturierender Maßnahmen

**Arbeitsform:**

- Impulsreferate
- Rollenspiele
- Praxisprojekte

### 5. Rechtliche Aspekte in der Arbeit mit dementen Menschen

**Ziele / Inhalte:**

- Betreuungsrecht, Aufsichtspflicht, freiheitsentziehende Maßnahmen
- Welche Konsequenzen sollten für die praktische Arbeit gezogen werden, um den rechtlichen Anforderungen gerecht zu werden?
- Maßnahmenplanung zur Umsetzung in die Praxis
- Thematisierung der Frage: Wo beginnt Gewalt in der Pflege?

**Arbeitsform:**

- Vortrag
- Information
- Diskussion

### Darüber hinaus sollten folgende Schulungen besucht werden:

- Basale Stimulation
- Kinästhetik
- Aromatologie
- Beschäftigung und Tagesgestaltung für demente Menschen

## IV. Hauswirtschaftskräfte und andere Berufsgruppen

Hauswirtschaftskräfte und andere Berufsgruppen, die in regelmäßigem Kontakt mit dementen Bewohnern stehen, sollten Grundkenntnisse über das Krankheitsbild Demenz und entsprechende Umgangsformen (Validation) haben.

# Literatur


- **Becker, Jutta:** Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn – Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen; afw Arbeitshilfe Demenz II, 2. Aufl. 5/2000.
- **Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (Hrsg.):** Stationäre Versorgung von Alzheimer-Patienten – Leitfaden für den Umgang mit demenzkranken Menschen, 3. Aufl. 2001.
- **Dürrmann, Peter (Hrsg.):** Besondere stationäre Dementenbetreuung; Vincentz-Verlag, Hannover 2001.
- **Dürrmann, Peter:** Rahmenbedingungen der gerontopsychiatrischen Versorgung – Auszug aus dem Konzept des Seniorenpflegeheims Polle; 3/2000.
- **Egidius, Ulrike:** Alzheimer Forum – Ausgewählte Behandlungsansätze in der Arbeit mit demenziell erkrankten alten Menschen aus sozialpädagogischer Perspektive, 12/1997 (www.alzheimer-forum.de).
- **Feil, Naomi:** Validation in Anwendung und Beispielen – Der Umgang mit verwirrten alten Menschen; Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel 1999.
- **Kirchen-Peters, Sabine:** Früher waren Demenzkranke unter meiner Würde – Bestandsaufnahme der Versorgungssituation Demenzkranker am Beispiel des Landkreises Saarlouis; iso Saarbrücken, 9/2000.
- **Lind, Dr. phil. Sven:** Alzheimer Forum – Konzeptionen psychogeriatrischer Pflege und Betreuung in den Heimen (www.alzheimer-forum.de).
- **Müller, Dagmar:** Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen (thema 151); Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1999.
- **Neue Wohnformen für demenziell Erkrankte:** VHS – Video; Vincentz-Verlag, Hannover 2001.
- **Osborn, Caroline / Schweitzer, Pam / Trilling, Angelika:** Erinnern – Eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen; Lambertus-Verlag, Freiburg 1997.
- **Sträßer, Hans und Cofone, Marcello (Hrsg.):** Innovativer Umgang mit Dementen – Strategien, Konzepte und Einrichtungen in Europa; Demenzverein Saarlouis, 5/2000.
- **Tackenberg, Peter und Abt-Zeglin, Angelika (Hrsg.):** Demenz und Pflege – Eine interdisziplinäre Betrachtung; Mabuse-Verlag, Frankfurt 2000.
- **Verband katholischer Heime und Einrichtungen der Altenhilfe in Deutschland e.V. (Hrsg.):** Kompetent für Verwirrte – Eine Herausforderung zukünftiger Altenhilfe; Dokumentation der 12. Bundestagung 1997.

# Impressum

Herausgeber:
Barmherzige Brüder Trier e.V.
Nordallee 1
54292 Trier

Satz und Gestaltung:
Brigitta Disseldorf
Werbeagentur Marco Nottar
Trier

1. Auflage, September 2002

© Barmherzige Brüder Trier e.V.

# Begleitung in einer anderen Welt

Barmherzige Brüder Trier e.V.
Nordallee 1 · 54292 Trier