



öifam

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN  
Schule für medizinische Assistenzberufe

A- 9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 34, [www.allmed.at](http://www.allmed.at)

Leitung: Dr. Wilfried Tschiggerl

ZVR-Zahl: 477634321

# **Demenz**

## **Wertschätzende Begegnung**

**Welche Maßnahmen führen zu einer  
gelingenen Interaktion zwischen  
Pflegeassistenten und an Demenz  
erkrankten Menschen?**

Maria Eva Grollmusz

Datum 03.04.2017

DPGKP Federico Harden  
Akademisch geprüfter Lehrer  
für Gesundheitsberufe

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis: .....	IV
Vorwort .....	1
1. Berufsgruppe Pflege .....	3
1.1 Definition Krankenpflege .....	3
1.2 Berufsbild lt. § 82, § 83 der GuKG Novelle 2016 Pflegeassistenz .....	4
2. Demenz .....	5
2.1 Definition Demenz nach ICD-10 WHO 2016 .....	6
2.2 Demenzformen nach ICD-10 WHO 2016 .....	6
2.3 Primäre und sekundäre Demenzformen .....	10
2.3.1 Lewy-Body-Demenz .....	11
2.3.2 Frontotemporale Demenz (FTD) .....	12
2.3.3 Die Alzheimererkrankung .....	12
2.3.4 Krankheitsbild der Demenz vom Alzheimertyp .....	14
2.3.5 Ursachen .....	16
2.3.6 Diagnostik .....	16
2.3.7 Prävention .....	17
2.4 Pseudodemenzen .....	17
2.5 Medikamentöse Behandlungsform .....	19
2.6 Zusammenfassung Demenz .....	19
3. Das Integrative Pflegekonzept .....	20
3.1 Biografiearbeit, wozu? .....	22
3.2 Pflegedokumentation .....	24
3.3 Pflegerische Ziele zum Integrativen Pflegeprozess .....	24
4. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz .....	25
4.1 Die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen .....	26
4.2 Behandlungsformen herausfordernden Verhaltens .....	28
5. Erlebensorientierte Betreuungs- und Pflegemodelle .....	30

5.1 Validation .....	30
5.1.1 Grundprinzipien der Validation .....	31
5.1.2 Die vier Phasen im Stadium der Aufarbeitung .....	32
5.1.3 Validationstechnik .....	33
5.1.4 Ziele der Validation .....	34
5.2 „Ein Lächeln im Vorübergehen“ Das Mäeutische Pflegemodell .....	34
5.2.1 Vom Unbewussten zum Bewussten mit Hilfe der Mäeutik.....	36
5.2.2 Ziele des Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells .....	36
5.3 Integrative Validation .....	38
5.3.1 Ziele der Integrativen Validation .....	39
5.4 Spezielle validierende Pflege .....	41
5.4.1 Ziele der speziell validierenden Pflege .....	41
5.4.2 Sensorische Stimulation .....	42
6. Wenn Pflege zur Qual wird .....	44
6.2 Begegnung zwischen Anspruch und Beanspruchung .....	48
7. Zusammenfassung .....	49
Abbildungsverzeichnis .....	52
Tabellenverzeichnis .....	52
Literaturverzeichnis .....	53
Internetquellen:.....	54

### Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Fachbereichsarbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre weiters, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Diese Fachbereichsarbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Fachbereichsarbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

(Unterschrift)

Laubendorf, 03.04.2017

Im Sinne des Gender Mainstreaming weise ich darauf hin, dass ich mich bemüht habe, wo immer es ging, den Grundsätzen der sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter zu entsprechen, ohne die Lesbarkeit des Textes zu erschweren.

## Abkürzungsverzeichnis:

<b>BMFB</b>	Bundesministerium für Bildung und Forschung
<b>FTD</b>	Frontotemporale Demenz
<b>ICD</b>	International Classification of Disease
<b>IVA</b>	Integrative Validation
<b>ÖÄZ</b>	Österreichische. Ärztezeitung
<b>SDAT</b>	Senile Demenz Alzheimer Typ
<b>GDS</b>	Global Deterioration Scale
<b>IKP</b>	Integratives Pflegekonzept

## Vorwort

Lebensbereicherung durch die Begegnung mit alten Menschen! Diese Erfahrung nehme ich in meiner langjährigen Tätigkeit als Ordinationsassistentin mit dieser Personengruppe täglich wahr. Mein Tätigkeitsbereich und die bestehende Zusammenarbeit mit Pflegeassistenten und Pflegekräften des gehobenen Dienstes, meine persönliche Erfahrung im Umgang mit an Demenz erkrankten Angehörigen (Vater und Schwiegermutter) sowie die anfängliche persönliche Ratlosigkeit und Überforderung im Umgang mit meinen Angehörigen haben mich inspiriert, diese Fachbereichsarbeit zu verfassen. Während meiner ehrenamtlichen Mitarbeit als Leiterin der Selbsthilfegruppe für Alzheimerangehörige in Oberkärnten, konnte ich Wissen über die Demenz vom Alzheimertyp, ihren Verlauf und die daraus resultierende Problematik der Betroffenen und ihrer Angehörigen sammeln. Aufgrund dieser Erfahrungswerte versuchten wir, innerhalb der Selbsthilfegruppe Möglichkeiten zu finden, um betroffene Angehörige so lange wie möglich zu Hause betreuen zu können. Wertschätzender und respektvoller Umgang standen hierbei immer im Vordergrund. Positive Reaktionen konnten die Gruppenmitglieder erfahren, die ihre Angehörigen mit ihrer Erkrankung akzeptierten, ihnen, trotz größer werdender kognitiver Defizite, Halt, Liebe, Wärme, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln konnten sowie ein liebevolles und verständnisvolles Altern in Würde ermöglichten.

Meine Fachbereichsarbeit enthält einen medizinischen Teil zum Thema Demenz: Fünf Pflege- und Betreuungsmodelle, die speziell für an Demenz erkrankte Menschen geschaffen wurden (Best Practice Modelle), werden ansatzweise beschrieben. Eine Feldstudie, die in deutschen Pflegeheimen durchgeführt wurde, zeigt auf, dass Pflegekräfte, und hiermit sind in dieser Fachbereichsarbeit alle in der Pflege tätigen Kräfte miteingeschlossen, sich noch immer nicht ihres Stellenwertes in der Gesellschaft bewusst sind und teilweise unter Bedingungen arbeiten, die von Menschen geschaffen werden, deren Denken gewinnorientiert ausgerichtet ist. Pflege wird immer mehr zum Geschäft, das Ergebnis sind teilweise überforderte und ausgebrannte Pflegekräfte. Leidtragende sind hilflose alte Menschen, die situativ mit herausforderndem Verhalten reagieren. Die Beantwortung der Forschungsfrage mit Lösungsansätzen ist im Schlussteil dieser Fachbereichsarbeit verankert.

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die meine Arbeit begleitet haben und mir gutes Gelingen und Zuversicht für ihre Entstehung zugesprochen haben, besonders Frau Mag. Karin Grollitsch und Herrn DPGKP Federico Harden.

## 1. Berufsgruppe Pflege

In den nächsten Jahren kommt auf die gesamte Gesellschaft, vor allem aber auf alle im medizinischen Bereich tätigen Berufsgruppen wie z.B. Ärzte, Pflegekräfte,<sup>1</sup> Ordinationsassistenten, Therapeuten, soziale Dienste usw. sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich eine große Verantwortung und Aufgabe zu. Keine Berufsgruppe ist mehr mit den Auswirkungen der Erkrankung Demenz beschäftigt, keine hat mehr Nähe zu Betroffenen und bekommt Zutritt zu ihrer Privatsphäre, als diese. Aber auch niemand kann Außenstehenden die Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit dieser kranken Menschen eindringlicher ins Bewusstsein bringen, als jene, die sie betreuen. Schon heute kämpft die Berufsgruppe Pflege rund um den an Demenz erkrankten Menschen mit Nachwuchssorgen. (Vgl. v. d. Kooij 2012, S. 123)

### 1.1 Definition Krankenpflege

„Die einzigartige Aufgabe der Krankenpflege ist es, dem Einzelnen, krank oder gesund, bei der Durchführung jener Tätigkeiten zu helfen, die zur Gesundheit oder Rekonvaleszenz (oder einem friedlichen Tod) beitragen, die er ohne Hilfe selbst durchführen würde, wenn er die dazu notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte.“ (Riedl 2006, S. 21)

Maria Riedl bezieht sich hier auf Virginia Henderson (1897-1996), einer amerikanischen Krankenschwester und Pflege-theoretikerin, und fügt noch hinzu, dass die Pflege unabhängig vom Alter, der Diagnose, der sozialen Herkunft und der religiösen Einstellung stattfinden muss. (Vgl. Riedl 2006, S. 21)

Im neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2016 lautet die Definition folgend: „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der

---

<sup>1</sup> Im Rahmen dieser FBA –Fachbereichsarbeit, werden alle in der Pflege tätigen Kräfte, auch der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, als Pflegekräfte bezeichnet. Ebenso werden nach Gender-Mainstreaming beide Geschlechter als Bewohner, Klient, Patient bzw. Assistenten und Therapeuten bezeichnet



höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.“ §12(2) Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2016 (GuKG 2016).

In keinem Pflegeberuf ist die Fluktuationsrate so hoch wie in der Altenpflege. Brigitte Scharb beschreibt in ihrem Buch über spezielle validierende Pflege die Missverständnisse, die in der Gesellschaft über geriatrische Betreuung vorherrschen. Nach wie vor gelte die Meinung, dass jede/r geeignet sei, alte Menschen zu pflegen, unabhängig von bisherigen Tätigkeiten. Scharb hält diese Sichtweise nicht nur für falsch, sondern sogar für gefährlich, denn sie führe dazu, dass hilfsbedürftige alte Menschen nicht bedürfnisorientiert versorgt werden. Sie sieht die geriatrische Pflege als Kunst, denn um sie richtig einsetzen zu können, bedarf es besonderer Qualifikationen und die Bereitschaft, aus Erfahrung zu handeln und neues Wissen zu erwerben. Zu den Grundvoraussetzungen zählt hier die Empathie, das heißt, sich auf sein Gegenüber und dessen Gefühlswelt einzulassen, einfühlsam zu sein, aber ohne mitleiden. Scharb ist der Meinung, geriatrische Pflegeprozesse nicht nur körperorientiert auszurichten, sondern dass maßgeblich auch die individuellen und psychosozialen Grundbedürfnisse der an Demenz Erkrankten zu berücksichtigen sind (vgl. Scharb 2005, S.1; 82).

Nachfolgend wird das Tätigkeitsfeld der Pflegeassistenten beschrieben.

## **1.2 Berufsbild lt. § 82, § 83 der GuKG Novelle 2016 Pflegeassistentenz**

„Pflegeassistentenberufe [4] sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe zur Unterstützung von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege sowie von Ärzten.“ (GuKG 2016, § 82) Der Tätigkeitsbereich der Pflegeassistentenz umfasst die Durchführung und Mitwirkung folgender Aufgaben bei Therapie und Diagnostik (vgl. ebd., § 83 [...4]):

1. „Verabreichen von lokal, transdermal sowie über Gastrointestinal- und/oder Respirationstrakt zu verabreichende Arzneimitteln,
2. Verabreichung von subkutanen Insulininjektionen und subkutanen Injektionen von blutgerinnungshemmenden Arzneimitteln,
3. standardisierte Blut-, Harn- und Stuhluntersuchungen sowie Blutentnahme aus der Kapillare im Rahmen der patientennahen Labordiagnostik und Durchführung von Schnelltestverfahren (Point-of Care-Tests),

4. Blutentnahme aus der Vene, ausgenommen bei Kindern,
5. Durchführung von Mikro- und Einmalklistieren,
6. Durchführung einfacher Wundversorgung, einschließlich Anlegen von Verbänden, Wickeln und Bandagen,
7. Durchführung von Sondenernährung bei liegenden Magensonden,
8. Absaugen aus den oberen Atemwegen sowie dem Tracheostoma in stabilen Pflegesituationen,
9. Erhebung und Überwachung von medizinischen Basisdaten (Puls, Blutdruck, Atmung, Temperatur, Bewusstseinslage, Gewicht, Größe, Ausscheidungen) sowie
10. Einfache Wärme-, Kälte- und Lichtanwendungen.“ (ebd.)

Das weitere Tätigkeitsfeld der Pflegeassistenz umfasst die Mitwirkung und die Durchführung der vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege übertragenen Pflegemaßnahmen.

Pflegekräfte sind bemüht, eine menschenwürdige Pflege und Lebensfreude in den Pflegealltag zu bringen. Sie versuchen, durch Empathie und Wertschätzung ein Klima der Vertrautheit und des Wohlfühlens zu schaffen, in Pflegeheimen ein Zuhause. Gerade für an Demenz erkrankte Menschen ist es wichtig, Geborgenheit und Identität zu schaffen (vgl. Riedl 2006, S. 20).

Im nächsten Kapitel werden das Thema Demenz und die verschiedenen Demenzformen, ihre Symptomatik, Diagnostik und Prävention behandelt.

## 2. Demenz

Derzeit leben in Österreich ca. 100.000 an Demenz erkrankte Menschen. Bis zum Jahr 2050 ist lt. Demenzbericht 2014 vom Bundesministerium f. Gesundheit mit ca. 262.000 Demenzerkrankungen zu rechnen. Die Demenz vom Alzheimer-Typ wird davon ca. 182.600 Erkrankte betreffen (vgl. bmgf Demenzbericht 2014).

Im folgenden Kapitel werden die Demenzeinteilungen nach ICD-10 WHO Version 2016 beschrieben sowie die primär und sekundären Demenzformen.

## 2.1 Definition Demenz nach ICD-10 WHO 2016

„Die 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 Alzheimerkrankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“ (dimdi-ICD-10 WHO Version 2016, S.1 zit. nach ebd.)

Schon sehr früh findet sich in der Literatur der Begriff Demenz, der bereits 25 v. Christus mit der Bezeichnung „des Verstandes beraubt“ beschrieben wird (vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 1). Auch in der römischen Literatur 60 bis 140 n. Christus werden die Symptome der Demenz folgendermaßen beschrieben: „Aber noch schlimmer als sämtlicher Glieder Gebrechen ist die Demenz, bei der man selbst die Namen der Sklaven, die Miene des Freundes nicht mehr erkennt, der in vergangener Nacht mit einem speiste, nicht mehr die Kinder, die man gezeugt und erzogen!“ (vgl. Maurer et al. 1993, S. 5).

Im nächsten Abschnitt wird die Einteilung der Demenzformen auch nach ICD-10 WHO Version 2016 beschrieben

## 2.2 Demenzformen nach ICD-10 WHO 2016

Da sich die Demenz in unterschiedlichen Krankheitsbildern zeigt, ist sie auch als eine Verknüpfung unterschiedlicher Störungen zu beschreiben. Kastner/Löbach sehen die Gedächtnisstörung allein nicht als maßgeblich für eine dementielle Erkrankung an. Vielmehr weisen sie darauf hin, dass Störungen wie etwa Desorientiertheit, psychische und körperliche Veränderungen, im zeitlichen Ablauf für mindestens 6 Monate zusammengefasst werden müssen, um eine Ätiologie (zugrundeliegende Erkrankung) feststellen zu können. Außerdem müssen biographische, soziale und genetische Faktoren mitberücksichtigt werden (vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 9f). Auch Krämer schließt sich dieser Meinung an und

verweist auf die internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD – International Classification of Diseases), in der maßgeblich für die Verdachtsdiagnose Demenz der kognitive Verfall und die Abnahme der täglichen Routineabläufe wie Arbeitsfähigkeit und Alltagsaktivitäten sind. Wobei auch hier ein schleichender Beginn und ein langsames Fortschreiten der Erkrankung Berücksichtigung finden (vgl. Krämer 2000, S. 38). Lt. WHO werden die Demenzformen folgendermaßen unterteilt:

**F00** Demenz bei Alzheimer-Krankheit

**F01** Vaskuläre Demenz

**F02** Demenz bei anderorts klassifizierten Krankheiten (vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016)

**F00** „**Demenz bei Alzheimerkrankheit**“: primär degenerativ, unbekannter Ursache, mit Merkmalen wie schleichendem Beginn aber stetiger Weiterentwicklung des kognitiven Defizites über mehrere Jahre. (vgl. ebd.)

**F00.0** „**Demenz bei Alzheimer Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)**“: Beginn vor dem 65. Lebensjahr mit raschem Verlauf

- Alzheimer Krankheit Typ 2
- Präsenile Demenz vom Alzheimerstyp
- Primär degenerative Demenz vom Alzheimerstyp mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr (vgl. ebd.)

**F00.1** „**Demenz bei Alzheimer Krankheit mit spätem Beginn (Typ 1)**“: Beginn nach dem 65. Lebensjahr, meist später, geprägt mit Merkmalen wie Gedächtnisstörungen und einer langsamen Verlaufsform der Erkrankung.

- „Alzheimer Krankheit Typ 1
- Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, seniler Beginn
- Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT)“ (vgl. ebd.)

**F00.2** „**Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form**“:

- „Atypische Demenz vom Alzheimerstyp“ (vgl. ebd.)

**F01 „Vaskuläre Demenz“:** bei vaskulärer Erkrankung, einschließlich Hypertonie, mit kleinen Infarkten, meist im späteren Lebensalter, inkl. arteriosklerotische Demenz sowie mikropathologischen Gefäßveränderungen durch Diabetes mellitus (vgl. Schmid/Zarfl 2016, S. 25).

**F01.0 „Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn“:** meist infolge mehrerer oder eines massiven Schlaganfalles, Blutung oder thrombotischem Geschehen (vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016).

**F01.1 „Multiinfarkt-Demenz“:** nach mehreren vorübergehenden transischämischen Attacken (TIA) (Durchblutungsstörung des Gehirns) vorwiegend in der Hirnrinde, mit Symptomen der Gedächtnisstörung (vgl. ebd.).

**F01.2 „Subkortikale vaskuläre Demenz“:** ausgehend durch Hypertonie und Marklagerschäden der Gehirnhälften, bei intakter Hirnrinde. (vgl. ebd.)

**F01.8 „Sonstige vaskuläre Demenz“:**

Die vaskuläre Demenz wird als die zweithäufigste Demenzform beschrieben. Schmid/Zarfl beschreiben die Schwierigkeit bei der Diagnosestellung, da vaskuläre Läsionen bei älteren Patienten nicht unbedingt mit einer kognitiven Dysfunktion einhergehen müssen. Sie sind der Meinung, dass vaskuläre Veränderungen sowohl als Alzheimerpathologie, als auch als häufig auftretende Demenz-Mischformen zu betrachten seien. Um vaskuläre Erkrankungen erkennen zu können, empfehlen Schmid/Zarfl die bildgebende Diagnostik, dadurch werden Läsionen (Schädigung, Veränderung des Gewebes) und Marklagerveränderungen (weiße Substanz im Gehirn) die durch eine Kleingefäßerkrankung (Leuko-Aariose) einer Minderdurchblutung hervorgerufen werden, früh erkannt. Die Betroffenen leiden oft unter einer verlangsamten Denkstruktur, depressiven Phasen, Gangstörungen, Miktionsstörungen (Störung der Harnblasenentleerung) sowie Planlosigkeit und Desorganisation (vgl. Schmid/Zarfl 2016, S. 25).

**F02“Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten“:** hier werden Formen der Demenz beschrieben, deren Ätiologie (Ursache) nicht die Alzheimererkrankung oder eine vaskuläre Demenzform zugrunde liegen (vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016).

**F02.0 „Demenz bei Pick-Krankheit“:** progredient ähnliche Merkmale wie bei der Alzheimerkrankheit, meist familiär bedingt, tritt ab dem 5. Lebensjahrzehnt auf, Veränderungs- und Verhaltensstörungen (Enthemmung) sowie Verlust sozialer Bindungen sind hier vordergründig. Betroffen sind Stirn und Schläfenlappen, einhergehend mit Intellektverminderung, gestörten Sprach- und Gedächtnisfunktionen, Stimmungsschwankungen (Apathie und Euphorie). Auch motorische Störungen können auftreten (vgl. Krämer 2000, S. 51f; vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016).

**F02.1 „Demenz bei Creutzfeldt – Jakob Krankheit“:** progredient, betrifft das gesamte Gehirn und führt nach ein bis zwei Jahren zum Tod. Wird vermutlich durch Prionen (ansteckende eiweißhaltige Teilchen = Rinderwahn) ausgelöst. Beginn in jedem Erwachsenenalter möglich. Die Krankheit wird meist mit allgemeinen Erschöpfungszuständen, Unruhe, Schlafstörungen, verminderter Konzentration und Merkfähigkeit, epileptischen Anfällen, früh eintretenden Gangstörungen und schwammartigen Veränderungen in der Histologie beschrieben (vgl. Krämer 2000, S. 57f; vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016).

**F02.2 „Demenz bei Chorea Huntington“:** ist eine vererbare, unheilbare Erkrankung, die mit einem ausgeprägten Abbau von Nervenzellen im Gehirn beschrieben wird. Beginn meist im dritten oder vierten Lebensjahrzehnt. Dauer je nach Verlauf zwischen 10 und 15 Jahren (vgl. dimdi, ICD-10-WHO 2016).

**F02.3 „Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom“:** bildet sich im Verlauf der Parkinsonerkrankung. Wird derzeit jedoch noch ohne klinische Merkmale beschrieben (vgl. ebd.).

**F02.4. “Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]:“**  
Die Demenz entwickelt sich hier im Verlaufe der HIV-Erkrankung ohne erklärbares Auftreten weiterer Erkrankungsbilder (vgl. ebd.).

Bei einer Demenz können einzelne oder auch mehrere Gehirnareale betroffen sein. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die diversen Bereiche des Gehirns, die bei

einer Demenz betroffen sein können sowie die Abbildung der Nervenverbindungen (Neuronen) im Gehirn.



Abbildung 1 Neuron

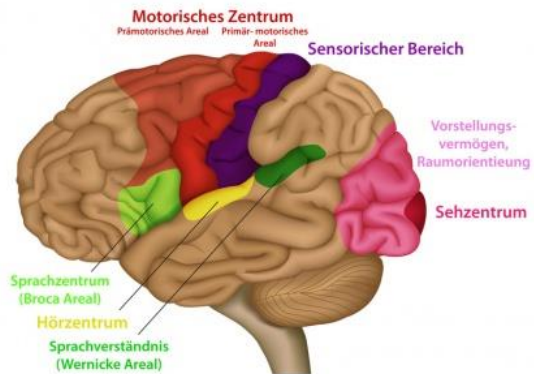


Abbildung 2 Gehirn

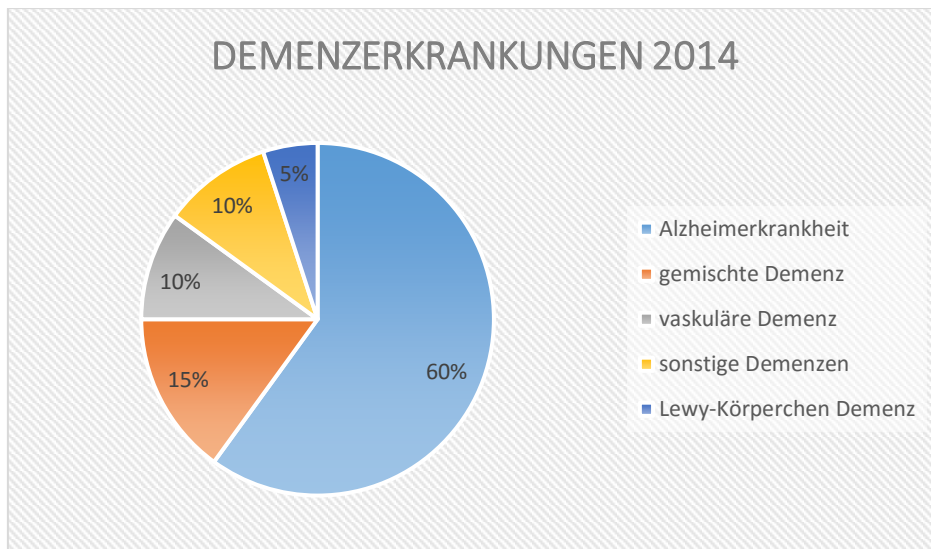
Im nächsten Abschnitt werden die primären und sekundären Demenzformen sowie die dazugehörigen Demenzerkrankungen wie Lewy-Body Demenz, Frontotemporale Demenz, Alzheimererkrankung und die sekundären, reversiblen (rückbildungsfähigen) Demenzformen beschrieben.

### 2.3 Primäre und sekundäre Demenzformen

Die Demenzformen werden in

- **primäre** und **sekundäre Demenzformen** sowie in
- **primär degenerative** (fortschreitend) und
- **nicht degenerative** Demenzformen eingeteilt.

Bei Letzteren fehlt das Merkmal der Progredienz.



*Tabelle 1 (Kastner/Löbach 2014, S. 34)*

Die **sekundären Demenzformen** werden mit Erkrankungen im Zusammenhang gebracht, die nicht primär im Gehirn entstehen. Sie werden durch äußere Einflüsse ausgelöst und werden als sogenannte rückbildungsfähigen Pseudodemenzen bezeichnet (vgl. (Kastner/Löbach 2014, S. 9; vgl. Krämer 2000, S. 39-41).

Zu den primären Demenzformen gehören die Lewy-Body-Demenz, die Frontotemporale Demenz und die Alzheimererkrankung, die im folgenden Kapitel beschrieben werden.

### 2.3.1 Lewy-Body-Demenz

**Lewy-Body-Demenz** ist progredient. Eine schleichende, aber auch rasche Verlaufsform ist möglich. Die Erkrankung macht sich durch Delir ähnliche Verwirrheitszustände bemerkbar. Charakteristische Merkmale sind Lewy-Körper und Lewy-Neuriten in höherer Dichte in der Hirnrinde sowie im Stirn- und Schläfenlappen. Die Symptome dieser Erkrankung unterliegen deutlichen Tagesschwankungen. Aufmerksamkeitsstörungen, gestörter Wort- und Gedankenfluss, Vigilanz (erhöhte Wachsamkeit) und Lethargie sind Begleitsymptome dieser Demenzform. Auffällig frühe Symptomatik, die durch Verlangsamung der Bewegung und erhöhter Muskelspannung sowie häufigem Sturzgeschehen gekennzeichnet ist, Ähnlichkeit mit Morbus Parkinson. Halluzinationen, die vor allem in Form von Tieren oder Menschen auftreten, werden oftmals als Psychose verkannt und mit Antipsychotika behandelt, die bereits in geringer Dosis extreme Nebenwirkungen hervorrufen und zum Tod führen können (vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 42f; vgl. Krämer 2000, S. 48).



### 2.3.2 Frontotemporale Demenz (FTD)

**Die Frontotemporale Demenz (FTD)** ist eine frühe Form der Demenzerkrankung die meist zwischen 4. und 6. Lebensjahrzehnt auftritt und durch eine degenerative Veränderung des Vorderhirns (Frontallappen) ausgelöst wird. Die Ursachen sind unterschiedlicher Natur:

- Durchblutungsstörungen
- Gehirntumore oder Entzündungen
- Verhaltensauffälligkeiten (treten im frühen Stadium durch Persönlichkeitsstörungen und reduzierte soziale Kompetenz auf)
- exekutive Funktionen wie Handeln und Denken
- Wortfindungsstörungen und Sprachunverständnis
- Inhaltslose oder flüssige Sprache
- Benennungsstörungen und Defizite im Erkennen von Gegenständen (Agnosie) und Personen (Prosopagnosie)

Da Betroffene meist durch herausforderndes Verhalten in Erscheinung treten, liegt der Therapieschwerpunkt in der Behandlung der psychischen Symptome (vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 41f; vgl. Schmid/Zarfl 2016, S. 27; vgl. Krämer 2000, S. 49-51).

### 2.3.3 Die Alzheimererkrankung

**Die Alzheimererkrankung** ist eine chronisch degenerative und bis heute unheilbare Erkrankung, die mit dem Verlust von Neuronen (Nervengewebe) und der synaptischen Verbindungen einhergeht.

Die Erkrankung beginnt schleichend mit Gedächtnisstörungen und Nachlassen der Merkfähigkeit. Sprach- und Orientierungsstörungen sowie Störungen des Erkennens sind ebenso Merkmale der Demenz vom Alzheimerertyp. Der zunehmende kognitive Abbau führt soweit, dass ein selbstbestimmtes Leben nicht mehr möglich ist. Die Erkrankung führt meist nach 6 - 8 Jahren durch eine Sekundärerkrankung zum Tod. Je nach betroffenem Gebiet kommt es zu einer Atrophie des Gehirns und zum Zellenabbau mit Bildung von Plaques. Die sogenannten Alzheimer-Fibrillen (neurofibrilläre Bündel) sind typisch für diese Form der Demenz. Die kausalen Zusammenhänge der Alzheimererkrankung sind auch

heute noch weitgehend unerforscht. Die Krankheit wird geprägt durch einen diskreten Beginn und eine progrediente kognitive Verschlechterung (vgl. Krämer 2000, S. 131; 209-211).

Die Alzheimerkrankheit wird in drei Stadien unterteilt:

- Früh
- Mittel
- Schwer

Reisberg teilt die Erkrankung in sieben Stadien ein und beschreibt diese Stadien wie folgt:

**Reisbergskala.**

<b>Stadien</b>	<b>Klinik</b>
1 unauffällig	Normale Befunde
2 fragliche Störungen	Vergesslichkeit, Dinge verlegen
3 geringe Störungen (negiert)	Desorientierung, Leistungsverminderung, Wortfindungsstörungen, Nachlassen der Merkfähigkeit
4 mäßige Störungen	Nachlassende Aktivität, fehlende Kenntnis von aktuellen Ereignissen, Erinnerungslücken, Schwierigkeiten bei finanziellen Geschäften
5 Mittelschwere Störungen <b>Frühe Demenz</b>	Auf Hilfe beim Ankleiden angewiesen, Desorientierung, Vernachlässigung der Körperhygiene
6 Schwere Störungen <b>Mittelschwere Demenz</b>	Vollständig auf Hilfe angewiesen, Tag- Nachtumkehr, Inkontinenz (Blasen- und Darmentleerungsstörung) Unruhe, Aggression, Depression, Persönlichkeitsstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Wahnvorstellungen
7 Sehr schwere Störungen <b>Schwere Demenz</b>	Sprachverlust, Immobilität (Gehunfähigkeit), kann nicht mehr sitzen, nicht mehr lächeln

*Tabelle 2 ( Krämer 2000, S 211-213)*

**2.3.4 Krankheitsbild der Demenz vom Alzheimerstyp**

Die kognitiven Störungen sind gekennzeichnet von diversen Defiziten, die in unterschiedlichen Zeiträumen auftreten.

- Verlegen von Gegenständen

- Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse
- Wiederholtes Fragen
- Verlust von kognitiven, intellektuellen und empathischen Fähigkeiten
- Orientierungsstörungen, später auch in gewohnter Umgebung (Umgebungsagnosie)
- Benennungsstörungen (Anomie)
- Sprachstörung (Aphasie)
- Erkennungsstörung (Agnosie) später auch vertraute Gesichter (Prosopagnosie)
- Wahrnehmungsstörungen, taktile Agnosie kann zu schweren Verletzungen führen
- Körperschema-Agnosie, Störung bei der Wiedererkennung des eigenen Körpers
- Motorische Bewegungsstörung (Apraxie) Verlust von erlernten Bewegungsabläufen, dadurch Gang- Bewegungs- und Koordinationsstörungen
- Störung des Handelns und der räumlichen Vorstellung
- Schwierigkeiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens z.B. An- und Auskleiden
- Lesestörungen (Alexie)
- Schreibstörungen (Agraphie)
- Rechenstörungen (Alkalkulie)
- Verhaltensauffälligkeiten wie Stimmungsschwankungen, Agitiertheit (Unruhe), Angststörung, Aggression, Misstrauen
- Illusionäres Verkennen durch Sinnestäuschungen, Halluzinationen, Zwangs- und Wahnvorstellungen

Trotz aller Defizite und Einschränkungen bleiben grundlegende Bedürfnisse nach Zuwendung, Zärtlichkeit, Liebe und Sexualität erhalten. Auch Freude, Hoffnung und Trauer vermögen an Demenz erkrankte Menschen auszudrücken. Wenn auch die Sprache vergeht, so bleiben auf nonverbaler Ebene Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche, die es zu erfüllen und zu befriedigen gilt. Gerade der Umgang und die Pflege mit an Demenz erkrankten Menschen erfordert von allen Betreuenden viel

Empathie, Geduld und Verständnis, vor allem aber authentische Zuwendung (vgl. Krämer 2000, S. 37; 119–147). Menschen mit kognitiven Störungen, sind sich ihres Handelns nicht bewusst und bedürfen bestmöglicher Betreuung. Cora van der Kooij ist der Meinung, dass eine erlebensorientierte Pflegekultur daran erkennbar ist, dass an Demenz erkrankte Menschen ganzheitlich gesehen werden. Wünsche und Gefühle finden hier ihre Berücksichtigung. Im Mittelpunkt müssen der Mensch und seine Bedürfnisse stehen und nicht das System, denn es geht um Mitmenschlichkeit, um eine bewohnerorientierte Pflege versus aufgabenorientierter Pflege (vgl. v. d. Kooij 2012, S. 164).

### 2.3.5 Ursachen

Aloys Alzheimer hat bereits 1901 die Merkmale und Symptomatik dieser Demenzform beschrieben. Auch mehr als 100 Jahre später gibt diese Erkrankung den Fachleuten und Spezialisten weltweit noch immer Rätsel auf. David Snowdon, Epidemiologe und Neurowissenschaftler, hat anhand einer Nonnenstudie 678 Nonnen regelmäßig getestet und beobachtet und nach deren Ableben einige ihrer Gehirne pathologisch untersucht. Auch er konnte keine eindeutige Ursache für das Entstehen der Plaques und neurofibrillären Bündel (Alzheimer Fibrillen) finden, da die Ablagerungen auch in Gehirnen bis zuletzt geistig und körperlich aktiver Nonnen zu finden waren (vgl. Klug 2015).

Reinhold Schmidt und Maximilian Zarfl sehen die Alzheimer Erkrankung heute als Kontinuum, da die Schlüsselkriterien in der Diagnostik seit 1984 Bestand haben. Deshalb wurden 2011 neue Diagnosekriterien entwickelt, um die Qualität des alten Diagnoseschemas zu verbessern (vgl. Schmid/Zarfl 2016, S. 22).

### 2.3.6 Diagnostik

Da es sich bei der Diagnose „Demenz“ immer um eine Syndrom-Diagnose handelt, die bestimmten Anforderungen unterliegt, muss eine genaue Anamnese stattfinden. Diese besteht aus folgenden Kriterien:

- Anamnese
- Neurologischer, psychiatrischer, internistischer Status
- Neuropsychologischer Status mit kognitivem Test und Depressionsskalen
- Laborparameter
- Bildgebende Diagnostik

Schmid/Zarfl sehen neue Wege in der Diagnostik in Verbindung mit Biomarkern, die eine erhöhte Diagnose-Sicherheit aufweisen. In der Entwicklungsphase befindet sich auch eine neue Impfstudie, die derzeit in Österreich durchgeführt wird (vgl. ebd., S. 28).

### 2.3.7 Prävention

Die Ursachen für die Entstehung einer Demenz werden auch in einer ungesunden Lebens- und Ernährungsweise vermutet. So werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Gesunde Ernährung
- Körperliche Aktivitäten
- Kognitives Training
- Soziale Kontakte

(vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 86f)

Als letzte Demenzform werden im nächsten Abschnitt die sogenannten Pseudodemenzen beschrieben, die zwar Symptome einer Demenz aufweisen, deren Ursprung jedoch nicht in kognitiven Veränderungen liegt.

## 2.4 Pseudodemenzen

Die rückbildungsfähigen Demenzformen, die sogenannten reversiblen Pseudodemenzen, sind zumeist behandelbar, obwohl Krämer der Auffassung ist, dass auch eine behandelbare Pseudodemenz nicht automatisch zur Rückbildung einer Demenz führen muss (vgl. Krämer 2000, S. 34-42).

Zu den reversiblen Demenzen gehören:

- Akute Verwirrheitszustände durch hohes Fieber oder sehr hohen Blutdruck
- Delir meist bei Alkoholkranken im Entzugsstadium
- Erkrankungen bei Leber- und Nierenversagen
- Hypoglykämie (Unterzuckerung)
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Schilddrüsenerkrankungen durch Über- und Unterfunktion der Schilddrüse
- Ernährung – Vitaminmangel (Hypovitaminose) B<sup>1</sup> B<sup>6</sup> B<sup>12</sup> Folsäuremangel

- Chronische Vergiftungen (Toxine) durch Drogen, Medikamente, Lösungsmittel, Metalle, organische Gifte, Insektenschutzmittel
- Infektionen durch bakterielle, virale und parasitäre Meningitis (Gehirnhauterkrankung) oder Enzephalitis (Gehirnentzündung),
- Autoimmunerkrankungen durch Gefäßentzündungen und Systemerkrankungen der Haut und Gefäßbindegewebe sowie der Organe mit Beteiligung des Zentralen Nervensystems (systemischer Lupus erythematodes), multiple Sklerose.
- Psychiatrische Erkrankungen wie Schizophrenie (Wahnvorstellungen) oder andere Psychosen
- Schädel-Hirntraumen (Boxer-Demenz) (vgl. Schmid/Zarfl 2016, S. 26f)

Zu den rückbildenden Demenzformen zählt auch die Depression, deren Symptome einer Demenz ähneln können (vgl. Kastner/Löbach 2014, S. 9; vgl. Krämer 2000, S. 42; 53f).

Die nachfolgende Abbildung zeigt die Auswirkung der Alzheimererkrankung im Gehirn. Die linke Abbildung zeigt zwei gesunde Hirnhälften, die rechte Abbildung weist bereits deutliche Unterschiede in beiden Arealen auf.



Abbildung 3 Gehirn normal und bei Alzheimer

Nach wie vor gibt es für Demenzerkrankungen keine Heilung, nur ein Hinauszögern des kognitiven Zerfalls und eine Minderung der Begleitsymptome. Im nächsten Abschnitt werden die Behandlungsformen dargestellt.

## 2.5 Medikamentöse Behandlungsform

Medikamentöse Therapie mit

- Antidepressiva (angstlösend, antriebssteigernd)
- Antipsychotika (antipsychotisch, schlaffördernd)
- Anxiolytika (angstlösend, schlaffördernd)
- Hypnotika (schlaffördernd)
- Antidementiva (antidementiv)

Derzeit ist eine Heilung der primären Demenzerkrankungen nicht möglich, deshalb sollten auch *nichtmedikamentöse Therapieformen* in der Behandlung ihren Stellenwert finden, da es sich um ein Gesamtbehandlungskonzept handeln muss, welches die Bedürfnisse des Menschen in den Fokus stellt (vgl. Kastner/Löblich 2014, S. 69; 80-82).

## 2.6 Zusammenfassung Demenz

Die Demenz ist eine zumeist fortschreitende Erkrankung, die hauptsächlich höhere kortikale Bereiche des Gehirns betrifft. Die unterschiedlichen Erscheinungsbilder der Erkrankung treten zu unterschiedlichen Zeiten auf und betreffen das Gedächtnis, erlernte Funktionen, Auffassung, Orientierung, Motorik und das Sozialverhalten. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Demenz wird in primäre und sekundäre Demenzformen, sowie in primär degenerative und nicht degenerative Demenzformen eingeteilt. Die bekannteste Erkrankung ist die Demenz vom Alzheimer-Typ. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung ist auch in Österreich in den nächsten Jahren mit einer massiven Zunahme dementieller Erkrankungen zu rechnen. Derzeit leben in Österreich ca. 100.000 Menschen mit unterschiedlichen Demenzerkrankungen. Im Jahr 2050 rechnet man bereits mit ca. 262.000 Demenzerkrankungen in Österreich, Tendenz steigend. Da die Krankheit bis heute unheilbar ist und Erkrankte durch den kognitiven Abbau nicht in der Lage sind, sich auf Dauer selbst zu versorgen, sind sie auf fremde Hilfe angewiesen, die ihnen zum Teil in Pflegeeinrichtungen gewährt wird. Schon heute sind Pflegekräfte im geriatrischen Bereich einer großen Belastung im Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen und einer großen Fluktuation in dieser Berufssparte ausgesetzt.



Dieser Teil der Fachbereichsarbeit befasst sich mit diversen Pflegemodellen, sogenannten „Best Practice Modellen“, und Techniken, die zu einer gelungenen Interaktion zwischen Pflegekräften und den an Demenz erkrankten Menschen führen können, auch, um sie in ihrer Erlebenswelt zu begleiten

### 3. Das Integrative Pflegekonzept

Maria Riedl, eine langjährige Wegbegleiterin Erwin Böhms, der als Pionier in der Entwicklung neuer Wege in der Pflege gilt, hat 2005 das „Integrative Pflegekonzept“ – IKP entwickelt. Schon während ihrer Tätigkeit als Krankenschwester hat Riedl ihre Berufung, mit alten und desorientierten Menschen zu arbeiten, erkannt. Durch die Zusammenarbeit mit Böhm und der gemeinsamen Neuorientierung im Umgang mit dieser Personengruppe konnten alsbald erste erkennbare Erfolge erzielt werden. Böhms Idee für die Psychiatrie war:

- „nicht versorgen, sondern
- rehabilitativ pflegen, die Gefühlsebene berücksichtigen
- zum Aktivhalten Motive aus der Vergangenheit finden
- Hilfe zur Anpassung geben
- Ressourcen nützen
- nicht zusätzliche Pflegeschäden durch das Helfersyndrom erzeugen
- sobald als möglich wieder nach Hause“

(vgl. Riedl 2006, S.14f)

Riedl hat parallel dazu das Integrative Pflegekonzept zur „psychobiografischen Reaktivierung und identitätsstärkenden Biografiearbeit“ für die allgemeine Pflege und für die Pflege in Pflegeeinrichtungen entwickelt. Dieses Pflegekonzept zeichnet sich aus durch eine:

- verbesserte Beziehung im Umgang mit betagten Menschen
- Biografiearbeit, dadurch Stärkung der Identität und ganzheitliche Sichtweise der Lebensabschnitte
- Pflege, basierend auf früheren Gewohnheiten

- Problemlösungen, die auf der Weisheit des Alters und auf Toleranz beruhen, welche die Gesundheit nicht gefährden
- dem Alterungsprozess entsprechende Hilfestellung für Körper, Geist und soziales Umfeld (Pflegen mit den Händen in der Tasche) Hilfe zur Selbsthilfe
- Aktivität und Fördern der Interessen sowie der geistigen Fitness, Hilfe zur Autonomie
- Hinterfragen und Begründung der Heimaufnahme bei Nichteinverständnis des Bewohners
- finden von Ansätzen im IKP um Menschen im Heim ein **Daheim** zu geben (vgl. ebd., S. 15).

Maria Riedl bietet mit diesem Pflegekonzept betagten Menschen einen Zustand, der **JA** zum Leben sagt. Durch intensive Biografiearbeit werden die Lebensweisheiten des Bewohners gefördert. Der Bewohner findet Anerkennung für Vergangenes und durch Identität auch Integrität. Riedl beschreibt aber auch die Schwierigkeit, trotz allen Bemühens, die Wünsche der Personen zu erkennen, deren Sprache ein konkretes Formulieren nicht mehr zulässt. Denn gerade Sprache ist das Werkzeug, welches zum Gelingen einer „Pflegebeziehung“ beiträgt. Gelungene Kommunikation sieht Maria Riedl wie folgt:

- Respektvoller Umgang
- Stressfreies Gespräch in angenehmer Atmosphäre
- Sprache und Lautstärke dem Gegenüber entsprechend gewählt
- Authentizität (Körperhaltung, Gestik, Mimik)
- Achtung auf nonverbale Zeichen des Gegenübers (Angst, Trauer, Wut etc.)
- Einhaltung von Terminvereinbarungen (Ich komme gleich wieder...)
- Vermeidung von Fragestellungen, die mit ja oder nein zu beantworten sind
- Auf Antworten wird abgewartet
- Kommunikation ist wertfrei
- Gesprächsniveau wird angepasst

Riedl weist darauf hin, dass jeder zu Pflegenden ein Recht darauf habe, mit Pflegekräften eine stressfreie Kommunikation führen zu können, dies aus Zeitgründen aber leider nicht immer möglich sei (vgl. ebd., S. 23-25).

Im integrativen Konzept sieht Riedl Pflege nur dann als Begründung, wenn Hilfe in einem oder mehreren Lebensbereichen notwendig ist. Menschen werden darin unterstützt, so schnell als möglich wieder ihre größtmögliche Autonomie zu erreichen. *Pflegen mit den Händen in der Tasche!*

Zu den Lebensbereichen im integrativen Konzept zählen:

- „Sicherheit
- Kommunikation
- Vitalparameter (Atmung, Herz, Kreislauf, Temperatur)
- Essen und Trinken
- Ausscheidung
- Körperpflege und Kleidung
- Bewegung
- Beschäftigung
- Geschlechterrolle
- Schlaf
- Sterben“ (vgl. ebd., S 30f)

Maria Riedl möchte mit ihrem Pflegekonzept verhindern, Menschen durch Überfürsorglichkeit der Pflegekräfte, in die Unselbständigkeit zu bringen. Die Biografiearbeit sieht sie als Grundgerüst ihres Konzeptes an.

### **3.1 Biografiearbeit, wozu?**

Maria Riedl sieht in der Biografiearbeit, sie unterscheidet hier zwischen Psychobiografie und Gefühlsbiografie, einen wichtigen Bestandteil in der Pflege desorientierter, betagter Menschen, die, durch kognitive Abbauprozesse, ihre Bedürfnisse und ihr Verhalten nicht mehr zum Ausdruck bringen können. Die hier angewandte Biografie stärkt die Psyche dieser Menschen und hilft, durch Identität, Regression zu verhindern. Riedl setzt auch hier ein gutes Gesprächsklima als Voraussetzung für eine gelungene Biografie-Erhebung voraus. Für Pflegekräfte ist dieses Wissen von großer Bedeutung, damit es im Pflegeprozess zu einer erfolgreichen Interaktion kommen kann. Folgende Ansatzpunkte werden hier gewählt:

- Familie (Herkunft, Geschwister, Eltern, Fotoalben, Bilder, Tagebücher, Ereignisse usw.)
- Heimat und Kultur (damals und heute)
- Beruf und Arbeitswelt
- Freunde und soziales Umfeld sowie Freizeitaktivitäten

Auch emotional belastende Geschehnisse aus der Vergangenheit können hier Verhaltensmuster und Reaktionen des betagten Menschen erklären. Riedl sieht dafür aber auch die Notwendigkeit der Sensibilisierung und Sinnschärfung der Pflegekräfte in

- Wahrnehmung
- Auffassung
- Verständnis
- Erklärung
- Handlung (vgl. ebd. S 58-65)

„Interpretation verlangt, wertfrei mit Erzählungen oder Beobachtungen des Menschen umzugehen!“ (ebd. S 65)

Diese Auswertungen sind zielführend für die Pflegemaßnahmen und geben Auskunft über die Veränderungen aus der Sicht des desorientierten und betagten Menschen.

- Veränderung – heute und früher
- Verhinderungsgründe, alte Gewohnheiten beizubehalten
- Rückzugsgründe
- Lebensbereiche erkennen, in denen der betagte Mensch Hilfe bedarf
- Erkennen des Ist Zustandes, Soziale Rolle
- Antriebsbestimmung (Temperament)
- Bedürfnisorientierung
- Familienanamnese
- Erkennen von Lebenssinn und Lebensschwerpunkten
- Anpassung von Erzählungen und emotionalen Verhaltensmustern
- Interessenserkundung

Anhand dieser Angaben können Pflegekräfte erkennen, in welcher Lebensphase (Regression) sich der Bewohner befindet und gezielte Maßnahmen zur Reaktivierung setzen (vgl. ebd., S.66).

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiger Schritt, um ganzheitliche Pflegeprozesse durchführen zu können.

### 3.2 Pflegedokumentation

Lt. §5(2) des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes sind Angehörige dieses Berufsstandes verpflichtet, pflegerische Maßnahmen zu dokumentieren. (vgl. ebd., S. 72) Riedl hat hier einen wichtigen Grundstein zur Einführung der Dokumentation gelegt. Pflegeprozesse werden hier individuell gestaltet und ständig evaluiert. So werden für jeden Bewohner

- Anamnese (Biografie, Identitätsentwicklung, Regressionserkenntnis)
- Problem- und Ressourcenorientierung
- Pflegeziele
- Pflegemaßnahmen, Durchführung und Dokumentation
- Evaluierung (Wirksamkeitskontrolle) mit evtl. Neuanpassung

durchgeführt (vgl. ebd., S 71-75).

Riedl sieht die Ziele ihres integrativen Pflegeprozesses folgendermaßen:

### 3.3 Pflegerische Ziele zum Integrativen Pflegeprozess

- Aktivierung von Körper, Geist und Seele
- Anpassungshilfen (Orientierungshilfen)
- Schaffung von Normalität (ein Zuhause geben)
- Regress durch Biografiearbeit verhindern (aktivieren und reaktivieren)
- Identität stärken (Wertschätzung)
- Symptomatische Linderung der altersentsprechenden Erkrankungen
- Geriatrisches Zustandsbild entsprechend behandeln

Der betagte und an Demenz erkrankte Mensch verändert im Alter seine Anpassungsfähigkeit, er neigt dazu, sich in die Vergangenheit zurückzuziehen. Eine

gelungene Pflegediagnostik besteht darin, diesen Regress zu verhindern. Riedl sieht hier Maßnahmen, die zur Steigerung der Wachheit führen, als Grundvoraussetzung. Gezielte Trainingsprogramme können hier das Bewusstsein erhöhen, zu einer verbesserten Orientierung und, durch Kenntnis der Biografie, zur Identität beitragen. Einen wichtigen Beitrag zu einem guten Gelingen sieht Riedl hier in der Zusammenarbeit gut geschulter Pflegekräfte (vgl. ebd., S. 71-76; 111; 114). Menschen, die an Demenz erkrankt sind, können ihre Bedürfnisse aber nicht immer so zum Ausdruck bringen, dass Pflegekräfte sie verstehen und erfüllen können, dies kann zu herausfordernden Verhaltensweisen führen, die sowohl für Pflegekräfte, aber auch für Bewohner belastende Situationen darstellen.

#### **4. Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz**

Das herausfordernde Verhalten bei Menschen mit Demenz wird als abweichende und problematische Verhaltensweise beschrieben, dessen Intensität, Dauer und Häufigkeit die physische und psychische Sicherheit der Person, sowie das soziale Miteinander beeinträchtigen (Dammert et al. 2016, S. 11). Die Ursachen herausfordernden Verhaltens sieht Ian Andrew James, und er bezieht sich hier auf die Literatur von Cohen-Mansfield (2001), darin, „dass herausfordernde Verhaltensweisen oft Versuche sind, Bedürfnisse mitzuteilen, die im Augenblick nicht befriedigt sind.“ (vgl. James 2011, S. 23f). Dies kann ausgelöst werden durch z.B. Hunger, Schmerz, Langeweile, Ärger, Trauer, Wut etc. Wenn an Demenz erkrankten Menschen die Sprache fehlt, möchten sie auf sich aufmerksam machen, um ihr Wohlbefinden zu verbessern. James beschreibt, dass es für Pflegekräfte oft äußerst schwierig sei, herausfordernde Verhaltensweisen richtig zu definieren, da Bewohner oft nur anhand ihrer Handlungen gemessen werden, nicht aber die eigentlichen Ursachen wie z.B. Schmerz oder Unbehagen erkannt werden. Lt. James wurden diese herausfordernden Verhaltensweisen von Cohen-Mansfield in

- körperlich aggressive Handlungen (schreien, kratzen, beißen, spucken etc.)
- körperlich nicht aggressive Handlungen (Apathie, Depression, Unruhe, Exhibitionismus, Gegenstände und Wände beschmieren, sammeln von Nahrung etc.)

- verbal störendes Verhalten (schreien, wiederholendes Fragen) unterteilt.

#### 4.1 Die häufigsten herausfordernden Verhaltensweisen

James beschreibt, dass herausfordernde Verhaltensweisen bei fast 90 % aller an Demenz erkrankten Menschen im Laufe der Erkrankung auftreten und vom Schweregrad der Demenzerkrankung abhängig seien. James ist der Ansicht, dass Pflegekräfte im Allgemeinen mit diesen Verhaltensweisen gut agieren, aber die Situation durch fehlendes Verständnis auch negativ beeinflussen können. Herausforderndes Verhalten kann unterschiedliche Ursachen haben. Die Schwierigkeit besteht darin, die Gründe für das Verhalten des an Demenz erkrankten Menschen zu erkennen, zu ermitteln und danach zu handeln.

Die Faktoren können sein:

- Kognitive und neurologische Erkrankungen und daraus resultierende Defizite
- Medikamente – Polypharmazie Wechselwirkungen, die durch Medikamente entstehen, z.B. Agitation (krankhafte Unruhe) durch Statine (Cholesterinsenker) oder Hypersexualität durch Parkinsonmedikamente.
- Körperliche Beeinträchtigung durch Schmerzen oder Unwohlsein, die durch Pflegemaßnahmen noch verstärkt werden können.
- Wahrnehmungsdefizite, die durch das Nachlassen der Sehkraft bedingten visuellen Störungen können zum Verkennen von Gegenständen und Personen (Agnosie) führen. Eingeschränktes Hörvermögen kann einen sozialen Rückzug hervorrufen, sowie die Lautstärke der Interaktion negativ beeinflussen.
- Psychische Faktoren, Persönlichkeitsveränderungen, die durch die Demenzerkrankung ausgelöst oder verstärkt werden wie Angst, Halluzinationen, und Wahnvorstellungen können an Demenz erkrankte Menschen zu herausforderndem Verhalten veranlassen
- Soziale Faktoren wie eine ungewohnte Umgebung, Helligkeit, Dunkelheit, Lärm, können das Wohlbefinden von Menschen mit Orientierungsstörungen deutlich beeinträchtigen und erschweren. (vgl. ebd., S. 25-39).

Pflegepraktiken können lt. James bereits in vielen Fällen herausforderndes Verhalten auslösen, da es im täglichen Pflegealltag schon alleine durch die

Körperpflegemaßnahmen zu Konflikten kommen kann. So beschreibt auch James, dass von Pflegekräften immer ein gewisses „Idealverhalten“ erwartet wird. Dies sei durch den gegebenen Zeitdruck aber nicht immer möglich. James ist der Meinung, dass Pflegekräfte ein zu hohes Tempo für die an Demenz erkrankten Bewohner vorlegen und zu wenig einfühlsam agieren. Er findet, dass Pflegekräfte ihre Einstellung und ihre Pflegepraktiken gegenüber an Demenz erkrankten Menschen grundlegend ändern müssten. So beschreibt James, dass Pflegekräfte über gutes Basiswissen verfügen, dieses aber nicht immer umsetzen können (vgl. ebd., S. 78). James versuchte, in Zusammenarbeit mit der Alzheimergesellschaft (Fossey/James 2007) „Veränderungsverhinderer“ (ebd., S. 78) zu identifizieren und welche Ursachen für das Verhindern von neuen Pflegepraktiken maßgeblich seien. Seine Recherche ergab Folgendes:

- Fehler in der Personalführung
- Personalmangel
- Fehler in der Aufgabenverteilung
- Fehlende oder mangelnde Kommunikation unter Pflegekräften
- Verständigungsprobleme durch ausländisches Personal

Es ist offensichtlich, dass solche Probleme das Personal unter Druck setzen. Dies führe zu einer demotivierenden Arbeitsweise, geprägt durch häufigen Personalwechsel und zu einer Entpersonalisierung der Bewohner. Mitarbeiter verlieren unter solchen Arbeitsbedingungen das Interesse an den Bedürfnissen der Menschen, die sie betreuen (vgl. James 2011. S.38f; 60; 76; 78). James beschreibt die Situation, die häufig in Pflegeheimen vorherrscht: Pflegekräfte sind bemüht, einen menschenwürdigen und respektvollen Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen zu gewährleisten, doch der Druck der vom System vorgegebenen Maßnahmen beeinträchtigt diese Tätigkeiten.

Der nächste Abschnitt befasst sich mit Behandlungsformen, die herausforderndes Verhalten verhindern sollen und bedürfnisorientiert ausgerichtet sind.



## 4.2 Behandlungsformen herausfordernden Verhaltens

Herausforderndes Verhalten führt zu einer physischen und psychischen Destabilisierung des an Demenz erkrankten Menschen. Die Behandlungsformen werden in pharmakologische und psychosoziale Methoden gegliedert, wobei man davon ausgeht, dass sich mit dem Einsatz von diversen psychosozialen Therapieverfahren, das Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Bewohner verbessern und herausfordernde Verhaltensweisen verhindern lassen (vgl. ebd.; S. 83). James beruft sich hier auf Hulme (Hulme et al. 2010) und Mitarbeiter, die Therapieverfahren u.a. mit

- Tieren
- Aromatherapie
- Massagen
- Lichttherapie
- Musiktherapie
- Umgebungsanpassung
- Realitätsorientierung
- körperlicher Betätigung und
- Validation

(vgl. James 2013, S. 83)

bei an Demenz erkrankten Menschen beobachtet haben. Sie berichten von Erfolgen bei diesen präventiv von Pflegepersonen durchgeführten Maßnahmen. Pharmakologische Maßnahmen werden von James aufgrund der Nebenwirkungen kritisch hinterfragt.

Tom Kitwood beschreibt folgendes: „Wenn wir Demenz verstehen wollen, ist es meiner Ansicht nach entscheidend, Personsein im Sinne von Beziehung zu sehen. Selbst bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung ist oft eine Ich-Du-Form der Begegnung und des In-Beziehung-Tretens möglich.“ (Kitwood 2013, S. 38) Tom Kitwood trifft die Feststellung, dass Bewohner mit größter Genauigkeit untersucht werden und detaillierte Diagnosen erhalten, in Pflegeheimen einen schönen Platz

in angenehmer Umgebung bewohnen, aber ohne jemals eine Ich-Du-Form der Beziehung zu bekommen (vgl. ebd.).

**Beispiel:**

Herr M. wird als stationsflüchtig, als aggressiv und unzugänglich beschrieben. Er verweigert das Vollbad, beschimpft die Schwestern sehr unflätig, ist gewalttätig, uneinsichtig, zeigt keine Compliance. Aufgrund dieser Situation werden aus teamorientierter Sicht folgende Maßnahmen getätigt:

- Geriatricsessel mit Tisch (keine Ortsveränderung möglich)
- Seitenteile beim Bett (selbständiges Aufstehen unmöglich)
- Isolation (von Seiten des Bewohners kein Kontakt möglich)
- Bewohner wirft mit Gegenständen, nichts in der Nähe des Bewohners lassen (reizarme Umgebung)
- Körperpflege mit Hilfe zweier Zivildienen, da Bewohner aggressiv (gewaltsame Körperpflege)
- Vorstellung beim Psychiater bzgl. Medikation (sedierende Maßnahmen, Freiheitsbeschränkung)

Brigitte Scharb beschreibt diese Maßnahmen, die keinerlei Erfolg in der Behandlung des Bewohners brachten, und sie konnte anhand der Biografie und eines behutsam geführten Gespräches mit dem Bewohner, folgende Problematik erkennen:

**Der Bewohner fühlt sich in seiner Freiheit und Bewegung eingeschränkt, fühlt sich unwohl in seiner Umgebung und isoliert.** Psychosoziale Pflegemaßnahmen wurden deshalb im Team besprochen und durchgeführt.

- Körperpflege nur nach Absprache mit dem Bewohner und von männlichen Pflegepersonen, evtl. auch nur duschen, kein Vollbad
- Persönliche Gegenstände und Blumentöpfe aus der Wohnung des Bewohners bringen lassen
- Abends keine Seitenteile beim Bett
- Aufgabenzuteilung (Blumen im Pflegeheim betreuen)

- Stammplatz in der Blumenecke
- Gespräche aufgrund der Biografie (Blumenliebhaber)

Relativ rasch veränderte sich aufgrund der gesetzten Maßnahmen das Verhalten des Bewohners, seine psychosozialen Grundbedürfnisse wurden erkannt und teilweise erfüllt (vgl. Scharb 2005, S. 2-5)

Auch an Demenz erkrankte Menschen haben Bedürfnisse wie Liebe, Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Einbeziehung in das Leben. Werden diese nicht erfüllt, bleibt ihnen keine andere Wahl, als herauszufordern, um ge(er)hört zu werden. Um diese Menschen verstehen und ihre Bedürfnisse befriedigen zu können, auch um einen Rückzug in die Vergangenheit zu verhindern, wurden spezielle erlebensorientierte Pflege- und Betreuungsmodelle geschaffen.

## 5. Erlebensorientierte Betreuungs- und Pflegemodelle

In diesem Kapitel werden die *Validation* nach Naomi Feil, das *Mäeutische Betreuungs- und Pflegemodell* nach Dr. Cora van der Kooij, die *Integrative Validation* nach Nicole Richard, sowie die *spezielle validierende Pflege* nach Brigitte Scharb ansatzweise beschrieben. Diese Pflegemodelle wurden explizit für desorientierte Menschen entwickelt, um diesen Menschen, trotz ihrer kognitiven Defizite, einen „erlebenswerten“ Lebensabend zu ermöglichen, aber auch um Pflegekräften den Umgang mit dieser Personengruppe zu erleichtern. Alle hier vorgestellten Betreuungs- und Pflegemodelle lehnen sich in Grundzügen an Naomi Feils Validation an. Eine ausführliche Beschreibung dieser durchaus interessanten Pflegemodelle würde einen größeren Rahmen, als diese Fachbereichsarbeit erfordern.

### 5.1 Validation

Um desorientierte Menschen in Ihrer Erlebenswelt verstehen und begleiten zu können, hat Naomi Feil, eine amerikanische Gerontologin, die Validationsmethode entwickelt. Einen Menschen zu validieren (die Wichtigkeit, die Gültigkeit, den Wert

von etwas feststellen, bestimmen) heißt, in seinen Schuhen zu gehen und seine Gefühle im Hier und Jetzt anzuerkennen. Naomi Feil beschreibt, um die Erlebenswelt der an Demenz erkrankten Menschen verstehen zu können, bedarf es viel Empathie der Pflegekraft (vgl. Feil, de Klerk Rubin 2013, S.15). „In den Schuhen des Anderen zu gehen, schafft Vertrauen, Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke, Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress!“ (ebd., S. 15)

### 5.1.1 Grundprinzipien der Validation

Validation fängt die Gefühle desorientierter Menschen auf und hilft dabei, ihre Würde wiederzuerlangen. Menschen, denen in der Gegenwart Wertschätzung und Zuwendung, Liebe, Geborgenheit und Verständnis entgegengebracht wird, sind nicht auf der Suche nach dem Gestern, um dem Heute zu entfliehen. Naomi Feil sieht in der Validation eine Kombination aus:

- einer empathischen Haltung und Einstellung gegenüber desorientierten Menschen
- einer speziellen Technik, die einen würdevollen, wertschätzenden Umgang präferiert und
- einer speziellen Methode, die es ermöglicht, Verhaltensweisen dieser Personengruppe zu verstehen.
- Erhalten der Autonomie (so lange dies möglich ist).

Naomi Feil baut ihre Validationsstrategien auf diversen Prinzipien auf, einige davon sind, mangelhaft- und desorientierten Menschen ihre Persönlichkeit zu belassen, denn sie sind „wertvoll und einzigartig“. Wichtig sind auch die Akzeptanz und das Sein-Lassen. Empathisches Zuhören führt zu einer Vertrauensbasis, gibt Würde und reduziert Stressauslöser wie Angst, Wut und Trauer. Schmerzhaft Gefühle zuzulassen und ausdrücken zu dürfen helfen, so Naomi Feil, nichtverarbeitete Situationen und Gefühle aus der Vergangenheit aufzuarbeiten, sie werden schwächer, unterdrückte und ignorierte Gefühle verstärken sich. Feil ist der Ansicht, dass das Verhalten von desorientierten Menschen mit nichtverarbeiteten Gefühlen aus der Vergangenheit zusammenhängt und dies wird von ihr auch mit nichterfüllten Grundbedürfnissen in Zusammenhang gebracht. Feils Prinzipien lehnen sich hier an mehrere bestätigte Theorien an, wie die Bedürfnispyramide nach Maslow, der

Theorie der Lebensaufgaben nach Eriksons und der humanistischen Psychologie nach Rogers, die nach dem Prinzip, das der Mensch nach innerer Ausgeglichenheit strebt um die Selbstheilungskräfte aktivieren zu können. Die Maslowsche Bedürfnispyramide (1. Grundbedürfnisse [Essen, Trinken] 2. Sicherheit, 3. Soziale Bedürfnisse (Kontakt.), 4. Soziale Anerkennung, 5. Selbstverwirklichung) (vgl. v. d. Kooij 2012, S. 62) trifft lt. Feil nicht zu hundert Prozent auf desorientierte alte Menschen zu, doch sei sie hilfreich, diese Menschen besser zu verstehen. (vgl. Feil/de Klerk-Rubin 2013, S. 16-21). Naomi Feil ist der Meinung, dass sich desorientierte Menschen aus der Gegenwart zurückziehen, um schmerzhaften Gefühlen der Einsamkeit, der Trauer, der Krankheit zu entgehen. Sie entfliehen einer Zeit, in der sie nicht gebraucht und nicht geliebt werden. „Die Vergangenheit mildert den Schmerz der Gegenwart, bringt Sehnsucht, bekannte Straßen, vertraute Personen zurück.“ (ebd., S. 42) Im Pflegeheim zu sitzen und zu warten, bis jemand Zeit hat, fördert die Sehnsucht nach Vergangenheit. Den stufenweisen Rückzug aus der Gegenwart teilt Naomi Feil in vier Phasen ein (vgl. ebd., S. 41-43).

### 5.1.2 Die vier Phasen im Stadium der Aufarbeitung

Naomi Feil hat aufgrund physischer und psychischer Verhaltensweisen die Einteilung in vier Phasen vorgenommen, um alte, desorientierte Menschen in und mit ihrer Symbolik zu verstehen.

**Phase I:** Menschen in dieser Phase werden von Feil als mangelhaft orientierte Menschen beschrieben, und sie bezeichnet diese Menschen als teilweise orientiert, aber unglücklich.

**Phase II:** Dieser Phase wird von Feil als Zeitverwirrtheit bezeichnet, Menschen in dieser Phase haben kognitive Verluste und sind zeitlich und örtlich desorientiert.

**Phase III:** In dieser Phase stellen sich lt. Feil sich wiederholende Bewegungen ein, sie ersetzen die Sprache.

**Phase IV:** wird von Feil als totaler Rückzug nach innen beschrieben, Menschen in diesem Stadium vegetieren (vgl. ebd., S. 67-78).

Jede dieser Phasen stellt auch eine eigene körperliche Charakteristik dar und wird dem Stadium entsprechend mit gezielten Techniken therapiert.

### 5.1.3 Validationstechnik

Um Validieren zu können, müssen Validationsanwender bestimmte Grundsätze beherrschen, die zu einer gelungenen Interaktion beitragen. Für jede Stufe werden verschiedene Techniken angewandt. (vgl. ebd., S. 87–99) Die Grundtechniken sind:

- Akzeptanz
- Empathie
- Authentizität – Selbstkongruenz (spürbar ehrlich in seinen Gefühlen)
- Nonverbale Kommunikation – (Mimik, Gestik, Augen, Tonfall, Stimme)
- W-Fragen, aber niemals „Warum“ (verlangt logisches Denken)
- Zeit geben, das Gesagte zu verarbeiten und zu verstehen
- Begegnung auf Augenhöhe
- Gefühle bestätigen
- Körperkontakt durch Berührungen (Berührungen wecken Erinnerungen)
- Kenntnis der Biografie
- Spiegeln (Nachahmen, ohne nachzuäffen)

#### **Beispiel:**

Im Pflegeheim sitzt ein desorientierter, betagter Mann in seinem Rollstuhl und schlägt immer wieder mit der Faust auf seine andere Hand, (sich wiederholende Bewegungen). Die Pflegekraft und ausgebildete Validationsanwenderin beugt sich, um Blickkontakt zu bekommen, in Augenhöhe des Bewohners und beginnt den Bewohner zu spiegeln, indem sie mit ihrer Faust und im selben Rhythmus in ihre Hand schlägt. Sie übernimmt auch denselben Atemrhythmus und dieselbe Mimik. Nach kurzer Zeit erwidert der Bewohner den Blick und hält inne. Die Pflegekraft schildert ihr Empfinden und sagt: „Sie arbeiten schwer!“ Der Bewohner antwortet: „Stimmt genau!“ (vgl. ebd., S. 97)

Pflegekräfte müssen (sollten) empathisch den Gefühlen des desorientierten alten Menschen begegnen, nicht wertend, sondern akzeptierend in der Interaktion sein. Dort, wo eine sprachliche Kommunikation nicht mehr möglich ist, wird auf eine nonverbale Kommunikation in Form von Berührungen zurückgegriffen.

Berührungen sind mit Erinnerungen verbunden, sie bereiten Wohlgefühl, mit dem Ziel, den Anderen auch in der Seele zu berühren, wertzuschätzen, um ihn im Hier und Jetzt für gültig zu erklären (vgl. ebd., S. 96f).

#### 5.1.4 Ziele der Validation

- Erhalten der Autonomie (so lange dies möglich ist)
- Wiederherstellen der Persönlichkeit
- Stressabbau
- Rechtfertigung und Anerkennung des gelebten Lebens
- Belastbare Situationen aus der Vergangenheit aufarbeiten zu können
- Vermeidung und Reduktion pharmakologischer und körperlicher Zwangsmaßnahmen
- Kommunikation als Zugangsmittel verbal und nonverbal in die Erlebenswelt des desorientierten Menschen
- Verbesserung der Mobilität
- Verhinderung des Rückzugs und des daraus resultierenden Vegetierens
- Pflegekräften helfen, Freude an ihrer Tätigkeit zu finden und Energie daraus zu schöpfen

Ein besseres Verständnis, Einfühlsamkeit und die Erfüllung grundlegender menschlicher Bedürfnisse sind Ziele der Validation, sie verhindern einen Rückzug desorientierter Menschen in die Vergangenheit.

Im nächsten Abschnitt wird ein Pflegemodell von Dr. Cora van der Kooij beschrieben, basierend auf Mäeutik, der sog. Hebammenkunst nach Sokrates, der, durch geschicktes Fragen, die im Unterbewussten schlummernden Fragen seines Gegenübers wieder an die Oberfläche zu holen wusste.

#### 5.2 „Ein Lächeln im Vorübergehen“ Das Mäeutische Pflegemodell

Dr. Cora van der Kooij hat in den 1990iger Jahren dieses Pflege- und Betreuungsmodell speziell für an Demenz erkrankte Menschen entwickelt. Die Grundlage ist die praxisorientierte Versorgung dieser Personengruppe, die

ganzheitlich gesehen wird, und wichtige Begriffe aus der Krankenpflege, der Psychologie, der Philosophie sowie des Geschichtswissens enthalten. Erlebensorientierte Umgangsformen sind die Bausteine für eine Bezugspflege, diese wiederum beginnt mit der Biografie des an Demenz erkrankten Menschen und mit der Beobachtung seiner Bedürfnisse. Respektiert, verstanden und sich aufgehoben fühlen, dieses Bewusstsein öffnet die Interaktion zu einer erlebensorientierten Bezugspflege (vgl. v. d. Kooij, 2012; S. 36).

Integrierte erlebensorientierte Pflege setzt voraus:

- Den Bewohner mit seinen Gefühlen anzunehmen und zu verstehen
- Seine Persönlichkeit zu respektieren
- Erleben von Nähe, Freude, sozialen Kontakten usw. zu ermöglichen
- Pflegekräfte nutzen Kenntnisse und Fertigkeiten aus Erfahrung (privat + Beruf), Austausch mit allen Pflegekräften im Team, freie, kreative Pflege
- Interaktion herstellen (sich selbst öffnen und bereit für das Gespräch sein, suchend reagieren, unvoreingenommen wahrnehmen und Bedeutung geben, reagieren und Techniken anwenden: Validation, Basale Stimulation, Kontakt aufnehmen, Reflexion etc.)
- Mitgehen in der Erlebenswelt, validieren oder gegensteuern, um Sicherheit zu vermitteln
- Bedürfnisorientierung
- Ressourcenorientierung (Appel oder Prothese) Hilfe zur Selbsthilfe
- Nonverbale Kommunikation auf Stimme, Gestik, Mimik. Auf Körperhaltung achten, Caring touch (Basale Stimulation) Blickkontakt, Halten

**Beispiel:**

Die Pflegekraft hilft dem Bewohner am frühen Morgen beim Anziehen. Gedanklich beschäftigt sie sich schon mit den nachfolgenden Arbeiten, die Pflegekraft erscheint dadurch gehetzt und abwesend. Sie bittet mit einem unbewussten Unterton in ihrer Stimme, den Bewohner ein Bein zu heben. Der Bewohner erschrickt und fühlt sich anhand der Stimme und des Blickes der Pflegekraft verunsichert und fragt traurig nach, warum denn die Pflegekraft böse auf ihn sei?



Gerade an Demenz erkrankte Menschen reagieren sehr sensibel auf nonverbale Signale. (vgl. v. d. Kooij 2010, S.51-59; vgl. dieselbe 2012, S.123-131; 151f;155).

### **5.2.1 Vom Unbewussten zum Bewussten mit Hilfe der Mäeutik**

Für Cora van der Kooij ist es von größter Bedeutung, in ihrem Pflegemodell mit den Lebenserfahrungen und den daraus gewonnenen (unterbewussten) Erkenntnissen sowie den Qualifikationen und Fertigkeiten der Pflegekräfte zu arbeiten. Sie sieht Mäeutik in der Pflege als „Gefühlssprache“ und als Voraussetzung für professionelle Pflege (vgl. v. d. Kooij 2010, S. 75). Dieses Gefühl sei lt. v.d. Kooij in den letzten Jahren beinahe verloren gegangen. Pflege setze immer Empathie voraus. Die Bezugspflege geht einen Schritt weiter, sie besteht aus Empathie und Verbindung = Beziehung und hilft Pflegekräften, Vertrauen aufzubauen, Sicherheit und Autorität zu vermitteln, ohne dabei die an Demenz erkrankten Bewohner zu bevormunden. Die Mäeutische Methodik wurde entwickelt, um den kommunikativen Prozess anzuregen und unterscheidet sich vom problemgesteuerten Pflegeprozess, indem sie Pflegekräften die Möglichkeit bietet, sich intensiv und intuitiv mit den zu betreuenden Bewohnern zu beschäftigen.

### **5.2.2 Ziele des Mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodells**

V. d. Kooij schreibt, das Ziel ihrer Methodik sei, den an Demenz erkrankten Menschen die Lust am Leben zu erhalten, um der Persönlichkeit dieser Menschen gerecht werden zu können.

Die Mäeutische Methode stimme mit den Bedürfnissen der betreuungsabhängigen Bewohner überein, wobei

- Menschenwürde
- Erlebens- und bedürfnisorientierte Pflege
- Kreative Pflege mit Freiraum für Pflegekräfte
- Teamorientierte Pflege

als Grundpfeiler zu sehen sind (vgl. v. d. Kooij 2012, S. 36f; 40; 61).

Als „Zielorientierung“ sieht v. d. Kooij die Wichtigkeit, eine genaue Beschreibung der Betreuung zu tätigen, denn damit würden Pflegekräfte sensibilisiert, mit Bewohnern

und Angehörigen über Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen und diese richtig umzusetzen, das seien vorrangig die Ziele (vgl. v. d. Kooij, 2010, S. 74).

Die Dokumentation besteht aus:

- dem erlebensorientierten Fragebogen, der in vier Schemata eingeteilt wird: **bedrohtes Ich, verirrtes Ich, verborgenes Ich, versunkenes Ich**
- dem Beobachtungsbogen (zuerst beobachten, dann kommunizieren)
- der Lebensgeschichte (Biografie)
- der Charakteristik (Verhalten des Bewohners)
- der Umgangsempfehlung

Hier wird, anders als bei Naomi Feil, das letzte Stadium nicht als Vegetieren bezeichnet, sondern wie bei Tom Kitwood das „Personsein“ in den Vordergrund gestellt. V.d. Kooij bezieht sich auf Tom Kitwood, der davon überzeugt ist, die Persönlichkeit an Demenz erkrankter Menschen zum Klingen zu bringen, indem man verborgene Fähigkeiten, die durch die Erkrankung vergessen wurden, wieder an die Oberfläche bringt. Die Umgangsempfehlung ermöglicht der Pflegekraft, in der Erlebenswelt des Bewohners Fuß zu fassen und seine Bedürfnisse zu erkennen und diese zu befriedigen (vgl. v. d. Kooij, 2012, S. 9; 67-71).

Das Mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell basiert auf der Professionalität und Fachkompetenz der Pflegekräfte, die dazu aufgefordert sind, erlebensorientiert zu beobachten und suchend zu reagieren, wobei verbale und nonverbale Fähigkeiten zum Einsatz kommen. Erlebensorientierte Pflege heißt mitmenschlich (validierend) reagieren und erleben ermöglichen. Bewohner brauchen eine lebendige Mitte und, nach Wunsch und Möglichkeit, sinngabende Aktivitäten. Pflegekräfte erhalten bei diesem Betreuungs- und Pflegemodell die Möglichkeit, Bezugspflege zu leben, im Team Erfahrungen auszutauschen, Ideen zu verwirklichen, die zu einer verbesserten Kommunikation und einer wertschätzenden und menschenwürdigen Umgangsweise für und mit Menschen mit Demenz führt.

Im nachfolgenden Betreuungsmodell der „Integrativen Validation“ werden die Konzepte nach Nicole Richard beschrieben.

### 5.3 Integrative Validation

Die „Integrative Validation“ wurde in den 1990 Jahren von Nicole Richard, einer deutschen Dipl. Pädagogin und Psychogerontologin entwickelt. Diese basiert u.a. auf Ansätzen der Validation nach N. Feil, orientiert sich in Anlehnung an das Mäeutische Betreuungs- und Pflegemodell von Dr. C. v. d. Kooij sowie am Personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen nach Kitwood und an der

personenzentrierten Psychotherapie nach Rogers. In einer bundesweiten Zusammenarbeit mit Richard, einer Arbeitsgemeinschaft, bestehend aus Praktikern sowie Lehr- und Leitungskräften der Altenpflege, wurde diese Methode weiterentwickelt und anerkannt. Mit diesem Modell wurde eine praxistaugliche Methode entwickelt, die sowohl im intramuralen als auch im extramuralen Bereich Anwendung findet.

Die IVA (Integrative Validation) zeichnet sich aus durch eine

- wertschätzende und ressourcenorientierte Umgangsform.
- Der Mittelpunkt ist die Würde und die Individualität des an Demenz erkrankten Menschen
- Wahrnehmung des Krankheitsprozesses und der Lebensgeschichte mit seinen Erinnerungen
- Ressourcenorientierung
- Bestätigung seiner Bedürfnisse und seines Erlebens

Eine wertschätzende Begegnung besteht darin, kognitiver Verluste wegen Brücken in das Hier und Jetzt zu bauen, damit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, in einen sicheren Hafen finden. Diese Brücken stehen auf drei Grundpfeilern:

- Der wertschätzenden und empathischen Grundhaltung
- Der Identitätsbestätigung und Bestärkung der Gefühle sowie der Bezugspflege

Der Kommunikation die aus der verbalen Kommunikation, paraverbaler Kommunikation mit Tonfall, Stimme, Lautstärke und der nonverbalen Kommunikation wie Körpersprache, Haltung, Gestik, Mimik, Blickkontakt (vgl. IVA 2016, S. 12f; 66f).

Kommunikation wird auch in der IVA als zentrales Element bezeichnet, auf einfache und ressourcenbezogene alltägliche Begegnungen zugeschnitten, um den an Demenz erkrankten Menschen zu erreichen und um im Pflegealltag eingesetzt werden zu können. Die Kommunikation wird als verbindende Säule des validierenden Handelns bezeichnet. Kommunikation, die empathisch und intuitiv geführt wird, ist als wertschätzende und bedürfnisorientierte Umgangsform für Menschen mit Demenz gekennzeichnet. Mit dem Bemühen und der Wahrnehmung, die Gefühle und Bedürfnisse sowie die Antriebe zu erfassen und zu verstehen. Die Suche nach Halt und Bindung sowie identitätsbezogenen Ereignissen aus der Lebensgeschichte an Demenz erkrankter Menschen zu erkennen, gilt ebenso als Grundvoraussetzung (vgl. ebd.; S. 68f; 74).

Anders als bei Feils Validation, wird in der IVA auf gezielte Fragetechnik verzichtet, vor allem deshalb, um den an Demenz erkrankten Menschen zusätzliche Stresssituationen zu ersparen. Richard geht, anders als Feil, mit nichtverarbeiteten Gefühlen aus der Vergangenheit um. Richard bezieht sich auf das Hier und Jetzt und agiert und reagiert im hier und jetzt, validiert auch sozusagen im Vorübergehen. Ihre Methodik unterteilt sie in situative Prinzipien, die aus dem Prinzip des Agierens, aus der Situation heraus, erfolgen, um ständigen Kontakt aufrecht zu erhalten und um Identität zu stärken. Richard bezeichnet dies als „Ritualisierte Begegnungen“, die mit Schlüsselwörtern (berufsbezogen) oder Sprichwörtern unterlegt sind, die in Bezug zur Biografie des an Demenz erkrankten Menschen stehen und „verborgenes“ Wissen wieder an die Oberfläche bringen sollen. Das zweite Prinzip ist das Prinzip Reagieren, welches als Kommunikationsform bei emotionalen Krisen und bei herausforderndem Verhalten eingesetzt wird, mit dem Bemühen und der Wahrnehmung, die Gefühle und Bedürfnisse sowie die Antriebe zu erfassen und zu verstehen. Die Suche nach Halt und Bindung sowie identitätsbezogene Ereignisse aus der Lebensgeschichte an Demenz erkrankter Menschen zu erkennen, gilt ebenso als Grundvoraussetzung. (vgl. ebd.; S.68f, 74)

### 5.3.1 Ziele der Integrativen Validation

- Stärkung und Vermittlung von Selbstsicherheit
- Anerkennung
- Vertrauen

- Respekt und Wertschätzung
- Wärme und Geborgenheit
- Wiedererlangen und Aufrechterhalten von Ressourcen

Nicole Richard bezeichnete ihr Modell als „Lebendiges Konzept“, welches praxisbezogene Erfahrungen aufgreift und weiterentwickelt. Außerdem werden auch Themen wie Sexualität und nonverbale Kommunikation miteinbezogen. So finden auch

Basale Stimulation, Biografie, Körpersprache und Milieuthérapie in der IVA ihre Verwendung (vgl. ebd., S 15).

**Beispiel:**

Die Pflegekraft betritt das Zimmer des Bewohners, um bei der Körperpflege behilflich zu sein. Der Bewohner reagiert zornig und behauptet, schon gewaschen zu sein. Die Pflegekraft beginnt im IVA – Konzept mit der Bestätigung des Gefühls und validiert individuell, indem sie die Wut nachvollzieht und bestätigt seine Wut mit individuell gewählten, validierenden Sätzen (vgl. ebd., S. 100): „Sie sind ganz schön wütend“; „Sie haben Wut im Bauch“; „Richtig ärgerlich sind Sie“; „Da kann man auch sauer werden“; „Völlig verärgert sind Sie heute“; „Was Recht ist, muss auch Recht bleiben“; „Da kann man auch sauer werden“! (ebd., S. 100)

Durch diese Form der Kommunikation des Reagierens werden Menschen auch in herausfordernden Verhaltenssituationen bestätigt und validiert. Die IVA bestätigt den Menschen in seiner Einzigartigkeit, in seinem Dasein, seiner Identität. Die Brücke, die zu dem an Demenz erkrankten Menschen führt, besteht aus den Säulen der Empathie mit der Wahrnehmung, dem Verstehen, dem Annehmen und für gültig erklären. Die Kommunikation wird in verbaler, paraverbaler und nonverbaler Form durchgeführt sowie der Beziehung und Bindung durch Bestätigung und Bestärkung des an Demenz erkrankten Menschen im Hier und Jetzt. Die Prinzipien des Agierens mit kontinuierlichen und ritualisierten Begegnungen sowie der Validation im Vorübergehen und die Prinzipien des Reagierens bei herausforderndem Verhalten. Das Hervorholen von verborgenem Wissen durch Schlüsselwörter und Sprichwörter, wird von Richard nicht als Technik bezeichnet, sondern als identitätsfördernde Besonderheiten eines versunkenen Lebens. Das Wissen um die

Einzigartigkeit jedes an Demenz erkrankten Menschen, das Wissen um die Individualität dieser Menschen, mit Gefühlen auf Ereignisse zu reagieren, das Verständnis diese Gefühle abzufangen, und zu agieren oder zu reagieren. Das Verständnis, Bedürfnisse zu empfinden, zu äußern und erfüllt zu bekommen, das sind Voraussetzungen und die Ziele der IVA.

Auch die spezielle validierende Pflege wurde für an Demenz erkrankte Menschen entwickelt, um das Alter lebenswert zu machen. Im nächsten Abschnitt wird dieses Pflege- und Betreuungsmodell von Brigitte Scharb beschrieben.

#### **5.4 Spezielle validierende Pflege**

Brigitte Scharb, eine österreichische Lehrschwester, hat die spezielle validierende Pflege für betagte und desorientierte Menschen mit dem Ziel, ihre psychosozialen Grundbedürfnisse ansatzweise zu erfüllen, entwickelt. Durch Biografie und Stimulation werden Erinnerungen geweckt und Empfindungen erzeugt, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen. Ressourcen werden erhalten und Kommunikation gefördert. Validierende Maßnahmen sind Grundpfeiler dieses Pflegemodells. Scharb sieht in der speziell validierenden Pflege nicht nur ein Pflegemodell, sondern eine Pflegephilosophie. Die Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse hat für Scharb denselben Stellenwert wie die Erfüllung körperlicher Bedürfnisse. Ihr offenes Pflegemodell lässt Raum für die Zusammenarbeit mit anderen interdisziplinären Berufsgruppen (vgl. Scharb 2005, S. 6-17.)

##### **5.4.1 Ziele der speziell validierenden Pflege**

- Erfüllung und Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse
- Ressourcenorientierte Pflegemaßnahmen
- Stressreduktion in der Pflegeinteraktion
- Medikamentenreduktion
- Körper, Geist und Seele stärken
- Kommunikation fördern (verbal und nonverbal)
- Lebensqualität fördern (Sensorische Stimulation).

Für die Umsetzung des Pflegemodells sind folgende Parameter erforderlich:

- Biografiearbeit
- Desorientierungsgrad
- Erstellung eines Pflegeplanes
- Durchführung individueller Pflegemaßnahmen
- Fortschritte dokumentieren
- Evaluierung

Pflegekräfte können durch sensorische Stimulation mit desorientierten Bewohnern kommunizieren, um die psychosozialen Grundbedürfnisse ansatzweise befriedigen zu können. Voraussetzung ist auch in diesem Pflegemodell der empathische und respektvolle Umgang.

#### 5.4.2 Sensorische Stimulation

In der speziellen validierenden Pflege werden Außenreize in den Pflegeprozess als nonverbale Kommunikation miteinbezogen:

- auditiv (hören - Lieblingsmusik, vertraute Stimmen, Motorengeräusch usw.)
- visuell (sehen- Bilder, Fotoalben, alte Filme. Gegenstände, usw.)
- taktil (fühlen – je nach Beruf, Bäcker Mehl, Schneiderin Stoff usw.)
- gustatorisch (schmecken – Lieblingsspeise )
- olfaktorisch (riechen – Düfte, Parfum, Blumen usw.)
- kinetisch (bewegen, gewohnte Tätigkeiten an die Oberfläche bringen)

Grundlagen für eine erfolgreiche Stimulation sind die persönlichen Vorlieben des Bewohners aus der Vergangenheit. Berührungen sind die intimste Form der Pflegekommunikation, gezielt und authentisch eingesetzt vermitteln sie mehr, als Worte zu sagen vermögen, Körpernähe, Wärme, Geborgenheit und Identität. Scharb legt in ihrem Modell größten Wert darauf, auch Menschen, die sich im letzten Stadium ihres Lebens befinden, respektvoll, fürsorglich, wertschätzend und empathisch zu begegnen. Sensorische Reize bleiben erhalten! (vgl. Scharb, 2005, S. 96; 128-131)

Maria Riedl mit dem Integrativen Pflegekonzept, Validation nach Naomi Feil, das Mäeutische Pflegemodell nach Cora van der Kooij, die Integrative Validation nach Nicole Richard und die spezielle integrative Validation nach Brigitte Scharb haben uns in eine Welt der humanitären Pflege- und Betreuungsmodelle geführt. Diese wurde speziell für an Demenz erkrankte Menschen entwickelt, die auf Grund ihrer kognitiven Defizite nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen, und auf Hilfe angewiesen sind. Diese Pflegemodelle sollen ein Altern in Würde ermöglichen. In den Schuhen des Anderen zu gehen, mit dem Ziel, desorientierte Menschen in ihrer Gedankenwelt zu begleiten, sie zu verstehen und sie dort abzuholen bzw. aufzufangen. Die unterschiedlichen Modelle wenden auch unterschiedliche Methoden an. Während N. Feil mit W-Fragen, außer „warum“ (um den Bewohner nicht in eine Stresssituation zu bringen) arbeitet, versucht C. v. d. Kooij mit Beobachtung, Bezugspflege und erlebensorientierter Pflege Bedürfnisse zu erfüllen. Nicole Richard wendet eine situationsorientierte Methode an, die im Hier und Jetzt agiert und reagiert, eine erlebensorientierte Pflege, um auch im Pflegeheim „daheim“ zu sein. Für B. Scharb ist die Befriedigung der psychosozialen Bedürfnisse vorrangig, um eine menschwürdige Umgangsweise zu ermöglichen und M. Riedl pflegt mit den „Händen in der Tasche“, um die Autonomie und das damit verbundene Selbstwertgefühl möglichst lange aufrecht zu erhalten

Doch wie realistisch ist derzeit die Umsetzung dieser Pflegemodelle in unseren auf Gewinn ausgerichteten Pflegeeinrichtungen? Deutsche und Schweizer Universitätsprofessoren haben in einer Feldstudie den Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen, bei herausforderndem Verhalten, in der stationären Altenpflege in Deutschland untersucht und sind im Rahmen ihrer Studie auf eine erschreckend und ernüchternde Realität gestoßen. Das nächste Kapitel befasst sich mit einem realen Situationsbericht in deutschen Pflegeheimen und gibt hier die Meinung der Forschenden wieder. Ob diese Situation auch für österreichische Pflegeheime zutrifft, kann in dieser Fachbereichsarbeit anhand fehlender Literatur und Forschungsfeldstudien leider nicht beantwortet werden.



## 6. Wenn Pflege zur Qual wird

Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit! Alltag in Wohnbereichen für an Demenz erkrankte Menschen, dies versuchte ein Team bestehend aus Deutschen und Schweizer Wissenschaftlern in einer vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Feldstudie zu ergründen (SILQUA-Projekt: EMOTIKOMM – Wirkungsanalyse emotionsorientierter Kommunikationsansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz in institutionellen Pflegesituationen. Leitung Prof. Dr. Helma M. Bleses, Prof. Dr. Daphne Hahn, bd. Hochschule Fulda), (vgl. Dammert et al. 2016, S.14.f.). Im Vordergrund dieses Projektes standen die in den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege empfohlenen Umgangsformen wie Integrative Validation nach Nicole Richard, Menschen mit Demenz in ihren Gefühlen anzuerkennen, sie zu bestätigen und in ihrer Erlebenswelt zu begleiten sowie der Basalen Stimulation nach Bienstein und Fröhlich. Die Basale Stimulation aktiviert Wahrnehmungsbereiche und wurde für Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen entwickelt, speziell für die Förder- und Sonderpädagogik. Beide Pflegekonzepte sollen sowohl bei Betroffenen, als auch bei Pflegekräften in der Behandlung einen positiven Effekt erzielen. Durch eine wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung durch die Pflegekräfte und durch einen gezielten Einsatz kommunikativer und interaktiver Methoden bei Personen mit Demenzerkrankung, soll es zu einer Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation kommen. Obwohl lt. Literatur Expertengruppen diesem Erfolg kritisch gegenüberstehen, haben sich die Forschenden dieses Hintergrundwissen zunutze gemacht und führten eine Beobachtungsstudie in deutschen Pflegeeinrichtungen durch. Über einen längeren Zeitraum wurden von diesem Team die Kommunikation und die daraus entstehende Interaktion von professionellen Pflegekräften und Betreuungspersonen, diese werden in Deutschland zusätzlich zu professionellen Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen beschäftigt (gleichzusetzen wie in Österreich Zivildienstler und Praktikanten), als qualitative Fallstudie beobachtet und dokumentiert. Das Forscherteam kam im Rahmen seiner Recherche zur Ansicht, dass mit den derzeitigen Rahmenbedingungen eine Umsetzung dieser Pflegekonzepte nur teilweise

gelingen kann. Ihren Beobachtungen zufolge konnte weder die Integrative Validation noch die Basale Stimulation von der Theorie konzeptionell in die Praxis umgesetzt werden. Die Anwendung bei an Demenz erkrankten Bewohnern geschah entweder nur teilweise oder gar nicht. (vgl. ebd., S. 36 – 39; 45) Die Eindrücke der Forschenden werden im Folgenden wiedergegeben:

„Es fällt auf, dass die Pflegemitarbeitenden sehr wenig Zeit im Aufenthaltsraum verbringen. Meistens sind sie nur anwesend, um die Mahlzeiten anzureichen. Dies geschieht häufig sehr hastig, manchmal sogar halb im Stehen. Eine Kommunikation während des Essensanreichens findet selten statt. Es gelingt den Pflegemitarbeitenden kaum, sich auf das Tempo der einzelnen Bewohner einzulassen. Sind Mitarbeitende außerhalb der Essenszeiten im Aufenthaltsraum, beschäftigen sie sich in der Regel damit, Geschirr aufzuräumen oder abzuwaschen. Meistens kommt es nur dann zu einem Gespräch mit einem Bewohner oder einer Bewohnerin, wenn diese es durch ihr Verhalten einfordern. Die Pflegemitarbeitenden sind dann in der Regel durchaus freundlich, jedoch auf sehr oberflächliche Weise. Man merkt immer deutlich, dass das Gespräch auf einer persönlichen Ebene mit den Bewohnenden etwas ist, das sie meistens als eher unausweichlich empfinden – so wirkt es zumindest. Alles scheint etwas gehetzt, als könne man sich jetzt nicht aufhalten lassen, da man sonst die Arbeit nicht schafft.“ (ebd., S. 37).

Dabei sollte personenzentrierte Pflege von an Demenz erkrankten Menschen ganz auf die emotionalen Bedürfnisse der Bewohner eingehen und eine wertschätzende Umgangsform enthalten. Die Eindrücke der Forschenden, sie berufen sich hier auf die Literatur nach Tom Kitwood, deckten sich mit dem, was Kitwood (2008 S.63.ff) als „Untergraben des Personseins“ bezeichnete.

Die Bedürfnisse der an Demenz erkrankten Bewohner waren geprägt von dem Wunsch nach Zuwendung, Zeit und Aufmerksamkeit. Dem gegenüber standen die Mitarbeitenden eher in einer distanzierten und funktionalen agitierten Haltung. Einzig in zwei speziellen, geschlossenen Wohnbereichen für an Demenz erkrankte Bewohner konnten eine vermehrte konzeptionelle Umsetzung der Anwendung sowohl nach Nicole Richards Integrativer Validation, als auch der Basalen

Stimulation nach Bienstein/Fröhlich beobachtet werden. Die Beobachtungsstudie belegte jedoch, dass Nicole Richards Vorstellung vom „Validieren im Vorübergehen“ nur teilweise und in Ansätzen angewandt wurde, da der Zeitrahmen dafür nicht gegeben war. Ebenso wurde die Basale Stimulation als zu zeitaufwändig beschrieben. Bei beiden Konzepten wurden von den Beobachtern Anwendungsbarrieren, Hemmnisse und Überlastung durch Pflegekräfte festgestellt, die es galt, mit den Mitarbeitenden zu erörtern. Diese Personengruppe berichtete, dass der beabsichtigte, methodische Vertrauensaufbau zu dem an Demenz erkrankten Bewohner auch eine gewisse Erwartungshaltung des Bewohners auslösen würde, die eine ständige Erreichbarkeit der Pflegekraft voraussetzen würde und dass gerade dies für Pflegekräfte oftmals eine enorme psychische Belastung darstelle. Eine weitere Problematik sahen Pflegekräfte für sich darin, situativ nicht immer validieren zu können oder daraus resultierende Emotionen dann nicht richtig deuten zu können. Als weitere Schwierigkeit nannten sie, die Gefühle von an Demenz erkrankten Bewohnern überhaupt wahrzunehmen und diese dann spontan deuten zu können. Auch würden sie sich in Anwesenheit von Angehörigen oder Mitarbeitenden dabei gehemmt fühlen. Professionelle Pflegekräfte wiederum sahen ihre Problematik darin, ethisch und moralisch, aber auch rechtlich, handeln zu müssen. So befänden sie sich ständig in einer Diskrepanz, einerseits den Willen der an Demenz erkrankten Person zu akzeptieren, dies durch Validation auch noch zu bestärken, um die Autonomie und das Selbstbestimmungsprinzip zu gewährleisten, und andererseits aber aus pflegerischer Verantwortung heraus handeln zu müssen, auch gegen den Willen der Bewohner, dies besonders bei der Verabreichung von Medikamenten oder bei der Körperpflege. Zu den Faktoren weiterer Hemmnisse, die die Anwendung beider Konzepte verhindern oder beeinflussen würden, zählten die Pflegekräfte institutionelle oder organisatorische Rahmenbedingungen.

(vgl. ebd., S. 49-52; 56).

Zu diesen gehören unter anderem:

- Zeitmangel
- Personalmangel mit hoher Fluktuation
- Fehlende oder mangelnde Unterstützung bei Umsetzung der Konzepte durch das Management oder die Pflegeeinrichtung

- Fehlende Informationen über die Bewohner
- Unzureichendes Teamdenken mit ungenügendem Informationsaustausch
- Mangelnde Kooperation der Berufsgruppen
- Unübersichtliche und zu große Wohnbereiche

Diesbezüglich sahen sich die Forscher mit Widersprüchen konfrontiert und obwohl Pflegekräfte in Interviews immer beteuerten, den Menschen im Mittelpunkt zu sehen, sie bedauerlicherweise für Zuwendungen aber zu wenig Zeit hätten, mussten die Forscher feststellen, dass auch bei vorhandenen zeitlichen Ressourcen die Kontaktaufnahme zu den an Demenz erkrankten Bewohnern keinen Bindungsimpuls aufwies. Auch was die beklagte, nicht vorhandene Biografie der an Demenz erkrankten Bewohner anbelangte, war kaum beobachtbar, dass hier von Pflegekräften etwas unternommen wurde, um diese einzufordern. Dies gilt auch für den beklagten Mangel an Teamgeist und der Kooperation innerhalb der Berufsgruppen. Für die Forschenden stellte sich nun abermals die Frage, ob es überhaupt möglich sei, die von den Autoren beschriebenen Konzepte, für die bestimmte institutionelle und organisatorische Rahmenbedingungen vorhanden sein sollten, in die pflegerischen Maßnahmen miteinzubeziehen, da Pflegekräfte diese Konzepte teilweise als belastend ansahen. Pflegekräfte sind immer einem großen Spannungsfeld ausgeliefert. Verhaltens- und Handlungsweisen werden begleitet von Bedürfnissen wie Sicherheit und Kontrolle. Dies umso mehr, da die Arbeitssituation in der Altenpflege mit einem erhöhten Bedürfnis von „sich absichern“ besteht. Die Forschenden beschreiben in ihrer Feldstudie, dass die Verhaltensweisen von Pflegekräften nicht immer auf fehlendes Wissen um die Verletzbarkeit und die Bedürfnisse von an Demenz erkrankten Personen wie Bindung, Trost, Identität, Einbeziehung und Beschäftigung sowie Liebe zurückzuführen sei. Dennoch sei es nicht erkennbar, warum Pflegekräfte nicht so pflegen, wie sie möchten oder sollten. Sie gaben an, alte Menschen nicht nur in der Körperpflege versorgen zu wollen, indem sie den körperlichen Zustand mit warm, satt und sauber bezeichneten, sondern auch auf die Bedürfnisse und Gefühle der einzelnen Bewohner eingehen zu wollen. Den Beobachtungen der Forschenden (vgl. ebd. S. 62-75) zufolge bestand die Neigung dazu, zumeist zu beschwichtigen, abzulenken und zu ignorieren oder zu vertrösten. Hier stellt sich für die Forschenden die Frage, ob sich Pflegenden ihres Handelns bewusst sind und ob dies zu einer

Form der Belastung bzw. zu Schuldgefühlen im Umgang mit den an Demenz erkrankten Bewohner führt?

## 6.2 Begegnung zwischen Anspruch und Beanspruchung

Im Gespräch mit den Forschenden teilten die Pflegekräfte mit, dass ihre Berufsgruppe in der Altenpflege einer enormen physischen und psychischen Belastung ausgesetzt sei, wobei die psychische Belastung im Vordergrund stehe. Zu den hohen berufsethischen und gesellschaftlichen Erwartungen wie Freundlichkeit, Verständnis, Hilfsbereitschaft und Einfühlungsvermögen, die an die Pflegekräfte gestellt werden, kämen die erhöhten Belastungen in der Pflege durch die Zunahme an Betreuung bei dementiellen Erkrankungen. Was die Forschenden als „Begegnung mit Distanz“ wahrgenommen haben, sei in Wirklichkeit ein Zeichen der Überforderung und wird als eine Form des inneren Rückzugs beschrieben. Ein Rückzug, der vielen Pflegenden nicht bewusst sei. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung entwickeln Pflegekräfte Strategien, um den Alltag zu bewältigen oder zu erleichtern. Sie versuchen sich auf ihre Tätigkeit im Hier und Jetzt zu konzentrieren und ordnen sich und Bewohner bestimmten Strukturen unter. Auch das Ausblenden der Biografie des an Demenz erkrankten Bewohners sowie dessen Zukunftserwartung würde nach Ansicht der Autoren schon zu einer Belastungsminimierung führen. Gerade diesem selbst auferlegten Rückzug der Pflegekraft, steht ein alter und hilfsbedürftiger Mensch mit seinem Wunsch nach Erfüllung seiner Bedürfnisse wie Nähe, Bindung, Trost und Aufmerksamkeit gegenüber.

### **Anzeichen von Rückzug sind:**

- Einschränkung, Vermeidung oder Abbruch von Interaktionen zu Bewohnern
- Selektive Wahrnehmung (bestimmte Aspekte) von Bedürfnissen
- Verdrängung oder Ausblendung emotionaler Betroffenheit
- Sprachliche Distanz
- Bevorzugte administrative und praktische Tätigkeiten

Aus eigenen Beobachtungen und Aufzeichnungen musste das Forscherteam diese Rückzugstendenzen von professionell Pflegenden in Einrichtungen für an Demenz erkrankten Personen in deutschen Pflegeeinrichtungen leider feststellen.

Interaktionen mit hilfsbedürftigen Menschen wurden teilweise vermieden und grundlegende psychosoziale Bedürfnisse konnten nicht erkannt und befriedigt werden. Auch aus einer Situation heraus, die Pflegekräfte durch Überforderung und daraus resultierendem Zeitmangel, fehlender Biografie der Bewohner, mangelnder Unterstützung im Team und dem Pflegemanagement, Personalmangel und unübersichtlichen Pflegeeinrichtungenangaben. Eine Anwendung der Verfahren wurde auch von geschulten Mitarbeitern bei Bewohnern mit herausforderndem Verhalten eher selten und nicht regelmäßig angewandt (vgl. Dammert et.al. 2016, S. 73-77). Zusammenfassend ist diese Feldstudie als erschreckend und ernüchternd zu betrachten. Ob dies auch für Österreichische Pflegeeinrichtungen zutrifft, konnte im Rahmen dieser FBA nicht festgestellt werden!

## 7. Zusammenfassung

In Österreich leiden derzeit ca. 100.000 Menschen an Demenz, Tendenz steigend. Diese Erkrankung ist nicht nur für Betroffene selbst eine Herausforderung, sondern auch für Angehörige und Betreuungspersonen. Sie führt zu einem Erinnerungsverlust, auch die Fähigkeit, Zusammenhänge sinnbringend zu erfassen geht verloren. Begleitet von einem Sprachzerfall, motorischen Einschränkungen, bis hin zum totalen geistigen Rückzug, unfähig, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, findet diese Personengruppe Hilfe und Betreuung innerhalb der Familie, aber auch in Altenpflegeeinrichtungen. Pflegekräfte, die aufgrund ihrer Tätigkeit die größte Nähe zu den Betroffenen haben, sind in der Pflege von Demenzkranken Menschen aber extremen Situationen ausgesetzt. Diese Tätigkeit verlangt eine hohe soziale Kompetenz, vor allem aber Empathie und Engagement, um im Berufsalltag auch mit herausfordernden Verhaltensweisen von an Demenz erkrankten Menschen umgehen zu können. Menschen, die ihre Bedürfnisse anhand ihrer kognitiven Defizite nicht anders zum Ausdruck bringen können, geraten hier mit Pflegekräften oftmals in unverständene Konfliktsituationen. Spezielle Pflege- und Betreuungsmodelle (Best Practice Modelle) für desorientierte Menschen wurden geschaffen, um die Interaktion zwischen an Demenz erkrankten Menschen und Pflegekräften zu erleichtern. Maria Riedls integratives Pflegekonzept bietet Hilfe zur Selbsthilfe, *Pflegen mit den Händen in der Tasche*, um die Autonomie zu erhalten.

Naomi Feils Validationstechniken helfen, desorientierte Menschen in ihrer Erlebenswelt zu verstehen und sie in „ihren Schuhen“ zu begleiten. Cora van der Kooij bietet in ihrem Modell eine erlebensorientierte Pflege, indem sie Pflegekräften einen speziellen Freiraum in der Beobachtung und Handlungsphase einräumt und holt mit ihrem Mäeutischen Pflegemodell verborgenes Wissen wieder an die Oberfläche. Nicole Richard arbeitet mithilfe der integrativen Validation und bringt unter anderem durch Schlüsselwörter die Erinnerung zurück. Brigitte Scharbs spezielle validierende Pflege legt größten Wert auf die Erfüllung psychosozialer Bedürfnisse, auch auf nonverbaler Ebene. Obwohl diese Betreuungsmodelle erarbeitet wurden, finden sie lt. einer deutschen Feldstudie in deutschen Pflegeheimen nur teilweise oder gar nicht Anwendung. Pflegekräfte, die aus Selbstschutz Rückzugstendenzen anstreben und hilfsbedürftige alte Menschen, deren Bedürfnisse aus Zeitgründen nicht erfüllt werden können, prägen hier heute schon das Bild der Pflege. Die Thematik in österreichischen Pflegeeinrichtungen, konnte anhand fehlender Aufzeichnungen in dieser FBA nicht behandelt werden. Zu hoffen bleibt, dass die beschriebene Situation in österreichischen Pflegeheimen nicht diesem Zustandsbild entspricht!

### **Welche Maßnahmen führen zu einer gelungenen Interaktion zwischen Pflegeassistenten und an Demenz erkrankten Menschen?**

Um alten und hilfsbedürftigen Menschen auch in Zukunft wertschätzend begegnen zu können, muss eine grundlegende und effiziente Umsetzung von Best Practice Modellen in der Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen erfolgen. So wird es in erster Linie erforderlich sein, den Stellenwert von alten Menschen und Pflegekräften in der Gesellschaft besser zu etablieren. Unumgänglich sind auch verbesserte Rahmenbedingungen für Pflegekräfte, die eine menschenwürdige Personalpolitik ermöglichen, damit Pflegekräfte ihrer Profession, zu pflegen, umfassend gerecht werden können.

Bezugnehmend auf mein Vorwort möchte ich festhalten, dass es mir ein persönliches Anliegen war, diese Fachbereichsarbeit zu verfassen, um aufzuzeigen, wie wichtig, wie wertvoll und bereichernd eine wertschätzende

Begegnung mit alten und an Demenz erkrankten Menschen für beide Personengruppen sein kann. Ich möchte jedoch nicht die Augen vor der Realität verschließen und muss anhand meiner Recherchen für diese Fachbereichsarbeit und auch anhand eigener Erlebnisse, zu der Erkenntnis kommen, dass es zwischen Theorie und Praxis noch viel Raum gibt. Ich sehe aber einer positiven, zukünftigen Entwicklung entgegen.



## Abbildungsverzeichnis

**Bild 1:** Neuron

Quelle <http://www.interactive-biology.com/wp-content/uploads/2012/04/Neuron21.jpg> (Zugriff:26.10.2016)

**Bild 2:** Gehirn

Quelle: <http://symptomat.de/images/thumb/Gehirn-Funktionen.jpg/415px-Gehirn-Funktionen.jpg> (Zugriff: 26.10.2016)

**Bild 3:** Gehirn normal, Gehirn bei Alzheimer

Quelle:<https://tse1.mm.bing.net/th?id=OIP.M5cfbfe62f9dc5579d919b7d278f34aff0&pid=15.1> (Zugriff:13. November 2016)

## Tabellenverzeichnis

**Tabelle1:** Demenzerkrankungen 2014

Quelle: Kastner/Löbach Handbuch Demenz 3. Auflage 2014, S. 34.

**Tabelle 2:** Reisbergskala

Quelle: Krämer, Alzheimer-Krankheit 2000 S. 211-213.

## Literaturverzeichnis

- Dammert, Matthias, / Keller, Christine, / Beer, Thomas, / Bleses, Helma (2016):** Person-Sein zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine Untersuchung zur Anwendung der Integrativen Validation und der Basalen Stimulation in der Begleitung von Personen mit Demenz. Beltz Juventa Verlag: Weinheim und Base.
- Feil, Naomi, / de Klerk-Rubin, Vicki (2013):** Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 10. Auflage. Ernst Reinhardt GmbH. & Co Kg. Verlag: München.
- Institut für Integrative Validation (2016):** Integrative Validation nach Richard. Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen. Steinmeier Verlag und Druckerei: Deiningen.
- James, Ian, Andrew (2013):** Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. Hans Huber Verlag: Bern.
- Kastner, Ulrich, / Löbach, Rita (2014):** Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Betreuung. 3. Auflage. Urban und Fischer Verlag: München.
- Kitwood, Tom (2013):** Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 6. Auflage. Hans Huber Verlag: Bern.
- Krämer, Günter (2000):** Alzheimerkrankheit: Antworten auf die häufigsten Fragen. Trias Verlag: Stuttgart.
- Maurer, K., / Ihl, R.,/ Frölich, L.(1993):** Alzheimer. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Springer Verlag: Heidelberg.
- Riedl, Maria (2006):** Integratives Pflegekonzept. Band 1 Grundlagen Books on Demand GmbH.: Norderstedt
- Scharb, Brigitte (2005):** Spezielle validierende Pflege. 3. Auflage. Springer Verlag: Wien
- Schmid, Reinhold / Zarfl, Maximilian (2016):** DFP-Literaturstudium - Demenz. In: ÖAZ (19) vom 10.10.2016.
- Van der Kooij, Cora (2012):**“Ein Lächeln im Vorübergehen“. Erlebensorientierte Altenpflege mit Hilfe der Mäeutik. 2. Auflage. Hans Huber Verlag: Bern.
- Van der Kooij, Cora (2010)** Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell. 1. Auflage. Hans Huber Verlag: Bern

## Internetquellen:

Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> {Zugriff 07.03. und 17.03.2017}

Österreichischer Demenzbericht.

<http://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Österreichischer> {Zugriff:09.03.2017}

ICD-10-WHO Version 2016. Psychische und Verhaltensstörungen.

<https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f00-f09.htm#F00.0> {Zugriff: 27.02.2017}

Klug, Marcus. Bahnbrechende Studien aus der Forschung: Die Nonnenstudie.

<http://dzd.blog.uni-wh.de/bahnbrechende-studien-aus-der-forschung-die-nonnenstudie/> {Zugriff: 01.03.2017}