

## **Was bleibt**

Vergessen, Verwirrung, Veränderung,  
Was bleibt ist ein Mensch!

Angst, Aggression, Anstrengung,  
Was bleibt ist ein Mensch!

Unsicherheit, Hilflosigkeit, Herausforderung.  
Was bleibt ist ein Mensch!

Mit Sehnsucht und Liebe, Freude und Leid,  
Bedürfnissen nach Zuwendung und Geborgenheit.  
Was bleibt ist ein Mensch. Immer!

Mathilde Tepper

(vgl.<http://alternbildung.wikifoundry.com/page/Zitate+zum+Thema+Demenz>)

## **Persönliche Motivation**

Das Thema meiner Bachelorarbeit kam zum einen zustande, weil ich während meines Studiums im Rahmen des Moduls „Alter“ für mich sehr interessante und hervorragende, weil von Wertschätzung und tiefer Achtung geprägte Lehrveranstaltungen erleben durfte, wodurch mein Interesse für diese Altersgruppe mit all ihren Schwierigkeiten, aber auch schönen Momenten geweckt wurde. Die Lehrveranstaltungen führten dazu, dass ich mich im Laufe des Studiums immer weiter mit dieser Altersgruppe beschäftigte und das Thema Demenz vertiefte, weil es mich besonders interessierte.

Zum anderen ist das Thema der Tatsache geschuldet, dass mein Großvater zwar nie an einer ärztlich diagnostizierten, aber dennoch an deutlichen, auch für Laien erkennbaren Symptomen einer Demenzerkrankung litt. Die Peinlichkeit, die meiner Großmutter im Gesicht geschrieben stand, wenn er wirres Zeug redete oder beim Essen plötzlich sein Gebiss heraus nahm und ableckte und das Unverständnis, das sowohl Familienmitglieder als auch Freunde und Nachbarn sowohl verbal als auch in ihrem Verhalten darüber zeigten, weckte mein Interesse für diese Krankheit sowohl aus der Sicht der Betroffenen, als auch aus der Sicht der Angehörigen und Professionellen. Obwohl ich damals noch nichts von Validation oder Biographiearbeit wusste, tat ich instinktiv das Richtige und war erstaunt über die Reaktionen meines Großvaters, der durch die Wertschätzung und Annahme seiner Gefühle in Phasen großer Aufgeregtheit plötzlich ganz ruhig wurde.

Durch das Studium an der Hochschule Mittweida und von entsprechender Fachliteratur bekam das, was ich tat, einen Namen.

Ein herzlicher Dank an Herrn Dr. phil. Michel C. Hille für seine sehr wertvollen Lehrveranstaltungen und die hervorragende Betreuung während des Verfassens meiner Bachelorarbeit.

Ein weiteres Dankeschön an Herrn Prof. Dr. Wolfgang Scherer, der sich, trotzdem er sich im Ruhestand befindet, sofort bereit erklärte, mein Zweitgutachter zu werden.

## 1. Einleitung

„Wenn ich keine Frau mehr bin, warum fühle ich mich dann noch wie eine? Wenn das Festhalten keinen Sinn mehr hat, weshalb will ich es dann mit aller Gewalt? Wenn meine Sinne nichts mehr empfinden, warum genieße ich dann immer noch das Gefühl von Satin und Seide auf meiner Haut? Wenn ich nicht mehr sensibel bin, weshalb bringen bewegende Liedertexte Saiten in mir zum Klingen? Jedes einzelne Molekül in mir scheint in die Welt hinauszuschreien, daß ich existiere und daß diese Existenz für irgendeinen Menschen von Wert sein muss! Wie soll ich den Rest dieser Reise ins Ungewisse überstehen, ohne einen Menschen zu haben, der mich durch dieses Labyrinth begleitet, ohne den Händedruck eines Mitreisenden, der mein Bedürfnis etwas wert zu sein, wirklich versteht?“ (vgl. Friel McGowin 1994, S.141)

Das sind die Worte einer Frau, die sie im Anfangsstadium ihrer eigenen Alzheimerdemenz aufgeschrieben hat.

Besser und kompakter hätte man es nicht ausdrücken können, wonach sich Menschen, deren kognitive Fähigkeiten im Verlauf dieser Erkrankung immer mehr zerstört werden, bis am Ende das völlige Angewiesensein auf andere Menschen steht, sehnen.

Deshalb war dieses Zitat für die vorliegende Arbeit richtungsweisend.

Vieles können wir als nicht Betroffene von Menschen mit Demenz lernen, da sie uns, bedingt durch den Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten zeigen, wie man Gefühle unverfälscht und wahrhaftig zeigt. In einer Gesellschaft, wo alles technisiert und automatisiert wird, wo es um ein immer Mehr in allen Bereichen geht, wo es darum geht, dass sich alles rechnen muss und größtmögliche Gewinne erzielt werden sollen, wo psychische Erkrankungen, einerseits ausgelöst durch immer mehr Stress am Arbeitsplatz, andererseits durch sinnentleerte Freizeit eine der häufigsten Gründe für Krankschreibungen sind, können sie uns zeigen, was letztendlich wirklich wichtig ist und lehren, sich auf das Wesentliche im Leben zu besinnen. Wenn wir ihnen zuhören und versuchen sie zu verstehen, auch wenn sie ihre Gedanken nicht mehr in Worte fassen können, wenn wir uns auf sie einlassen, können wir als Gesunde viel mitnehmen, auch wenn sie selbst auf unsere empathische Hilfe angewiesen sind.

Da die Forschungslage und auch Literatur zu diesem Thema sehr rar sind und man in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung die Betroffenen nicht mehr selbst

befragen kann, ist man darauf angewiesen durch Beobachtungen bzw. Kenntnis der grundlegenden Bedürfnisse von Menschen oder auch die Überlegung, was man sich selbst wünschen würde, wenn man sich nicht mehr äußern kann, herauszufinden, was diese Menschen brauchen.

Die vorliegende Arbeit soll die Frage klären, was wir als Gesellschaft tun können bzw. welche Voraussetzungen wir als Gesellschaft brauchen, damit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, nicht an den Rand unserer Gesellschaft gedrängt werden. Weiterhin soll der Frage nachgegangen werden, welche Pflegeansätze professionell Pflegende und andere am Betreuungsprozess Beteiligte brauchen, um adäquat, unter Wahrung der Emotionen und der Würde der Erkrankten, mit diesen Menschen umgehen zu können.

Dazu wird im 2. Kapitel dieser Arbeit die fachliche Ausgangslage näher betrachtet. Dabei wird als erstes der demographische Wandel beleuchtet und danach die Demenz im Allgemeinen und die Alzheimer- Demenz im Speziellen mit ihren verschiedenen Stadien dargestellt.

Im 3. Kapitel werden fünf ausgewählte Ansätze, die intergenerative Arbeit, die Biographiearbeit, die Validation nach Naomi Feil, das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell und das psychobiographische Modell nach Erich Böhm als Möglichkeiten zur würdevollen Begleitung demenzkranker Menschen und zur Achtung der Gefühlswelt der Betroffenen vorgestellt.

Die gesellschaftliche und soziale Seite der Demenz, welchen Anteil wir als Gesellschaft an der heutigen Situation der Menschen mit Demenz haben, wird im 4. Kapitel dieser Arbeit thematisiert.

Ein Fazit der Ausführungen wird im 5. Kapitel gezogen und es soll geschaut werden, was von Seiten der Politik, der Pflegenden und der Gesellschaft getan werden kann, um die momentan noch sehr unbefriedigende Situation für demenzkranke Menschen und ihre Angehörigen zu verbessern.

## 2. Fachliche Ausgangslage

### 2.1 Demographischer Wandel

Die Bevölkerungszahlen in Deutschland sinken, die Lebenserwartung dagegen steigt immer weiter an. Das sind die Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung von Bund und Ländern. Bereits seit 2003 sind die Bevölkerungszahlen in Deutschland rückläufig und wenn sich der begonnene Trend von einer Diskrepanz zwischen Geburten- und Sterbezahlen zu Ungunsten der Geburtenraten fortsetzt, dann werden von 82 Millionen Menschen am Ende des Jahres 2008 nur 65 bis 70 Millionen im Jahre 2060 übrig sein. Ebenso wird es einschneidende Veränderungen in der Altersstruktur geben, da die heute zahlenmäßig sehr stark vertretenen mittleren Jahrgänge bis dahin ins hohe Alter eintreten werden.

Waren 2008 noch 19% der Bevölkerung unter 20 Jahre, 61% zwischen 20 und 65 Jahren und 20% über 65, wird 2060 ungefähr jeder dritte über 65 sein und es werden nur halb so viele Kinder geboren werden, wie es Menschen über 70 Jahre gibt.

Ebenfalls im Jahr 2008 waren 5% entsprechend 4 Millionen Menschen in Deutschland über 80 Jahre. Im Jahr 2050 wird sich diese Zahl auf 10 Millionen Menschen erhöht haben, um im Jahr 2060 auf ca. 9 Millionen Menschen zu sinken. Jeder Siebente oder 14% werden dann also hochaltrig sein (vgl. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile), Demenz- Report 2011, S. 4)

Bevölkerungsvorausberechnungen bis zum Jahr 2050 sagen, dass sich die Alterspyramide des Jahres 1950 zu einer auf dem Kopf stehenden Pyramide entwickeln wird, d.h. es werden immer weniger Kinder geboren und die Zahl der alten und sehr alten Menschen nimmt zu. Dabei ist die Alterspyramide für 2050 allenfalls eine vage Behauptung, die so zutreffen kann, aber nicht muss. In den Vorausberechnungen geht man davon aus, dass die Geburten- und Sterberaten in den nächsten 40 Jahren (der Stand von 2011) gleich bleiben. Ob das wirklich so ist, kann niemand mit absoluter Sicherheit sagen. Nicht vorhersagbar sind nämlich größere Epidemien oder gar Kriege und auch nicht, wie sich die folgenden Generationen in Bezug auf Kinderzahlen entscheiden werden.

Vergleicht man die Jahre 1950 und 2011 sind jedoch ein Rückgang der Geburten-

zahlen und ein sehr viel größerer Anteil der über 60 Jährigen zu verzeichnen. Auch gab es 2011 sehr viel mehr hochaltrige Menschen als noch 1950. Tendierte die Zahl der 90-jährigen 1950 noch gegen Null, sind es 2011 mehr als 200.000 Menschen, wobei hier den größten Teil die Frauen ausmachen.

Zu erklären ist diese Entwicklung mit der fortschreitenden Industrialisierung und Technisierung, aber vor allem auch durch die bessere medizinische Versorgung der Menschen. Da heute durch den medizinischen Fortschritt viele Krankheiten geheilt oder hinausgezögert werden können, leben die Menschen länger als noch vor 60 Jahren. Das bringt jedoch auch Krankheiten mit sich, die vor allem auf ein höheres oder hohes Lebensalter zurückzuführen sind, wie z.B: dementielle Erkrankungen.

Was darunter ganz allgemein zu verstehen ist und welche Ursachen und Stadien die Alzheimer- Demenz im Besonderen kennzeichnet, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

## **2.2. Begriffsklärung Demenz**

Der Begriff Demenz kommt aus dem Lateinischen und ist abgeleitet vom Wort dementia, was so viel wie „ohne Verstand“ oder „weg- Geist“ bedeutet und eine Veränderung und später den völligen Verlust von intellektuellen, kognitiven und emotionalen Fähigkeiten meint (vgl. Demenz- Report 2011, S. 9; Dierbach 1993, S. 16).

In der Medizin wird Demenz als ein Zustand beschrieben, der dazu führt, dass Fähigkeiten in den Bereichen des Denkens, des Gedächtnisses und anderer höherer Leistungen des Gehirns sich anhaltend und fortschreitend reduzieren. Dabei muss dieser Zustand eine Minderung im Gegensatz zu früheren Leistungen darstellen (vgl. Kurz 2010, S. 5) und laut ICD- 10 Katalog die darin genannten 4 Kriterien erfüllen:

- Abnahme des Gedächtnisses und anderer geistiger Fähigkeiten, erkennbar an der Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens,
- die Patienten sind wach und ansprechbar und reagieren auf Ansprache entsprechend ihrer verbliebenen geistigen Fähigkeiten,
- die Kontrolle der eigenen Affekte mit mindestens einem der folgenden Merkmale ist vermindert; emotionale Labilität, erhöhte Reizbarkeit, Vergröberung des Sozialverhaltens, Apathie
- die Symptome müssen mindestens 6 Monate andauern (vgl. [www.gesundheitssprechstunde.ch](http://www.gesundheitssprechstunde.ch)).

Demenz ist das Hyperonym für ca. 50 verschiedene Krankheitsformen, die unterschiedlich verlaufen, aber am Ende zum Verlust aller geistigen Fähigkeiten führen. Die Ursachen für die Demenzen sind sehr vielfältig, man unterscheidet grundsätzlich zwischen primären und sekundären Demenzen, wobei die sekundären Demenzen Folge einer bereits vorhandenen Erkrankung sind und ca. ein Drittel aller Demenzen ausmachen (vgl. <http://www.wegweiser-demenz.de/demenzerkrankung.html>).

Als Ursachen kommen zum Beispiel Anämie, Nierenstörungen, Medikamentenintoxikationen oder schwere Formen der Depression in Frage. Werden diese Ursachen beseitigt, ist diese Demenzform im Gegensatz zur Demenz vom Alzheimertyp reversibel (vgl. Dierbach 1993, S. 17).

### **2.3. Die Demenz vom Alzheimertyp- Definition und Stadien**

Die irreversiblen oder primären Demenzen stellen mit 80 bis 90% der Demenzerkrankungen den größten Anteil unter den Demenzerkrankungen dar und die Demenz vom Alzheimertyp bildet bei diesen Demenzen die größte Untergruppe. Sie ist nicht heilbar (vgl. Dierbach 1993, S. 17).

In Deutschland geht man gegenwärtig von 1,3 Millionen Demenzkranken aus, wobei ca. 867000 Menschen an der Alzheimer- Krankheit leiden. Jährlich kommen ca. 280000 neue Fälle hinzu (vgl. Demenz- Report 2011, S. 6; Kurz 2010, S.5).

Entdeckt wurde die Krankheit vom bayrischen Neurologen Alois Alzheimer, der diese Erkrankung 1906 auf der Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte erstmals beschrieb und darüber berichtete (vgl. Furtmayr- Schuh 1991, S. 17). Lange Zeit wurden seine Ausführungen ignoriert und man tat diese Form der Krankheit als Schwachsinn oder Verwirrtheit ab.

Obwohl es bis heute keine ursächliche Behandlung gibt, weiß man aufgrund intensiver Forschung und Beschäftigung mit dieser Erkrankung sehr viel mehr über die Ursachen, den Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten für die Betroffenen. Die Fachwelt geht überwiegend davon aus, dass histologische und biochemische Veränderungen im Gehirn ursächlich für die Demenz vom Alzheimertyp sind (ebd., S. 18). Dabei gehen Nervenzellen und Nervenzellkontakte zugrunde und verursachen in jenen Abschnitten des Gehirns, die für Sprache, Orientierung und Gedächtnis verantwortlich sind, Ausfälle (vgl. Kurz 2010, S. 6). Andererseits hat man in einer Studie,

die nach dem Tod von demenzkranken Menschen durchgeführt wurde, festgestellt, dass ca. ein Drittel von ihnen keine starken Plaques im Gehirn aufwies und trotzdem an der Alzheimer Demenz erkrankt war (vgl. Baer, Schotte 2009, S. 73). In einer anderen Studie mit Ordensschwestern, die lange Zeit beobachtet wurden und ihre Gehirne nach ihrem Tod der Forschung zur Verfügung stellten, wurden massive Plaqueablagerungen gefunden, ohne dass diese Symptome einer Demenz gezeigt hatten (vgl. Demenz Report 2011, S.10). Daraus ließe sich schließen, dass nicht allein die Ablagerungen im Gehirn für das Auftreten dieser Art der Demenz verantwortlich sein können, sondern noch andere Faktoren hinzukommen müssen, die dann letztendlich zu dieser Erkrankung führen.

Als Ursachen für die Alzheimer- Krankheit kennt man heute die sehr seltene, familiär gehäufte Form, bei der über einige Generationen mehrere Fälle auftreten und die Symptome bereits vor dem 60. Lebensjahr einsetzen. Die häufigste Form dieser Krankheit ist jedoch nicht erblich. Der größte Risikofaktor dabei ist ein hohes Lebensalter (vgl. Kurz 2010, S.7; Demenz Report 2011, S.10). Sind bei den 65 bis 69-jährigen Menschen lediglich 1,2% betroffen, sind es bei den 80 bis 84- Jährigen bereits 13,3% und bei den 90- Jährigen steigt die Erkrankungshäufigkeit auf 35% an (vgl. <http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Epidemiologie.html>).

Das bedeutet aber auch, dass ungefähr zwei von drei 90- Jährigen nicht betroffen sind und demzufolge die Alzheimer- Demenz keine normale Alterserscheinung ist und auch nicht das natürliche Schicksal älterer Menschen (vgl. Dierbach 1993, S. 38).

Diskutiert wird auch, ob Personen mit einer geringen Schulbildung und lebenslang geringer geistiger und sozialer Aktivität ein erhöhtes Risiko zur Erkrankung haben (vgl. Kurz 2010, S.8).

Die Erkrankung verläuft in Schüben und wird üblicherweise in drei verschiedene Stadien eingeteilt, die leichtgradige, die mittelschwere und die schwere Demenz (ebd. S.9). Es kommt zu einer langsamen, aber stetigen Verschlechterung der Symptomatik. Obwohl es auch so genannte „Plateauphasen“ (vgl. Haberstroh, Neummeyer, Pantel 2011, S. 5) gibt, verschlechtert sich die Krankheit linear. Die Dauer dieser Erkrankung liegt im Durchschnitt zwischen fünf und acht Jahren, sie kann aber auch 20 Jahre andauern oder nur ein Jahr (ebd. S. 5).



Bevor man jedoch von leichtgradiger Demenz spricht, geht der Krankheit ein über einige Jahre andauernder Prozess leichter, aber fortschreitender Leistungseinbußen voraus. Man spricht auch vom Stadium der leichten kognitiven Störung. Hierbei kommt es zu Störungen des Gedächtnisses, vor allem des Kurzzeitgedächtnisses und deshalb betrifft dies eher den Abruf von neuen Informationen. Weiterhin kommt es zu Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und der Schwierigkeit visuell- räumliche Informationen richtig zu verarbeiten. In diesem Stadium ist die Funktionsfähigkeit im Alltag erhalten, lediglich bei komplizierteren Tätigkeiten kann es zu Schwierigkeiten kommen. Es besteht volle Krankheitseinsicht (ebd. S.9; Dierbach 1993, S. 37).

Im Stadium der leichtgradigen Demenz kommt es zu Gedächtnisverlusten und zur Abnahme der kognitiven Fähigkeiten, die zwar die Leistungsfähigkeit im Alltag beeinträchtigen, jedoch ein selbständiges Leben nicht unmöglich machen. Die Gedächtnisstörungen betreffen eher das Lernen, Behalten und Wiedergeben von neuen Informationen, nicht das Erinnern an frühere Ereignisse. So kann es vorkommen, dass man abgelegte Dinge nicht wiederfindet oder Verabredungen vergisst. Bei komplizierteren Aufgaben, die komplexe Handlungsabläufe erfordern, benötigen die Betroffenen jetzt Hilfe. Probleme sich zeitlich und örtlich zu orientieren und auch Wortfindungsstörungen können ebenfalls vorhanden sein. Das Sprechtempo verlangsamt sich, da auch das Verarbeiten von Gesagtem, vor allen Dingen, wenn sich mehrere Menschen unterhalten, langsamer wird. In diesem Stadium muss meist schon eine Rente beantragt werden, da die Betroffenen ihren Beruf nicht mehr ausüben können.

Da auch in diesem Krankheitsstadium noch Krankheitseinsicht besteht, kommt es häufig zu Gereiztheit und depressiven Verstimmungen, da sie über das Nachlassen ihrer Leistungsfähigkeit beschämt und verunsichert sind. Bereits hier ziehen sich die Betroffenen aus ihrem sozialen Umfeld zurück, um ihre nachlassenden kognitiven Fähigkeiten zu verschleiern. Deshalb kann es sein, dass das Umfeld in diesem Stadium noch nichts von der Krankheit merkt (vgl. Buijssen 2008, S. 140; Kurz 2010, S.10f; Re 2003, S. 13f).

Dabei sind diese Verhaltensweisen etwas völlig Normales, wenn man bedenkt, mit welch großem Verlust sie durch den Niedergang aller kognitiven und später auch der körperlichen Fähigkeiten fertig werden müssen (vgl. Buijssen 2008, S. 78f).

Dies ist der Beginn eines Teufelskreises, da hier einerseits der eigene Antrieb und die Eigeninitiative immer schwächer werden und der so wichtigen Aufklärung der Gesellschaft über diese Krankheit, darüber wie sich Menschen fühlen, die mit der Diagnose Demenz vom Alzheimer- Typ leben müssen, an deren Ende das völlige Angewiesensein auf andere Menschen steht, darüber, was sie sich wünschen und brauchen, entgegengewirkt wird. In diesem Stadium wären sie nämlich noch in der Lage sich ihren Mitmenschen mitzuteilen, was eine große Erleichterung sowohl für sie selbst, im Hinblick auf den späteren Krankheitsverlauf, als auch für die Pflegenden wäre. Sicherlich gibt es Literatur von Menschen mit Alzheimerdemenz, die genau das aufgeschrieben haben, da aber jeder Mensch in seinen Sorgen, Vorlieben und Emotionen individuell ist, wäre es hilfreich, statt des Rückzuges in die Offensive zu gehen. Warum dies für Betroffene immer noch so schwer ist, wird im 5. Kapitel näher betrachtet.

Im nächsten Stadium, der mittelschweren Demenz, sind die Einschränkungen des Gedächtnisses und des Denkvermögens so stark, dass ein selbständiges Leben nicht mehr möglich ist. Die Betroffenen benötigen jetzt auch bei einfachen Aufgaben, wie Einkaufen, Körperpflege oder bei der Essenszubereitung, Hilfe. Alles geht sehr viel langsamer von statten, da Zusammenhänge, die einmal selbstverständlich waren, nicht mehr hergestellt werden können.

Hinzu kommen der Verlust des Zeitgefühls und eine ausgeprägte örtliche und zeitliche Orientierungslosigkeit. So werden Tageszeiten und Datum durcheinander gebracht und auch das Zurechtfinden in der nahen Umgebung und selbst in der eigenen Wohnung wird zunehmend schwerer (vgl. Buijssen 2008, S.127; Kurz 2010, S. 11; Bundesministerium für Gesundheit 2012, S. 55). Ebenso werden eigenes Alter, der früher ausgeübte Beruf und auch die Namen von nahen Verwandten vergessen. Hinzu kommen Sprachstörungen, die es den Betroffenen erschweren, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu äußern.

In diesem Stadium ist die Einsicht in die eigene Krankheit nicht mehr vorhanden und auch lang zurückliegende Ereignisse werden nicht mehr erinnert. Meist wird die Krankheit erst in diesem Stadium von der Umgebung wahrgenommen, da neben den kognitiven Einbußen, die die Betroffenen möglichst lang verbergen konnten, jetzt auch nicht- kognitive Symptome, wie Herumlaufen im Schlafanzug auf offener Straße, hinzukommen. Ebenso kommt es zu ausgeprägten Verhaltensänderungen,

die für die Angehörigen sehr belastend sein können. Vorherrschend ist hier eine starke Unruhe, das rastlose Umherirren und meist auch ein verschobener Tages- und Nachtrhythmus. Die Betroffenen werden z.B. nachts wach, weil sie zur Toilette müssen und haben bereits nach sehr kurzer Zeit vergessen, warum sie aufgestanden sind und dass eigentlich noch Schlafenszeit ist und sie wieder zurück ins Bett gehen müssten. Weiterhin kann es vorkommen, dass sie gereizt reagieren oder aggressiv werden, zum Teil haben sie wahnhaftige Überzeugungen, fühlen sich z. B. bestohlen, weil sie bestimmte Dinge nicht mehr finden (vgl. Buijssen 2008, S. 64; Dierbach 1993, S. 44ff ; Kurz 2010, S. 11; Re 2003, S. 14). Ebenso gehen soziale Fertigkeiten verloren, Anstandsnormen werden und können nicht mehr eingehalten werden. Am Ende dieses Stadiums haben manche Menschen schon Schwierigkeiten Darm und Blase zu kontrollieren und es kommt zur Apraxie, was eine ständige Aufsicht nötig macht (vgl. Buijssen 2008, S. 96; Dierbach 1993, S. 46; Kurz 2010, S. 12)

Im letzten Stadium der Krankheit, der schweren Demenz, kommt es zu einem hochgradigen Abbau sämtlicher geistiger Fähigkeiten. Die Sprache verliert sich ganz oder beschränkt sich auf wenige Worte oder Laute. Sie haben keine Kontrolle mehr über Blase und Darm und ausgeprägte Schluckbeschwerden. Menschen mit Alzheimer-Demenz verlieren auch die Fähigkeit zu gehen, da ihr Gehirn die entsprechenden Befehle nicht mehr an die Extremitäten weitergeben kann und es kommt zu Bettlägerigkeit und voller Pflegebedürftigkeit. Diese letzte Phase führt letztendlich zum Tod, auch wenn die Alzheimer- Krankheit nicht ursächlich dafür ist, sondern eine durch die Bettlägerigkeit und damit verbundene Pflegebedürftigkeit ausgelöste Krankheit, z. B. eine Lungenentzündung (vgl. Buijssen 2008, S. 97ff; Dierbach 1993, S. 47; Kurz 2010, S. 12).

Die Symptome der Alzheimer- Demenz verschlechtern sich, wie in den o.g. Ausführungen beschrieben, allmählich, aber konstant. Wenn auch sämtliche geistige Fähigkeiten zerstört werden und die Erkrankten am Leben weder handelnd noch verstehend teilnehmen können, so bleiben Gefühlserleben und Gefühlsausdruck, emotionale Grundbedürfnisse und der Persönlichkeitskern erhalten (vgl. Kurz in Furtmayr-Schuh 1991, S.81). Wie andere Menschen auch sind sie „...empfindende und leidende Menschen...und äußern Empfindungen in sprachlicher und nichtsprachlicher Form...“ (ebd. S.91). Auch wenn der logische Inhalt des Gesagten nicht mehr ver-

standen wird, so nehmen sie doch sehr genau wahr, WIE etwas gemeint ist und registrieren auch Nonverbales sehr genau (vgl. Re 2003, S. 31f). Aus diesem Grund ist es sehr wichtig als Angehöriger oder Pflegender genau auf die eigene Mimik und Gestik sowie beim Sprechen auf Tonfall und Intonation zu achten. Vielleicht hilft es sich vorzustellen, dass man Personen nur durch eine Glasscheibe sieht, sie aber nicht hören kann. Obwohl man nichts vom Inhalt des Gespräches mitbekommt, kann man zumindest anhand der Mimik und Gestik der Menschen erkennen, ob es sich um ein freundliches Gespräch handelt oder ob gestritten wird. Deshalb sind Freundlichkeit oder ein Lächeln „...Balsam für die Seele eines Demenzkranken...“ (vgl. Buijssen 2008, S. 168) und es macht vieles im täglichen Umgang mit ihnen leichter, weil sie durch das Gefühl des Angenommenseins ruhiger, entspannter und bei der Pflege auch kooperativer werden. Intuitiv spüren sie was ihr Gegenüber bewegt. Sie verfügen noch lange über die so genannte „theory of mind“, was bedeutet, dass sie fühlen, was jemand in einer bestimmten Situation meint oder erlebt (vgl. Buijssen 2008, S. 130). Ihre Gefühle sind sozusagen die letzte Orientierungshilfe in einer für sie immer fremder werdenden Umwelt (vgl. Dierbach 1993, S.74).

Aus diesem Grund ist es wichtig als Angehöriger oder auch professionell Tätiger in der Arbeit mit demenzkranken Menschen zu beachten, dass das „...Gedächtnis der Sinne, das Leibgedächtnis...“ (vgl. Baer, Schotte 2009, S. 15) weiterhin funktioniert und dass alles was wahrgenommen wird, alles was man lernt und woran man sich erinnert oder eben auch nicht, weil es keine so große Bedeutung für den jeweiligen Menschen hatte, ein „...Prozess des Denkens *und* Fühlens...“ (ebd. S.69) ist. Deshalb sind ein „...zu mir stehen...für mich,...kämpfen...die Versicherung..., mich nicht einfach abschieben und verkümmern lassen...“ (vgl. Friel McGowin 1994, S. 71) für die gesamte Dauer der Krankheit fast existentiell für die Betroffenen.

Je nachdem in welchem Stadium der Demenz sich der Mensch befindet, spielen dabei verschiedene Emotionen eine Rolle.

Mit fortschreitendem Alter müssen Menschen, auch ohne Demenz, von vielen Dingen Abschied nehmen. Angehörige sterben oder man selbst wird krank und kann einige Dinge nicht mehr selbst bzw. ohne größere Anstrengung tun. Das Abschied nehmen wird von Trauer begleitet, was grundsätzlich nützlich und sinnvoll ist. Menschen, die an Demenz erkranken, müssen noch von vielen Dingen mehr Abschied nehmen,

unter Umständen von ihrer gewohnten Umgebung, von der Fähigkeit die Welt zu verstehen und sich in ihr zurecht zu finden, von ihrer Selbstbestimmung usw. Dies bedeutet, dass sich das Gefühl der Trauer potenziert (ebd. S.39).

Gerade am Anfang der Erkrankung, wenn man noch bewusst wahrnimmt, dass man vergesslich wird oder komplexere Dinge, die mehrere aufeinander aufbauende Handlungsschritte erfordern, nicht mehr allein schafft, wie z.B. einen Urlaub zu planen, wenn also die Krankheitseinsicht noch vorhanden ist, werden viele dieser Menschen depressiv. Ihr Selbstwertgefühl wird schwächer, da sie spüren, dass Selbstbestimmung und Selbständigkeit abnehmen. Sie versuchen solche Situationen zu meiden, da sie sich, wenn andere Menschen diese Defizite bemerken, schämen. Dieses Vermeidungsverhalten führt zu immer größerer Passivität und zu sozialem Rückzug und letztendlich zur Isolation der Erkrankten, zu Einsamkeit (vgl. Haberstroh, Neumeyer, Pantel 2011, S. 8f; Baer, Schotte 2009, S. 19ff).

Mit fortschreitender Erkrankung und der damit verbundenen immer größeren Abhängigkeit von anderen Menschen, wenn Dinge, die getan werden, nicht mehr nachvollziehbar und verständlich sind, kann es zu Gefühlen wie Angst, Unruhe, Unsicherheit, Verwirrung, aber auch Wut und Aggressivität kommen. Hinzu kommt für die Betroffenen außerdem, dass es bei dieser Erkrankung keine Hoffnung auf Heilung oder Besserung gibt, sie haben keine Perspektive (vgl. Haberstroh, Neumeyer, Pantel 2011, S. 10f; Baer, Schotte 2009, S. 24ff).

Da o.g. Gefühle sehr starke Emotionen sind, die von den Betroffenen nicht eingeordnet werden können und sie existentiell verunsichern, ihnen den Halt im Leben nehmen, brauchen sie Menschen, die um ihre Nöte wissen, sie ernst nehmen und sie begleiten. Wichtig ist, jede Blamage zu vermeiden und dafür zu sorgen, dass sie sich nicht herabgesetzt oder unzulänglich fühlen (vgl. Buijssen 2008, S. 149f).

Welche Möglichkeiten es hierbei gibt, soll im folgenden Kapitel anhand von fünf ausgewählten Ansätzen zur Betreuung und Begleitung demenzkranker Menschen erläutert werden.

## **3. Ausgewählte Ansätze im Umgang mit Menschen mit Demenz**

### **3.1. Intergenerative Arbeit**

Demographischer Wandel, alternde Gesellschaft, Rentnerschwemme, steigende Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung- all das sind Schlagworte von denen man fast täglich in den Medien hört und an denen man nicht vorbei kommt. Im Gegensatz dazu hört man von Anti- Aging, alle wollen jung und erfolgreich sein, Krankheit und Alter werden institutionalisiert, sie passen nicht in das Bild von Erfolg, Gesundheit und Schönheit.

Als alternder und alter Mensch hat man es in diesem, von den Medien inszenierten Bild nicht einfach, zumal es in den letzten Jahrzehnten erhebliche gesellschaftlich-strukturelle Veränderungen gab, die an den heutigen Menschen, die sich im vierten Lebensalter befinden, nicht spurlos vorübergingen und vorüber gehen können. War das Leben früher noch ein Leben in Großfamilien, wo man sich sicher sein konnte, dass man im Alter von der jüngeren Generation versorgt wird, kann man in der heutigen Zeit, die geprägt ist von Individualisierung und Pluralisierung von Lebenslagen und Lebensstilen, in vielen Fällen nicht mehr darauf zählen.

Da mit steigendem Alter die Familie für die subjektive Zufriedenheit und für die Lebensführung im Alter große Bedeutung haben, werden intergenerationelle Beziehungen, nicht nur aus sozialstaatlicher Sicht, immer bedeutender (vgl. Heuer in Backes, Clement, Künemund 2004, S. 87).

Dadurch dass Menschen, je nach Bedarf in spezialisierten Einrichtungen -Kinder in Kindertagesstätten, alte Menschen in Alten- oder Pflegeheimen- betreut und versorgt werden und diese Einrichtungen nicht in unmittelbarer Nachbarschaft angesiedelt wurden, verschärfte man künstlich die Kluft zwischen den Generationen. Bei der Gestaltung von Sozialräumen orientierte man sich eher an der berufstätigen Generation und stellte wirtschaftliche Interessen über die der alten Menschen, so dass diese aus den öffentlichen Räumen immer mehr verdrängt wurden.

Als Ergebnis kann man eine zunehmende Entfremdung und Unverständnis gegenüber dem jeweils anderen feststellen. So finden Kinder und Jugendliche alte Men-

schen gebrechlich und können nur die negativen Seiten dieser Lebensphase sehen, alte Menschen wiederum sehen nur das Egoistische, Unerzogene und Rücksichtslose in der jungen Generation.

Erst in jüngerer Zeit erkannte man, dass auch für diese Menschen Räume geschaffen werden müssen, damit wieder Begegnungen zwischen den Generationen stattfinden können und die Kluft zwischen ihnen kleiner wird.

Dazu beigetragen hat auch die sozialpädagogisch initiierte intergenerative Arbeit, die inzwischen in immer mehr Einrichtungen praktiziert wird, weil man erkannt hat, dass sie für beide Seiten, die Heranwachsenden und die alten Menschen, einen Gewinn bringt. Durch die selbst gewonnenen Eindrücke können beide Generationen Vorurteile, die durch die gesellschaftliche Entwicklung und die damit verbundene Abgabe von Familienaufgaben an Institutionen entstanden, abbauen und sich wieder mehr annähern (vgl. Miedaner 2001, S. 14ff).

Bei intergenerativer Arbeit geht es also um eine „...pädagogisch initiierte Begegnung zwischen Menschen aus zwei...Generationen, die sonst...nichts miteinander zu tun haben.“ (ebd. S. 10). Dabei geht es nicht um einmalige Begegnungen, wie eine gemeinsame Weihnachtsfeier, sondern darum, kontinuierlichen Kontakt zu haben, um durch gemeinsame Erfahrungen und Erlebnisse Beziehungen entstehen zu lassen (ebd. S.11).

Eine Grundvoraussetzung für diese Arbeit ist dabei das persönliche Engagement der Professionellen, nicht so sehr die räumliche Nähe zwischen den Einrichtungen. Weiterhin spielen christliche oder humanitäre Gründe oder auch Anregungen durch Dritte eine große Rolle beim Aufbau intergenerativer Beziehungen. So wurden vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, von der Bundes- und den Landesregierungen und verschiedenen Verbänden Mittel zum Aufbau dieser Beziehungen bereit gestellt. Auch das eigene Interesse von rüstigen alten Menschen führte zur Aufnahme solcher Beziehungen, da bei ihnen der Wunsch nach sinnvoller Beschäftigung bestand. Bei den Kindertageseinrichtungen sind es vor allem solche, die nach dem Situationsansatz arbeiten und das generationsübergreifende Lernen konzeptionell verankert haben. Im Altenhilfebereich trug die Veröffentlichung der Ergebnisse einer von Greger durchgeführten Studie zur Intervention bei Depressionen im Alter zur Popularität dieser Angebote bei. Von intergenerativer Arbeit erhofft man

sich heute eine Bereicherung und Anregung auf das Leben von alten Menschen (ebd. S. 17ff).

Auch zunehmende Vereinsamung und Deprivation durch die institutionelle Betreuung und Versorgung von alten Menschen und bei Kindern die fehlenden Erfahrungen mit Großeltern durch die gewandelten Lebensbedingungen und große Entfernungen zwischen den Familien, die kaum noch gelebte Beziehungen zulassen, werden vom Personal beider Seiten problematisch gesehen und rechtfertigen den Aufbau intergenerativer Beziehungen.

Hinzu kommt bei alten Menschen, die in Institutionen leben, dass durch den Zwangskontext in dem sie sich befinden und das immer dünner werdende soziale Netzwerk, verursacht durch den Tod von Angehörigen und Freunden und die zunehmenden körperlichen Einschränkungen, Gefühle von Einsamkeit und Isolation besonders stark sind (ebd. S.29ff).

Führt man sich vor Augen, dass Institutionen, um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren, einer Eigenlogik folgen (müssen), wird klar, dass es sich um eine „künstliche Eigen- oder Innenwelt“ (ebd. S.32) handelt, die für die Bewohner wenig Spielraum für eigene Bedürfnisse lässt und damit zu einem Kontrollverlust und „erlernter Hilflosigkeit“ (ebd. S.33) führt, die u.a. als Ursache von Depressionen gesehen wird.

Auch Kindereinrichtungen führen, wenn sie nicht nach dem Situationsansatz arbeiten, ein Dasein jenseits des realen Lebens, wo viele Dinge ohne sie erledigt werden (Kochen, Backen etc.) und nur das als sinnvoll angesehen wird, was von den Erwachsenen als wichtig erachtet wird. Gerade deshalb war es wichtig, dass sich Einrichtungen dem situativen Lernen geöffnet haben und so einen Lebensweltbezug für die Kinder herstellten, zu dem u.a. auch das generationenübergreifende Lernen gehört (ebd. S.33f).

Bei alten Menschen die diese Form des Zusammenseins mit der jungen Generation nutzten, konnte beobachtet werden, dass neue Interessen entstanden, sie positiver auf andere Menschen zugehen, eigene Verhaltensweisen überdachten, dass sie zu einer Lebensrückschau beitrugen und bei beiden Generationen Entwicklungsaufgaben erfüllt werden konnten (ebd. S. 50ff). Während es bei alten Menschen darum geht Generativität zu leben, d.h. Erfahrungen, Kompetenzen und Werte weiter zu geben und sich für die andere Generation zu interessieren, um am Ende Integrität zu



erlangen, zufrieden auf sein Leben mit allen Erfolgen und Niederlagen zurück zu blicken, bringt intergenerative Arbeit Kindern einen Zuwachs an Wissen und Erfahrungen. Damit sind sie in der Lage ihr Leben facettenreicher zu gestalten und zu bewältigen und in der Zukunft sozial kompetenter aufzutreten (vgl. Kessler 2012 S.16; Miedaner 2001, S.53f).

Zu bedenken ist bei dieser Form des Aufeinandertreffens von Generationen, die in den vorherigen Ausführungen als sehr positiv für beide Seiten beschrieben wurde allerdings, dass diese Angebote nicht für alle alten Menschen geeignet sind und auch stets freiwillig stattfinden sollten. Nicht bei allen SeniorInnen kam es zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls und zu positiven Selbstwirksamkeitserfahrungen und gerade bei Menschen, die in gerontopsychiatrischen Einrichtungen leben, sollte man nicht zu hohe Erwartungen haben (Miedaner 2001, S.51f). Es gilt darauf zu achten, dass sowohl bei Kindern, als auch bei alten Menschen die Selbstbestimmung Vorrang vor pädagogischen und konzeptionellen Rahmenbedingungen hat und dies ständig neu beobachtet und reflektiert werden muss. Ebenso darf niemand für die jeweils andere Seite funktionalisiert werden, was bedeutet, dass es ausschließlich darum gehen soll, dass beide Seiten diese Begegnungen als Gewinn für sich sehen, was hier als Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgabe und eine höhere Lebensqualität verstanden werden muss (ebd. S. 76f). Wenn sich Einrichtungen für die Aufnahme intergenerativer Beziehungen entscheiden, geht es ebenfalls darum, grundsätzlich zu entscheiden, wie man diese Arbeit längerfristig, auch bei abnehmender Aktivität der alten Menschen, gestaltet. Würden diese einmal aufgebauten Beziehungen bei Krankheit o.ä. plötzlich wegfallen, würde das die Kinder sehr verunsichern und bei ihnen die „...Wegwerfmentalität unserer Konsumgesellschaft...“ (ebd. S.78) fördern und verstärken. Für das Personal bedeutet dies, sich seiner Vorbildwirkung bewusst zu sein und eine entsprechende ethische Haltung für diese Arbeit zu entwickeln (ebd. S. 78).

Um alte Menschen für intergenerative Arbeit zu gewinnen, ist es wichtig, diese langsam und wenn möglich durch vertraute Personen aufzubauen. Ein weiterer bedeutender Punkt, der bei diesen Begegnungen unbedingt Beachtung finden muss, sind feste Verhaltensregeln, vor allem auf Seiten der Kinder. Sie müssen wissen, dass sie

niemanden umrennen oder anrempeln dürfen, um Stürze zu vermeiden, die auf Seiten der älteren Generation schnell dazu führen würden, dass sie aus Angst um ihre Gesundheit solche Kontakte meiden würden (ebd. S.89f).

Besonders geeignet für intergenerative Arbeit sind Projekte, da sie eine kontinuierliche und längerfristige Zusammenarbeit garantieren. Ältere Menschen können sich so entsprechend ihrer körperlichen und geistigen Möglichkeiten beteiligen oder bei stärkerer Immobilität auch einfach dabei sein. Es gilt darauf zu achten, was für jeden Einzelnen zumutbar ist und dass es für den Einzelnen in irgendeiner Form einen Gewinn bringen sollte. Probleme können entstehen, wenn zu viel Flexibilität und Selbständigkeit gefragt sind, da diese Fähigkeiten oft eine Überforderung für alte Menschen darstellen (ebd. S.96f).

Als Alternative zur Projektarbeit gibt es die gruppenpädagogischen Angebote, die allein durch das Zusammensein mit anderen Menschen in den meisten Fällen einen Zuwachs an Lebensqualität darstellen und wichtige Sozialisationserfahrungen für beide Generationen ermöglichen (ebd. S.98f).

Entscheidet man sich als Einrichtung für intergenerative Arbeit, bedeutet das für Professionelle zusätzliche Arbeit, für die jungen und die alten Menschen jedoch einen Gewinn. Sie hilft bei der Erfüllung von Entwicklungsaufgaben, die bei diesen beiden Generationen komplementär sind. Bei der jungen Generation geht es um Identitätsbildung und die alten Menschen können sie durch die Weitergabe von Wissen und Erfahrung darin unterstützen. Durch die Begegnungen der Generationen entsteht auf beiden Seiten Verständnis für die Bedürfnisse, Ziele und Lebenslagen des jeweils anderen und sollte deshalb unbedingt ausgebaut werden (vgl. Kessler 2012, S. 12ff).

Gesamtgesellschaftlich kann intergenerative Arbeit dazu beitragen, dass Krankheit und Pflegebedürftigkeit als normale Bestandteile des Lebens gesehen werden und Spezialeinrichtungen nicht separiert voneinander und möglichst weit entfernt von der Mitte der Gesellschaft angesiedelt werden.

### **3.2. Biographiearbeit**

Das Wort Biographie kommt aus dem Griechischen und ist aus den beiden Wörtern „bios“ für leben und „graphein“, was so viel wie abbilden, darstellen, schreiben bedeutet, zusammengesetzt (vgl. Hölzle 2009a, S. 31).

Biographie ist als Lebensbeschreibung zu verstehen, die man nicht passiv betrachten kann, sondern sie wird von dem jeweiligen Menschen bezüglich der historischen, sozialen, kulturellen und persönlichen Verhältnisse im Nachhinein subjektiv gedeutet. Durch die Auflösung von Traditionen und die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft wird sie für die Menschen als Ressource benötigt, um ihrem Leben, ihren Entscheidungen, ihren Überzeugungen eine Bedeutung zu geben, sinnvoll zu sein (vgl. Opitz 1998, S. 31f) und sich „...als lebendigen Gestalter der eigenen Lebensgeschichte zu erleben und damit Identität...zu konstituieren (vgl. Jansen 2009a, S.21). Einerseits ist sie „...die soziale `Hülle des Individuums`“ (vgl. Opitz 1998, S.32, zit.n. Alheit), andererseits werden in ihr Bedeutungen von Ereignissen sichtbar, ebenso welches Selbstbild jemand hat(te), welche Identität und wie derjenige mit den ihm zugeschriebenen Fremdbildern umgegangen ist. Am Ende geht es darum, dass die Geschichte- denn etwas anderes ist Biographie nicht- einen Sinn ergibt. Ereignisse des Lebens müssen mit den Entscheidungen, die getroffen wurden, zusammenpassen, damit man auch im Nachhinein noch gut damit leben kann. Eingebettet in die Biographie ist auch das „ungelebte Leben“ (ebd. S.33), das, was aus verschiedenen Gründen nicht möglich war. Zur Biographie gehört ebenso die Zukunft- Wünsche und Träume- da ansonsten keine Entwicklung möglich wäre (ebd. S.33).

Ganz allgemein wird Biographiearbeit im Rahmen Sozialer Arbeit dort eingesetzt, wo Menschen Unterstützung bei der Lebensbewältigung oder Lebensführung benötigen, wo sie sich in Krisen oder an Wendepunkten in ihrem Leben befinden und selbstständig nicht in der Lage sind, aus diesen herauszufinden (vgl. Hölzle 2009a, S.32, 35 und 39). Zu so einer Lebenskrise gehört zweifellos die Demenzerkrankung. Das Wissen an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, bei der die Erinnerung nach und nach verblasst und jegliche kognitive Fähigkeiten zerstört, führt zweifelsohne bei den meisten Betroffenen zu einer schweren Krise. Hier kann biographisches Arbeiten helfen zu stabilisieren und die Identität zu wahren (ebd. S.35), aber auch Ressourcen zu aktivieren, die für die Problembewältigung nützlich sind und das Gefühl der Selbstwirksamkeit stärken, um so lang wie möglich aktiver Gestalter des eigenen Lebens zu sein. So ist es hilfreich, darauf zu schauen, wie man bei früheren Krisen gehandelt hat, was hilfreich war, welche intra- und interpersonellen Ressourcen man zur Verfügung hatte und ob diese sich in der aktuellen Situation ebenfalls als hilfreich erweisen könnten (ebd. S. 39ff).

Biographiearbeit sollte kooperativ und partizipativ sein, was tragfähige und belastbare Beziehungen voraussetzt, was jedoch im Fall einer Demenzerkrankung, insbesondere dann, wenn sie schon fortgeschritten ist, sehr schwierig sein kann, da das Kurzzeitgedächtnis der betroffenen Menschen beschädigt und die Kommunikationsfähigkeiten eingeschränkt sind und man unter Umständen jeden Tag aufs Neue mit dem Beziehungsaufbau beginnen muss, was besonderer Fähigkeiten seitens der SozialarbeiterInnen bedarf. Sie müssen in der Lage sein eine wirkliche Begegnung stattfinden zu lassen, indem sie ehrliche Anteilnahme an der Lebensgeschichte ihrer KlientInnen zeigen, sich von ihnen und ihren Geschichten berühren lassen und bereit sein, sich in die Denk- und Verhaltensweisen der Personen einzufühlen (vgl. Jansen 2009b, S. 56).

In der Biographiearbeit mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind, geht es um Entlastung und Stabilisierung zur Wahrung ihrer Identität und Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen. Es geht um das Wachhalten von Erinnerungen an die Vergangenheit und darum, zu schauen, wie man früher mit Belastungen umgegangen ist, um eventuell Anknüpfungspunkte für die Gegenwart und die Zukunft zu finden sowie Ressourcen und Kompetenzen dieser Menschen zu entdecken und zu fördern. Es geht nicht um das Wiederherstellen eines vermeintlich richtigen Bezuges zur Gegenwart, da dies ein vergebliches Unterfangen ist. Vielmehr muss versucht werden, die restliche Zeit sinnvoll zu nutzen, sie am Alltag unter Wahrung ihrer Würde und Rechte teilhaben zu lassen (vgl. Wickel 2009, S. 254f). Eine gute Möglichkeit, Erinnerungen wach zu halten, bieten hier lebensgeschichtliche Gespräche, bei denen es gilt, bestimmte Gesprächsregeln einzuhalten, ruhig, deutlich, langsam zu sprechen, kurze und einfache Sätze zu verwenden, um die Erkrankten nicht zu überfordern (ebd. S. 261). Bei so einer Reise in die Vergangenheit treten oft Bilder aus vergangenen Tagen mit großer Klarheit auf. Diese Erinnerungen haben einen hohen emotionalen Gehalt und werden oft auch sinnlich in Form von Gerüchen, Tönen usw. wahrgenommen (vgl. Specht- Tomann 2009, S.11). Desweiteren kann man am Anfang der Demenzerkrankung gemeinsam mit den Betroffenen einen so genannten Erinnerungskoffer packen, der Dinge enthält, die eine wichtige Rolle im bisherigen Leben gespielt haben, ein bestimmtes Parfüm, eine Puppe aus Kindertagen, besonderer Schmuck oder Fotos können darin enthalten sein (ebd. S. 114).

Schreitet die Krankheit voran oder lernt man die Betroffenen erst in einer späteren Phase der Erkrankung kennen, muss man unter Umständen auf Angehörige zurückgreifen. Auch die Wahrnehmung mit allen Sinnen hat dann einen hohen Stellenwert. Dies ist oft die einzige Möglichkeit Zugang zu diesen Menschen zu bekommen. Dabei kann mit Hilfe von Fotos mit Menschen, die im bisherigen Leben wichtig waren oder mit Hilfe von Musik, die gern gehört wurde, ein Zugang zu ihnen gefunden werden und dadurch nicht nur Erinnerungen wecken, sondern auch dazu gehörige Gefühle oder Assoziationen auslösen. So kann man nicht nur dafür sorgen, dass Bilder aus vergangenen Tagen wieder auftauchen, sondern unter Umständen auch dafür, dass das Lebensgefühl aus vergangenen Zeiten mit jeder noch so kleinen Kleinigkeit wieder erlebt wird (vgl. Hölzle 2009b, S. 80f).

Dabei ist insbesondere die positive Wirkung von Musik, vor allem von klassischer Musik, bei Menschen, die an Demenz erkrankt sind auch empirisch belegt und zeigt, dass sich Unruhe, Aggressionen und Sprachfunktionen positiv beeinflussen lassen (vgl. Buijssen 2008, S. 163; Wickel 2009, S. 264). Musik gilt als das emotional effektivste Kommunikationsmittel der Menschen, welches berühren, beruhigen oder aktivieren kann und auch einsetzbar ist, wo Sprache zur Verständigung nicht oder nur unzureichend verfügbar ist (vgl. Wickel in Hölzle, Jansen 2009, S. 281). Beachten muss man hier jedoch auch, dass mit Musik auch negative Erinnerungen geweckt werden können, weshalb das Wissen um die jeweilige Biographie eines Menschen wichtig ist, insbesondere dann, wenn er sich sprachlich nicht mehr äußern kann. In den meisten Fällen führt der Einsatz von Musik in der Arbeit mit demenzkranken Menschen jedoch dazu, dass Medikamente, insbesondere solche, die noch viel zu häufig zur Sedierung bei so genanntem herausforderndem Verhalten, eingesetzt werden, reduziert oder abgesetzt werden können, was zu weniger Beschwerden durch Nebenwirkungen führt und den Menschen mit Demenz nicht noch zusätzliche gesundheitliche Beschwerden bringt.

Zum Einsatz kommen kann im fortgeschrittenen Stadium der Demenz wieder der Erinnerungskoffer, der entweder noch selbst von den Betroffenen gepackt werden konnte und dann natürlich nur Dinge enthält, die emotional positiv besetzte Erinnerungen wecken, weil man nur Dinge aufbewahrt, an die man gute Erinnerungen hat oder die einen z.B. an die erste Liebe erinnern oder an bestimmte Feste als man noch Kind war (vgl. Hölzle 2009b, S. 81). Konnte dies von den Erkrankten nicht

mehr selbst getan werden, wird man in der Regel Angehörige bitten, solche Dinge mitzubringen.

Ebenso wirksam können im Rahmen der Biographiearbeit Tiere mit einbezogen werden, wenn man weiß, dass sie im bisherigen Leben wichtig waren, da diese besonders die emotionale Ebene von Menschen ansprechen und mit ihnen nonverbal kommuniziert werden kann. Wenn Verstand und Sprache schon eingeschränkt sind, sprechen sie die bis zuletzt funktionsfähige Gefühls- und Sinnesebene an und können den Betroffenen den so wichtigen Körperkontakt zu einem Lebewesen geben (vgl. Wickel 2009, S. 267f).

Leider wird diese Form der Biographiearbeit aufgrund von Hygienevorschriften in Alten- und Pflegeheimen viel zu selten genutzt oder nur nach ganz strengen Vorgaben eingesetzt. Was spräche dagegen, z.B. eine Katze dauerhaft als Haustier in so einer Einrichtung leben zu lassen, wenn sie regelmäßig von einem Tierarzt geimpft und entwurmt wird? Im Vergleich zu dem Nutzen, den so ein Haustier für die Arbeit mit demenzkranken Menschen mit sich bringt, ist das „Risiko“ vernachlässigbar.

Egal in welchem Stadium der Demenz ein Mensch sich befindet, macht man sich als Pfleger, Sozialarbeiter usw. die Mühe, die Lebensgeschichte der Betroffenen zu erfahren, bringt dies wie o.g. Ausführungen zeigen, einen Gewinn für beide Seiten. Das gesamte Verhalten eines Menschen mit Demenz, das für Außenstehende oft so unverständlich wirkt, wird verständlicher, wenn man sich immer wieder bewusst macht, dass die „...Vorlieben und Einstellungen,...seine Abneigungen auf...ganz eigenen Persönlichkeitsmerkmalen und den vielfältigen Sozialisations- und Lernprozessen...“ (ebd. S. 255), die er während seines gesamten Lebens gemacht hat, basieren.

„Vom jeweils einzigartigen Leben,...von den großen Erschütterungen, Verletzungen, Verlusten aber auch Freuden eines Menschen erfahren zu haben kann ihm auch in tiefer Demenz noch persönliche und individuelle Züge verleihen...“ (vgl. Opitz 1998, S. 94, zit. n. Bruder).

### 3.3. Validation

Eine weitere Möglichkeit die Gefühle zu respektieren und die Würde von Menschen mit Demenz zu erhalten, ist die von Naomi Feil entwickelte Validation.

Validation, abgeleitet aus dem Lateinischen „valere“- etwas wert sein, bedeutet, dass man die Gefühle, die von den alten Menschen gezeigt werden, annimmt, sie für wahr und gültig erklärt, auch wenn man selbst noch nicht versteht, was damit ausgedrückt werden soll (vgl. <http://angehoerigenakademie.blog.de/2011/02/15/validation-zugangsweg-angehoerigen-demenz-10597399/>). Es geht darum Verhaltensweisen „...desorientierter Menschen, die sich eher durch Poesie als durch Logik ausdrücken, anzuerkennen und zu respektieren“ (vgl. Feil 2005, S. 39)

Ursprünglich wollte Naomi Feil den alten desorientierten Menschen helfen, die Realität wieder zu finden, was sich jedoch als völlig aussichtslos herausstellte und zu feindseligem Verhalten bei den Betroffenen führte. Sehr schnell wurde klar, dass nur dann eine entsprechende Reaktion erfolgte, wenn die Gefühlswelt der Menschen angesprochen wurde bzw. Erinnerungen geweckt wurden (ebd. S. 13).

Sie stellte fest, dass durch Validation das Selbstwertgefühl der Menschen stieg, was zu einer Verringerung von Stress führte und den Rückzug in die Vergangenheit bzw. in das Vegetieren verhinderte (ebd. S.15).

Theoretisch sind die Validationsprinzipien an die Theorien der humanistischen, analytischen und behavioristischen Psychologie angelehnt. Laut Erikson hat jedes Lebensalter bestimmte Aufgaben, die es zu lösen gilt. Erst dann kann man zur nächsten Aufgabe übergehen. Hat man eine bestimmte Aufgabe übergangen und damit unerledigt gelassen, kommt sie zu einem späteren Zeitpunkt zurück (ebd. S.16). Im Alter geht es um den Lebensrückblick, zu schauen, wer man war und wie die Zukunft aussehen wird. Es geht um Integrität, um die „...Verschmelzung des gegenwärtigen mit dem idealisierten Selbst“ (ebd. S. 28, zit.n. Erikson), darum „...seine Stärken trotz seiner Schwächen zu erkennen“ (ebd. S.28).

Eine weitere Annahme nach Schettler und Boyd, die es bei der Validation zu berücksichtigen gilt, ist, dass frühe Erinnerungen, die einen hohen emotionalen Gehalt hatten, bis ins hohe Alter lebendig bleiben. Laut Verwoerdt wird das Verhalten alter Menschen nicht allein durch das Gehirn gesteuert, sondern auch durch während des

Lebens stattgefundenen körperliche, soziale und psychische Veränderungen (ebd. S.16).

Daraus abgeleitet wurden die Prinzipien für die Validation. Grundvoraussetzung ist dabei „...in den Schuhen des anderen gehen...“ (ebd. S. 15), was bedeutet eine empathische Haltung einzunehmen, einfühlsam zu sein, zu verstehen, zu akzeptieren, zu trösten, fürsorglich zu sein

(vgl. [http://www.lrasha.de/Validation\\_nach\\_Naomi\\_Feil.pdf](http://www.lrasha.de/Validation_nach_Naomi_Feil.pdf)).

Es gilt, alle Menschen als gleich wertvoll anzusehen, zu verstehen, dass es für jedes Verhalten einen Grund gibt, zu wissen, dass es um das Aufarbeiten von unerledigten Lebensaufgaben geht, darum, sich durch Erinnerungen ins Gleichgewicht zu bringen und zu beachten, dass schmerzliche Gefühle, die validiert werden, schwächer werden und ignorierte Gefühle stärker (vgl. Feil 2005, S.18).

Als Gründe für Desorientierung wird das Leugnen von körperlichen, sozialen und psychischen Verlusten gesehen. Neben Feil sahen auch Andere, u.a. der holländische Geriater Sipsma, den Grund für Altersverwirrtheit in den zahlreichen Verlusten, mit denen man sich in dieser Lebensphase konfrontiert sieht und die immer wieder eine Bedrohung für das emotionale Gleichgewicht dieser Menschen darstellen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.87). Menschen, die das physische Altern ignorieren, an Rollen aus früheren Jahren festhalten und über kein entsprechendes Coping zur Akzeptanz dieser Verluste verfügen, ziehen sich im hohen Alter oft in ihre innere Welt zurück (vgl. Feil 2005, S.31).

Die sozialen Verluste im Alter wiegen genauso schwer oder sind sogar noch schwerwiegender als die körperlichen Verluste. Von der Geburt bis zum Lebensende sind Menschen auf soziale Interaktion angewiesen. Ohne Feedback, Bestätigung, Anerkennung, ohne äußere Stimulation, welche zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählen, vegetieren Menschen dahin, verlieren ihre Identität. Werden diese Verluste geleugnet, der Schmerz über den Tod eines nahen Angehörigen unterdrückt, kann dies im hohen Alter zum inneren Rückzug führen, um die Realität nicht spüren zu müssen. Durch den Rückzug in die innere Welt, werden alte Erinnerungen geweckt und nach Identität gesucht, nach Zeiten, als man noch nicht einsam war und gebraucht wurde. Trotz dieses Rückzuges, den man als Vermeidung der schmerzhaften Gegenwart, als Unterdrückung von Einsamkeit und der Flucht vor dem Gefühl



des Nutz- oder Wertlosseins verstehen kann, zeigen sie grundlegende menschliche Bedürfnisse, nach deren Erfüllung sie jedoch nicht in der Gegenwart, sondern in der Vergangenheit suchen. Da sich durch mangelnden Sprachgebrauch und organische Schäden das Sprachvermögen verschlechtert, wird Kommunikation mit diesen Menschen zur Herausforderung für die Außenstehenden (ebd. S.34ff). „Wenn die logische...Sprache schwindet, kehrt die Person zu `primären Sprachmustern` zurück“ (ebd. S.37, zit.n. Penfield), was bedeutet, dass Sprache durch Bewegung ersetzt wird. All dies hat zum Ziel, bisher ungelöste Aufgaben zu erledigen, um in Frieden sterben zu können, menschlichen Kontakt herzustellen, sich sicher und geborgen zu fühlen, anerkannt und gewertschätzt zu werden, sensorische Anregung zu erfahren und seine Gefühle auszuleben (ebd. S. 36).

Das letzte Stadium, in dem sich alte, desorientierte Menschen befinden, wird als Aufarbeitung oder Vegetieren bezeichnet. Dieses Stadium wurde von Feil nochmals in vier verschiedene Phasen unterteilt- die mangelhafte oder unglückliche Orientierung, die Zeitverwirrtheit, die sich wiederholenden Bewegungen und das Vegetieren (vgl. Feil 2005, S.64; Bundesministerium für Gesundheit 2006, S. 88).

In der ersten Phase, der mangelhaft/ unglücklichen Orientierung kennen die Menschen noch die Uhrzeit, können lesen, schreiben und rechnen und sind auch noch in der Lage Ordnung zu halten und Dinge zu Ende zu denken. Sie wollen die Kontrolle behalten und sind für klare Urteile dankbar. Wichtig sind weiterhin die Sprache, der Verstand und rationales Denken, Gefühle werden jedoch geleugnet. So werden Berührungen und Blickkontakt oft zurück gewiesen. Fühlen sie sich bei Verwechselungen oder Lücken im Gedächtnis ertappt, reagieren sie beschämt. Sie halten an traditionellen Rollen, so wie sie es im bisherigen Leben gewöhnt waren, fest, verwenden bei Konflikten mit Personen in der Gegenwart jedoch Symbole aus der Vergangenheit. Im Kampf gegen den als bedrohlich empfundenen Kontrollverlust, beginnen sie alle möglichen Dinge zu sammeln (Taschentücher, Sicherheitsnadeln etc.). Dies kann als Angst vor weiteren Verlusten gesehen werden. In dieser Phase ist Validation zur Erhaltung ihrer Würde sehr wichtig. Die Betreuungspersonen sollten fürsorglich und respektvoll mit ihnen umgehen, ihnen nicht widersprechen und auch nicht beurteilen (vgl. Feil 2005, S. 67ff).

In der zweiten Phase, der Zeitverwirrtheit werden Verluste nicht mehr geleugnet, an der Realität nicht mehr festgehalten. Zeit kann nicht mehr unterschieden werden, stattdessen leben diese Menschen nach ihrer inneren Uhr. Sie suchen in der Vergangenheit nach Vertrautem, was eine Person oder eine Sache der Gegenwart auslösen kann. Ursächlich sind hierbei die Verschlechterung des rationalen Denk-, des Seh- und des Hörvermögens. Auch Gefühle der Einsamkeit und des Nutzlosseins führen zu Zeitverwirrtheit. Diese Menschen sind noch in der Lage Gefühle auszudrücken, vor allem durch Gesten. An Vergangenes, vor allem an das, was großen emotionalen Gehalt hatte, erinnern sie sich. Vergessen werden indes Ereignisse der jüngeren Vergangenheit. Auch können sie ehrliche Anteilnahme von nicht ehrlich gemeintem Interesse unterscheiden. Ihre Energie verwenden diese Menschen für die Aufarbeitung ungelöster Konflikte und zur Reaktivierung von angenehmen Gefühlen. Das Sprechen fällt zunehmend schwerer, es entstehen Wortschöpfungen, dagegen können sie oft noch gut singen. Verloren geht weiterhin die soziale Kontrolle und die sofortige Befriedigung ihrer Wünsche nach Nahrung, Liebe usw. wird eingefordert. Durch dieses Verhalten werden sie oft ignoriert oder von anderen separiert (ebd. S. 69ff). Da dadurch der soziale Kontakt weniger wird, werden sie „...körperlich und gefühlsmäßig inkontinent“ (ebd. S. 70).

In dieser Phase ist es wichtig als Bezugsperson zu wissen, dass angenehme und ehrlich gemeinte Berührungen und Blickkontakt zur Stressverminderung führen und das zum Teil als dissozial geltendes Verhalten nicht nur der Wunsch nach Aufmerksamkeit ist, sondern der Wunsch Dazuzugehören, der Wunsch nach Liebe, nach Identität oder auch Angst vor Trennung, Tod usw. sein können (ebd. S.70). Ebenso sollten Gefühle bestätigt werden, an ihnen teilgenommen werden, um ein Abgleiten in die nächste Phase zu verhindern (ebd. S. 74).

Werden Menschen, die sich in der Zeitverwirrtheit befinden, nicht validiert und können Gefühle nicht verarbeitet werden, gleiten sie in Phase drei, die sich wiederholenden Bewegungen, ab. Diese dienen dazu, ungelöste, vergangene Konflikte zu lösen. „Körperteile werden zu Symbolen, Bewegungen ersetzen Worte“ (ebd. S. 72).

In dieser Phase können die Menschen weder lesen noch schreiben, das rationale Denkvermögen ist verloren gegangen und auch die Sprache wird unverständlich. Stattdessen erzeugen sie mit ihrer Zunge oder ihren Lippen schmatzende, schnalzende Geräusche und wiederholen diese unaufhörlich. Auch immer wiederkehrende

rhythmische Bewegungen werden ausgeführt. Dies alles hat den Zweck sich in die Vergangenheit zurück zu versetzen, Angst zu reduzieren, sich die Langeweile zu vertreiben und Sicherheit zu erzeugen. Mit Fingern und Händen werden imaginäre Dinge getan, die im bisherigen Leben, z.B. im Berufsleben, eine große Rolle gespielt haben.

Um dem Verlust des Selbstbewusstseins und des Körperbewusstseins entgegen zu wirken, ist es wichtig, Menschen, die sich in dieser Phase befinden, für äußere Stimulation zu motivieren, fürsorglich Körper- und Blickkontakt herzustellen, sich ihnen ehrlich und liebevoll zu nähern und mit ihnen zu kommunizieren. Dadurch können in begrenztem Maß die Sprache und das rationale Denken sowie soziale Rollen wiederhergestellt werden (ebd. S. 72ff).

In der vierten Phase, dem Vegetieren, haben die Menschen sich von der Außenwelt völlig zurück gezogen. Die Augen sind geschlossen oder haben einen leeren Blick. Es gibt kaum wahrnehmbare Bewegungen und das Körperbewusstsein ist verloren gegangen. Sie zeigen kaum Gefühle und erkennen keine Angehörigen oder vertrauten Personen. Ungelöste Konflikte zu verarbeiten haben sie aufgegeben. Der eigene Antrieb reicht gerade zum Überleben.

In dieser Phase brauchen Menschen Fürsorge, Berührung und Anteilnahme (ebd. S. 75f). Desweiteren kann man Musik verwenden und sollte versuchen Blickkontakt herzustellen (ebd. S. 96).

Die hier beschriebenen Phasen sind zwar eindeutig charakterisiert und voneinander abgegrenzt, trotz allem kann ein alter Mensch im Laufe eines Tages von einer Phase in die nächste wechseln. So hat sich gezeigt, dass am Vormittag, wenn die Menschen noch ausgeruhter und wacher sind, sie klarer reagieren, als am Nachmittag oder Abend, wenn sie schon müde sind (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2006, S.88).

### **3.4. Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell**

Mäeutik bedeutet Hebammenkunst und mäeutisch ist das Synonym für erlösend oder befreiend und geht zurück auf eine Gesprächsmethode von Sokrates, bei der er in Gesprächen mit seinen Schülern Fragen so stellte, dass sie bei der Lösung ihrer

Probleme zielführend waren. Er ging davon aus, dass jeder Mensch selbst die beste Lösung bzw. Antwort für sein Problem bereits in sich trägt, jedoch Hilfe bei der „Geburt dieser Lösungen“ braucht (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Mäeutik>).

Ursprünglich wurde das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell von Cora van der Kooij für die Arbeit von Menschen mit Demenz entwickelt, es zeigte sich jedoch, dass dieses Modell auch für andere professionell Pflegende und Betreuende relevant ist (vgl. van der Kooij 2010, S.20). Bedingt durch den relativ niedrigen Stellenwert, den Pflegepersonen haben, ob sie als Professionelle arbeiten oder Angehörige eines pflegebedürftig gewordenen Menschen sind, entstand der Gedanke, der Gesellschaft näher zu bringen, wie erfüllend aber auch schwierig, weil emotional und sozial sehr belastend, der Pflegeberuf ist. Man braucht eben nicht nur Mitmenschlichkeit, sondern eine entsprechende Ausbildung und fundierte Kenntnisse sowohl im pflegerischen als auch im psychologischen Bereich (ebd. S. 75f).

Im Grunde genommen handelt jeder, der kranke und pflegebedürftige Menschen pflegt und betreut, gefühlsmäßig und intuitiv fast immer richtig. Man weiß oft nicht, warum man etwas so und nicht anders getan oder auch unterlassen hat. Dieser intuitive Umgang und die daraus resultierende Beziehungsgestaltung wurde von van der Kooij und ihren Mitarbeitern in die wissenschaftliche Pflege integriert. Es stellt die Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen in den Mittelpunkt und betrachtet auch die Lebenswelten beider Seiten. Richtig angewandt bedeutet dies, dass man voneinander profitieren kann. Voraussetzung für das mäeutische Pflegemodell sind trotz allem Pflegekenntnisse und Kenntnisse der Pflegewissenschaft der Pflegepersonen. Diese Kenntnisse sollen bewusst angewendet werden und von den Professionellen auch in Worte gefasst werden können. Situatives Entscheiden aufgrund von eigenen Wahrnehmungen statt stupidem Anwenden von Pflegekenntnissen ist dabei ein Zeichen von Professionalität, da die Pflegenden eben nicht nur wissenschaftliche Kenntnisse als Kompetenz vorweisen können, sondern aufgrund von eigener Lebenserfahrung, langjähriger Berufserfahrung und eigenen Normen und Werten in Bezug auf die Pflege und dem menschlichen Miteinander auf einen reichen Wissensfundus zurückgreifen können (ebd. S.20f). Obwohl theoretisches Wissen für professionelles Handeln unabdingbar ist, sollten die Praxiserfahrungen und auch private Erfahrungen nicht außer Acht gelassen werden. In der Mäeutik spricht

man deshalb auch von „professioneller Nähe“ (ebd. S. 22) und meint damit zu schauen, wie sich Gefühle, die sich in der Arbeit mit Kranken und Pflegebedürftigen zwangsläufig entwickeln, integrieren lassen. Mäeutisches Handeln bedeutet deshalb eine Pflegebeziehung einzugehen, weil Krankheit und Pflegebedürftigkeit Erschütterung und Unsicherheit für pflegebedürftige Menschen bedeuten. Das gesamte Leben wird unter Umständen auf den Kopf gestellt, Selbstbild und Zukunftsperspektiven der Betroffenen sind bedroht. Damit einher geht ein Durcheinander an Gefühlen, Angst, Verzweiflung, Scham, Depression wechseln sich ab und die Betroffenen reagieren entsprechend gereizt, ängstlich, ausweichend oder sie versuchen an allem Vertrauten festzuhalten. Was sie in dieser Phase brauchen sind Verlässlichkeit und Sicherheit, jemanden der sie emotional stabilisiert. Pflegende müssen wissen, dass sich Menschen in Krisen, und das Abhandensein von Gesundheit ist eine Krise, irrational verhalten und Schwierigkeiten haben, klar und nüchtern zu denken (ebd. S.29ff). Leidet man dann an einer Krankheit, die nicht heilbar ist und immer weiter fortschreitet, wie die Demenz vom Alzheimer Typ und muss man als Betroffener immer mehr Aufgaben von anderen erledigen lassen, führt dies zu einem sich verschlechternden Selbstbild. Ganz wichtig sind dann zwei Aspekte: einerseits sollte man versuchen sinnvolle Beschäftigungen für diese Menschen zu finden, andererseits auch sinnvolle Beziehungen zu schaffen. Sinnvoll meint in diesem Zusammenhang sinnvoll für beide Seiten und nicht nur für die Betroffenen, denn Menschen sind in ihren Beziehungen auf Wechselseitigkeit angewiesen, d.h. man möchte jemanden nicht nur mögen, sondern auch gemocht werden. Umso dringlicher ist der Wunsch bei Menschen mit schweren und fortschreitenden Erkrankungen, da sie immer weiter abhängig werden und immer weniger selbst können (ebd. S.32). Bei Angehörigen hat man diese Angst wahrscheinlich weniger als bei professionell Pflegenden und Betreuenden. Als Familienmitglied, als Ehemann, Ehefrau, Vater, Mutter usw. konnte man viele Jahre sehr viel geben, was natürlich im Gedächtnis der Anderen verankert ist.

Aber auch als Pflegeperson im professionellen Sinn, wo man auf den ersten Blick mehr gibt als man nehmen kann, sollte man versuchen in den Pflegebeziehungen „...auf die guten Momente, auf die wirklichen Begegnungen zu achten...“ (ebd. S.47). Pflege ist nie endende Arbeit, ist kräftezehrend und anstrengend. Sich dies zu vergegenwärtigen und zu akzeptieren, dass man über keine übermenschlichen Kapazi-

täten verfügt, ist ein Zeichen von Professionalität. Trotz allem hat man als Pflegeperson die Wahl zwischen rein instrumenteller oder auch gefühlsmäßiger und Anteilnehmender Arbeit (ebd. S.46). „...suchend Reagieren...“ (ebd. S. 53), um Kontakt zu bekommen gehört zu den Schlüsselbegriffen im mäeutischen Pflegemodell. Wie dies geschieht, kann der Pflegenden ganz frei und mit den ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen und Kompetenzen entscheiden. Wichtig dabei ist vollkommene Unvoreingenommenheit, auch eigene Werte und Normen nicht als Maßstab für das Verhalten der zu Pflegenden zu nehmen und sich nicht von den Erwartungen der Angehörigen oder Kollegen beeinflussen zu lassen. Gelingt eine Kontaktaufnahme nicht, so gilt es, weiter kreativ nach Möglichkeiten zu suchen, damit man erfolgreich ist, um dann darüber zu reflektieren, wie es zu dieser positiven Begegnung kam (ebd. S. 54). Zu entscheiden wann man für einen pflegebedürftigen Menschen etwas übernimmt, weil er es allein nicht mehr schafft, um ihn nicht zu beschämen oder zu wissen, wann es reicht, ihn zu stimulieren, damit er etwas doch noch allein machen kann, mit ihm mitzugehen oder auch einmal gegenzusteuern, gehört zur Fachkompetenz von Pflegekräften. Deshalb sind „Zuwendung, Präsenz, wirkliches Dasein, Empathie, Aufgeschlossenheit, Sympathie und Selbsterkenntnis...“ (ebd. S.48) die wichtigsten Eigenschaften, wie sie im mäeutischen Pflegemodell gelehrt werden. Man sollte sich klar machen, dass Menschen mit Demenz allmählich abbauen, es Tage gibt, wo eine bestimmte Tätigkeit noch gelingt, um am nächsten Tag für diesen Menschen schon unmöglich zu sein. Ihn dann anzuhalten es selbst zu tun, weil er es gestern noch konnte, führt zu einem Gefühl des Versagens und des Beschämtseins bei den Betroffenen. Aus diesem Grund ist o.g. In-Kontakt-Sein so wichtig, um in jeder Situation möglichst gut reagieren zu können und Frustrationen auf Seiten der Pflegebedürftigen, die im Umkehrschluss aufgrund von herausforderndem Verhalten auch zu Frustrationen bei den Pflegenden führen, zu vermeiden bzw. zu reduzieren. Ganz wichtig in diesem Tätigkeitsfeld, um eben nicht auszubrennen und nichts mehr aufnehmen zu können, ist der Erfahrungsaustausch mit den Kollegen. Zu schauen wie man in verschiedenen Situationen handelt, was gut funktioniert oder auch nicht so gut, gehört ebenfalls zum mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell (ebd. S. 58f). Damit können dann o.g. sinnvolle Beziehungen entstehen, von denen beide Seiten profitieren.

Auch im eigentlichen Pflegeprozess geht es in diesem Modell nicht um die defizitäre

Sicht auf Krankheit und Verlust wie sonst üblich, sondern darum, die kranken und pflegebedürftig gewordenen Menschen in diesem Prozess zu begleiten und dabei eine ganzheitliche Sicht darauf zu haben, was zu tun oder zu lassen ist und auch was derjenige noch selbst kann oder machen möchte (ebd. S. 60).

Dazu ist es wichtig, ständig im Gespräch mit den pflegebedürftigen Menschen zu sein oder im Falle einer fortgeschrittenen Demenz mit deren Angehörigen, um etwas über die Bedürfnisse, Vorlieben und Gewohnheiten zu erfahren, dies dann im Pflegeteam zu besprechen und zu dokumentieren, um einen positiven Umgang zu fördern. Dabei geht es im persönlichen Kontakt gar nicht um ein stures Einhalten der schriftlich festgehaltenen Pflegeplanung. Wenn eine Situation anderes Handeln erfordert, dann sollte dies von der Pflegekraft auch so getan werden, muss im Nachhinein jedoch schriftlich begründet werden, damit es für alle anderen im Team nachvollziehbar ist und man nicht gegensätzliche Dinge tut (ebd. S. 67).

Im mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell geht es also um „...integriertes erlebens- und funktionsorientiertes Handeln, wobei in jeder Situation professionell zu entscheiden ist, was zu tun, zu sagen oder nicht zu sagen und zu unterlassen ist.“ (ebd. S. 61), es geht um den „...kreativen und authentischen Umgang...“ (ebd. S. 76) mit den zu Pflegenden.

### **3.5. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm**

„Altenpflege ist primär seelisch und nicht somatisch zu sehen.“ (vgl. Böhm 2009, S. 19). Diese Aussage beschreibt das Leitprinzip des psychobiographischen Pflegemodells nach Erich Böhm. Dabei ist dieses Modell als Ergänzung zur medizinischen und ärztlichen Sichtweise auf Menschen mit Demenz zu verstehen, orientiert sich jedoch nicht in allererster Linie an den vorhandenen Hirnleistungsdefiziten, sondern an der emotionalen Verfassung der Betroffenen (ebd. S. 62). Als Ausgangspunkt wird dabei die thymopsychische Biographie - die Welt der Gefühle –gesehen. So wird Krankheit im Alter nicht als irreversibel, sondern als ...“Ausdruck biographischer Phänomene...” (ebd. S.18) und damit als reversibel angesehen. Mit diesem Modell ist es nicht möglich Krankheiten mit organischen Ursachen zu heilen, wohl aber Verhaltensauffälligkeiten aufgrund einer Alzheimer- Demenz zu reduzieren und damit für

alle Beteiligten eine Entspannung der Situation herbeizuführen (ebd. S.53).

Im Gegensatz zur „Warm-satt-sauber-Pflege“ (ebd. S.18). wo es um die Erfüllung der täglich notwendigen Arbeiten geht (waschen, windeln, füttern usw.) und damit die Betroffenen in ein Abhängigkeitsverhältnis zu den Pflegenden gebracht werden, geht es in diesem Pflegemodell um die Aktivierung oder Reaktivierung von Ressourcen auf emotionaler Ebene. Dadurch kommt es zu einer Verbesserung der kognitiven Leistungen und einer „Wiederbelebung der Altersseele“ (ebd. S.19). Diese ist „...vor den Beinen zu re-aktivieren“ (ebd. S.23), was bedeutet herauszufinden, was den jeweiligen Menschen geprägt hat, welche Gefühle und Triebe ihn in seinem bisherigen Leben begleitet haben. Dies ist insofern wichtig, als dass man dadurch versteht, warum jemand verwirrt und für die Außenwelt nicht mehr zugänglich ist (ebd. S.24).

Damit einher geht gleichzeitig, dass es auch den Pflegenden besser geht. Durch die größere Zufriedenheit und Ausgeglichenheit der Patienten und damit als positiver Nebeneffekt der Möglichkeit der Verringerung von Sedierungen, spüren sie selbst mehr Zufriedenheit in ihrer Arbeit, weil herausforderndes Verhalten bei den zu Pflegenden abnimmt bzw. sich durch die Beschäftigung mit der Biographie der Betroffenen Interpretationsmöglichkeiten für komisch anmutende Verhaltensweisen eröffnen, die anhand des gelebten Lebens, der Erfahrungen jedes Einzelnen besser eingeordnet werden können. (ebd. S.60). Dadurch ergeben sich Chancen, Impulse für die Patienten zu setzen, die die Erinnerung an früher wach werden lassen und damit Angst verringern und Sicherheit geben. Dies verhindert wiederum einen Rückzug in eine Scheinwelt und die Flucht in die Depression (ebd. S. 119).

Im Verlauf eines Lebens verläuft die psychische Entwicklung von der Welt der Gefühle, der Thymopsyche, zur Welt der Dinge, der Noopsyche. Je älter man wird, umso mehr kann man die Welt rational erklären. Kann ein Mensch im Alter aufgrund einer Demenz z.B. seine Welt nicht mehr rational erklären, geht er in die Thymopsyche zurück und versucht sich dort zu orientieren. Er setzt Copings ein, mit denen er als Kind Erfolg hatte, um Sicherheit zu finden (ebd. S. 30ff) Diese Coping-Mechanismen zu verstehen, ebenso wie herauszufinden, was den alten Menschen geprägt hat, welche Moralvorstellungen in seinem Umfeld herrschten, welche Folklore vorherrschend war und welche Geschichten er zu erzählen hat, sind die wichtigsten Dinge, die es bei der Biographieerhebung herauszufinden gilt, um Zugang zu



einem alten Menschen zu finden, der sich in der Regression befindet (ebd. S.94). Hierbei spielt die dative Biographie eine untergeordnete Rolle.

Dabei ist Beziehungspflege nur mit adäquatem geschichtlichen Wissen möglich, da man als Pflegeperson nur mit entsprechendem Hintergrundwissen in der Lage sein wird zu verstehen, was bestimmte Verhaltensweisen bedeuten könnten, warum ein Patient die Schmalzstulle den heute von vielen so geliebten Pommes frites vorzieht (ebd. S.56).

Hat man sich mit der Psychobiographie eines Menschen vertraut gemacht, kann man entsprechend des Lebensalters und des Abbaugrades verschiedene Betreuungsangebote zur Aktivierung bzw. Reaktivierung der Seele machen. Dabei gilt es zu schauen auf welcher Interaktionsstufe sich der jeweilige Mensch befindet. In diesem Pflegemodell geht man von sieben Erreichbarkeitsstufen aus. Je nachdem auf welcher Stufe sich der Mensch befindet, müsste er mit Schlüsselreizen der jeweiligen Entwicklungsstufe re-reizbar sein (ebd. S.179).

Die erste Stufe wird als tertiäre Sozialisation bezeichnet. Diese Stufe entspricht der Erwachsenenstufe.

Sozialisation bedeutet lebenslanges Lernen durch Familie, Freunde, Sozialisationsinstanzen wie Kindergarten, Schule und später Arbeitskollegen und Vorgesetzte zur Anpassung an Kultur, Gesellschaft und ihre Normen. Funktioniert eine Anpassung an diese Dinge nicht mehr, zeigt der Patient auffälliges Verhalten. Als Pfleger sollte man über die damalige regionale Geschichtsprägung Bescheid wissen, um Verhaltensweisen der alten Menschen zu verstehen bzw. um einordnen zu können, warum er eben bestimmte Dinge, die man von einem erwachsenen Menschen üblicherweise erwarten kann, nicht mehr zu tun in der Lage ist.

Ist der Patient auf der ersten Stufe nicht zu erreichen, kann man versuchen auf der zweiten Ebene, dem Mutterwitz, Kontakt zu bekommen. Diese Stufe entspricht der Entwicklungsstufe von Jugendlichen.

Als Mutterwitz wird jene Form des Humors bezeichnet, bei der man spricht „wie einem der Schnabel gewachsen ist“ (ebd. S.186). Mit spontanem Witz und Humor lassen sich oft erstaunliche Erfolge erzielen, weil über sich selbst lachen können eine befreiende Wirkung hat.

Menschen, die sich in diesen beiden Erreichbarkeitsstufen befinden, verstehen das gesprochene Wort und können noch mittels aktivierender Pflege betreut werden, wo versucht wird, die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit dieser Personen zu erhalten.

Schreitet die Demenz weiter voran, kann die Seele der Betroffenen nur noch durch reaktivierende Pflege wiederbelebt werden.

Die dritte Interaktionsstufe ist die der seelischen und sozialen Grundbedürfnisse. Menschen, die sich auf dieser Stufe befinden, sind bei vielen Handlungen, die von Erwachsenen erwartet werden, schon auf Hilfe angewiesen. Trotz allem hatten und haben sie Bedürfnisse, die befriedigt werden müssen. Eine Nichtbefriedigung dieser Bedürfnisse kann zu akuter Verwirrtheit führen. Bereits in dieser Phase ist es wichtig durch genaue Kenntnis der Biographie solche Impulse zu setzen, die ein Abrutschen in tiefere Stufen verhindern.

Die vierte Erreichbarkeitsstufe wird als Prägung bezeichnet, womit erlernte Verhaltensweisen gemeint sind, die irreversibel im Ich und Über-Ich verankert sind. Zu ihnen gehören Rituale, Aphorismen, Sprüche der jeweiligen Region, wo jemand groß geworden ist. Egal, ob diese Prägungen positiv oder negativ besetzt sind, sie geben Sicherheit und werden von Menschen, die sich auf dieser Erreichbarkeitsstufe befinden, wieder eingesetzt. Als Pfleger hat man die Chance durch Kenntnis der regionalen Sprüche oder bestimmter Aphorismen die jeweilige Person zu erreichen.

Die fünfte Erreichbarkeitsstufe ist die der Triebe. Befindet sich ein Mensch auf dieser Stufe ist er bereits auf drei Ebenen (temporär, lokal, situativ oder persönlich) desorientiert. Er lässt sich nur noch von den stärksten Kräften, die einen Menschen bewegen, seinen Trieben, Triebwünschen, Phantasien und Tagträumen, leiten. Auf dieser Stufe geht es um die Reaktivierung oder Befriedigung der seelischen Bedürfnisse, wie z.B. Schönheit, Reinheit oder Einfluss.

Die sechste Interaktionsstufe ist die der Intuition und entspricht der Stufe vom Säugling zum Kleinkind. Auf dieser Stufe ist der demenzerkrankte Mensch auf allen vier

Ebenen desorientiert. Rationales und analytisches Denken sind verloren gegangen, er erfasst seine Situation jedoch noch intuitiv oder gefühlsmäßig. Als Intuition wird die Fähigkeit verstanden, sich in andere Menschen oder Situationen hineinzuversetzen und entsprechend reagieren zu können. Menschen, die an einer Demenz leiden, reagieren auch noch, jedoch nicht mehr adäquat, da sie ihr Verhalten nicht mehr reflektieren können. Trotz allem spüren sie ihre Einsamkeit oder dass jemand etwas von ihnen will. Auf dieser Stufe spielen Mythen, magisches Denken, Aberglaube und Mystik eine besondere Rolle und können zur Reaktivierung der Betroffenen eingesetzt werden.

Als unterste und damit siebente Erreichbarkeitsstufe gilt die Urkommunikation. Dies ist die Stufe, auf der sich ein Säugling befindet. Menschen auf dieser Erreichbarkeitsstufe sind bettlägerig, oft in einer Embryonalstellung. Trotzdem müssen auch oder gerade diese Menschen seelisch gepflegt werden, da Immobilität ein zusätzlich angstmachender Faktor ist. Das Ziel, die Reaktivierung in eine höhere Stufe wird hier nicht immer möglich sein, trotz allem sollte es kontinuierlich, zumindest zur Symptomlinderung, verfolgt werden(ebd. S. 182ff).

Soll in einem Pflegeheim nach diesem Pflegemodell gepflegt werden, gibt es viele Dinge zu beachten. Will man damit Erfolg haben und für die demenzkranken Menschen, aber auch für die Pflegenden einen Gewinn erzielen, ist die intensive und sich ständig wiederholende Schulung dieses Pflegemodells unabdingbar. Pflegepersonen sind trotz aller Professionalität auch nur Menschen, die nicht bis ins Unendliche belastet werden können. Viele Beobachtungen, die in den Pflegedokumentationen niedergeschrieben werden sind oft sehr subjektiv geprägt und unter Umständen auch abhängig von der Tagesform des Unterzeichnenden.

Deshalb ist als erster Schritt bei der Umsetzung dieses Modells zu beachten, dass versucht wird, das Verhalten der Patienten rationaler und objektiver zu sehen und zu beschreiben. Dazu können Supervisionsgruppen gebildet werden, in denen die Biographie der Pflegenden eine Rolle spielt und man sich bewusst macht, warum und wie man pflegt. Außerdem sind hier alle Pflegenden beteiligt und es können Fehlerquellen durch die Mehrdimensionalität der Sicht auf auffälliges Verhalten minimiert werden. Als nächsten Schritt gilt es das Problem zu erkennen und in einem Problem-

erhebungsbogen zu dokumentieren. Durch das assoziative und fachlichere Erkennen wird meistens das vorher als Problemverhalten beschriebene Verhalten der Betroffenen schon kleiner und dadurch das Handeln der Pflegenden kompetenter und fachlicher, was zu mehr Toleranz gegenüber den zu Pflegenden führt und herausforderndes Verhalten schwächer werden lässt (ebd. S. 159ff).

Will man in einem Pflegeheim nach diesem Pflegemodell pflegen, dauert es ca. 4 Jahre bis es sich bei allen Beteiligten etabliert hat. Von Rückschritten, die es gerade in der Anfangszeit geben kann, sollte man sich mit Blick auf die Erfolge, die sich damit erzielen lassen, nicht abschrecken lassen, da sowohl Pflegende als auch Menschen mit Demenz davon profitieren (ebd. S.177).

#### **4. Die gesellschaftliche und soziale Seite der Demenz**

Neben der sehr gut erforschten medizinischen Seite der Demenz ist auch die gesellschaftliche und soziale Seite dieser Erkrankung nicht außer Acht zu lassen und sollte viel stärker als bisher in den Fokus der Betrachtungen gerückt werden.

Bisher versucht man vor allem diese Erkrankung in medizinische und pflegerische Hände zu geben und dies sehr erfolgreich. Vielleicht liegt dies daran, dass die meisten Pflegenden mit dieser Krankheit und den Menschen, die darunter leiden und die mit Sicherheit oft ein unverständliches oder bizarr anmutendes Verhalten zeigen, überfordert sind und an die Grenzen ihrer physischen, psychischen aber auch finanziellen Belastbarkeit gelangen.

Die Frage ist trotzdem, ob dies die richtige Antwort ist, auf eine immer älter werdende Gesellschaft, die zum Massenphänomen wird. Genau diese Gesellschaft hat nämlich mit ihrer ständigen Suche nach neuen Möglichkeiten Leben zu verlängern, den Todeszeitpunkt immer weiter künstlich hinausschieben zu wollen, statt den natürlichen Lebenslauf zuzulassen, dafür gesorgt, dass jetzt Horrorszenarien darüber gemalt werden (können) und dass die Wahrscheinlichkeit, das Ende des Lebens statt zu Hause in einer Institution zu verbringen, deutlich gestiegen ist (vgl. Gronemeyer 2013, S. 187). Dass im Umkehrschluss, als positiver Gegenpart, auch z. B. neue Arbeitsplätze entstehen, die die Arbeitslosenzahlen sinken lassen, wird nicht so sehr in den Fokus der Diskussionen gerückt.

Ist es nicht so, dass unsere Gesellschaft durch ständige Neuerungen, die Auflösung von sozialen Milieus und dem Bestreben möglichst individuell und einzigartig zu sein, dazu führt, dass es für Menschen mit Demenz immer schwerer wird, sich in ihr zurecht zu finden und dass sie die Welt, die ihnen vertraut war, immer weniger vorfinden. Menschen, die heute aufgrund ihrer Hochaltrigkeit an Alzheimer- Demenz leiden, sind ehemalige Kriegskinder. Sie haben Flucht, Hunger, Unterdrückung und Härte erlebt und überlebt. Sie haben die Entstehung der Wohlstandsgesellschaft aus Trümmerlandschaften erlebt, aber leider auch, dass alles was Halt und Sicherheit bot, zerbröckelte. An dessen Stelle traten Unsicherheit und Orientierungslosigkeit (ebd., S. 102). Kann man die Demenz vielleicht auch als Reaktion auf die veränderte Gesellschaft verstehen, auf die Gewalt und die Leiden dieser Gesellschaft? Da wo das DU verloren geht, Singleexistenzen als die erstrebenswerte Lebensform gelten, soziale Zusammenhänge zerstört werden und die eigene Erfahrung nicht mehr zählt, muss man eigentlich vergessen, um den Schmerz über so viele tragische Verluste auszuhalten (ebd., S. 86). Auch für Personen ohne Demenz ist es schon schwierig, wenn nicht unmöglich, damit umzugehen. Menschen, die sich gegenwärtig im so genannten Vierten Lebensalter befinden, kennen noch das Zusammenleben in Großfamilien, wo man sich gegenseitig im Rahmen seiner Möglichkeiten unterstützte und füreinander da war. Momentan lebt ca. jeder Dritte über 65 allein (ebd., S. 40), bei den 85jährigen ist es bereits jeder Zweite (ebd., S. 279).

Durch die Diagnose Alzheimer- Demenz, die bei immer mehr alten Menschen gestellt wird, ist es möglich geworden, technische Verfahren und Behandlungen anzuwenden statt eigener Intuition, Mitgefühl und Menschlichkeit den Vorrang zu geben. Obwohl man früher bereits wusste, dass Verwirrtsein zum hohen Alter dazu gehören kann, wird es heute vor allem als Krankheit eingestuft und verliert so jegliche Normalität. Somit wird es möglich zu diagnostizieren, jede noch so unsinnige Untersuchung vorzunehmen und vor allen Dingen zu medikalisieren (ebd. S.41). Hinzu kommt, dass in unserer technisierten und automatisierten Welt das natürliche Ende des Lebens, „...der Tod, der zur richtigen Zeit kommt, wenn man reif und überreif für ihn ist...“ (vgl. Kruse 2007, S. 79, zit. n. Yehudi Menuhin) nicht mehr akzeptiert wird. Stattdessen werden Menschen, die nicht mehr essen wollen sondenernährt und so künstlich am Leben erhalten. Dass diese vielen Untersuchungen, auch wenn sie noch so unnütz sind, die Kosten im Gesundheitsbereich enorm in die Höhe treiben, wird hierbei

verschwiegen. Dafür ist die Lobby der Ärzte, Apotheker und Pharmafirmen zu groß und natürlich klammern sich die vielen Pflegenden auch an jedes noch so kleine Fünkchen Hoffnung, dass sie haben können, wenn Linderung oder Heilung versprochen wird. Dass die Mediziner mit ihrer Expertise beratend zur Seite stehen sollen, steht dabei außer Frage (vgl. Gronemeyer 2013, S. 22).

Trotz allem muss versucht werden die Hinfälligkeit, die ein hohes Lebensalter mit sich bringt, zu akzeptieren und Menschen, die hochaltrig sind, nicht zu verkranken, sondern, in diesem Fall die Alzheimer- Demenz, als eine natürliche Alterserscheinung anzusehen. Dabei kann es hilfreich sein auf die Zahlen zu schauen- mit 90 Jahren ist ca. jeder Dritte betroffen, bei den 100- jährigen nahezu jede Person.

Mit diesem Alter ist man sehr alt und hat vielleicht verschiedene Krankheiten und ist hilfebedürftig, aber vor allen Dingen ist man alt. Leider ist dies in unserer heutigen Leistungsgesellschaft, wo es darum geht möglichst lange jung und fit zu bleiben, auch wenn dies manchmal sehr bizarre Züge annimmt, nicht vorgesehen. Das Leiden wird so lang es nur geht, außen vor gelassen (ebd. S.56f). An die Stelle der Familie und der Nachbarschaft treten soziale Netzwerke, meist in Form von medizinischen oder pflegerischen Organisationen, die sehr wichtig, aber für die heutige Generation der hochaltrigen Menschen kaum zu verstehen sind. „... Dritte-Welt- Status des Alters...Gut versorgt, aber kulturell verarmt.“ (ebd. S. 133). Ein Zurückgreifen auf Altbewährtes- Familie, Freunde, Nachbarschaft- ist, bis auf wenige Ausnahmen, nicht mehr möglich. Die alten und demenzkranken Menschen werden in diesen Institutionen sicherlich sehr gut und aufopferungsvoll versorgt, was jedoch fehlt ist der Anteilnehmende und ehrliche menschliche Kontakt (ebd. S. 67f).

Dabei soll den dort tätigen Menschen gar keine Absicht unterstellt werden, sie tun mit Sicherheit alles nach bestem Wissen und Gewissen. Schuld sind meistens die sehr starren, fast zementierten Organisationsstrukturen, die für die Pflegenden keinerlei Spielraum zulassen und Zeit für den so wichtigen menschlichen Kontakt nicht vorsehen. Da diese Menschen den Kontakt trotzdem fordern, durch den Verlust der sozialen Fertigkeiten bei fortgeschrittener Demenz manchmal sehr unkonventionell, werden ihnen sedierende Medikamente verabreicht, die ausschließlich der Personaleinsparung dienen (ebd. S. 163).

Ein Blick in andere Kulturen könnte hier hilfreich sein, auch wenn es in unserer Ge-

sellschaft kein Zurück in großfamiliale Verhältnisse geben wird und geben kann. In Afrika wäre es geradezu asozial alte Menschen aus der Familie wegzugeben. Nicht nur, dass es dort solche Heime gar nicht gibt, aufgrund der großen Familien ist immer jemand da, der nach den alten und kranken Menschen schauen kann (ebd. S. 135). Auch wenn die ökonomischen Ressourcen verglichen mit unseren in Deutschland eigentlich gar nicht vorhanden sind, sind sie uns in Bezug auf die emotionalen um ein Vielfaches voraus.

Ein Unterschied ist auch die in diesen Ländern praktizierte Religiosität bzw. Spiritualität. Während in Deutschland sehr oft die wissenschaftliche Seite im Vordergrund steht- wie kann man Leben verlängern, steht in diesen Ländern eher die Frage nach dem Sinn des Lebens im Vordergrund. „...was zählt ist nicht die Länge, sondern die Tiefe...“ (ebd. S. 136, zitiert nach Osho).

In Deutschland gibt es auf die Hochaltrigkeit und die damit verbundenen Erkrankungen bisher keine gute Antwort. Zwar sind diese Menschen in Pflegeheimen untergebracht, wofür viel Geld bereitgestellt wird, damit man sie bis zu ihrem Lebensende gut versorgen kann. In Deutschland wird medizinisch auf höchstem Niveau gepflegt. Leider ist diese Pflege trotz ihrer Perfektion entgeschichtlicht. Es wird nicht oder viel zu selten darauf geschaut, was diese Menschen neben der körperlichen Pflege noch brauchen, an Zuwendung, an Emotionalität usw. Andererseits scheint dies momentan die einzige Antwort unserer Gesellschaft auf das Thema Hochaltrigkeit und Demenz zu sein, was man auch als Zeichen gesellschaftlichen Scheiterns ansehen kann (ebd. S.187).

Was ist das für eine Gesellschaft, die ihre schwächsten Mitglieder ausschließt, sie an Orte bringt, die sich außerhalb dieser Gesellschaft befinden? Natürlich sind die Hochaltrigen im Bewusstsein der meisten Menschen vorhanden, doch tauchen sie in öffentlichen Räumen nicht auf. Vielmehr haftet ihnen das Stigma an, dass sie die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe sind, die Kosten verursachen, von denen man nicht weiß, wie sie bezahlt werden sollen (ebd. S. 138f).

Deshalb muss gemeinsam mit allen, den Angehörigen, professionell Pflegenden und wenn möglich auch den Betroffenen, überlegt werden, wie es anders gehen kann, wie man statt die professionelle Versorgung zu optimieren, die Demenz in den Alltag, in die Lebenswelt (re)integrieren kann. Es muss überlegt werden, wie man für dieje-

nigen, die mit dem rasanten Tempo von Neuerungen nicht mehr mithalten können, Orientierung und Halt schaffen kann, wie man den Alltag wieder menschlicher, bewohnbarer, auch für Menschen mit Demenz, gestalten kann.

Dazu gehört unter Umständen auch ein Innehalten, ein Entschleunigen, ein Schauen auf die Dinge, die unsere Welt für Menschen mit Demenz unbegreiflich macht. Längst sind es jedoch nicht nur die Menschen mit Demenz, die dem rasenden Tempo des heutigen Lebens und dem Zerfall von Sozialräumen nicht mehr gewachsen sind. 10 Millionen Krankheitstage im Jahr 2008 mit der Diagnose Burn- Out sprechen eine deutliche Sprache. Vielleicht muss man dort genauer hinschauen und verstehen, was unsere Lebenswelt so unerträglich macht und anhalten oder sogar umkehren, da es die falsche Richtung zu sein scheint, in die sich unsere Gesellschaft entwickelt (ebd. S. 251).

Statt zu versuchen mit immer mehr finanziellen Mitteln den Menschen mit Demenz gerecht zu werden, gilt es Freundlichkeit, Gastfreundschaft und Wärme den Vorzug zu geben, damit sie sich mitten im Leben aufhalten und sich auch wohlfühlen können.

Vielleicht hilft es auch, sich zu vergegenwärtigen, was man sich selbst wünschen würde, wenn man nicht mehr in der Lage wäre, allein für sich zu sorgen. Das sind wahrscheinlich in erster Linie emotionale Bedürfnisse, ein freundliches Lächeln, jemand der einem zugewandt ist, der ruhig und geduldig ist und versucht zu verstehen, wenn man sich nicht mehr äußern kann.

Die Zerstörung von Lebenswelten und die damit einhergehende Vereinsamung macht nämlich die Demenz erst zu einem Schicksal mit dramatischem Ausmaß. Wie soll der Verlauf einer sich ständig verschlechternden Krankheit auch nicht katastrophal sein, wenn man allein lebt, sich einsam fühlt und der Sinn des Lebens verloren gegangen ist. (ebd. S. 279)

„Alter und Demenz sind...in besonderem Maße eine Herausforderung an die Wiederentdeckung und Stärkung mitmenschlicher, ethischer und zivilisatorischer Ressourcen und Traditionen jenseits von Finanzen und Verordnungen.“ (vgl. Teising, Drach, Gutzmann, Haupt, Kortus, Wolter 2007, S. 20)



## 5. Abschließende Betrachtungen

Von Seiten der Medizin ist in absehbarer Zeit keine bahnbrechende Entdeckung zu erwarten, die diese Krankheit aufhält oder gar heilt. Deshalb müssen wir die Alzheimer- Demenz als gegeben hinnehmen und mit ihr leben. Die Freude über die gestiegene Lebenserwartung muss geteilt werden, mit der Ohnmacht darüber, dass es Krankheiten gibt, die erst im hohen Alter auftreten und die irreversibel und nicht heilbar sind. Gerade bei der Demenz ist es wichtig den Menschen mit seinen Wünschen, Emotionen und Bedürfnissen zu sehen und dafür zu sorgen, dass er sozial und gesellschaftlich eingebunden ist und bleibt, was heute noch nicht oder nicht mehr selbstverständlich ist (vgl. Demenz Report 2011, S.7).

Dass die Krankheit Alzheimer- Demenz eine Tragödie für Betroffene und Angehörige ist, soll an dieser Stelle nicht negiert werden. Dass die Gesellschaft mit ihrem einseitig negativ geprägten Bild über diese Erkrankung die Lebensqualität sowohl der Betroffenen als auch des gesamten Umfeldes negativ beeinflusst und zur Verstärkung von Ängsten bei allen Beteiligten beiträgt, darf jedoch nicht verschwiegen werden.

Obwohl diese Erkrankung in den Köpfen der Menschen präsent ist, löst sie bei den Meisten Unbehagen und Angst aus und ist mit vielen Tabus besetzt.

Viele Menschen, mit denen ich selbst über diese Krankheit gesprochen habe, sind der Ansicht, dass an Demenz erkrankte Menschen doch sowieso nichts mehr mitbekommen, nicht mehr wissen wo sie sind und was mit ihnen geschieht und dass es aus diesem Grund egal ist, was mit ihnen passiert oder eben auch nicht passiert. Wenn ich dann berichte, dass trotz des Vergessens die Emotionen und Gefühle bis zum Schluss erhalten bleiben, dass es wissenschaftliche Belege dafür gibt, auch wenn sie sehr dürftig sind, sind sie oft sehr erstaunt gewesen.

Aus diesem Grund ist die Aufklärung der Gesellschaft und eine differenziertere Kommunikation über diese Erkrankung der wichtigste Schritt, um Horrorgeschichten von Suiziden prominenter Leute oder wund gelegenen, dehydrierten Patienten, wie sie in der Boulevardpresse publiziert werden, abzulösen.

Hier kann und muss Soziale Arbeit ansetzen und sowohl bei der Aufklärung der Gesellschaft, als auch bei der Begleitung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen die Schlüsselfigur sein. Soziale Arbeit muss dort hinschauen, wo andere weg-

gucken, enttabuisieren, begleiten und Autonomie von Menschen in schwierigen Lebenssituationen stärken oder erhalten, so dass sie auch im Falle von Pflegebedürftigkeit das Selbstbewusstsein haben (können), Forderungen zu stellen und sich nicht nur als Bittsteller zu sehen (vgl. Bobbert 2007, S. 114).

Sicherlich gibt es viele Bemühungen, die in die richtige Richtung gehen. Mit den in dieser Arbeit vorgestellten Ansätzen gibt es eine gute Basis, mit denen Menschen mit Demenz würdevoll und unter Achtung ihrer Emotionen bis zu ihrem Lebensende begleitet werden können. Damit kann eine Reaktivierung ihrer Psyche erreicht und ein Abgleiten in die Regression bzw. in das Vegetieren verhindert werden.

Leider werden diese Ansätze längst nicht flächendeckend angewandt, da sie selbst professionellen Pflegepersonen nicht ausreichend bekannt sind.

Deshalb muss die Lebensphase „Alter“ nicht nur bei der Ausbildung von SozialarbeiterInnen ein fester Bestandteil sein, auch bei der Ausbildung von Pflegepersonal und von KrankenpflegerInnen erscheint es unabdingbar, die in dieser Arbeit vorgestellten Ansätze sehr ausführlich und umfassend zu lehren und so die Professionalisierung voranzutreiben, die bei der Sozialen Arbeit noch in den Kinderschuhen steckt.

Das Problem hierbei ist die Diffusität des Berufsbildes und die Vielschichtigkeit der Handlungsfelder. Um sich im Sozial- und Gesundheitssystem unabdingbar zu machen und darzustellen, welcher Qualitätsverlust hinzunehmen wäre, wenn Soziale Arbeit weg fiel, ist ein spezifisches Leistungsprofil erforderlich, auch um Transparenz herzustellen (vgl. Kraus 2003, S. 35).

Momentan ist es immer noch so, dass Menschen mit einer Demenz, zumindest wenn sie sich im fortgeschrittenen Stadium dieser Erkrankung befinden und zunehmend auf Hilfe angewiesen sind, in speziellen Alten- und Pflegeheimen untergebracht werden. Dort werden sie gepflegt und versorgt. Aufgrund von Personalmangel und bestehenden Organisationsstrukturen ist keine Zeit, bestimmte Sachen noch selber zu tun und ihnen so eine sinnvolle Beschäftigung statt gähnender Langeweile zu ermöglichen. Aus diesem Grund muss es viel mehr Einrichtungen geben, die intergenerativ arbeiten (können), weil diese Arbeit dazu beiträgt, dass diese Menschen eingebunden bleiben und gleichzeitig Kindern nahe gebracht wird, dass Alter, Krankheit, Sterben und Tod zum Leben dazu gehören und dass auch diesen Menschen Aner-

kennung und Achtung entgegen gebracht werden muss. Unsere Gesellschaft wäre um ein Vielfaches ärmer „...ohne die gelebte Erfahrung der vorherigen Generationen...“ (vgl. Miedaner 2001, S. 55). Wohin würde sich unsere Gesellschaft entwickeln, „... ohne die stille Aufforderung,..., Fürsorge und Verantwortung als Teil des Lebens zu begreifen. (ebd. S. 55). Junge Menschen brauchen für ihre Entwicklung die ältere Generation, die kritisch und auch bewundernd ihr Leben begleitet. Durch die Begegnungen mit ihnen können sie erst ein vollständiges Menschen- und Weltbild entwickeln und angemessenes soziales Verhalten erlernen, ebenso wie sie dadurch erkennen und erfahren, dass das Alter auch seine schönen Seiten hat und eben nicht nur von Krankheit und Gebrechlichkeit gekennzeichnet und eine soziale Belastung ist. All dies ist unverzichtbar für die Herausbildung eines humanitären Menschenbildes, für Toleranz, Erfahrung und Handlungskompetenz (ebd. S. 53ff). Erst wenn sich Menschen mit Demenz mitten unter uns aufhalten (können) und sie ebenso dazu gehören wie junge und gesunde Menschen, sind wir als Gesellschaft da angekommen, wo wir meines Erachtens hin müssen.

Auch die Politik hat inzwischen erkannt, dass es in Bezug auf Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen Handlungsbedarf gibt und deshalb inzwischen einige gute Ansätze für die Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen auf den Weg gebracht, so z.B. das Pflegezeitgesetz oder die Einführung der Pflegestufe 0 speziell für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

Trotz allem dringen diese Gesetze oft nicht bis an die Basis vor. Die Hürden, die bewältigt werden müssen, um eine angemessene Betreuung zu gewährleisten, Pflegepersonen zu entlasten und die ihnen zustehenden Gelder zu beantragen sind oft sehr hoch und auch nicht ausreichend oder zu unausgereift.

Das Familienpflegezeitgesetz ist schon ein Schritt in die richtige Richtung, auch wenn eine Begrenzung auf 24 Monate im Falle der Betreuung eines an Alzheimer-Demenz Erkrankten nicht ausreichend sein wird. Die Reduzierung des Lohnes auf 75% dürfte viele Familien aufgrund der ständig steigenden Lebenshaltungskosten vor zusätzliche Probleme, z.B. die Erhöhung des Armutsrisikos, stellen. Meiner Meinung nach muss man schon sehr christlich sein oder sonstige humanitäre Gründe haben, um sich diesem Risiko auszusetzen.

Ein weiterer Punkt, der von der Politik gelöst werden kann, ist die Bereitstellung von finanziellen Mitteln zur gerechten Entlohnung von Pflegepersonal. Damit würde ei-

nerseits ihre Arbeit gewertschätzt, andererseits könnte man dem schon heute vorhandenen und in den nächsten Jahren noch drastischer zunehmenden Pflegenotstand begegnen. Glaubt man den Prognosen, wird sich in den nächsten Jahren die Zahl der pflegebedürftigen Menschen verdoppeln, durch die weiter steigende Lebenserwartung wird sich auch die Zahl der Menschen mit Demenz erhöhen, was bedeutet, dass immer mehr Fachkräfte in den Pflegeberufen benötigt werden. Dieses Mehr an Pflegekräften wird man jedoch nur durch entsprechende Entlohnung rekrutieren können

Was gefragt ist, sind weiterhin innovative Ansätze und Ideen, wie Alt und Jung in Zukunft besser miteinander leben können. Um solche neuen Ideen zu bekommen, wurde vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung im Rahmen des Wissenschaftsjahres 2013- Die demografische Chance- zu einem Schreib- und Kreativwettbewerb mit dem Titel „U20- Ü60- so wollen wir zusammen leben“ aufgerufen. Es soll darum gehen, Gesellschaftsentwürfe und Zukunftsvisionen zu entwickeln, um allen Generationen gerecht werden zu können (vgl. <http://www.lizzynet.de/wws/wettbewerb-u20-ue60.php?sid=15532016899970087338308180818460>, Das Amtsblatt für den Landkreis Wittenberg 2013, S. 7).

Die Forschungslage zu Emotionen bei Demenz ist bisher als unzureichend zu betrachten, was der Schwere der Erkrankung geschuldet ist. Gerade in einem fortgeschrittenen Stadium, wenn die Kommunikationsfähigkeit nicht mehr vorhanden ist, ist man auf Beobachtungen von Forschenden und deren Interpretationen angewiesen.

Was als gesichert gilt, sind jedoch die Beobachtungen von Pflegepersonen, die beim Einsatz der in dieser Arbeit vorgestellten Ansätze berichteten, dass Unruhe, Angst, Verwirrung, Regression usw. abnehmen, wenn Menschen mit Demenz validiert oder psychobiographisch gepflegt werden.

Diese Beobachtungen sprechen dafür, dass Gefühle nicht dement werden und dass diese Ansätze unabdingbar für die Arbeit mit diesen Menschen sind und dass die Forschung auf diesem Gebiet weiter gehen muss.

Ebenso darf Soziale Arbeit nicht müde werden, soziale Dienstleistungsangebote niedrigschwellig und damit für alle erreichbar zu machen, um zivilgesellschaftliches Engagement zu fördern. Sie muss Ressourcen vor Ort erschließen und bei der so-

zialräumlichen Entwicklung der Lebensbedingungen, gerade im Hinblick auf Menschen mit Demenz, Einfluss nehmen. Weiterhin gilt es den Interessen der Betroffenen und ihrer Angehörigen durch Öffentlichkeitsarbeit und eventuell rechtliche oder politische Vertretung Geltung zu verschaffen.

Was wir in Deutschland, und dies nicht nur im Hinblick auf die Menschen mit Alzheimer- Demenz, brauchen, ist eine Gesellschaft, die wieder mehr auf das DU statt auf das ICH schaut, die nicht nur auf die jungen, gesunden und leistungsstarken Menschen, sondern gerade auf die Hilfebedürftigen schaut, weil sie ohne Unterstützung nicht zurechtkommen. Wir brauchen Menschen, die neben der Dienstleistungsbranche und den medizinischen Versorgungseinrichtungen dafür sorgen, dass es in unserer Gesellschaft wieder mehr Wärme und Nachbarschaftlichkeit gibt, dass die Verarmung der Lebenswelten durch die Digitalisierung sämtlicher Bereiche gestoppt wird und wieder mehr zwischenmenschliche Begegnungen stattfinden (vgl. Grone-meyer 2013, S.52).

Wir müssen erkennen, dass das Altern des Gehirns nicht in jedem Fall Krankheitswert besitzt, sondern zum Alter dazu gehört wie jede andere Abnutzungserscheinung des Körpers auch. Vielleicht sollten wir uns von den Menschen mit Demenz mehr irritieren lassen, zum Innehalten auffordern lassen, um uns den als normal geworden hektischen Alltag zu entschleunigen und uns auf das Wesentliche im Miteinander, Mitmenschlichkeit, Zuhören, Trösten, Füreinander da sein, zu besinnen (ebd. S. 232f).

Dann ist die Institutionalisierung des Alters in jeglicher Form eventuell nicht mehr Normalität sondern die Ausnahme.

"Meine Wünsche ...

Wenn ich einmal dement werde ...

soll mein Leben einfach, übersichtlich und überschaubar sein. Es soll so sein, dass ich jeden Tag das Gleiche mache - jeden Tag zur gleichen Zeit.

Wenn ich einmal dement werde ...

musst Du ruhig mit mir sprechen, damit ich keine Angst bekomme und nicht das Gefühl entsteht, dass Du böse mit mir bist. Du sollst mir auch immer erklären, was Du tust.

Wenn ich einmal dement werde ...

kann ich vielleicht nicht mehr mit Messer und Gabel essen, aber bestimmt sehr gut mit den Fingern.

Wenn ich einmal dement werde ...

und Panik bekomme, dann bestimmt, weil ich an zwei Dinge gleichzeitig denken soll. Und wenn ich einmal schimpfe, dann gehe einen Schritt zurück, so dass ich spüre, dass ich immer noch Eindruck machen kann.

Wenn ich einmal dement werde ...

bin ich meistens leicht zu beruhigen, nicht mit Worten, sondern indem Du ganz ruhig neben mir sitzt und mir Deine Hand anbietest.

Wenn ich einmal dement werde ...

habe ich das Gefühl, dass andere mich schwer verstehen, und genauso schwer ist es für mich, andere zu verstehen. Mache Deine Stimme ganz leise und sieh mich an, dann verstehe ich Dich am besten. Mach nur wenige Worte und einfache Sätze.

Wenn ich einmal dement werde ...

sieh mich an und berühre mich, bevor Du mit mir sprichst. Vergiss nicht, dass ich oft vergesse. Das Abstrakte und das schwach Formulierte verstehe ich nicht. Es hilft mir aber, zu sehen, zu spüren und zu begreifen, wovon Du sprichst.

Wenn ich einmal dement werde ...

möchte ich Musik von damals hören, jedoch, ich habe vergessen, welche. Erinnere Du Dich, und lass sie uns zusammen hören. Ich mag gern singen, aber nicht allein.

Wenn ich einmal dement werde ...

denke daran, dass ich nicht alles verstehe, aber doch mehr, als Du manchmal denkst."

(vgl. <http://www.ilsesweitewelt.de/tipps/55-wenn-ich-einmal-dement-werde>)