

Hochschule Neubrandenburg - Fachbereich Soziale Arbeit
Wintersemester 2009/2010 - Professor Dr. phil. Roland Haenselt

Erweiterte Möglichkeiten der
Betreuungsarbeit beim individuellen
Zugang zu an Demenz erkrankten älteren
Menschen im Seniorenheimalltag durch
die neu geschaffenen
Rahmenbedingungen des § 87 b SGB XI

Diplomarbeit

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2009-0510-0

Beate Dietz
Sylvia Bädker

29.01.2010

Vorwort

Ein wenig überrascht und uns gleichsam an die lange verschobenen Bedürfnisse zu unserer Selbstverwirklichung erinnernd, erhielten wir jetzt letztmalig die Chance, unser Studium mit dem Schreiben einer Diplomarbeit abschließen zu können. Beide stellten wir jeweils im Vorfeld verschiedenste Überlegungen zu diversen, uns interessant und ergiebig anmutenden Themen an, um sie anschließend wieder zu verwerfen.

Den Umständen unserer aktuellen Tätigkeitsbereiche wie einer uns fast zwei Jahrzehnte lang erfrischende Freundschaft ist es zu verdanken, dass wir uns mutig und mit entsprechendem Risikobewusstsein wiederholt an die Erledigung derselben erinnerten und schlussendlich beschlossen, uns gegenseitig motivierend und ermahmend zu beginnen. Erste Entwürfe fanden rasch unser Interesse, wurden mit den jeweiligen Kollegen, Partnern, Freunden diskutiert, um nun in dieser Fassung ihre jetzige Form zu finden.

Da wir beide weit entfernt voneinander unser Leben bestreiten, war uns über die gesamte Ausarbeitungszeit ein telefonischer Austausch auferlegt, was darin mündete, dass jeder für sich eine sozusagen getrennte Teilarbeit formulierte. Hiermit lässt sich begründen, dass wir uns für diese strikte Unterteilung mit zwei getrennten Einleitungen entschlossen, um mit den individuellen Schreibstilen, der persönliche Gewichtung der folgenden Texte auf spezielle Nuancen einzustimmen.

Einige wissenschaftliche Unsicherheiten blieben uns bis zum heutigen Tage erhalten, weil veränderte Methoden, Herangehensweisen und nicht zuletzt der erheblich rasante technische Fortschritt doch eine andere Ausarbeitungsmöglichkeit ergaben, als wir es noch in unserer aktiven Studienzeit erlernten. Der besseren Lesbarkeit wegen entschlossen wir uns, auf die stete Ergänzung einer weiblichen Formulierung zu verzichten, ohne damit eine geschlechtliche Bewertung vorzunehmen.

Trotz eigener spannender, manchmal konfus anmutender Lebensumstände haben wir es jetzt geschafft, ein Werk fertigzustellen, welches uns beim Schreiben viel Freude bereitete und unsere alltäglichen Aufgaben innerhalb unserer Arbeitsstätten gewinnbringend bereicherte.

Wir wünschen viel Vergnügen, viele Aha-Effekte und gerne auch manches nachdenkliche Stirnrunzeln beim Entdecken genehmer wie streitbarer Aussagen.

Beate Dietz und Sylvia Bädker

Teil I

Beate Dietz

Teil I:

- 1 Einleitung
- 2 „Man ist so alt wie man sich fühlt“ – Modelle und Theorien zum Thema Altern
 - 2.1 Vorbemerkungen
 - 2.2 Altern in historischen Epochen
 - 2.3 Von der Altersmedizin zur Gerontologie - Altern in der wissenschaftlichen Betrachtung
 - 2.4 Klassische Alternstheorien
 - 2.5 Psychologische Aspekte des Alterns
 - 2.6 Soziologische Alternstheorien
 - 2.7 Altern als soziales Problem
 - 2.7.1 Altern und Gesellschaft
 - 2.7.2 Altern und Familie - Der Mythos von der Großfamilie
 - 2.7.3 Alter(n) als soziales Problem
- 3 Versorgung von hilfebedürftigen alten Menschen im Spiegel der Sozialpolitik
 - 3.1 Demographischer Wandel
 - 3.2 Folgen des demographischen Wandels für die Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen
 - 3.3 Weitere Faktoren, die der gesicherten Versorgung entgegenstehen
 - 3.4 Sozialpolitische Entwicklung als Folge gesellschaftlicher Veränderungen
 - 3.4.1 Von Bismarck zu § 87 b SGB XI – historische Aspekte der Sozialpolitik in Bezug auf ältere Menschen
 - 3.4.2 Kostensteigerungen in Krankenversicherung und Sozialhilfe
 - 3.4.3 Entstehung der Pflegeversicherung

3.4.4 Entwicklung der Pflegeversicherung von der Berücksichtigung des rein physischen Pflegebedarfs bis zu §§ 45 a bis c und § 87 b

3.4.4.1 Wer ist pflegebedürftig?

3.4.4.2 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

3.4.4.3 Leistungen der teilstationären und stationären Pflege und Betreuung im Speziellen

3.4.4.4 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz –wer ist nach der Definition des SGB XI dement?

3.5 Besondere Herausforderungen an die Betreuung dementer Menschen

3.5.1 Hoher zeitlicher Aufwand

3.5.2 Besondere psychische Belastung

3.6 Zukunftsaussichten in der Pflegeversicherung

4 Die Institutionalisierung älterer Menschen als sinnvolle Ergänzung der Versorgung

4.1 Vorbemerkungen

4.2 Das Pflegeheim - totale Institution oder soziales Gebilde

4.3 Überblick über aktuelle Versorgungsformen

4.3.1 Formen ambulanter Versorgung

4.3.2 Strukturelle Aspekte der stationären Altenhilfe

4.4 Leben im Heim

4.4.1 Die Aufnahme ins Heim – von der vertrauten Umgebung in eine fremde Institution

4.4.2 Soziale Aspekte im Heimalltag – Belastung oder Bereicherung

4.4.3 Qualitative Anforderungen in der stationären Pflege alter Menschen

4.4.3.1 Qualität in der stationären Pflege

4.4.3.2 Was ist ein gutes Pflegeheim und wie findet man es?

4.4.3.3 Anforderungen an das Betreuungspersonal

4.4.3.3.1 Vorbemerkungen

4.4.3.3.2 Ausbildungsberufe in der Seniorenbetreuung und allgemeine Voraussetzungen

4.4.3.3.3 Formen der Betreuung demenzkranker älterer Menschen Anforderungen an die Betreuungskräfte

4.4.3.3.4 Anforderungen an das Betreuungspersonal

4.4.3.3.5 Aufgaben der Sozialarbeiter in der stationären Pflege Demenzkranker

4.4.4 Und wer bezahlt das – Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung

5 Zwischenfazit

1 Einleitung

Täglich werden wir mit düsteren Szenarien konfrontiert, die uns ein Bild von Alter, Demenz und Pflegebedürftigkeit vermitteln, das sich keiner von uns wünschen kann. Wir sehen aber auch immer häufiger Menschen mit grauen Haaren und vielen Falten auf Werbeplakaten. Alt zu sein bedeutet heute vieles und ist Ausgangspunkt vielschichtiger Kontroversen. Da sind auf der einen Seite die Rentner, die sich den Ruhestand mit vielfältigen Unternehmungen versüßen, diejenigen, die Kinder und Enkelkinder unterstützen und Angehörige pflegen oder die, die noch mal neu anfangen, z. B. mit einem eigenen Unternehmen oder einem Studium. Auf der anderen Seite sind die, die Unterstützung benötigen, die ihren Lebensunterhalt und ihr Leben nicht ohne Hilfe organisieren können. Beide Gruppen sind in der Bevölkerung stark vertreten und werden nach Prognosen der Bevölkerungswissenschaftler weiter wachsen. Als die Pflegeversicherung 1995 in Deutschland eingeführt wurde, war dies nicht nur Ausdruck sozialpolitischer Notwendigkeit, sie war auch Anerkennung der Pflege und Unterstützung alter Menschen als gesellschaftliche Aufgabe. Diese Arbeit wird sich mit Menschen beschäftigen, die diese Unterstützung in besonderem Maße benötigen. Menschen mit Demenzerkrankungen sieht man nicht auf den ersten Blick an, dass sie die Fähigkeiten verlieren oder verloren haben, ohne Hilfe die gegenwärtigen Anforderungen des täglichen Lebens zu erfüllen. Der Gesetzgeber hat im Jahr 2002 erstmals anerkannt, dass die Maßstäbe der von ihm festgelegten Hilfebedürftigkeit in der Pflegeversicherung die Demenzkranken nur unzureichend erfassten und für sie zusätzliche Betreuungsleistungen in der ambulanten Pflege zur Verfügung gestellt. Mit Einführung des § 87 b des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) im Juli 2008 wurde auch in der stationären Pflege dem besonderen Betreuungsbedarf Rechnung getragen.

Ausgangspunkt des ersten Teils ist das Alter und Altern selbst, das von vielen Faktoren beeinflusst wird und Gegenstand zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen, Modelle

und Theorien war und ist. Die demographischen Prognosen sind Grundlage vieler politischer Diskussionen und Entscheidungen. Auch in der Sozialpolitik geben sie Anlass zu kontrovers geführten Debatten über die mittel- und langfristige Gestaltung der sozialen Sicherungssysteme. Die Entwicklung und die Herausforderungen an die Sozialpolitik - vorrangig an die Pflegeversicherung - vor dem Hintergrund einer erwarteten Zunahme dementieller Erkrankungen werden im dritten Kapitel näher beschrieben. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit Notwendigkeiten, Problemen und Anforderungen an die Betreuung Demenzkranker in stationären Pflgeheimen und mit den Bemühungen des Gesetzgebers, diese Betreuung zu verbessern und die Lebensqualität der demenzkranken Heimbewohner zu verbessern.

2 „Man ist so alt wie man sich fühlt“ – Modelle und Theorien zum Thema Altern

2.1 Vorbemerkungen

Altern ist als politisches Thema spätestens mit der Schaffung des Ministeriums für Familie und Senioren 1990 (heute Familie, Senioren, Frauen und Jugend) in das Blickfeld deutscher Politik gerückt.¹ Es gibt sehr verschiedene Definitionen zum Thema Alter und Altern. Demographie, Medizin und Soziologie setzen Grenzen beim Berufstaustritt, sprechen von „jungen Alten“ und „Hochbetagten“, von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit.² Altern ist „Veränderung und Prozess mit Fort- und Rückentwicklung, mit Zu- und Abnahmen.“³

Kalendarisches Alter: Nach Laslett ist das kalendarische Alter das „Alter im Sinn der Zahl der Geburtstage“.⁴

Das biologische Alter ist abhängig von genetischen Voraussetzungen und äußeren Einflüssen⁵, die auch gesellschaftlich geprägt sind, z. B. durch Lebensumstände wie Nahrung, Wohnung, medizinische Versorgung. „Der Altersbegriff in der Biologie beschränkt sich auf den organischen Veränderungs- und Abbauprozess.“⁶

Persönliches Alter wird von Laslett als „der Moment im Lebenslauf, den ein Mann, eine Frau oder ein Kind selbst als erreicht ansieht“ bezeichnet.⁷

¹ Prah/ Schroeter, 1996, S. 32

² Prah/ Schroeter, 1996, S. 12ff.

³ Mühlen- Grab, 1990, S. 20

⁴ Laslett, 1995, S. 17

⁵ Prah/ Schroeter, 1996, S. 15

⁶ Nühlen- Graab, 1990, S. 64

⁷ Laslett, 1995, S. 63

Subjektives Alter ist das Alter, das sich ein Mensch selbst gibt. („Man ist so alt, wie man sich fühlt.“) Laslett bezeichnet es als „unzeitlich“, da es sich in zeitlichen Dimensionen nicht bestimmen lässt.⁸

Administratives Alter ist an das kalendarische Alter gebunden und meint z. B. verwaltungstechnische und versicherungsrechtliche Ansprüche.⁹

Das Psychisch- intellektuelle Alter wird durch individuelle Voraussetzungen und äußere Einflüsse bestimmt. „Die lebenslangen Prozesse der Personalisation, Sozialisation und Enkulturation stecken den Rahmen ab, in dem sich die Psyche und die intellektuelle Kapazität mit steigendem Lebensalter entwickeln bzw. erhalten.“¹⁰

Soziales Alter ist gesellschaftlich definiert und abhängig von wirtschaftlichen und familiären Strukturen aber auch demographischen Veränderungen.¹¹ Laslett nennt dies auch das öffentliche Alter.¹² Danach bestimmen sich die Lebensalterstufen eines Menschen weniger nach dem kalendarischen Alter, sondern nach seinem Eintritt in verschiedene soziale Gemeinschaften (z. B. Ehe, Beruf, Rente). Das soziale Alter wird „als Normenzuschreibung in einer sozialen Gemeinschaft, die für das Verständnis von Altern gebraucht werden“ verstanden und „hat besonders im menschlichen Zusammenleben für die Lebensaltersbestimmung und die Verhaltensvorschriften für ältere und alte Menschen eine große Bedeutung.“¹³ Dabei ist die Rente gegenwärtig keinesfalls mit dem Beginn des Alters gleichzusetzen, sondern dürfte für viele bedeuten, dass die beruflichen Aktivitäten durch die persönlichen Aktivitäten ersetzt werden, Zeit zu haben, seine persönlichen Interessen zu verfolgen, Reisen zu unternehmen, andere als berufliche Fähigkeiten auszubauen.¹⁴

Nühlen- Graab formuliert zum gegenwärtigen Verständnis von Alter und Altern folgendes: „Das Alter als Lebensabschnitt wird vielfach mit Ruhestand, Versorgung der Familie,

⁸ Laslett, 1995, S. 63

⁹ Prah/ Schroeter, 1996, S. 16

¹⁰ Prah/ Schroeter, 1996, S. 16

¹¹ Prah/ Schroeter, 1996, S. 16, vgl. auch Lehr, 2003, S. 210

¹² Laslett, 1995, S. 63

¹³ Nühlen- Graab, 1990, S. 35

¹⁴ Nühlen- Graab, 1990, S. 35

finanzieller Absicherung und freier Zeiteinteilung verbunden. Das Altern dagegen wird häufig nur in Zusammenhang mit körperlichen und geistigen Abbauerscheinungen gesehen, und daher vom einzelnen für sich abgelehnt.“¹⁵ Sie bietet an, Altern in körperliche, geistige, psychische und soziale Prozesse zu trennen, die keineswegs parallel verlaufen. Sie spricht nicht von Abbau sondern von Reifung. „Reifen ist die Entsprechung im Sinne von Weiter- und Höherentwicklung und im Sinne von Vollendung.“¹⁶

Alter ist gekennzeichnet:

- durch „das gelebte Leben über das Erwachsenenalter hinaus“;
- durch „die zunehmende Todesnähe, das Wissen um eine immer kürzer werdende Lebensspanne“;
- „von der Abnahme und dem Verlust verschiedener Fähigkeiten und Fertigkeiten“;
- durch „das Ausscheiden aus dem Berufsleben“ und die damit verbundene „Abnahme von Aufgaben und Rollenzuweisungen“;
- durch „ein Mehr an zur Verfügung stehender freier oder selbst zu gestaltender Zeit“;
- durch „die Befreiung/ (den) Verlust von Pflichten und Verantwortung“;
- durch den „zunehmende(n) Verlust von Partnern, Freunden, Bekannten und Verwandten“¹⁷

Prahl und Schroeter kritisieren, dass die Alten durch die Politik zu Klienten gemacht wurden, das Alter durch Verwaltung bürokratisiert wird und dass der Staat für die Versorgung der Alten auf Versicherungssysteme, eigene Mittel und Unterhaltsleistungen durch Angehörige und kommunale Netze setzt. Damit würden die Alten zu einer Zielgruppe von Institutionen, die an marktwirtschaftliche Gesetze gebunden sind (Versicherungen, Pflegedienste und Pflegeheime).¹⁸

¹⁵ Nühlen- Graab, 1990, S. 33

¹⁶ Nühlen- Graab, 1990, S. 34

¹⁷ Nühlen- Graab, 1990, S. 19f.

¹⁸ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 34f.

Der Mensch hat die Macht, sich ein Lebensziel zu setzen und seinem Leben einen Sinn zu geben. Es gibt keinen Grund, dass dies nicht auch für das Alter gilt.¹⁹

2.2 Altern in historischen Epochen

Altern in Gesellschaften ohne zentrale politische Instanzen ist meist durch besondere Rollen gekennzeichnet. Da die Handlungsmöglichkeiten begrenzt sind, geht es um elementare Bedürfnisse. So wurden alte Stammesmitglieder geschätzt, um einer gefährlichen Umwelt zu begegnen (z. B. durch Wissen, Weisheit oder Magie), Hilfebedürftigkeit alter Menschen wurde mit liebevoller Pflege begegnet aufgrund ihrer Nähe zum Tod und den Ahnen. Barg das Leben weniger Gefahren, wurden die mit dem Alter einhergehenden Belastungen aber auch durch Vernachlässigung oder gar Tötung gelöst.²⁰

Die Schriften der Großen Griechen Homer, Platon oder Aristoteles beschäftigten sich bereits mit den Vorzügen und Nachteilen des Alterns und beschrieben sowohl den als negativ bezeichneten körperlichen Verfall als auch die als eher positiv empfundene Verehrung der Alten, deren Wissen und Weisheit die Jüngeren unterstützten. Dichter und Denker setzten dies über die Jahrhunderte fort, schilderten in ihren Werken immer wieder positive und negative Folgen und Umgangsweisen des Alterns.²¹ Das hohe Ansehen alter Menschen, das aus der griechischen Antike angenommen wird durch die „Institution der Gerusie“²² bezog sich überwiegend auf alte adelige Männer. Das Altersbild in der griechischen Antike reicht von der hohen Verehrung des Alters bis „zum Sammelplatz allen Übels“²³ z. B. nach Ansicht des Aristoteles. Die Alten (Männer) der Oberschicht der römischen Antike konnten selbst bestimmen, wann sie sich von ihren Ämtern zurückzogen, um die restlichen Jahre zu genießen. Sie blieben auch im Ruhestand Ratgeber für die Jüngeren und hielten als Familienoberhaupt die Kinder in Abhängigkeit. Angehörigen unterer Schichten und alleinstehenden Frauen hingegen drohte im Alter Armut und Ausgrenzung.²⁴ In der römischen Republik bröckelte die politische Macht der Alten. Das negative Bild des vom körperlichen und geistigen Verfall gezeichneten Alten wurde, bedingt durch die Expansionspolitik und die

¹⁹ Nühlen- Graab, 1990, S. 36

²⁰ Saake, 2006, S. 75f.

²¹ Lehr, 2003, S. 8ff.

²² Nühlen- Graab, 1990, S. 91

²³ Nühlen- Graab, 1990, S. 127

²⁴ Herrmann- Otto, S. 13

damit verbundenen Kriegszüge, dem Bild vom jugendlichen, starken und schönen Idealbild des Kriegers entgegengesetzt.²⁵

In den durch Ausbildung von Schichten gekennzeichneten Gesellschaftsformen wie der griechischen und römischen Antike und dem europäischen Mittelalter ist Altern abhängig von der Zugehörigkeit zur jeweiligen Schicht. Dies wird deutlich an den Altersversorgungsmodellen des Mittelalters. So boten die Klöster eine Art Altersversorgung für Kleriker. Der Adel war hingegen abhängig vom Erfolg oder Misserfolg seiner Kriegszüge. Beamte konnten im mittelalterlichen Europa auf eine geringe Altersversorgung hoffen. Unter den stark vertretenen Bauern unterschied sich das Alter nach Einkommen. Wohlhabende Bauern übergaben den Hof meist an eins ihrer Kinder und wurden im Gegenzug von ihnen versorgt. Armen Bauern war dies häufig nicht möglich, da der Hof höchstens eine Familie ernährte. War ein Handwerker gezwungen, seine Tätigkeit aufzugeben, wurde er von den Zünften versorgt.²⁶ Das Altersbild erfährt in der Zeit des Mittelalters stetige Abwertung. Während im frühen Mittelalter dem körperlichen Abbau noch die geistige Reifung entgegengesetzt wird, die Weisheit das Positive im Alter betont, bestimmt der körperliche Abbau das Altersbild ab dem Hochmittelalter. Das Christentum fordert Barmherzigkeit gegenüber den Alten um „in den Himmel“ zu kommen, wertet aber alles Körperliche als Sünde ab. Achtung und Ehre vor der Altersweisheit bleibt eine normative Forderung.²⁷ Hungersnöte, Epidemien und eine Steigerung der Mobilität führten im späten Mittelalter dazu, dass die Familie alte und kranke Mitglieder nicht immer versorgen konnte. In den mittleren Schichten der Bevölkerung stiegen Zahl und Formen von Altersabsicherungen ab dem 15. Jahrhundert an. Sie bestanden aus Leibrenten, Pflegeverträgen, Stiftungen, Gemeinschaften. Die Verbreitung religiöser Gemeinschaften sorgte u. a. dafür, dass Spitäler für begüterte Alte zu Altenheimen wurden.²⁸

Unter dem Einfluss von Humanismus und Aufklärung in der Neuzeit erfuhr das Alter eine positivere Betrachtung. Kant, Schopenhauer u. a. betonen die geistigen Kräfte der Alten, körperliche Abbauprozesse können durch die Macht des Geistes gebremst werden und spielen

²⁵ Nühlen- Graab, 1990, S. 149f.

²⁶ Saake, 2006, S. 90ff.

²⁷ Nühlen- Graab, 1990, S. 171f.

²⁸ Shahr, Sulamit: Growing old in the middle ages „Winter clothes us in shadow and pain“, London/ New York, 1997. Aus: Multrus: Versorgung alter Menschen in den Deutschen Landen und im späten Mittelalter. In: Herrmann- Otto, 2004, S. 46ff

nur eine untergeordnete Rolle.²⁹ Die Neuzeit war bestimmt durch verbesserte Lebensumstände und zunehmende Autorität alter Männer (Herrscher, Denker, Familienoberhäupter), deren Höhepunkt in die Zeit der Aufklärung fällt. Mit Sturm und Drang und zunehmender Bedeutung der Familie des Bürgertums verlieren die alten Männer allerdings wieder an Ansehen. Doch wird die Gruppe der Alten noch als homogene Gruppe beschrieben.³⁰

Wie viel Achtung brachten die Jüngeren gegenüber den Älteren in der (europäischen) Vergangenheit tatsächlich entgegen? „Mächtigen, Eigentum besitzenden Elternfiguren, die alt geworden waren, wurde in der Regel Achtung bezeugt und gehorcht, armen, schwachen, gebrechlichen, abhängigen Personen jedoch nicht.“³¹

2.3 Von der Altersmedizin zur Gerontologie - Altern in der wissenschaftlichen Betrachtung

In den Schriften des Hippokrates finden sich bereits Hinweise auf die Besonderheiten und Häufigkeit altersbedingter Krankheiten. Neben Hippokrates gab es den Arzt Galen im 2. Jahrhundert nach Christus, dessen Schriften sich sehr speziell mit altersbedingten Erkrankungen beschäftigten.³² In der griechischen Antike wurde Altern allgemein in Verbindung mit Krankheit betrachtet bzw. selbst als Krankheit bezeichnet. Hippokrates betrachtete den altersbedingten Abbau dabei nicht als göttliche Strafe, sondern als natürlichen Prozess, der durch die Lebensweise des Menschen mitbestimmt wird. Ernährung, Psyche und Umwelt waren wichtige Faktoren, die das Altern beeinflusste.³³ Galen „erfand“ sozusagen die besondere medizinische Altersversorgung.³⁴ Die ersten Alternswissenschaftler haben ab dem 16. Jahrhundert vor allem versucht zu ergründen, wie das Altern verhindert werden kann bzw. das Leben verlängert werden kann. Etwa ab dem 19. Jahrhundert wurden auch psychologische und soziale Faktoren berücksichtigt. Die Gerontologie als Wissenschaft vom Alter bildete sich vor dem Zweiten Weltkrieg heraus. Neben den psychologischen und medizinischen Aspekten fand auch die Sozialwissenschaft Eingang. In der Bundesrepublik begann mit der

²⁹ Nühlen- Graab, 1990, S. 185

³⁰ Saake, 2006, S. 108 f.

³¹ Laslett, 1995, S. 191

³² Wöhrle: Der alte Mensch im Spiegel der antiken Medizin. In: Die Kultur des Alterns. S. 22 ff.

³³ Nühlen- Graab, 1990, S. 43f.

³⁴ Nühlen- Graab, 1990, S. 45

Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Gerontologie“ eine interdisziplinäre Gerontologie erst Ende der 60er Jahre.³⁵

„Als fächerübergreifende Wissenschaft vom Alter(n) versteht sich die Gerontologie. Sie hat den Anspruch, das Thema Altern, Altwerden und Altsein unter medizinischen, psychologischen, soziologischen, politologischen, rechtswissenschaftlichen, pädagogischen, sozialpolitischen, wirtschaftswissenschaftlichen, geographischen und sonstigen wissenschaftlichen Fragestellungen zu erforschen.“³⁶ „Ihr Gegenstandsbereich umfasst zum einen den Prozess des Alterns, der mit der Geburt bzw. Zeugung beginnt und mit dem Tod endet, und zum anderen den letzten Lebensabschnitt im Lebenslauf des Menschen im Unterschied zu Kindheit, Jugendzeit und Erwachsenenalter.“³⁷

Dennoch ist der Mensch ein komplexes Wesen, die Teilbereiche der Gerontologie müssen den ganzen Menschen im Blick haben, Veränderungen in dem einen Bereich beeinflussen alle anderen Bereiche, Krankheit ist nicht nur eine körperliche Angelegenheit, sie ist eng verbunden mit psychischen und sozialen Prozessen.³⁸

Ziele der Gerontologie:

- „ein menschenwürdiges Leben“ zu dem auch „menschenwürdiges Sterben“ gehört;
- „die qualitative Verbesserung des Lebens im Alter.“;
- „die Freiheit und Selbstbestimmung des Menschen im Alter zu gewährleisten.“³⁹

„Somit sollte in der Gerontologie unter Altern die Veränderungen und Prozesse im menschlichen Leben verstanden werden, die relevant sind für das Alter.“⁴⁰ Die Geriatrie als Teilbereich der Gerontologie beschäftigt sich mit der Vorbeugung und Behandlung

³⁵ Nühlen- Graab, 1990, S. 43ff.

³⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 17

³⁷ Nühlen- Graab, 1990, S. 19

³⁸ Nühlen- Graab, 1990, S. 37

³⁹ Nühlen- Graab, 1990, S. 38

⁴⁰ Nühlen- Graab, 1990, S. 21

altersbedingter Krankheiten.⁴¹ Die Gerontopsychiatrie als Spezialgebiet der Psychiatrie befasst sich mit den psychischen Erkrankungen im Alter, z. B. Demenzerkrankungen und Depressionen.⁴²

2.4 Klassische Alternstheorien

Das Bild vom Altern in der wissenschaftlichen Diskussion unserer Gegenwart ist keineswegs mehr einheitlich. So gesellten sich zu den Defizit- und Disengagementtheorien eines passiven und hilfebedürftigen Alten auch Aktivitätstheorien, die ein Bild vom aktiven und konsumfreudigen Rentner zeichneten.⁴³

a) Defizit- Modell:

Der durch biologische Alternstheorien angenommene „Abbau wichtiger Funktionen“⁴⁴ im Alter lag in der Frühperiode psychologischer Untersuchungen zugrunde und ist Ausgangspunkt der Defizittheorien des Alterns.⁴⁵ Unterstützt wurde dies durch die sogenannte WECHSLER- Skala, mit der eine Abnahme der Intelligenz, genauer: Leistungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit, geistigen Wendungsfähigkeit und Umstellungsfähigkeit, des abstrakt- logischen Denkens, der psychomotorischen Geschwindigkeit und Kombinationsfähigkeit etwa ab dem 40. Lebensjahr festgestellt wurde.⁴⁶ Dies hat eine Vielzahl von Untersuchungen nach sich gezogen, die biologische, soziale, ökonomische und andere Erklärungen lieferten.⁴⁷ Dem „Nachlassen emotionaler, geistiger und körperlicher Fähigkeiten“⁴⁸ – kann jedoch durch Hilfsmittel und Unterstützung begegnet werden.⁴⁹

b) Disengagement – Theorie:

Die Disengagementtheorie geht auf Cumming & Henry zurück. Sie geht von der Behauptung aus, dass sich der alte Mensch selbst zurückzieht, weil die teilweise soziale Isolation bzw. eine Reduzierung seiner Kontakte (und der damit verbundenen Verpflichtungen) ihn zufrieden stellt. Cumming & Henry meinen, die Vorbereitung auf das Sterben und den Tod

⁴¹ DTV- Lexikon, Bd. 6, S. 294

⁴² Definition der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. http://www.dggpp.de/documents/gp_begr.pdf (20.01.2010)

⁴³ Prah/ Schroeter, 1996, S. 84ff.

⁴⁴ Lehr, 2003, S. 47

⁴⁵ Lehr, 2003, S. 47

⁴⁶ Wechsler, D.: The measurement of adult intelligence. Baltimore: Williams & Wilkins, 1944. In: Lehr, 2003, S. 50f.

⁴⁷ Lehr, 2003, S. 52

⁴⁸ Prah/ Schroeter, 1996, S. 278

⁴⁹ Prah/ Schroeter, 1996, S. 279

stehen im Widerspruch dazu, aktiv zu sein und soziale Kontakte zu pflegen. Wer noch aktiv ist und sehr in die Gesellschaft eingebunden, beschäftigt sich nicht mit dem bevorstehenden Ende des Daseins. Die Reduzierung der Aktivitäten und sozialen Kontakte bedeuteten Freiheit und eine qualitative Aufwertung des Beibehaltenen. Die Disengagementtheorie ist vielfach untersucht und modifiziert worden. Sie mag nach Lehr auch für eine bestimmte Phase des Alterns anwendbar sein, z. B. für den Rückzug aus dem Erwerbsleben, aber für die gesamte Altersphase kann gegenwärtig kaum und sicher nicht für alle von stetigem Rückzug gesprochen werden.⁵⁰ Irmhild Saake kritisiert die Disengagementtheorie von Cumming und Henry, wirft ihr vor, dass sie behauptet, alte Menschen würden „sich als Sterbende von der Gesellschaft weg bewegen“⁵¹.

c) Aktivitätstheorie:

Die Aktivitätstheorie geht auf Havighurst,⁵² in Deutschland auf Tartler zurück. Höhere Lebenszufriedenheit im Alter wird erreicht, wenn bisherige Erwerbsarbeit durch andere Aktivitäten, wenn verlorene Sozialbeziehungen durch andere Kontakte ersetzt wurden. Die mit dem Verlust von Aktivitäten und sozialen Beziehungen einhergehenden Krisen sollten nach Tartler durch aktive Altenarbeit kompensiert werden.⁵³ Ersatz für Aktivitäten, in erster Linie Berufstätigkeit und Ersatz für soziale Kontakte (Arbeitskollegen, Freunde, Familie) zu finden, steigert die Lebenszufriedenheit. Untersuchungen zeigten, dass insbesondere die sozialen Kontakte zu engen Bindungspersonen (Freunde, Verwandte, Nachbarn) zur Steigerung der Lebenszufriedenheit beitragen – in einer Studie von Longino⁵⁴ u. a. wurde dies als „formelle Aktivität“ bezeichnet. Die „einsame Aktivität“ hingegen, wie z. B. die Ausübung eines Hobbys ohne die Beteiligung anderer, weniger zur Lebenszufriedenheit beiträgt. Lehr kritisiert jedoch, dass nicht allen Menschen Möglichkeiten offen stehen, soziale Kontakte zu Bezugspersonen dauerhaft zur Verfügung stehen.⁵⁵ Tartler fordert eine Flexibilisierung der Altersgrenzen für die Beendigung der beruflichen Laufbahn.⁵⁶ Irene Woll- Schumacher sieht darin jedoch die Gefahr, dass altersbedingte unvorhergesehene Ausfälle, die Stabilität der Gesellschaft beeinträchtigen. Sie sieht die Notwendigkeit, alte

⁵⁰ Cumming, E. & Henry, W. E.: Growing old –the process of disengagement. New York: Basic Books Inc., 1961. In: Lehr, 2003, S. 59

⁵¹ Saake, 2006, S. 15

⁵² Lehr, 2003, S. 57, Nach: Havighurst, 1964

⁵³ Prah/ Schroeter, 1996, S. 280, Nach: Tartler, R., 1961

⁵⁴ Lehr, 2003, S. 58, Nach: Longino u. a., 1982

⁵⁵ Lehr, 2003, S. 58 ff.

⁵⁶ Saake, 2006, S. 56ff., Nach: Tartler, 1961

Menschen zu desozialisieren und zu desintegrieren, um den Jüngeren das Feld zu überlassen.⁵⁷

Ursula Lehr hat in der BOLSA⁵⁸ – Analyse herausgefunden, dass Disengagement und Aktivität je nach individuellen Gegebenheiten (Rolle, Situation, Persönlichkeit) zutrafen. Sie zeigten, dass Menschen, deren Leben schon vor Beginn der Altersphase aktiver war (höhere Intelligenz, vielfältige Interessen, gesundheitlich wenig beeinträchtigt) im familiären Rückzug höhere Zufriedenheit angaben, bei außerfamiliären Rollen jedoch an der aktiven Pflege zufriedener waren. Personen, die weniger intelligent waren, weniger Interessen hatten und gesundheitliche Beeinträchtigungen, war es umgekehrt.⁵⁹

d) Kontinuitätstheorie:

Lehr bezeichnet sie als kognitive Theorie, tatsächlich stammt jedoch von einem Soziologen (Atchley). Sie bezeichnet „die Erhaltung innerer und äußerer Strukturen (als) sichersten Weg“ das Altern „zu meistern“.⁶⁰ „Wichtig ist, dass sowohl innere wie äußere Kontinuität nur dann besteht, wenn Strukturen, Beziehungen und Ereignisse als kontinuierlich wahrgenommen werden.“⁶¹ Innere (z. B. der Verlust von Fähigkeiten durch gesundheitliche Beeinträchtigungen) und äußere (z. B. Veränderung des Umfelds, sei es durch Verlust von Bezugspersonen oder z. B. Umzug auch in ein Pflegeheim) Veränderungen müssen angepasst werden. Lehr nennt dies „die Kognition der Bewahrung der eigenen Identität über die innere und äußere Veränderung hinweg.“⁶²

e) SOK- Modell:

Das SOK – Modell vom erfolgreichen Altern ist ein entwicklungspsychologisches Modell des Alterns von Paul Baltes⁶³ und bedeutet **selektive Optimierung und Kompensation**. Selektion meint zunächst, Prioritäten zu setzen. „Je nach biologischen und sozialen Ressourcen, nach Motivation, Interessen und Fähigkeiten wird das Individuum im Alter den Umfang seiner Aktivitäten einschränken“⁶⁴ – der alternde Mensch wird sich auf bestimmte Lebensbereiche konzentrieren und seine Handlungen dementsprechend spezialisieren. Dies

⁵⁷ Saake, S. 61ff., Nach: Woll- Schumacher, 1980

⁵⁸ BOLSA: Bonner Gerontologische Längsschnittstudie über den Alterungsprozess, 1965 bis 1981

⁵⁹ Lehr, 2003; S. 64

⁶⁰ Lehr, 2003; S. 64

⁶¹ Lehr, 2003; S. 65

⁶² Lehr, 2003; S. 65

⁶³ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 258 ff., Nach Baltes/ Baltes, 1989

⁶⁴ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 268

macht es möglich, in den ausgewählten Lebensbereichen die angestrebte Lebensqualität zu erreichen und zu erhalten. Es ist jedoch erforderlich, die im Laufe des Alters eintretenden Funktionsverluste anzupassen, zu kompensieren.⁶⁵ Lehr kritisiert diese These, da sie sich, ihrer Meinung nach, von einem negativen Altersbild leiten lässt und die subjektiven Kriterien von Lebenszufriedenheit gegenüber objektiven Maßstäben abwertet.⁶⁶

f) Kognitive Theorie:

Diese von Hans Thoma (1970) postulierte Theorie orientiert sich an der subjektiven Wahrnehmung einer Situation und macht sie abhängig von den individuellen Bedürfnissen eines alternden Menschen. Sie besteht im Wesentlichen aus 3 Grundannahmen:

1. Das Verhalten eines Menschen ist von der subjektiven Wahrnehmung eines Menschen eher bestimmt als von der „objektiven Qualität einer Situation“⁶⁷
2. Die Wahrnehmung einer Veränderung hängt von den Bedürfnissen des Individuums ab.
3. Das Gleichgewicht zwischen subjektivem Erleben und individuellen Bedürfnissen führt zur erfolgreichen Anpassung an das Alter.⁶⁸

2.5 Psychologische Aspekte des Alterns

Die Beschreibung des Alterns als determiniertes Schicksal geht auf Ursula Lehr zurück. In der Bonner Längsschnittstudie des Alters (BOLSA) wurden zu verschiedenen Messzeitpunkten psychologische und medizinische Untersuchungen vorgenommen. In dieser Studie konnte ein Wechselspiel zwischen endogenen (genetischen) und exogenen (umweltbedingten) Faktoren festgestellt werden die den Altersprozess bewirken und die Lebenslage alter Menschen bestimmen.

- Die Vergangenheit: Summe aller Erfahrungen und Erlebnisse wie individueller Lebensstil, die persönliche Lebensgeschichte usw.
- Die Gegenwart: die momentane Lebenssituation Einkommen, Wohnen, Konsum, Freizeit, Gesundheit usw.

⁶⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 268; vgl. auch Lehr, 2003, S. 65

⁶⁶ Lehr, 2003, S. 66

⁶⁷ Lehr, 2003, S. 69

⁶⁸ Lehr, 2003, S. 70; vgl. auch Lamprecht, 2006, S. 51

- Die Zukunft: Hoffnungen, Wünsche, Ziele, Erwartungen usw.

Folgende Faktoren sind demnach für das Alter bedeutsam:

- das biologische Schicksal (körperliche/ genetische Ausstattung, die Gesundheit, Krankheit, Langlebigkeit usw. beeinflusst
- das soziale Schicksal (Altersbild, Rollenerwartungen, Sozialisation)
- das epochale Schicksal (zeitgeschichtliche Erlebnisse und Erfahrungen, die in Form von Normen und persönlichen Einstellungen verinnerlicht werden und zur Orientierung dienen)
- das finanzielle Schicksal (verfügbares Einkommen und davon abhängiger Lebensstandard im Alter)
- das ökologische Schicksal (Wohnung, Umgebung)⁶⁹

a) Intelligenz im Alter:

Die Wechsler- Skala (siehe Abschnitt 2.4.) führte zur Erkenntnis, dass „unterschiedliche Funktionen und Fähigkeiten sich im Laufe des Lebens sich in unterschiedlicher Weise verändern.“⁷⁰ Während diese ein Nachlassen der Intelligenz im höheren Lebensalter feststellte, wiesen nachfolgende Untersuchungen, die sich auf das Zusammenspiel bestimmter Faktoren von Intelligenz konzentrierten keine signifikanten Verringerungen nach. Auch genetische Faktoren wurden untersucht, mit dem Ergebnis, dass diese eine eher untergeordnete Rolle spielten, ebenso wie geschlechtsspezifische Unterschiede. Einen erheblichen Einfluss auf die Intelligenz im Alter haben jedoch die Schulbildung und der soziale Status der Betroffenen, was in zahlreichen Studien, auch mit Heimbewohnern untersucht wurde. Je höher die Bildung bzw. der eng damit verbundene soziale Status waren, desto höher waren und blieben die intellektuellen Leistungen selbst unter Altenheimbewohnern. Auch der gesundheitliche Zustand übt Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten im Alter aus, hervorzuheben sind hier insbesondere psychische Störungen, wie Depressionen und Demenzerkrankungen.⁷¹ Durch bestimmte Trainingsmaßnahmen konnte einem Abbau kognitiver Leistungsfähigkeit entgegengewirkt werden, z. B. durch Ergotherapie und kognitives Kompetenztraining bei demenzkranken Menschen.⁷²

⁶⁹ Nühlen- Graab, 1990, S. 71f., Nach: Lehr, 1979

⁷⁰ Lehr, 2003, S. 79

⁷¹ Lehr, 2003, S. 79ff.

⁷² Lehr, 2003, S. 95

b) Gedächtnisleistungen im Alter:

Sie sind zusammengefasst weniger abhängig vom Alter. Ältere Menschen lernen nur anders, ihre Gedächtnisfunktion bestimmt sich nach „einer Reihe von somatischen, sozialen, psychischen, pädagogischen und biographischen Faktoren.“⁷³ Lehr nennt hier u. a. die Lebensumstände, die Umgebung, die verwendeten Strategien, die eigene Überzeugung von der Funktion des Gedächtnisses, das Vorhandensein speziellen Wissens („Expertenwissen“)⁷⁴, die Motivation und emotionale Situation.⁷⁵ Das psychologisch bestimmte Gedächtnistraining versucht, Alternsprozesse zu untersuchen und zu beeinflussen und hat gezeigt, dass Interventionen durchaus dazu beitragen können, Anpassungsleistungen an diese Lebensphase positiv zu verändern.⁷⁶

c) Psychomotorische Fähigkeiten:

Darunter versteht man „jene erworbenen Verhaltensmuster von völlig aufeinander abgestimmten koordinierten willentlichen Bewegungen, die auf eine bestimmte Situation bzw. auf einen bestimmten Stimulus hin erfolgen“.⁷⁷ Bei Untersuchungen zur Reaktionszeit zeigte sich, dass ältere Menschen keinesfalls langsamer reagieren. Sie benötigen u. U. mehr Zeit, um sich einen Überblick über die Situation zu verschaffen, reagierten jedoch mit gleicher Geschwindigkeit wie jüngere Personen. Inwiefern das Zusammenspiel von Wahrnehmung und Bewegung oder die Qualität der Reaktion altersspezifisch zu beurteilen sei, bleibt offen. Untersuchungen insbesondere zum Verhalten im Straßenverkehr und zum Fahrverhalten älterer Autofahrer führten zutage, dass weniger die verlängerten Reaktionszeiten Auswirkungen auf das Fahrverhalten hatten als erhöhte Ängstlichkeit und mangelndes Selbstvertrauen, sie zeigten, dass auch Faktoren wie Gesundheitszustand, sozialer Status, Training und Persönlichkeit eine Rolle spielten.⁷⁸ Als wichtige Komponente genannt sei hier regelmäßiges aktives körperliches Training. Lehr zitiert Meusel, der unterstellt, dass Altern nur Folge mangelnden Trainings sei, dem mit sportlicher Aktivität entgegengewirkt werden könne.⁷⁹

e) Persönlichkeit und Alter:

⁷³ Lehr, 2003, S. 95

⁷⁴ Lehr, 2003, S. 101

⁷⁵ Lehr, 2003, S. 96ff.

⁷⁶ Lehr, 2003, S. 107

⁷⁷ Lehr, 2003, S. 107

⁷⁸ Lehr, 2003, S. 109ff.

⁷⁹ Lehr, 2003, S.119, Nach: Lehr, 1979

Zu den Persönlichkeitsfaktoren, die für das Altern bedeutsam sind, nennt Lehr Faktoren, wie Aktivität, Stimmung, Offenheit, subjektives Wohlbefinden. Die von ihr aufgeführten Untersuchungen zeigen außer beim Faktor Stimmung, dass sich die Persönlichkeitsmerkmale mit dem Alter eher wenig verändern. Selbst das subjektive Wohlbefinden verändert sich kaum mit dem Alter.⁸⁰ „Älterwerden heißt, mit Veränderungen und Einschnitten in der eigenen Lebensgeschichte, mit neuen Problemen konfrontiert zu werden und mit Umstellungen fertig zu werden.“⁸¹ Die eigenen Überzeugungen bestimmen mit, wie wir Lebenskrisen meistern, welchen Einfluss wir auf unser Schicksal haben und wie bzw. ob wir Veränderungen positiv oder negativ meistern, ob wir selbst die Situation kontrollieren oder uns von der Unveränderbarkeit der Situation überwältigen lassen. Das Selbstbild, das ein Mensch ins höhere Alter mitbringt beeinflusst Stärke oder Schwäche, Selbständigkeit oder Abhängigkeit im Alter.⁸² Die emotionale Entwicklung im Alter mag negativer sein als bei jüngeren Erwachsenen. Dies geht jedoch u. U. einher mit dem Gefühl von Isolation und Einsamkeit. Die Persönlichkeit im Alter ist weiterhin geprägt von Kontinuität und Veränderungen unserer Bedürfnisse und Motivationen, von dem Ernährungsverhalten, sexuellen Wünschen und Erleben, dem Streben nach Macht und Selbstverwirklichung, den Interessen.⁸³

f) Einsamkeit und Isolation im Alter:

Lehr unterscheidet nach Tunstall die Begriffe. Während Isolation eher die objektiven sozialen Kontakte meint, ist Einsamkeit eher das erlebte Gefühl. Wer über Einsamkeit klagt, ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der sozialen Kontakte, über seine Erwartungshaltungen enttäuscht worden.⁸⁴ Auch die (anerzogene) Funktion von Abhängigkeit hält sie für problematisch. Wenn Abhängigkeit besonders in der Eltern- Kind- Beziehung oft belohnt wurde, wird im Alter eine plötzlich geforderte Unabhängigkeit nicht umgesetzt werden können, nicht selten werde das Bedürfnis nach Abhängigkeit mit Alterskrankheiten kompensiert, die dann die Hilfebedürftigkeit tatsächlich herbeiführt oder verstärkt. Die Maßnahmen, das Alter erfolgreich(er) zu gestalten sollten daher weniger auf soziale Maßnahmen als auf kognitive Unterstützung nach den bestehenden Fähigkeiten der Person gerichtet sein. Einsamkeit wird je nach Persönlichkeit und weniger nach den sozialen Faktoren erlebt.⁸⁵

⁸⁰ Lehr, 2003, S. 131ff.

⁸¹ Lehr, 2003, S. 142f.

⁸² Lehr, 2003, S. 142ff.

⁸³ Lehr, 2003, S. 160ff.

⁸⁴ Lehr, 2003, S. 292, Nach: Tunstall, 1966

⁸⁵ Lehr, 2003, S. 292

2.6 Soziologische Alternstheorien

Kennzeichnend für Hochkulturen war, dass der Versuch unternommen wurde, unterschiedliche Altersphasen zu benennen und zu vergleichen. „Sie weisen dem Alter einen Ort zu, begründen seine Auffälligkeit und normalisieren den Unterschied zu anderen Altersstufen.“⁸⁶

a) Strukturfunktionalismus:

Die von Talcott Parsons mitbegründete Theorie über die Bestandserhaltung einer Gesellschaft durch ihre Strukturen und Funktionen, bot für die von der Altersforschung aufgeworfene Problematik der gesellschaftlichen Integration alter Menschen erste Erklärungen.⁸⁷ Parsons meinte, die Problematik des Alterns kläre sich mit dem gesellschaftlichen Wandel. So habe das Alter Fähigkeiten, die zukünftig von größerem Wert sein würden, aber gegenwärtig gesellschaftlich noch nicht abgerufen werden können.⁸⁸ Eisenstadt betrachtet das Alter als die höchste menschliche Entwicklungsstufe und ordnet dem Alter die Aufgabe zu, Wissen bzw. Traditionen zu vermitteln.⁸⁹ Nach Helmut Schelsky sollte die Freiheit des Einzelnen im Alter ermöglichen, seine „Bedürfnisse nach Sinnfindung zu berücksichtigen“.⁹⁰

b) Soziologische Theorien der Generationen und Kohorten:

Im Zuge der Industrialisierung, in der überwiegend die Jugend in die Städte abwandert, gewinnen die Altersgruppen an Bedeutung. Durkheim und Simmel analysieren im 19. Jahrhunderts das Verhältnis der Generationen und stellen fest, dass sich die Lebensumstände und Interessen von Alten und Jungen gegenüberstehen, die Lebensläufe sich individualisieren. Eisenstadt zeigt, dass die verschiedenen Altersgruppen gesellschaftlich zu Stabilität und Kontinuität beitragen. Mannheim fügte in den 20er Jahren des 20. Jahrhunderts die zeitgeschichtlichen Gemeinsamkeiten einer Altersgruppe als gesellschaftliches Merkmal seiner Generationentheorie hinzu. Faktoren wie Einkommen, Umwelt (bzw. Wohnen) und Gesundheit wurden ab Ende der 60er Jahre z. B. von Rosenmayr ergänzt. Der

⁸⁶ Saake, 2006, S. 107

⁸⁷ Saake, 2006, S. 27f., Nach: Parsons, 1945

⁸⁸ Saake, 2006, S. 41ff., Nach: Parsons, 1964

⁸⁹ Saake, 2006, S. 43ff., Nach: Eisenstadt, 1966

⁹⁰ Saake, 2006, S. 54, Nach: Schelsky, 1963

Kohortenansatz, dessen Ausgangspunkt das Lebensalter ist, rückt die Bedeutung von Lebensalter und Lebenslauf in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Strukturen.⁹¹

c) Interaktionistische Theorien:

„Gesellschaftliche Realität wird (...) durch handelnde Individuen erzeugt, nicht durch Anpassung an vorgegebene Rollen.“⁹² Die Gesellschaft drängt die Alten an den Rand. Negative, am Defizitmodell orientierte, Altersbilder beeinflussen Lebensbedingungen und Befinden alter Menschen, werden zum Stigma. Das Bild des unterstützungsbedürftigen alten Menschen wird ohne Berücksichtigung der materiellen und sozialen Ressourcen gezeichnet. Die Subkulturtheorie u. a. von Rose baut auf die gesellschaftliche Isolation älterer Menschen, die einerseits zu deren Emanzipation beiträgt und zur Stärkung des Selbstbewusstseins führt, andererseits die Gefahr der Marginalisierung und fortschreitender Diskriminierung birgt.⁹³

d) Austauschtheorie:

Diese u. a. auf Rosenmayr zurückgehende Theorie betont den Austausch von unterschiedlich vorhandenen Ressourcen zwischen den Generationen und ist stark ökonomisch geprägt. So erreichen die Älteren durch ihre steigenden materiellen und immateriellen Mittel auch immer mehr Macht, ohne gesellschaftlichen Verpflichtungen zu unterliegen. Dies könnte das Spannungsverhältnis zwischen den Generationen erklären. Die Bewertung des Alters fällt positiver aus, wenn sich ältere Menschen innerhalb der Familie z. B. als Großeltern engagieren oder Ehrenämter übernehmen und die Belastung der Jüngeren z. B. bei der Pflege und Betreuung der Alten geringer ist.⁹⁴

e) Theorie der Lebensphasen und des Lebenslaufes:

Die griechische Antike teilte den menschlichen Lebenslauf in eine Wachstumsphase (Kindheit), eine körperliche und geistige Blütezeit (Erwachsenenalter) und eine Phase des Abbaus (Greisenalter).⁹⁵ Auch aus der römischen Antike und dem Mittelalter sind Einteilungen in unterschiedliche Altersstufen mit verschiedenen Merkmalen und Rollenzuweisungen bekannt. Ausgehend von der Erkenntnis, dass Altern nicht einheitlich verläuft, befasst sich dieser Ansatz mit den unterschiedlichen Lebensphasen und

⁹¹ Backes, 1997, S. 85ff., Nach: Durkheim, 1977/ 1893, Eisenstadt, 1966/ 1956, Mannheim, 1928, Rosenmayr, 1976

⁹² Backes, 1997, S. 88

⁹³ Backes, 1997, S. 88f., Nach: Rose, 1962

⁹⁴ Backes, 1997 S. 89ff., Nach: Rosenmayr, 1976

⁹⁵ Nühlen- Graab, 1990, S. 21

Lebenskrisen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens passiert und welche Auswirkungen diese auf das Alter haben. Die Lebensphasen unterscheiden sich beispielsweise voneinander durch unterschiedliche Rollenerwartungen und Identitätskonzepte, dabei weisen verschiedenen Personen, die die gleiche Lebensphase durchlaufen gleiche soziale Merkmale auf. Kohli entwickelte die Idee der „Institutionalisierung des Lebenslaufes“. Ausgangspunkt von Kohlis Theorie ist die Arbeitsgesellschaft, die den Lebenslauf eines Menschen in drei Teile strukturiert. Der Ruhestand als dritter Teil des Lebenslaufes steht daher für den Ausschluss alter Menschen aus dem gesellschaftlichen Leben, deren Bedeutung sich über Erwerbstätigkeit definiert.⁹⁶ Alter ist an den Beginn der Ruhestandphase geknüpft. Dies ist gesellschaftlich normiert (z. B. durch die Sozialpolitik), ohne zu hinterfragen, ob die Betroffenen tatsächlich nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen können oder wollen. Somit wird das Alter zur „gesellschaftlichen Konstruktion“.⁹⁷ Die Lebenslage im Alter hängt stark mit der Stellung in der Phase der Erwerbsarbeit ab. Backes gelangt zu der Erkenntnis: „Je ‚weiter‘ sich Alter von Erwerbsarbeit entfernt, desto bedrohlicher kann dies für eine Gesellschaft werden bzw. sein, die sich primär über Erwerbsarbeit definiert und ihre normative, legitimatorische und sozialstaatliche Grundlage hieraus bezieht.“⁹⁸ Alter hat eine Eigendynamik entwickelt, die diese „gesellschaftliche Konstruktion“ in Frage stellen kann.⁹⁹

f) Strukturwandel des Alters nach Tews:

Der von Tews beschriebene „Strukturwandels des Alters“¹⁰⁰ „konzentriert sich auf Veränderungen des Alter(n)s und deren Auswirkungen auf die Lebenssituation im Alter.“¹⁰¹

Er formuliert fünf Konzepte:

1. „Verjüngung“ des Alters
2. „Entberuflichung“
3. „Feminisierung“
4. „Singularisierung“
5. „Hochaltrigkeit“.¹⁰²

⁹⁶ Saake, 2006, S. 198ff., Nach: Kohli, 1990 u. 1993

⁹⁷ Backes, 1997, S. 93, Nach: Kohli, 1992

⁹⁸ Backes, 1997, S. 94

⁹⁹ Backes, 1997, S. 95

¹⁰⁰ Backes, 1997, S. 98, Nach: Tews, 1987

¹⁰¹ Backes, 1997, S. 99

¹⁰² Backes, 1997, S. 99

Der Strukturwandel des Alters ist gekennzeichnet durch die „Ausdehnung und Differenzierung der Lebensspanne, die als Alter bezeichnet wird (...) und der Lebenssituation im sogen. Alter.“¹⁰³ Zu den Alten gehören z. B. „die 55jährigen Vorruehstandler mit ihren nachberuflichen Tätigkeiten, die 60jahrigen aktiven reisenden Großeltern, ... die 97jahrigen pflegebedürftigen alleinlebenden Frauen oder HeimbewohnerInnen oder die 70jahrigen noch berufstätigen Selbständigen.“¹⁰⁴

g) weitere Theorien:

Das Konzept der Lebenslage „als Theorie sozialer Ungleichheit“¹⁰⁵ analysiert materielle und immaterielle Faktoren, objektive und subjektive Bedingungen des Alterns. Lebenslagen sind „multidimensionale Gefüge materieller und immaterieller, objektiver und subjektiver Dimensionen.“¹⁰⁶ Zentriert auf das Einkommen der Betroffenen erweitert es die Perspektive auf Merkmale wie soziale Integration, Gesundheit, Wohnqualität und Wohlbefinden alter Menschen.¹⁰⁷ Das Konzept vom Alter(n) als sozialem Problem setzt sich mit den unterschiedlichen Voraussetzungen für die Lebenslage im Alter auseinander. Soziale Benachteiligung in vorangegangenen Lebensphasen führt auch zu sozialer Benachteiligung im Alter. Backes kritisiert, dass die gesellschaftlichen Bedingungen, die zu sozialen Problemlagen führen dabei kaum analysiert wurden.¹⁰⁸ Die „Politische Ökonomie des Alter(n)s“ beschäftigt sich mit der „sozialen Konstruktion des Alterns“ und sieht dies als Lebensphase, in der die Abhängigkeit z. B. von staatlichen Institutionen höher ist als in der vorangegangenen Phase der Erwerbstätigkeit.¹⁰⁹

2.7 Altern als soziales Problem - gesellschaftliche und strukturelle Veränderungen

2.7.1 Altern und Gesellschaft

Das Alter wird als Lebensphase sozialwissenschaftlich erst interessant durch die gesellschaftlichen Veränderungen, die die Industriegesellschaft durch Arbeitsteilung und Sozialpolitik angestoßen hat.¹¹⁰ Die Bismarckschen Sozialgesetze haben zwar die Gruppe der

¹⁰³ Backes, 1997, S. 263

¹⁰⁴ Backes, 1997, S. 264

¹⁰⁵ Backes, 1997, S. 96

¹⁰⁶ Schroeter, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 37f.

¹⁰⁷ Backes, 1997, S. 96 f.

¹⁰⁸ Backes, 1997, S. 97

¹⁰⁹ Backes, 1997, S. 98

¹¹⁰ Backes, 1997, S. 65

Alten institutionalisiert, im Gegensatz zum Ende des 19. Jahrhunderts nimmt diese Gruppe aber gegenwärtig einen viel größeren Platz ein und ist zu einer gesellschaftlichen Gruppe „mit eigenem Wertesystem“¹¹¹ geworden. Die gesellschaftliche Altersproblematik entsteht, „wenn die gesellschaftlichen Umgangsweisen mit der sozialen Altersproblematik an ihre Grenzen stoßen.“¹¹² „Während die Moderne die Lebensphase Alter als konstitutives Element der Gesellschaft im Rahmen der Institutionalisierung des Lebenslaufes hervorgebracht hat, wird nun das Altern der Gesellschaft selbst zu einem Teil des gesellschaftlichen Modernisierungsprozesses.“¹¹³

Mit der Differenzierung des Alters als eigenständige Lebensphase in der Medizin begann auch die Differenzierung der Pflege und Betreuung alter Menschen von der Armen- und Krankenfürsorge. Die Pflege alter Menschen wurde in Form von Altersheimen institutionalisiert.¹¹⁴ Auch wenn dies den Hilfebedürftigen tatsächlich notwendige Unterstützung verschaffte, wurde das Alter als Lebensphase eher negativ geprägt. „Sozialreformer, Sozialwissenschaftler (...), vor allem aber Mediziner und die Vertreter der neu entstandenen Sozialberufe trugen zur Verbreitung von Stereotypen bei, die alte Menschen als krank, arm, bedürfnislos und unfähig zur eigenen Lebensgestaltung charakterisierten.“¹¹⁵ Alterstheorien wie die Defizittheorie oder die Disengagementtheorien spiegeln dies wider.

„In demographischer Perspektive ist der im 19. Jahrhundert einsetzende Modernisierungsprozess ein Übergang von einem Muster der Zufälligkeit der Lebensereignisse zu einem des vorhersehbaren des Lebenslaufs.“¹¹⁶ Dies hat zu einer Institutionalisierung des Lebenslaufes geführt, zu einer Dreiteilung und zur Herausbildung des Alters als Lebensphase. Die Beziehungen zwischen den Generationen haben sich verändert, die familiären Strukturen gewandelt.¹¹⁷ Institutionalisierung des Lebenslaufes bedeutet, dass ein „grundlegende(s) Regelsystem (...) die Beziehungen der einzelnen Individuen zur Gesellschaft und damit ihre Positionen und Rollen in der Gesellschaft bestimmt.“¹¹⁸

¹¹¹ Backes, 1997, S. 65

¹¹² Backes, 1997, S. 68

¹¹³ Schimany, 2003, S. 21

¹¹⁴ Schimany, 2003, S. 322

¹¹⁵ Schimany, 2003, S. 322

¹¹⁶ Schimany, 2003, S. 304

¹¹⁷ Schimany, 2003, S. 305

¹¹⁸ Schimany, 2003, S. 310

Die Fremdeinschätzung anderer beeinflusst das eigene Verhalten, auch der Alten, sie tun Dinge nicht mehr, weil es sich nicht „gehört“, auch wenn sie es selbst tun möchten und könnten.¹¹⁹ Lehr zieht aus dem Sprichwort „man ist so alt, wie man sich fühlt“ die Konsequenz: „Man ist so alt, wie man sich auf Grund der Haltung der Gesellschaft oder der mitmenschlichen Umwelt einem selbst gegenüber fühlt.“¹²⁰ Diese Erwartungen beeinflussen überdies auch die Erwartungen ans Altern bei denen, die noch davor stehen.¹²¹ Dies mag auch umgekehrt gelten. Die Tatsache, dass ältere Generationen die Jugend als anders als zu ihrer Jugendzeit wahrnimmt, heißt nicht unbedingt, dass die Jugend von den Alten generell als negativ bewertet wird, nach Lehr aber doch als weniger positiv. Sie ist jedoch möglicherweise weniger eindeutig als das Bild der Alten, das die Jungen haben.¹²² Jürgen Hohmeier beschrieb das „Alter als Stigma“. Er erklärt, dass nicht das hohe Alter selbst dazu führt, marginalisiert zu werden, sondern die Gesellschaft selbst dies tut. „Eine Veränderung der Gesellschaft führt demzufolge nicht zu einer positiven Funktionsbestimmung des ‚hohen Alters‘, sondern zu einem nicht mehr über Leistungen und Repressionen bestimmten Leben von alten und jungen Menschen.“¹²³ Welchen Einfluss haben z. B. Kampagnen, die für die Akzeptanz der Pflegeversicherung werben, auf das Bild alter Menschen in der Gegenwart. Wenn diese öffentlichen Äußerungen um Verständnis und Mitleid werben und mit der Angst vor dem eigenen Altern bzw. der demographischen Zukunft, wird dies nach Lehr eher auch negative Bilder bei den jüngeren Mitgliedern der Gesellschaft produzieren, die auch auf das Selbstbild älterer zurückgeworfen werden.¹²⁴ Vorurteile wie schwach, krank und senil mögen sich zwar hartnäckig halten, dürften nach Prahl/ Schroeter jedoch an Bedeutung verlieren, da die Alten keineswegs eine Randgruppe bilden bzw. zukünftig bilden werden und mit der Differenzierung der Lebenswege und Lebensstile der Alten allerhöchstens noch die Gruppe Hochbetagter beschreiben dürften.¹²⁵

„Der Alterungsprozess wird wohl unstrittig von biologischen und psychologischen Faktoren begleitet, doch im wesentlichen ist er durch seine soziale Vermittlung gesellschaftlich bedingt. Die im Laufe der Sozialisation erworbenen Dispositionen und Kapitalien stellen dem Menschen dabei eine Verfügungsmasse zur Hand, die ihm je nach Verfügungsgewalt über sie

¹¹⁹ Lehr, 2003, S. 201

¹²⁰ Lehr, 2003, S. 202

¹²¹ Lehr, 2003, S. 202 f.

¹²² Lehr, 2003, S. 203ff.

¹²³ Saake, 2006, S. 140, Nach: Hohmeier/ Pohl, 1978

¹²⁴ Lehr, 2003, S. 200

¹²⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 243ff.

soziale Optionen eröffnet oder verschließt.“¹²⁶ Technische und medizinische Entwicklung sind Produkte gesellschaftlicher Bedingungen. Zunehmende Rationalisierung beeinflusst (ältere) Arbeitnehmer und verschiebt den Ruhestand. Erwerbstätigkeit und damit verbundene Unabhängigkeit von Frauen verändert familiäre Strukturen.¹²⁷

Die im 2. Kapitel näher beschriebene Alterung der Bevölkerung führt zu Differenzierungstendenzen innerhalb der Gruppe der Älteren:

- „Verschiebungen in Alters- und Geschlechtsstruktur“;
- „Familienstand und Haushaltsform“;
- „regionale und lokale Unterschiede“;
- unterschiedliche Voraussetzungen für die selbständige Lebensführung durch „Gesundheit, Bildung und Einkommen“¹²⁸

Die Zunahme der Hochaltrigkeit (ab 80 Jahre) und die Folgen:

- vermehrt schwerwiegende gesundheitliche Probleme;
- der Bedarf an Betreuung und Pflege steigt;
- vermehrt stationäre Betreuung
- Zunahme von Verwitwung und Alleinleben durch höhere Sterblichkeitsrate¹²⁹

Nach Laslett handelt es sich bei der Klassifizierung des Alterns als Problem um eine entwürdigende Einstufung aller Alten obwohl nur eine Minderheit von ihnen tatsächlich gebrechlich und chronisch krank ist und Unterstützung benötigt.¹³⁰ Saake bezeichnet die Veränderung des gesellschaftlichen Umgangs mit dem Alter als „Emanzipation der alten Menschen von der Rolle des Alters“¹³¹ und meint auch, dass die Definition Alter gleich Ruhestand („Schonung“¹³²) den Alten eher im Wege steht. Sie kritisiert die Altersforschung

¹²⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 242

¹²⁷ Lehr, 2003, S. 197

¹²⁸ Schimany, 2003, S. 269

¹²⁹ Schimany, 2003, S. 273

¹³⁰ Laslett, 1995, S. 33

¹³¹ Saake, 2006, S. 9

¹³² Saake, 2006, S. 9

insgesamt, weil sie helfen will und damit die Alten erst zu Hilfebedürftigen macht.¹³³ „Die Kategorie Alter ist explizit dafür gemacht, eine Bevölkerungsgruppe mit einem Schonraum auszustatten, der sie außerhalb der Gesellschaft platziert.“¹³⁴ Sie macht sie damit zu einer gesellschaftlichen Last, die eine Diskriminierung geradezu herausfordert. Diese Diskriminierung trifft nach Ansicht von Tom Kitwood, Menschen mit Demenz am härtesten.¹³⁵

2.7.2 Altern und Familie - Der Mythos von der Großfamilie

Das familiäre Altersbild wird vorrangig keineswegs durch die Stellung innerhalb der Familie (Vater, Mutter, Sohn, Tochter) geprägt, sondern vor allem durch Abhängigkeit und Hilfebedürftigkeit.¹³⁶ Die von der Politik noch immer häufig zitierte Großfamilie, die in der Vergangenheit die Versorgung der Alten auffangen konnte, scheint von der Familienforschung nicht bestätigt zu werden. Laslett stellte fest, dass sich im vorindustriellen England etwa der gleiche Prozentsatz alter Menschen in institutioneller Pflege befand wie Mitte der 90er Jahre.¹³⁷ In der Vergangenheit erreichte eine relativ kleine Zahl ein Alter, in dem die körperliche Verfassung es nicht mehr erlaubte, für den eigenen Unterhalt zu sorgen. Die Alten wurden aber keineswegs immer von ihren Kindern versorgt, die sowohl im ländlichen als auch im städtischen Bereich arbeiten gehen mussten, sondern häufig von anderen Verwandten oder Gesinde. Wer keine Aussicht auf eine Aussteuer oder ein Erbe hatte, blieb oft unverheiratet und kinderlos, so dass es gar keine Nachkommen gab, die die Versorgung der Alten übernehmen konnte. Mit den Veränderungen der Arbeitswelt im Zuge der Industrialisierung zeichnete sich, zunächst im Bürgertum, auch eine Veränderung der familiären Strukturen ab. Die Versorgung der Alten wurde ökonomisch berechenbar und konnte neben Klöstern, Spitälern und Heimen auch in der Familie aufgefangen werden. Mit Herauskristallisieren der Kindheit als wichtige Phase des Lernens und der Bildung gewann auch die Struktur der Kernfamilie an Bedeutung. Doch für die Arbeiterschaft begann erst mit der Schaffung sozialer Sicherungssysteme auch die gesicherte Versorgung im Alter an Bedeutung zu gewinnen.¹³⁸ Die Verbesserung sozialer und ökonomischer Bedingungen und der Wegfall institutioneller Beschränkungen der Heirat führte im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts dazu, dass das Heiratsalter sank und damit auch das Alter der Mütter, die das

¹³³ Saake, 2006, S. 20 f.

¹³⁴ Saake, 2006, S. 22

¹³⁵ Kitwood, 2002, S. 32

¹³⁶ Saake, 2006, S. 156

¹³⁷ Laslett, 1995, S. 187

¹³⁸ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 45 ff., vgl. auch Laslett, 1995, S. 159 ff. u. Schimany, 2003, S.167 ff.

erste Kind erwarteten. Durch den Anstieg der Lebenserwartung stieg auch der Anteil der Drei- Generationen- Familien. Dies setzte sich bis in die 60er Jahre fort.¹³⁹

Schimany erklärt nach Linde, dass durch die Sozialpolitik der Nachwuchs seine ökonomische Funktion verloren habe. Die familiäre Sicherheit wurde durch „das gesellschaftliche Solidaritätsprinzip“ abgelöst.¹⁴⁰ Kinder haben daher keinen aktuellen ökonomischen Wert für die Eltern, ganz im Gegenteil, sie sind ein Kostenfaktor. Der gesellschaftliche Nutzen des Nachwuchses steht den privaten Kosten der Eltern und ihren beruflichen Nachteilen entgegen.¹⁴¹ Obwohl gegenwärtig von den meisten Familien 4 oder 5 Generationen vorhanden sind, leben diese keinesfalls unter einem Dach. Wachsende Scheidungszahlen, sinkende Geburtenraten, der Trend zur Kernfamilie, Ein- Elternfamilien oder nicht- eheliche Lebensgemeinschaften führen zu einer Vielfalt familiären Zusammenlebens. Hilfebedürftige ältere Familienmitglieder werden nicht im gemeinsamen Haushalt versorgt. Gründe hierfür sind die steigende Mobilität, die von den Kindern z. B. wegen eines Arbeitsplatzes gefordert bzw. gewünscht wird, der Wunsch der älteren Familienmitglieder zur räumlichen Distanz besteht oder gar keine Kinder da sind bzw. zu wenige, um die mit der Pflege und Versorgung verbundenen Belastungen zu verteilen. Die familiären Kontakte müssen deshalb nicht geringer oder weniger intensiv sein. Häufige gegenseitige Besuche, wenn sie in der Nähe wohnen, Telefon, Briefe und elektronische Wege machen dies möglich und werden auch genutzt. Die Zunahme von „Patchwork“ – Familien bietet außerdem die Möglichkeit einer Zunahme der Anzahl verwandtschaftlicher Kontakte. Aber nicht nur die schwindenden Möglichkeiten der Versorgung durch die Kinder, auch die ansteigenden Scheidungsraten von älteren Ehepaaren führen zu einer wachsenden Zahl von Single- Haushalten bei alten Menschen.¹⁴² Die mit der wachsenden Selbständigkeit der Frauen verbundene zunehmende häusliche Orientierung des Mannes wird auch dazu führen, dass Männer, die nach dem Tod der Ehefrau oder Scheidung allein zurückbleiben, später als in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten auf die Unterstützung angewiesen sind als bisher.¹⁴³

Für problematisch hält Lehr die sozialpolitischen Kampagnen, dass das Pflegeproblem innerhalb der Familie gelöst werden müsse. Sie bemängelt, dass die Politik Beitragserhöhungen in Renten- und Pflegeversicherung als Strafe für Kinderlosigkeit darstellt

¹³⁹ Schimany, 2003, S. 168 f.

¹⁴⁰ Schimany, 2003, S. 189, Nach: Linde, 1984

¹⁴¹ Schimany, 2003, S. 188 ff.

¹⁴² Lehr, 2003, S. 252ff.

¹⁴³ Lehr, 2003, S. 266f.

und damit eine Verschlechterung des Verhältnisses zwischen den Generationen riskiert. „Kinder müssen zunächst einmal als eigener Wert erkannt und erlebt werden, wenn die Entscheidung für ein Kind bzw. für Kinder in jungen Familien wachsen soll. Ebenso müssen die Beziehungen zwischen Großeltern, Kindern und Enkeln als Werte für sich und als Chancen einer Lebensbereicherung für alle Generationen gesehen werden, wenn überhaupt die innere Bereitschaft für die Übernahme einer Pflege wachsen soll.“¹⁴⁴ Die familiären Beziehungen älterer Menschen sind nach wie vor wichtige soziale Netze, schließen aber nicht nur den Kontakt zu Kindern und Enkeln ein, sondern auch andere Verwandte und Verschwägerte. Auch bei geringeren familiären Kontakten, insbesondere von kinderlosen und/ oder verwitweten/ geschiedenen älteren Menschen werden Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten gepflegt.¹⁴⁵

Mit der Alterung der Bevölkerung verbunden ist laut Schimany:

- eine „Verkleinerung und Pluralisierung der Hauhalts- und Familienformen“;
- eine „Polarisierung der Lebensformen (mit bzw. ohne Kinder);
- die „Abnahme der horizontalen und vertikalen Verwandtschaftsbeziehungen“;
- die „erzwungene(...) Individualisierung und Singularisierung“¹⁴⁶

Die Veränderungen im Verhältnis der Generationen verändern die Unterstützung innerhalb der Familie und entziehen dem Sozialstaat eine Säule der Versorgung und Betreuung alter Menschen.¹⁴⁷ Auch wenn familiäre Unterstützung über räumliche Trennung hinweg weiter geleistet oder durch andere soziale Beziehungen kompensiert wird (Freunde, Nachbarn) finden die individuellen Möglichkeiten der Lebensgestaltung ihre Grenzen in der ungleichen sozialen Verteilung (bedingt durch bildungs-, schicht-, und geschlechtsspezifische Unterschiede) von Zwang und Freiheit.¹⁴⁸ Hilfe und Pflege alter Menschen wird durch die Änderungen der Beziehungen der Generationen untereinander und weniger durch familiären Zwang bestimmt. Aufbau und Pflege sozialer Netzwerke auch außerhalb der Familie ergänzen die Möglichkeiten familiärer Unterstützung. Als positiv angesehen werden kann, dass die Übernahme der Pflege alter Menschen nach Abwägen der Sachzwänge durchaus freiwillig

¹⁴⁴ Lehr, 2003, S. 269

¹⁴⁵ Vaskovics, In: Backes, Clemens, Schroeter, S. 97ff.

¹⁴⁶ Schimany, 2003, S. 19

¹⁴⁷ Backes, 1997, S. 236 ff.

¹⁴⁸ Backes, 1997, S. 240

übernommen wird, Backes spricht von der Bildung neuer „Formen von Solidarität.“¹⁴⁹ „Während die strukturellen Rahmenbedingungen familialer Unterstützung infolge von Arbeitsmarktbedingungen, regionaler Mobilität, ungünstigerer Zahlenrelation zwischen jüngerer und älterer Generation in Familien sich eher verschlechtert haben, sind die Anforderungen an familiäre Solidarität aufgrund der demographischen Entwicklungen gestiegen.“¹⁵⁰ Dem wird offenbar Rechnung getragen, denn nach Backes sind die familiären Pflegeleistungen in den letzten Jahrzehnten sogar deutlich gestiegen.¹⁵¹

2.7.3 Alter(n) als soziales Problem

Alter wurde neben Armut und Krankheit ab dem 19. Jahrhundert als „kollektives Lebensrisiko“ wahrgenommen und damit zur „sozialen Frage“, Alter und Armut waren eng miteinander verknüpft. Der Beginn der Sozialversicherung unterstreicht den in diesem Zusammenhang als notwendig erachteten Handlungsbedarf. Das Alter sollte aus der aus dem Mittelalter stammenden Armenfürsorge ausgegliedert werden. Im Zuge des Konkurrenzdrucks der kapitalistischen Industriegesellschaft wurde es für ältere Arbeitnehmer immer schwieriger, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie wurden ab einer bestimmten Altersgrenze nicht weiter beschäftigt. Die Auffassung, ab einem bestimmten Alter nicht mehr leistungsfähig genug zu sein, führte schließlich dazu, dass sie unabhängig von ihrem tatsächlichen Leistungsvermögen aus dem Berufsleben gedrängt wurden.¹⁵²

Im Zuge der fortgeschrittenen Industrialisierung wurde die Industriegesellschaft zur Dienstleistungsgesellschaft und nun zur Informationsgesellschaft. Die Folgen auf dem Arbeitsmarkt sind hohe Mobilisierung und Flexibilisierung. Dies führt auch zu einer wachsenden räumlichen Distanz zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Familienmitgliedern. Zwar wird die Verbindlichkeit von Beziehungen dadurch abgeschwächt, Kommunikations- und Mobilitätssysteme machen es jedoch möglich, soziale Kontakte auch über große räumliche Entfernungen aufrecht zu erhalten. Die Technisierung birgt für ältere Menschen u. U. große Probleme: der öffentliche Nahverkehr steht insbesondere außerhalb von Städten nur eingeschränkt zur Verfügung, die Versorgung erfolgt häufig durch Einkaufszentren „auf der grünen Wiese“, Fahrkarten und Geld gibt's nur am Automaten. Im Haushalt hingegen bringt der technische Fortschritt große Erleichterungen. Doch nicht alle

¹⁴⁹ Backes, 1997, S. 242

¹⁵⁰ Backes, 1997, S. 243

¹⁵¹ Backes, 1997, S. 243

¹⁵² Schimany, 2003, S. 314 ff.

älteren Menschen profitieren von den vielfältigen Möglichkeiten der technischen Errungenschaften. Bildung und Erfahrungen mit technischen Einrichtungen sowie Einkommen zum Erwerb technischer Geräte sind ungleich verteilt. So treibt auch die technische Entwicklung die soziale Ungleichheit im Alter eher voran.¹⁵³

Das politische Altersbild wird geformt vom Gegensatz der Bedürftigkeit und des Überflusses. Einerseits existiert das Bild von zunehmender Altersarmut und Pflegebedürftigkeit, das die Sozialpolitik zu stoppen versucht. Andererseits wird der dadurch provozierte Generationenkonflikt vom Altersbild der hohen Renten auf Kosten der Jüngeren bestimmt. So bedeutet Alter aus dieser Perspektive politische Macht.¹⁵⁴

¹⁵³ Mollenkopf, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 223ff.

¹⁵⁴ Saake, 2006, S. 152 f.

3 Versorgung von hilfebedürftigen alten Menschen im Spiegel der Sozialpolitik

3.1 Demographischer Wandel

Schon im Altertum wurden Fragen über die Bevölkerungsentwicklung diskutiert, im antiken Griechenland sah man eine Gefahr für den Staat, wenn die Bevölkerungszahlen übermäßig anstiegen. Ab dem 16. Jahrhundert rückte die Optimierung der Bevölkerung auch in das Blickfeld europäischer Gelehrter. Im 17. Jahrhundert erhielt der Anstieg der Bevölkerung zur Steigerung von Macht und Reichtum politische und wirtschaftliche Bedeutung. Die differenzierte Erforschung der Wechselbeziehungen zwischen Staat und Bevölkerung erfolgte im Verlauf des 18. Jahrhunderts.¹⁵⁵ Die Verbesserung der Lebensverhältnisse (z. B. Wohnung, Hygiene, Ernährung, Arbeit, medizinischer Fortschritt) hat zu einem Anstieg der Lebenserwartung und einer Explosion der Weltbevölkerung geführt. Ob diese durch Umweltverschmutzung, Atomunfälle oder die globale Mobilität (schnelle Verbreitung von unbekanntem aggressiven Krankheiten) einst auch wieder zurückgeht ist ungewiss.¹⁵⁶

Schimany bezeichnet das 21. Jahrhundert als „demographisches“ Jahrhundert. Das Wachstum der Bevölkerung findet seiner Aussage nach zu 98 Prozent in den Entwicklungsländern statt, in denen im Jahr 2002 bereits vier Fünftel der Weltbevölkerung lebte. Der Anstieg der Weltbevölkerung findet nicht in den Industrieländern statt, dort stagnieren die Zahlen eher, die Gesellschaft in diesen Ländern altert.¹⁵⁷ Die demographische Entwicklung in Deutschland führt zu einem Anstieg des Durchschnittsalters, Zuwanderer können diese demographische Entwicklung zwar abschwächen, doch auch bei ihnen führen die Einflüsse der deutschen und

¹⁵⁵ Schimany, 2003, S. 34 f.

¹⁵⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 89ff.

¹⁵⁷ Schimany, 2003, S. 14

europäischen Kultur zu einem Anstieg der Lebenserwartung und zur Absenkung der Geburtenraten. Aufhalten können sie diese Entwicklung kaum.¹⁵⁸

Alterung der Bevölkerung bedeutet: „Der Anteil der älteren Altersgruppen nimmt im Verhältnis zu den jüngeren zu, wobei sich das Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung erhöht.“¹⁵⁹ Die Bevölkerungsentwicklung in modernen Gesellschaften hat nach Backes folgende Merkmale:

1. Deutlicher Geburtenrückgang: Backes nennt hierfür das Zusammenspiel „individuelle(r) Motive, soziale(r) Struktur und ökonomische(r) wie politische(r) Ordnung sowie kulturelle(r) Rahmenbedingungen einer Gesellschaft“¹⁶⁰ (z. B. sinkender „ökonomische Wert“ von Kindern, Belastungen wie Krisen am Arbeits- und Ausbildungsmarkt, die Emanzipation der Frauen, empfängnisverhütende Medikamente).
2. Deutlich gestiegene Lebenserwartung: Hauptgrund hierfür ist die kontinuierliche Senkung der Säuglingssterblichkeit. Hinzu kommt, dass die Lebenserwartung der Frauen höher ist als die der Männer, die Gründe hierfür können nicht allgemein erklärt werden.
3. Punkt 1 und 2 sind die Gründe für die Alterung der Bevölkerung.
4. Ohne die Migrationsbewegungen würde die Bevölkerung in modernen Gesellschaften sinken. Die Zuwanderung jüngerer wird jedoch die Alterung nur sehr begrenzt abschwächen.¹⁶¹

Welche Faktoren die Alterung der Bevölkerung beeinflussen, ist von politischer Bedeutung, da dies gesellschaftliche Konsequenzen hat. Mit der Veränderung der Generationenverhältnisse wandeln sich auch die Generationenbeziehungen und die Beziehungen der Älteren untereinander.¹⁶²

Das statistische Bundesamt berechnet für das Jahr 2060 einen Altenquotient von 56 bis 59 voraus bei einer Altersgrenze von 67 Jahren, das heißt auf 100 Erwerbstätige kommen voraussichtlich 56 bis 59 Altersrentner. Berücksichtigen muss man jedoch auch, dass nicht

¹⁵⁸ BAMF, 2007, S. 47f

¹⁵⁹ Schimany, 2003, S. 237

¹⁶⁰ Backes, 1997, S. 257

¹⁶¹ Backes, 1997, S. 255 ff.

¹⁶² Schimany, 2003, S. 242

alle Personen im erwerbsfähigen Alter auch erwerbstätig sind und dass die Erwerbstätigen auch Kinder und Jugendliche versorgen müssen. Ab 2040 wird zudem die Hälfte der Erwerbstätigen älter als 45 Jahre alt sein, dies hat besondere Konsequenzen in der Arbeitswelt.¹⁶³ Um eine alternde Gesellschaft handelt es sich, wenn sich die Bevölkerungsstruktur in einem langfristigen Wandel von einer jungen in eine alte Altersstruktur verschiebt. Während sich die Altersstruktur in Deutschland 1910 graphisch als Pyramide darstellen ließ, sieht die graphische Struktur gegenwärtig eher wie ein Tannenbaum aus, für 2050 sagt Schimany im Einklang mit dem statistischen Bundesamt, dass neueste Berechnungen für das Jahr 2060 im November 2009 vorgestellt hat, eher die Form eines Pilzes voraus.¹⁶⁴ Die Lebenserwartung im Jahr 2060 wird nach Angaben des statistischen Bundesamtes für Männer bei 85 Jahren, für Frauen bei fast 90 Jahren liegen.¹⁶⁵ Lebenserwartung bedeutet nach Peter Laslett „so lang in ihr (der Welt, B. D.) zu sein, wie sie zu leben fähig sind.“¹⁶⁶ Doch statt unser Leben neu zu strukturieren, geraten wir in Panik vor einer Last, die wir nicht tragen können.¹⁶⁷ Laslett bezeichnet die deutsche Bevölkerung des ausgehenden 20. Jahrhunderts als eine „der ältesten überhaupt bekannten Bevölkerungen, die zudem auf einem Kontinent lebt, der als strukturell älter eingestuft werden muss als der Rest der Welt, sehr viel älter als es Bevölkerungen überhaupt jemals irgendwo gewesen sind.“¹⁶⁸ Er sieht hierin jedoch die Chance, Möglichkeiten des Umgangs mit dieser Situation zu finden, die in Zukunft auch für diejenigen Bedeutung haben, die uns einholen und deren materielle Ressourcen wesentlich geringer sind.¹⁶⁹

Doch es gibt auch kritische Stimmen zu derartig langfristigen Vorausberechnungen, die eine Zukunft vorhersagen wollen, die ständiger Veränderung ausgesetzt ist. Laslett nennt Prognosen im Vorwort zu seinem Werk „Das Dritte Alter“ „gefährliches Terrain“, da demographische Voraussagen aus der Vergangenheit ungenau, ja falsch waren. Allerdings

¹⁶³ Schimany, 2003, S. 266ff.

¹⁶⁴ Schimany, 2003, S. 16f., vgl. auch Pressemitteilung Nr.435 des statistischen Bundesamtes vom 18.11.2009, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,, S. 15
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebrochure_bevoelkerungsentwicklung2009.property=file.pdf (21.01.2010)

¹⁶⁵ Pressemitteilung Nr.435 des statistischen Bundesamtes vom 18.11.2009, Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung,, S. 15
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebrochure_bevoelkerungsentwicklung2009.property=file.pdf (21.01.2010)

¹⁶⁶ Laslett, 1995, S. 31

¹⁶⁷ Laslett, 1995, S. 31

¹⁶⁸ Laslett, 1995, S. 82

¹⁶⁹ Laslett, 1995, S. 86

hält er sie nicht grundsätzlich für unbrauchbar, er fordert die Fehlurteile aus der Vergangenheit in die Diskussion über Prognosen einzubeziehen.¹⁷⁰ „Prognosen, so wird gesagt, seien nicht viel mehr als informierte Ratespiele, bei denen die in der jüngsten Vergangenheit und der unmittelbaren Gegenwart beobachtbaren Trends einfach in die Zukunft fortgeschrieben werden.“¹⁷¹ Auch das statistische Bundesamt nimmt mehrere Modellrechnungen vor, da über einen Zeitraum von 50 Jahren bevorstehende Ereignisse nicht vorhergesagt werden können. Die Statistiker vor 50 Jahren haben sich in ihren Prognosen gründlich geirrt, da sie den (dauerhaften) Zuzug von Gastarbeitern, den Pillenknick und den Fall der Mauer nicht in ihren Berechnungen berücksichtigt haben. Der Statistiker Gerd Bosbach kritisiert, dass überhaupt derartige Berechnungen in Auftrag gegeben werden. Die demographische Entwicklung insbesondere zum Thema Alterung der Bevölkerung würde allzu häufig als Argument der Politik benutzt, um Sozialleistungen zu kürzen, ohne dass berücksichtigt wird, dass die Bevölkerungsentwicklung und insbesondere die Alterung der Bevölkerung keineswegs allein die sozialen Sicherungssysteme belasten. Bosbach meint auch, dass die Politik durch Maßnahmen an anderer Stelle die Bevölkerungsentwicklung positiv beeinflussen kann (Geburtenrate, Zuwanderung) und die Belastungen der Sozialversicherung reduzieren kann.¹⁷²

3.2 Folgen des demographischen Wandels für die Versorgung hilfebedürftiger älterer Menschen

„Zur Bevölkerung im Erwerbsalter von 20 bis 64 Jahren gehören heute etwa 50 Millionen Menschen. Im Jahr 2060 werden es, je nach Ausmaß der angenommenen Zuwanderung, 27% oder 34% weniger sein. Dagegen wird die Zahl der 65-Jährigen und Älteren nach 2020 sehr stark ansteigen, weil dann die geburtenstarken Jahrgänge in dieses Alter kommen. Damit wird auch der Altenquotient – die Anzahl der Menschen im Rentenalter je 100 Personen im Erwerbsalter – erheblich zunehmen. Heute kommen 34 Senioren im Alter von 65 Jahren und mehr auf 100 Personen zwischen 20 und 64 Jahren. 2030 werden es bereits über 50 sein und 2060 dann, je nach Vorausberechnungsvariante, 63 oder 67. Für die Altersgrenze 67 Jahre wird der

¹⁷⁰ Laslett, 1995, S. 24

¹⁷¹ Laslett, 1995, S. 25

¹⁷² Bosbach, http://www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/gbosbach_demogr.pdf (21.01.2010)

Altenquotient 2030 je nach Variante 43 oder 44 betragen und 2060 56 oder 59; heute liegt er bei 29.“¹⁷³

Die vielfältigen Folgen der Alterung der Bevölkerung betreffen nicht nur Wirtschaft und Sozialpolitik, sie beeinflussen auch alle anderen Bereiche der Gesellschaft. Der Grundstein für erfolgreiches Altern wird schon lange vor der Altersphase gelegt, soziale und geschlechtsspezifische Ungleichheiten setzen sich auch im Alter fort. Die Lebenslagen alter Menschen sind nicht Folge der demografischen Entwicklung, sie sind Folgen politischer und gesellschaftlicher Entwicklung.¹⁷⁴ Eine Erhöhung der Altersgrenze in der Altersversorgung muss einhergehen mit entsprechenden Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt.¹⁷⁵ Bildung, Einkommen und Erwerbstätigkeit bzw. Langzeitarbeitslosigkeit hängen direkt mit der gesundheitlichen Situation zusammen, wie aus den Armuts- und Reichtumsberichten der Bundesregierung zu entnehmen ist.¹⁷⁶

Die Alterung der Bevölkerung führt zu einer Steigerung der Anzahl derjenigen, die sich nicht mehr allein versorgen können. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit besteht bei Personen unter 60 Jahren nur ein geringes Risiko, pflegebedürftig zu werden (0,7%). Zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr ist dieses Risiko noch überschaubar (4,4%). Ab dem 80. Lebensjahr steigt es im Vergleich dazu dramatisch auf 28,6%. Berücksichtigt man die demographische Entwicklung und eine weiter steigende Lebenserwartung unter Beibehaltung der gegenwärtigen Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, wären in Deutschland im Jahre 2030 über 3 Millionen Menschen pflegebedürftig.¹⁷⁷ Die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken erhöht sich mit zunehmendem Alter, sie liegt bei über 90jährigen bei über 30%.¹⁷⁸ Demgegenüber steht eine abnehmende Zahl von Personen, die Hilfe sowohl in den Familien als auch in der professionellen Altenhilfe leisten können. Derzeit werden etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Allerdings steigt bereits gegenwärtig der Anteil der Personen in vollstationären Pflegeeinrichtungen schneller an, als der Anteil der

¹⁷³ Pressemitteilung Nr.435 des statistischen Bundesamtes vom 18.11.2009, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/11/PD09_435_12411,templateId=renderPrint.psml (21.01.2010)

¹⁷⁴ Peter Schimany: Alter und Altern aus bevölkerungssoziologischer Perspektive. In: Backes, Clemens, Schroeter, S. 89f.

¹⁷⁵ Schimany, In: Backes, Clemens, Schroeter, S. 92

¹⁷⁶ BMAS, Juli 2008, S.102ff.

¹⁷⁷ BMG, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung Juli 2009

¹⁷⁸ RKI/ Statistisches Bundesamt, 2005, S. 11

ambulant versorgten Personen. Daher rechnet das Bundesministerium für Familie mit einer wachsenden Bedeutung der stationären Altenpflege.¹⁷⁹

3.3 Weitere Faktoren, die der gesicherten Versorgung entgegenstehen

Die Feminisierung und Singularisierung im Zuge des Strukturwandels des Alters sind für die Sozialpolitik bedeutende Faktoren, da dies eine große Gruppe betrifft, deren besondere Lebenssituation berücksichtigt werden muss. Die Frauen, die überwiegend die Pflege der Eltern und Ehemänner leistet, leben in der letzten Lebensphase überwiegend allein, sind sozial schwächer abgesichert und benötigen als Langlebige und Hochbetagte selbst Hilfe und Pflege.¹⁸⁰ Sie sind sowohl diejenigen, die Unterstützung benötigen und die, die Unterstützung leisten. Sie sind überwiegend mit der Kinderbetreuung und der Pflege der Angehörigen im Alter beschäftigt. Die Erwerbsbiographie wird häufig unterbrochen und die eigene Existenzsicherung und Vorsorge für das Alter beeinträchtigt.¹⁸¹ Bei einer derartigen beruflichen Karriere haben sie selbst wenig für die eigene Altersvorsorge getan und drohen bei Pflegebedürftigkeit schnell in den Sozialhilfebezug zu rutschen. Diese familiäre Pflege droht die überwiegend davon betroffenen Frauen zu überfordern, „die ausgenutzte Tochter von heute ist der vorzeitig abgebaute Pflegefall von morgen.“¹⁸² Frauen sind aufgrund der höheren Lebenserwartung auch häufiger von Demenzerkrankungen betroffen, außerdem scheint es, dass sie mit einer Demenzerkrankung länger überleben können.¹⁸³ Die geringeren Bildungschancen der Frauen in deren Jugend waren oft geringer als die der Männer, damit fehlt ihnen möglicherweise ein Instrument zur Bewältigung der Lebensphase Alter.¹⁸⁴ Die normale (männliche) Erwerbsbiographie schafft soziale Sicherheit, die brüchige Erwerbsbiographie führt zur sozialen Abhängigkeit. Doch mit der zunehmenden Erwerbstätigkeit der Frauen stehen weniger Helfer(innen) einer steigenden Anzahl Hilfebedürftiger gegenüber.¹⁸⁵

3.4 Sozialpolitische Entwicklung als Folge gesellschaftlicher Veränderungen

3.4.1 Von Bismarck zu § 87 b SGB XI – historische Aspekte der Sozialpolitik in Bezug auf ältere Menschen

¹⁷⁹ BMFSFJ, 2006, S. 16, vgl. auch BMG, Mai 2008, S. 16f.

¹⁸⁰ Backes, 1997, S. 263ff.

¹⁸¹ Backes, 1997, S. 212 ff.

¹⁸² Grond, 1992, S. 205

¹⁸³ RKI/ Statistisches Bundesamt, 2005, S. 13

¹⁸⁴ Backes, 1997, S. 266

¹⁸⁵ Backes, 1997, S. 212 ff.

In den ländlichen Räumen entstanden in der frühen Neuzeit „Ausgedingungsverträge“ und „Leibrenten“ als Formen der Altersversorgung alter Bauern.¹⁸⁶ Der alte Bauer oder seine verwitwete Frau übergaben den Hof an ihre Nachkommen und wurden von ihnen weiter versorgt. Die Versorgung und Pflege der Eltern sorgte für weiteren materiellen Wohlstand, war aber auch christliche Pflicht der Kinder. Wer weder Besitz noch Nachkommen hatte, war auf jene angewiesen, die für die Versorgung wenig verlangten und bekam auch wenig dafür. Die Industrialisierung in den Städten stellte diejenigen, die ihren Lebensunterhalt nicht mehr durch Arbeit bestreiten konnten, vor neue Herausforderungen. Auch hier war es gut, wenn man Familie in der Nähe hatte. Denn diese sah es als ihre moralische Pflicht an, sich um alte und kranke Mitglieder zu kümmern. Staatsdiener und Geistliche vererbten ihre Stellungen häufig an ihre Nachkommen oder Zöglinge und erhielten von ihnen dafür Versorgung. Die Spitäler waren im städtischen Raum weiterhin eine familienunabhängige Versorgungsform, deren Qualität stark vom Geldbeutel abwich. Da es gar nicht so selten war, dass Nachkommen und/ oder Besitz fehlten, zeigte sich immer deutlicher, dass eine familienunabhängige Versicherungsform das Leben vor allem der armen Alten grundlegend ändern würden.¹⁸⁷ Im 18. Jahrhundert entstanden erste Pensionssysteme für Staatsbedienstete. Gründe hierfür waren nach Ehmer:

- die Bedeutung der Lohnarbeit und die damit verbundene gesellschaftliche Notwendigkeit, altersabhängige Arbeitsunfähigkeit abzusichern
- staatliches Interesse an einer „rationalen und kalkulierbaren Form der Alterssicherung“
- staatliches Interesse an „loyalen und disziplinierten Bediensteten (im Sinne der Aufrechterhaltung von Macht und Herrschaft)“¹⁸⁸

Diese früheren Formen staatlicher Alterssicherung waren eher eine Absicherung für den „Sonderfall von Invalidität“.¹⁸⁹ Eine erste öffentlich- rechtliche Absicherung von Arbeitern wurde 1854 in Preußen für Bergarbeiter eingeführt.¹⁹⁰ Die zunehmende Macht der Arbeiterbewegung und der soziale Wandel machte eine staatliche Sozialpolitik notwendig.

¹⁸⁶ Gestrich, In: Herrmann- Otto, 2004, S. 66

¹⁸⁷ Gestrich, In: Herrmann- Otto, 2004, S. 76 ff.

¹⁸⁸ Schimany, 2003, S. 323, Nach: Ehmer, 1990,

¹⁸⁹ Schimany, 2003, S. 324

¹⁹⁰ BMAS, 2008, S. 262

Sie „sollte Schutz vor Arbeitsgefahren bieten, die durch die industriekapitalistische Produktionsweise verursacht wurden: Schutz vor Verminderung oder Verlust der Arbeitskraft durch Unfall, Krankheit, Invalidität und ‚Altersschwäche‘.“¹⁹¹ Im Jahre 1881 wurde unter Kaiser Wilhelm I eine Absicherung gegen „Krankheit, Unfall und materielle Not bei Invalidität oder im Alter“ eingeführt.¹⁹² Daraus entwickelte sich 1883 die gesetzliche Kranken- und 1884 die gesetzliche Unfallversicherung.¹⁹³ Mit der Schaffung der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahre 1889 war zwar zunächst ein erster Schritt zu einer Versorgung am Lebensabend geschaffen worden. Doch wurde auch über 70jährigen oft noch Arbeitsfähigkeit attestiert. Denn die Invaliditäts- und Altersversorgung war als Versorgung in Notsituationen gedacht. Dies änderte sich allmählich mit Beginn des 20. Jahrhunderts unter dem Einfluss von Arbeiterorganisationen und Gewerkschaften. Mit Schaffung der Reichsversicherungsordnung 1911 wurde die Rentenversicherung in das 4. Buch RVO eingeordnet und 1913 auf Angestellte ausgedehnt.¹⁹⁴ Die Schaffung der gesetzlichen Rentenversicherung hat zu einem deutlichen Rückgang der Erwerbstätigkeit älterer Menschen geführt.¹⁹⁵

Auch wenn die endgültige Einführung der Rentenversicherung für lange Zeit nur als Zuschuss zum Lebensunterhalt konzipiert war, befreite sie die „Alterssicherung vom Stigma der Armenfürsorge“.¹⁹⁶ In der Zeit der Weltwirtschaftskrisen der 20er Jahre bekam die staatliche Alterssicherung als Instrument zur Regulierung und Bewältigung der Arbeitslosigkeit eine weitere Bedeutung.¹⁹⁷ Mit der Rentenreform 1957 wurde die Alterssicherung zu einer Sicherung des Einkommens im Alter, sie war nicht mehr nur ein Zuschuss zum Lebensunterhalt. Das Rentenniveau wurde an das vorherige Einkommen gekoppelt. Die Finanzierung wurde auf den „Generationenvertrag“, das Umlageverfahren umgestellt. Die Rentenhöhe wurde durch Anpassung an das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung dynamisiert, damit die Renten nicht durch Inflation an Kaufkraft einbüßten.¹⁹⁸ Allerdings besteht seit Jahrzehnten ein deutlicher Trend, vor Erreichen der Regelaltersgrenze in den Ruhestand zu treten. Die Gründe hierfür liegen nach Schimany weniger im sozialpolitischen

¹⁹¹ Schimany, 2003, S. 327

¹⁹² BMAS, 2008, S. 266

¹⁹³ BMAS, 2008, S. 1

¹⁹⁴ BMAS, 2008, S. 266

¹⁹⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 50ff.

¹⁹⁶ Schimany, 2003, S. 332

¹⁹⁷ Schimany, 2003, S. 336, Nach: Hentschel: Die Sozialpolitik in der Weimarer Republik

¹⁹⁸ Schimany, 2003, S. 338 f.

als im arbeitsmarktpolitischen Bereich.¹⁹⁹ Der „Generationenvertrag“ ist Gegenstand politischer Diskussion vor allem unter dem Aspekt der demographischen Alterung. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt wird dabei übersehen. Das derzeitige Umlageverfahren in der gesetzlichen Rentenversicherung funktioniert nach Schimany nur, wenn „die Summe aus Lohnanstieg und Veränderung der Beschäftigtenzahl größer ist als der Zinssatz“ eines kapitalgedeckten Verfahrens. Sinken die Lohnzuwächse und die Beschäftigtenzahl aufgrund der demographischen Entwicklung und der Arbeitsmarktsituation, wäre eine kapitalgedeckte Rentenversicherung gesellschaftlich mit geringeren finanziellen Belastungen verbunden.²⁰⁰

3.4.2 Kostensteigerungen in Krankenversicherung und Sozialhilfe

Vor Einführung der Pflegeversicherung mussten Pflegebedürftige die Pflegekosten aus eigenen Mitteln bestreiten. Reichte das eigene Einkommen nicht, musste Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (heute SGB XII) beantragt werden. Mit zunehmender Anzahl Pflegebedürftiger stiegen auch die Kosten der Sozialhilfeträger. Für die Betroffenen selbst war es demütigend, wenn sie trotz eines langen Erwerbslebens und einer guten Rente abhängig von der Sozialhilfe und den Kindern wurden.²⁰¹ Erst mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, für einen begrenzten Kreis von Schwerpflegebedürftigen die Kosten in Höhe von 750DM für Sachleistungen oder Geldleistungen in Höhe von 400 DM zu übernehmen.²⁰² Die gesetzlichen Krankenkassen sollten nach Angaben der CDU/CSU und F.D.P. mit Einführung der Pflegeversicherung rund 4 Mrd. DM und durch zurückgehende Kosten bei der stationären Behandlung weitere 2,7 Mrd. DM sparen.²⁰³ Unmittelbar nach Einführung der Pflegeversicherung ist der Anteil der ambulant und stationär pflegebedürftigen Sozialhilfebedürftigen um 40 Prozent zurückgegangen.²⁰⁴ Die Träger der Sozialhilfe sparen derzeit rund 6 Milliarden Euro insbesondere durch Entlastungen bei der stationären Pflege.²⁰⁵ Gegenwärtig sind Personen, die ambulant gepflegt werden kaum von der Sozialhilfe abhängig.

¹⁹⁹ Schimany, 2003, S. 350

²⁰⁰ Schimany, 2003, S. 396 ff.

²⁰¹ BMAS, 2008, S. 548,

²⁰² .Schimany, 2003, S. 430ff

²⁰³ Deutscher Bundestag, 1993, S. 5

²⁰⁴ BMAS, Juli 2008, S. 112

²⁰⁵ BMAS, 2008, S. 554

Der Ausbau der Prävention und Rehabilitation, der für Demenzkranke bei der Aufrechterhaltung und Wiederherstellung wichtiger Fähigkeiten von Bedeutung für ihre Lebensqualität ist, ist in erster Linie Aufgabe der Krankenkassen. Der Gesetzgeber hat mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz ein besonderes Augenmerk auf die medizinische und hier erstmals auf die geriatrische Rehabilitation gelegt. Medizinische Rehabilitationsleistungen sind nach § 40 SGB V seit 2007 keine Ermessens- sondern Pflichtleistungen. Außerdem müssen nach § 40 Absatz 3 SGB V die Krankenkassen eine Art Strafe an die Pflegekasse zahlen, wenn sie notwendige Rehabilitationsleistungen für pflegebedürftige Versicherte nicht erbracht hat. Mit der Neufassung des § 11 Absatz 4 sollen Probleme insbesondere zwischen Krankenhaus- und Rehabilitationsbehandlungen sowie eintretender Pflegebedürftigkeit abgebaut werden.

3.4.3 Entstehung der Pflegeversicherung

Schon seit dem Mittelalter existierte eine institutionelle Versorgung von alten und gebrechlichen Menschen, vor allem in durch die Kirchen geschaffenen Hospizen und Spitälern, aber auch in den Klöstern. Vermögende konnten ihre Versorgung durch den Einkauf in Zünfte und Leibrenten recht komfortabel gestalten. Menschen ohne Hab und Gut wurden durch Kirchen und Gemeinden versorgt, diese Versorgung hatte jedoch eher Aufbewahrungscharakter und mag das Alter als soziales Problem und die Angst vor dem Pflegeheim durch die Generationen hindurch geprägt haben.²⁰⁶

Ziele der Pflegeversicherung als fünfter Säule der Sozialversicherung waren u. a.:

- Absicherung von Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko,
- Aktivierung und Förderung der häuslichen Pflegeressourcen,
- Förderung der Pflegeinfrastruktur.

Die „Messung“ der Alltagskompetenz spielte für die praktische Umsetzung der Pflegeversicherung in Deutschland eine bedeutende tragende Rolle. Die internationalen Studien zur Messung der Alltagskompetenz fanden immerhin heraus, dass 90% der 65 bis 79jährigen und 85% der über 80jährigen selbständig lebten.

Eine 1990 vom Bundesfamilienministerium in Auftrag gegebene Studie griff auf die in den 60er Jahren entwickelte ADL – Skala zurück, die die Aktivitäten des täglichen Lebens bestimmte. Diese umfasste die heute in § 14 des Elften Sozialgesetzbuches genannten

²⁰⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 58

Tätigkeiten der Grundpflege (Hygiene, Nahrungsaufnahme und überwiegend innerhäusliche Mobilität, z. B. Toilettenbenutzung), später ergänzt durch die im Pflegeversicherungsgesetz als hauswirtschaftliche Versorgung definierte, zum Teil außerhäusliche Mobilität, wie Einkaufen, Kochen und Putzen. Zum Zeitpunkt der Studie waren 1,23 Millionen Menschen pflegebedürftig. 190 000 von ihnen benötigte Pflege rund um die Uhr, 468 000 täglich etwa 2 bis 3 Stunden und fast ebenso viele (465 000) mehrfach in der Woche. 1,1% der 65 – 69jährigen Frauen und 2,5% der Männer dieser Altersgruppe benötigte Hilfe, bei den 70 – 74jährigen Frauen waren es 2% der Frauen und 3,9% der Männer, bei den 75 –79jährigen 5,9% der Frauen und 7,1% der Männer. Ein deutlicherer Anstieg konnte erst bei den über 80jährigen ermittelt werden (11,5% Frauen, 8,7% Männer bei den 80 –84jährigen; 28,2% bei den Frauen und 21,1% bei den Männern in der Gruppe der 85jährigen und älter). Und die Studie bestätigte, dass Pflegeleistungen Frauensache sind. 220 000 Töchter, 77 600 Schwiegertöchter, 206 000 Ehefrauen, 120 000 Mütter, aber nur 106 000 Ehemänner und 28 400 Söhne leisteten die ambulante Pflege.

Um den Umfang der zukünftig notwendigen Hilfeleistungen einschätzen zu können zieht man neben diesen Untersuchungen auch die demographischen Berechnungen zu Rate. Doch Lehr weist auch darauf hin, dass dies allein wohl nicht ausreicht, da durch medizinischen Fortschritt, gesündere Lebensführung und verbesserte Umweltfaktoren die Alten der Zukunft jünger sind als die Alten der Gegenwart.²⁰⁷

Die politische Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung dauerte fast 20 Jahre. Vier Hauptgründe führten schließlich zur Entscheidung für die Pflegeversicherung. Viele der Betroffenen, die Hilfe und Unterstützung bei den täglichen Dingen des Lebens benötigte, bekamen sie nicht. Diejenigen, die nicht über finanzielle Ressourcen verfügten, konnten die Hilfe nicht selbst sicherstellen und waren oft auf Sozialhilfe angewiesen. Um ihnen eine gerechte Lösung anzubieten, war eine Sicherung notwendig, die sich am Grad der Hilfebedürftigkeit und nicht am Einkommen orientierte. Neben der Gerechtigkeit spielte auch die Würde der Betroffenen eine Rolle, denn hohe Pflegekosten führten oft in die Verarmung am Ende des Lebens. Die Kosten, insbesondere der Sozialhilfeträger, war ein weiteres Argument. Die Prognosen der Bevölkerungswissenschaftler werden als weiterer wichtiger Faktor zur Einführung der Pflegeversicherung genannt. Die Steigerung der Lebenserwartung wird auch zu einer Zunahme der alten Menschen führen, die auf Hilfe und Unterstützung im

²⁰⁷ Lehr, 2003, S. 120ff.

Alltag angewiesen sind. Die sinkenden Geburtenraten führen hingegen wahrscheinlich zu einer Abnahme derjenigen, die diese Hilfe und Unterstützung leisten.²⁰⁸

Im Jahr 1992 wurde schließlich der erste Gesetzentwurf zur Pflegeversicherung vorgelegt. Die damaligen Diskussionen über eine umlage- oder kapitalgedeckte Finanzierung wurden schließlich zugunsten der Umlagefinanzierung entschieden. Die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat sorgten schließlich dafür, dass die Finanzierung der Pflegeversicherung nicht auf Kosten von Lohnkürzungen erfolgte. Um die Arbeitgeber bei den Beiträgen zu entlasten entschieden sich die Bundesländer, außer Sachsen, den Buß- und Betttag als Feiertag zu streichen. Die fünfte Säule der Sozialversicherung war geschaffen, allerdings ohne die bei der Renten-, Kranken-, und Arbeitslosenversicherung üblich paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer.²⁰⁹

Die Einführung der Pflegeversicherung hatte weitreichende Folgen für den Pflegesektor, es entwickelte sich ein Markt. Dieser „ist gekennzeichnet durch:

- gesetzliche Rahmenbedingungen, die Zuständigkeiten, Aufgaben und die Beziehungen von Trägern, Anbietern und Empfängern grundsätzlich regeln;
- Vertragsbeziehungen sowohl zwischen Trägern und Anbietern als auch zwischen Anbietern und Empfängern;
- grundsätzlich freie Wahl des Anbieters;
- Anbieterkonkurrenz;
- Notwendigkeit betriebswirtschaftlicher Geschäftsführung bei den Anbietern, d. h. ökonomische Effizienz bei der Leistungserbringung.“²¹⁰

Die Gesamtzahl der Empfänger von Leistungen der Pflegeversicherung betrug im Juli 2009 2,25 Millionen Menschen. Davon erhielten 1,53 Millionen Leistungen der ambulanten Pflege und 0,72 Millionen Leistungen der stationären Pflege.²¹¹

²⁰⁸ Shimada, Blüher, Stosberg, Tagsold, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 145f.

²⁰⁹ Shimada, Blüher, Stosberg, Tagsold, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 146ff.

²¹⁰ Shimada, Blüher, Stosberg, Tagsold, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 151

²¹¹ BMG, 07/09

Die Pflegeversicherung wurde als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung unter dem Dach der gesetzlichen und privaten Krankenkassen angesiedelt. Der zur Einführung 1995 festgelegte Beitragssatz von 1 Prozent wurde im Juli 1996 auf 1,7 Prozent angehoben. Der nur durch den Gesetzgeber veränderbare Beitragssatz blieb lange Zeit stabil, allerdings war dies auch Gegenstand jahrelanger Diskussionen. So war sozialpolitisch absehbar, dass die Beitragsstabilität auf Kosten der Leistungen ginge. Insbesondere die Unterstützung, die Demenzkranke im Alltag benötigten, wurde durch die gesetzlichen Bestimmungen überhaupt nicht erfasst. Formen der Hilfe sind im ambulanten Bereich das Pflegegeld und die Pflegesachleistung, beides kann man kombinieren. Die Leistungen im stationären Bereich sind reine Sachleistungen.²¹² Die Pflegeversicherung ist als eine Art „Teilkasko“ – Versicherung konzipiert. Sie soll nach § 4 Absatz 2 SGB XI die häuslichen Potentiale ergänzen und von den Belastungen im Zusammenhang mit pflegebedingten Aufwendungen in der stationären Pflege entlasten.²¹³

3.4.4 Entwicklung der Pflegeversicherung von der Berücksichtigung des rein physischen Pflegebedarfs zu §§ 45 a bis c und § 87 b

3.4.4.1 Wer ist pflegebedürftig?

Nach der Definition des Paragraphen 14 des 11. Sozialgesetzbuches wird Pflegebedürftigkeit nicht an dem Grad der Selbständigkeit gemessen, sondern an funktionalen Beeinträchtigungen. Der Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung z. B. von Demenzkranken blieb lange fast unberücksichtigt.²¹⁴ Die Einstufung in eine Pflegestufe hängt nach § 14 SGB XI also vom Hilfebedarf bei der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung ab. Dazu zählt allerdings auch das Anleiten und Beaufsichtigen dieser Tätigkeiten, wenn der Betroffene körperlich dazu in der Lage ist, durch z. B. eine Demenzerkrankung aber angeleitet und beaufsichtigt werden muss. Zum Bereich

- der Körperpflege gehört das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
- der Ernährung gehört das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

²¹² Shimada, Blüher, Stosberg, Tagsold, In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 148ff.

²¹³ Asam/ Altmann, 1995, S. 90

²¹⁴ Schimany, 2003, S. 432, § 14 SGB XI

- der Mobilität gehört das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- der hauswirtschaftlichen Versorgung gehört das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Wobei nach § 15 der zeitliche Umfang des Hilfebedarfes in der Grundpflege entscheidend für Gewährung von Leistungen ist.²¹⁵ In der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist die Vernachlässigung der hauswirtschaftlichen Versorgung schwer zu vermitteln, denn wer seinen Haushalt nicht führen kann, benötigt zur selbständigen Lebensführung Unterstützung durch andere. Zwar begründet sich Pflegebedürftigkeit aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung, allerdings spielt die Schwere der Erkrankung oder der Grad der Behinderung für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen nur bedingt eine Rolle, die Art und Häufigkeit, der zeitliche Umfang und die Prognose des Hilfebedarfes bezüglich der vom Gesetzgeber definierten Verrichtungen sind die Kriterien für eine Leistungsgewährung.²¹⁶ Die individuelle Situation des Pflegebedürftigen ist ausschlaggebend (Ausprägung der Erkrankung, persönliche Ressourcen, soziales Umfeld und Wohnsituation, Lebensgewohnheiten). Der zeitliche Umfang wird dabei nicht an den Maßstäben der professionellen Pflege sondern an der Laienpflege gemessen.²¹⁷

- Erheblich Pflegebedürftige (Pflegestufe I) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand der Hilfeleistungen muss mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.
- Schwerpflegebedürftige (Pflegestufe II) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu

²¹⁵ BMAS, 2008, S. 572ff.

²¹⁶ MDS- Richtlinien, 2009, S. 42

²¹⁷ MDS- Richtlinien, 2009, S. 42f.

verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand der Hilfeleistungen muss mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.

- Schwerstpflegebedürftige (Pflegestufe III) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Der Zeitaufwand der Hilfeleistungen muss mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.²¹⁸

Zwar berücksichtigt die Einstufung in eine Pflegestufe auch den Hilfebedarf von Personen mit geistigen und seelischen Behinderungen, stellt aber auf die verrichtungsbezogene Hilfe ab, der Bedarf an Betreuung und Beaufsichtigung bleibt unberücksichtigt, was zu massiver Kritik der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen geführt hat. Angesichts der prognostizierten Zahlen der Demenzerkrankungen, der kaum vorhandenen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten und der hohen Belastungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen hat der Gesetzgeber für Pflegebedürftige mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz bereits zum 1. Januar 2002 mit dem Pflegeleistungs – Ergänzungsgesetz Verbesserungen bei der häuslichen Versorgung eingeführt. Solche Pflegebedürftige konnten seitdem zusätzlich für Betreuungsleistungen bis zu 460 Euro pro Jahr von der Pflegekasse erhalten. Dieser zusätzliche Leistungsbetrag wurde mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008 (in Kraft seit dem 01.07.2008) ausgebaut auf 100 Euro bzw. 200 Euro (erhöhter Betrag) monatlich erhöht. Auch Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, haben seit dem 01.07.2008 einen Anspruch auf einen Betreuungsbetrag. In vollstationären Dauer- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen kann nach dem seit 01.07.2008 gültigen § 87b SGB XI zusätzliches Betreuungspersonal für Heimbewohner mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf eingesetzt werden.²¹⁹

²¹⁸ § 15 Absatz 1 und 3 SGB XI

²¹⁹ http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168278/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/D/Glossarbegriff-Demenz.html

3.4.4.2 Leistungen der Pflegeversicherung im Überblick

Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten für eine ambulante, teilstationäre oder vollstationäre Pflege bis zu festgelegten Höchstsätzen. Darüber hinausgehende Kosten muss der Betroffene oder die Sozialhilfe übernehmen. Je nach individueller Situation kann der Hilfebedürftige insbesondere die häusliche Pflege gestalten:

- a) Pflegegeld für die Unterstützung durch Angehörige, Freunde, Nachbarn (§ 37 SGB XI)
- b) Pflegesachleistungen für professionelle Pflege durch einen Pflegedienst (§ 36 SGB XI)
- c) teilstationäre Tages- oder Nachtpflege (§41 SGB XI)
- d) Kombination von Pflege durch Angehörige und Pflegedienst (§ 38 SGB XI) und/ oder teilstationäre Pflege (§41 SGB XI)
- e) Hilfsmittel, technische Hilfen und Maßnahmen zum Umbau der Wohnung (§40 SGB XI)

Außerdem werden für Angehörige, die Unterstützung leisten, zusätzliche Hilfen gewährt:

- a) bis zu 6 Monate Freistellung von Arbeitnehmern für die Pflege von Angehörigen (§ 3 Pflegezeitgesetz)
- b) soziale Sicherung durch die Zahlung von Rentenbeiträgen und Absicherung in der Unfallversicherung, für Arbeitnehmer in Pflegezeit auch Übernahme der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung und Absicherung in der Arbeitslosenversicherung (§§44 und 44a SGB XI)
- c) bei Ausfall oder Erholungsbedarf der Pflegenden Leistungen der Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege. (§§39, 42 SGB XI)

Ist die Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich, übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen für stationäre Pflege bis zu festgelegten Höchstsätzen (§43 SGB XI).²²⁰

²²⁰ BMAS, 2008, S. 560 ff.

3.4.4.3 Leistungen der teilstationären und stationären Pflege und Betreuung im Speziellen

Der Anteil der teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege und der Kurzzeitpflege ist zwar als ergänzende Leistung zur häuslichen Pflege im Vergleich zu den übrigen Geld- und Sachleistungen gering²²¹, soll aber hier explizit erwähnt werden, da diese Leistungen vor allem für Demenzkranke, die zu Hause betreut werden, eine große Entlastung bedeuten. So können demenzkranke Personen, die bis zu 4 Wochen in einer Einrichtung der Kurzzeitpflege betreut werden, den Zuschuss der Pflegeversicherung nach § 45b SGB XI (100€/200€ pro Monat) zusätzlich zu den Leistungen der Kurzzeitpflege auch in dieser Einrichtung verbrauchen, auch für pflege- und betreuungs Fremde Aufwendungen wie Unterkunft und Verpflegung. Wurden diese Zuschüsse bis zur Unterbringung in der Kurzzeitpflege noch nicht abgerufen, können auch die Zuschüsse für die vergangenen Monate mit verwendet werden. Der Betrag, der für maximal 4 Wochen Kurzzeitpflege nach § 40 SGB XI auf derzeit 1550€ festgesetzt wurde, kann also im Maximalfall um bis zu 2400€ ergänzt werden. In erster Linie dient dies zur Entlastung der Pflegenden, die nicht aufgrund finanzieller Engpässe auf die Möglichkeit der Erholung verzichten müssen. Die teilstationären Leistungen der Tages- und Nachtpflege sind eine sinnvolle Ergänzung, um Pflegepersonen zu entlasten. In der Beratung werden sie von Angehörigen oft als „Kindergarten“ verspottet, doch werden sie ausprobiert und merkt der Angehörige, dass es dem Pflege- oder Betreuungsbedürftigen gut geht, gern angenommen. Die Pflegeversicherung übernimmt folgende Leistungen:

- 440€ (ab 01.01.2012 450€) monatlich für Personen der Pflegestufe 1
- 1040€ (ab 01.01.2012 1100€) monatlich für Personen der Pflegestufe 2
- 1510€ (ab 01.01.2012 1550€) monatlich für Personen der Pflegestufe 3 (§ 41 Absatz 2 SGB XI)

Von Vorteil ist, dass die Leistungen der Tagespflege mit dem Pflegegeld und den ambulanten Pflegesachleistungen kombiniert werden können und seit dem 01.07.2008 für eine Kombination der ambulanten und teilstationären Leistungen sogar bis zum eineinhalbfachen der festgelegten Sätze von der Pflegeversicherung übernommen werden (§ 41 Absätze 3 bis 6 SGB XI). Außerdem können die Zuschläge für Demenzkranke nach § 45b SGB XI auch in der Tagespflege verbraucht werden. So erhalten auch Demenzkranke ohne Pflegestufe und deren Angehörige einen Zuschuss für eine Unterbringung in einer teilstationären Einrichtung.

²²¹ BMG, 2008, S. 17

Nach § 43 SGB XI übernimmt die Pflegeversicherung Leistungen für vollstationäre Pflege, wenn die Versorgung zu Hause nicht möglich ist (Absatz 1). Die Leistungen der Pflegeversicherung sind je nach Pflegestufe in der Höhe begrenzt. Abgedeckt werden damit die Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung (Absatz 2). Derzeit übernimmt die Pflegekasse folgende Beträge:

- Pflegestufe 1: 1023€ pro Monat
- Pflegestufe 2: 1279€ pro Monat
- Pflegestufe 3: 1510€ pro Monat seit dem 01.01.2010, ab dem 01.01.2012 1550€ (Absatz 2).

Im Gegensatz zu den Leistungen in der ambulanten und teilstationären Pflege wurden die Leistungen für die vollstationäre Pflege mit dem Pflege- Weiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 nur in der Pflegestufe 3 angehoben. Die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen war bei Inkrafttreten der Pflegeversicherung noch zeitlich begrenzt worden, sie sollte langfristig in den Leistungsbereich der Krankenversicherung übernommen werden. Dies gelang bisher nur für Pflegebedürftige, die einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben (§ 37 Absatz 2 SGB V). Der Gesetzgeber hat jedoch den steigenden Anteil der demenzkranken Heimbewohner mit der Schaffung des § 87b SGB XI berücksichtigt. Danach haben Pflegeheime Anspruch auf Zuschläge zur Pflegevergütung für Heimbewohner, die einen erheblichen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung haben. Voraussetzung für die Vereinbarung ist der zusätzliche Bedarf und die tatsächlich erbrachte Betreuung und Aktivierung der Bewohner. Das Pflegeheim bekommt für 25 Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eine Vollzeitkraft vergütet, wenn es zusätzliches Personal sozialversicherungspflichtig beschäftigt (§87b Absatz 1 SGB XI). Die zusätzliche Betreuung darf zudem nicht auf die von den Bewohnern oder den Sozialhilfeträgern zu tragenden Kosten aufgeschlagen werden (§87b Absatz 2 SGB XI).

3.4.4.4 Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz –wer ist nach der Definition des SGB XI dement?

Eine Demenzerkrankung ist vor allem durch psychische Symptome gekennzeichnet, die sich sowohl durch den Verlust kognitiver Fähigkeiten als auch durch nicht- kognitive

Veränderungen bemerkbar macht.²²² Im § 45 a Absatz 2 SGB XI hat der Gesetzgeber festgelegt, welche Verhaltensweisen eine Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz im Sinne der Pflegeversicherung kennzeichnet. Beeinträchtigungen des Kurzzeitgedächtnisses, der Orientierung, des Urteilsvermögens und des Schlafrhythmus und nicht selten das Auftreten von Depressionen führen dazu, dass die Persönlichkeit des vertrauten Menschen sich verändert, sein Verhalten für das soziale Umfeld problematisch wird.²²³ Dies äußert sich nach § 45a SGB XI durch:

1. *unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);*
2. *Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;*
3. *unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;*
4. *tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;*
5. *im situativen Kontext inadäquates Verhalten;*
6. *Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;*
7. *Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;*
8. *Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;*
9. *Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;*
10. *Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;*
11. *Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;*
12. *ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;*

²²² Gutzmann, In: Gutzmann, 1992, S. 16ff.

²²³ Gutzmann, In: Gutzmann, 1992, S. 16ff

13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt.²²⁴ Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1 bis 5, 9 oder 11 ein regelmäßiges Auftreten angegeben wird.²²⁵

3.5 Besondere Herausforderungen an die Betreuung dementer Menschen

3.5.1 Hoher zeitlicher Aufwand

Aus den vorherigen Ausführungen ist ablesbar, dass Demenzkranke je nach Ausprägung der Erkrankung unter Umständen rund um die Uhr Betreuung und Beaufsichtigung benötigen, um sich und andere nicht zu gefährden. Innerhalb der Familie steht häufig nur eine Person zur Verfügung, die dies übernimmt. Einer der Gründe, weshalb der Gesetzgeber, die ambulante Betreuung Demenzkranker nach § 45 b SGB XI nur in Form professioneller Hilfen fördert, ist die starke zeitliche Beanspruchung der Betreuungspersonen. Wenn der gesamte Tagesablauf durch den Demenzkranken bestimmt wird, bleibt keine Zeit der Erholung, für soziale Aktivitäten, manchmal nicht genug Ruhe, um Einkaufen zu gehen. Auch wenn Angehörige dies in der Beratung oft kritisieren, Angst haben, dass der Ehemann oder die Ehefrau, die Mutter oder der Vater einen Fremden nicht akzeptiert, die zusätzlichen Betreuungsbeträge sind vor allem für die Betreuenden gedacht, dafür, Ihnen wenigstens ein bisschen Zeit für sich selbst zu schaffen.²²⁶ Die stationäre Pflege und Betreuung steht immer auch unter den Zwängen von Wirtschaftlichkeit. Da Demenzkranke viel Zuwendung benötigen und aktivierende Pflege zeitaufwendiger als die „Pflege an der Person“ können Mitarbeiter in den Einrichtungen schnell unter Zeitdruck geraten. Zeitdruck und Personalmangel sind daher auch Faktoren, die zu Unzufriedenheit und Burnout führen.²²⁷

3.5.2 Besondere psychische Belastung

²²⁴ § 45 a Absatz 2 SGB XI

²²⁵ MDS – Richtlinie 2008, Nr. 3

²²⁶ Grond, 1992, S. 218

²²⁷ Weyerer, S. u. a., 2006, S. 14

Ist ein Familienangehöriger durch eine Demenzerkrankung verwirrt, kann dies häufig die familiären Beziehungen empfindlich stören. Der (oder eher die) Pflegende muss eine Menge negativer Gefühle bewältigen (Ängste, auch vor eigenen vielleicht im Alter auftretenden Verwirrung, Enttäuschungen, Trauer, Hilflosigkeit, Depression, Aggression, Resignation). Sie muss sich mit ihren eigenen Gewissenskonflikten, Pflicht- und Schuldgefühlen auseinandersetzen. Die Pflegeperson steht vor der Sinnfrage, wenn eine Verbesserung der Situation nicht absehbar ist und sieht sich einer Störung der familiären Bindungen gegenüber (z. B. wenn der Demenzkranke den Partner oder das Kind nicht mehr erkennt bzw. der Vernachlässigung der eigenen Partnerschaft und der Beziehungen zu den Kindern). Gesellt sich eine Überforderung mit der Pflege und Betreuung hinzu, droht psychische Erschöpfung und körperliche Erkrankung.²²⁸ Die in Verbindung mit einer Demenzerkrankung häufig auftretenden Verhaltensauffälligkeiten sind meist Auslöser für eine Übersiedlung in ein Pflegeheim. Nach Angaben der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erleben Pflegepersonen von Demenzerkrankten eine vielfach höhere Belastung als Pflegende von Nicht- Demenzerkrankten. Eine problematische Beziehung zum verwirrten Angehörigen und der Verlust zwischenmenschlicher Kontakte sowie die Einschränkung der persönlichen Freiheiten der Pflegeperson erhöhen die Gefahr für gesundheitliche Folgen bei ihnen. Psychische, psychosomatische und Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie Schlafstörungen sind die häufigsten Folgen für die pflegenden Angehörigen.²²⁹ Neben dem Umgang mit Sterben und Tod stellt der Umgang mit Demenzkranken und verhaltensauffälligen Menschen eine besondere psychische Belastung auch beim Pflegepersonal in stationären Pflegeeinrichtungen dar.²³⁰

3.6 Zukunftsaussichten in der Pflegeversicherung

Da die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden mit zunehmendem Alter ansteigt, dürfte die demographische Entwicklung auch diesen Zweig der Sozialversicherung zunehmend belasten. In Anlehnung an die Ausführungen der Enquete- Kommission „Demographischer Wandel“ des deutschen Bundestages²³¹ führt Schimany aus, dass die Nachfrage nach geriatrischer Rehabilitation steigen wird, um weitgehende Selbständigkeit im hohen Alter zu erhalten. Er kritisiert, dass die Pflegeversicherung anders als die

²²⁸ Grond, 1992, S. 216f.

²²⁹ RKI/ Statistisches Bundesamt, 2005, S. 17

²³⁰ Weyerer, S. u. a., 2006, S.

²³¹ Enquete- Kommission „Demographischer Wandel“ des deutschen Bundestages Zweiter Zwischenbericht. Bonn, 1998, Bundestagsdrucksache 13/11460. In: Schimany, 2003, S. 435

Krankenversicherung nur begrenzte Leistungen erbringt und zusätzlich auf familiäre und Nachbarschaftshilfe setzt, ohne die soziale Stellung der pflegenden Angehörigen zu verbessern. Allerdings werden durch die familiäre Pflege eine Kostenexplosion auf der Ausgabenseite und die damit verbundenen erheblich steigenden Beitragssätze vermieden.²³²

Ein für die Pflege(versicherung) bedeutsamer Faktor der Sterblichkeitsrate wird von Schimany mit der Sterbedauer benannt. Während in vorindustriellen Zeitaltern die Sterbedauer aufgrund von Infektionskrankheiten relativ kurz gewesen sein dürfte, ist sie heute durch chronische Krankheiten und medizinischen Fortschritt eher lang.²³³ Auch wenn nicht vorausgesagt werden kann, inwiefern eine höhere durchschnittliche Lebenserwartung die Spanne verlängert, in der die Menschen pflegebedürftig sind, so ist es doch wahrscheinlich, dass die absolute Zahl der Pflegebedürftigen steigen wird.²³⁴

Die Alterung der Bevölkerung hat nicht nur die bereits dargestellten Folgen in der gesetzlichen Rentenversicherung. Auch die über das Umlageverfahren finanzierte Kranken- und Pflegeversicherung ist davon betroffen. Eine geringer werdende Anzahl von erwerbstätigen Beitragszahlern steht einer wachsenden Menge von Leistungsempfängern gegenüber, die aufgrund absinkender Altersbezüge weniger Beiträge einzahlen. In der Krankenversicherung strebt die im September gewählte Regierung u. a. den langsamen Abschied von der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge an.²³⁵ Die Pflegeversicherung möchte die neue Regierung durch Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens in Angriff nehmen.²³⁶

Backes formuliert nach Riedmüller/ Rodenstein (1989) 4 Herausforderungen an den Sozialstaat:

- i. Folgen der demographischen Entwicklung für die beitragsfinanzierte soziale Sicherung
- ii. Folgen der Arbeitsmarktkrise, neben der Arbeitslosigkeit auch Arbeitszeitverkürzung, früherer Renteneintritt und Niedriglöhnen

²³² Schimany, 2003, S. 435f

²³³ Schimany, 2003, S. 153

²³⁴ Schimany, 2003, S. 156 f.

²³⁵ CDU, 2009, S. 86

²³⁶ CDU, 2009, S. 93

- iii. Entwicklungen im Gesundheitssektor, die mit einer Kostenexplosion einhergehen
- iv. gerechte Verteilung zwischen den Geschlechtern, „Abkehr von der rein erwerbsarbeits- und ehezentrierten sozialen Sicherung“²³⁷

Renate Schmidt, Bundesfamilienministerin a. D. forderte auf dem 23. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“ 2006 die Kostenübernahme von psychosozialen Hilfen durch die Pflegeversicherung.²³⁸

Im November 2006 wurde der Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes beauftragt, wissenschaftlich begründete Vorschläge für die Entwicklung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erarbeiten. Der Bericht wurde am 26.01.2009 vorgelegt. Ausgangspunkt war die Kritik, dass der Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf vor allem von Menschen mit Demenzerkrankungen nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Der Beirat stimmt damit überein und fordert einen grundsätzlichen Wechsel von der Feststellung des Pflegebedarfs hin zum Grad der Selbständigkeit. Dies soll eine ganzheitliche Sicht auf den pflegebedürftigen Menschen und seine Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben fördern. Der Beirat stützt sich auf Vorschläge aus der Wissenschaft, die Pflegebedürftigkeit an 5 Bedarfsgraden zu messen. Der erste Bedarfsgrad soll Leistungen zur Erhaltung der Selbständigkeit und Vermeidung schwerer Pflegebedürftigkeit enthalten (z. B. Hilfen für die hauswirtschaftliche Versorgung, niedrigschwellige Betreuung, schneller Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen, wohnumfeldverbessernde Maßnahmen und technische Hilfen). Den Bedarfsgrad 5 erhalten Personen, die aufgrund schwerster Beeinträchtigungen eine besondere pflegerische Versorgung benötigen.²³⁹ In diesem Zusammenhang schlägt der Beirat ein neues Begutachtungsverfahren nach Modulen vor, dass neben den körperlichen auch kognitive und psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten sowie die Pflege sozialer Kontakte und Aktivitäten (auch außer Haus) erfasst. Allerdings werden hauswirtschaftliche Versorgung und außerhäusliche Kontakte nicht für die Ermittlung der Bedarfsgrade berücksichtigt, sie dienen der Einschätzung der Gesamtsituation und müssen bei der Beratung, Planung und Optimierung der Pflege und Versorgung einbezogen werden. In das neue Begutachtungssystem einbezogen werden der Präventions- und

²³⁷ Backes, 1997, S. 252, Nach Riedmüller/ Rodenstein, 1989

²³⁸ Schmidt, In: Füsgen/ Vogel, 2006, S. 19

²³⁹ BMG, Januar 2009, S. 70ff.

Rehabilitationsbedarf, der Bedarf bei der Hilfsmittelversorgung und die Erstellung einer Pflegeplanung. Diese sehr differenzierte Beurteilung der Selbständigkeit bezieht den Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf dementiell erkrankter Menschen ein, ohne diejenigen zu benachteiligen, die aufgrund körperlicher Gebrechen pflegebedürftig sind.²⁴⁰ Mit dem vorgeschlagenen Begutachtungsverfahren hat der Gesetzgeber die Möglichkeit, den Pflegebedürftigkeitsbegriff von den Faktoren Zeit und Häufigkeit des Hilfebedarfes der derzeitigen Fassung des § 15 SGB XI zu trennen. Der Grad der Selbständigkeit wird für die einzelnen Module anhand einer Skala bestimmt. Anhand der danach vergebenen Punkte bemisst sich der Leistungsanspruch in der Pflegeversicherung²⁴¹. Dieses „Neue Begutachtungsassessment“ (NBA)²⁴² bietet nach Ansicht des Beirats die Möglichkeit, die Situation des Pflegebedürftigen sehr differenziert zu betrachten und eine gerechte Einstufung vorzunehmen. Die differenzierte Erfassung ist jedoch kompliziert und daher wenig transparent für diejenigen, die mit Begutachtungsverfahren nicht vertraut sind.²⁴³ Eine Umsetzung der Vorschläge führt nach Ansicht des Beirats dazu, dass mehr Menschen als bisher Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hätten, eine Steigerung der Kosten kann daher nicht ausgeschlossen werden. Die Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit bedeutet aber auch, eine neue Perspektive auf Pflegebedürftige und eine neue Qualität der Pflege. Die Koalitionsvereinbarung verspricht zumindest Lösungen für eine Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.²⁴⁴ Inwieweit die Vorschläge des Beirats berücksichtigt werden, bleibt abzuwarten.

²⁴⁰ BMG, Januar 2009, S. 34ff.

²⁴¹ BMG, Januar 2009, S.43ff.

²⁴² BMG, Januar 2009, S. 34

²⁴³ BMG, Januar 2009, S. 47

²⁴⁴ CDU, 2009, S. 93

4 Die Institutionalisierung älterer Menschen als sinnvolle Ergänzung der Versorgung

4.1 Vorbemerkungen

Das Thema Altern ist unwiederbringlich mit dem Thema Tod und vor allem mit dem Sterben verbunden. Noch vor gut hundert Jahren dürften viele Menschen das Sterben und den Tod in einem weitaus jüngeren Alter erlebt haben, durch den erheblich früheren Verlust von Großeltern, Eltern, Ehepartnern oder Geschwistern. Der Tod war vielleicht nicht alltäglich und sicher nicht weniger traurig, doch er fand nicht hinter verschlossenen Türen statt. Der Wunsch, zuhause zu sterben, geht für die Wenigsten in Erfüllung.²⁴⁵

Zu Beginn der Neuzeit wurden die im Mittelalter entstandenen Spitäler zur „Versorgung und Betreuung von Kranken, Armen, Irren, Alten und Waisen“²⁴⁶ weiter ausgebaut. Im 19. Jahrhundert entstanden die ersten Altenheime, da im Zuge der Industrialisierung das Alter als soziales Problem zunahm. Zwischen den 40er und 60er Jahren des 20. Jahrhunderts als „Verwahranstalten“ tituliert, fanden ab den 60er Jahren erste geriatrische Ergebnisse Zugang zur Heimbetreuung. „Aus den „Insassen“ wurden „Patienten“. Die sanitären Verhältnisse änderten sich in erheblichem Umfang, die Pflege wurde rationeller. In den 80er Jahren begann sich die Heimbetreuung mehr an Aktivitätsmodellen zu orientieren und bezog die sozialen, körperlichen und geistigen Bedürfnisse der Bewohner stärker ein. Die Heime spezialisierten sich, neben Altenpflegeheimen entstanden Altenwohnheime und Altenheime, die durch eine stärkere Privatsphäre und Selbständigkeit gekennzeichnet sind, aus Patienten werden Bewohner.²⁴⁷

²⁴⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 214

²⁴⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 155

²⁴⁷ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 155ff.

Das Pflegeheim ist eine soziale Einrichtung, die wie andere Institutionen darauf ausgerichtet ist, „soziale Bedürfnisse zu befriedigen (...) Sicherheit, Ordnung, Orientierung und Stabilität.“ zu schaffen.²⁴⁸ In ein Pflegeheim umzuziehen bedeutet für den Betroffenen zwar von alltäglichen Entscheidungen und Notwendigkeiten entlastet zu werden, sich aber auch auf neue Strukturen und Rollen einzustellen. Dies verlangt „die Aufgabe vertrauter Gewohnheiten und Handlungsmuster.“²⁴⁹ Als Voraussetzung für die Aufgabe der vertrauten Umgebung und die Ausgliederung der Altenhilfe aus der Familie nennen Prah/ Schroeter Qualität und Garantie der benötigten Dienste durch die Umsetzung von Erkenntnissen über Erkrankungen und Erleben alter Menschen.²⁵⁰

4.2 Das Pflegeheim - totale Institution oder soziales Gebilde:

„Alte Menschen, die organisierte Altenhilfe in Anspruch nehmen, lassen sich über Bilder beschreiben, die mehr über die Eigenarten der spezifischen Organisation aussagen als über den alten Menschen.“²⁵¹ Was aber kennzeichnet die Institution Pflegeheim?

Goffman leitet seine Definition der totalen Institution vom Begriff der sozialen Institution ab, die er als Räume bezeichnet, in denen eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird (z. B. Sportverein). Kennzeichen totaler Institutionen ist der beschränkte Kontakt zur Welt außerhalb. Das Leben findet nur an dieser Stelle statt und ist einer einzigen zentralen Autorität unterworfen. Alle Tätigkeiten werden durch Funktionäre reglementiert, sie dienen der Erreichung der Ziele der Institution. Mit dem Eintritt in die Institution wird der Betroffene von der Gesellschaft isoliert, er verliert seine früheren Rollen. Zur Gruppe der totalen Institutionen gehören nach ihrer Zielsetzung auch Einrichtungen zur Fürsorge von unselbstständigen Menschen, darunter Altersheime. Ungeachtet der verschiedenen Ziele sei das zentrale Merkmal der Institutionen die bürokratische Organisation von menschlichen Bedürfnissen. Die Trennung von Verwaltern und Verwalteten ist die Quelle sozialer Konflikte und Problemen innerhalb der Institution.²⁵²

Prah/ Schroeter definieren das Alten- und Pflegeheim als ein „ auf Dauer angelegtes soziales Gebilde mit institutionellen Regelungen, in denen das Verhalten der Bewohner sowie das Verhalten des dort arbeitenden Personals und anderer dort verweilender Menschen

²⁴⁸ Prah/ Schroeter, 1996, S. 164f.

²⁴⁹ Prah/ Schroeter, 1996, S. 165

²⁵⁰ Prah/ Schroeter, 1996, S. 165

²⁵¹ Saake, 2006, S. 183

²⁵² http://de.wikipedia.org/wiki/Totale_Institution, (20.01.2010), Nach: Baltard, 1829; Goffman, 1973

weitgehend normativ gesteuert wird, um eine spezifische Zielvorstellung (...) zu realisieren.“²⁵³ Sie nennen vier wesentliche Bestandteile der Versorgung alter Menschen im Pflegeheim:

„a) behandelnde(.), rehabilitative (.) und reaktivierende(.) Pflege, b) der Verwaltung, c) der hauswirtschaftlichen Versorgung und d) der psychosozialen Betreuung, Beratung und Therapie.“²⁵⁴ Die Organisation eines Pflegeheimes ist gekennzeichnet durch Arbeitsteilung (horizontale Ebene) und Hierarchien (vertikale Ebene). Ziel ist nicht etwa ein messbarer Heilungserfolg wie im Krankenhaus, sondern „die Schaffung eines menschenwürdigen Aufenthaltes für überwiegend chronisch erkrankte Senioren.“²⁵⁵ Versorgung, Betreuung und Pflege alter Menschen werden durch ein „strukturiertes Zeitbudget (...) und in einem funktional strukturierten Rollen- und Kompetenzset“ organisiert.²⁵⁶ Die starren Regeln der institutionellen Versorgung alter Menschen bieten jedoch ein hohes Potential an Konflikten und Spannungen. Der Gegensatz von Kontrollausübung durch das Personal und Kontrollverlust der Bewohner birgt die Gefahr, das o. a. Ziel aus den Augen zu verlieren bzw. zu verfehlen. Der Bewohner wird nicht als Gesamtperson gesehen. Seine Krankheiten werden durch Krankenschwestern/ bzw. -pfleger betreut, der Hilfebedarf bei der Grundpflege wird durch Altenpfleger realisiert, die hauswirtschaftliche Versorgung durch Küchenpersonal und Reinigungskräfte, die soziale Betreuung durch Therapeuten und soziale Betreuer, die bürokratische Organisation durch die Verwaltung.²⁵⁷ „Der Bewohner wird zum Dienstleistungsobjekt einer sozialen Dienste anbietenden Organisation.“²⁵⁸ Die zwischenmenschlichen Beziehungen leiden darunter, die Persönlichkeit kann sich nur noch in der Freizeit entfalten.²⁵⁹

Tom Kitwood stellt dieser hierarchisch organisierten Institution seine Vorstellungen von einem von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägten Pflegeheim entgegen. In einer solchen Institution werden Informationen zwischen den hierarchischen Ebenen ausgetauscht und Machtpositionen dienen dazu, andere anzuleiten und zu unterstützen.²⁶⁰

4.3 Überblick über aktuelle Versorgungsformen

²⁵³ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 166

²⁵⁴ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 166

²⁵⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 167

²⁵⁶ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 166

²⁵⁷ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 167ff.

²⁵⁸ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 168

²⁵⁹ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 169

²⁶⁰ Kitwood, 2002, S. 152ff.

4.3.1 Formen ambulanter Versorgung

Die Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung erhalten überwiegend Pflegegeld. Fast die Hälfte der Leistungsempfänger (47,4% im Jahr 2006)²⁶¹ entscheidet sich für die selbstbeschaffte Pflegehilfe nach § 37 SGB XI. Diese Leistung wird gewährt, wenn ein Angehöriger, Nachbar, Freund usw. Hilfe im Haushalt des Pflegebedürftigen oder in einem anderen Haushalt leistet und der Pflegebedarf nach § 14 und 15 SGB XI festgestellt wurde. Anspruch auf Leistungen besteht auch für Personen, die unter Vorliegen der genannten Voraussetzungen die Hilfe eines zugelassenen Pflegedienstes in Anspruch nehmen (§ 36 SGB XI). Beide Leistungen können nicht nur miteinander kombiniert werden (§ 38 SGB XI), sie können auch mit Leistungen der teilstationären Pflege kombiniert werden (§ 41, vgl. Pkt. 3.4.4.3). Obwohl der Anteil der Menschen in vollstationärer Pflege im Jahr 2006 im Vergleich zu den Pflegegeldempfängern wesentlich geringer war (28%),²⁶² waren die Ausgaben der Pflegeversicherung für vollstationäre Pflege mehr als doppelt so hoch (50,6 %, 23,5% Anteil Pflegegeld).²⁶³ Aus dieser Perspektive betrachtet, ist es verständlich, dass die Sozialpolitik vor allem die ambulante Pflege fördert. So wurden im ambulanten Bereich im Juli 2008 die Leistungen für alle Pflegestufen angehoben, während dies in der vollstationären Pflege nur in der Pflegestufe III geschehen ist. Außerdem wurde für erwerbstätige Angehörige die Möglichkeit geschaffen, für einen begrenzten Zeitraum (6 Monate) die Beschäftigung zugunsten der Pflege eines Angehörigen ruhen zu lassen (§ 3 Pflegezeitgesetz). Dies wird auch von der Übernahme der sozialen Absicherung in der Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung flankiert (§44 u. 44a SGB XI). Neben der Pflege durch Angehörige und andere Personen, ist auch möglich einen zugelassenen Pflegedienst mit der Pflege zu beauftragen.

Wählt ein Pflegebedürftiger das Pflegegeld, benötigen die Angehörigen, die die Hilfe leisten, keine besonderen Voraussetzungen. Allerdings wird ist der Gutachter des Medizinischen Dienstes verpflichtet, eine unzureichende Versorgung im Haushalt des Pflegebedürftigen oder in der vollstationären Einrichtung zu dokumentieren, die Situation mit dem Betroffenen und Pflegepersonen zu diskutieren und der Pflegekasse Vorschläge zur Abhilfe zu unterbreiten.²⁶⁴ Das Pflegegeld wird überdies nur gezahlt, wenn einmal halbjährlich bei Pflegestufe 1 und 2

²⁶¹ BMG, Mai 2008, S. 17

²⁶² BMG, Mai 2008, S. 17

²⁶³ BMG, Mai 2008, S. 19

²⁶⁴ MDS, 2009, S. 22

und einmal vierteljährlich bei Pflegestufe 3 eine zugelassene Pflegefachkraft einen Beratungsbesuch macht (§ 37 Absatz 3 SGB XI).

Sachleistungen für die häusliche Pflege gewährt die Pflegeversicherung, wenn der Pflegebedürftige einen ambulanten Pflegedienst mit der Hilfe beauftragt (§ 36 SGB XI). Die Pflegedienste sind nach § 71 Absatz 1 „selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen.“ Leistungen werden gewährt für die Inanspruchnahme von nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegediensten. Die Zulassung erfolgt über den Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen dem Pflegedienst oder dessen Träger mit den Landesverbänden der Pflegekassen. Neben der Möglichkeit, einen Pflegedienst mit der Hilfeleistung zu beauftragen, kann ein Betroffener nach § 77 SGB XI auch eine Einzelpflegeperson, die nicht mit ihm verwandt oder verschwägert ist, mit der Pflege betrauen und dafür Sachleistungen erhalten. Diese Pflegeperson muss jedoch einen Vertrag mit der Pflegekasse schließen. Diese Möglichkeit wurde bereits bei Inkrafttreten der Pflegeversicherung geschaffen, diente jedoch hauptsächlich der Sicherstellung der wohnortnahen Versorgung, für den Fall, dass die ambulanten Strukturen noch nicht ausreichend vorhanden waren.²⁶⁵ Nach Einführung der Pflegeversicherung ist mittlerweile ein flächendeckendes Netz ambulanter Pflegedienste entstanden. Mit dem 2008 in Kraft getretenen Pflege- Weiterentwicklungsgesetz ist jedoch die Möglichkeit der Einzelpflege mit Verweis auf das im § 2 SGB XI verankerten Selbstbestimmungsrechts der Pflegebedürftigen erweitert worden.

Die Politik möchte unter dem Aspekt der Vermeidung hoher Kosten bei der stationären Versorgung die Pflege und Betreuung alter Menschen in ambulanten Wohnformen fördern. Ideen und Projekte sind zahlreiche vorhanden. Auch das Pflegeversicherungsgesetz sieht hier zahlreiche Hilfen vor. Um ein Verbleiben in der eigenen Wohnung auch bei eingeschränkter Mobilität zu veranlassen, bestehen zahlreiche Möglichkeiten, eine barrierefreie und behindertengerechte Anpassung vorzunehmen (Abbau von Schwellen, Erweiterung von Türen, Einbau von Hilfsmitteln wie z. B. Badewannenlift). Integriertes Wohnen meint, altersgerechte Wohnformen in Wohnsiedlungen einzufügen, um einer Ghettoisierung vorzubeugen. Populär geworden sind auch Mehrgenerationen – Wohnformen, um gegenseitige Hilfe mehrerer Generationen anzuregen. Diese sollten jedoch auch die Wünsche

²⁶⁵ Deutscher Bundestag, 1993, S. 140

nach Distanz bei älteren Menschen berücksichtigen. Betreutes Wohnen meint vor allem Wohnen in der eigenen altersgerechten Wohnung mit der Möglichkeit, bestimmte Dienstleistungen des Vermieters zu beanspruchen, sozusagen eine Vorform der stationären Betreuung. Diese sollten sich jedoch an der Situation des jeweiligen Bewohners orientieren und ihm nur abnehmen, was er selbst nicht mehr leisten kann. Eher problematisch sieht Lehr die Gründung von Wohngemeinschaften, da die Lösung von Konflikten unter Wahrung gleichberechtigter Personen und die Rollenverteilung bei einer Wohngemeinschaft mit Frauen und Männern problembehaftet sein dürften. Auch die Politik ist dabei, zu erkennen, dass es nicht eine Lösung für alle älteren Menschen gibt, sondern jeder für sich entscheiden muss, in welcher Wohnform er sich wohlfühlt.²⁶⁶ Die Neufassung des § 77 SGB XI enthält neben der Erweiterung auf das Selbstbestimmungsrecht die Option, Einzelverträge zu schließen, wenn dies besonders wirtschaftlich ist. Hintergrund ist, dass der Gesetzgeber alternative Wohnformen im Alter anregen will. So könnte eine Einzelpflegeperson eine Wohn- oder Hausgemeinschaft mit pflegebedürftigen Menschen betreuen.²⁶⁷ Eine durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erfolgte Ergänzung des § 36 Absatz 1 ermöglicht es Pflegebedürftigen, die in räumlicher Nähe wohnen, Leistungen eines Pflegedienstes gemeinsam abzurufen. Die z. B. durch gemeinsames Einkaufen und Kochen entstandenen Zeit- und Kosteneinsparungen sollen den Pflegebedürftigen zugute kommen. Sie können auch von Personen, deren Alltagskompetenz nach § 45a nicht eingeschränkt ist, für Betreuung (z. B. Vorlesen) genutzt werden, wenn die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung sichergestellt sind.²⁶⁸

Kitwood begrüßt die Entwicklung und Förderung vielfältiger ambulanter und teilstationärer Modelle, weil sie viel „Spielraum bei Demenz für das Angebot einer bedeutungsvollen Lebensweise“²⁶⁹ bieten. Lehr tritt zwar durchaus für eine Förderung der ambulanten Hilfen ein, sieht aber auch die Grenzen:

„1. durch die Tatsache, dass eine Pflegebedürftigkeit in einem immer höheren Alter eintritt und dann durch die Multimorbidität (das Zusammentreffen mehrerer Erkrankungen) mehr Pflegeleistung verlangt.

2. sind die pflegenden Angehörigen selbst dann auch in einem höheren Alter, so dass die Pflege von ihnen vielfach nicht mehr geleistet werden kann;

²⁶⁶ Lehr, 2003, S. 306ff.

²⁶⁷ Deutscher Bundestag, 2007, S. 69

²⁶⁸ Deutscher Bundestag, 2007, S. 54

²⁶⁹ Kitwood, 2002, S. 90

3. werden immer weniger Ältere von morgen Kinder haben;
4. und wenn, dann höchstens 1-2 Kinder und nicht mehrere, die sich die Sorge um die und Hilfe der alten Eltern teilen können:
5. Unsere Industriegesellschaft verlangt Mobilität, - d.h., die Kinder werden immer seltener in der Nähe wohnen;
6. Immer mehr Frauen werden berufstätig sein (und damit wird die Pflege durch die Töchter reduziert werden)
7. Weiterhin kommt dazu, dass die Älteren selbst vielfach gar nicht mit ihren Kindern zusammen wohnen möchten;
8. Schließlich muss man die veränderten Familienstrukturen in Betracht ziehen; Scheidungen nehmen zu, ohne Wiederverheiratung. Ob man den Partner auch ohne Trauschein pflegen wird, wissen wir nicht. Aber die Ex-Schwiegermutter wird man sicher nur in äußerst seltenen Fällen pflegen.²⁷⁰

Gilt die sozialpolitische Devise ambulant vor stationär vorrangig, weil die Hilfebedürftigen zuhause besser aufgehoben sind oder doch eher, weil dies Kosten spart? Selbst dass persönliche Budget soll vor allem Kosten sparen, obwohl als Zielsetzung die Eigenverantwortung der Betroffenen gewürdigt werden soll (?). Doch die Umsetzung ist kompliziert und bürokratisch. Selbst die Mitarbeiter der Kostenträger müssen zu den Themen ständig weitergebildet werden. Menschen mit Behinderungen, die das persönliche Budget in Anspruch nehmen möchten brauchen Hilfe, um ihre Ansprüche durchzusetzen.²⁷¹

4.3.2 Strukturelle Aspekte der stationären Altenhilfe

Nach § 43 SGB XI erhalten Pflegebedürftige nur dann Leistungen der stationären Pflege, wenn häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich ist (Absatz 1). Dies wird unterstellt, wenn Pflegebedarf nach Pflegestufe 3 besteht. Die Notwendigkeit besteht auch bei Pflegestufe 1 und 2, wenn keine Pflegeperson den Hilfebedürftigen betreuen kann, z. B. wegen fehlender Bereitschaft oder Überforderung. Weitere Gründe sind Verwahrlosung, Selbst- oder Fremdgefährdung oder ungeeignete räumliche Gegebenheiten, die nicht behoben werden können.²⁷²

²⁷⁰ Lehr, 2003, S. 125

²⁷¹ Schernus/ Bremer, 2007, S. 19ff.

²⁷² MDS, 2009, S. 83

Nach Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Struktur der stationären Altenhilfe verändert. Im Ersten Heimbericht von 2006 gibt das Bundesfamilienministerium an, dass zu diesem Zeitpunkt nur noch etwa 3% der stationären Einrichtungen der Altenhilfe keine zugelassenen Pflegeheime waren. Die gegenüber dem Altenpflegeheim durch größere Privatsphäre gekennzeichneten Altenheime und Altenwohnheime²⁷³ haben keine Bedeutung mehr. Diese wurden zum Teil durch Einrichtungen des Betreuten Wohnens ersetzt, die eher der ambulanten Betreuung zuzuordnen sind, bzw. eine Art Mischform zwischen privatem und institutionellem Wohnen darstellen.²⁷⁴ Die Zahl der stationären Pflegeeinrichtungen ist zwischen 1999 und 2005 kontinuierlich gestiegen.²⁷⁵ Tatsächlich hat die Versorgungsdichte bei den Heimplätzen für Personen ab dem 80. Lebensjahr abgenommen. Die Bezugsgröße wurde bei 80 Jahren und älter gesetzt, da das Durchschnittsalter der Heimbewohner bei über 81 Jahren liegt. Im Jahr 1999 kamen auf 1000 Menschen ab 80 Jahren 220,5 Plätze, im Jahr 2003 waren es 206,7 Plätze. Erklärt wird dies mit einer deutlichen Zunahme der Bevölkerung im höheren Lebensalter.²⁷⁶ Der größte Teil der Heime (drei Viertel) bietet ausschließlich vollstationäre Dauerpflege an, ein Fünftel bietet neben der Dauerpflege auch teilstationäre bzw. teilstationäre und Kurzzeitpflege. Mehr als die Hälfte der Pflegebedürftigen wird in Heimen freier Träger betreut, gut ein Drittel in privaten Heimen.²⁷⁷ Über die Hälfte der angebotenen Zimmer sind Einbettzimmer. Die Unterkunft in Zimmern mit 3 und mehr Betten ist kaum mehr üblich.²⁷⁸ Die Zahl der Beschäftigten in ambulanten und in der stationären Pflege ist seit 1999 kontinuierlich gestiegen und lag in der stationären Pflege im Jahr 2007 bei über 570 000. 85 % der Mitarbeiter sind Frauen.²⁷⁹ Heimbewohner haben zu fast gleichen Teilen die Pflegestufe 1 und 2 (je ca. 40%), knapp 20 % haben Pflegestufe 3.²⁸⁰

4.4 Leben im Heim

4.4.1 Die Aufnahme ins Heim – von der vertrauten Umgebung in eine fremde Institution

²⁷³ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 157

²⁷⁴ BMFSFJ, 2006, S. 5

²⁷⁵ BMG, 07/09, Punkt IX

²⁷⁶ BMFSFJ, 2006, S. 36

²⁷⁷ BMFSFJ, 2006, S. 6

²⁷⁸ Statistisches Bundesamt, 2007, S. 22, Tabelle 3.3

²⁷⁹ Statistisches Bundesamt, 2007, S. 8

²⁸⁰ BMG, 07/09, Punkt IV

Der Umzug in Heim bedeutet für die Betroffenen, sich noch einmal völlig neu orientieren zu müssen, die vertraute Umgebung mit allem was dazugehört (Familie, Freunde, Nachbarn, eventuell die Stadt oder das heimische Stadtviertel, die Wohnung, die Möbel, den eigenen Tagesablauf und die eigenen Interessen) zu verlassen, kurzum eine Lebenssituation zu verlassen, die dem alten Menschen Sicherheit und Kontrolle gewährten - negative Folgen, ohne zu wissen, was ihn oder sie erwartet. Hilflosigkeit und Trauer können die Folgen sein. Schon über die Entscheidung zum Umzug haben sie nur begrenzt Kontrolle. Wer frühzeitig beginnt, darüber nachzudenken, kann dies noch am besten beeinflussen. Sich mit dem Gedanken zu befassen kann helfen, ein Heim auszusuchen, zu testen und sich darauf vorzubereiten. Doch in vielen Fällen dürfte dieser Weg aus einer Notsituation heraus beschritten werden. Die Entscheidung mag zwar die Zustimmung des Betroffenen verlangen, aber gefällt wird sie von anderen (Angehörige, Ärzte, Betreuer). Positive Folgen sind die eigene Entlastung und Entlastung der Angehörigen bei Versorgung und Pflege, die Befreiung aus einer möglichen (oder drohenden) Isolation durch gemeinsame Aktivitäten und neue soziale Kontakte, professionelle Hilfe bei der (Re)aktivierung noch vorhandener oder neuer Fähigkeiten. Der empfundene Verlust von Autonomie und Kontrolle gepaart mit enttäuschten Erwartungen fordert von den Betroffenen Strategien zur Bewältigung von Konfliktsituationen. Jeder bringt seine eigene Lebensgeschichte mit und bewältigt diese daher auf unterschiedliche Art. Diese Arten der Stressbewältigung, auch „Coping“ genannt, können „instrumentell- orientierte Strategien“²⁸¹ sein (mit den zur Verfügung stehenden Mitteln zu handeln), affektive Strategien“²⁸² (Abbau von Emotionen ohne zu Handeln) und „der soziale Rückzug“.²⁸³

Dem Umzug in ein Heim stehen sehr viele Menschen eher ablehnend gegenüber. Dies wird u. a. damit begründet, dass das Heim der endgültig letzte Wohnort im Leben sein wird, Autonomie- und Kontrollverluste befürchtet werden und mit dem Image des Heimes als „Massenbetrieb“ für Bedürftige. Gründe für den Heimeintritt sind vor allem gesundheitlicher Art. Wird der Umzug in Heim denn auch z. B. im Rahmen eines Akutereignisses (z. B. einen Krankenhausaufenthalt) eingeleitet, ist die Entscheidungsfreiheit des Betroffenen nur beschränkt gewahrt. Die eigene Entscheidung für ein Heim ist allerdings ein wichtiger Faktor, die Eingewöhnung und Anpassung zu erleichtern. Autonomie und Kontrolle über die eigene Situation werden auch als bedeutsam für den Erhalt der kognitiven Fähigkeiten genannt. Feste

²⁸¹ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 179

²⁸² Prahl/ Schroeter, 1996, S. 180

²⁸³ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 180

Regeln (Weckzeiten, Sitzordnungen), Eintönigkeit, das Gefühl der Nutzlosigkeit und die Konfrontation mit Sterben und Tod, werden oft als belastend erlebt. Bietet man den Bewohnern Wahlmöglichkeiten, bindet man sie in häusliche Tätigkeiten mit ein (z. B. bei der Zubereitung der Mahlzeiten) und stärkt man ihren Glauben an die Veränderlichkeit bestehender Situationen, können derartige Belastungen vermindert werden. Lehr bezeichnet den Umzug in eine Pflegeheim als schwere Krise, die Sterblichkeitsrate lag in einer von ihr zitierten Studie (Mautner, Standl et. Al., 1993) in den ersten 6 Monaten bei 41 Prozent. Neben dem Eintrittsalter gelten auch die Fähigkeiten, zu kommunizieren und sich zu orientieren als beste Überlebenschance. Aber auch eine Tagesstrukturierung, die sich den Eigenarten der Bewohner anpasst und sie anregt und beschäftigt und eine individuelle Zuwendung durch das Personal werden als wichtig erachtet.²⁸⁴

4.4.2 Soziale Aspekte im Heimalltag – Belastung oder Bereicherung (Kontakte zu Bewohnern, Personal und „Außenwelt“)

In stationären Pflegeeinrichtungen dominieren institutionelle Einflüsse z. B. in der Pflegeorganisation. „Resultat pflegerischer Selektionen ist eine Pflegeorganisation, deren zentrales Kennzeichen die Trennung von pflegerischen und betreuenden Elementen ist, worunter sowohl die Bewohner als auch die Pflegekräfte leiden.“²⁸⁵ Den Bewohnern wird permanente Hilfebedürftigkeit unterstellt.²⁸⁶ Die Betreuung der Heimbewohner wird durch die Organisation in Heimen zeitlich schwierig, für unsympathische Bewohner wird sie von den Pflegekräften gar nicht gewünscht und doch bedeutet die Betreuung neben der eher einseitigen Pflege auch Ausgleich für die Beschäftigten.²⁸⁷

Saake hat verschiedene Gruppen von Heimbewohnern unterschiedlichen Altersbildern zugeordnet, die den Alltag der Pflegenden bestimmen. Diese Altersbilder orientieren sich an den unterschiedlichen Anforderungen der Bewohner, haben allerdings nichts oder nicht viel mit deren tatsächlichen Gesundheitszustand zu tun, sondern eher mit ihren Charaktereigenschaften.²⁸⁸

²⁸⁴ Lehr, 2003, S. 309ff.

²⁸⁵ Saake, 2006, S. 171

²⁸⁶ Saake, 2006, S. 174

²⁸⁷ Saake, 2006, S. 172 f.

²⁸⁸ Saake, 2006, S. 179

Zwar gelten auch in ambulanten Pflegediensten Zeitvorgaben. Diese treten jedoch vor dem individuellen Umfeld des Patienten für die Pflegekraft in den Hintergrund. Diese erlebt den Patienten in seiner Umgebung, kann durch den Bezug zum individuellen Leben(slauf) vertraute Beziehungen schaffen. Den Patienten wird nur punktuell Hilfebedürftigkeit zugeschrieben. Im ambulanten Sektor muss bzw. kann sich die Pflegekraft an den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der Patienten orientieren, dies sorgt täglich für neue Herausforderungen und führt zu größerer Zufriedenheit. Im ambulanten Bereich wird den Pflegebedürftigen eine gewisse Selbständigkeit unterstellt (besser: sie wird wahrgenommen), die Pflege orientiert sich an individuellen Anforderungen und kann so eine gewisse Distanz einhalten, die die Pflegekraft vor Überforderung schützt.²⁸⁹

Der Aktionsradius der Heimbewohner ist nach Prahl/ Schroeter überwiegend auf das Heim beschränkt. Wenn es der körperliche Zustand und die Infrastruktur der Umgebung noch erlaubt, halten sie sich auch in der näheren Umgebung auf. Verwandte Freunde und Nachbarn, Ausflüge und nicht zuletzt Radio, Fernsehen und Zeitung bilden die überwiegende Möglichkeit, am Geschehen außerhalb des Hauses teilzunehmen.²⁹⁰ Kitwood empfiehlt, die Heime in die Gemeinden zu integrieren, nicht nur räumlich. Die räumliche Nähe zum bisherigen Umfeld ermöglicht es, den Bewohnern, die vertraute Umgebung weiterhin zu nutzen und die bisherigen sozialen Beziehungen zu pflegen.²⁹¹ Die Rolle des Heimbewohners ist nach Prahl/ Schroeter durch den Grad seiner Abhängigkeit geprägt. Je höher seine körperlichen und geistigen Fähigkeiten und seine Sozialbeziehungen sind, desto aktiver beteiligt er oder sie sich an der Gestaltung des Heimalltags. Auch Lebensgeschichte und Lebensstil vor dem Umzug in ein Heim können die kritische Reflexion der Heimbedingungen beeinflussen.²⁹²

Die Pflegekraft, von der „Opferbereitschaft, Gemeinnützigkeit, Verantwortlichkeit und Idealismus“²⁹³ erwartet wird, ist weiblich, auf der Leitungsebene nimmt der Anteil der Männer jedoch einen höheren Prozentsatz ein. Geringes Ansehen, körperliche Anstrengung, schlechte Bezahlung, mangelnde Aufstiegsmöglichkeiten und unregelmäßige Arbeitszeiten sorgen für eine hohe Fluktuation in diesem Bereich. Spezialisierung, Arbeitsteilung und Hierarchien lassen die Pflegekraft in Rollenkonflikte geraten, die zwischen dem

²⁸⁹ Saake, 2006, S. 171 ff.

²⁹⁰ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 180ff.

²⁹¹ Kitwood, 2002, S. 169f.

²⁹² Prahl/ Schroeter, 1996, S. 188

²⁹³ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 184

„Behandlungsobjekt“ und dem Einzelnen mit seinen Bedürfnissen und Verhaltensweisen entscheiden müssen, „zwischen einem von Mitleid und Sympathie angetriebenen Nachgeben menschlicher Regungen und der organisatorischen Notwendigkeit, die - durch das Diktat der Zeit und der Finanzen nicht unwesentlich mitbestimmten – Reglementierungen des Heimapparates durchsetzen zu müssen.“²⁹⁴ Pflegekräfte unterliegen einer großen Gefährdung, am Burnout- Syndrom zu erkranken, wenn sie lange persönliche Gefühle unterdrücken müssen und die Vorstellungen vom Beruf nicht mit der vorherrschenden Realität übereinstimmen.²⁹⁵ Da die Arbeitsorganisation wesentlich zur Entstehung von Mobbing beitragen kann und insbesondere soziale Einrichtungen offenbar noch immer nicht ausreichend über Maßnahmen gegen Mobbing verfügen, ist auch dies ein nicht zu vernachlässigendes Problem. So wurde in einer von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2002 in Auftrag gegebenen Studie festgestellt, dass Menschen in sozialen Berufen, zu denen auch Altenpfleger und Altenpflegerinnen zählen, das höchste Mobbing-Risiko tragen.²⁹⁶ Das Verhältnis der Bewohner zum Personal kann man wie folgt beschreiben: abhängig, wehrlos, einflusslos, die Bewohner empfangen Leistungen ohne etwas zurückgeben zu können, das Autoritätsverhältnis zwischen alt und jung ist umgekehrt.

Das Verhältnis der Bewohner zur Organisation ist gekennzeichnet durch einen reglementierten Tagesablauf, fehlende Rückzugsmöglichkeiten, Krankenhausatmosphäre, „exotisches Essen“, Monotonie.

Das Verhältnis der Bewohner untereinander problematisch, wenn die Betroffenen, das aufeinander zugehen verlernt haben oder dies vor dem Heimaufenthalt nicht notwendig war, Sie befürchten, dass ihre Gesprächsthemen unpassend sind (Krankheit oder Tratsch), haben Probleme mit dem Verhalten anderer Bewohner, fürchten sich vor der Hilflosigkeit und dem Leiden, dass sie bei anderen Bewohnern erleben.

Das Verhältnis der Bewohner zu ihren Angehörigen ist bei Heimeintritt oft konfliktbelastet, da den Angehörigen unter Umständen die Abschiebung ins Heim vorgeworfen wird. Ein Abhängigkeitsverhältnis entsteht, wenn der Heimplatz von den Angehörigen mitfinanziert wird. Die Angehörigen sind aber auch vertraute Bezugspersonen.

²⁹⁴ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 187

²⁹⁵ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 195

²⁹⁶ Meschkutat u. a., 2002, S. 30

Zwischen Angehörigen und Personal können folgende Probleme auftreten:

- unterschiedliche Ansprüche und Blickwinkel gegenüber dem Bewohner;
- der Angehörige vergleicht die Pflegekraft mit seiner eigenen Pflegebereitschaft vor dem Heimaufenthalt;
- er hat eine gemeinsame Geschichte mit dem Bewohner, für die Pflegekraft ist der Bewohner ein Fremder,
- die Pflegekraft hat neben dem einen Bewohner auch andere Personen, um die sie sich kümmern muss;
- beide erwarten gegenseitige Entlastung voneinander.²⁹⁷

Auch Kitwood sieht diese Probleme, empfiehlt aber, die gegenseitigen Vorurteile abzubauen. Er sieht großes Potential darin, die „Pflege miteinander (zu) teilen“.²⁹⁸ Die von der alleinigen Verantwortung befreiten Angehörigen leisten, was sie wirklich leisten wollen und entlasten damit das Pflegeheim ohne Zusatzkosten.

Die vorgenannten Punkte mögen auch die Problematik der Gewalt gegen alte Menschen begünstigen. Sie ist seit einigen Jahren Gegenstand heftiger Diskussionen in der Öffentlichkeit. Unterscheiden kann man hier beispielsweise bewusste und unbewusste, passive und aktive Gewalt in Form von Vernachlässigung und psychischer und körperlicher Misshandlung.²⁹⁹

Saake kritisiert die Strukturierung in der stationären Pflege. Die Pflegekräfte müssen, anders als in der ambulanten Pflege, mehrere Bewohner unterstützen. Ein genau vorgegebener Zeitplan kann kaum eingehalten werden, wenn ein Bewohner außerhalb des Planes Unterstützung benötigt. Menschliche Bedürfnisse und körperliche Prozesse lassen sich aber nicht im Voraus planen. Entscheidet die Pflegekraft, außerhalb des Planes Hilfe zu leisten, wird der Ablauf unterbrochen. Paradoxerweise gelten schwerstpflegebedürftige in diesem System als pflegeleicht, da sie genau in den zeitlichen Ablauf passen und außerhalb dessen keine Ansprüche stellen. Diese „technische Pflege“³⁰⁰ lässt kaum betreuende Maßnahmen zu. Saake glaubt aber auch, dass eine Aufstockung des Personals kaum eine Änderung bewirken

²⁹⁷ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 189ff.

²⁹⁸ Kitwood, 2002, S. 170

²⁹⁹ Prahl/ Schroeter, 1996, S. 202

³⁰⁰ Saake, 2006, S. 185

wird sondern schlägt eine Umstrukturierung und Konzentration auf gesetzte Pflegeziele vor. In Sozialstationen gibt es zwar auch eine zeitliche Organisation, allerdings muss sich der Mitarbeiter innerhalb dieser Vorgaben immer oder meist nur auf eine Person konzentrieren, Betreuung und Aktivierung sind hier eher möglich.³⁰¹

4.4.3 Qualitative Anforderungen in der stationären Pflege alter Menschen

4.4.3.1 Qualität in der stationären Pflege

Für Asam und Altman war schon die Konzeption der Pflegeversicherung als gedeckelte Absicherung ein Instrument zur Qualitätssicherung. „Bei gegebenem Budget soll ein Maximum an Pflegeleistung erbracht werden.“³⁰² Jede Pflegekraft ist schon aufgrund haftungsrechtlicher Fragen (§823BGB) zur Vermeidung eines Schadens zur Sorgfalt verpflichtet.³⁰³

Die Vergütung der Heime ist nach § 84 Absatz 5 SGB XI u. a. an die Qualität der erbrachten Leistungen gebunden. Bis zum 01.07.2008 war die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege sowie Verträge über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, die zusätzlich zu den Vergütungsvereinbarungen zwischen den Trägern der Einrichtungen und den Pflegekassen bzw. Sozialhilfeträgern geschlossen werden mussten, in den §§ 80 und 80a SGB XI geregelt. Mit dem Pflege- Weiterentwicklungsgesetz wurden diese Bestimmungen in das 11. Kapitel des SGB XI integriert, die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen bzw. – nachweise sind Bestandteil der Vergütungsvereinbarungen.³⁰⁴ Pflegeheime sind nach § 112 SGB XI zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement verpflichtet, ebenso wie zur Anwendung von Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität. An der Erstellung sind auch Verbände der Pflegeberufe, Interessengruppen der pflegebedürftigen Menschen sowie unabhängige Sachverständige beteiligt. Sie sollen nach § 113a SGB XI den allgemein anerkannten Stand medizinisch- pflegerischer Erkenntnisse konkretisieren, nach dem Pflegebedürftige versorgt werden müssen, konkretisieren.

Auch das Heimgesetz enthält in § 11 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 die Verpflichtung der Heime, eine angemessene Qualität der Betreuung seiner Bewohner sicherzustellen. Während der

³⁰¹ Saake, 2006, S. 185 ff.

³⁰² Asam/ Altmann, 1995, S. 63

³⁰³ Igl u. A., 2002, S. 23

³⁰⁴ Deutscher Bundestag, 07.12.2007, S. 70

Gesetzgeber letztlich nur Mindeststandards festlegen kann, wird ein Unternehmen, das sich im Wettbewerb durchsetzen will, höhere Standards anstreben.³⁰⁵ Um diesen Wettbewerb anzuregen, hat der Gesetzgeber die Selbstverwaltung verpflichtet, die Qualität der Pflegeheime für den Bürger transparent zu machen (siehe Kapitel 4.4.4.3.). Doch ob im Falle einer notwendigen Heimbetreuung die Entscheidung nach Qualitätsmerkmalen getroffen wird, ist fraglich. Oft entscheidet dies (insbesondere bei Demenzkranken) nicht der Betroffene selbst sondern die Angehörigen oder ein gesetzlicher Betreuer über die Einrichtung. Diese Entscheidung muss nicht allzu selten schnell getroffen werden. Die Heimbetreuung muss außerdem finanzierbar sein. Die Maßstäbe, die hier zugrunde gelegt werden, orientieren sich nicht an marktwirtschaftlichen Aspekten. Schadenersatzansprüche geltend zu machen oder Heime zu schließen, hätte Konsequenzen für die Betroffenen, die die notwendige Versorgung unter Umständen in Frage stellt.³⁰⁶

Gemessen bzw. geprüft wird die Qualität der Pflegeheime nach § 114 SGB XI auf Veranlassung der Landesverbände der Pflegekassen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder unabhängige Sachverständige mindestens einmal jährlich unangemeldet. Schwerpunkt liegt auf der Ergebnisqualität. Dies umfasst den Zustand des Pflegebedürftigen und die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen. Die Prüfung kann auf die Strukturqualität (Rahmenbedingungen, z. B. bauliche Voraussetzungen, Qualifikation des Personals) und die Prozessqualität (Ablauf und Durchführung bzw. Evaluation der Pflege) ausgedehnt werden.

Nach § 113 Absatz 1 SGB XI müssen Pflegeheime ein Qualitätsmanagement einrichten, dass die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität kontinuierlich absichert. Die Diskussionen zum Qualitätsmanagement werden dabei meist unter betriebswirtschaftlichen Aspekten geführt.³⁰⁷ Die in Pflegeheimen angewandten Qualitätsmanagementsysteme, wie DIN ISO, TQM oder EFQM wurden zum großen Teil für Unternehmen entwickelt, nicht für soziale Einrichtungen.³⁰⁸ Fritz Bremer nennt das Qualitätsmanagement die „Ökonomie des Sozialen“.³⁰⁹ Nachvollziehbar ist seine Zusammenfassung in Anlehnung an den italienischen Philosophen Giorgio Agamben (das „nackte Leben“), nach der die Sozialgesetzgebung ein Produkt der Industriegesellschaft sei, ein Produkt des Kapitalismus, ein Produkt der Trennung

³⁰⁵ Igl u. a., 2002, S. 15

³⁰⁶ Igl u. a., 2002, 31f.

³⁰⁷ Igl u. a., 2002, S. 9

³⁰⁸ BMFSFJ, 2006, S. 166f.

³⁰⁹ Schernus/ Bremer, 2007, S. 115

von Arbeit und Leben.³¹⁰ Bremer kritisiert, dass der Hilfesuchende zum Kunden wird, die Hilfe zur Dienstleistung. „Der Bürger, der Hilfe sucht und Rechte hat, ist schwerer abzuweisen, als der Kunde, dem ein bestimmtes Dienstleistungsprodukt nicht angeboten werden kann.“³¹¹ Die Vorgaben zum Qualitätsmanagement sind nach Ansicht von Schernus und Bremer so bürokratisch, dass die Zeit, die Mitarbeiter mit der Erfüllung dieser Vorgaben, für diejenigen verloren geht, die das Ziel der sozialen Arbeit sind. Und da auch in der sozialen Arbeit Arbeitszeit bezahlte Zeit ist, gehen wertvolle finanzielle Mittel für die Klienten verloren. Im Zeitalter von Dokumentierung, Datenmasken und Qualitätsmanagement wird soziale Arbeit zur Dienstleistung, Hilfesuchende zu Kunden. Geht das auch bei Menschen mit psychischen, seelischen und geistigen Erkrankungen? Welche Auswirkung hat die Kommunikation mit den Hilfebedürftigen, wenn zwischen ihnen und dem Helfer ein PC steht?³¹²

Auch die Vorschriften im Sozial- und Gesundheitssektor orientieren sich am ökonomischen Begriff von Qualität. Der Mensch ist allerdings kein Produkt, das sich standardisieren lässt. Im philosophischen Sinn ist Qualität allerdings „so etwas wie das Wesen, das Eigentliche an der Sache“.³¹³ Doch lässt sich Qualität in der sozialen Arbeit, in der Arbeit mit Menschen, überhaupt unter standardisierten Voraussetzungen messen? Es wird nicht bestritten, dass ein Klient und Patient auch ein Kunde der sozialen Arbeit oder des Gesundheitswesens ist. Doch „ein Qualitätsbegriff, der auf der ganzen Linie Patienten zu Kunden macht und (...) durch Wettbewerb und Vergleich unter entsprechendem Management die Mindestqualität betrieblicher Leistungen optimieren will, passt nun gerade besonders schlecht auf die Schwächsten, Ärmsten, Verrücktesten und Ältesten.“³¹⁴ Bei ihnen gehe es vor allem darum, eine Beziehung aufzubauen. Würde man dies unter wirtschaftlichen Aspekten beurteilen wollen, führe dies ins Gegenteil, in die Entfremdung.³¹⁵ Die „Umwegbedürftigkeit“³¹⁶ des Menschen qualitätsgerecht zu fördern, ist der Vorschlag von Renate Schernus.³¹⁷ Statt Rationierungen, Wettbewerb und Kostensenkung als Qualitätsmanagement zu bezeichnen,

³¹⁰ Schernus/ Bremer, 2007, S. 115, Nach: Agamben, 2002

³¹¹ Schernus/ Bremer, 2007, S. 119

³¹² Schernus/ Bremer, 2007, S. 16f

³¹³ Schernus/ Bremer, 2007, S. 24

³¹⁴ Schernus/ Bremer, 2007, S. 26

³¹⁵ Schernus/ Bremer, 2007, S. 27

³¹⁶ Schernus/ Bremer, 2007, S. 26

³¹⁷ Schernus/ Bremer, 2007, S. 29

sollte man die Qualität von „Umwege(n), spontane(n) Einfälle(n), Langsamkeit (und) unverwüstliche(r) Einmaligkeit“³¹⁸ entwickeln.

Alte Menschen werden auch von Politik und Medien zunehmend als wichtiger Motor für die Wirtschaft beurteilt. Doch gilt dies auch für pflegebedürftige Menschen, für Menschen, die aufgrund besonderer psychischer Dispositionen zeit- und personalaufwendige Betreuung benötigen? Ist es für die Pflegekräfte im ambulanten und stationären Bereich überhaupt möglich, die Vorgaben des Pflegeversicherungsgesetzes bezüglich der Qualitätssicherung zu erfüllen? Ist eine Betreuung von psychisch veränderten Menschen mit all ihren Eigenarten unter den gegenwärtigen Voraussetzungen wirklich möglich? Die Kommerzialisierung gilt auch in der Pflege.³¹⁹ Schernus erklärt, dass eine Betreuung und Begleitung dementer Menschen in einer ihnen vertrauten Umgebung mit viel individueller Zuwendung und Einfühlungsvermögen die Beziehungen der Betroffenen und Teilnehmer sehr positiv beeinflusst. Ein großes Pflegeheim, das unter wirtschaftlichen Aspekten betrachtet, Gewinn bringt, kann das jedoch nicht leisten.³²⁰ „Ebenfalls profitieren würden sie (alte und chronisch kranke Menschen) von der Daseinsvor- und Fürsorge, wenn im Bereich der Sozialpolitik kurzfristiges betriebswirtschaftliches Denken ersetzt würde durch volkswirtschaftliches und gesellschaftspolitisches Denken.“³²¹ Schernus schlägt vor, Modelle zu fördern, „die auf eine sich ergänzende Mischung von Bürger- und Profiarbeit bauen“, die Sozialräume gestalten.³²² „Und speziell in der Gesundheits- und Sozialpolitik muss sie (die Politik) verhindern, dass Denkmodelle der Marktwirtschaft weiterhin quasi mechanistisch auf die Versorgung von alten, kranken und/ oder behinderten Menschen übertragen werden.“³²³

4.4.3.2 Was ist ein gutes Pflegeheim und wie findet man es?

Ein gutes Pflegeheim ist nach Kitwood vor allem dem Bewohner verpflichtet.³²⁴ Er ist der Ansicht, dass der Bewohner jedoch nur dann als Person überhaupt wahrgenommen wird, wenn die Mitarbeiter sich auch als Personen fühlen.³²⁵ Der Koalitionsvertrag von Oktober 2009 sieht vor, die Attraktivität der Pflegeberufe zu stärken³²⁶ und in diesen Berufen auch

³¹⁸ Schernus/ Bremer, 2007, S. 30

³¹⁹ Schernus/ Bremer, 2007, S. 63

³²⁰ Schernus/ Bremer, 2007, S. 75f.

³²¹ Schernus/ Bremer, 2007, S. 78

³²² Schernus/ Bremer, 2007, S. 78

³²³ Schernus/ Bremer, 2007, S. 78

³²⁴ Kitwood, 2002, S. 129

³²⁵ Kitwood, 2002, S. 159

³²⁶ CDU, Oktober 2009, S. 85

Perspektiven für Männer zu schaffen.³²⁷ Der erste Heimbericht bemängelt die gesundheitlichen Belastungen, geringe Vergütung, unregelmäßige Arbeitszeiten, durch den Anstieg von Schwerstpflegebedürftigkeit und dementiellen Erkrankungen zunehmende Belastungen, neue konzeptionelle Herausforderungen und fehlende Anerkennung der Bewohner und ihrer Angehörigen sowie einer geringen gesellschaftlichen Wertschätzung der arbeitsmarktpolitisch und gesellschaftlich so bedeutenden Berufe in der Altenpflege.³²⁸ Diese Mängel zu beseitigen entspricht Kitwoods Forderungen, die Lebensqualität des Heimpersonals zu stärken.³²⁹

Studien und Forschungsergebnisse sprechen dafür, Demenzkranke in homogenen Gruppen zu betreuen. Die mit einer Demenz häufig verbundenen Verhaltensauffälligkeiten führen in einer Einrichtung ohne spezielle Betreuung zu Konflikten zwischen Bewohnern mit und ohne Demenz und betroffenen Bewohnern und Personal, dass sich aufgrund von Überforderung mitunter gezwungen sieht, den Bewohner seiner Freiheit zu berauben (durch Einsperren oder Fixierung). Dass sich eine getrennte Betreuung in der Praxis bewährt hat, mag in Zeiten, in denen Toleranz und Integration groß geschrieben werden, zwar bedauerlich sein, scheint aber die Lebensqualität aller Beteiligten insgesamt positiv zu beeinflussen. In den USA (Special Care Units) und Großbritannien (Domus- Einheiten) wurden schon in den 80er Jahren solche speziellen Pflegeeinheiten eingerichtet. Diese zeichnen sich nicht allein durch die Trennung von anderen Pflegeabteilungen aus, sondern u. a. durch besonders ausgebildetes Personal und spezielle architektonische Konzepte bzw. besonderes Mobiliar. Von einer Isolation der Betroffenen kann dabei trotz Abgrenzung zu anderen Pflegebedürftigen keine Rede sein. Denn offenbar hat sich in der Praxis gezeigt, dass diese segregative Betreuung die Mobilität der Bewohner länger aufrecht erhält und ihre soziale Aktivität sich positiv verändert. Da bei dieser Form der Heimbetreuung oft auch die Betreuer und Pflegekräfte betreut werden, profitieren Bewohner und Mitarbeiter davon. Akzeptiert man, dass es bisher keine aussagekräftigen Belege für eine Verbesserung der kognitiven Leistungen oder der Selbständigkeit Demenzkranker gibt, sprechen die Ergebnisse zahlreicher internationaler Untersuchungen für diese besondere Betreuung,³³⁰

³²⁷ CDU, Oktober 2009, S. 74

³²⁸ BMFSFJ, 2006, S. 86 f.

³²⁹ Kitwood, 2002, S. 159 ff.

³³⁰ BMFSFJ, 2002, S. 265, vgl. auch Held, Ermini- Fünfschilling, 2006, S. 95ff., Weyerer u. a., 2006, S. 23ff.

Für demenzkranke Heimbewohner werden kleine übersichtliche Pflegeeinrichtungen empfohlen, um Konflikte zu vermeiden bzw. zu verringern und die verminderte Orientierung zu berücksichtigen. Eine behindertengerechte Ausstattung ermöglicht auch Personen, die in der Mobilität eingeschränkt sind Bewegungsfreiheit. Die Einrichtung sollte den Bewohnern Sicherheit bieten, ohne ihre Würde zu verletzen. Weglauf- und Gefährdungstendenzen müssen hier beachtet werden ebenso wie Maßnahmen, die die Unabhängigkeit der Bewohner aufrecht erhalten, wie z. B. die Vereinfachung der Lebensführung z. B. durch sichtbares Aufstellen von häufig genutzten Gegenständen. Die Umgebung sollte anregend aber nicht aufregend sein und die Herkunft des Bewohners beachten. Eine gemütliche, durch eigenes Mobiliar eingerichtete Umgebung reduziert den institutionellen Charakter des Heimes und vermittelt unter Umständen das Gefühl, zu Hause zu sein. Es gibt Konzepte, die räumliche Umgebung nach einer Epoche einzurichten, in der die Bewohner z. B. ihre Kindheit oder Jugend verbracht haben.³³¹ Kitwood tritt dafür ein, Einrichtungen in die Gemeinden zu integrieren, in denen der Bewohner gelebt hat, um ihm zu ermöglichen, den Kontakt zu Angehörigen, Freunden und Nachbarn aufrecht zu erhalten.³³² Entscheidend für eine gute Betreuung demenzkranker Heimbewohner sind die Betreuer selbst. In der Alten- und Krankenpflege qualifiziertes Personal ist sicher unentbehrlich, muss aber neben den Abschlüssen für den Umgang mit ihrem Klientel persönlich geeignet sein (vgl. Pkt. 4.4.4.4.). Neben der pflegerischen Versorgung ist die soziale Betreuung von hoher Bedeutung. Betreuer mit besonderen Fähigkeiten in der Interaktion und Kommunikation sowie der kreativen und strukturierten Gestaltung des Tagesablaufes der Bewohner sind daher wichtiger Teil des Personals. Der Personalschlüssel des Pflegeheimes sollte die besonderen Anforderungen an die Betreuung Demenzkranker berücksichtigen.³³³ Dies zu überprüfen ist problematisch. § 75 SGB XI legt die personelle Ausstattung von Pflegeeinrichtungen in die Hand der Bundesländer bzw. der Landesverbände der Pflegekassen und der Träger der Pflegeeinrichtungen. Ausreichendes Personal, das nicht nur qualifiziert, sondern auch motiviert ist, das die Betreuung nicht als Dienstleistung begreift, sondern bereit ist, gemeinsame Zeit mit den Bewohnern zu verbringen, trägt zum Gelingen der Betreuung bei.³³⁴

Ein gutes Pflegeheim zu finden, ist sicher nicht leicht und erfordert Zeit. Um diese Suche etwas leichter zu machen, hat der Gesetzgeber mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008

³³¹ Held, Ermini- Fünfschilling, 2006, S. 101ff.

³³² Kitwood, 202, S. 170

³³³ Held, Ermini- Fünfschilling, 2006, S. 31

³³⁴ Held, Ermini- Fünfschilling, 2006, S. 31

angeordnet, die Qualität der Pflegeheime für die Bürger transparenter zu machen. Gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI müssen die Leistungen und deren Qualität verbraucherfreundlich veröffentlicht werden. Das Bewertungssystem wurde durch den GKV- Spitzenverband Bund der Pflegekassen erarbeitet. Dieser hat sich für ein Schulnotensystem entschieden. Zugrunde gelegt werden die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes und Prüfungen anderer Prüfinstitutionen. Die Gesamtnote der Einrichtung setzt sich aus vier Einzelnoten zusammen, einer der Einzelnoten wird im Bereich „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ vergeben. Neben der Gesamtnote wird es eine Note zur Zufriedenheit der Bewohner geben.³³⁵ Allein nach der Gesamtnote zu urteilen, kann also irreführend sein. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sind gut beraten, die Einzelnoten und die separate subjektive Beurteilung der Bewohner bei der Suche nach einer guten Einrichtung zu berücksichtigen und sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen, z. B. durch „Probewohnen“ im Rahmen der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI.

4.4.3.3 Anforderungen an das Betreuungspersonal

4.4.3.3.1 Vorbemerkungen

Das Bild älterer Menschen scheint nach Lehr, die Studien von Erlemeier (1998) und Oswald (1997)³³⁶ zitiert, besonders negativ bei den Personengruppen zu sein, die beruflich vor allem mit Ihnen in Kontakt kommen, Ärzte und Pflegekräfte, auch die altersspezifischen medizinischen und pflegerischen Berufe. Dies mag angesichts des täglichen Blicks auf Abbau und Sterben zwar verständlich sein, doch da die Angehörigen dieser Berufe mit ihren Erwartungen auch das Verhalten alter Menschen bestimmen, ist es auch problematisch.

Das gesamte im Gesundheitswesen beschäftigte Personal, also nicht nur die Betreuungskräfte im ambulanten, teilstationären und stationären Pflegebereich, ist bereits gegenwärtig und sicher zukünftig mit demenzkranken Patienten beschäftigt. Das heißt von der (Zahn)Arzthelferin bis zum (Zahn)Arzt, vom Aufnahmepersonal bis zum Chefarzt eines Krankenhauses, vom Physiotherapeuten bis zum Sanitätshaus müssen die Mitarbeiter Kenntnisse über den Umgang mit demenzkranken Menschen haben. Dies gilt auch für Mitarbeiter in der palliativ- medizinischen Versorgung. „Geriatric muss zum Querschnittsfach aller Disziplinen werden.“³³⁷

³³⁵ http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FragenAntworten_Pflegenoten_091209_10555.pdf

³³⁶ Erlemeier, 1998, Oswald, 1997, In: Lehr, 2003, S. 200f.

³³⁷ Schmidt, In: Füsgen/ Vogel, 2006, S. 15

4.4.3.3.2 Ausbildungsberufe in der Seniorenbetreuung und allgemeine Voraussetzungen

In § 71 Absatz 2 SGB XI ist verankert, dass in einer stationären Pflegeeinrichtung die pflegerische Versorgung der Bewohner in der Verantwortung von Pflegefachkräften zu erfolgen hat. Pflegefachkräfte sind nach der Definition des § 71 Absatz 3 SGB XI Gesundheits(kinder)krankenpfleger und Altenpfleger mit praktischer Berufserfahrung von mindestens 2 Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre. Knapp die Hälfte der Mitarbeiter der stationären Pflege hat einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger oder Altenpfleger.³³⁸ Die Berufsausbildung dieser Pflegefachkräfte unterliegt nicht dem Berufsbildungsgesetz und damit nicht dem dualen System, es handelt sich um eine schulische Ausbildung. Die Ausbildung von (Kinder)Krankenpflegern soll nach § 3 Absatz 2 Krankenpflegegesetz „dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.“ Bestandteil der Ausbildung ist nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auch die theoretische und praktische Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten auf den Gebieten der Gerontologie, Geriatrie und Psychiatrie, ebenso die Bewältigung von Krisen.³³⁹ Der Umgang mit Sterben und Tod ist kein explizit vorgeschriebener Bestandteil der Ausbildung.

Während der Beruf des Krankenpflegers zu den Heilberufen zählt, ist das bei dem Beruf des Altenpflegers nicht so. „Die Ausbildung in der Altenpflege soll die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“³⁴⁰ Ein kleiner Teil der theoretischen Ausbildung (80 Stunden) umfasst den Umgang mit Krisen (z. B. Gewalt in der Pflege). Auch die Pflege sterbender Menschen ist Bestandteil der Ausbildung zum Altenpfleger.³⁴¹ Das Altenpflegegesetz wurde im November 2000 geschaffen, um die vorher geltenden unterschiedlichen länderrechtlichen Regelungen zu vereinheitlichen.

³³⁸ Statistisches Bundesamt, 2007, S.9

³³⁹ Anlage 1 zu § 1 Absatz 1 KrPflAPrV

³⁴⁰ § 3 Absatz 1 AltPflG

³⁴¹ Anlage 1 zu § 1 Absatz 1 AltPflAPrV

Die institutionellen Bedingungen bedeuten für das Personal nicht nur ein hohes Maß an Professionalität sondern auch an Anpassung. Es muss sich mit der Institution identifizieren, seine Interessen vertreten und sich gegenüber Vorgesetzten loyal zeigen. Die „obere Etage“ ist verantwortlich für Entscheidungen und Kontrolle, die untergeordneten Mitarbeiter nehmen Anweisungen entgegen und führen sie aus. Je nach Sensibilität eines Menschen führen die eingeschränkten Entfaltungsmöglichkeiten zur Verweigerung von Kommunikation, Resignation oder Dienst nach Vorschrift. Negative Erfahrungen und Empfindungen werden an Schwächeren ausgelassen. Die auf der untersten Hierarchieebene befindlichen Bewohner sind dabei stark gefährdet. Bei ihnen ist die „Hackordnung“ zu Ende. Resignation, Frustration, Aggressivität, Schuldgefühle mit all ihren physischen und psychischen Auswirkungen können die Folgen sein. Das Pflegepersonal hat Macht gegenüber den Bewohnern, ist aber nicht ihnen gegenüber (wie es eigentlich das Ziel ist), sondern gegenüber dem Arbeitgeber zur Ausübung der Tätigkeit verpflichtet. Möchte die Pflegekraft die Bedingungen ändern, hat aber keine oder nur geringe Karrierechancen, bleibt ihr nur die Arbeitslosigkeit oder Streik. Dabei birgt der Streik von Pflegekräften moralische Probleme in der Schwäche der Bewohner. Unzufriedenheit des Personals wirkt sich auf die Motivation und das Arbeitsklima aus, Vernachlässigung und Gewalt der zu Dienstleistungsobjekten gewordenen alten Menschen sind drohende Folgen.³⁴² „Wenn also eine Organisation dem Angebot einer ausgezeichneten Pflege für ihre Klienten wahrhaft hingegeben, wenn sie ihrem Person sein verpflichtet ist, so muß sie notwendigerweise auch dem Personsein des gesamten Personals, und zwar auf allen Ebenen verpflichtet sein.“³⁴³

Speziell in der Demenzpflege benennt Kitwood die Gefahr, an der eine guten, an der Person orientierten Pflege scheitern kann, in der Bildung von Abwehrmechanismen, die aus Ängsten entstehen. Die tägliche Konfrontation mit „Altern und Gebrechlichkeit, Verrücktsein und Verlust des Selbst“, immer vor Augen, irgendwann selbst in diese Lage zu geraten, Ekel Ohnmacht und Schuldgefühle produzieren Abwehrverhalten. Verbunden mit hierarchischer Organisation führt dies eher zu einem „Dienst nach Vorschrift“ als zu guter Pflege.³⁴⁴

4.4.3.3 Formen der Betreuung demenzkranker älterer Menschen – Anforderungen an die Betreuungskräfte

³⁴² Prahl/ Schroeter, 1996 , S. 169ff., vgl. auch Kitwood, 2002, S. 151

³⁴³ Kitwood, 2002, S. 152

³⁴⁴ Kitwood, 2002, S. 166 f.

Das Modell „Satt und Sauber“, dass in den Köpfen der Menschen als Gespenst Pflegeheim geistert, nennt Kitwood obszön, insbesondere da die Pflegewissenschaft genügend Erkenntnisse und Methoden vorweist, Demenzkranken Respekt zu zollen und ihr Wohlbefinden im Blick zu haben.³⁴⁵ Zur Pflege Demenzkranker wurden durch ein vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenes Forschungsprojekt „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“ erarbeitet. Diese dienen zur Umsetzung von Expertenstandards nach § 113a SGB XI. An der Erarbeitung waren namhafte Experten wie Cora van der Kooij und Christian Müller- Hergl beteiligt. Die Empfehlungen beinhalten:

- Verstehende Diagnostik
- Assessmentinstrumente
- Validation
- Erinnerungspflege
- Berühren, Basale Stimulation, Snoezelen
- Bewegungsförderung und
- Handeln in akuten Krisen.³⁴⁶

Auf die inhaltlichen Aspekte der Betreuungsformen wird im zweiten Teil näher eingegangen.

4.4.3.4 Anforderungen an das Betreuungspersonal

Die Betreuung und Pflege Demenzkranker besteht vor allem darin Brücken zu bauen, Brücken zwischen der Realität des Betroffenen und der Realität der Situation. Da der Demenzkranke oft nicht in der Lage ist, sich anzupassen, muss sich der Betreuende an ihn anpassen. Er darf dabei nicht aus den Augen verlieren, dass er einen erwachsenen Menschen vor sich hat, muss aber gleichzeitig auf ein vielleicht kindliches Verhalten reagieren. Insbesondere negativ empfundenes Verhalten erfordert Gelassenheit und Reflektion, um dem Demenzkranken keine Absicht zu unterstellen.³⁴⁷ Die Expertengruppe, die die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit Demenzkranken erarbeitet hat, verdeutlicht, das gute Pflege durch die Mitarbeiter stationärer Einrichtungen in der obersten Ebene beginnt.

³⁴⁵ Kitwood, 2002, S. 129

³⁴⁶ vgl., BMG, 2006

³⁴⁷ BMG, 2006, S. 32 f.

Heimleitungen sollten sowohl mit Fachwissen in der allgemeinen Pflege als auch in der speziellen Pflege Demenzkranker ausgestattet sein, und neben betriebs- und personalwirtschaftlichen Kenntnissen auch Führungsqualitäten haben, die eine Wertschätzung der Mitarbeiter einschließen.³⁴⁸

Nach Kitwood reicht es nicht aus, einen Abschluss in einem pflegerischen Beruf nachzuweisen. Für ihn ist die Haltung und Einstellung zur Pflege Demenzkranker entscheidend. Wer Erfahrungen damit hat, andere zu pflegen und zu betreuen, vielleicht eine Begabung dafür aufweist, sollte die Chance bekommen, sich in diesem Beruf zu qualifizieren. Er empfiehlt Arbeitgebern, einen Bewerber beim Kontakt zu den Klienten zu beobachten und das Gespür der demenzkranken Bewohner zu berücksichtigen und die Erwartungen und Wertvorstellungen mit den Möglichkeiten des Pflegeheimes zu vergleichen.³⁴⁹ Nach Kitwood muss eine Betreuungsperson dem Demenzkranken die ungeteilte Aufmerksamkeit schenken, sie muss eine „außerordentliche Geschicklichkeit und Bewusstheit“ besitzen und mit „Unzulänglichkeit und Schuldgefühlen“³⁵⁰ umgehen, wenn es ihm die Ereignisse nicht oder kaum erlauben, sich ganz und gar dem Bewohner zu widmen. Die personenzentrierte Interaktion erfordert:

- Anerkennung (offene vorurteilsfreie Begegnung)
- Verhandlung (zuhören und fragen ohne vorgefertigte Annahmen)
- Zusammenarbeit (ohne Zwang oder Ausnutzung von Machtpositionen, z. B. bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten))
- Spiel (kindliche und kreative Freiheit)
- Timalation (sinnliche Zuwendung)
- Feiern (sich freuen können, z. B. gemeinsam Weihnachten feiern)
- Entspannung
- Validation (Erleben von Gefühl und Emotion, sich in den Bewohner hineinversetzen)

³⁴⁸ BMG, 2006, S. 50

³⁴⁹ Kitwood, 2002, S. 163 ff.

³⁵⁰ Kitwood, 2002, S. 175

- Halten (Betreuungsperson ist für den Demenzkranken in der Krise da, gibt ihm Sicherheit)
- Erleichtern (Unterstützung, Hilfe zur Selbsthilfe)
- Schöpferisch sein (Anerkennung einer „Schöpfung“ ohne Kontrolle auszuüben, z. B. basteln , tanzen)
- Geben (annehmen von Zuneigung oder Unterstützung des Demenzkranken)

Bei der Betreuung Demenzkranker werden die eigenen Sorgen der Betreuungsperson unter Umständen verstärkt. Trägt die Betreuungsperson selbst eine Krise aus, ist sie verletzlich. Die Abwehr der persönlichen Gefühle in der Arbeit erschwert den wahrhaftigen Kontakt zum Bewohner. Wird der Betreuer von seinen Gefühlen überwältigt, ist er nicht in der Lage, Unterstützung, Hilfe und Trost zu geben. Eine gute Betreuung bedeutet daher eine geeignete Form von Professionalität zu entwickeln, die eigene Gefühlswelt zu akzeptieren, die Abwehr auf ein Minimum zu reduzieren.³⁵¹

Für Kitwood ist es von untergeordneter Bedeutung, welche beruflichen Qualifikationen ein Betreuer hat, wie umfangreich sein Wissen ist. Die persönliche Eignung und Entwicklung ist entscheidend. Ob der GKV- Spitzenverband dies auch im Sinn hatte, als die „Richtlinien zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen“ erarbeitet wurden, ist nicht bekannt. Da die gesetzlichen Bestimmungen erst seit dem 01.07.2008 und die Richtlinien seit August 2008 in Kraft sind, kann an dieser Stelle auch nicht beurteilt werden, ob die Mindestanforderungen an die zusätzlichen Betreuungskräfte ausreichen, eine Betreuung zu gewährleisten, die als ein wichtiges Kriterium zur Erhöhung der Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner dient. Die Betreuungsrichtlinien fordern zwar keine beruflichen Qualifikationen in einem therapeutischen oder pflegerischen Beruf, allerdings setzen sie eine persönliche Eignung des Bewerbers voraus, in der beispielsweise Kitwoods Anforderungen wiederzufinden sind.³⁵² Da die Arbeitsmarktpolitik dieses Feld schnell für sich entdeckt hat, bleibt zu hoffen, dass auch die Arbeitsvermittler der Bundesagentur für Arbeit in der Lage sind, diese persönliche Eignung eines Arbeitssuchenden einzuschätzen. Die Qualifikation zur Betreuungskraft muss mindestens 160 Stunden umfassen

³⁵¹ Kitwood, 2002, S. 181 ff.

³⁵² GKV- Spitzenverband, 2008, § 3 f.

und schließt ein 5- tages Orientierungspraktikum vor Beginn und ein mindestens zweiwöchiges Betreuungspraktikum während der Qualifizierung ein. Die Maßnahme muss zu Beginn in mindestens 100 Stunden Grundkenntnisse über Kommunikation und Interaktion mit Demenzerkrankten, über Demenzerkrankungen und über die Pflege sowie Erste Hilfe vermitteln. Das daran anschließende Betreuungspraktikum muss unter Anleitung einer Pflegefachkraft, wenn möglich mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung, in einem Pflegeheim ausgeübt werden. Das dritte Modul umfasst mindestens 60 Unterrichtsstunden, in der die erworbenen Kenntnisse vertieft und um praktisches Wissen (z. B. Ernährung, Beschäftigung, Kommunikation mit Pflegekräften, Angehörigen usw.) erweitert wird. Eine mindestens zweitägige Fortbildung einmal jährlich berechtigt zur weiteren Betreuungstätigkeit im Pflegeheim.³⁵³

4.4.3.3.5 Aufgaben der Sozialarbeiter in der stationären Pflege Demenzkranker

Soziale Arbeit mit Demenzerkrankten muss sich am Erhalt von Menschenwürde und Selbstbestimmung orientieren.³⁵⁴ Sozialarbeiter bemühen sich „Lebensaufgaben in Alterskrisen zu bewältigen.“³⁵⁵ Nach Grond hat Sozialarbeit in der stationären Pflege und Betreuung Demenzkranker folgende Aufgaben:

- Hilfe und Begleitung der Bewohner durch Einzelfallhilfe und Gruppenarbeit (Hilfe bei der Vorbereitung auf den Umzug ins Heim und bei der Eingewöhnung, Klärung rechtlicher Ansprüche und Geschäftsfähigkeit, Konfliktberatung, Gesprächs- und Beschäftigungsgruppen)
- Zusammenarbeit mit den Angehörigen (Biographiearbeit, Information über die Erkrankung, Hilfe bei der Bewältigung von psychischen Problemen in Zusammenhang mit dem Bewohner)
- Kooperation mit dem Pflegepersonal (Hilfe bei sozialen und beruflichen Problemen, Teilnahme an Fallbesprechungen, Hilfe bei Konflikten, Organisation von Weiterbildungen)

³⁵³ GKV- Spitzenverband, 2008, § 4

³⁵⁴ Grond, 1992, S. 253

³⁵⁵ Grond, 1992, S. 262

- Heimbezogene Mitwirkung (Tagesablauf, Gestaltung der Räume, Kooperation mit Leitung und Heimträger, Gestaltung von Konzepten, Veranstaltungen, Mitbestimmung)
- Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung mit anderen pflegeunterstützenden Einrichtungen³⁵⁶

Fred Karl sieht in der Sozialen Arbeit mit und für Demenzkranke vor allem die Aufgabe, eine Brücke zwischen den Generationen zu schlagen, den Umgang von jung und alt zu gestalten und den jüngeren Perspektiven für die Zukunft zu eröffnen.³⁵⁷

4.4.4 Und wer bezahlt das – Finanzierung der stationären Pflege und Betreuung

Nach § 82 Absatz 1 SGB XI haben Pflegeheime Anspruch auf eine Vergütung und für die Pflege. Selbst zahlen muss ein Heimbewohner Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten (§ 82 Absatz 3), wenn diese nach § 9 SGB XI nicht oder nur teilweise von den Bundesländern getragen werden. Auch Zusatzleistungen nach § 88 für besonderen Komfort und zusätzliche pflegerische bzw. betreuende Maßnahmen muss der Heimbewohner selbst finanzieren.

Die durchschnittlichen Kosten für einen Heimaufenthalt lagen für Bewohner mit Pflegestufe 3 bei 2770 Euro monatlich im Jahr 2007. Dabei lag der tägliche Satz für vollstationäre Pflege in dieser Pflegestufe bei 71 Euro, für Unterkunft und Verpflegung betrug er 20 Euro pro Tag. Nach der Berechnungsgrundlage des statistischen Bundesamtes ergibt sich ein monatlicher Betrag von 2158,40 Euro nur für Pflegeleistungen. Die Pflegekasse übernahm nach § 43 SGB XI in der 2007 gültigen Fassung einen Betrag von 1432 Euro monatlich für pflegebedingte Aufwendungen, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung. Ein Pflegebedürftiger muss nach diesen Zahlen durchschnittlich über 1300 Euro monatlich selbst bezahlen. Noch nicht berücksichtigt werden dabei die nach § 82 Absatz 3 SGB XI vom Bewohner selbst zu finanzierenden Investitionskosten und Zusatzleistungen nach § 88 SGB XI.³⁵⁸ Auch wenn sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, seit Inkrafttreten der Pflegeversicherung insgesamt verringert hat, birgt die stationäre Pflege noch immer ein hohes Armutsrisiko. Im Jahr 2006 erhielten 753 000 Personen stationäre Pflegeleistungen (soziale und private Pflegeversicherung)³⁵⁹. Die Zahl der

³⁵⁶ Grond, 1992, S. 261f.

³⁵⁷ Karl, In: Schweppe, 2005, S.138

³⁵⁸ Statistisches Bundesamt, 2007, S.8/ Tabelle 3.3 u. 3.4

³⁵⁹ BMG, Mai 2008, S. 16 ff.

sozialhilfebedürftigen Heimbewohner, die als Nichtversicherte und wegen des nicht ausreichenden Hilfebedarfes keine stationären Pflegeleistungen aus der Pflegeversicherung bekamen, wird auf 50 000 geschätzt. Insgesamt waren 273 000 Bewohner von Pflegeheimen auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen³⁶⁰. Demnach erhielten über 220 000 stationär Pflegebedürftige ergänzende Sozialhilfe, das sind fast 30 Prozent.

Die Höhe des Pflegesatzes (Kosten für Pflege, medizinische Behandlungspflege und soziale Betreuung) wird nach § 85 SGB XI zwischen den Trägern der Heime und den Kostenträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) vereinbart. Auch die Kosten für Unterkunft und Verpflegung werden nach § 87 SGB XI zwischen diesen Parteien geregelt.

Im Gegensatz zu den Leistungen in der ambulanten und teilstationären Pflege wurden die Leistungen für die vollstationäre Pflege mit dem Pflege- Weiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 nur in der Pflegestufe 3 angehoben. Die Übernahme der medizinischen Behandlungspflege durch die Pflegekassen war bei Inkrafttreten der Pflegeversicherung noch zeitlich begrenzt worden, sie sollte langfristig in den Leistungsbereich der Krankenversicherung übertragen werden. Dies gelang bisher nur für Pflegebedürftige, die einen besonders hohen Bedarf an Behandlungspflege haben (§ 37 Absatz 2 SGB V). Der Gesetzgeber hat jedoch den steigenden Anteil der demenzkranken Heimbewohner und deren erheblichen Bedarf an zusätzlicher Betreuung mit der Schaffung des § 87b SGB XI berücksichtigt. Danach haben Pflegeheime Anspruch auf Zuschläge zur Pflegevergütung für Heimbewohner, die einen erheblichen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung haben. Voraussetzung für die Vereinbarung ist der zusätzliche Bedarf und die tatsächlich erbrachte Betreuung und Aktivierung der Bewohner. Das Pflegeheim bekommt für 25 Bewohner mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eine Vollzeitkraft vergütet, wenn es zusätzliches Personal sozialversicherungspflichtig beschäftigt (§87b Absatz 1). Die zusätzliche Betreuung darf zudem nicht auf die von den Bewohnern oder den Sozialhilfeträgern zu tragenden Kosten aufgeschlagen werden (§87b Absatz2). Auch für Personen, deren Hilfebedarf nicht das Ausmaß einer Pflegestufe erreicht, sind diese Zuschläge zu zahlen, wenn der zusätzliche Betreuungsaufwand nach § 45a SGB XI festgestellt wurde.

³⁶⁰ BMG, Mai 2008, S. 31f.

5

Zwischenfazit

Der Sozialstaat hat als zentrale gesellschaftliche Instanz unmittelbare Auswirkungen auf das Altern. Die Einführung von Rentenversicherung, Krankenversicherung und Sozialhilfe im Zuge der Industrialisierung ist in erheblichem Umfang an den Auswirkungen auf die Bevölkerungsentwicklung beteiligt.³⁶¹ Die mit der Industrialisierung und gesellschaftlichen Modernisierung fortschreitende Entwicklung zur Selbstbestimmung erweitert die Wahlmöglichkeiten des Einzelnen, sein Leben zu gestalten, zwingt ihn sogar dazu. Individualisierung heißt einerseits mehr Freiheit, andererseits aber auch weniger Sicherheit der Lebensformen. Die damit einhergehende Differenzierung des Lebenslaufes trifft auch die älteren und alten Menschen. Brüche im Erwerbsleben schränken die Altersvorsorge ein, der Verlust sozialer Netzwerke vor Ort führt in die Abhängigkeit von Institutionen.³⁶² Backes erklärt nach Baethge Individualisierung für das Alter gleichsam als Hoffnung, die „späte Freiheit“³⁶³ zu nutzen und als Verhängnis durch „die sie begrenzenden sozialen und individuellen Bedingungen.“ „Die in der Tendenz größer werdende Kluft zwischen gut situierten, (relativ) unabhängigen und aktiven Senioren und sozial schwachen, auf institutionelle Versorgung verwiesenen und gesellschaftlich segregierten alten Menschen

³⁶¹ Backes, 1997, S. 244 f.

³⁶² Backes, 1997, S. 216 ff.

³⁶³ Backes, 1997, S. 221, Nach: Baethge, 1985

erklärt sich unter anderem hieraus.³⁶⁴ Der Generationenvertrag bedeutet für die Jüngeren heute, die Unabhängigkeit der Alten zu sichern, ohne dass eine sichere Perspektive für das eigene Alter garantiert ist. Die sozialstaatlichen Garantien könnten einerseits im Zuge sich wandelnder struktureller Verhältnisse entzogen werden. Andererseits könnten aber auch pluralisierte Lebensstile bei den Alten dazu führen, die sozialstaatlichen Normen der Entberuflichung zu einem vorgegebenen Zeitpunkt in die eigene Verantwortung zu übernehmen.³⁶⁵

Backes verweist darauf, dass „das Verhältnis von Familie und Wohlfahrtsstaat“ sich „in einer entscheidende Übergangsphase“³⁶⁶ befindet. Was sozialpolitisch gern als Krise der Familie bezeichnet wird, sind oft die Folgen der Überforderung mit der Unterstützung, die innerhalb der Familie geleistet werden muss und geleistet wird. Die Sozialpolitik berücksichtigt nur sehr langsam, dass die „Zunahme der Häufigkeit und Dauer der Pflege“, die „Erweiterung des Pflegespektrums“ (durch dementielle und andere psychische Erkrankungen), die „Zunahme von Schwerstpflegebedürftigkeit“, die „Zunahme von Armut und Sozialhilfeempfang“ und die „Entwicklung neuartiger materieller und psychosozialer Belastungen“ (durch vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben)³⁶⁷ die Familie vor große Herausforderungen stellt. Die Idealfamilie, die auffängt, was der Sozialstaat nicht leisten kann, wird seltener: die Frauen streben in den Beruf, die Arbeitgeber verlangen Mobilität, die Generationenbeziehungen sind mehr von „Nähe durch räumliche Distanz“ geprägt.³⁶⁸ Um der steigenden Zahl alter Menschen und ihren Bedürfnissen gerecht zu werden schlägt Backes vor, die modernen Formen der Leistungen zwischen den Generationen innerhalb und außerhalb der Familie zu unterstützen durch z. B. berufliche Entlastungen von Betreuenden und Pflegenden, „Förderung intergenerationaler Wohnformen auch jenseits verwandtschaftlicher Beziehungen“³⁶⁹, Gewährleistung möglichst langer Selbständigkeit auch mit institutioneller Unterstützung, Förderung neuer sozialer Beziehungen, Entlastung der Familie durch Befreiung von Zwängen, Hilfe und Unterstützung zu leisten.³⁷⁰ Die Sozialpolitik hat einige dieser Forderungen inzwischen in Angriff genommen, z. B. mit Einführung der Pflegezeit, der Förderung betreuter Wohnformen, der Leistungserweiterungen in der Tagespflege und der Einführung von Pflegestützpunkten.

³⁶⁴ Backes, 1997, S. 221

³⁶⁵ Backes, 1997, S. 220 ff.

³⁶⁶ Backes, 1997, S. 350

³⁶⁷ Backes, 1997, S. 349

³⁶⁸ Backes, 1997, S. 349 ff.

³⁶⁹ Backes, 1997, S. 352

³⁷⁰ Backes, 1997, S. 352

Laslett benennt 14 Ängste, die mit dem Altwerden verbunden sind, darunter „Furcht vor dem endgültigen Feind der Alten: Senilität, in ihrer bekanntesten Form von den Medizinern Alzheimer- Krankheit genannt“ und „Furcht vor dem Verlust der Wohnung, davor, gezwungen zu sein, mit anderen Menschen zusammenzuleben oder in ein Heim zu müssen, also wirklich abhängig zu sein.“³⁷¹ Im Artikel 1 des Grundgesetzes steht: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Doch wie viel Würde bleibt einem Menschen, der nach § 104 des Bürgerlichen Gesetzbuches wegen „einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit“ geschäftsunfähig ist. Seit 1992 werden Personen, die einen Teil ihrer Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen können, nicht mehr entmündigt. Ihnen wird ein gerichtlicher Betreuer zur Seite gestellt, der sich um die Aufgabenbereiche kümmert, um die sich der Betroffene nicht selbst kümmern kann. Dies geschieht aber nur, soweit keine Person vom Betroffenen selbst bevollmächtigt wurde (§1896 BGB). Nach § 1901c BGB kann jeder schriftlich festlegen, welche Personen welche Angelegenheiten regeln sollen. Bevollmächtigte und Betreuer müssen die Wünsche des Demenzkranken berücksichtigen (§ 1901 BGB). Der Betreuer oder Bevollmächtigte ist verpflichtet, zum Wohl des Betreuten zu handeln (§1901 Abs. 2 BGB) und kann z. B. auch gegen den Willen des Demenzkranken handeln und ihn beispielsweise in einem Pflegeheim unterbringen, wenn die häusliche Pflege nicht mehr ausreicht.³⁷²

Der Umzug in ein Heim, weg von der vertrauten Umgebung, ist ein schwerer Weg. Die Nachrichten berichten noch immer von schlechter Versorgung und zu wenig Personal. Die Betreuung Demenzkranker fordert die Angehörigen 24 Stunden am Tag. Wie soll ein Pflegeheim dies bewältigen? Ist eine gute Betreuung wirklich mit mehr Personal gewährleistet? Das allein reicht sicher nicht aus. Gut ausgebildetes, motiviertes und gesellschaftlich anerkanntes Personal, dass auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner eingehen kann, wäre der nächste Schritt zu einer Heimbetreuung, die vielleicht niemand herbeisehnt, vor der sich aber auch niemand mehr fürchten muss. Die Betreuung und Pflege Demenzkranker fordert von den Pflegenden, die Krankheit zu kennen, sich an die Bewohner anzupassen und mit anderen Mitteln als der Sprache zu kommunizieren. Was dies im Einzelnen bedeutet, wird im zweiten Teil dargelegt.

Nicht nur die würdevolle Betreuung und Begleitung auf dem letzten Lebensabschnitt, ist Aufgabe der Pflegeheime. Das Sterben gehört zum Alltag von Pflegeheimen, wird von

³⁷¹ Laslett, 1995, S. 205 f.

³⁷² http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet10_09.pdf

Bewohnern, Personal und Angehörigen miterlebt. Doch während im Pflegeheim nicht auf die Behandlung eines Bewohners hin gearbeitet wird, ist das im Krankenhaus anders. Einem Arzt, dessen Ziel es ist, eine Erkrankung zu behandeln, wird es schwer fallen, eine geeignete Therapie nicht durchzuführen, weil es der Wunsch eines Sterbenden ist. Die in der Öffentlichkeit mehr oder minder hitzig geführte Diskussion zu Themen wie Sterbehilfe oder Patientenverfügungen spiegelt die gesellschaftliche Einstellung zu Sterben und Tod wider. Und sie lässt manchmal eine gesellschaftliche Einstellung durchscheinen, die Altern als Last begreift. Vielleicht braucht es keine gesetzliche Regelung, wenn wir sicher sein können, dass der Arzt, dessen Patient wir sein werden, unseren Tod zulassen kann, ohne dies als Niederlage zu erleben, wenn die Krankenhäuser bei Sterbenden auch andere Berufsgruppen, wie Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger verstärkt mit einbeziehen.³⁷³

Literaturverzeichnis

a) Primärliteratur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin, 26.01.2009, http://www.bmg.bund.de/cln_151/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrfutigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebedürftigkeitsbegriff.pdf (25.01.2010)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, 2006, http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Neu/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Demenz_Leuchturnprojekt-Rahmenempfehlungen-zum-Umgang.pdf, (20.01.2010)

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin, Mai. 2008

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (07/09), http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Statistiken_20Pflege/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Juli_2009,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zahlen-und-Fakten-Pflegereform-Juli_2009.pdf, (20.01.2010)

³⁷³ Lützenkirchen, 2005, S. 142

CDU: WACHSTUM. BILDUNG. ZUSAMMENHALT. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. Oktober 2009, <http://www.cdu.de/doc/pdfc/091026-koalitionsvertrag-cducsu-fdp.pdf>, (20.01.2010)

Deutsche Alzheimer- Gesellschaft: Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung bei Demenz, http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet10_09.pdf, (20.01.2010)

Deutscher Bundestag: Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz), Drucksache 16/7439, 07.12.2007, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>, (20.01.2010)

Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Fraktionen CDU/ CSU und F.D.P.: Entwurf eines Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit, Drucksache Nr. 12/ 5262, 1993, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/12/052/1205262.pdf>, (20.01.2010)

Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz - AltPflG), <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflg/gesamt.pdf> (20.01.2010)

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz - KrPflG), http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf, (20.01.2010)

GKV-Spitzenverband Bund der Pflegekassen: Richtlinien nach § 87b Abs. 3 SGB XI zur Qualifikation und zu den Aufgaben von zusätzlichen Betreuungskräften in Pflegeheimen, 19. August 2008, http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/2008_08_19_§87b_Richtlinie_2291.pdf, (20.01.2010)

Heimgesetz (HeimG), <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heimg/gesamt.pdf>, (20.01.2010)

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Berlin und Essen, 2009

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Berlin, Essen, 2008. http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRi_Pflege_090608.pdf, (20.01.2010)

Meschkat, Bärbel/ Stackelbeck, Martina/ Langenhoff, Georg: Der Mobbing- Report. Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven, 2002. Entnommen aus: http://www.baua.de/nn_28474/de/Publikationen/Forschungsberichte/2002/Fb951,xv=vt.pdf, (20.01.2010)

Pressemitteilung Nr.435 des statistischen Bundesamtes vom 18.11.2009: Bevölkerung Deutschlands bis 2060, Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 18. November 2009 in Berlin, 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2009/Bevoelkerung/pressebroschuere__bevoelkerungsentwicklung2009.property=file.pdf (21.01.2010)

Robert- Koch- Institut/ Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28, Altersdemenz, 15.11.2005, http://www.rki.de/cln_151/nn_199850/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/altersdemenz.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/altersdemenz.pdf, (20.01.2010)

Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf (25.01.2010)

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2007 Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, Dezember 2007, <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/TIKS/Gesund-Pflegen/PDF/pflegestatistik-2007.property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf>, (20.01.2010)

b) Sekundärliteratur

Agamben, Giorgio: Homo sacer. Die souveräne Macht und das nackte Leben. In: Schernus, Renate/ Bremer, Fritz: Tyrannei des Gelingens. Plädoyer gegen marktconformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Paranus Verlag der Brücke, Neumünster, 2007, S. 115

Asam Walter H./ Altmann, Uwe: Geld oder Pflege. Zur Ökonomie und Reorganisation der Pflegeabsicherung. Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau, 1995

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Altenpflegerin und des Altenpflegers (Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – AltPflAPrV), <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/altpflaprv/gesamt.pdf> (20.01.2010)

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV), http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflaprv_2004/gesamt.pdf, (20.01.2010)

Backes Gertrud M./ Clemens, Wolfgang/ Schroeter Klaus R. (Hrsg.): Zur Konstruktion sozialer des Alter(n)s. Leske + Budrich, Opladen, 2001

Backes, Gertrud M.: Alter(n) als „Gesellschaftliches Problem“? Zur Vergesellschaftung des Alter(n)s im Kontext der Modernisierung. Westdeutscher Verlag, Opladen, 1997

Baethge, Martin: Individualisierung als Hoffnung und Verhängnis. Aporien und Paradoxien in spätbürgerlichen Gesellschaften oder: die Bedrohung von Subjektivität. In: Soziale Welt 36, 1985, S. 299 - 312

Baltar, Louis-Pierre: Architectonographie des prisons. Auteur u. a., Paris, 1829. Übernommen aus: http://de.wikipedia.org/wiki/Totale_Institution, (20.01.2010)

Baltes, Paul B./ Baltes, Margret: Optimierung durch Selektion und Kompensation – ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. In: Zeitschrift für Pädagogik 35, 1989, S. 85 – 105,

Bosbach, Gerd: Demografische Entwicklung – kein Anlass zur Dramatik. Entnommen aus: http://www.nachdenkseiten.de/upload/pdf/gbosbach_demogr.pdf, (20.01.2010)

Bourdieu, Pierre: Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Surhkamp, Frankfurt am Main, 1987.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/bgb/gesamt.pdf> (25.01.2010)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF): Forschungsbericht 5: Peter Schimany: Migration und demographischer Wandel. 2007, http://www.bamf.de/clin_180/SharedDocs/Anlagen/DE/Migration/Publikationen/Forschung/Forschungsberichte/fb5-demographie.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/fb5-demographie.pdf, (20.01.2010)

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS, Hrsg.) : Übersicht über das Sozialrecht. 5. Auflage, BW Bildung und Wissen Verlag und Software GmbH, Nürnberg, 2008

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS): Lebenslagen in Deutschland - Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Juli, 2008, http://www.bmas.de/portal/26742/property=pdf/dritter_armuts_und_reichtumsbericht.pdf, (20.01.2010)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): *Altenbericht, Viertes: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen*, 27.06.2002, <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-21788-4.-Altenbericht-Teil-III,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>, (20.01.2010)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. 15.08.2006, <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=heimbericht,sprache=de,rwb=true.pdf> (20.01.2010)

Cumming, Elaine/ Henry, William E.: *Growing old – the process of disengagement*. Basic Books Inc., New York, 1961

Dettenhofer, Maria H.: *Die Frauen von Sparta*. In: Maria H. Dettenhofer (Hrsg.). *Reine Männersache? Frauen in Männerdomänen der antiken Welt*. Böhlau, Köln u. a., 1994, S. 15 – 40

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP): *Begriffsbestimmung Gerontopsychiatrie*: http://www.dggpp.de/documents/gp_begr.pdf (20.01.2010)

DTV-Lexikon, Brockhaus- Verlag/ Deutscher- Taschenbuch- Verlag, Mannheim/ München, 1992

Durkheim, Emile: *Über soziale Arbeitsteilung*. 2. Aufl., Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1977

Ehmer, Josef: *Sozialgeschichte des Alters*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1990

Eisenstadt, Samuel N.: *Von Generation zu Generation. Altersgruppen und Sozialstruktur*. Juventa- Verlag, München, 1966

Erlemeier, Norbert: *Alternspsychologie. Grundlagen für Sozial- und Pflegeberufe*. Waxmann, Münster, 1998

Füsgen, Ingo/ Vogel, Hans- Rüdiger: *Die Versorgung der Menschen mit Demenz: Anforderungen an die Kranken- und Pflegeversicherung*. Zukunftsforum Demenz. Dokumentationsreihe Band 19, Medical Tribune Verlag, Wiesbaden, 2006

Gestrich, Andreas: *Status und Versorgung alter Menschen in der Neuzeit*. In: Herrmann- Otto, Elisabeth, Wöhrle, Georg, Hardt , Roland (Hrsg.): *Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart*. Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert, 2004, S. 63-78

Goffman, Erving: *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt am Main, Suhrkamp, 1973 [Orig.: *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. Doubleday & Company, New York, 1961] Aus: http://de.wikipedia.org/wiki/Totale_Institution, (20.01.2010)

Grond, Erich: *Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*. 7. Auflage, Lambertus- Verlag, Freiburg im Breisgau, 1992

- Gutzmann: Klinik der Demenz vom Alzheimer- Typ (SDAT). In: Ders. (Hrsg.): Der dementielle Patient. Das Alzheimer- Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung. Hans- Huber- Verlag Bern/ Göttingen/ Toronto, 1992, S. 13-30
- Gutzmann, Hans (Hrsg.): Der dementielle Patient. Das Alzheimer- Problem. Diagnostik, Ursachenforschung, Therapie, Betreuung. Hans- Huber- Verlag Bern/ Göttingen/ Toronto, 1992
- Havighurst, Robert. J./ Neugarten, Bernice L./ Tobin, Sheldon S.: Disengagement and patterns of aging, *The Gerontologist* 4, S.24
- Held, Christoph/ Ermini- Fünfschilling, Doris: Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit Alzheimerkrankheit. 2. Auflage, Karger- Verlag, Basel, 2006
- Hentschel, Volker: Die Sozialpolitik in der Weimarer Republik. In: Bracher, Karl Dietrich/ Funke, Manfred/ Jacobson, Hans- Adolf (Hrsg.): Die Weimarer Republik 1918 – 1933. Politik, Wirtschaft, Gesellschaft. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 1987
- Herrmann- Otto, Elisabeth, Wöhrle, Georg, Hardt , Roland (Hrsg.): Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart. Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert, 2004
- Herrmann- Otto, Elisabeth: Die Ambivalenz des Alters. Gesellschaftliche Stellung und politischer Einfluss der Alten in der Antike. In: Dies. (Hrsg.): Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart. Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert, 2004S. S. 3 -17
- Igl, Gerhard/ Schiemann Doris/ Gerste, Bettina/ Klose, Joachim: Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Schattauer- Verlag, Stuttgart, 2002
- Jürgen Hohmeier/ Pohl, Hans-Joachim (Hrsg.): Alter als Stigma oder Wie man alt gemacht wird. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1978
- Karl, Fred: Demenz und Sozialpädagogik. In: Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben und Arbeitsfelder. Schneider- Verlag, Hohengehren, 2005, S. 131-139
- Kitwood, Tom: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 2. Auflage, Hans Huber Verlag, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, 2002
- Kohli, Martin u. a.: Engagement im Ruhestand. Rentner zwischen Erwerb, Ehrenamt und Hobby. Leske & Budrich Opladen, 1993
- Kohli, Martin: Altern in soziologischer Perspektive. In: Baltes, P. B./ Mittelstraß, J. (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung, de Gruyter Berlin, New York, 1992, S. 231 - 259
- Kohli, Martin: Das Alter als Herausforderung für die Theorie sozialer Ungleichheit. In: Berger, P./ Hradil, S. (Hrsg.): Lebenslagen, Lebensläufe, Lebensstile. Sonderband 7 der sozialen Welt. Schwartz, Göttingen, 1990, S. 387-406
- Lamprecht, Annette M.: Christlicher Glaube im Alter. Eine Untersuchung zur Bedeutung und Funktion. LIT – Verlag, Berlin, 2006
- Laslett, Peter: Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns. Juventa Verlag Weinheim und München, 1995
- Lehr, Ursula: Gero- Intervention – das Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen. In: Dies (Hrsg.): Interventionsgerontologie. Steinkopff, Darmstadt, 1979, S. 6ff.

- Lehr, Ursula: Psychologie des Alterns. 10. Auflage, Quelle & Meyer, Wiebelsheim, 2003
- Linde, Hans: Theorie der säkularen Nachwuchsbeschränkung 1800-2000. Campus, Frankfurt am Main, 1984
- Longino, Charles F./ Karl, C. S.: Explicating activity theorie: a formal replication. In: Journal of Gerontology 37, 1982, S. 713- 722
- Lützenkirchen, Anne: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen. Kohlhammer- Verlag, Stuttgart, 2005
- Mannheim, Karl: Das Problem der Generationen. In: Kölner Vierteljahreshefte für Soziologie, 7, 1928, 157-185, S. 309-330
- Mautner, S. L./ Standl, A./ Pillau, H.: Wer überlebt im Pflegeheim? Zeitschrift für Gerontologie 26, 1993, S. 149-156
- Meusel, Heinz: Bewegung, Sport und Gesundheit im Alter. Quelle & Meyer, Wiesbaden, 1996
- Minois, Georges: History of Old Age. From Antiquity to the Renaissance, Oxford, 1989.
- Mollenkopf, Heidrun: Technik – ein „knappes Gut“? Neue soziale Ungleichheit im Alter durch unterschiedliche Zugangs- und Nutzungschancen. In: Backes Gertrud M./ Clemens, Wolfgang/ Schroeter Klaus R. (Hrsg.): Zur Konstruktion sozialer des Alter(n)s. Leske + Budrich, Opladen, 2001, S. 223ff.
- Multrus, Dirk: Versorgung alter Menschen in den Deutschen Landen und im späten Mittelalter. In: Herrmann- Otto, Elisabeth, Wöhrle, Georg, Hardt , Roland (Hrsg.): Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart. Röhrig Universitätsverlag, St. Ingbert, 2004, S.33 -62
- Nühlen- Graab, Maria: Philosophische Grundlagen der Gerontologie. Quelle & Meyer, Heidelberg/ Wiesbaden, 1990
- Oswald, Frank.: Altersbilder und Altersstereotype als Forschungsgegenstand der Gerontologie. In: M. Bergener u. a. (Hrsg.): Management Handbuch Alteneinrichtungen, GW1-22, Decker- Verlag, Heidelberg, 1997.
- Parsons, Talcott: Systematische Theorie in der Soziologie. Gegenwärtiger Stand und Ausblick. 1945. In: Ders.: Beiträge zur soziologischen Theorie. Hrsg. u. eingel. von D. Rüschemeyer, Neuwied am Rhein, 1964, S. 31 –64;
- Parsons, Talcott: Toward a Healthy Maturity. In: Ders.: Social Structure and Personality. Glencoe. 1964, III., S. 236 –254
- Prahl Hans- Werner / Schroeter, Klaus R.: Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Verlag Ferdinand Schöningh, Paderborn, 1996
- Riedmüller, Barbara/ Rodenstein, Marianne: Was man machen kann und was man wünschen soll. In: B. Dies. (Hrsg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung, Frankfurt am Main Suhrkamp, 1989, S. 7-15
- Rose, Arnold M.: The subculture of the aging. A topic for sociological research. In: The Gerontologist, 2, 1989, S. 123 – 127.
- Rosenmayr, Leopold: Schwerpunkte der Soziologie des Alters (Gerosoziologie). In: König, René (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 7. Enke, Stuttgart, 1976, S. 218 -420

- Saake, Irmhild: Zur Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2006
- Schelsky, Helmut.: Die skeptische Generation. Eine Soziologie der deutschen Jugend. Düsseldorf, Köln, 1963. In: Saake, Irmhild: Zur Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2006, S. 51ff.
- Schernus, Renate/ Bremer, Fritz: Tyrannei des Gelingens. Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Paranus Verlag der Brücke, Neumünster, 2007
- Schimany, Peter: Die Alterung unserer Gesellschaft. Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs. Campus- Verlag, Frankfurt am Main, 2003
- Schimany, Peter: Alter und Altern aus bevölkerungssoziologischer Perspektive. In: Backes Gertrud M./ Clemens, Wolfgang/ Schroeter Klaus R. (Hrsg.): Zur Konstruktion sozialer des Alter(n)s. Leske + Budrich, Opladen, 2001, S. 81 - 96.
- Schmidt, Renate: Wie sieht eine humane Pflege aus? In: Füsgen, Ingo/ Vogel, Hans- Rüdiger: Die Versorgung der Menschen mit Demenz: Anforderungen an die Kranken- und Pflegeversicherung. Zukunftsforum Demenz. Dokumentationsreihe Band 19, Medical Tribune Verlag, Wiesbaden, 2006, S. 15
- Schroeter, Klaus R.: Lebenslagen, sozialer Wille, praktischer Sinn. In: Backes, Clemens, Schroeter, 2001, S. 31 - 64
- Schweppe, Cornelia (Hrsg.): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben und Arbeitsfelder. Schneider- Verlag, Hohengehren, 2005
- Shahar, Sulamit: Growing old in the middle ages „Winter clothes us in shadow and pain“, Routledge, London/ New York, 1997
- Shimada, Shingo/ Blüher, Stefan/ Stosberg, Manfred/ Tagsold, Christian: Öffentlichkeit im Wandel: Die Einführung der Pflegeversicherung in Japan und Deutschland. In: Backes, Gertrud/ Clemens, Wolfgang/ Schroeter, Klaus: Zur Konstruktion sozialer Ordnungen des Alter(n)s. Leske + Budrich, Opladen, S. 148ff
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (20.01.2010)
- Tartler, Rudolf: Das Alter in der modernen Gesellschaft. Enke, Stuttgart, 1961
- Tews, Hans- Peter: Gerontologie: Soziologische Aspekte, In: Kruse, A./ Lehr, U./ Rott, Ch. (Hrsg.): Gerontologie, eine interdisziplinäre Wissenschaft. München, Bayer. Monatsspiegel-Verlags- Gesellschaft, 1987, S. 113-134
- Tunstall, Jeremy: Old and alone - a sociological study of old people. Routledge & Paul, London, 1966
- Vaskovics, Laszlo A.: Alter(n) aus der Perspektive der Familiensoziologie. In: Backes Gertrud M./ Clemens, Wolfgang/ Schroeter Klaus R. (Hrsg.): Zur Konstruktion sozialer des Alter(n)s. Leske + Budrich, Opladen, 2001, S. 97ff.
- Wechsler, David: The measurement of adult intelligence. Williams & Wilkins, Baltimore, 1944
- Weyerer, Siegfried/ Schäufele, Martina/ Hendlmeier, Ingrid/ Kofahl, Christopher/ Sattel, Heribert: Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Kohlhammer Verlag, Stuttgart, 2006

Wöhrle, Georg: Der alte Mensch im Spiegel der antiken Medizin. In: Herrmann- Otto, Elisabeth (Hrsg.): Die Kultur des Alterns. St. Ingbert, Röhrig, Univ.- Verlag, 2004, S. 19 - 31
Woll- Schumacher, Irene: Desozialisation im Alter. Enke, Stuttgart, 1980

Teil II

Sylvia Bädker

Inhalt

1 Einleitung

2 Demenz alternder Menschen

2.1 Alter

2.1.1 Langlebigkeit- wie alt werden Menschen?

2.1.2 Lohnendes Alter

2.1.3 Lebensalter im Wandel

2.1.4 Körperliche und soziale Verluste

2.1.5 Weisheit in der Desorientierung

2.2 Demenz

2.2.1 Demenztypen

2.2.2 Alzheimer Krankheit

2.2.3 Vaskuläre Demenz

2.2.4 Mischformen

2.3 Diagnose und Stadien

2.3.1 Erstes oder soziales Frühstadium

2.3.2 Zweites Stadium

2.3.3 Drittes oder fortgeschrittenes Spätstadium

2.3.4 Viertes oder Endstadium

2.3.5 Kritik zur Frühdiagnostik

2.4 Symptome dementieller Erkrankungen am historischen Beispiel

2.5 Behandlungsmöglichkeiten

2.6 Besondere Lebens- und Wohnbereiche- das Recht auf Verrücktheiten im Alltag

2.6.1 Grundrechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz

2.6.2 Wohlbefinden in der Demenz

2.6.3 Seelische Heilung?

3 Kommunikation und Interaktion

3.1 Kommunikationstechniken

- 3.1.1 Transaktionsanalyse
- 3.1.2 Vier-Ohren-Modell
- 3.1.3 Bedürfnispyramide
- 3.2 Kommunikation mit Demenz
 - 3.2.1 Innenwelten der Demenz
 - 3.2.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung
 - 3.2.3 Personenzentrierter Ansatz
 - 3.2.4 Focusing
 - 3.2.5 Prä-Therapie
 - 3.2.6 Validation
 - 3.2.7 Mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell
 - 3.2.8 Best-Friends-Modell
 - 3.2.9 Sinnliche Wahrnehmung
 - 3.2.10 Verbal/ nonverbal
 - 3.2.11 Lang- und Kurzzeitgedächtnis
- 3.3 Kommunikation zwischen Bewohnern und Pflegekräften
 - 3.3.1 Mehr Zeit, Pflegende wecken Begeisterung
 - 3.3.2 Erschöpfungssyndrom des Helfers
- 3.4 Kommunikation zwischen Bewohnern und Therapeuten
- 3.5 Kommunikation zwischen Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern
 - 3.5.1 Loslassen
 - 3.5.2 Hospizarbeit und Abschied

- 4 Biographie- und Angehörigenarbeit als Basis der Betreuungsarbeit
 - 4.1 Biographie als sozialer Prozess
 - 4.1.1 Bedeutung der Lebensgeschichte
 - 4.1.2 Milieuthherapie
 - 4.1.3 Angehörigenarbeit
 - 4.1.4 Fotografische Kurzbiographie
 - 4.2 Therapeutische Kommunikationsformen
 - 4.2.1 Therapeutische Interventionen
 - 4.2.2 Kreativ sein, kognitive Spiele und Gemeinschaftsaktivitäten
 - 4.2.3 Fotos, eigene Musik, Tagebücher

4.2.4 Erlebnisräume

5 Betreuung im Rahmen des Therapieplanes

5.1 Konzeptvorstellung

5.2 Therapeutische Ziele der demenzgerechten Betreuung

5.3 Sinn von Aktivitäten, zum Lachen bringen

5.3.1 10- Minuten- Aktivierung

5.3.2 Der therapeutische Tischbesuch, Backen, Kochen

5.3.3 Basale Stimulation

5.3.4 Gymnastik, Tanzen, Sturzprophylaxe

5.4 Exemplarischer Lebenslauf

5.5 Meine Rolle als beobachtender Teilnehmer

5.6 Rückmeldungen

5.7 Verwertbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse für den Pflege- und Betreuungsalltag

5.8 Neuer Ansporn für die Erfüllung des Betreuungskonzeptes

6 Resümee

6.1 Soziale und physische Aktivierung anstelle von Behandlung

6.2 Direkter Nutzen zusätzlicher Angebote

6.2.1 Erleichterte Kommunikation mit den Pflegekräfte

6.2.2 Selbstwertgefühl/ Glücks- und Entspannungsmomente

6.3 Nutzen für jeden nach §87 b SGB XI förderungsfähigen älteren Bürger

6.4 Weniger Angst vor Einsamkeit und diversen Abhängigkeitsverhältnissen

6.5 Philosophische Betrachtungen

Literaturverzeichnis

a) Primärliteratur

b) Sekundärliteratur

Anhang

Anlage 1: Fotos als Belege für positive Resonanzen

Anlage 2: Biographien aus dem Projekt Lebenswelten

Anlage 3: Therapie und Betreuungskonzept

1 Einleitung

Sozialpädagogik kämpfte lange um ihre Anerkennung als Wissenschaft, etablierte sich durch Abgrenzung zu anderen und gewinnt ihren Zugang vorrangig zu dem Menschen im Klienten, nicht zu seinem Defizit/seiner Auffälligkeit/Krankheit. Der §87 b SGB XI ermöglicht es, einen niedrighschwelligem Zugang zu den als nicht ursächlich therapier- und heilbar geltenden dementen Menschen zu finden, sich in Beweggründe für emotionale Verlautbarungen und Handlungen einzufühlen und in ihren unverhältnismäßigen Reaktionen ihr zunehmend verlorengendes Verständnis für Realitäten ihrer nächsten Umgebung zu akzeptieren. Sie werden lächeln, ohne zu wissen, worüber- das ist entscheidend: dieses Gefühl des Wohlbefindens, der Selbstachtung, der Geborgenheit, des Angenommen-Seins und der Menschenwürde wird ihnen durch zusätzliche Angebote vermittelt und zum Erleben möglich gemacht. Eine Bereicherung des Alltagslebens in jeglicher Hinsicht wird erreicht und das Wohlbefinden gesteigert. Entsprechend biografischer Kenntnisse über den dementen Menschen- durch die Anamnese, Angehörigen-Erfahrungen oder eigens erteilte frühere Auskünfte- wird auf die Individualität, Einzigartigkeit und Nicht-Austauschbarkeit des betreffenden älteren Menschen Bezug genommen, werden Sequenzen der oft bruchstückhaften Äußerungen aufgenommen und wie ein Puzzle zu einem möglichen Bild ergänzt. Validation kann z.B. durch Kenntnisse der Biographiearbeit leichter am zu betreuenden Menschen angewandt werden und ein erlebbar höheres Wohlbefinden mittels angewandter Methoden der Kommunikation (nach Rogers, Berne, von Thun) und der Berücksichtigung der menschlichen Bedürfnisbefriedigungen (nach Maslow) erzielen.

Zeit- und Personalressourcen stehen im Rahmen des §87b SGB XI zur Verfügung, um zur alltäglich-begleitenden Betreuung auf den unsicheren Wegen bei der Suche nach dem verlorenen ICH zur Verfügung stehen zu können. Die dementen Menschen dort abzuholen, wo sie suchen und sich hilflos nach jeglicher Kommunikation verzerren, ist eine Pflicht. Durch Respekt, Nächstenliebe und Zivilcourage gilt es, die Würde eines jeden Menschen zu schützen und zu bewahren.

Auffallend bei der Lektüre bzw. dem Studium derselben zu dem betitelten Thema ist zuerst und vordergründig, dass viele Theorien über Demenz und deren Umgangsformen in Bezug zu dem Pflegewesen im Altenhilfebereich gesetzt sind. Die explizite

Betrachtung spezifischer Betreuungsformen kommt oft zu kurz oder wird der Pflege unter- bzw. in diese eingeordnet. Durch den §87b SGB XI entsteht nun erstmals die offiziell anerkannte Notwendigkeit, über diese separat zu diskutieren und neu befinden zu können. Die Sozialstiftung Köpenick ist mit dem dort erarbeiteten Betreuungskonzept wohl ein praktizierender Vorreiter, bietet theoretisch fundiert zusätzliche Betreuung im konkreten Sinne an, wobei vorerst offen bleibt, ob die Kriterien dieses Konzeptes den gesetzlich vorgegebenen Maßstäben und Kontrollen des MDK gereichen, diese erfüllen oder gar übertreffen. Durch gesetzliche Richtlinien wurde wiederholt der niedrig zu haltende fachliche Grundansatz des Betreuungsgedanken betont, der kennzeichnend ist für die vorgegebene Auswahl des hierfür meist fachfremden Personals. Es widerspricht selbstredend der Wissenschaftlichkeit eines solchen gesetzlich manifestierten Grundgedankens und zeigt überdeutlich den Stellenwert älterer und kranker Menschen in diesem Gesellschaftssystem.

Zusätzlich zu den hier benannten Lektüren und meiner alltäglich herausfordernden wie bereichernden Arbeit als Therapeutin, inspirierte mich zum Ende meiner Ausarbeitungen eine Begegnung mit Peter J. Whitehouse, dessen Vortrag ich in Berlin beiwohnen durfte. Er revolutioniert meines Erachtens in erheblichem weil grundsätzlichem Maße die Darstellung der Alzheimerkrankheit in der menschlichen Gesellschaft, bewegt sich als behandelnder Arzt- ehemals den medizinisch-analytischen Ansätzen sehr zugewandt und der Industrie sehr zuarbeitend- von symptomatischen Behandlungsmethoden und sämtlichen stigmatisierenden Diagnosen weg, stellt deren Wirksamkeit in einen sehr destruktiven Blickwinkel und hinterfragt gigantische finanzielle Mittel (5 Milliarden Dollar für Werbung allein im Jahr 2008 und eine Milliarde Dollar für die Entwicklung eines einzigen Diagnosetestes), welche die Pharmaindustrie scheinbar übermütig ausschüttete. Nicht Medikamente oder schubladenförmige Krankheitsklassifizierungen ermöglichen ein würdiges Altern eines jeden Menschen, gleich welche Fähigkeiten, Einschränkungen und Bedürfnisse dieser im speziellen hegt, sondern die liebende, fürsorgende Gemeinschaft stellt sich als Lösung für den Erhalt der potentiellen Kompetenzen für unabdingbar dar, indem sie keine Unterscheidungen zwischen krank und gesund vornimmt, es keiner Etikettierung für diese Art von Begegnung bedarf.

Wiederholt verglich der sich Habermas verbunden fühlende Whitehouse, wohl angeregt durch Offenbarungen während seiner Himalaya-Besteigung, den Menschen mit einem

Berg und erinnerte an die natürlichen Mächte, die sich dieser aussetzen muss und welche ihn prägen. Das kommunikative Zusammenwirken der gewaltigen Elementespiele die gesunde Voraussetzung für eine lange Erd- und Menschheitsgeschichte und sollte das beständige, natürliche Altern nicht von einer nur hundert Jahre bekannten und durch Alois Alzheimer definierten Erscheinung komplett neu bewerten lassen. Als Beleg einer unausgereiften Einbeziehung ethischer Grundsätze stellte sich mir die dem Vortrag folgende Gesprächsrunde dar, in welcher Vertreter der Alzheimer-Gesellschaft das vorgetragene Konzept- welches sich eben durch den Verzicht auf jegliche einschränkende Definitionen auszeichnet- negierten, nicht (an-) erkannten und sich offenbar anhaltend wie gerne hilflos und nicht beraten fühlten. Hingegen äußerten Angehörige, die sich auch als Mitarbeiter lokaler sozialer Arbeitsfelder in nicht so starker Abhängigkeit zu den mächtigen Alzheimer-Klassifizierungen innerhalb ihrer gesellschaftlichen wie sozialen Rolle bewegen, eine natürliche Hemmschwelle von Betreuten wie Betreuern, sich über diese defizitären Definitionen abzugrenzen und stellen sich indessen selbst in Frage, gestehen jedem wie sich selbst die Möglichkeit zu, eine individuelle Betrachtungsweise ihres eigenen Personseins sowie ihres Umfeldes als gegeben zu akzeptieren.

Ob und auf welche Art und Weise nun (zusätzliche) Leistungen eines Staates durch dessen ausführende Organe ohne eine Diagnosestellung bewilligt und zuerkannt werden, wurde durch den einleitenden wie abschließenden Redner Peter Wißmann zugespitzt formuliert, indem er das gesamte Kranken- und Pflegesystem Deutschlands in Frage stellte, verbunden mit der Aufforderung zu Mut und Bestimmtheit im Umgang mit sich selbst, allen Menschen und mächtigen Institutionen. In erster Konsequenz fordern beide den Verzicht auf die Benutzung des Begriffes: Alzheimer, wonach ich, diesen Ausführungen gerne folgen wollend, dann die im Folgenden beschriebenen Phänomene um Einiges reduzieren dürfte, es jedoch bei den bis heute anerkannten und von der Majorität benutzten Formulierungen belasse.

2 Demenz alternder Menschen

Es fordert Einsicht und Übung, dem an Demenz Erkrankten auch dann Recht zu geben, wenn sie Falsches behaupten, auch dann beizustehen, wenn sie Hilfe ablehnen, auch dann Konflikte zu vermeiden, wenn sich der Kranke verletzend äußert. Eigene Sichtweisen an die Welt- und Selbstbilder der anderen anzupassen, Argumente nachzuvollziehen und sich neue Überzeugungen anzueignen, fällt den dementiell veränderten Menschen schwer, weshalb sich eine positive Bestätigung ihrer Ansicht anbietet, die sie vor belastenden und destabilisierenden Rückmeldungen bewahrt. Täglich müssen viele Tätigkeiten von Betreuern angeleitet und durchgesetzt, Entscheidungen getroffen und das Verhalten des Kranken beeinflusst werden, ohne dass dieser sich entmündigt und herumkommandiert fühlt. Nicht-konfrontierend, ohne Schuldzuweisungen, ohne Kritik und ohne nutzlose Korrekturen sind lästige wie unvermeidbare Missgeschicke zu tolerieren, gefährliche Umfeldgestaltungen im

Vorfeld zu reduzieren und Kranke vor der Konfrontation mit der eigenen Inkompetenz zu schützen.³⁷⁴

Bereits im alten Griechenland wurden Menschen stigmatisiert, indem ihnen Zeichen in die Körper geschnitten oder gebrannt wurden, die sie als Sklave, Verbrecher, Verräter kennzeichneten und etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über ihren moralischen Zustand offenbarten. Heute werden sichtbare von unsichtbaren Stigmata unterschieden, „wobei ein **Stigma** stets eine unehrenhafte Eigenschaft, ein Fehler, ein Charaktermangel in den Augen der anderen, der Normalen, ist. Ein Stigma wird also von der Umwelt definiert und ist gewöhnlich Ursache verminderter sozialer Teilnahmechancen.“³⁷⁵ Stigmatisierung brandmarkt einen Menschen, etikettiert ihn. Von **Etikettierung** „ist sinnvollerweise aber nur dann zu reden, wenn der Definitionsvorgang eine Auswirkung für dasjenige Individuum hat, dem die Definition (das Etikett) angehängt wird. Dies ist gewöhnlich dann der Fall, wenn eine Majorität eine Ansicht über einen Außenseiter oder eine Randgruppe hat oder wenn Leute mit professioneller Beurteilungsmacht auf den Plan treten (Polizei, Gericht, Gutachter, Sozialpädagogen), deren Definition sich die stigmatisierte Person nicht entziehen kann...“³⁷⁶.

2.1 Alter

Jeder sei so alt, wie er sich fühle, heißt es landläufig.³⁷⁷ Wie er/ sie sich selbst wahrnimmt und gesellschaftlich wahrgenommen wird, entscheiden gesellschaftspolitische Konstruktionen von Politikern und Medien. Das Alter bietet Erfahrungsressourcen und stellt eine Wissensakkumulation dar, die nachfolgende Generationen nutzen können.³⁷⁸

Demographisch gesehen werden die Deutschen immer älter. Die mehrdimensionale Lebensphase des Alterns stellt eine große Herausforderung für den Sozialstaat mit einer wachsenden Bedeutung für die soziale Arbeit dar.³⁷⁹ Gesellschaftliche Konstruktionen offenbaren die Stigmatisierung und Etikettierung alter Menschen, veranschaulicht in der Disengagement-Theorie (Herauslösen der Alten aus dem Arbeitsprozess und sozialen Netzwerken; siehe Teil I: 2.4 b), der Aktivitätstheorie (Zufriedenheit steigt mit der Übernahme sozialer Engagements und freizeittlicher Aktivitäten; siehe Teil I: 2.4 c) und

³⁷⁴ Romero, B. 2006 in: Aldebert, H.(Hrsg.):317-319

³⁷⁵ Wurr, R. 1981: 43

³⁷⁶ Wurr, R. 1981: 44 oben

³⁷⁷ Kemper, J. 1990: 80 ff.; Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 55 ff.

³⁷⁸ Saake, I. 2006: 23; Lehr, U./Puschner, J. 1963: 57-86 in: Kemper, J. 1990: 80 unten

³⁷⁹ Nowak, J. 2009: 134

der Subkulturtheorie³⁸⁰ (zur Generationenunterscheidung aufgebautes eigenes Statussystem).³⁸¹

„Wir bieten unseren Verlusten die Stirn, wir trauern. Wir schauen in den Spiegel und akzeptieren die Tatsache des Alterns und dass wir nicht unsterblich sind. ... vergrößern unser Lebensrepertoire,... eine Ehefrau stirbt... der Job ist vorbei, wir arbeiten im Ehrenamt.“³⁸²

2.1.1 Langlebigkeit- wie alt werden Menschen?

Vor über 100 Jahren noch lag die maximale Lebenserwartung unter 50 Jahren. Heute werden Frauen durchschnittlich über 81 Jahre und Männer über 76 Jahre alt. Ein Ende der stetig steigenden Lebenserwartung ist unabsehbar. Bei einer zeitgleichen Senkung der Geburtenrate spricht man auch von einer relativen Überalterung der Bevölkerung, die mit einer Zunahme der Pflegebedürftigkeit einhergeht. Notwendige Hilfen werden immer weniger durch die Familien gewährleistet, weil Frauen zunehmend selbst berufstätig sind oder ganze Familien durch die örtlich und zeitlich flexiblere Arbeitsgestaltung zerrissen werden.³⁸³

Der bekannte Psychologe Erik H. Erikson musste im Alter von 80 Jahren seiner Theorie von den Entwicklungsstadien und –aufgaben des Lebens um eine weitere Lebensstufe ergänzen. Er beschreibt „ein Gefühl der universellen Gemeinschaftlichkeit, einen ausgedehnten Begriff von Zeit, obwohl die physischen Fähigkeiten nachlassen. Man akzeptiert den Tod als natürliches Ende des Lebenszyklus, und das Selbstbewusstsein dehnt sich- über das eigene Ich hinaus- auf die ganze Menschheit aus.“³⁸⁴ Zieht sich der alte Mensch freiwillig aus den täglichen Aktivitäten zurück, befreit sich vom Stress und den Spannungen des täglichen Lebens, so entsteht aus Integrität Gerotranszendenz.³⁸⁵

Naomi Feil spricht von diesem letzten Lebensstadium als einen Abschnitt des Aufarbeitens oder Vegetierens, dem Stadium jenseits der Integrität. Mangelhaft orientierte und zeitverwirrte sehr alte Menschen sollen in Frieden sterben dürfen, vegetieren jedoch oft dahin. „Niemand mochte sie. Das waren die Beschuldiger, die

³⁸⁰ vgl. Schwendter, R. 1993

³⁸¹ vgl. u.a. Nowak, J. 1988: 71 ff., Saake, I. 2006: 27 ff. in: Nowak, J. 2009: 135-136

³⁸² Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 27 oben

³⁸³ Nowak, J. 2009: 135

³⁸⁴ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 28 unten

³⁸⁵ Erikson, E.H. 1977 in: Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005 : 28

Märtyrer, die Jammerer, die Wanderer, die Brüller, Personen, die auf und ab gingen, und solche, die ständig klopfen.“³⁸⁶

Die Verschiedenheit individuellen Alterns muss Formen des Alterns, die Bedingungen für das Entstehen derselben und Möglichkeiten der Beeinflussung im Bereich der individuellen Psychologie finden. Eine freie und offene Kommunikation ermöglicht eine freie und offene Interaktion, schafft Raum, das psychologische Verständnis sowie technische Fähigkeiten der Helfer einzusetzen. „Nur in diesem Raum ist es dem Helfer möglich, den Alternden gegenüber als Grundvoraussetzung authentischen Respekt und eine glaubwürdige Anteilnahme entgegenzubringen.“³⁸⁷

2.1.2 Lohnendes Alter

Bezugnehmend auf den ökonomischen und philosophisch-anthropologischen Qualitätsbegriff werden Mindestqualitäten dienstleistender Anbieter auf dem Sozial- und Gesundheitssektor optimiert, was den Schwächsten, Ärmsten, Verrücktesten und Ältesten der Gesellschaft keinesfalls bessere Behandlungs- und Lebensbedingungen beschert. Chronisch Kranken wird dringend benötigte Begleitungszeit wegrationalisiert³⁸⁸, nachdem sie medizinisch besser versorgt ihr Leben verlängert wissen. Die „Rentnerschwemme“ wird mit einer Naturkatastrophe verglichen, die deutsche Wirtschaft sieht sich unter dem demographischen Fallbeil. Medizinisch-wissenschaftlich will man senile Demenzen am heraufbeschworenen epidemischen Ausbruch hindern, indem an nicht einwilligungsfähigen Personen geforscht werden soll.³⁸⁹ Schernus und Bremer gehen sehr kritisch mit der Institutionalisierung des Sozialen, den verschärften institutionellen Regeln bei gleichzeitiger Kommerzialisierung ins Gericht, hinterfragen die Möglichkeiten von Institutionen, angemessen auf unterschiedliche Umgangs-, Behandlungs- und Pflegeweisen eingehen zu können.³⁹⁰ Das sich Lohnende für ein Subjekt wird mit ihm „zu einem objektivierbaren Faktor in einem Kalkül unter Nützlichkeitsgesichtspunkten“³⁹¹ und kann in letzter Konsequenz zur Euthanasie führen.³⁹²

³⁸⁶ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 30

³⁸⁷ Kernberg, O.F. 1985: 285 in: Kemper, J. 1990: 82

³⁸⁸ Schernus, R. in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 23 ff.

³⁸⁹ Schernus, R. in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 59- 60

³⁹⁰ Schernus, R. in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 63 ff.

³⁹¹ Schernus, R. in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 65 Mitte

³⁹² vgl. Hoche 1920 in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 65-66

Altern ist ein Projekt, ein Werk existenzieller Kunst, eine Geschichte, die nicht aufhört, wenn ein Arzt die Diagnose Alzheimer stellt, sondern die sinnvolle und bedeutende Rollen für Menschen findet, deren Gehirne altern.³⁹³

2.1.3 Lebensalter im Wandel

Bereits als Kinder können wir uns kaum Prägungen unseres Welt- und Selbstverständnisses entziehen, erleben verschiedenste Voraussetzungen, um Verantwortung lernen und übernehmen zu können. Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie ein persönliches Moralbewusstsein, ein praktisches und ethisches Handlungswissen oder der Umgang mit eigenen Unsicherheiten machen uns für uns selbst verantwortlich, selbstbestimmt und autonom. „Zu den Voraussetzungen der Verantwortungsübernahme zählen aber auch die Abwesenheit von Zwang, körperliche und geistige Gesundheit, eine materielle Grundversorgung und ein angemessenes Bildungsniveau. Ohne soziokulturelle Voraussetzungen läuft der Ruf nach Verantwortung ins Leere und nimmt paradoxe Züge an.“³⁹⁴

Kranke, Behinderte und alte Menschen werden als Last und Zumutung empfunden oder empfinden sich selbst so. Individuelles Glück wird genauso gelebt wie eine leidvolle belastende Lebenssituation, mit dem eigenen Schuldbewusstsein.³⁹⁵ „Nachdem die religiös vermittelten Schuldzuschreibungen von Krankheit als Sünde überwunden schienen, droht über die Schiene der Selbstverantwortung... eine neue moralisierende Entwertung.“³⁹⁶

Menschen streben nach Befriedigung ihrer physiologischen, sicherheitsrelevanten und psychisch-sozialen Bedürfnisse (siehe 3.1.3). Fast jede Art von Verhalten der verwirrten, alten Menschen kann einem dieser Bedürfnisse zugeschrieben werden und uns helfen, sie besser zu verstehen.³⁹⁷ Sich entwickelnde Lebensstadien basierend auf die Wechselwirkung von mentalen, biologischen und sozialen Fähigkeiten brachte Erik H. Erikson in seiner Theorie unter und bezieht aufeinander folgende Lebensaufgaben entsprechend der zuvor (nicht) gelösten mit ein.³⁹⁸ Lernt ein Säugling nicht zu vertrauen, misstraut er und baut kein Selbstvertrauen auf, wird zum Opfer und leugnet im späteren Leben Verantwortung für eigenes Tun, wird zum Beschuldiger der

³⁹³ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 50

³⁹⁴ Heidbrink, L. 2005 in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 89 Mitte; Kemper, J. 1990: 26 ff.

³⁹⁵ Schernus, R. in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 91

³⁹⁶ Beck, U. 2005: 46 in: Schernus, R./Bremer, F. 2007: 91 Mitte

³⁹⁷ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 19

³⁹⁸ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 21 ff.

Gesellschaft. „Wenn aus diesem Kind ein alter Mann wird, der hinfällt, weil seine Knie von Arthritis geschwächt sind, wird er die Putzfrau beschuldigen, sie habe den Boden absichtlich so gebohrt, damit er falle. Wenn seine Augen trübe werden, wird er den Haustechniker beschuldigen, er habe defekte Glühbirnen eingeschraubt. ... Das kleine Mädchen, das einst vom älteren Bruder einen schrecklichen Augenblick lang in einen dunklen Schrank gesperrt wurde, wird zur alten Frau, die kreischt, wenn ihre Augen versagen oder wenn sie im Dunkeln allein ist.“³⁹⁹

Geleugnete oder verdrängte Angst der Kindheit taucht in anderer Verkleidung im Alter wieder auf. Kontrolle muss gewonnen, Selbstachtung gelernt werden. Durch eigenes Zutrauen, Dinge richtig machen zu können, überwinden wir auch im Alter Scham und Selbstzweifel. „Eine alte Frau tut alles, was ihr Pfleger sagt, da sie ihm alles recht machen will, ihm gefallen will, und sie fragt alle paar Minuten, ob es so in Ordnung ist. Ein anderer Mann wartet geduldig den ganzen Tag bis andere ihm sagen, wo er sitzen soll, was er essen soll und was er zu tun hat. Aus Angst davor, nicht geliebt zu werden und schuld zu sein, entsorgen manche alten Leute ihre Fäkalien in Mülleimern. Sie sehnen sich danach, von Autoritäten beachtet zu werden.“⁴⁰⁰

Wer immer perfekt sein musste, nie die Kontrolle verlieren durfte, teilt seinen Kummer nicht jedem mit, leugnet das Ausmaß seiner Verluste. Neue Verhaltensweisen zu erlernen gilt als riskant. Festgehalten wird an alten, ausgedienten Rollen. „Ein Witwer lehnte jede neue Beziehung ab, niemand ist ihm gut genug. Ein Musikliebhaber weigert sich, ein Hörgerät zu kaufen, es ist zu teuer. Ein Topmanager macht sich über ein Ehrenamt lustig, seine Zeit ist teures Geld wert.“⁴⁰¹

Die Lebensaufgabe im Alter besteht nach Erikson darin, in das eigene Leben zurückzuschauen, zu entdecken, wer wir waren, wo wir jetzt und in der Zukunft stehen. Integer die Stärken trotz seiner Schwächen zu erkennen, meint das gegenwärtige mit dem idealisierten Selbst verschmelzen zu lassen.⁴⁰² Den eigenen Gefühlen die Stirn zu bieten, macht verletzlich, lässt den körperlich nicht mehr intakten alten Menschen ihr Gleichgewicht verlieren, einen Herzinfarkt riskieren. „Wenn wir wichtige Gefühle ignoriert haben, werden sie es uns im Alter heimzahlen, wenn wir unsere Kontrolle verloren und auf die Barmherzigkeit unserer Pfleger angewiesen sind. Lange Zeit begrabene Gefühle brechen schließlich hervor.“⁴⁰³ Niedergeschlagen verabscheuen die

³⁹⁹ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 23 Mitte

⁴⁰⁰ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 24 oben

⁴⁰¹ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 27 oben

⁴⁰² Erikson, E.H. 1999 in: Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 28

⁴⁰³ vgl. Sheehy, G. 1974 in: Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 29-30

Alten die Welt, beschuldigen sich oder andere für eigene Fehler, besitzen das Gefühl der Wertlosigkeit, ekeln sich, sind verzweifelt oder werden weise.⁴⁰⁴

2.1.4 Körperliche und soziale Verluste

Wird ein Mensch bis zu 120 Jahren alt, verliert seine Physis allmählich an Körpergewebe. Jeanne Calment überbot mit ihren 122 Jahren und 164 Tagen deutlich die bis dahin angenommene maximale Lebenserwartung (22.02.1875- 04.08.1997) und erklärt sich wie folgt: „Wenn man blaue Augen hat, sich keine Sorgen macht, täglich Knoblauch isst und mit Olivenöl kocht, hat man gute Chancen“.⁴⁰⁵

Personen, die ihr Alter leugnen, halten an Rollen aus jüngeren Jahren fest. „Ein Leugnen dieser physischen kleinen 'Tode' in der Lebensmitte und im Alter führt oft im hohen Alter zu einem endgültigen Rückzug in die innere Welt.“⁴⁰⁶ Wird das Hörvermögen beeinträchtigt, so wird mit dem „inneren Ohr“ gehört.⁴⁰⁷ Durch einen körperlichen Verlust werden frühere Verlustgefühle wieder erinnert.⁴⁰⁸

Die Stimme der Mutter erklingt aus der Vergangenheit und lindert das Leid, die Außenwelt wird nur gedämpft wahrgenommen. Das unaufgearbeitete Schamgefühl führt im Alter zum Rückzug, zur Isolation. Verluste und Gefühle werden geleugnet, auf andere projiziert oder nicht akzeptiert. Hierin liegen bereits Gründe für die Desorientierung. Werden dagegen auf schöpferisch-poetische Art Gegenwart und Vergangenheit vertauscht, lassen eidetische Bilder vertraute Personen wieder auferstehen, können Anerkennung, Selbstvertrauen und Kontrolle erlangt, Hemmungen, Unzulänglichkeiten und Ängste abgebaut und die Vergangenheit wiederhergestellt und aufgearbeitet werden.⁴⁰⁹

Die körperliche und psychische Autonomie des Alternden ist als sich selbst erzeugendes System, als Individuum anzuerkennen, die ihre Organisation durch all ihre Produktionsprozesse hindurch gleichbleibend gestaltet, dem Erhalt ihrer Organisation alle Veränderungen unterwirft und eine von gesellschaftlichen Kriterien unabhängige Identität erhält. Der Verlust der körperlichen Identität kann zu dem Gefühl der Entfremdung führen, das auch körperlich erfahrbar ist und sogar etwas Bedrohliches darstellen kann. Der Verlust der Grenzen dieses sich selbst erzeugenden, geschlossenen

⁴⁰⁴ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 23

⁴⁰⁵ Robine, J.-M./Allard, M. 2003: in: Wojnar, J. 2007: 17 oben

⁴⁰⁶ Barrell, J.J./Price, D. 1977: 517-521 in: Feil/ Rubin 2005: 31 unten

⁴⁰⁷ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 32 oben

⁴⁰⁸ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 23 mittig

⁴⁰⁹ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 21-35

Systems ist verbunden mit dem Verlust der sich selbst erzeugenden Strukturen als Merkmal des Lebens. Das Individuum stirbt, weil lange und zu starke Anpassung lebensfeindlich ist.⁴¹⁰

2.1.5 Weisheit in der Desorientierung

Sehr alte Menschen kehren oft in die Vergangenheit zurück, um ihre tiefen, ungelösten Gefühle zu lösen. Sie wollen Ordnung in ihr vergangenes Leben bringen, um friedlich sterben zu können. Diese im hohen Alter über Integrität verfügenden Menschen, gelangen nie in die Phase des Vegetierens, ziehen sich nicht bewusst in die Vergangenheit zurück wie es Eriksons Stadium des hohen Alters beschreibt. In diesem Endstadium des Aufarbeitens nach Feil werden Menschen gebraucht, die ihnen zuhören, ihre Gefühle bestätigen, auch wenn es für ein vollständiges Aufarbeiten und für Einsicht zu spät ist. Ohne Stimulierung von außen werden sie zu lebenden Toten in unseren Pflegeheimen, vegetieren und lassen Gefühle bis zum Tod unverarbeitet.⁴¹¹

„Nicht was wir erleben, sondern wie wir empfinden, was wir erleben, macht unser Schicksal aus.“ So tönte Marie von Ebner- Eschenbach über ihre individuelle Schnelligkeit und Kontinuität, setzt ihre eigenen Leistungsnormen fest, die nicht immer ein Gelingen garantieren oder Anstrengung bedeuten.⁴¹²

2.2 Demenz

„Zwei Drittel der alten Menschen, die in Pflegeheimen oder auf Pflegestationen betreut werden, befinden sich in einem fortgeschrittenen Stadium der Demenz. Betrachtet man die Gesamtheit der alten Menschen in Einrichtungen der Altenpflege, so ist fast die Hälfte dement.“⁴¹³

Demenzerkrankungen nehmen mit der steigenden Lebenserwartung rapide zu. Der demographische Wandel schlägt sich in der Häufigkeit dementieller Störungen nieder, die in den kommenden Jahren noch deutlich ansteigen wird. Bis zum 60. Lebensjahr liegt der Anteil der Demenzerkrankten bei 0,5%, welcher sich nach etwa 5 Altersjahren jeweils verdoppelt. Bei 85- bis 90-Jährigen liegt zu einem Viertel eine Demenzerkrankung vor.⁴¹⁴ Ist bei den 80- bis 84-Jährigen noch jeder Fünfte betroffen,

⁴¹⁰ Kemper, J. 1990: 47-48

⁴¹¹ Feil, N./de Klerk-Rubin 2005: 30-31

⁴¹² Schernus, R. in Schernus, R./Bremer, J.: 2007: 88

⁴¹³ Jakob, A. u.a. 2002 in Langfeldt- Nagel, M.2004: 163 Mitte

⁴¹⁴ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 36; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 9; www.alzheimerinfo.de/alzheimer/zahlen:14.01.2010

so ist bei den über 90- Jährigen bereits jeder Dritte, ab dem 95. Lebensjahr fast jeder Zweite (ca. 45%) einer der mittlerweile über 900 000 Menschen, welche an einer mittelschweren oder schweren Demenz leiden.⁴¹⁵ Frauen sind ab dem 80. Lebensjahr häufiger betroffen aufgrund ihres Bildungsstandes oder ihrer Zugehörigkeit zu unteren sozialen Schichten und oft bei Heimunterbringung.⁴¹⁶

De- menz heißt, vom Geist bzw. vom Gedächtnis entfernt zu sein. Aus dem lateinischen kommend, bedeutet die Vorsilbe dis: weg von, und mens: Geist, Denken. Im 18. Jahrhundert wurde das Wort von zwei französischen Forschern (Philippe Pinel und J. E. Esquirol) zuerst verwendet, um den durch Gehirnläsionen oder –krankheiten verursachten geistigen Verfall und Idiotie zu beschreiben.⁴¹⁷

Für die ICD-10 (International Classification of Diseases) ist sie „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet...“⁴¹⁸

„Unter Demenz versteht man einen Verfall höherer geistiger Leistungen, der zu einer Beeinträchtigung der üblichen Alltagsbewältigung führt. Er kann verschiedene Ursachen haben. Mit 70 Prozent stellt die Alzheimer-Krankheit die häufigste Ursache der Demenz dar. ... In diesem Zusammenhang muss auch die Diskussion genannt werden, ob es sich bei der stark altersabhängigen und sehr häufigen Alzheimer-Krankheit um eine normale Alterserscheinung oder um eine Krankheit im engeren Sinne handelt.“⁴¹⁹ Ein sich pragmatisch erscheinender globaler Demenzbegriff ist unverzichtbar, „er ermöglicht es, auf der Basis der beobachtbaren klinischen Auffälligkeiten sowohl hinsichtlich der Prozesscharakteristika als auch bezüglich therapeutischer Interventionen relevante Differenzierungen vorzunehmen.“⁴²⁰

Vielleicht ist Demenz auch eine Zwischenstation zwischen Himmel und Erde, ein Ort auf halbem Wege, mit neuen Möglichkeiten für die Reaktivierung längst verschüttet geglaubter Schichten an Wissen anhand früherer Erinnerungen und Fähigkeiten aus der

⁴¹⁵ Schernus, R./Bremer, J. 2007: 61; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 9-11

⁴¹⁶ Helmchen et al. 1996 in: Schernus, R./Bremer, J. 2007 : 61; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 12 oben

⁴¹⁷ Feil, N. 1993: 42

⁴¹⁸ Schaade, G. 2004: 4 oben; Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 14 ff.

⁴¹⁹ Pernecky, R. u.a. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 53 Mitte

⁴²⁰ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 37

Kindheit. Desorientierte sehr alte Menschen erkennen Verstellung. Der Taube wird ein Kichern hören, der Blinde wird ein Grinsen sehen. Auf der Ebene des Unterbewusstseins kennt der sehr alte Mensch die Wahrheit⁴²¹, kann euphorische Glücksmomente durch aufgelöste Entwicklungshürden erleben.⁴²²

Das Krankheitsbild der Demenz kennt verschiedene Auswirkungen auf die Sprache. Werden z.B. bekannte Objekte nicht erkannt, erfasst die Person die Bedeutung der gesehenen, gerochenen, gehörten, berührten, ergriffenen und geschmeckten Dinge nicht, erkennt bekannte Menschen, Umgebungen oder eigenen und fremden Besitz nicht, so spricht man von *Agnosie*. *Wortfindungsstörungen* drücken die Unfähigkeit aus, Gegenstände zu benennen, das richtige Wort zu finden oder einen Gedanken auszudrücken. Kann der betreffende Mensch Anweisungen nicht folgen, an Gesprächen nicht teilnehmen und Bedürfnisse nicht ausdrücken, so leidet er an *Aphasie*. Können Gedanken nicht in Handlungen umgewandelt werden, spricht man von *Apraxie*. Verwandelt sich die Sprache bei gleichbleibend normal klingendem Tonfall und Ausdruck in bedeutungslose Laute, kommen Silben, Wörter und Ausdrücke durcheinander, wird *Paraphasie* diagnostiziert. Eine *Perseveration* ist gegeben, wenn eine Handlung, ein Wort, eine Bewegung oder ein Ausdruck andauernd wiederholt wird, der Mensch an ihnen „hängen bleibt“. Ein *Wortsalat* zeigt die dementielle Veränderung durch den vermischten Gebrauch von Wörtern, ohne einen Sinn zu ergeben.⁴²³

2.2.1 Demenztypen

Demenz wird in verschiedenen Typen unterteilt entsprechend ihrer Ursachen. Irreversibel sind Krankheitsprozesse, bei welchen **primär** das Gehirn betroffen ist, wobei zwischen degenerativen und vaskulären Erkrankungen unterschieden wird. 65% nimmt der Alzheimer- Typ als hauptsächlicher Vertreter der *degenerativen* Demenzerkrankungen⁴²⁴ ein, während die *vaskuläre* Demenz als Multi- Infarkt- Demenz (MID) bezeichnet wird und etwa 20% der primären Demenzerkrankten kennzeichnet. Sie tritt häufiger bei Männern ab 70 Jahren auf.⁴²⁵ Mit zunehmendem Alter vermischen sich etwa 15% beider Typen. „Aufgrund uneinheitlicher Diagnosekriterien und der hohen Zahl von *Mischformen* schwanken die Angaben zur

⁴²¹ Feil, N. 1993: 21 ff.

⁴²² Dahlke, R. 1992: 423

⁴²³ Bell, V./Troxel, D. 2004: 86

⁴²⁴ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 36 ff.; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 26

⁴²⁵ Schaade, G. 2004: 21

Prävalenz der vaskulären Demenz stark. Sie scheint jedoch in Europa und den Vereinigten Staaten die zweithäufigste Form der dementiellen Erkrankung zu sein. An dritter Stelle finden sich mit einer Prävalenz von 15- 20% Demenzen mit Lewy-Körperchen (DLB). Die übrigen Demenzformen machen deutlich weniger als 10% aus.“⁴²⁶ Morbus Pick gilt als weitere degenerative Demenzform, während der Parkinson-Demenzkomplex mit Lewy-Body, Chorea Huntington, die spinozerebelläre Degeneration, der ALS-Demenzkomplex und die Demenz vom Frontallappentyp als *Systemdegenerationen* bezeichnet werden.

Sekundäre Demenzerkrankungen sind die Folge von endokrinen und Stoffwechselstörungen, Vitamindefiziten, extrazerebralen Einflüssen⁴²⁷. Wird die eigentliche Erkrankung rechtzeitig behandelt, können kognitive Defizite manchmal behoben werden. Der Anteil dieser reversiblen Demenz beträgt ca. 15 % aller Demenzerkrankungen.⁴²⁸ Durch Schlaganfälle, Geschwülste, Infektionen des Gehirns können Schädigungen der Hirnstruktur ebenso erlangt werden wie durch kardiovaskuläre Erkrankungen (chronische Herzinsuffizienz), chronische Lungenerkrankungen, Intoxikationen wie Abusus von Alkohol (Korsakow- Syndrom) oder Medikamenten, Avitaminosen und metabolische Erkrankungen oder Depressionen.⁴²⁹

2.2.2 Alzheimer Krankheit⁴³⁰

Die primär degenerative Demenz vom Alzheimer Typus entsteht morphologisch durch Atrophie bestimmter Teile der Großhirnrinde, bis zu 40% aller Neuronen gehen beim Schrumpfen des äußeren Volumens verloren, verbunden mit einer Erweiterung der inneren, ehemals liquorgefüllten Ventrikel und der Ablagerung von pathologischem Eiweiß im Nervengewebe (Amyloid).⁴³¹ Der Krankheitsprozess beginnt im Schläfenlappen (Gedächtnisprozesse), schreitet weiter zum Scheitellappen (räumliche Operationen und Wahrnehmung). Agnosie, Apraxie und Aphasie sind folgende Hirnwerkzeugstörungen. Große Gebiete, in denen die sensiblen Rezeptoren und die motorischen Handlungsentwürfe repräsentiert sind, bleiben von diesem Geschehen

⁴²⁶ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 36

⁴²⁷ Füsgen, I. 1995: 44 f.; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 48 unten

⁴²⁸ Schaade, G. 2004: 4-5

⁴²⁹ Schaade, G. 2004: 5

⁴³⁰ Schaade, G. 2004: 5-8

⁴³¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 38; Kitwood, T. 2008: 44

relativ ausgespart. So erklärt sich die Aufeinanderfolge einzelner klinischer Symptome im Krankheitsverlauf.⁴³²

Das bei der Alzheimer-Krankheit⁴³³ gebildete Amyloid, auch Alzheimer- Plaques oder seniles Plaque genannt, bildet sich aus Proteinen und lagert sich im Gehirn ab. „Zusätzlich befinden sich als neurofibrilläre Bündel beschriebene Stoffe, d.h. eine Anhäufung abnormer faserartiger Strukturen, in den Nervenzellen. Nach dem Absterben der Zellen bleiben diese neurofibrillären Bündel als extrazelluläre Gebilde übrig.“⁴³⁴

In den Hirngebieten mit abgestorbenen Neuronen treten diese abnormen Faseranhäufungen auf, ebenso in Nervenfortsätzen um die senilen Plaques herum oder sogar außerhalb der Nervenzellen. Dadurch reduzieren sich die Transmitterstoffe und die Synapsenanzahlen und folglich wird die Verknüpfung der Nervenzellen untereinander zerstört. Das limbische System, welches den Hirnstamm umgibt und aus Teilen der Hirnrinde und einigen subkortikalen Bezirken besteht, wird schnell angegriffen und verringert sein Volumen. Emotionale Erregungen wie Zuwendung, Ablehnung, Wut oder Furcht, die Triebsteuerung können durch die Zerstörung des hier befindlichen Kurzzeitgedächtnisses nicht mehr gesteuert werden. Fällt das limbische System aus, werden die Gedächtnisleistung und die Lernfähigkeit beeinträchtigt. Hirnfunktionen wie das Sehen, Hören, Berührungswahrnehmung und die Bewegung bleiben länger erhalten.

Ein hohes Risiko, an der Alzheimer- Demenz zu erkranken haben sehr alte Menschen und jene, deren Familienanamnese eine positive Demenzprüfung ergab. Die Präsenile Alzheimerkrankheit beginnt vor dem 60. Lebensjahr und wird durch genetische Belastung hervorgerufen. Psychosoziale Inaktivität, ein niedrigen Bildungsstand, allgemeine Interesselosigkeit sind laut Bauer, J. (1994) ebenfalls fördernde Faktoren zu der langsam verlaufenden, progredienten Krankheitsbildung.⁴³⁵

Die Demenz vom Alzheimer Typ deckt als Oberbegriff mehrere verschiedene, noch zu differenzierende pathologische Prozesse ab⁴³⁶, kann jedoch vorerst an den durch die Alzheimer Association (1996) festgeschriebenen Warnsignalen erkannt werden:

1. ein neu aufgetretener Gedächtnisverlust wirkt sich auf die Arbeitsleistung aus
2. gewohnte Aufgaben werden mit Schwierigkeiten ausgeführt
3. Probleme mit der Sprache treten auf

⁴³² Gutzmann; H./Zank, S. 2005: 38

⁴³³ Schaade, G. 2004: 6-8; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 47

⁴³⁴ Schaade, G. 2004: 6 Mitte

⁴³⁵ Füsgen, I. 1995: 19

⁴³⁶ Kitwood, T. 2008: 45

4. es ist eine zeitliche und räumliche Desorientierung zu beobachten
5. das Urteilsvermögen wird schlecht oder vermindert sich
6. abstraktes Denken bereitet Probleme
7. Dinge werden verlegt
8. Stimmungen und das Verhalten ändern sich
9. die Persönlichkeit wird verändert
10. Antriebslosigkeit herrscht vor.⁴³⁷

2.2.3 Vaskuläre Demenz⁴³⁸

Sie werden überwiegend durch Veränderungen kleiner subkortikaler Gefäße im Zusammenhang mit einer zerebrovaskulären Krankheit und der daraus folgenden verringerten Blutzufuhr in Gehirnbereiche hervorgerufen. Arterien und Kapillaren werden durch Amyloid verschlossen, wobei jeder Gehirnfarkt zu einer erneuten Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten und zu neurologischen Ausfällen führt. Die Schädigungen der weißen Hirnsubstanz erhielten die Bezeichnung Leukoariose. Mikroangiopathien (M. Binswanger, Leukoenzephalopathien), strategische Einzelinfarkte, Hypoperfusion, Blutungen und Vaskulitiden sind ursächlich für die Entstehung der als vaskulären Demenz bezeichneten Erkrankungen. Gefäße werden ähnlich wie bei winzigen, aufeinander folgenden Hirninfarkten geschädigt und in dem weiten Spektrum der Multiinfarkt-Demenz generalisiert. Oft ähnelt das klinische Bild dem der Alzheimer Krankheit⁴³⁹, außer dass sie hier stufenweise oder abrupt fortschreitet.⁴⁴⁰

Sekundenlange Bewusstseinstörungen (Absenzen), psychomotorische Anfälle, komplex-fokale und generalisierte Anfälle sind nicht selten. Aufgrund spastischer Paresen oder allgemeiner Immobilität ist das klinische Bild wenig eindeutig, kann leicht übersehen werden. „Gerade bei Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Demenz ist davon auszugehen, dass sie Symptome von Seiten des Herz-Kreislaufsystems nicht verlässlich berichten können, auch wenn sie akut auftreten. Hier ist vom Arzt besondere Sorgfalt gefordert.“⁴⁴¹

2.2.4 Mischformen

⁴³⁷ Bell, V./Troxel, D. 2004: 87

⁴³⁸ Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 48 oben

⁴³⁹ Kitwood, T. 2008: 45

⁴⁴⁰ Füsgen, I. 1995: 19

⁴⁴¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 111

Untersuchungen des Gehirns verstorbener Demenzkranker zeigten, dass oftmals Zeichen der Alzheimer-Demenz in Kombination mit pathologischen Gefäßveränderungen vorliegen. Dabei ist nicht klar differenzierbar, welche Veränderungen tatsächlich in Verbindung mit einer Hirnschädigung stehen. Kitwood unterscheidet die Ursachen einer Schädigung der Hirnstruktur und findet drei Hauptkategorien: die degenerative, die infektiöse und die toxische.⁴⁴²

2.3 Diagnose und Stadien

„Die allgemeine Diagnose Demenz ist demnach nie absolut klar, ob sie nun auf klinischer Beurteilung oder auf psychologische Testung beruht. Mit den bestehenden Methoden lassen sich bestenfalls behandelbare Erkrankungen identifizieren.“⁴⁴³ Die mittlerweile größere Offenheit bezüglich der Diagnose besteht und erlaubt das Mitteilen derselben, mündet in Hilfen beim Akzeptieren sich daraus ergebener Konsequenzen. Bessere diagnostische Verfahren lösen das Stigma der Demenz allmählich auf, sorgen für eine ehrliche und überlegtere Hinwendung zu einem realistischeren Lebensstil.⁴⁴⁴ Kitwood weist darauf hin, dass Veränderungen im Rahmen der Demenzerkrankung nicht ausschließlich durch neuropathologische Aspekte zu erklären sind und stellt die Person in den Mittelpunkt der Betrachtung. Die Krankheit stellt nur einen Teil des dementiell veränderten Menschen dar, beeinflusst durch deren Symptome.⁴⁴⁵

„Die meisten dieser Menschen sind nicht einfach nur hochgradig vergesslich... sie werden... gequält von wahnhaft-halluzinatorischen Wahrnehmungsverzerrungen, von Depressionen, Störungen des Tag- und Nacht-Rhythmus, von Antriebsstörungen. Hinzu kommen verschiedene Verhaltensauffälligkeiten, zum Beispiel das Sammeln und Horten, orientierungsloses Weglaufen, lautes Schreien, rastloses Hin- und Herlaufen.“⁴⁴⁶

Demenz liegt vor, wenn persönliche Aktivitäten und die Alltagskompetenz seit mindestens sechs Monaten erheblich eingeschränkt sind. Die Merkfähigkeit wird begrenzt, neue Informationen werden nach deren Aufnahme sofort wieder vergessen, können nicht beurteilt, abstrahiert oder reproduziert werden, weil auch die Konzentration nachlässt. Demenzerkrankte sind zeitlich, räumlich, personenbezogen und situativ nicht orientiert. Werden Gesundheit, Krankheit und Demenz unter der

⁴⁴² Kitwood, T. 2008: 45 ff.

⁴⁴³ Kitwood, T. 2008: 49 unten- 50 oben

⁴⁴⁴ Kitwood, T. 2008: 50

⁴⁴⁵ Kitwood, T. 2008: 62

⁴⁴⁶ Schernus/Bremer: 61 Mitte

Perspektive der phänomenologisch-soziologischen Sichtweise als soziale Konstruktionen aufgefasst, so beginnt die Frühphase der Demenz nicht erst mit den durch Tests festgestellten Leistungsminderungen, sondern bereits mit dem sozialen Frühstadium. Von meistens Angehörigen wahrgenommene Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen oder Verhaltensauffälligkeiten werden routinemäßig entschuldigt, erklärt oder gedeutet, situations- und personenbezogen oder alltagstheoretisch interpretiert. Werden die schleichend zunehmenden Störungen und Auffälligkeiten stärker, wird die alltägliche Ordnung nachhaltig bedroht, indem eingeschlifene familiäre Interaktionsmuster zu zerbrechen drohen und Handlungen orientierungslos werden. Oft dauert es Jahre, bis Angehörige die Störungen nicht länger für sich neutralisieren können und sie als Symptome für etwas erkennen.⁴⁴⁷ Der Erkrankte bemüht sich zu bagatellisieren, zu kompensieren, die Fassade aufrecht zu halten, Überforderndes zu vermeiden und Defizite auf die Umwelt zu projizieren.⁴⁴⁸

Die Bedeutung von Vergesslichkeit und Verwirrtheit wird in sozialen Interaktionen produziert und in Interpretationsprozessen verhandelt, modifiziert. Die Interaktionspartner greifen dabei auf medizinische Begriffe und Deutungszusammenhänge zurück.⁴⁴⁹

„Die Diagnose einer Alzheimer-Demenz ist immer noch eine Ausschlussdiagnose. Einen Laborbefund oder ein Ergebnis einer paraklinischen Untersuchung (z.B. Röntgen), der dieses Krankheitsbild eindeutig charakterisieren würde, existiert bisher nicht.“⁴⁵⁰ Als Einschluss-Kriterien gelten ein schleichendes Einsetzen der dementiellen Symptomatik und das Fehlen eines Schlaganfallartigen Beginns. Notwendig müssen mehr als zwei Bereiche symptomatisch Defizite aufweisen, das Bewusstsein ist nicht gestört, die Krankheit verschlechtert sich fortschreitend, Alltagsfunktionen sind gestört und andere Erkrankungen mit demselben begründbaren Syndrom fehlen. Werden zusätzlich Einbußen der Sprache, Handlungen und Auffassungen, Verhaltensstörungen, die Familienanamnese und eine Atrophie positiv bewertet, sind die klinischen Kriterien für eine Alzheimer-Demenz gegeben.⁴⁵¹ Genetische als auch Umgebungsfaktoren sind bei der komplexen Bedingungskonstellation als ursächlich anzunehmen, wobei nach dem Alter die familiäre Belastung den schwerwiegendsten Risikofaktor

⁴⁴⁷ Langehennig, M. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 21 ff.

⁴⁴⁸ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 119

⁴⁴⁹ Langehennig, M. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 21 ff.

⁴⁵⁰ Gutzmann, H./Zank 2005: 38 unten

⁴⁵¹ It. NINCDS-ADRDA 1984 in: Gutzmann, H./Zank 2005: 41

darstellt.⁴⁵²Möglicherweise kommt eine erhöhte Aluminiumkonzentration im Gehirn als verstärkender Faktor hinzu. Ein verringerter Zinkanteil wird als unbestätigte Verbindung vermutet wie auch Menschen mit erhöhtem Alkoholverbrauch häufiger an Demenz erkranken- ohne dass auch hier ein ursächlicher Zusammenhang nachweisbar ist. Zu nicht zu verallgemeinernden Ergebnissen sind auch die Untersuchungen zwischen Zusammenhängen von B-Vitaminen, Folsäure und Demenz gekommen. Auch Schädelverletzungen und bestimmte Gene lassen sich nicht zur Diagnose oder Prophylaxe verwenden.⁴⁵³

Demenz allein muss für die Menschen kein furchtbares Unglück sein, wenn Milieu und Beziehungen stimmen und sich entsprechend dem Menschen anpassen, weil er dieses selbst nicht mehr kann. Viele Menschen leben trotz der Demenz relativ glücklich, sind Person in ihrer Subjekthaftigkeit.⁴⁵⁴

2.3.1 Erstes oder soziales Frühstadium⁴⁵⁵

Die Krankheit beginnt meist nach dem 65. Lebensjahr (senil) schleichend mit Vergesslichkeit, „Schusslichkeit“, Müdigkeit, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und der Orientierung. Bekannte Wörter werden schwierig erinnert, Neues nicht mehr gelernt. Reizbarkeit, ein sich verschlechterndes Urteilsvermögen, sozialer Rückzug, Traurigkeit beeinträchtigen die selbständige Lebensführung kennzeichnen diese meist 1-3 Jahre anhaltende Krankheitsphase.⁴⁵⁶

„Im Anfangsstadium erleben die Betroffenen ihre Vergesslichkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Fehltritte häufig bewusst und reagieren mit Angst, Verunsicherung und Depression. ... Sie versuchen ihre Defizite zu verbergen (Aufrechterhaltung einer Fassade), entwickeln Kompensationsstrategien und reagieren gereizt auf die Konfrontation mit Defiziten.“⁴⁵⁷ Vor besonderen Herausforderungen werden zumeist die Angehörigen in einem stetigen Auf und Ab des Bewältigungsprozesses von Problemen und Entgleisungen gestellt, welche sehr facettenreich bedingt werden durch Krankheitssymptome, die Routine des Familienalltags und die Biographien der Beteiligten (Neutralisierungs- und Innehalte-Phase). Fortlaufend geht in diesem Stadium das passive Erleiden ein dynamisches

⁴⁵² Gutzmann, H./Zank, A. 2005: 114

⁴⁵³ Baer, U. 2007: 27- 28

⁴⁵⁴ Müller-Hergl, Ch. 2000: 78

⁴⁵⁵ Langhennig, M. in: Aldebert 2006: 24-34

⁴⁵⁶ Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 26; Baer, U. 2007: 23

⁴⁵⁷ Gutzmann, H/Zank, S. 2005 116 unten

Wechselspiel mit einem aktiv steuernden Handeln ein, die Kontrolle über das Geschehen wird zeitweilig wiedergefunden (Erklärungsphase), Orientierung und Antrieb bleiben gestört.⁴⁵⁸

Unterstützung und Hilfe von außen werden gesucht, nachdem die Erkenntnis, jetzt etwas tun zu müssen, umgebaut wurde. Dieses ist bedeutend, weil eine Diagnosesicherheit⁴⁵⁹ erst die Voraussetzungen zur Bewältigung der Krankheit schafft (Umbau- und Unterstützungsphase).

2.3.2 Zweites Stadium

Im zweiten Stadium, welches sich zwischen 2-8 Jahren hinziehen kann, erleben die Erkrankten, dass ihnen das Leben aus der Hand gleitet und einfache Alltagstätigkeiten wie Einkaufen, das Zubereiten einer Mahlzeit oder das An- und Ausziehen zum Problem werden. Ihre selbständige Lebensführung ist deutlich eingeschränkt. Mit fortschreitender Erkrankung verändert sich die Selbstwahrnehmung, kognitive Störungen werden geleugnet und Fähigkeiten wie Handlungskompetenzen überschätzt. Sprache und Wahrnehmung sind gestört, die räumliche und bereits auch die zeitliche Desorientierung nehmen zu.⁴⁶⁰ Logik, Gedächtnis und motorische Fähigkeiten gehen dem Dementen verloren, er reagiert ungeduldig und ruhelos, körperlich und verbal aggressiv auf Frustrationen. Seine sozialen Fertigkeiten, verbalen Fähigkeiten und Rechenleistungen nehmen ab.⁴⁶¹ Das Kurzzeitgedächtnis ist deutlich beeinträchtigt, dreidimensionale Zeichnungen und Konstruktionen sind nicht mehr durchführbar. Misstrauisch und paranoid reagieren die Demenzkranken auf eine gefühlte Bedrohung ihrer Existenz, weil für sie die Umwelt undurchschaubar und damit bedrohlich wird. Antriebslos, verlangsamt, apathisch, unruhig, aggressiv, reizbar wirken die Emotionen der unter Aphasie, Akalkulie, Apraxie, Agnosie Leidenden. Behutsame und verständnisvolle Mitmenschen sind für den Kranken von größter Wichtigkeit, um sie auf der Suche nach ihrer Identität verlässlich und selbstverständlich zu begleiten, ihnen Sicherheit, Geborgenheit und Vertrautheit vermittelnd.⁴⁶²

2.3.3 Drittes oder fortgeschrittenes Spätstadium

⁴⁵⁸ Füsgen, I. 1997: 12

⁴⁵⁹ vgl. Wolf, R./Weber, S. 1998: Füsgen, I. 1997: 31

⁴⁶⁰ Füsgen, I. 19997: 13

⁴⁶¹ Füsgen, I. 2001: 42 in Baer, U. 2007: 23

⁴⁶² Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 116- 117; Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 27

In diesem Krankheitsstadium kommt es häufig zu Verhaltensweisen, die für die Umwelt störend sein können wie das vielfach unaufhörlich-nächtliche Umherwandern mit schlürfendem Gang, das Lärmen, Schreien, Weinen, die sexuellen Verhaltensauffälligkeiten, das Hantieren mit Exkrementen. Situationen werden für die Erkrankten immer undurchschaubarer, werden immer weniger bewältigt. Mit Angst, Scham, Aggressivität, unbeholfenen Bewegungen, Affektinkontinenz, Feindseligkeit und anderen Verhaltensweisen reagieren sie auf die nicht mehr wahrgenommene eigene Inkontinenz, schwerste Schlafstörungen und den damit zusammenhängenden pflegerischen Abläufen. Einfachste Handlungen können nicht mehr ausgeführt werden, während lebenslang geübte Fertigkeiten kompetent verfügbar sind, es wird gebügelt, Geschirr gespült, musiziert und gemeinsam werden Volkslieder gesungen. Schwerdemente empfinden und drücken bis an ihr Lebensende Emotionen aus, z.B. durch Malangebote.⁴⁶³ Eine umfassende Betreuung ist notwendig, weil die zeitliche, räumliche und personelle Orientierung fast vollständig abhanden kommt, Sprache und Persönlichkeit zerfallen, das Verhalten schwer gestört ist, Halluzinationen entwickelt, Angehörige beschimpft werden. Die Gemütsverfassung beruhigt sich, scheint teilnahmslos, weil der aktuelle Zustand nicht mehr bewusst wird⁴⁶⁴ und von anderen Menschen als abweichend oder störend bezeichnet wird, weil er die Kontakte zu ihnen beeinträchtigt. Das Vokabular verarmt, Fähigkeiten der Artikulation geht verloren, Logoklonien und Perseverationen stehen im Vordergrund. Die gestörte semantische Erinnerungsfähigkeit macht es Betroffenen unmöglich, Gedanken, Wünsche, Bedürfnisse, Facetten der Persönlichkeit verbal zu äußern. Sie erinnern sich der Worte nicht, besitzen eine gestörte Syntax, paraphrasieren semantisch und phonemisch, wiederholen.⁴⁶⁵ Motorisch bestehen meist Versteifung, Beugehaltung, Spasmen, häufig sind Mutismus und Stupor. Eine selbständige Lebensführung ist nicht mehr möglich, es besteht intensiver Pflegebedarf.⁴⁶⁶

2.3.4 Viertes oder Endstadium

Das Endstadium wird als ein Dahinvegetieren beschrieben, bei welchem der demente Mensch überwiegend bewegungslos in seinem Bett liegt, niemanden erkennt und kaum

⁴⁶³ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 118 ff.

⁴⁶⁴ Füsgen, I. 1997: 13; Füsgen, I. 2001: 42 in: Baer, U. 2007: 23

⁴⁶⁵ Bayles, K.A. /Kasznik, A.W. 1987: 66 in: Rennecke, S. 2005: 11

⁴⁶⁶ Hegerl, U./Zaudig, M./Möller, H.-J. 2001: 27

auf Reize reagiert.⁴⁶⁷ Der Schwerstdemenzkranke ist unfähig zu sprechen, wahrzunehmen.⁴⁶⁸

2.3.5 Kritik zur Frühdiagnostik⁴⁶⁹

Subjektive wahrgenommene Kompetenzeinbußen und Persönlichkeitsveränderungen sind durch Testverfahren oft nicht nachzuweisen bzw. deren Testergebnisse sind nur unzureichend sicher. Werden Betroffene und Angehörige ohne Befund entlassen, sind sie auf sich allein gestellt. Wird jedoch eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert, beginnt für die Betroffenen wie Angehörigen oft ein medizinisches Ablaufprogramm, welches ihre familiäre Lebenswelt fremdbestimmt. Es gibt sehr komplexe Gründe für ein mangelndes Interesse an einer förmlichen Diagnose, ohne welche es manchen subjektiv besser geht.

Die Diagnostik selbst grenzt konkrete Alltagsumstände, biografische Bedeutsamkeiten des Symptomgeschehens und aktuelle Sorgen der Ratsuchenden aus. „Eine stabile, dauerhafte Beraterbeziehung kam in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle nicht zustande.“⁴⁷⁰ Eine vertrauensvolle Beziehung muss aufgebaut, eine Beratungskontinuität erreicht werden, damit Menschen ihre Ängste, Sorgen und Nöte formulieren, ihre Verhaltensmöglichkeiten erweitern und Handlungen zukunftsorientiert planen. Die Frühdiagnose gilt als zielabhängige Maßnahme, ist nicht das Ziel selbst. Medikamentösotherapeutischen Möglichkeiten werden hier als stark begrenzt und umstritten beschrieben. Auch dürfen Krankenhausaufenthalte bei akut scheinender Gefährdung gerne kritisch betrachtet werden, weil z.B. bereits auf dem Weg dorthin sich ein Befinden wieder stabilisieren kann, oft befundlose Untersuchungen angeordnet werden, die zeit- und wohlbefindlichkeitsraubend sind. Die Demenz kann sich verschlechtern, weil die neue Umgebung, fehlende soziale Alltagskontakte usw. ihr nicht die gewohnte Zuwendung vermitteln. Eine langwierige Erholungsphase bis zum Erreichen des Vor-Krankenhaus-Zustandes ist oft bezeichnend.⁴⁷¹

Bislang ergab vor allem die neurologische Grundlagenforschung keine Heilungsmöglichkeit oder kein Verständnis der Gesamtschau der Demenz. Standardparadigmen werden kritisiert, weil es keine Erklärung dafür gibt, dass ein hoher Prozentsatz Erkrankter keine hirnorganischen Veränderungen aufweist bzw. dass

⁴⁶⁷ Füsgen, I. 1997: 14

⁴⁶⁸ Füsgen, I. 2001: 42 in: Baer, U. 2007: 23

⁴⁶⁹ Langenhennig, M. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 34-48

⁴⁷⁰ Langenhennig, M. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 37 mittig

⁴⁷¹ Beyer, St. 2007: 25

andere Menschen mit nachgewiesenen neuropathologischen Veränderungen keine Demenzsymptome gezeigt haben. Für diagnostische Unsicherheit steht auch der definitorische Umstand, wenn manche Menschen mit den klinischen Symptomen der Demenz ihre verlorenen Fähigkeiten wiedergewinnen und als pseudodement bezeichnet werden.⁴⁷² Auch erklärt die allmählich verlaufende neuropathologische Veränderung nicht die jähen Demenzschübe nach krisenhaften Veränderungen im Leben älterer Menschen. „Es ist sinnvoll, an einem Verständnis der Demenz zu arbeiten, das die hirnorganischen Veränderungen einschließt, aber offen dafür ist, psychische, soziale und körperliche Faktoren zu berücksichtigen. ... Es gibt keine von den Emotionen getrennten kognitiven Prozesse des Gehirns, wie die Neurowissenschaften zeigen, folglich auch keine isolierten kognitiven Störungen. Der Gedächtnisbegriff muss erweitert und die Spaltung zwischen kognitiven Störungen und den ein Schattendasein fristenden psychosozialen 'Begleiterscheinungen'... aufgegeben werden. Phänomene des Erlebens wie Gefühle, Stimmungen, Befinden, Erregung usw. müssen in die Diagnostik und die beschriebenen Konzepte erlebnisbezogener Pflege einfließen.“⁴⁷³

Ärzte lassen ganze Batterien invasiver Tests vornehmen, die auf Defizite einer wahrscheinlichen Alzheimererkrankung hinweisen, behandeln sofort mit cholinesterasehemmende Medikamenten, die dem Patienten das Opfer-Gefühl vermitteln. Er befürchtet durch seinen ihm prognostizierten langsamen und passiven Niedergang Belastungen für die Angehörigen, versteht seinen kognitiven Verfall nicht und bekam keine Hoffnung vermittelt. Der korrupte Alzheimer-Mythos stellt Menschen „ins Zentrum einer Furcht erregenden Geschichte, die ihn in Not und Leiden eintaucht.“⁴⁷⁴

2.4 Symptome dementieller Erkrankungen am historischen Beispiel

Im Alter von 72 Jahren schränkte Immanuel Kant seine Lehrtätigkeit wegen Unpässlichkeiten ein, fühlte sich unkonzentriert, vergesslich und schwach wie ein Kind. Sein Lebensstil und Alter veränderten sich zusehends- er ging früher zu Bett, verkürzte Spaziergänge auf überschaubare und sehr gut bekannte Wege, wiederholte das Erzählen von Geschichten und erkannte Bekannte nicht. Sein Sprechen wurde zunehmend leiser, undeutlich, unzusammenhängend, ging in Träume über. Stand er nicht gewohntermaßen im Mittelpunkt, reagierte er aggressiv. Im Bett fing seine Schlafmütze öfter Feuer,

⁴⁷² Morton, I. 2002: 125 in: Baer, U. 2007: 51

⁴⁷³ Baer, U. 2007: 51-52

⁴⁷⁴ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 42

weshalb er durchgehend überwacht wurde. Wegen fehlender Zähne, chronischer Verstopfung und des verlorenen Geruchs- und Geschmackssinns nahm er sehr einseitige und unzureichende Nahrung zu sich. Bekam er sein Butterbrot mit Käse nicht in unbeschränkten Mengen, reagierte er wütend. Ohne Hilfe konnte er nach den häufigen Stürzen nicht mehr aufstehen. Ängstlich wanderte er nachts umher, besprach unverständlich dunkel und kalt Begründetes. Gerne sang er während seiner Beobachtungen der Natur, hörte Kapellen zu, versuchte zu dirigieren. 80-jährig aß er kaum noch etwas, lallte nur noch, war nicht im Stande, seinen Namen zu schreiben. Episodenhaft kamen Geistesblitze zusammenhanglos aus ihm herausgesprudelt. Als Todesursache diagnostizierte man „alters Geistesschwäche mit Wahnsinn“.⁴⁷⁵

2.5 Behandlungsmöglichkeiten

„Einen einheitlichen therapeutischen Ansatz für alle Demenzerkrankungen gibt es nicht. ... Derzeit erscheint eine Behandlung umso aussichtsreicher, je früher sie beginnt.“⁴⁷⁶

Die Behandlungsmöglichkeit nichtkognitiver Problemfelder wie psychomotorische Unruhe, Wahn, Halluzinationen, Depressivität, Angst, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus richtet sich nach ihrem subjektiven Stellenwert für den einzelnen Demenzerkrankten und den Konsequenzen für die Pflegesituation.⁴⁷⁷

Die Depressionsdemenz zählt zu der reversiblen Demenz und verschwindet, wenn die Depression erfolgreich behandelt wird. Eine durch das Korsakow-Syndrom ausgelöste Demenz schreitet nach Beseitigung der Ursache nicht weiter voran und ein Zugriff auf das Langzeitgedächtnis ist möglich, semantisches Wissen häufig abrufbar.⁴⁷⁸

Demenz-Patienten teilen somatische Symptome selten mit, weshalb immer der Wasser- und Elektrolythaushalt konsequent ausgeglichen werden muss ebenso wie die Defizite im Zuckerstoffwechsel. Probleme im Bereich der Ausscheidungsfunktionen sollen ursächlich abgeklärt werden, damit der Patient an Gesellschaften teilhaben kann und weniger kognitive Einbußen erfährt. Eine Behandlung mit Ginko Biloba, Memantine usw. ist um so aussichtsreicher, je früher sie beginnt, d.h. je geringer die hirnrorganische Symptomatik ausgeprägt ist. Eine Therapie ist auch für die Gesellschaft von größter Bedeutung, Forschung und Publizistik sind in der Verantwortung, vorläufige Ergebnisse kritisch zu prüfen, um voreilig geweckte Hoffnungen zu vermeiden.⁴⁷⁹

⁴⁷⁵ Wojnar, J. 2007: 12-14

⁴⁷⁶ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 115 oben

⁴⁷⁷ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 115 ff.

⁴⁷⁸ Schaade, G. 2004: 5

⁴⁷⁹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 66-72

Medikamente können einzelne Auswirkungen der Alzheimer- Erkrankungen meistens nur symptomatisch, sehr selten ursächlich lindern. Wenige Ursachen für eine Demenz sind nur reversibel. Dazu zählen neben der Depression, Vitamin B12- Mangel, Infektionen, hormonell bedingte Über- oder Unterfunktionen der Schilddrüse, Fehlernährung, Wechselwirkungen von Medikamenten untereinander und durch eine mit Meningitis, Enzephalitis oder Gehirnverletzung in Verbindung stehende Behinderung des Liquorflusses, der Normaldruck-Hydrocephalus.⁴⁸⁰

Zur Behandlung primär degenerativer Demenzen eignen sich besonders Neuroleptische Therapien mit ihrer beruhigenden Wirkung bei motorischer Unruhe, erhöhter Reizbarkeit, Angst oder Erregung, bei psychotischen Phänomenen und bei charakteristischen Missstimmungen. Geringe Wirkung entfalten sie bei verbaler Aggressivität und „störendem“ Sozialverhalten. „Es ist immer zu berücksichtigen, dass eine neuroleptische Medikation eine zu starke Sedierung und eine zusätzliche kognitive Beeinträchtigung nach sich ziehen kann. Gleichzeitig muss auch an die verstärkte Sturz- und Frakturgefahr gedacht werden.“⁴⁸¹ Verkürzte Schlafphasen und zunehmende Wachzeiten werden pharmakologisch mit Hypnotika, Tranquilizer und antipsychotisch-sedativen Medikamenten behandelt. „Die Regulierung des Tagesablaufs, Einschränkung von Tagesschlafpausen und die Applikation von intensivem Licht als zeitbegrenzte therapeutische Intervention mögen... hilfreich sein.“⁴⁸²

Vaskulär Demenzerkrankten werden Blutgerinnungsmedikamente verabreicht, wobei viele Kontraindikationen zu beachten sind wie die erhöhte Sturzgefahr. Operationen können die kognitive Symptomatik verschlechtern und durch ein postoperatives Delir komplizieren. Eine strikte Diät ist im Alter häufig nicht angemessen, als Präventionsmaßnahme zusammen mit Sport, Salzreduktion und Nikotinabstinenz jedoch geeignet. Der Hypertonus als potentielle Grunderkrankung muss eingestellt werden, um insbesondere hypotonische Blutdruckwerte und damit zusammenhängende Verschlechterungen bestehender vaskulärer Schäden zu vermeiden.⁴⁸³

„Langfristige Beobachtungen des Verhaltens, die Kenntnis der Biographie des Erkrankten mit Vorlieben und Abneigungen sowie der Versuch, die Sinnhaftigkeit scheinbar sinnlosen Tuns zu erraten, sich in den Kranken einzufühlen, bleiben die einzigen Zugangswege.“⁴⁸⁴

⁴⁸⁰ Bell, V./Troxel, D. 2004: 91

⁴⁸¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 72-76

⁴⁸² Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 76 unten

⁴⁸³ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 112

⁴⁸⁴ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 116 Mitte

2.6 Besondere Lebens- und Wohnbereiche- das Recht auf Verrücktheiten im Alltag

Fröhliche Farben an Wänden, Türen, Böden kennzeichnen einzelne Wohnbereiche, prägen sich ein und machen sie unverwechselbar. Eine angepasste Lichtführung in offenen Räumen ergänzt mit angemessenem Mobiliar, eine eingezäunte Parkanlage, abgeschlossene Haustüren, rutschfeste Bodenbeläge, Handläufe, Sicherheitssteckdosen und -schalter schaffen aus einer professionellen Pflegeeinrichtung ein gemütliches und dennoch sicheres Zuhause. Angenehme Geräusche, ein durch Fluren ziehender Kaffeegeruch mit selbstgebackenen und gleich dargebotenen Plätzchen stimulieren auffordernd, geben dem Wohnbereich menschliche Wärme. Liebevoller Details gestalten das Heim wohnlich, eigene Möbel, Bilder, Kleidung und persönliche, positiv besetzte Gegenstände aus der Vergangenheit schaffen in den Zimmern Vertrautheit, bewahren die Kontinuität zum bisherigen Leben, bilden mit einer gemütlichen Beleuchtung, dezenter Musik, warmer Temperatur eine angenehme Atmosphäre und willkommene Rückzugsmöglichkeit. Gekennzeichnete Räume erleichtern die Orientierung in klein gehaltenen und übersichtlichen Wohneinheiten, die höchstens eingeschossig angelegt werden sollen und kurze Korridore ohne verwirrende Räume, Sackgassen oder tote Winkelführungen besitzen. Räume mit Musik, Werkbank, Bügelbrett oder Spielzeug wirken der Passivität entgegen und erhalten Kompetenzen oder bilden bewusst eine bestimmte Zeitepoche nach (Reminiszenzräume).⁴⁸⁵ Weil gewohnte Armaturen in Badezimmern die Benutzung erleichtern, ist vertrauten altmodischen Techniken gegenüber den allerneuesten den Vorrang zu geben. Angehörigen werden Übernachtungsgelegenheiten bereitgestellt und dürfen gerne Haustiere zur Erhöhung der Lebensqualität mitbringen.⁴⁸⁶

Werden Bewohner von einem kompetenten und nach neuesten Erkenntnissen der Demenzforschung geschultem Team mit ihrem bevorzugten Namen angesprochen, hinterlassen die Akteure einen ersten positiven Eindruck. An Alzheimer erkrankte Personen sollten in einfacher Sprache mit eindeutigen Worten direkt angesprochen werden, wobei Fragen zu vermeiden sind. Fakten oder Details werden nicht abgefragt. Für jede Kommunikationsform muss der richtige Zeitpunkt beachtet werden, so kann es hilfreicher sein, gleiche Angebote wiederholt anzubieten, die Ablehnung zu respektieren oder im besten Interesse der Person Kniffe zu verwenden. Tonfall, Lautstärke der Stimme, die Körperhaltung, Mimen und Gesten des Personals können ein *nein* in ein *ja*

⁴⁸⁵ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 191-193

⁴⁸⁶ Heeg, S. 2000 in: Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 135

verwandeln. Stets ist der an Alzheimer erkrankte Mensch wie ein Erwachsener anzusprechen, seine Vita in den Grundzügen stets präsent zu haben. Pfleger/ Betreuer wahren ihre Integrität, während sie auf der emotionalen Ebene Verbindungen mit Bewohnern aufbauen. Mit einer positiven Sprache und geschickt verwendetem Humor werden besonders nachhaltig beunruhigende Nachrichten und Neuigkeiten herausgefiltert.⁴⁸⁷ Freundliche Tiere lockern den Heimalltag auf. Die Gesichter der Bewohner erhellen sich, wenn sich ein Hund gerne streicheln lässt, weil dass die Erinnerung an eigene Haustiere weckt. Ein sich in den Räumen verirrender Vogel wird ohne Irritationen in der augenblicklichen Realität der Demenzerkrankte aufgenommen, ohne dass sie den Versuch des Fangens oder Freilassens unternehmen. Ebenso verzaubern Kinder mit einem kurzen Besuch, schaffen durch kleine Auftritte spezielle Höhepunkte. Sie brechen charmant, unbefangen und lebendig die starren und festgefahrenen Heimgewohnheiten, machen Krach, Toben, setzen sich wahllos dazwischen, hören gespannt den Geschichten aus alten Zeiten zu und freuen sich über leckere Naschereien bzw. verteilen Selbstgebackenes an die alten Menschen.⁴⁸⁸ (siehe Teil I: 4.4.3.2)

2.6.1 Grundrechte von Menschen mit Alzheimer-Demenz

Sollen hoch qualifizierte Pflege und Betreuung geschickt auf Personen mit Alzheimer-Demenz oder verwandten Störungen übertragen werden, so finden folgende Grundrechte ihre Anwendung:

- ◇ der Erkrankte wird über seine Diagnose informiert und
- ◇ erhält angemessene, ständige medizinische Pflege und Betreuung
- ◇ wird spielerisch, konstant, arbeitsintensiv und wiederholend aktiviert
- ◇ und in seiner erwachsenen Rolle sowie
- ◇ in seinen emotionalen Gefühlsausdrücken ernst genommen,
- ◇ ohne dass seine Persönlichkeitsstrukturen durch Psychopharmaka verschwimmen oder verändert werden,
- ◇ regelmäßig sollen ihm Spaziergänge in der Natur ermöglicht und
- ◇ Umarmungen, Händehalten, körperliche Kontakte angeboten werden.

⁴⁸⁷ Bell, V./Troxel, D. 2004: 212- 224; siehe auch Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 189-194

⁴⁸⁸ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 50-51

- ◇ Kontakte mit Menschen werden hergestellt, die seine Lebensgeschichte und zutreffende kulturelle oder religiöse Traditionen kennen.⁴⁸⁹

Demente Personen beantworten Entscheidungsfragen aufgrund ihres beeinträchtigten Problemlösungs- und Urteilsvermögens oft verneinend, weil das für sie die sicherste Antwort auf unverstandene Fragen darstellt. Sie gestatten eher eine Vergebung als die Erlaubnis. Geschickt können Mitarbeiter dann die Würde des zu Betreuenden durch ihren gesund eingesetzten Menschenverstand oder eine geschickt geführte Kommunikation erhalten. Wer optimistisch bleibt, realistische Erwartungen widerspiegelt und stets Humor einsetzt, wird spontan, geduldig und flexibel in jedem Augenblick auf die lebensgeschichtlich vorgegebenen Bedürfnisse der ihm anvertrauten Kranken eingehen können. Selbstbewusst kümmert er sich um sich selbst, erholt sich von Anspannungen und Stress des Arbeitsprozesses, wobei er weiterhin konzentriert bleibt und keine Urteile fällt.⁴⁹⁰

„... eine Frau, die eine Tagespflege-Einrichtung mit einer besonderen Vorgehensweise bei Personalfragen leitete ... sagte, dass sie, um Mitarbeiter für ihr Programm zu finden, nach Kellnerinnen und Kosmetikerinnen Ausschau halte. Diese Frauen haben viele Eigenschaften, die sie zur Pflege befähigen: Sie sind gute Zuhörer, gute Gesprächspartner, optimistisch, fröhlich und mögen Menschen. Sie haben Geschick.“⁴⁹¹

2.6.2 Wohlbefinden in der Demenz

Soll das Wohlbefinden für an Demenz erkrankte Menschen allgemeingültig erfasst und bewertet werden, bieten sich folgende Indikatoren an:

- ◇ in wie weit werden Wünsche und der Wille geltend gemacht
- ◇ wie drückt sich die Fähigkeit, positive und negative Gefühle zu erleben, aus
- ◇ wie wird an sozialen Kontakten angeknüpft
- ◇ besteht herzliche Zuneigung und ist eine soziale Sensibilität vorhanden
- ◇ wird das eigene Selbst geachtet und entspannt sich der Betreffende
- ◇ werden andere Demenzerkrankte akzeptiert, ist Hilfsbereitschaft gegeben
- ◇ welche kreativen Formen von Selbstaussdruck gibt es
- ◇ wird offenkundige Freude ausgedrückt, wie gestaltet sich der Humor.⁴⁹²

⁴⁸⁹ Bell, V./Troxel, D. 2004: 34

⁴⁹⁰ Bell, V./Troxel, D. 2004: 35-45

⁴⁹¹ Bell, V./Troxel, D. 2004: 46 Mitte

⁴⁹² Kitwood, T./Bredin, K. 1992: 281 in: Beyer, St. 2007: 24

Leiden Demenzkranke im Anfangsstadium oft unter ihren schwindenden geistigen Fähigkeiten, verändert sich das Befinden bei ca. 10% aller Fälle positiv. Prüderie, Pedanterie, Hemmungen, Misstrauen, oder die Unfähigkeit, Wünsche zu äußern, verschwinden. Sie lernen, Vertrauen zu haben, Wärme und Zuneigung zu zeigen, eigene Wünsche zu äußern und spontaner zu werden.⁴⁹³ Menschen die an Demenz erkrankt sind, brauchen Sicherheit, Halt, Rituale, Zuverlässigkeit, von außen dargebrachte Klarheit, Schonung, die Erlaubnis zum Rückzug, Pausen, Entpflichtung oder Verpflichtung zu sinnvoller Arbeit. In der einführenden Begegnung mit anderen Menschen wollen sie ernst genommen werden, Vertrautheit, Verständnis, Zuwendung und Heilung erfahren, auf sämtliche Sinnfragen ein suchendes Gehör und Unterstützung finden.⁴⁹⁴

2.6.3 Seelische Heilung

Die menschliche Seele verdichtet Informationen auf höherer logischer Ebene bis hin zur Symbolik, zum bewussten Denken und zur Abstraktion. Sämtliche innerseelische Prozesse und Zustände erhalten sich ständig neu und streben ein Gleichgewicht an. Gelingen solche Vorgänge bestmöglich und spannungsarm, äußert es sich im psychischen Wohlbefinden. Die als krankhaft bezeichneten seelischen Zustände und Vorgänge verstehen sich innerhalb aller waltenden Umstände als die beste Lösung zur Selbsterneuerung.⁴⁹⁵ Der Grad der seelischen Gesundheit steigt mit der Zahl der förderlichen Lebensbedingungen, sinkt mit der Zahl der belastenden. Förderliche Bedingungen in der Familie drängen den Einfluss belastender Umweltfaktoren zurück.⁴⁹⁶

Phantastisch entwickelt sich die immaterielle Seele von den frühen Ich-Kernen bis zum selbstbewussten Erwachsenen, während dessen sich über Jahre Schwachstellen durch Erfolge im Beruf, das Leben in der Familie oder schöpferische Freizeitfreuden ausgleichen. Im Alter kommen dann gewichtige Blessuren auf Menschen zu und geben im Wandel der Zeit körperlich- seelische Signale in eine veränderte Perspektive hinein, in der Einsamkeit oder Verlust herrschen. Die reich ausgestattete innere Welt, das Vorhandensein stabiler Bilder und Strukturen, die lebenslang aus dem Inneren heraus erfüllten Beziehungen und der reife Umgang mit den damit verbundenen Gefühlen

⁴⁹³ Beyer, St. 2007: 32

⁴⁹⁴ Baer, U. 2007: 69 ff.

⁴⁹⁵ Kemper, J. 1990: 34

⁴⁹⁶ Becker, P. 1986 in: Kemper, J. 1990: 42

erhöhen die Lebensqualität. Innere Werte und Verbindungen zur unpersönlichen Welt der Natur und der Dinge werden innerlich aufgebaut, spiegeln sich in der harmonischen Beziehung des Ichs mit seinen Idealen als auch mit seinem Bewusstsein und dessen Zielen wider. Verinnerlichte Bilder der Eltern führen zu Gewissen, Moral, Charakter, vermitteln die Urformen der Liebe. Sinnliche Grunderfahrungen lassen das Selbst entstehen und bereichern es. Ob im Alter die Summe der Erlebnisse entwertet, die Seele entkräftet wird- durch nun unbedeutend scheinende Dinge- bleibt offen, der Selbstzweck auf Kosten des Selbst unklar. Bezeichnend scheint, dass über 50-jährig seelisch Erkrankten nur etwa 10% psychotherapeutische, psychosomatische und tiefenpsychologische Hilfe in Anspruch nehmen.⁴⁹⁷

Bisherige Ahnungen und eine Art Vorwissen zum Begriff der Selbstheilung nach dem Grundsatz Medicus curat- Deus sanat erfahren jetzt ihre Legitimierung durch Wissenschaften, rechtfertigen „ein Handeln, das grundsätzlich an der Person des Handelnden orientiert ist, dessen Innenwelt nicht ein Abbild der Außenwelt darstellt, sondern ein Eigenleben führt. Diese Innenwelt erzeugt Gefühle, Bilder, Vorstellungen und Abstraktionen, die von der Außenwelt nur angeregt werden, nicht jedoch von außen kommend als solche verinnerlicht wurden...“.⁴⁹⁸

⁴⁹⁷ Kemper, J. 1990: 23-24, 40

⁴⁹⁸ Kemper, J. 1990: 34 unten- 35 oben

3 Kommunikation und Interaktion

Die Kommunikation im Pflegebereich und insbesondere in der Interaktion mit schwerstkranken und sterbenden Menschen ist eine äußerst komplexe, dauerhafte, intensive und anspruchsvolle Intervention. Mitten im Chaos des Alltags, ohne jegliche Vorwarnung und Vorbereitung sind Pflegende und Betreuer in den unmöglichsten äußeren Settings in ihrer vollen Kompetenz gefordert. Permanent erhalten sie durch das Agieren, Berühren, Beobachten und Interpretieren der Beobachtungen Aufmerksamkeit, welche oft bis tief in die Privatsphäre hineinreicht. Die Pflegekraft versteht sich dabei als Begleiter des kranken Menschen in der Gestaltung seines Alltags, will ihn entsprechend seiner physischen, emotionalen, intellektuellen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse unterstützen. Grundelemente guter Kommunikation nach Rogers finden hier während eines hilfreichen, zuhörenden Gespräches ihre Anwendung, indem sich die begleitende Person verstehend, echt und in einer akzeptierend-positiven Wertschätzung in den Pflegebedürftigen einfühl.⁴⁹⁹

Kommunikation ist für alle sozialen Prozesse unabdingbar, steht für menschliches Leben überhaupt, da der Mensch bereits von den ersten Tagen des Lebens an unbewusst ihre Regeln lernt. Sie dient einseitig gerichtet der Übertragung von Informationen als eine interpretierbare Reiz-Reaktions-Handlung, bewirkt Verständigung, den Austausch der Sender- und Empfängerrolle sowie den von Wissen, Erfahrungen usw. Kommunikation bezieht sich auf die Teilhabe von Gemeinsamkeiten und ist Mittel zum Zustandekommen sozialer Beziehungen, welche aufrechterhalten oder verändert werden und bestimmend auf sie einwirken. Als soziales Verhalten definiert, meint Kommunikation ein Bündel gleichzeitig auf verschiedenen Kanälen ablaufende und aufeinander bezogene Prozesse, die sich im kommunikativen Sinne einer Interaktion verhalten, indem das beobachtbare Verhalten des Kommunikationspartners und dessen Erwartungen wirksam werden. Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren. Jeder Inhaltsaspekt gibt gleichzeitig eine Stellungnahme darüber ab, wie er die Beziehung zwischen sich und dem Empfänger sieht, ist abhängig von beider Zergliederung der

⁴⁹⁹ Fesenfeld, A. 2008: 208-212 in: Die Schwester. Der Pfleger. 47. Jahrgang 03/08

wahrgenommenen Ereignisfolgen nach Wesentlichem und Unwesentlichem, benutzt digitale und analoge Ausdrucksformen der Sprache.⁵⁰⁰

Interaktion bezeichnet das sich lerntheoretisch oder symbolisch aufeinander beziehende und sich wechselseitig beeinflussende Handeln von mindestens zwei Personen, macht den Ablauf von Aktion und Reaktion notwendig und geht über die Betrachtung des Handelns eines Individuums hinaus. Als zwischenmenschliches Handeln findet sie mittelbar oder unmittelbar statt, wird zusätzlich zu den eigenen Motiven und Einstellungen durch das Handeln der anderen bewegt und lässt sich in bezug auf die Machtverhältnisse in symmetrischer und asymmetrischer Interaktion unterscheiden.⁵⁰¹ (siehe Teil I: 2.6 c)

„Die **Macht**beziehung zwischen Sozialpädagogen und Klienten ist gekennzeichnet durch die Schlüsselbegriffe 'befehlen, bestrafen, loben, beurteilen (der Situation)' auf seiten des Sozialpädagogen, und 'gehorschen, auf Hilfe angewiesen, der Situationsbeurteilung ausgesetzt sein' auf seiten des Klienten.“⁵⁰² *Beurteilungsmacht* ist die Möglichkeit, das Verhalten oder Eigenschaften einer Person in ein Begriffsschema einzuordnen und dieser Einordnung Geltung zu verschaffen, so dass sie für die betroffene Person positiv oder negativ bedeutsam wird. *Funktionale Macht* ermöglicht es, „Verhaltensspielräume einer Person oder einer Gruppe einzuengen, beruhend auf der Tatsache, dass der Machtträger Vertreter einer Hilfe gewährenden, beratenden, bewilligenden, kontrollierenden oder erziehenden öffentlichen Einrichtung ist.“⁵⁰³ Aufgrund der besonderen Geltung und Achtung des Machtträgers bei der betroffenen Person oder Gruppe werden Verhaltensspielräume einer Person oder Gruppe durch *persönliche Macht* eingeengt und es entscheidet die subjektiv-emotionale Beziehung des Abhängigen vom Mächtigen über Macht und Abhängigkeit, nicht dessen Funktion. Macht wird auf verschiedene Weise in Herrschaft umgesetzt und subjektiv gemindert, wenn die persönliche Identität gegenüber der Amtsrolle betont wird.⁵⁰⁴

Identität bezeichnet „positive Kennzeichen oder Identitätsaufhänger und die einzigartige Kombination von Daten der Lebensgeschichte, die ... an dem Individuum festgemacht wird. *Persönliche Identität* hat folglich mit der Annahme zu tun, daß das Individuum von allen anderen differenziert werden kann.“⁵⁰⁵ Die *soziale Identität* drückt den

⁵⁰⁰ Fachlexikon der sozialen Arbeit 1986(2): 505, 1.Sp. unten- 508, 2. Spalte oben

⁵⁰¹ Fachlexikon der sozialen Arbeit 1986(2): 437, 2. Spalte unten- 438, 2. Spalte Mitte; Wurr, R. 1981: 42

⁵⁰² Wurr, R. 1981: 8, 1. Spalte unten

⁵⁰³ Wurr, R. 1981: 42 untere Hälfte

⁵⁰⁴ Wurr, R. 1981: 12, 1. Spalte und 43 oben

⁵⁰⁵ Goffmann, E. 1967: 74 in: ebenda: 41 oben

sozialen Status aus, meint das Wissen um jemandes Zugehörigkeit zu einer bestimmten allgemeinen Kategorie, ohne Informationen über seine persönliche Identität zur Verfügung zu haben⁵⁰⁶ und bezeichnet sämtliche von einem Individuum verkörperte Rollen. Sie wird erst dann zur eigentlichen *Ich-Identität*, wenn sie mit der eigenen Biographie verknüpft wird.⁵⁰⁷

3.1 Kommunikationstechniken

Kommunizieren bedeutet mit dem Gegenüber in Kontakt zu treten, sich durch den Ausdruck eigener Gefühle, Gedanken, Wünsche und Pläne auszutauschen und Gefühle, Gedanken, Wünsche und Pläne anderer Menschen zu verstehen. Ein handlungsfähiges Subjekt findet sich mit dem System ungleicher Entschädigungen ab (*Frustrationstoleranz*), findet ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem eigenen Rollenentwurf und den sozialen Rollenanforderungen (*kontrollierte Selbstdarstellung*) und überprüft die in den Rollenanforderungen enthaltenen normativen Erwartungen in bezug auf die eigenen Ansprüche kritisch und wendet sie der sozialen Situation entsprechend an (*flexible Über-Ich-Formation*). Die Fähigkeit insbesondere zum geschlechtlichen und generationstypischen Rollenhandeln wird in der Sozialisation vermittelt und bezeichnet mit der **Rolle** die Gesamtheit der mit einer sozialen Position verknüpften gesellschaftlichen Verhaltensanforderungen. „Grundqualifikationen eines handlungsfähigen Subjekts können nur dort erworben werden, wo **Spielräume** für die Interpretation gesellschaftlicher Werte vorhanden sind, d.h., Normen nicht so umfassend und strikt definiert sind, daß sie ein bestimmtes Verhalten unmittelbar vorschreiben. Solche Spielräume bestehen nicht bei jenen Normen, die die Grundlagen des Gesellschaftssystems absichern ... nicht in totalen Institutionen... wie psychiatrischen Anstalten, in denen ein differenziertes Regelsystem jede Handlung zwingend festlegt. Die Erwartungen, die an das Individuum als Träger sozialer Rollen gestellt werden, sind häufig widersprüchlich; es entstehen Rollenkonflikte.“⁵⁰⁸

Als kommunikative Kompetenz wird die Fähigkeit bezeichnet, eigene Bedürfnisse und Interessen anderen gegenüber angemessen darzustellen, eine Nachricht verschlüsselt zu senden. Der Empfänger entschlüsselt die Nachricht und schafft eine Voraussetzung zur Teilnahme am sozialen Handeln. Personen, die wechselseitig innerhalb zwischenmenschlicher Beziehungen handeln, betreiben durch den Austausch von

⁵⁰⁶ Goffmann, E. 1967: 41

⁵⁰⁷ Fachlexikon der sozialen Arbeit 1986(2): 701, 1. Spalte Mitte

⁵⁰⁸ Fachlexikon der sozialen Arbeit 1986(2): 701, 1. Spalte unten

Informationen, Mitteilungen bzw. Botschaften eine untereinander oder gegeneinander stattfindende Interaktion. Die Verständigung wird durch ein **Feedback** überprüft, indem der Empfänger seine Art der entschlüsselten Nachricht zurückmeldet und dem Sender Gelegenheit gibt, die Übereinstimmung zwischen Sende- Absicht und Empfangsresultat zu überprüfen.⁵⁰⁹

In der Interaktion zwischen Berater und Klient kommt der Sprache neben schriftlichen Befragungsmethoden und den Beobachtungsmethoden eine große Rolle zu. Konkretes Verhalten muss trainiert werden, weil eine gute Beziehung als Ergebnis einer guten Interaktion zu betrachten ist.⁵¹⁰

Die Sprache erlaubt dem mit ihr Operierenden die Beschreibung seiner selbst und- unter Umständen- seiner Existenz. Die Sprache bedingt das Auftreten eines Selbst. „Die einzigartigen Züge menschlichen sozialen Lebens und dessen intensive sprachliche Koppelung manifestieren sich darin, dass es imstande ist, ein Phänomen zu erzeugen, welches für unsere eigene Erfahrung zugleich sehr nah und doch sehr fremd ist: Unseren Geist, unser Bewusstsein.“⁵¹¹ Der andauernde Fluss von Reflexionen versteht sich als Fähigkeit zu Bewusstsein, wird befähigt durch die Sprachfähigkeit zu Geist. Das Ich entsteht durch alle verfügbaren Zeichensysteme der Sprache, durch „andauernde deskriptive Rückbezüglichkeit im Netzwerk sprachlicher Interaktionen. Diese Interaktionen beziehen sich sowohl auf das Selbstgespräch als auch auf das Gespräch mit anderen. ... In gleicher Weise werden aber auch das 'Du' und das 'Wir' erzeugt.“⁵¹² Alles, was ein Mensch wahrnimmt, schmeckt, fühlt, spricht oder sonstig aktiv tut, bringt eine Welt in Koexistenz mit anderen Menschen hervor. Alles durch sprachliche Koexistenz unter Menschen neu Entstandene ist Wirklichkeit, wovon nur ein Teil unsere Umwelt darstellt. Die Wirklichkeit, in der wir leben, entsteht durch uns selbst, indem wir sie leben und wird durch uns dauernd verändert, ist in der Art wie wir sie wahrnehmen nicht von außen vorgegeben. Veränderte Umgebungen erzeugen mit inneren Veränderungen neue Wirklichkeiten, sind beteiligt an dem Wandel therapeutischer Möglichkeiten.⁵¹³

3.1.1 Transaktionsanalyse⁵¹⁴

⁵⁰⁹ Wingchen, J. 2009: 20 ff. ; Schulz von Thun, F. 1989: 25-30

⁵¹⁰ Bartmann, U. 2007: 18-19

⁵¹¹ Maturana, H.R./Varela, F.J. 1987: 241 in: Kemper, J. 1990: 36 unten

⁵¹² Kemper, J. 1990: 37 Mitte

⁵¹³ Maturana, H.R./Varela, F.J. 1985: 250-269 in: Kemper, J. 1990: 37- 39

⁵¹⁴ vgl.: Harris, T.A. 1987: 15 ff.

Eric Berne, eigentlich Eric Lennard Bernstein, entwickelte als Psychoanalytiker in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts das plastische Kommunikationsmodell der Transaktionsanalyse aus seinen Beobachtungen der Veränderungen in Gesichtsausdruck, Stimmlage, Vokabular, Körperhaltung, Atmung, Gesichtsfarbe, während er Menschen zuhörte, um Kommunikationsverhalten von einer versöhnlichen Grundhaltung aus besser verstehen zu können. Er nahm, für damalige Zeiten bahnbrechend, den Menschen als mit einem guten und gesunden Potential geboren und im Grunde "o.k." an, betrachtete auch Menschen mit emotionalen Problemen als vollwertig wie intelligent und ging von der Heilbarkeit aller emotionaler Schwierigkeiten aus.⁵¹⁵ Als Fortentwicklung des psychoanalytischen Instanzenmodells von Sigmund Freud, welcher zwischen drei, nach der Geburt ausgebildeten seelischen Instanzen (dem Ich, Es, Über-Ich) unterschied, ordnete er den spezifischen Selbst-Verhaltensmustern drei Ich-Zustände zu.

Das *Kind-Ich* (entspricht Freuds Es) steht für das Lustprinzip, Wohlfühlen, Spontanität, Kreativität, kindliche Neugierde, Missgunst, Trotzen, Schmollen, kindliche Manipulationen.⁵¹⁶ Das angepasste Kind verhält sich wie es erwartet wird, zieht sich zurück, wimmert und weint. Spontan, kreativ und rebellisch macht sich hingegen das natürliche Kind bemerkbar. Es reagiert fühlend auf die ersten Erfahrungen in der Welt, kann noch keine Zusammenhänge erfassen, nicht kritisch nachdenken und diskutieren. Möchte es Grundbedürfnissen nachkommen, wird es mit entgegenkommender Liebe durch die Eltern eingeschränkt, begreift nicht den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung, fühlt es sich Nicht-OK. Erwachsene beschwören diese Kindheitssituationen durch widerfahrende Dinge noch einmal herauf und erwecken dieselben Gefühle der vermeintlichen oder tatsächlichen Hilf- und Wehrlosigkeit, der Ur- Beklommenheit des kleinen Kindes. Siegt der Zorn z.B. über die Vernunft, wird der Erwachsene von seinen Gefühlen übermannt und sein Kind- Ich hat ihn in der Gewalt. Diese Ich ist der Sitz unseres Selbstwertgefühles, an welchem das Selbst als OK akzeptiert wird oder sich als Nicht-OK bedroht, angegriffen, beschuldigt erfährt und sich mit Mitteln des Kinder-Ichs zu wehren versucht.⁵¹⁷

Das *Eltern-Ich* (gleich Freuds Über-Ich) umfasst frühe, nichtsprachliche Anweisungen, komplizierte Lebensregeln für alle Ge- und Verbote, die ein Kind durch die Eltern vermittelt bekommt. Alle Neins, die sogenannte Moral, Vorurteile, starre geistige

⁵¹⁵ <http://www.zeitzuleben.de/artikel/kommunikation/transaktionsanalyse.html>: 22.10.2009

⁵¹⁶ Berne, E. 1988: 29 f. in: Wingchen, J. 2009: 101

⁵¹⁷ Harris, Th. 1987: 42-43 in: Wingchen, J. 2009: 102-103

Haltungen und Gebote sind Teil des verbotenden Kritischen Eltern-Ichs, während im liebevollen Eltern- Ich die Fürsorge, das Helfen und Pflegen, auch Belehrungen angesiedelt sind. Intoleranz macht sich z.B. bei einem stärker ausgeprägten kritischen Ich bemerkbar, vorgefertigte und abrufbereit gespeicherte Anweisungen werden nicht hinterfragt oder analysiert. Erhält ein Kind seine Muster für Sozialverhalten vom TV-Programm, löst es Konflikte später entsprechend dieser als normal angesehen Realität auch gewaltsam und erfährt darin eine doppelte Bestätigung durch unreflektierte oder nicht gegenlenkende Eltern.⁵¹⁸

Das *Erwachsenen-Ich* (ähnelt Freuds Ich) analysiert, rechnet, interpretiert, setzt sich kritisch und lernend mit der äußeren Realität auseinander, auch mit den Aktivitäten der anderen beiden Ich- Zustände. Inhalte des Eltern- Ich werden z.B. kritisch auf ihre Zeitgemäßheit hinterfragt, übernommen oder verworfen. Archivierte Forderungen und Gefühle des Kind- Ichs werden ebenso durchforstet und ggf. entrümpelt. Dieses Ich kritisiert Fehler nicht persönlich, sondern findet und analysiert sie sachlich.⁵¹⁹

3.1.2 Vier-Ohren-Modell

Der Psychologe Friedemann Schulz von Thun hat vier verschiedene Ebenen einer Nachricht herausgearbeitet. Der *Sachinhalt* informiert eine oder mehrere andere Personen eindeutig über eine Tatsache. Auf der *Selbstoffenbarungsebene* gibt die mitteilende Person anhand von Ich-Botschaften etwas von ihrem Empfinden preis. Bezieht der **Sender** z.B. oft keine Stellung, bezeichnet man dieses als Ich-Vermeidungsstrategie. Auf der *Beziehungsebene* gibt der Sender durch Wortwahl, Betonung, liebevollen oder barschen Tonfall zu erkennen, ob er den Empfänger wertschätzt oder missachtet und es wird die Beziehung zwischen beiden aus Sicht des Senders deutlich. Traut er sich z.B. etwas Bestimmtes zu sagen oder nicht? Die *Appell-Ebene* einer Botschaft lässt schließlich erkennen, wozu der Empfänger veranlasst werden soll, welche Handlung der Sender z.B. einfordert oder erbittet.⁵²⁰ Der Sender sendet immer gleichzeitig und ungewollt auf allen vier Ebenen, womit ein und dieselbe Nachricht viele Botschaften enthält und die psychologische Qualität einer Nachricht bestimmt. Es treten erhebliche Unterschiede zwischen gesendetem und empfangenem Botschaftsgeflecht auf. „So nützt es z.B. wenig, sachlich recht zu haben, wenn man gleichzeitig auf der Beziehungsseite Unheil stiftet. Genausowenig nützt es, auf der

⁵¹⁸ Wingchen, J. 2009: 104- 105

⁵¹⁹ Wingchen, J. 2009: 105

⁵²⁰ Wingchen, J. 2009: 30-31

Selbstoffenbarungsseite eine gute Figur zu machen, z.B. sich als geistreich und gelehrsam zu präsentieren, und dabei unverständlich in der Sachbotschaft zu bleiben.“⁵²¹

Der **Empfänger** kann durch seine *freie Auswahl* den Sachinhalt auf die Selbstoffenbarungsseite hin abklopfen, personaldiagnostisch tätig sein. Durch die Beziehungsseite empfängt er die Nachricht besonders betroffen und die Appellseite fragt ihn, wie er die Information wohl nutzen soll. Als Empfänger braucht er mehr als seine zwei biologischen Ohren, um für jede Seite einer Nachricht gut ausgerüstet zu sein, um stets seine freie Auswahl treffen zu können, auf welche Seite der Nachricht er reagieren will. Störungen entstehen, wenn der Empfänger auf eine Seite Bezug nimmt, auf die der Sender das Gewicht nicht legen wollte oder der Empfänger taub ist für alle Botschaften, nur mit einem Ohr hört. Eine ausgewogene „**Vierohrigkeit**“⁵²² sollte zur kommunikationspsychologischen Grundausrüstung des Empfängers gehören.⁵²³

Frühe Beziehungsbotschaften produzieren das Selbstkonzept eines Menschen und es wäre viel gewonnen, wenn der Empfänger gefühlsmäßige Ausbrüche, Anklagen oder Vorwürfe seiner Mitmenschen in der richtigen Balance als Selbstoffenbarung hören würde und eine konstruktive Kommunikation durch Zuhören fördert. Psychoanalytisch orientierte Therapeuten alter Schule pflegen diese *einseitige Empfangsweise*, nehmen den anderen in einer Oberhandtechnik als Partner nicht ernst, würdigen ihn zum diagnostizierenden Objekt herab. Es gibt keine Berechtigung, sachliche Kritik nur mit dem Selbstoffenbarungsohr zu hören und in der Sache keine Stellung zu nehmen. Gesprächstherapeuten⁵²⁴ setzen das Selbstoffenbarungsohr nicht diagnostizierend und entlarvend ein, sondern bilden sich in *aktivem Zuhören* aus, fühlen sich in die Gefühls- und Gedankenwelt des Senders nicht-wertend ein. Der Empfänger hilft dem Sender, die in seinen Sachaussagen verborgenen Gefühlsinhalte einführend zu entdecken, die Welt des anderen mit dessen Augen zu sehen und gleichsam zurück zu übersetzen, damit dieser zu einem tieferen Verständnis seiner selbst kommen kann.⁵²⁵

Gebraucht der Empfänger bewusst das „Final gespitztes Appell-Ohr“ und stellt zweckgerichtete „Wozu?“- Fragen, schützt ihn das davor, „manipuliert zu werden und durch appellmäßige Reaktionen unfreiwillig ein böses Spiel mitzuspielen.“⁵²⁶ Manches

⁵²¹ Schulz von Thun, F. 1989: 44 obere Mitte

⁵²² Schulz von Thun, F. 1989: 46 unten

⁵²³ Schulz von Thun, F. 1989: 31-46

⁵²⁴ vgl. Rogers, C. 1983 und Tausch, R./Tausch, A.-M. 1981

⁵²⁵ Schulz von Thun, F. 1989: 55-58, 64

⁵²⁶ Schulz von Thun, F. 1989: 60 Mitte

Verhalten, das eine Störung zu offenbaren scheint, hat eine verdeckte Appellseite, die eine unbewusst gewünschte Wirkung erzeugt. Jede Nachricht und Verhaltensweise steht prinzipiell unter dem Funktionalitätsverdacht einer berechnenden, heimlichen Absicht, wenn deren Botschaften auf der Sach-, Selbstoffenbarungs- oder Beziehungsseite auf die Appellwirkung hin ausgerichtet werden. Der Sender der Nachricht legt kodierte Zeichen explizit in seine Botschaften oder sie rutschen ihm implizit mit hinein. Der Empfänger dekodiert die Nachricht, indem er in den Zeichen eine Bedeutung hineinlegt, in Abhängigkeit von seinen Erwartungen, Befürchtungen, Vorahnungen, von seiner ganzen Person. Durch diese einseitige Kommunikation kommt manche Botschaft überhaupt nicht an bzw. es wird mehr hineingelesen, als der Sender mitteilen wollte. Verdeckte Missverständnisse bleiben vielfach unaufgeklärt und stören künftig die Beziehungen aus dem Verborgenen.⁵²⁷

Keiner hat Schuld an dem Missverständnis und es ist nicht entscheidbar, wer recht hat. „Der eine hat dieses gesagt, der andere jenes gehört.“⁵²⁸ Empfangsfehler finden ihre *Störquellen* in verschiedenen Sprachmilieus und schichtspezifischen Sprachgewohnheiten, welche den Umgang von Angehörigen verschiedener Schichten und Subkulturen vor allem auf der Beziehungsebene behindern. Auch wird das Selbstbild des Empfängers als Deutungsschlüssel für einlaufende Nachrichten benutzt, indem es sie stets in positiver wie negativer Hinsicht bestätigt und stabilisiert. Gilt zudem der Sender dem Empfänger als gut bekannt, neigt er dazu, das Gemeinte im Geäußerten zu entdecken und das unvollständige Bild zu ergänzen. Die wenigen Informationen werden in eine Schublade gesteckt und mit bereits vorhandenen Informationen und Vermutungen dieser Schublade zu einem Bild vollständig ergänzt und liefern den Schlüssel für die Interpretation der gesendeten Nachricht. Hört der Empfänger neben der korrekt empfangenen Kernbotschaft zusätzlich noch weitere Botschaften mit, korrelieren primär ausgedrückte negative Gefühle häufig mit einer Täterschafts- Zuweisung auf der Beziehungsseite oder sind mit einem auffordernden Appell, Abhilfe zu schaffen oder Rat zu geben, gekoppelt. Der Empfänger muss hier lernen, mit seinem Selbstoffenbarungs- Ohr aktiv zuzuhören.⁵²⁹

Die Nachricht mit ihren Begleitbotschaften löst bei dem Empfänger selbst durch *Schlüsselreize* eine innere Reaktion seiner Psyche aus, aufgebaut aus dem *Wahrnehmen, Interpretieren und Fühlen*. Im Feedback verschmelzen diese drei Vorgänge, so dass der

⁵²⁷ Schulz von Thun, F. 1989: 59-63

⁵²⁸ Schulz von Thun, F. 1989: 63 Mitte

⁵²⁹ Schulz von Thun, F. 1989: 65-68

Empfänger sich über seiner Reaktion als die seinige im klaren werden und eigene Anteile gegebenenfalls überprüfen kann. Die innere Klarheit ist die wesentliche Voraussetzung für die zwischenmenschliche Kommunikation, in der oft Informationen über die eigene Person mitgeteilt werden. Die intrapersonelle Kommunikation klärt, welche Informationen die Person über sich selbst überhaupt hat und abrufen kann.⁵³⁰

Die Frage von Kontakt oder Isolation wird entschieden, wenn *Phantasien* auf Realität hin überprüft werden, indem man sie für sich behält und das eigene Verhalten danach ausrichtet oder sie mitteilt, egal ob sie zutreffend sind oder nicht. Phantasien über den anderen sind immer etwas von einem selbst und keine Interpretationen, weil den eigenen Vermutungen über Gedanken und Gefühle des anderen keine klar angebbare Wahrnehmung zugrundeliegt.⁵³¹ „Indem ich meine Phantasien als zutreffend annehme und für mich behalte, unterbreche ich den Kontakt und bleibe isoliert im selbsterbauten Käfig meiner Phantasie. ... Das Fatale ... ist, dass unzutreffende Phantasien nie eine Korrektur erfahren und auf diese Weise scheinbar jedesmal bestätigt werden. Mehr noch ... der Teufelskreis einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung hat sich geschlossen.“⁵³² Unausgesprochene Phantasien belasten die Kommunikation stärker und unausgedrückte Gefühle verwandeln sich in Gifte, die Leib und Seele von innen her angreifen. Ausgedrückte Gefühle schaffen Kontakte und ermöglichen eine Veränderung der emotionalen Realität. Dabei entscheidet nur der andere, ob die eigenen Phantasien über ihn zutreffen, weil nur er seine Innenwelt kennt und weiß, was er entsprechend seiner intrapersonellen Kommunikation wirklich fühlt und wirklich möchte. Ein hoher Selbstoffenbarungsanteil im Feedback erhöht die Chance zur Verbesserung der Kommunikation, indem *Ich- Botschaften* nicht eigene Gefühle in Beschreibungen über den anderen überführen, sondern durch eigene innere Klarheit und der Nähe zu sich selbst zu konstruktiven Lösungen befähigen. *Ich- Botschaften* erleichtern die Selbstwahrnehmung und ermöglichen im Gespräch eine Differenzierung zwischen eigenen und fremden Anteilen einer Aussage. Der Empfänger sendet bei der Feedback-Spende auf denselben vier vorgestellten Seiten der Nachrichtenübertragung, mit denen er seine Information für sich selbst empfing.⁵³³

⁵³⁰ Schulz von Thun, F. 1989: 69-75

⁵³¹ Schulz von Thun, F. 1989: 75-78

⁵³² Schulz von Thun, F. 1989: 76 oben und unten, 77 oben

⁵³³ Schulz von Thun, F. 1989: 77-81

3.1.3 Bedürfnispyramide nach Maslow

Der amerikanische Psychologe Abraham Maslow (1898-1970) ordnete die menschlichen Bedürfnisse in einer hierarchisch aufgebauten, pyramidenförmigen Theorie, nach der das Individuum zuerst Bedürfnisse einer unteren Stufe befriedigt, um sich dann den nächsthöheren zuzuwenden. Sind grundlegende physiologische *Bedürfnisse wie Hunger und Durst* auf der ersten, untersten Stufe breitflächig befriedigt, so tritt die nächsthöhere Stufe, das *Bedürfnis nach Sicherheit*, in den Vordergrund. Erlangt diese Befriedigung, streben *psychische und soziale Bedürfnisse* wie Liebe und Zugehörigkeit auf der dritten nach ihrer Erfüllung und *Bedürfnisse nach Wertschätzung* erreichen auf der vierten Ebene Zustimmung wie Anerkennung. Schlussendlich realisiert das *Bedürfnis nach Selbstverwirklichung* auf der fünften, gipfelartigen Stufe vollständig das eigene Potential.⁵³⁴

Eine desorientierte Frau reagiert z.B. auf der 4. Stufe entsprechend ihres früheren Berufes als Bibliothekarin auf den Verlust ihres Augenlichtes mit Beschuldigungen gegen den Arzt, dessen verschriebenen Augentropfen ihr demnach das Lesen in Büchern vereitelten, wodurch sie Status und Identität verlor, sich ohne ihre soziale Rolle nutzlos fühlte. In einem anderen Beispiel starb die Mutter eines mangelhaft orientierten Mannes im Wochenbett und er sehnte sich jetzt, mit 92 Jahren, nach derjenigen, die er nie hatte. Zeitverwirrt kehrt er jetzt in seine Kindheit zurück, versucht das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und menschlicher Nähe zu befriedigen, indem er sich an eine mütterliche Mitbewohnerin klammert, nicht von ihrer Seite weicht, sich an ihr schmiegt, ihr folgt und weint, wenn sie ihn verlässt, weil er sie als seine Mutter sieht. Wer hingegen unerledigte Angelegenheiten aufarbeiten will, um in Frieden sterben zu können, befriedigt die fünfte Bedürfnisstufe. Wie die 86 Jährige, an Demenz erkrankte Frau, die sich in der Phase der sich wiederholenden Bewegungen befindet. D.h. während sie ein Handtuch in Form eines Kindes rollt und es stillt, weint sie und singt in ihrer Muttersprache. Sie will ihre Schuld gut machen und Mutter sein, weil sie mit 14 Jahren eine Abtreibung vornehmen ließ und quält sich jetzt Tag und Nacht. Wurden dagegen sexuelle Bedürfnisse aufgrund der strengen elterlichen Erziehung in der Kindheit und Jugend nicht ausgedrückt und durch braves Lernen ersetzt, so exhibitioniert sich ein jetzt 94 Jahre alter, zeitverwirrter, sich in seinen Bewegungen wiederholender Mann vielleicht und versucht, die Brüste der Bewohnerinnen und

⁵³⁴ Wingchen, J. 2009: 33ff.; Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 19-21

Pflegerinnen zu berühren, verwendet beim Sprechen sexuelle Begriffe. Verstehen die Betreuer oder Angehörigen dieses Verhalten und fühlen besser mit, dann können sie dieses Bedürfnis in Worte fassen, so dass die Person sich verstanden und akzeptiert fühlt. Auf dieser Grundlage können Menschen z.B. durch Validationstechniken weiter therapiert werden.⁵³⁵

Werden Bedürfnisse nicht befriedigt oder unterdrückt, reagiert der Mensch mit *Unlust* und schüttet *Stresshormone* aus, welche die *Impulsweiterleitung* im Nervensystem stören oder unterbinden. Das als Reptilienhirn bezeichnete *Althirn reagiert instinktiv* mit Flucht oder Angriff, weil dem „Denkhirn der Strom gesperrt“⁵³⁶ wird. Wenn die Gesprächssituation durch Angst, Nervosität, Ärger, Eifersucht, Wut, Neid etc. beeinflusst wird, kann sich das Denkhirn nicht mehr mit den vermittelten Inhalten auseinandersetzen. Das Reptilienhirn stört dessen analytische Arbeit und die Qualität eines Gespräches *bemisst sich dann an der Form der Beziehung der Kommunizierenden*, nicht an den abstrakten Inhalten.⁵³⁷

3.2 Kommunikation mit Demenz

Demente Menschen verwechseln oft Personen und Situationen. Der Beziehungsaspekt entscheidet über die Rollen, die *von dem Vergangenen auf das Gegenwärtige übertragen* bzw. überlagert werden. Beliebte, oft bereits verstorbene bzw. weit entfernt lebende Personen aus historischen Zeiten werden ohne ein geographisches Ortsgefühl in das Hier und Heute transferiert, ermuntern den Erkrankten. Werden negative Elemente der Vergangenheit gefühlsmäßig erinnert, kann davon ausgegangen werden, dass der Betreffende sich aktuell unwohl fühlt oder ein Problem nicht zu lösen vermag. Die Elemente der Vergangenheit stoßen der Person für sie unkontrollierbar zu. Kleine Geschehnisse in der Gegenwart können Vergangenen eine neue Richtung geben, was jedoch der einfühlsamen Begleitung einer anderen Person bedarf.⁵³⁸

Beim gesprochenen oder geschriebenen Wort muss die phänomenologische Analyse neben dem beschränkten buchstäblichen Wortsinn auf begleitende, in Kontext und Resonanz zu bringende Aspekte wie Wiederholungen, Weglassen, Tonfall, Blicke und Gesten zurückgreifen. Der *Sinn des scheinbar Unsinnigen* erschließt sich durch den

⁵³⁵ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 19-21

⁵³⁶ Birkenbihl, V. 1987: 247 in: Wingchen, J. 2009: 33 oben

⁵³⁷ Wingchen, J. 2009: 31-33

⁵³⁸ Beyer, St. 2007: 33 ff.

Subtext der Äußerungen der an Demenz Erkrankten, wenn die Gesamtheit der Phänomene ihres Erlebens und Verhaltens wahrgenommen wird.⁵³⁹

3.2.1 Innenwelten der Demenz

Der persönliche Raum ist ein Raum des Reichtums, was sich in ihm befindet, ist das, was erreicht wurde, was einem Menschen gehört. Reichtum ist all das, was ein Mensch erreicht hat und in seine Reichweite geholt oder gelassen hat. Wer keine Wahl hat und andere Menschen durch äußere Umstände in den eigenen Raum lassen muss, entwickelt Unbehagen, Missfallen oder Rückzugsstrategien. Wie eine Zwangsmaßnahme werden Irritationen hervorgerufen, als aufdringlich, verletzend oder bedrohlich in ihrer Distanzlosigkeit empfunden und das Gefühl für die Schutzfunktion der Grenzen des persönlichen Raumes gehen verloren. Greift ein Dementer zwanghaft in die persönlichen Räume anderer Bewohner, will er sich seinen Zugriff auf die Welt und deren Aneignung im eigenen persönlichen Raum vergewissern. Greift ein Demenzkranker nach einem Gebrauchsgegenstand und bricht seine Bewegung zuckend ab, ist es die Folge von einem nicht mehr erschlossenen und erfahrenen Raum. „Der **Raum des Erlebens** reduziert sich und damit verringern sich Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit.“⁵⁴⁰ Bei fortschreitender Krankheit wird zunehmend Hilfe von Pflegekräften benötigt, die um ihren Hilfsaufgaben nachzukommen immer häufiger den Sicherheitsabstand unterschreiten und in den persönlichen Raum treten müssen, ohne eine Erlaubnis dafür erhalten zu können. Auf eigene Verantwortung müssen die Begleitenden entscheiden, wie nah sie zu genau diesem Zeitpunkt in angenehmer Weise dem Bewohner kommen dürfen.⁵⁴¹

Im Prozess der dementiellen Erkrankung ist es den Menschen kaum oder gar nicht mehr möglich, soziale Kontakte in einem Raum der Begegnung zu schaffen. Resonanz, intensiven Austausch und Informationen erhalten die an Demenz Erkrankten durch eine besondere Wahrnehmung und besondere Interaktionsmöglichkeiten durch die Begleiter, welche Scham und Angst vermeiden, um die durch Desorientierung bereits vorhandene Scheu und Unsicherheit nicht noch zu verstärken. Räume der Begegnung bieten Schutz, Sicherheit, können Wege in *öffentliche Räume* öffnen.⁵⁴²

Der *intime Raum* ist das Eigenste, was der Mensch hat, er bestimmt ihn und seine Selbst-Wahrnehmung. Verletzungen dieses Raumes bedeuten Verletzungen seiner

⁵³⁹ Baer, U. 2007: 109

⁵⁴⁰ Baer, U. 2007: 116

⁵⁴¹ Baer, U. 2007: 117

⁵⁴² Baer, U. 2007: 118-119

existenziellen Intimität, erfolgt durch Gewalt, Missbrauch, verletzende Bewertung, verächtliche Berührung, Berührungsverbote, missachtende Blicke, das unerlaubte Lesen des Tagebuchs durch eine andere Person, eine bestimmte Qualität von Blicken und vieles mehr. Sie hinterlassen Narben, verändern das Körperbild und die Leiblichkeit des Menschen. Das natürliche Schamgefühl bewacht die Grenzen des Intimen Raumes, schützt etwas Kostbares und ist das am häufigsten auftretende Gefühl bei an Demenz erkrankten Menschen und deren Begleitern. Die Toilette symbolisiert z.B. als Rückzugsmöglichkeit mit geschlossener Tür einen intimen Raum, in welchem intime Handlungen mit zunehmender Hilflosigkeit von anderen verlangt werden müssen. Abwehr entsteht, Zorn entlädt sich, und die Gewissheit, für andere eine Zumutung zu sein, äußert sich in Scham- und Schuldgefühlen. Weil der intime Raum zur Pflege und Begleitung an Demenz Erkrankter verletzt wird, benötigen Mitarbeiter ein Wissen um die Intimität und *Privatheit* der Ihnen Anvertrauten. Gehen sie respektvoll und würdigend damit um, können Aggressionen besser eingeordnet werden, lassen sich gekränkter Rückzug oder Gegenaggression als Reaktion vermeiden.⁵⁴³

Von einem **zentralen inneren Raum** aus begreifen und bewerten Menschen die Welt, orientieren sich von dort aus und treffen Entscheidungen. Dieses System der Regulation ist gerade bei dementiellen Erkrankungen gestört, der zentrale Raum verdunkelt sich zeitweilig, ist nicht immer für die Erkrankten zugänglich. In dem inneren Ort des Erlebens erfolgt die Integrationsleistung der Verbindung von neuen mit alten Erfahrungen, hier werden sie bewertet, gerichtet, wird über die einzuschlagende Richtung entschieden. Ist der Zugang zu diesem Raum gestört, tritt Verwirrung auf, können der intime und persönliche Raum nicht mehr geschützt werden, werden Räume der Begegnung vermieden, sind die Hemmungen, sich am öffentlichen Raum zu beteiligen, unüberwindbar. Ein **Erinnerungsbild** mit Erinnerungen existiert abhängig von einem Bild des Ichs und von irgendeinem sprachlichen oder in Gedanken gegebenen Standpunkt weiter. Demente Menschen verlieren genau diese Verbindung, wissen nicht mehr, wer das Ich in ihren Sätzen war oder ob bestimmte Erinnerungen wirklich ihre eigenen waren. „Und weil sie nicht mehr ihr zugehörig schienen, begann sie, sie wegzuwerfen.“⁵⁴⁴ Zunehmend seltener im Krankheitsverlauf hellt sich der Zentrale Ort auf und zeitweise kommen Orientierung und Erinnerung, Momente der Klarheit zurück, erklären das Phänomen des „Rementing“⁵⁴⁵.

⁵⁴³ Baer, U. 2007: 120- 122

⁵⁴⁴ Ignatieff, M. 2002: 74 in :Baer, U. 2007: 123 unten

⁵⁴⁵ Kitwood, T. 2008: 233-234

Eine dementielle Erkrankung ist eine Krise und wird als Krise erlebt, in der die innere Ordnung und Orientierung des Menschen brüchig werden und zusammenbrechen, der innere Boden unter ihnen zu schwanken beginnt, ihre Entscheidungsfähigkeit verloren geht. In dieser Situation oder Lebensphase erlebt sich der Mensch in seiner Person bzw. Lebenswelt als existentiell bedroht, unabhängig von der äußeren Betrachtung und Einschätzung.⁵⁴⁶

3.2.2 Klientenzentrierte Gesprächsführung

Im Rahmen der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Carl Rogers unterstützt der Begleiter den Prozess des Überlegens beim Ratsuchenden durch verstehendes Einfühlen, ergründet das Ziel seiner Aussagen. Das vermutete Verständnis wird fragend dem Klienten übergeben, damit dieser prüfend korrigieren oder in seinen Gedankenläufen weiter gehen kann. Er entscheidet über Erkenntnisse seines eigenen Erlebens. Dem Begleiter kommt dabei eine einfache, auch von Laien leicht erlernbare, *mitmenschliche, vor allem zuhörende und reflektierende Rolle* zu. Im Feedback wird durch Kopfnicken Zustimmung signalisiert, während eine stete kraus gezogene Stirn den Redefluss doch erheblich beschränken dürfte. Blockierungen von Entwicklungsimpulsen Hilfesuchender werden durch **kongruentes, akzeptierendes und empathisches** Beraten aufgelöst und verbessern die Fähigkeit zur Selbsterhaltung und – Verwirklichung. Gedanken, Gefühle und Handeln des Beratenden sollen somit kongruent sein, Gesprochenes muss der Körpersprache wahrhaftig entsprechen, selbst an sich erlebt, entwickelt, ausgebaut und zu einem zweckmäßigen Zeitpunkt weitergegeben worden sein. Bedingungslos wird dem Mensch vermittelt, dass er *in seiner Ganzheit eine positive Zuwendung zu seiner Person und seinem Erleben erfährt*, ohne von bestimmten Verhaltensweisen abhängig zu sein. Die erzählende Person wird *so angenommen*, wie sie sich im Moment präsentieren möchte und *lernt sich dadurch selbst zu akzeptieren*. Denken und Fühlen des zu Betreuenden sind so zu verstehen, dass er zu einem angemessenem Ausdruck der grundlegenden Probleme seiner Situation kommen kann, in sich nach dem eigentlich Gemeinten oder dem eigenen Willen forscht. Einfühlend nimmt der Therapeut an der inneren Erlebniswelt des Anderen aus dessen eigener Sicht teil, versteht empathisch persönliche Bedeutungszusammenhänge und spiegelt das Verstandene auf eine fragende Weise, signalisiert damit aufrichtiges Interesse und gibt gleichzeitig dem Klienten Gelegenheit zur Überprüfung auf

⁵⁴⁶ Baer, U. 2007: 67 ff.

Richtigkeit und Vollständigkeit. Fühlt der Klient sich verstanden, lässt er sich weiter auf sich selbst ein, war etwas unzutreffend, ermöglicht die Korrektur ein besseres Selbstverständnis. Menschen entwickeln aus sich selbst heraus Lösungen für ihre Sorgen, passen sich selbstheilend, selbstorganisierend in einer Selbstaktualisierungstendenz widrigen Lebensumständen- bis zu einem gewissen Grad- aktiv und kreativ an.⁵⁴⁷

Die von Carl Rogers entwickelte Methode des personenzentrierten Begleitens wurde später durch Eugene Gendlins Focusing weitergeführt. Die Validationstechnik und die Prä-Therapie beruhen ebenfalls auf personenzentrierte Ansätzen.

3.2.3 Personenzentrierter Ansatz

Als Vordenker verstand Kitwood das Phänomen Demenz als Zeit zur **Vorwärtsentwicklung der Seele**, welche dieser Lebensphase- auch als begleitender Person- wiederum einen Sinn gibt und sich bei sehr guter Pflege sogar in der Rückentwicklung der Demenzsymptome niederschlagen kann. Kognitive Funktionen könnten teilweise wiederhergestellt, das Gedächtnis verbessert oder die Inkontinenz begrenzt bis behoben werden. Werden Heimbewohner wieder sie selbst, finden zu ihrer **alten Persönlichkeit** zurück, so spricht er von Remenz und meint damit keine Umkehr des Krankheitsverlaufs im Sinne einer Heilung.⁵⁴⁸ Hingegen kann der dementielle Prozess im Kontext der **sozialen Beziehungen** im Biographieverlauf mit verursacht werden durch Abwertungen der Persönlichkeit und Würde des erkrankten Menschen.⁵⁴⁹ Morton weist darauf hin, dass „der Abbau der kognitiven Funktion mit der Bewahrung oder sogar der Weiterentwicklung anderer menschlicher Fähigkeiten verbunden sein kann. ... daß Menschen in der Demenz an emotionaler Ausdrucksfähigkeit gewonnen haben, so als hätten sie durch die Auflösung ihres (kognitiv begründeten) Selbstkonzeptes einen besseren Zugang zu ihrem eigenen organismischen Erleben gefunden. ... dennoch kann der einzelne weiterhin nach Erkenntnis streben, Ziele erreichen und sich weiterentwickeln.“⁵⁵⁰ Die prozessorientierte Psychologie legt folgende Prozesse seelisch-spirituellen Wachstums in nicht linearer Weise zugrunde:

1. an unerledigten Geschäften wird gearbeitet

⁵⁴⁷ Beyer, St. 2007: 105- 108; www.weidenfloete.de/gespraechstherapie.htm: 21.10.09;

http://de.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers: 21.10.09 und

http://psychologie.suite101.de/article.cfm/personenzentrierte_gespraechsfuehrung_na... : 21.10.09

⁵⁴⁸ Beyer, St. 2007: 19-20

⁵⁴⁹ Kranich, M. 2001: 20 in: Baer, U.: 2007: 39

⁵⁵⁰ Morton, I. 2002: 32 in: Beyer, St. 2007: 20 unten-21 oben; vgl. Morton, I. 2002: 118 in: Baer, U. 2007: 39

2. die Begegnung mit neuen und teilweise gelebten Aspekten der Persönlichkeit
3. Lebenserfahrungen werden geerntet
4. ein heiliger Raum für marginalisierte Erfahrungen wird geschaffen
5. Schönheit und Bedeutung des Lebens werden erforscht
6. spirituelle Verbindungen werden geschaffen
7. Beziehungen werden intimer und vertieft
8. an kulturellen und gesellschaftlichen Konflikten wird gearbeitet.⁵⁵¹

Jemanden nicht mehr zu erkennen, ermöglicht einen Neuanfang mit dem betreffenden Menschen, die **Beziehung** erhält die Chance, intimer und vertieft zu werden. Demenz ermöglicht den Betroffenen, Normen zu brechen, die vor der Erkrankung von ihnen nicht in Frage gestellt wurden. Ziel eines jeden- gesunden wie kranken- Lebens könnte es demnach sein, dass *möglichst viel von allem Erlebbarem fühlbar gern getan* wird.⁵⁵²

Um einen an Demenz erkrankten Menschen zu würdigen und heilend auf diesen zu wirken, müssen Mitarbeiter *positive Haltungen und Verhaltensweisen* entwickeln, lernen ihn anzuerkennen, mit ihm zu verhandeln, zusammenzuarbeiten, zu spielen, zu feiern, entspannen, validieren, ihm sein Leben zu erleichtern, die Beziehung zu halten und gemeinsamen Sinnesvergnügungen nachzugehen. Die Erlebenswelt des Erkrankten wird ernst genommen, seine **Würde** in ausdrücklicher Betonung erhalten, wodurch der personenzentrierte Ansatz seine wichtigste und nachhaltigste Wirkung erzielt.⁵⁵³

Als eine Methode des personenzentrierten Ansatzes entwickelte Kitwood das Dementia Care Mapping (DCM), um vor allem Abwertungen entgegenzuwirken. Der Mapper (= Beobachter) beobachtet stundenlang den **Kontakt** zwischen der dementen Person und seinem Pfleger intensiv anhand von 24 möglichen Verhaltenskategorien, macht dadurch *versteckte Kränkungen, Bedürfnisse, Ausdrucksformen relativen Wohl- bzw. Unwohlsein* anhand einer Skala sichtbar und beleuchtet insbesondere *vorkommende personale Entzüge*, unterscheidet zwischen würdigen und unwürdigem Verhalten. Pflegende fühlen sich kritisiert, bösaartig bewertet und sträuben sich häufig vor der Teilnahme an diesem sehr aufwendigen Verfahren, weil zudem die *individuelle Beobachtung* zu wenig Raum erhält. Die Umsetzbarkeit dieser Methode bedarf einer weiteren Verfeinerung und Ergänzung.⁵⁵⁴ (siehe Teil I: 2.7.1)

⁵⁵¹ Richards, T./Tomandl, St. 2006: 26 in: Beyer, St. 2007: 21 Mitte

⁵⁵² Beyer, St. 2007: 22

⁵⁵³ Baer, U. 2007: 40- 41; Kitwood, T. 2008: 73 ff.

⁵⁵⁴ Baer, U. 2007: 39; Stuhlmann, W. 2004: 121-123

3.2.4 Focusing⁵⁵⁵

Der Focusing-Ansatz wird von Gendlin thematisiert und nennt neben der personenzentrierten akzeptierenden und die dem Klienten folgende Grundhaltung die *körperlich gefühlte Bedeutung* bzw. den gefühlten Sinn in Bezug auf das Erfassen einer speziellen Situation. Dieses Gefühl (=felt sense) *grenzt sich von Emotionen ab*, bezieht sich auf die Situation als Ganzes, *bezieht alles Dazugehörige mit ein*. Ein unangenehmes Thema sollte mit einer gesunden Distanz die dazugehörigen Gefühle hinterfragen, um ein Abgleiten in ein negativ- überwältigendes Erleben zu vermeiden. Focusing soll sich durchgehend angenehm anfühlen. Die Qualität der Problemsituation ist nah genug, um deren Geschmack als felt sense zu fühlen und weit genug entfernt, um Luft zum Atmen zu bekommen. Mit zusätzlichen Bildern, Worten oder Gesten kann dieser felt sense freundschaftlich mit passenden oder anderen Formulierungen ergänzt werden. „Passt ein Wort oder ein Bild, so empfinde ich einen sogenannten ‘felt shift’, d.h., ich fühle eine Erleichterung, ein **Aha-Erlebnis**, oft verbunden mit einem entsprechenden tiefen Atemzug. Dabei verändert sich der ursprüngliche felt sense ... nach dem gleichen Prinzip, nach dem Hunger sich verändert, wenn ich etwas esse.“⁵⁵⁶ Hat das körperliche Unbehagen eine andere Ursache, wird jemand durch das Essen z.B. nicht satt und bleibt unzufrieden, kann es zum Gegenstand von Focusing gemacht werden. Die Worte „innere Leere“ oder „unausgefüllt“ können in einer freundlichen Gesellschaft mit einem Gefühl einfallen, dass das Unbehagen *stimmig beschreibt*. Es kann die „Sehnsucht nach Liebe“ beschrieben und die Sehnsucht von der Person wie ein geselliger Freund angenommen werden und möglicherweise überraschend die Person selbst von Liebe erfüllen. Während dieses Focusing-Prozesses wurde das *anfängliche Unbehagen präzisiert, greifbarer, in ein menschliches Sehnsuchts-Bedürfnis und schließlich in eine Art von Erfüllung verwandelt*. Zusätzlich zur Bedeutung einer Situation wird indirekt der nächste positive Schritt für das Leben angeregt, enthält der felt-sense immer eine **Problemlösung**. Sich ein gelöstes Problem fühlend vorzustellen, ohne eine gedankliche Lösung vorwegzunehmen, mündet oft in *ein Gefühl für die Lösung*.⁵⁵⁷

Focusing kann auch per Telefon praktiziert werden und eignet sich daher gut für die Anwendung durch Angehörige zu deren Entlastung, klärt Beziehungen und verbessert

⁵⁵⁵ Beyer, St. 2007: 109 ff.; vgl.: www.focusing.org/research: 14.01.2010; Gendlin, E.T. 1994: 13 ff.

⁵⁵⁶ Beyer, St. 2007: 111 oben

⁵⁵⁷ vgl. Wingchen, J. 2009: 120 ff.

sie. Im engeren Sinn überfordert Focusing sehr wahrscheinlich demente Menschen und ist nur unter Vorbehalt möglich.

Focusing sensibilisiert für innere Vorgänge und kann helfen zu mutmaßen, was eine demenzkranke Person möchte, wenn sie sich nicht klar äußern kann, lässt erkennen, wann sie etwas als passend und stimmig erlebt und wann nicht. Der Kontakt zur eigenen inneren Bewertung stärkt die zurückgezogene Person, weil in jedem immer jemand drinnen ist. Die Art der Interaktion verändert die Interaktionsteilnehmer, bestimmt die beteiligten Akteure. Passende Worte und Sätze können den Lebensprozess weitertragen, durch die gleiche Art von Prozess die Wahrheit finden und Bedürfnisse befriedigen. Geistige und körperliche Fortsetzungen gehören in die gleiche Kategorie und werden bei Demenzkranken erlebbar, wenn z.B. nach dem Wechsel der Inkontinenzvorlage oder dem Anwärmen der Füße eine kognitive Leistung möglich wird oder der Betroffene eher etwas zu sich nimmt, wenn vorher etwas anerkannt bzw. verstanden wird oder wenn eine vertraute Person anwesend ist.

3.2.5 Prä-Therapie⁵⁵⁸

Der Psychologe Garry Prouty entwickelte aus Gene Gendlins und Carl Rogers' Ansätzen eine vor-therapeutische Grundbedingung für die personenzentrierte Therapie. Der psychologische Kontakt mit dem dementen Menschen oder deren Angehörigen ist herzustellen, um ihnen ein **notwendiges Feedback** durch ihre soziale Umgebung zu vermitteln und ihre schrittweise Entwicklung zu fördern. Während der *Situationsreflexion* weist der Begleiter auf Aspekte der Situation hin, spricht eigene Wahrnehmungen an oder bestätigt durch seine einführende Beobachtung die subjektive Realität des Dementen. Die Widerspiegelung des Gesichtsausdrucks erfolgt vorwiegend nonverbal (*Gesichtsausdrucksreflexion*), die des Körpers bezieht sich auf Körperbewegungen, kombiniert verbale und nonverbale Reflexionen (*Körperreflexion*). Laute und Worte, die spürbar Gefühle beinhalten, werden ebenso wie verständliche Worte oder Satzteile in der *Wort-für-Wort-Reflexion* wiederholt. Nahm eine demente Person erfolgreich ihren Kontakt zur Realität oder zu einem Begleiter anhand früherer durchgeführter Reflexionen wieder auf, so werden sie später erneut aufgegriffen (*wiederaufgreifende Reflexion*). Die Sprechweise, der Tonfall des Begleiters passen sich der typischen Ausdrucksweise der dementen Person an (Alzheimergrammatik), wenn diese den Kontakt zur Realität, zu emotionalen Funktionen und zu anderen Menschen

⁵⁵⁸ Beyer, St. 2007: 117- 122; siehe auch Morton, I. 2002: 197; Pfortner, M. 2005: 37; Prouty, G./Pfortner, M./van Werde, D. 1998

aufnimmt. Lebt die Person in einer sehr in sich zurückgezogen Phase, befindet sie sich außerhalb jeden Kontaktes und der Begleiter spiegelt die Worte ohne in ein „Du“ zu verfallen, nimmt die „Ich“-Position ein bis die Person „in Kontakt“ erscheint. „Es ist nicht immer leicht, den Grad an Zurückgezogenheit oder Kontakt von außen einzuschätzen. Daher ist... die beste Empfehlung, darauf zu achten, ob die demente Person auf die Reaktionsweise des Begleiters eher irritiert oder eher positiv reagiert.“⁵⁵⁹ Bei weit fortgeschrittener Demenz dient die **spiegelnde Begleitung** dazu, Zuwendung zu zeigen und Leiden zu lindern.

3.2.6 Validation

Validation bedeutet Begleitung (lateinisch) oder Wertschätzung (englisch) und wurde von Naomi Feil zwischen 1963 und 1980 entwickelt, während sie in ihrer von realitätsorientierten Ansätzen geleiteten Tätigkeit Feindseligkeit und Rückgezogenheit an demenzkranken Menschen beobachtete.⁵⁶⁰ „Jemanden zu validieren bedeutet, die *Gefühle dieses Menschen anzuerkennen*, ihm zu sagen, dass seine Gefühle wahr sind.“⁵⁶¹ Durch Einfühlungsvermögen ist es möglich, in die innere Erlebniswelt einer sehr alten, desorientierten Person vorzudringen, durch das **Überbrücken unterschiedlich erlebter Realitäten** Vertrauen zu schaffen. Dieses „in den Schuhen des anderen gehen“ schafft wiederum Sicherheit, diese baut Stärke auf, die wiederum das Selbstwertgefühl wiederherstellt. Stress verringert sich, weil der Validierende die aufgefangenen Signale, den emotionalen Gehalt einer Aussage in Worte kleidet, seinem Klienten die Würde zurück gibt.⁵⁶² Werden desorientierte Menschen anerkannt, fühlen sie sich glücklicher, stark, nützlich, geliebt und verweilen häufiger und für längere Zeit in der Gegenwart.⁵⁶³ Als *grundlegende einfühlsame Einstellung* hilft Validation speziell Professionellen und Familien von unglücklich orientierten, alten Menschen, deren Verhalten zu verstehen, indem etwas auf gesicherter und zuverlässiger Grundlage für gültig erklärt, unterstützt und bekräftigt wird. *Dem Verhalten und den Äußerungen dementer Menschen wird ein Sinn unterstellt, ungeachtet dessen, ob sich dieser dem Beobachter erschließt.*⁵⁶⁴ Diese Menschen gewinnen ihre Würde zurück, ihr Selbstwertgefühl wird wiederhergestellt, weil ihr gelebtes Leben gerechtfertigt wird, sie möglichst lange in ihrem gewohnten

⁵⁵⁹ Beyer, St. 2007: 121 unten

⁵⁶⁰ Baer, U. 2007: 36

⁵⁶¹ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 15 oben

⁵⁶² Feil, N. 1990: 11

⁵⁶³ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 15

⁵⁶⁴ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 34 ff., 109

Umfeld leben können. Weniger Stress bedeutet neben der Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens, dass chemische und physische Zwangsmittel reduziert werden, sich die verbale und nonverbale Kommunikation verbessert und ein Rückzug in die Phase des Vegetierens verhindert wird. Angehörige werden in der Kommunikation mit den Erkrankten unterstützt und erhalten wie die Pfleger neue Energie.⁵⁶⁵

Ähnlich wie Carl Rogers' Ansatz basiert dieser auf **Respekt, Empathie und Authentizität**, nimmt dem Klienten das Gefühl der Angst und stärkt das des Selbstwertes. Körperliche und soziale Funktionen verbessern sich und verhindern einen Rückzug in das vegetierende Dasein. Alzheimerdemenz wird als sinnvolle Entwicklungsphase zur Aufarbeitung der Vergangenheit betrachtet und bietet folgende verschiedene *Validationstechniken während der vier Demenzstadien* an:

1. **Fragen** nach dem wer, was, wo, wann helfen, dem sich rau, weinerlich und anklagend äußernden Betroffenen, seine unglückliche Orientierung, seine körperlichen, sozialen und geistigen Einbußen zuzugeben. Warum-Fragen und Berührungen sollten vermieden werden.
2. Verwirrt sich die Zeit, werden unangenehme Aspekte der Realität zunehmend durch passende Bestandteile der Vergangenheit ersetzt. Als angenehm werden dann oft **Berührungen und Augenkontakt** empfunden.
3. Während der sich wiederholenden Begegnung empfehlen sich auch Berührungen und Augenkontakt mit dem Demenzkranken, die sich nun verstärkt durch monotone Bewegungen mitteilen.
4. Einfühlsam werden in dem Stadium des Vegetierens Bewegungen von Körper und Gemüt gespiegelt. **Sensorische Stimulation** durch Düfte, Musik, Berührung und Massage orientiert sich an den Bedürfnissen des Dementen, wird mit **Zuneigung und Liebe** ausgeführt.

Das Fortschreiten in die späten Phasen der Demenz soll hiermit oder durch ein Wiederholen von Worten und dem Zurücksagen von Platzhalterwörtern verzögert bzw. aufgehalten werden.⁵⁶⁶ Wobei schematische bzw. widersprüchliche Deutungskonzepte nonverbaler Äußerungen an Demenz erkrankter alter Menschen mittlerweile auf Kritik stoßen, als einseitig gelten.⁵⁶⁷

Den theoretischen Annahmen der Validationstherapie liegen Prinzipien aus der behavioristischen, analytischen und humanistischen Psychologie zugrunde, „leiten sich

⁵⁶⁵ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2000: 15-16

⁵⁶⁶ Feil, N. 1993: 49 ff.

⁵⁶⁷ KDA 2001: S. III: 46 ff. in: Baer, U. 2007: 37

aus der Überlegung ab, dass unbeachtete schmerzliche Gefühle wirksam bleiben, *offen gelegte, ausgesprochene, nachempfundene Gefühle dagegen an Intensität verlieren*. Den Betreuungspersonen kommt die Aufgabe zu, den hintergründigen Emotionen des Demenzkranken Raum zu geben und diese zu benennen oder nonverbal zum Ausdruck zu bringen.⁵⁶⁸ Ob verwirrtes Verhalten vor allem als versuchte Wiederaufarbeitung innerpsychischer Konflikte (psychogenetische Erklärungsmodell) gesehen werden kann, oder doch biologische und genetische Bedingungen Demenzen erwirken, bleibt diskussionswürdig. Verstehende Umgangsformen mit demenzkranken Menschen haben sich bewährt und in zahlreichen Behandlungskonzepten Eingang gefunden.⁵⁶⁹

3.2.7 Mäeutisches Pflege- und Betreuungsmodell

Die Niederländerin Cora van der Kooij entwickelte diese Lehre, betont die Bemühungen der Pflegenden, um mit den Demenzerkrankten eine gemeinsame, verbale Sprache zu entwickeln, die den verschiedenen Erlebniswelten der Bewohner und der Pflegenden gerecht wird, (Pflege-) Erfahrungen und Gefühle ausdrückt und benötigt.

Auf Grundlage verschiedenster Berufs- und Lebenserfahrungen finden Pflegekräfte und Betreuer ihren eigenen Weg, die eigenen Erfahrungen als Grundlage verantwortungsbewussten Handelns einzubringen. Nach dem mäeutischen Pflege- und Betreuungsmodell wird ihre Professionalität gekennzeichnet durch ein authentisches und kreatives Wahrnehmen, Reagieren und Handeln und ein anschließendes in Worte Fassen bzw. Begründen. Die Fähigkeit zur *Kreativität* lässt Pflegende immer wieder situativ, teamorientiert oder innovativ Neues denken, geleitet durch die gefühlsmäßige und befriedigende Wechselwirkung zwischen zwei in *Kontakt* seienden Menschen. Sich dieses Prozesses bewusst zu werden, ihn zu reflektieren und sich mit Kollegen darüber auszutauschen, findet in der *Kommunikation* ihren Raum. „Um die Kreativität und die Kompetenz im Umgang mit den Demenzkranken zu steigern, brauchen Pflegende Reflektion über ihre Stärken und Schwächen.“⁵⁷⁰ Gelingt es, während einer Bewohner-Besprechung **erlebnisorientierte** Beobachtungen, Informationen aus der Lebensgeschichte und Momente positiver Wechselwirkung in der Kommunikation mit dem Bewohner zusammenzutragen und systematisch zu untersuchen, werden die **Bedürfnisse** des Bewohners deutlich, zeigen notwendige Handlungs- und Umgangsaspekte. Das Besondere findet sich in der Orientierung an den

⁵⁶⁸ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 130 oben; Feil, N./de Klerk, V. 2005: 16-17

⁵⁶⁹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 130

⁵⁷⁰ van der Kooij, C. 2007: 21, 46-47

Pflegebedürfnissen wie positiven Kontaktmomenten und in der Unterschiedlichkeit zum weit entfernten, problemgesteuerten Pflegeprozess.⁵⁷¹

Als erlebnisorientierte Pflege bedeutet Mäeutik, ein ursprünglich griechische Begriff, Hebammenkunst oder im übertragenen Sinn Geburtshilfe. Den Pflegenden soll durch Mäeutik bewusst gemacht werden, was sie intuitiv bereits wissen, um es methodisch im Team zu nutzen. Das Erleben der Pflegenden steht im Focus und ist wichtig für den Aufbau des Kontaktes mit demenzkranken Menschen, wird durch Biographiearbeit, Validation u.a. helfend und heilend vertieft. Bedeutsam ist, ob der Anwender dieser Methode ein gutes Gefühl hat und der Bewohner gut darauf reagiert. Je nach Situation benötigen Demenzkranke **Ablenkung, Begrenzung oder Begleitung**, um sich geborgen zu fühlen und ihr Selbstwertgefühl zu behalten.⁵⁷² Im Gespräch werden explorierende Fragen gestellt, wird das vom anderen Gesagte wiederholt und zusammengefasst, werden Gefühle benannt, um *Deutlichkeit zu schaffen, Details zuzuordnen und Stimmungen zu erspüren*. Vor allem für demente Menschen ist es wichtig, dass so wiederholt zusammengefasst wird, dass sie in ihrem eigenen Tempo weitererzählen können, während ihnen bestätigend zugehört wird. Einfache Einwürfe zeigen, dass sich der Pfleger/ Betreuer in den Bewohner hineinversetzt, das Gemeinte verstanden und erfüllt hat, einfach zuhört. Zuviel Bestätigung kann bremsend wirken, lassen den Erzähler an dem wirklichen Verständnis des Zuhörers zweifeln. Wenn Aussagen dementer Menschen unklar sind, ist eine mehrdeutige Reaktion besonders empfehlenswert, die alles oder nichts bedeuten kann. Ebenso klug und angemessen sind oft wiedergegebene universelle *Lebensweisheiten*, allgemeine Wahrheiten oder umgangssprachliche *Redewendungen* bzw. althergebrachte *Sprichwörter*. Sind zudem Einzelheiten aus der Lebensgeschichte bekannt, findet man leichter einen Zugang zur Erlebniswelt eines Bewohners. Vorsicht ist vor einem übertriebenen Maß- in Umfang und Schnelligkeit- explorierender wie offener Fragen geboten, vor denen sich der Bewohner z.B. durch ärgerliches Abwenden und Verschließen schützt. Besser Geeignet sind Fragen, die schlicht bejaht oder verneint werden können oder es wird prothetisch mit Worten oder konkreten Informationen ausgeholfen, niemals jedoch mit sogenannten Problemlösungen.⁵⁷³

3.2.8 Best-Friends-Modell

⁵⁷¹ van der Kooij, C. 2007: 33-49

⁵⁷² Baer, U. 2007: 38

⁵⁷³ Van der Kooij, C. 2007: 143 ff.

Das Best-Friends-Modell arbeitet mit einer bewussten Sprache, erkennt den Wert jedes Menschen mit Alzheimer- Demenz, seine Gefühle und seinen Geist an. Jeder Krankheitsverlauf ist einzigartig, wiederholt sich in keinem anderen. Kenntnisse über das Krankheitsbild vorausgesetzt, versuchen die nach dieser Methode arbeitenden Mitarbeiter sich in die Demenz herein zu versetzen, Versuche des Verstehens, Findens und Begreifens empathisch zu erleben. Besondere Problemlösungsstrategien konzentrieren sich auf Stärken der Erkrankten, erkennen Grundrechte dementer Menschen an. Verwendete Freundschaftselemente wirken sich auf viele Demenz-Pflegeprogramme positiv aus, orientieren sich an der Person, weniger an der Arbeitsaufgabe. Durch Kenntnisse der Lebensgeschichte oder intelligente Tricks und Strategien können geschickt schwierige Dinge leichter gelöst werden. Alle diese Voraussetzungen formen bei erfolgreicher Anwendung die Beziehungen um, erzielen Geschick.⁵⁷⁴

3.2.9 Sinnliche Wahrnehmung

Demenzkranken Menschen leben sehr stark auf der *gefühlsmäßigen Ebene*, erkennen z.B. weniger die Umrisse von allem, als deren herrliche Farben. Sie fühlen sich geborgen, harmonisch, friedlich- wie zu Hause, ohne zu wissen, wo sie sind. Herzlichkeit und Grüße, die eindeutig an die Person des Dementen gerichtet sind, erfreuen sie. Einer besonders warm, freundlich und verständnisvoll scheinenden Person wird die Rolle einer sehnsüchtig erwarteten, allumfassend liebenden Mutter zuerkannt. Gerne ist der Kranke mit der *Trost* spendenden, *Bindung* durch Einbeziehung vermittelnden, sich mit ihm beschäftigenden, *Identität* stiftenden Person zusammen. Das Leben wird hell und fröhlich empfunden, strahlt von innen heraus. Es gibt auch blasse Erinnerungen aus einer unbestimmbaren Zeit, verbunden mit Gefühlen von erdrückender Einsamkeit und eiskalter Furcht aus dem tiefsten Inneren. *Erheitern* können Aktivitäten in der Gesellschaft anderer oder es werden *ruhige Momente* in einer beschützten Umgebung gewährleistet. *Wie eine Familie* wird der Ort des zumeist letzten Lebensabschnittes wahrgenommen, um mit wunderbaren Menschen Zeit zu verbringen. Wird dieser Alltag als Arbeitsleben empfunden, ergibt sich jetzt die Chance, ohne Eile und ohne Druck in eigenem Tempo, flexibel und mit *Spaß* etwas zu leisten. Ruhepausen sind jederzeit möglich, wenn es nötig ist. *Gebraucht zu werden*, gefällt, gibt *Sicherheit*, bekannte Namen von „Kollegen“ erleichtern das Zusammensein, machen glücklich. Im Spiegel

⁵⁷⁴ Bell, V./Troxel, D. 2004: 28-32

erkennen die dementen Menschen eine alte Person, vielleicht die greise Nachbarin? Müdigkeit bringt ihnen Kälte ums Herz, der Magen fühlt sich an, als wenn er in die Hose rutscht. Todesangst beschleicht sie, bis die freundliche, mütterliche Person ihnen zur Seite sitzt. Sich die *Hände zu halten*, hilft zu entspannen. Der beängstigende Nebel verflüchtigt sich wie durch die sonnige *Wärme*. Es fühlt sich an wie auf halbem Weg zu den erlösenden, himmlischen Mächten. Bereits das kleinste Vorkommnis in dieser Welt voller ästhetischer Ereignisse kann das Erleben in einen Horrortrip oder in eine Wiederaufnahme in den Himmel kippen lassen.⁵⁷⁵

3.2.10 Verbal/ nonverbal

Die Pflegekraft lässt sich bei der Wahl der verbalen oder nonverbalen Fertigkeiten von ihrer Lebenserfahrung und ihren eigenen mühevoll erworbenen Einsichten, Umgangsfertigkeiten und Kenntnissen in der jeweiligen Situation leiten. Sie bringt ihre ganze Person ein, um mit allem Fachwissen und aller Weisheit in Kontakt zum Bewohner zu treten, Interesse und Willen zu vermitteln, offen für Gefühle und Bedürfnisse zu sein. Obgleich der Kontakt auf der gefühlsmäßigen Ebene abläuft, wird er erst mithilfe der verstandesmäßigen Fähigkeiten bewusst registriert. Gefühl, Verstand und Fertigkeiten, auch als Herz, Haupt, Hände bezeichnet, gehen eine wechselseitige Verbindung ein und stellen den Kontakt her.⁵⁷⁶

An der Körpersprache lässt sich für Bewohner sehr sensibel ablesen und genau erspüren, ob der Pfleger oder Betreuer während der alltäglichen *funktionellen* Pflegeversorgung bei der Sache ist. Ergreift und hält der Helfer während des Essenreichens die Hand und benutzt den Stuhl zum Sitzen, um dem Bedürftigen auf Augenhöhe zu begegnen, entsteht Vertrautheit. Über *Zwischenmenschliche* Berührung wird Zuneigung ausgetauscht. Der *caring touch* verhilft Bewohnern mittels Massagen, dem Spiegeln, Snoezelbad und *therapeutic touch* zu angenehmen, wohltuenden körperlichen Erfahrungen, sich zu entspannen und Kontakte herzustellen. Ein z.B. völlig verspannter, durch Kontraktionen der Arme und Schultern belasteter und im Bett liegender Mensch löst die Spannung seiner geballten Hände, wenn sie mit Lotionen oder einem Massageöl massiert werden und öffnet sie langsam. Bei all diesen, dem Bewohner Aufmerksamkeit schenkenden Verrichtungen, manifestiert der *Blickkontakt* eine sehr nachdrückliche Anwesenheit, lädt dringend zum Kontakt ein.⁵⁷⁷ „Die Nähe

⁵⁷⁵ Kitwood, T. 2008: 126-127

⁵⁷⁶ van der Kooij, C. 2007: 156

⁵⁷⁷ van der Kooij, C. 2007: 151-153

eines anderen mag dabei wohl geschätzt werden, doch es besteht nicht immer die Notwendigkeit seiner Anwesenheit als 'er selbst'. Vielmehr symbolisiert er die Liebe und Wärme einer Person, die der Demenzpatient einmal geliebt hat. Wer das genau ist, tut nicht zur Sache.“⁵⁷⁸ Jemanden, der gefühlsmäßig vollkommen feststeckt, so lange festzuhalten, bis sein ihm erdrückendes Gefühl dem Willen des Haltenden nicht mehr gewachsen ist, dann verebbt und der sich ausweint, ausschläft, tief seufzt und lacht, wird durch die Fertigkeit des *holding* therapiert.⁵⁷⁹

Nonverbales Zeigen von Handeln eignet sich für demente Menschen oft besser als verbales Bitten. Pantomimisch werden Pflegebewegungen dargestellt, damit der Kranken nur noch imitieren muss. Nahrung gereicht zu bekommen, vermittelt Aufmerksamkeit, Zuneigung, Respekt und Liebe, verwöhnt zu Zeiten seelischer Unruhe, fängt depressive Phasen auf, unterstützt positive Stimmungen, bedeutet subjektive Wertschätzung.⁵⁸⁰ Nonverbale Äußerungen der Bewohner sollen bereitwillig und fähig entschlüsselt werden, indem sich Mitarbeiter darauf konzentrieren und *viele Sprachen beherrschen*.⁵⁸¹ Bewusst wie dosiert angewandte Berührungen und körperliche Stimulationen müssen stimmig und erwünscht sein, ihre Ablehnung äußern sie noch in der Sterbephase durch ein Wegdrehen oder Augenschließen. In einem günstigen Augenblick kann der Kontakt von der anderen Seite nochmals angeboten werden und der demenzkranke Bewohner den Therapeuten vielleicht besser wahrnehmen. Die betreuende Person reicht ihre Hände dem Bewohner auf einer Ebene, während der Blickkontakt gesucht wird, bekannte Sprachmuster werden zur Begrüßung verwendet. Das Summen oder Singen bekannter Melodien erreicht Bewohner ohne Sprache, nimmt die von ihm vorgegebene Stimmung auf, spiegelt diese und vermittelt Geborgenheit. Eine freundliche Gangart, eine sich verkleinernde Körperhaltung in Bezug zu körperlich kleineren Menschen, zarte Berührungen oder ein fester Händedruck mit gleichzeitigem Schulterklopfen Männern gegenüber, mit regionalen Begrüßungsfloskeln verbunden, *signalisiert* einen aufgeschlossenen Willen zu einer Unterhaltung. Bei Personen mit aphasischen Störungen ist es wichtig, den emotionalen Gehalt des Erzählten zu erfassen und sprachlich, mimisch oder gestisch zu erwidern. Wird eine Aufforderung zum Mitkommen mit einem Lächeln untermalt und winkt die Hand mit einer Geste heran, ist es wahrscheinlicher, dass der Bewohner dem

⁵⁷⁸ van der Kooij, C. 2007: 154 unten- 155 oben

⁵⁷⁹ van der Kooij, C. 2007 : 155

⁵⁸⁰ Beyer, St. 2007: 98

⁵⁸¹ Koch-Straube, U. 2003: 236 in: Baer, U. 2007: 43

vorgehenden Therapeuten effektiv folgt, als wenn an seinem Gewicht von mehreren Seiten kräfteraubend gezerzt wird.⁵⁸²

Das *Winken* nimmt in der nonverbalen Kommunikation eine besondere Stellung ein, vermittelt ohne viel Zeitaufwand viel Freude und Wertschätzung, ist im Vorbeigehen und auf weite Distanz möglich. Als Kleinkind erlernt, ist das Winken tief im Altgedächtnis verwurzelt und eignet sich bewusst als festes Ritual beim Betreten oder Verlassen der Senioreneinrichtung und begeistert magisch Angehörige, Mitarbeiter, Reinigungskräfte, Ärzte, andere Besucher.⁵⁸³

Pflegende haben wie keine andere Berufsgruppe „die Möglichkeit, Bewohner und Klienten auch nonverbal, über körperlichen Kontakt zu erreichen. Letztlich ist das Betreuen ein Beruf, bei dem es auf *Herz, Haupt und Hände* ankommt, und der diejenigen, die ihn ausüben, auf sehr vielseitige Weise fordert.“⁵⁸⁴

3.2.11 Lang- und Kurzzeitgedächtnis

Werden Erlebnisse nach ca. 30 Sekunden vergessen, ist die Fähigkeit der Übertragung von Informationen aus dem Kurzzeit- in das Langzeit- Gedächtnis verloren gegangen. Als nächstes schwindet das Langzeitgedächtnis rückwärts, vom aktuellen Lebensalter angefangen bis zum Kleinkindalter. Werden die Einstellungen der Angehörigen oder Betreuenden diesem spielfilmartig- vor- oder zurückgespultem Schnitt angepasst, lassen sich Szenen auch losgelöst vom Gesamtzusammenhang, ggf. sogar in fremden Sprachen, verstehen. Bilder und Klänge können aus einer ästhetischen Perspektive heraus auf Kranke wie Gesunde gleichermaßen wirken.⁵⁸⁵ Demenzkranke nutzen frühe Erinnerungen, um ihr Erleben auszudrücken. *Frühere Wünsche, Befürchtungen, Stimmungen* übertragen sich adäquat auf die Gegenwart, um z.B. ein Gefühl der Attraktivität, Nützlichkeit, Produktivität wiederzubeleben.⁵⁸⁶

Der Alterungsprozess verläuft entsprechend der genetischen Voraussetzungen und Umweltbedingungen unterschiedlich. Kleine Schlaganfälle und beschädigte Nervenzellen (Plaques und neurofibrilläre Verfilzungen im Gehirn) beeinträchtigen das Kurzzeitgedächtnis sehr alter Menschen sehr, so dass sie ihr kognitives Denkvermögen verlieren und einander ähnelnde Dinge *nicht* mehr den entsprechenden Kategorien *zuordnen* können. Sessel, Schreibtische, Tische werden nicht mehr der Kategorie

⁵⁸² Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 59-62

⁵⁸³ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 59; siehe auch: van der Kooij, C. 2007: 151 ff.

⁵⁸⁴ van der Kooij, C. 2007: 158 oben

⁵⁸⁵ Buijssen, H. 1994 in Beyer, St. 2007: 30

⁵⁸⁶ Beyer, St. 2007: 33

„Möbel“ zugeordnet, Nahrungsmittel können nicht mehr benannt, Minuten, Stunden, Tage, Wochen, Monate und Jahre nicht mehr chronologisch geordnet werden. Der sehr alte Mensch lässt sich von seinen Erinnerungen lenken, besitzt ein Gefühl für seine Lebenszeit, vermischt Gegenwart und Vergangenheit ohne dass für ihn eine Uhrzeit existiert.⁵⁸⁷

Wenn ein Gedächtnis *nicht* mehr neue Erfahrungen *hinzufügen* und zuordnen kann, verlieren sich nicht nur Teile der Lebensgeschichte im Irgendwo, sondern die persönliche Geschichte setzt sich nicht fort. *Verluste werden erfahren und es geschieht nichts Neues mehr.* Erinnerungen sind auch nicht in sogenannten Schubladen abrufbereit im Langzeitgedächtnis gespeichert, sondern „eine einzelne Erinnerung wird jeweils neu (dabei in mehr oder weniger gleichartiger Weise) produziert (und eben diese gleichartige (Re-) Produktion führt häufig zu der Täuschung, es würde sich um dieselbe Erinnerung handeln).“⁵⁸⁸ Die innere Repräsentation gespeicherter Gedächtnisinhalte, die Produktion alter Erinnerungen, geschieht dann, wenn neue Erfahrungen gemacht und in Beziehung zu früheren Erfahrungen gesetzt werden. „Verringert sich die Fähigkeit, neue episodische Spuren anzulegen, ist das Ergebnis eine schleichende (und deshalb anfangs nicht bemerkte) *Einschränkung der Verfügbarkeit des Altgedächtnisses, ... der eigenen Vergangenheit und historischen Kontinuität und Identität.*“⁵⁸⁹

3.3 Kommunikation zwischen Bewohnern und Pflegekräften

Für die Mitarbeitenden ist die bestimmte Person nur ein Teil ihrer gesamten Aufgaben, die bei *hohem Zeitdruck* und *geringen Ressourcen* mit ihren individuellen Bedürfnissen zunehmend in den Hintergrund tritt. *Prioritäten* werden so gesetzt, dass alle Beteiligten in gewisser Form zu ihrem Recht kommen.⁵⁹⁰

Weiß das Pflegepersonal ähnlich viel über den Bewohner zu berichten wie Freunde und Angehörige, kennen sie die Persönlichkeit, Familiengeschichte, Werte, Traditionen, ausgeübte Berufe, Hobbys, politische Ansichten, religiöse Überzeugungen des anderen, so können sie in großer *Vertrautheit* besser miteinander kommunizieren, sich zusammen *wohlfühlen*. Die Pflege wird für ein als Best-Friends-geschultes Personal einfacher, Aktivitäten werden erfüllender und verbesserte Kommunikationsstrategien verhindern das Auftreten von Problemen⁵⁹¹, auch wenn dauerhaft oder episodisch zusätzlich

⁵⁸⁷ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 33 ff.

⁵⁸⁸ Schecker, M. 1999: 97 in: Baer, U. 2007: 80 unten

⁵⁸⁹ Baer, U. 2007: 80 unten

⁵⁹⁰ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 206

⁵⁹¹ Bell, V./Troxel, D. 2004: 181

psychiatrisch gestörte demente Menschen eher *begrenzt versorgt* werden als Bewohner mit bloßen kognitiven Verlusten und Veränderungen.⁵⁹²

Alte Menschen finden sich besser in ihrer neuen Umgebung zurecht, wenn ihnen Struktur, Ablauf und Personal der Einrichtung *erklärt* werden. Dann fühlen sie sich sicher, können sich als handelnde Person begreifen und fühlen. Unangenehme pflegerische Maßnahmen werden in ihrem Ziel- wann und von wem sie durchgeführt werden- dargelegt und ihrer Notwendigkeit- weil oft mit Einschränkungen verbunden- begründet. Wurde der Umzug unzureichend vorbereitet, geschah er gegen den Willen des alten Menschen, hat dieser eventuell sogar schwierige Erfahrungen mit autoritären und allmächtig wirkenden Institutionen des Dritten Reiches gemacht, ist der Heimeintritt besonders schwierig. Vermitteln die Pfleger in den ersten Gesprächen ein *empfindendes Verständnis*, werden ihre *Gefühle respektiert*, leben sich die neu aufgenommenen Bewohner leichter ein, können eigene Ängste abbauen.⁵⁹³ Während der Begrüßung können Elemente aus dem Hobby- Bereich Erwähnung finden und das Wiedererkennen des Bewohners verbessern oder es wird gemeinsam in Erinnerungen geschwelgt.⁵⁹⁴

Es sollte erfolgreich vermittelt werden, dass für ihn gesorgt wird, wenn er nicht mehr in der Lage dazu ist. Seine Betreuung durch eine *feste Bezugsperson* bietet ihm ein Gefühl von Sicherheit und macht ihn mit den anderen Teammitgliedern und Mitbewohnern bekannt, wenn das Bedürfnis nach Kontakten und neuen Informationen besteht. Die *Bedürfnisse* des alten Menschen werden *wert geschätzt*, seine *Wünsche berücksichtigt*, ihm wird mit Geduld *zugehört* und prompt auf ihn reagiert.⁵⁹⁵

In den Sozial- und Helferberufen finden sich besonders viele kontaktgestörte, seelisch labile oder kranke Menschen vor, die diesen Beruf in der Hoffnung auf Gesundung gewählt haben. Sie wünschen sich unbewusst einen Rollentausch, sind neidisch auf ihre Klienten/Patienten/Bewohner, wollen selbst einmal versorgt, behandelt und gesund gemacht werden. Dabei ist die *absolute seelische Gesundheit* nicht vorhanden, kann ein fernes, starres Ideal nicht als etwas Gegebenes angesehen werden. „So viel Gemeinsamkeit bedarf hoher *distanzierter Schranken*, um die Rollen des Gesunden oder des Kranken nicht aufzuheben. Die *Angst vor dem Rollenverlust* mag eine von vielen

⁵⁹² Wilhelm- Göbbling, C. 1999: 12 in ebenda: 61

⁵⁹³ Langfeldt- Nagel, M. 2004: 154-156

⁵⁹⁴ Bell, V./Troxel, D. 2004: 187 ff.

⁵⁹⁵ Langfeldt- Nagel, M.2004: 156-158

Quellen für den immer noch vorhandenen Abstand und die Berührungängste zwischen den Helfern und ihren Schützlingen sein.“⁵⁹⁶

Wer die Anforderungen anderer erfüllen will, muss *sein eigenes Zentrum schützen und pflegen*. Es gilt die eigene Position durch eine freundlich-wertschätzende, selbstliebende Perspektive zu finden, indem sich der Begleiter beim Autogenen Training, Yoga, Feldenkrais-Training, Tai-Chi oder Qigong entspannt, spazieren geht usw. Wer Mitgefühl mit sich selbst entwickelt und aktiv auslebt, wird auch proportional den Demenzzkranken Mitgefühl entgegen bringen. Lebensziele freiwillig zurückzustellen bedeutet, ohne Zwang sich selbst zu lieben.⁵⁹⁷ (siehe Teil I: 4.4.2)

3.3.1 Mehr Zeit, Pflegende wecken Begeisterung

Das Personal der Pflege wird begeistert und in seinen Tätigkeiten gefördert, wenn Charaktereigenschaften wie Fürsorglichkeit, Hilfsbereitschaft, Sorge, Behutsam- und Ehrlichkeit, Genuss, Empathie, Initiative, Sicherheit, Trost, positive Einstellung, Rat, Umsichtigkeit, Natürlichkeit und Gedenken durch eine öffentliche Diskussion *besondere Aufmerksamkeit* erhalten und damit gewürdigt, hinterfragt, bestätigt und geübt werden.⁵⁹⁸

Professionalität erreichen die Pflegenden, wenn sie authentisch und kreativ wahrnehmen, reagieren und (wenn möglich) handeln und dies anschließend in Worte fassen bzw. begründen können. (siehe auch 3.2.7) Sie finden ihren eigenen Weg, machen eigene Erfahrungen und bringen dieses als Grundlage für verantwortungsvolles Handeln ein. Der Behandlungs- und Betreuungsprozess⁵⁹⁹ steckt sich als Zielvorgabe die *Wiederherstellung* der Gesundheit des Bewohners, will das fördern, was der Bewohner noch kann oder könnte, wenn ihm die Chance dazu gegeben wird. Die ständig Hilfe brauchenden chronisch Kranken hingegen benötigen *Unterstützung und Begleitung, prothetische Betreuung*, wollen verwöhnt und akzeptiert werden, sich nicht mehr anstrengen, sich nicht verbessern oder stabilisieren, nicht defizitorientiert betrachtet und behandelt werden. Nicht der gesunde, sondern *der verletzbare Mensch* wird richtungsweisend für das pflegerische und betreuende Handeln.⁶⁰⁰

Es wird eine bezeichnende Studie geplant, in welcher Ärzte und das Pflegepersonal im Hinblick auf emotionale Reaktionen des Patienten getestet werden, um herauszufinden,

⁵⁹⁶ Kemper, J. 1990: 79

⁵⁹⁷ Beyer, St. 2007: 129 ff.

⁵⁹⁸ Bell, V./Troxel, D. 2004: 75 ff.

⁵⁹⁹ vgl.: Krohwinkel, M. 2007

⁶⁰⁰ van der Kooij, C. 2007: 37-41

„inwieweit durch die Abbildung gelebter Emotionen des Patienten ärztliche und pflegerische Entscheidungen und Leistungen positiv beeinflusst werden. Als Konsequenz ergäbe sich die Möglichkeit, jedem Patienten mit Demenz eine fotografische Kurzbiographie bei jedem Kontakt mit medizinischem Personal mitzugeben...“⁶⁰¹. Ehemals gelebte Emotionen können hierdurch vermittelt werden und eine emotionale Beziehung herstellen. An Demenz Erkrankte fühlen sich intuitiv in andere ein, besitzen eine besonders empfindliche Antenne für irritierende Reize aus ihrer Umgebung, bemerken schnell, wenn der andere unruhig, böse, traurig oder desinteressiert ist.⁶⁰²

Kitwood findet für entpersonalisierte Tendenzen beim Pflegepersonal- wie die Versuche, das Handeln Demenzerkrankter zu übersehen oder ihnen eine Stimme verweigern, sie einzuschüchtern, zu infantilisieren, zu ignorieren und zu unterbrechenden Ausdruck der *malignen, bösartigen Sozialpsychologie*, welcher operationalisiert wurde in der Beobachtungsmethode DCM und anhand von 17 Punkten grob quantifizierbar und systematisch beobachtbar ist.⁶⁰³

Durch Biographiearbeit z.B. bekommen Altenpflegerinnen einen besseren Zugang zu unverständlichen Verhaltensweisen oder Widerständen, intensivieren ihre Beziehung zu dem Bewohner, begreifen ihre eigene Zeit als Episode in der Geschichte und relativieren sie in konkreter und anschaulicher Betrachtung der ökonomischen, sozialpolitischen und ethischen Wandlungen.⁶⁰⁴ (siehe 4, 4.1, 4.1.1-4.1.4)

3.3.2 Erschöpfungssyndrom des Helfers

„Gewalt heißt also, dass ein ausgesprochenes sowie unausgesprochenes *Bedürfnis des Opfers missachtet* wird. Dieses vereiteln einer Lebensmöglichkeit kann durch eine Person verursacht sein (*personelle Gewalt*) oder von institutionellen oder gesellschaftlichen Strukturen ausgehen (*strukturelle Gewalt*).“⁶⁰⁵ Bei der personellen Gewalt unterscheidet man zwischen ihrer aktiven Anwendung (Misshandlung) und deren passiver (*Vernachlässigung*). Gewalt definiert sich aus Sicht des geschädigten Opfers, Aggression aufgrund der Intention des Täters, bei dem die Absicht der Schädigung vorhanden ist. Wird unwissentlich und unbeabsichtigt vernachlässigt, bezeichnen diese Fälle Gewalt, nicht Aggression. Eine große Menge Gewalt der

⁶⁰¹ Lorenzl, St. in: Aldebert, H. (Hrsg.) 2006: 87 Mitte

⁶⁰² Buijssen, H. 1994: 41 f. in: Beyer, St. 2007: 38

⁶⁰³ Kitwood, T. 2008: 73-79

⁶⁰⁴ Langfeldt-Nagel, M. 2004: 160

⁶⁰⁵ Kemper, J. 1990: 149 Mitte

Mitarbeiter und Betagten wirkt sich verhaltensschädigend aus, ist in Altersinstitutionen allgegenwärtig. Wird Gewalt erkannt, spielen die bei der Aggression beteiligten Schuldgefühle eine Rolle, vor denen sich in der Regel langjährige Mitarbeiter durch ein „nicht mehr wahrnehmen“ von Vernachlässigungen schützen.⁶⁰⁶ *Frustrationen* sind eine gewalttätige Ausdrucksform der Wechselwirkung aggressiven Verhaltens und damit ausgelösten Gegenaggressionen, weil sie das Ausleben von Wünschen verhindern. Eine Endlospflege, fehlende Dankbarkeit, Passivität oder Trotz Betagter frustriert das Pflegepersonal oder eine Übertragung von Erinnerungen früherer Autoritätspersonen auf anvertraute Pflegebedürftige löst negative Gefühle aus, das ständige Gegenüber mit den gebrechlichen Alten *mahnt stets die eigene gebrechliche Zukunft mit sicherer Endlichkeit* an. Betagte selbst werden wiederum durch eine Hausordnung eingeengt, total institutionalisiert, die freie Lebensgestaltung ist eingeschränkt, Lebensqualität geht verloren. Mitbewohner werden zufällig zusammengesetzt, Besuche von Verwandten nehmen mit der Länge des Heimaufenthaltes ab. Die seelische Belastung wächst mit dem Erfassen der Endgültigkeit dieser letzten Lebensstation, verstärkt durch die Frustration durch die eigene Gebrechlichkeit und Endlichkeit, die bedrohlich erlebte Abhängigkeit von der Hilfe anderer. Unverarbeitete, konstruktiv unbewältigte Erlebnisse münden in Bitterkeit und Schuldgefühlen, drängen nach Verarbeitung und Lösung in einer Situation der oft empfundenen Einsamkeit.⁶⁰⁷ (siehe 3; Teil I: 4.4.3.3)

Die Alzheimersche Erkrankung belastet die Pflege durch den *allmählichen Zerfall des Zusammenlebens*, wie z.B. der unkontrolliert entleerten Exkrementen, so dass später Ekel vor der ganzen Person empfunden wird, die Pflegepersonen mit Depressionen, Verzweiflung, Ausweglosigkeit und Erschöpfungszeichen (Migräne, Magengeschwüre, Halsbeschwerden, Suchtverhalten, Versagens-Gefühle, Selbstisolation) reagieren, den Betagten in seiner Pflege aufgeben. *„Häufig ist das Erschöpfungssyndrom des Helfers ein Vorläufer der Vernachlässigung und Misshandlung des Alternden.* Am Anfang stehen sehr subtile Formen schlechter Pflege, wie z.B. dass Angehörige nur widerwillig helfen wollen oder dass sie das Haus verlassen, ohne den Alternden darüber zu informieren, wann sie zurückkommen. Manchmal finden sich im Vorfeld von Misshandlungen auch *rauere Umgangsformen oder zynische und sarkastische Bemerkungen.* ... dass eben nicht das Fehlen von Menschlichkeit, sondern *das Fehlen*

⁶⁰⁶ Kemper, J. 1990: 149 unten ff.

⁶⁰⁷ Kemper, J. 1990: 150-154

professioneller Routine den entscheidenden Grund dafür abgibt, wenn Pflegepersonal auf gebrechliche Alte einprügelt, sie vernachlässigt oder gar umbringt.“⁶⁰⁸

Pflegende wollen oft alle Verantwortlichkeiten übernehmen, auch welche, die die Angehörigen weiterhin bei sich selbst sehen, wodurch sie Misstrauen und Unzufriedenheit über die Qualität und Angemessenheit der Pflege ernten und sich *Kontroversen* aussetzen. Lautes Reden als Zeichen von Ungeduld, missachteter Autonomie und Selbstbestimmung der Bewohner führen aufgrund mangelnden Wissens und Verständnisses für die jeweilige Situation des anderen, festgefahrener Einstellungen oder gar Vorurteilen zu Diskussionen und *Auseinandersetzungen*. Mit dem Wissen um verschiedene Gründe von Schwierigkeiten und Konflikten können aktuelle Spannungen benannt und zum Wohle aller Beteiligten, vor allem der Demenzkranken bearbeitet werden. Auch wenn die Bedürfnisse und das Rollenverständnis der Angehörigen oft sehr unterschiedlich sind, *so kann doch die emotionale Beziehung zwischen Bewohner und Angehörigen durch keine Institution ersetzt werden.*⁶⁰⁹

3.4 Kommunikation zwischen Bewohnern und Therapeuten

Der Therapeut hat im Sinne der Validations-Annahmen „die Funktion eines Hilfs-Ichs, welches dem Demenzkranken eigene Gefühle widerspiegelt und diese erfahrbar macht.“⁶¹⁰ Den Demenzkranken wird in ihre subjektive Welt verstehend gefolgt und ohne zu korrigieren wird eine zwischenmenschliche Begegnung ermöglicht.⁶¹¹ Wahrnehmungen, Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter werden zum Werkzeug therapeutischer Veränderung, zur Voraussetzung des notwendigen Wandels der bestehenden Wirklichkeit. „Unter Menschen läuft immer mehr ab, als Psychotherapiemethoden erfassen können. Vieles verändert sich völlig unabhängig von den Verfahren, die wir anwenden, solange die Dinge sich überhaupt bewegen.“⁶¹²

Eine Art äußere Person geht im Verlauf der Demenzerkrankung, während die innere Person erhalten bleibt und mit dem Verfall der äußeren sich arrangieren muss. Die innere Schicht wird als natürlich zur eigenen Person gehörig wahrgenommen, ist etwas sehr Lebendiges. Das Äußere entwickelte sich später durch passierte Lebensumstände. Der therapeutische Prozess besteht in der *Ausdehnung der Lebendigkeit der inneren Person in die äußere Schicht*, die es in ihrer gefühlten Bedeutung zu verstehen gilt, um

⁶⁰⁸ Kemper, J. 1990: 155 oben; vgl. Dießenbacher, H. 1988: 372- 385

⁶⁰⁹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 206-207

⁶¹⁰ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 130 Mitte

⁶¹¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 130

⁶¹² Kemper, J. 1990: 25

eigenes Behagen oder Unbehagen zu fühlen, Worte oder andere Ausdrucksweisen dafür zu finden und somit äußern zu können. Ob ein Demenzkranker schockiert ist, in Panik gerät oder sich entspannt und auf die Wahrnehmung einlässt, hängt von *erworbenen Umgangsweisen mit innerem Erleben* ab und mit *Erfahrungen bei früheren Verlusten* zusammen und wie vor allem nahestehende und betreuende Personen auf die Demenz reagieren. Wird er auch mit weniger Verstandesleistung geliebt, geschätzt, respektiert, richtet auch er sich leichter in der neuen Situation ein. Der Demente ist um so glücklicher, je mehr seine innere Person zufrieden ist.⁶¹³

„Manchmal lohnt es sich auch, etwas aus dem Rahmen zu fallen und dabei zu riskieren, dass der eine oder andere Beobachter ungläubig den Kopf schüttelt. ... Ich hatte eine Dame in einer gerontopsychiatrischen Einrichtung auf dem Flur zum Tanz aufgefordert. ... Unterstützt wurden wir von zwei weiteren Bewohnerinnen, wobei die eine in Flamenco-Manier über Kopf den Rhythmus klatschte, während die andere auf ihrem Gehstock Luftgitarre spielte.“⁶¹⁴

3.5 Kommunikation zwischen Bewohnern, Angehörigen, Mitarbeitern

„Die objektiv *wachsende Abhängigkeit* von externen Kräften wird in der Regel von einer *abnehmenden Einsicht* in die Folgen eigener Kompetenzverluste begleitet. Dies wirkt sich wie ein Schutzmechanismus aus, der die Integrität der Person, ihr Selbstverständnis und Selbstwertgefühl zu wahren hilft. Allerdings fällt es dem Betreuer schwerer, die notwendige Hilfe für einen Betroffenen zu leisten, der sie als unnötig und verletzend ablehnt. Es kommt oft zu *Konflikten*, in denen Kranke ihre Rechte auf Eigenständigkeit verteidigen und dabei die Betreuer eines fehlerhaften, unverständigen und unzumutbaren Verhaltens beschuldigen.“⁶¹⁵

Betreuende brauchen selbst Hilfe und Vorbereitung auf die Kunst der Begleitung von Personen mit Demenz, die notwendig sind, um Führung und Verantwortung zu übernehmen ohne die *Integrität der Erkrankten* zu verletzen, sie mit ihrer Abhängigkeit erneut zu ängstigen. Oft übernehmen in unserem Kulturkreis die Ehefrau, Tochter oder ein anderer Angehöriger die Betreuungsaufgaben ohne viel Unterstützung seitens des sozialen Umfeldes, was zu *Überforderungen und Ressourcenverlust* führt. „Aus Angst vor Abhängigkeit und mit dem Wunsch, sich selbst helfen zu können, riskieren viele Angehörige Folgen einer Überforderung bis auf die Grenze einer

⁶¹³ Beyer, St. 2007: 14-15

⁶¹⁴ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 62 unten-63 oben

⁶¹⁵ Romero, B. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 313 untere Mitte

Verantwortungslosigkeit.“⁶¹⁶ Im Rahmen der *Selbsterhaltungstherapie* wird die Übereinstimmung zwischen den in den Selbststrukturen verankerten Vorstellungen/Erwartungen einer Person und den aktuellen Erfahrungen betrachtet, verstärkt Bezug auf die Kontinuität der persönlichen Erinnerungen und aktuellen Erfahrungen genommen und erfahrene Teilnahme ohne Über- oder Unterforderung angestrebt.⁶¹⁷

Belastungen erleben die betreuenden Angehörigen durch Ängste, die Tag-Nacht-Umkehr, stetes Umherirren der demenzerkrankten Person oder durch die Tatsache, dass der vormals gesunde und evtl. dominante Mensch nun diese Rolle im Rahmen der Familie nicht mehr ausüben kann. Eine demenzungeeignete Umgebung, kognitive Ausfälle wie Orientierungs- und Sprachstörungen, eine unklare Diagnose oder eine Abhängigkeit vom Erkrankten selbst belasten die Betreuer ebenso wie seine ggf. eigene kognitive Beeinträchtigung oder seine eigene Unbildung.⁶¹⁸ Je gespannter sich die *Beziehungsqualität* zwischen der demenzkranken Person und der Betreuungsperson bereits vor der Erkrankung gestaltete, um so schwieriger wird die *Betreuungsaufgabe*, unabhängig von der objektiven Betreuungslast, empfunden, besonders wenn die Betreuer in der Vergangenheit Kränkungen, körperliche Misshandlungen und andere Respektlosigkeiten erfahren haben.⁶¹⁹

Viele Angehörige machen sich Schuldgefühle, nicht genug oder nicht das Richtige getan zu haben, manche bereuen frühe Entscheidungen mit der Pflege. *Fürsorge für sich selbst* ist nicht gegen Fürsorge für andere austauschbar. Zufriedene Demente stärken und erfreuen Angehörige, während Sorgen um sie die Angehörigen im Alltag einschränken. Eine intensiv verbrachte Stunde mit den Angehörigen wird als viel besser erlebt als ein ganzer Tag mit gemeinsam verbrachter Pflege, weil den Angehörigen am Tag Zeit für *eigene Lebensziele* bleibt. Mitgefühl mit sich selbst zu haben, sich selbst lieben und verstehen lernen, geduldig und nachsichtig mit sich zu sein, sind Lernaufgaben der Angehörigen, um im *Prozess des Gebens und Nehmens* einen steten Austausch zu schaffen.⁶²⁰

Sinnvoll ist, dass Angehörige ihre an Demenz erkrankten Verwandten besuchen, auch wenn der Effekt der Zuwendung nur auf die Zeit dieser Zuwendung begrenzt wäre und keine weitere Auswirkung hätte. **Positive Augenblicke** haben einen Selbstzweck. Sehr

⁶¹⁶ Romero, B. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 314 obere Mitte

⁶¹⁷ Romero, B. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 316 ff.

⁶¹⁸ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: Tabelle 117

⁶¹⁹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 118

⁶²⁰ Beyer, St. 2007: 127-134

wahrscheinlich wirken sich Erfahrungen nachhaltig positiv oder negativ aus.⁶²¹ Auch wenn ein demenzkranker Mensch seine Angehörigen nicht mehr namentlich zuordnen kann, so weiß er auf einer anderen, *emotionalen Ebene* doch, um wen es sich handelt.⁶²²

3.5.1 Loslassen

Die Vorstellung vom Tod erzeugt in den meisten Menschen *Angst vor dem ultimativ Unbekannten* oder ruft *Entschlossenheit* hervor, weil Endlichkeit der größte Wohltäter des Lebens sein kann, das wir auf Erden führen. Wer in den Himmel kommen möchte, will nicht sterben, um dorthin zu gelangen. Alle Menschen teilen sich den Tod als Reiseziel, keiner entkommt ihm, der vielleicht besten Erfindung im Leben. Theorien, die den Menschen ein längeres Leben versprechen, sind begehrte Bestseller in ihren Kategorien. Der *Überlebensinstinkt* ist eine mächtige Antriebskraft, regt die Menschen jedoch zu wenig über ein tieferes Nachdenken über das Bisschen wertvolle irdische Zeit an, hilft wenig, die menschliche *Sterblichkeit als eine Quelle der Inspiration* zu nutzen. Trotz der Begrenzungen, die der Tod den Menschen auferlegt, sollte er ein starkes *Gefühl von Lebendigkeit und Dringlichkeit* verleihen. Veränderte Weltmaßstäbe stellen das Alter nicht mehr als Abstieg in den Abgrund der Hoffnungslosigkeit, geistige Lethargie und Gebrechlichkeit dar, sondern beginnen, Altern als einen dynamischen Prozess der persönlichen Veränderung in einer neuen Lebensphase zu sehen. „Es ist sehr wahrscheinlich, dass unsere Sterblichkeit immer mit einem *unbewussten psychischen Konflikt* verbunden sein wird. Wir können uns entweder dafür entscheiden, uns von diesem psychischen Konflikt abschrecken zu lassen, oder aber dafür, ihn für uns arbeiten und uns von ihm motivieren zu lassen.“⁶²³

Das Erstellen eines *Lebensbuches* z.B. kann dabei behilflich sein, zielgerichtet die eigene Lebensgeschichte zu erzählen, sich das Aussehen einer Behandlung und Begleitung am Lebensende vorzustellen und über das Hinterlassen nachzudenken. Spezielle Bedürfnisse, Wünsche, Gewohnheiten, Werte, Überzeugungen und Neigungen zu benennen, kann die Sorgenden in der täglichen Pflege und Betreuung anleiten. Besonders stark hervortretende Züge der Person werden aufgenommen, unterstützen die Helfer in eventuell späteren medizinischen Notlagen, die möglichst stimmigsten Entscheidungen zu treffen. Ein *ethisches Testament* oder eine *Patientenverfügung* kann ein solches Lebensbuch abschließen und den Menschen „die Sicherheit geben, dass ihre

⁶²¹ Beyer, St. 2007: 25

⁶²² Beyer, St. 2007: 28

⁶²³ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 305 Mitte

letzten Jahre mit Selbstachtung, Würde und Lebensqualität angefüllt sind.“⁶²⁴ Ein solches Buch kann als ein Gegenstand der Hinterlassenschaft einer Person nach ihrem Tod dienen, hinterlässt das geführte Leben, schließt dieses ab. Die aus dem Leben Gehenden trauern ebenso wie die Zurückgelassenen. Trösten kann vielleicht die Hoffnung auf ein Wiedersehen in einer anderen Welt, in welche ein Liebender nur vorausgeht. Verschieden *Trauermodelle* durchlaufen Phasen, wonach Menschen Schock, Schmerz, Vorwürfen, Verzweiflung u.a. durchleben, um zur Heilung zu gelangen und einen Neuanfang zu erleben. Die emotionale Erschütterung durch den schmerzvollen Verlust muss in Grenzen gehalten werden, damit sich die Trauernden an eine Welt ohne den Verstorbenen anpassen, ihre eigene Identität aufrechterhalten, das Netz sozialer Bindungen weiter pflegen und dem Verstorbenen einen emotionalen Platz im Leben einräumen können, während gleichzeitig das Alltagsleben bewältigt wird. Neben den Modellen nach Radebold, H. oder Kast, V., beschreibt Huub Buijssen für mich am zutreffendsten die *Prozesse der Konfrontation, objektiven Bewertung, subjektiven Bewusstwerdung und Integration*.⁶²⁵

Menschen ernten sprichwörtlich das, was sie säen. Sie erfahren an sich selbst die Wertschätzung, die sie anderen Menschen, Tieren und der Natur entgegenbringen, indem sie Energie weitergeben und das unbegrenzte Potential der *Liebe* nutzen. Vertrauensvoll und verantwortungsbewusst werden Konflikte *losgelassen*, Angst, Wut, Verzweiflung, Verurteilung und Hass als IST-Zustände akzeptiert, wie sie gerade sind, ohne einen Kampf mit dem Leben zu führen, um sie dann in *positive Prozesse* zu überführen. Nur noch der gegenwärtige Augenblick wird wichtig, macht innerlich stark und lässt die Einheit der Liebe in der Gesamtheit des Lebens erfahren. *Dankbar* allem und jedem Gegenüber zu sein hat als Reaktion zur Folge, dass auch das Leben sich bedankt. Dankbarkeit ist *Aktion=Reaktion* und Loslassen.⁶²⁶

3.5.2 Hospizarbeit und Abschied

„Jeder hat Angst, dass sein Leben an Maschinen angeschlossen in einem kalten, sterilen Krankenhaus enden könnte oder in einer bedrohlichen, unvertrauten Einrichtung weit weg von zu Hause. Trotz der Horrorgeschichten ... gibt es Orte in unseren Kommunen, die Aktivitäten, Anregung, Mitgefühl und eine Pflege bieten, die Familien nicht zu

⁶²⁴ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 307 Mitte

⁶²⁵ Buijssen, H. 1996: 74 in: Wingchen, J. 2009: 238-240

⁶²⁶ <http://kleinsthof.de/blog/archives/197-Das-LOLA-Prinzip.html> und http://www.buch.de/buch/03012/701_das_lola_prinzip_oder_die_vollkommenheit_de...

bieten vermögen: Hospize. Im Idealfall können wir in einer solchen Einrichtung nach unseren eigenen Vorstellungen und in guter Pflege, umhert und im Kreise derer, die wir lieben, aus dieser Welt gehen.“⁶²⁷ Innerhalb aller Familien sollte jeder Mensch für sich und für seine Lieben einen Ort finden, wo die letzte Lebensphase gelebt werden möchte, und sich vor Anbruch der schweren Zeiten dafür entscheiden. Angehörige demenzkranker Menschen unterstrichen in Interviews, dass sie sich sehr viel frühere Informationen über Hospizeinrichtungen, Hospizprogrammen für zu Hause, die Aufklärung über hospizliche Pflege wünschen und für die ehrenamtliche Arbeit als freiwilliger Begleiter interessieren.⁶²⁸

Sterbende, die auf ihr Leben zurückschauen, stellen sich zum letzten Mal die Frage nach dem, was sie waren und was sie sind, wahren damit ihre *Identität*. Möglicherweise muss das Leben auch als ein nicht gelebtes erkannt werden, weil Entscheidungen immer aufgeschoben wurden und nun nicht mehr nachgeholt werden können. Der angesichts des Todes *nicht mehr aufschiebbare Einstieg in die Konfrontation mit sich selbst* in der *Lebensbilanz* löst unerklärliche Unruhe, Schlaflosigkeit, erschrecktes Aufwachen und Schuldgefühle aus. *Nur wer in sein vergangenes Leben einwilligt, kann dies auch in sein zukünftiges und das heißt für den Sterbenden, in sein Sterben einzuwilligen.*⁶²⁹

Das Sterben ist so individuell wie das ganze Leben, ist integrativer Bestandteil des Lebens. Das einzigartig gelebte Leben spiegelt sich im einmaligen *Sterbeprozess* wider, der sich bei älteren Menschen oft über Jahre erstreckt. Die Psychoanalytikerin Elisabeth Kübler-Ross erkannte einen *typischen Phasenverlauf* des Sterbens, welcher nur im Zusammenhang mit einer individualisierten Ansicht Bedeutung erlangt, weil nicht alle Menschen alle Phasen in dieser Reihenfolge mit gleicher Intensität durchlaufen. In der krisenhaften ersten Phase der *Unwissenheit und Unsicherheit* streiten sich Hoffnung auf Genesung und Angst vor den Konsequenzen miteinander, der Kranke will seinen Zustand nicht wahrhaben. Ein Begleiter sollte für ihn da sein, zuhören, das Verhalten aushalten und akzeptieren, rationale Argumente vermeiden. Ruhig zu bleiben, liebevoll sich zuzuwenden, jegliche Äußerungen nicht auf sich zu beziehen und das entwickelte Verständnis für die Verzweiflung widerzuspiegeln, unterstützt und stärkt den kranken Menschen in der nächsten Phase, wenn er sich zornig gegen den tödlichen Verlauf auflehnt, aggressiv und autoaggressiv bei der *Auseinandersetzung mit seiner Endlichkeit* reagiert. In der dritten Phase *verhandelt* der Sterbende *mit seinem Schicksal* und

⁶²⁷ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 311 Mitte

⁶²⁸ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 311

⁶²⁹ Petzold, H. 1985: 479-484 in: Wingchen, J. 2009: 231

vorübergehende Verbesserungen oder eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufes lassen ihn Zukunftspläne schmieden, einen neuen Anfang planen. Dabei sollte ihm in der Kommunikation unbedingt sein Recht auf Hoffnung zugestanden werden, ohne ihn direkt mit der Wahrheit zu konfrontieren oder in unrealistischen Illusionen zu bestärken. Größer werdende Schmerzen, zunehmende Ausfallerscheinungen und die fortschreitende Hilflosigkeit machen ein weiteres Hoffen, Verdrängen und Leugnen in der vierten Phase unmöglich, in welcher dieser Mensch verzweifelt und depressiv soziale Kontakte und die Nahrungsaufnahme verweigert. Er benötigt das Recht, traurig sein zu dürfen, es zu zeigen, wenn er sich eingesteht, *loslassen und Abschied von geliebten Menschen, wertvollen Dingen und vom eigenen Leben* nehmen zu müssen. Angesichts des Todes werden diese Verluste unwiederbringlich, endgültig und begleitende Menschen können dem sich Anklammernden das Gefühl von Geborgenheit, Hilfe und Schutz vermitteln, indem sie einfach ruhig da sind, zuhören und eine Atmosphäre der Ruhe und Wärme schaffen. Sterbende sind in der fünften Phase bereit, den Tod, den Abschied und das *Abschiednehmen als unausweichlich anzunehmen*, eine innere Ruhe zu finden und können buchstäblich verlöschen, aufgeben und einschlafen. Oder sie schenken ihrem hilfälligen Körper große Beachtung, wollen ihren Tod aktiv mitgestalten, fordern Leistungen ein, erbitten Rat und Beistand und Akzeptieren willig medizinische bzw. pflegerische Handreichungen oder lehnen diese klar ab. Häufig sind Sterbende in dieser Phase gar nicht mehr ängstlich, möchten nach ihrem Tode in liebevollem Andenken bewahrt werden und deshalb zerstrittene Familienangehörige kontaktieren. *Wünsche und Regelungen* werden ernsthaft gehört, ggf. aufgeschrieben und Respekt wird ohne Wertung vor der Bilanz dieses sterbenden Lebens demonstriert, indem z.B. die Hand des Sterbenden gehalten wird. Die Menschen, welche die sechste Phase des Lebens erreichen, strahlen Frieden, Wärme und Gelassenheit aus, sprechen Gefühle aus und der Tod erscheint ihnen wie ein Heimgehen.⁶³⁰

⁶³⁰ Wingchen, J. 2009: 224-229

4 Biographie- und Angehörigenarbeit als Basis der Betreuungsarbeit

An Demenz Erkrankte können nur eingeschränkt Aussagen zu bedeutsamen biographischen Ereignissen treffen, wodurch die Einbeziehung der Angehörigen zur Eruierung des Lebenshintergrundes unabdingbar wird. Z.B. können anhand einer emotional-kognitiven Aktivierung (*Reminiszenz*) angenehme vergangene Lebensereignisse und Gefühle variabel erinnert werden, indem sie „auf die *Stärkung des Selbstvertrauens* durch eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens und die *Stützung des Identitätslebens*“ abzielen.⁶³¹

Die Biographieforschung betont das soziale Konstrukt, thematisiert nicht vorrangig das Individuum, da der Sinn des Lebens als Produkt einer gesellschaftlichen Konstruktion von Wirklichkeit erfahren wird. Die *Identität* bürgt für eine mögliche Sinnkonstruktion, sichert die Biographie.⁶³² **Biographien** erschließen unterschiedliche Kulturen, Lebens- und Weltauffassungen, greifen gesellschaftskritisch in soziale und kulturelle Debatten ein, beschreiben- der Beobachtung nicht zugängliche- soziale Vorgänge, Institutionen aus verschiedenen Perspektiven, rekonstruieren prozesshaft das Leben und erschließen auf Grundlage tiefer Persönlichkeitsstrukturen basale Orientierungs- und Deutungsmuster.⁶³³ Gerade in der Befragung von sozial ausgegrenzten Menschen hat sich das Anknüpfen an alltägliche Gesprächssituationen bewährt, weil es an gemeinsamen Verbindungspunkten ansetzt, Hemmschwellen durch gemeinsame Erinnerungen und Erfahrungen abbaut und durch geteilte gemeinsame Kontakte den leitenden roten Geschichtsfadens leichter finden lässt.⁶³⁴

Biographiearbeit erinnert die *Lebensgeschichte*, weist auf Haltungen hin, sucht die Spuren im Verlauf der Lebenszeit, wird zum Archiv assoziierter und imaginärer Abenteuer, bilanziert das ganze Leben, sucht sehnsüchtig Entsprechungen in fremden Bildern jüngerer Generationen und erinnert öffentlich durch ein kollektives Gedächtnis, indem es Schlagworte belebt.⁶³⁵

4.1 Biographie als sozialer Prozess

Verdichtet wird die Hauptlinie der Lebensgeschichte aus der Menge an Informationen detailnah, in Verantwortung der Befragten vor allem im Rahmen der

⁶³¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 131 unten

⁶³² Baacke, D. 1985: 7 in: Steinert, E./Thiele, G. 2000: 64

⁶³³ Steinert, E./Thiele, G. 2000: 66-67

⁶³⁴ Steinert, E./Thiele, G. 2000: 72

⁶³⁵ Ruhe, H.G. 2007: 9 ff.

Biographieforschung wiedergegeben.⁶³⁶ „Biographie wird dabei als *sozialer Prozess* untersucht, der als Ergebnis von Interaktionen innerhalb gesellschaftlicher und institutioneller Rahmenbedingungen abläuft.“⁶³⁷ „Der Kern der Biographiearbeit besteht in der Erhaltung und Stärkung der Identität. Die *Identität eines Menschen* umfasst alle Merkmale einer Person, ob angeboren oder erworben. Innere Werte, Eigenschaften und Fähigkeiten oder Wissen gehören ebenso dazu, wie äußere Merkmale der Herkunft oder des Aussehens. Die Möglichkeit, sich dieser Merkmale bewusst zu werden, sich der Bausteine der Identität erinnern und mitteilen zu können, *formt das Selbstbild*. Die Identität wird zusammengehalten von der erinnerten, erzählten oder anders zum Ausdruck gebrachten Lebensgeschichte: ‘Ich bin die gleiche Person in ganz verschiedenen Situationen und zu verschiedenen Zeiten meines Lebens’. Dadurch kann *Kontinuität* hergestellt werden, auch wenn Erinnerungslücken dies scheinbar unmöglich machen.“⁶³⁸

Lebensbiografien beschreiben für heutige demente Heimbewohner wichtige Prägungen während ihrer Kinder- und Jugendzeit, vermitteln Gesetze, Regeln und die Konformität des Alltagslebens jener Generation⁶³⁹, indem sie sich auf die Sozialisation ihrer Kindheit, Jugend, Erwachsenenphase und des Alters als Prozess der Aneignung lebensnotwendiger Techniken und den das gesamte Leben umspannenden Prozess der Vergesellschaftung des Einzelnen beziehen.⁶⁴⁰

Der Arbeit mit Lebensbiographien liegt die Beobachtung zu Grunde, dass bei dementen Menschen besonders die Prägungen der Kinder- und Jugendzeit eine Rolle spielen. Die meisten der heutigen Heimbewohner wuchsen zwischen den Kriegen zwischen 1920 und 1930 auf, wurden von der Arbeitslosigkeit, dem Sparzwang, der strikten Unterscheidung von Werk- und Feiertagen, der Religionszugehörigkeit, den moralisch besetzten Tabus wie Körperlichkeit und Sexualität geprägt. Gesetze, Regeln und die Konformität des *Alltagslebens* jener Generationen sind für die Gestaltung des demenzgerechten Heimes ebenso wichtig wie die entsprechenden Einsichten und Erkenntnisse für das Einfließen in den Pflegealltag.⁶⁴¹ Biographieorientiert kann der Lebensalltag nachgebildet und ritualisiert, der Bewohner aktiv in familienähnlichen

⁶³⁶ Steinert, E./Thiele, G. 2000: 115 ff.

⁶³⁷ vgl. Jakob, G. 1997: 447 in: Steinert, E./Thiele, G. 2000: 118

⁶³⁸ Stuhlmann, W. 2004: 75 Mitte

⁶³⁹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 194-195

⁶⁴⁰ Schroeter, K.R./Prah, H.-W. 1999: 54 oben

⁶⁴¹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 194- 195

Strukturen gefördert werden, indem *Vertrautes Sicherheit schafft*, wobei vertraut ist, was biographisch bekannt ist.⁶⁴²

In der eigenen Kindheit hängt das Erleben der Hilflosigkeit oder des Glücks davon ab, wie aufmerksam, einfühlsam und liebevoll Eltern sich bemühten, Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vermitteln. „Ein Demenzkranker in fortgeschrittenem Stadium kann aus den gleichen inneren Quellen schöpfen wie ein Kind. ... Es gilt auch hier: Es kommt sehr auf die *Interaktion mit der sozialen Umgebung* an, welche Grundstimmung sich bei ihm entwickelt.“⁶⁴³ Bei zuvor glücklich-fröhlichem Naturell überträgt sich zudem das Temperament gesunder Tage auf die kranken Zeiten, Sorgen können vergessen werden, bestehen nicht mehr oder die Bruchstücke von Erinnerungen verlieren sich allmählich, fast unbemerkt.⁶⁴⁴

4.1.1 Bedeutung der Lebensgeschichte

„Nicht die Tatsachen selbst, sondern wie wir sie erleben und bewerten, bestimmen die Sicht auf uns selbst.“⁶⁴⁵ Berichten alte Menschen aus dem eigenen Leben, fördert das ihr *Selbstwertgefühl und die Selbstachtung*, weil sie sind, was sie erzählen, indem sie sich das eigene Leben bewusst machen. *Benannte Probleme entlasten* sie emotional und sie können Zusammenhänge in einem durch veränderte Einstellungen *neu geordnetem Leben* herstellen. Bezeugt ein anderer Mensch Interesse an ihrem Leben, wird ihnen ein *Gefühl der Zugehörigkeit, der Wertschätzung ihrer Lebensleistungen* vermittelt⁶⁴⁶, werden *Kompetenzen* aus Zeiten großer Belastungen in kriegsbedingten Situationen und die unter schwierigen Bedingungen gewährte, *relative Lebenssouveränität wiederbelebt*.⁶⁴⁷ (siehe Anhang, Anlage 2)

Eine durch das Personal zusammengestellte Lebensgeschichte stellt die Bewohner sämtlichen mit ihr tätigen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Helfern vor, lässt sie individuelle Körpersprache, ausgedrückte Gefühle und Verhaltensmuster ursächlich erkennen, sich mit erlebten Situationen in Beziehung setzen, um auf scheinbar unangemessene oder sinnentleerte Reaktionen professionell (siehe 3.1) eingehen zu können. Das Führungspersonal sollte stets die Vollständigkeit und Aktualität der Angaben zum sozialen Netzwerk eines Bewohners überprüfen und hierbei *Mitarbeiter*

⁶⁴² Baer, U. 2007: 41-42

⁶⁴³ Beyer, St. 2007: 32

⁶⁴⁴ Buijssen, H. 2003: 56 in: Beyer, St. 2007: 31; siehe auch Baer, U. 2007: 41 ff.

⁶⁴⁵ Langfeldt-Nagel, M. 2004: 161 oben

⁶⁴⁶ Ernst, H. 2002 in: Langfeldt-Nagel, M. 2004: 160

⁶⁴⁷ Stuhlmann, W. 2004: 75 untere Mitte

*einbeziehen, um mit Nachdruck und Innovationsgeist neue Strategien des Erlernens jeder einzelnen Lebensgeschichte zu erarbeiten. Der Geburtsort, Konstellationen der Eltern/Großeltern, Geschwister, eventuelle Haustiere und eine mögliche frühe Erziehung sollten für die Kindheitsphase hinterfragt werden, um fortlaufend Schuldaten, Abschlüsse derselben, Lieblingsfächer und Berufswahl, Hobbys und Freundschaften in Beziehung setzen zu können. Im jungen Erwachsenenalter finden Qualifizierungen, neue Familiengründungen, Vereinsmitgliedschaften, neue Wohnumgebungen ihre Beachtung, um sich in dem mittleren auf Enkelkinder, ausgebaute oder neue Hobbys, veränderte Arbeits- und Familienrollen einstellen zu können. Im späten Erwachsenenalter wird auf das Lebenswerk zurückgeblickt, besitzen Reisen, Familie, Hobbys einen großen Stellenwert. Während jeden Alters müssen explizit ethnische, religiöse, gesellschaftspolitische Hintergründe hinterfragt, traumatische Erlebnisse durch Kriege z.B. unterstellt, Auszeichnungen anders bewertet, registriert und besondere Fähigkeiten weiter gefördert werden.*⁶⁴⁸

Für jeden Bewohner können *Sammelalben oder Erinnerungsschachteln* angefertigt werden, die dem *Personal helfen*, sich die Lebensgeschichte der Person zu vergegenwärtigen und die Erinnerung stimulieren. Als Hilfsmittel kann die Lebensgeschichte *von problembehafteten Pflegesituationen ablenken, beruhigen oder zur Ursachenbestimmung* herangezogen werden. Allgemein ist sie dienlich, um jegliche *Kommunikation* durch enthaltene Hinweise/ Anhaltspunkte zu *verbessern* und die Teilnahme an *Aktivitäten* mit dem Hinweis auf früher erfolgreich erbrachte Leistungen zu *fördern*. Traditionen und *Rituale im Verhalten wiederzuentdecken*, sich zu erklären und mit Materialien oder Situationen zu ergänzen, sind wichtig. Die vom Pflegepersonal als schwierig erlebten Verhaltensweisen begründen sich z.B. auf die Unkenntnis des früheren Arbeitszeitrhythmus (Aufstehzeiten) oder in der Belanglosigkeit vermeintlich gut gemeinter phantasievoller Erklärungen, welche durch *Unsachlichkeit* Angst, Panik auslösen und sind als solche zu *vermeiden*. Die persönliche Dimension des Bewohners ist allen mit dem Bewohner kommunizierenden/arbeitenden Menschen zur Verfügung zu stellen, um letztlich auch das Pflegenetzwerk mit neuen Betreuungsaspekten zu erweitern und eine *ganzheitliche Alltagsgestaltung* gewährleisten zu können.⁶⁴⁹

Die Beleuchtung des individuell-lebensgeschichtlichen Hintergrundes im Rahmen einer Erinnerungstherapie ermöglicht ein „Verständnis für das ‘Gewordensein’ des Gegenübers, seine Ressourcen, Defizite, Eigenheiten, Normen und Wertvorstellungen“

⁶⁴⁸ Bell, V./Troxel, D. 2004: 181-184

⁶⁴⁹ Bell, V./Troxel, D. 2004: 185-196

werden erfasst, „um mit entsprechenden Angeboten an lebenslangen Interessen, Vorlieben und Neigungen anzuknüpfen.“⁶⁵⁰

4.1.2 Milieuthherapie

Werden demente Bewohner systemtheoretisch betrachtet, stehen sie immer als Teil ihres Umfeldes in *dauernder Interaktion* mit diesem, sind existentiell von diesem abhängig. „Ein grundsätzlich wertschätzender und empathischer Umgang, Validation, sensorische Integration (Dabeisein, Dazugehören) sind in allen Demenzphasen wichtig. *Kognitionsfördernde und aktivierende Interventionen* wie Gedächtnistraining, Gärtnern, Malen, Gestalten, Tanzen, Spazieren, Tiere besuchen etc. sind vor allem in den Anfangsphasen der Demenz geeignet. *Unspezifische Interventionen* wie helles Licht, Massagen, Fußbäder, Aroma-Therapie, „Snoezelen“, Singen oder Musik hören sind vor allem in den späteren Demenzphasen geeignet.“⁶⁵¹

4.1.3 Angehörigenarbeit

Setzt die Angehörigenarbeit am richtigen Punkt an, gilt sie im Umgang mit dementen Menschen als *Türöffner* in die Welt der Gefühle und Werte der Bewohner. Die Qualität der Betreuung und das Wohlergehen der Dementen werden gesichert, indem auf unterschiedliche *Bedürfnisse und Rollenverständnisse* der Angehörigen und den sich daraus entwickelten Erwartungen an die Institutionen eingegangen wird, beruhend auf die Varianz des Alters, der Verwandtschaftsgrade, emotionalen Bindungen und individuellen Lebensumständen.⁶⁵² Der mitleidende Angehörige erlebt die eigene Hilflosigkeit und Ohnmacht des Kranken, wie der an Demenz Betroffene selbst an seinen Gedächtnis- und Orientierungsverlusten, Angstzuständen, eigenen Aggressionen leidet und schützt sich durch Informationen über die Krankheit, sucht Solidarität in Angehörigen-Selbsthilfegruppen und lindert dadurch seine *finanziellen, zeitlichen, körperlichen, emotionalen Belastungen*⁶⁵³. Er setzt sich mit eigenen Bedürfnissen auseinander, achtet auf sich, holt sich Hilfe, weil nur ein gesunder Partner den Demenzkranken über lange Jahre der Krankheit unterstützen kann.

Das gemeinsame Leben mit der Demenz *dramatisiert sich durch verschiedene Wahrnehmungen der Wirklichkeit, Ängsten, nicht mehr einlösbaren Zukunftsplänen, den*

⁶⁵⁰ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 131

⁶⁵¹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 195-196

⁶⁵² Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 207

⁶⁵³ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: Tabelle 116- 117

verwandelten Beziehungen zwischen den Angehörigen. Die unterschwelligsten Wünsche an den Anderen sind oft erschütternd, begründet durch den Schock der Diagnose. Zwei Drittel der ungefähr eine Million demenzkranken Menschen in Deutschland leben zu Hause, werden von Angehörigen, Freunden, Nachbarn individuell umsorgt.⁶⁵⁴

Im Laufe der Zeit ist das Bewusstsein dafür gestiegen, dass Angehörige ein Teil des Heimbewohners sind und deren *Wohlbefinden* auch davon abhängt, wie sicher und wohl sich die Angehörigen *in der Institution* fühlen. Entsprechend sollten sie *als Bestandteil der eigentlichen Kunden* der demenzgerechten Senioreneinrichtung trotz ihrer begrenzten Ressourcen unbedingt *Berücksichtigung erfahren*. Angehörige halten Beziehungen der Bewohner zu ihrem sozialen Umfeld aufrecht, bieten emotionale Sicherheit durch die Kontinuität ihrer Beziehung und die erlebte Vertrautheit. Sie bilden eine Brücke zur Vergangenheit, stärken das Selbstwertgefühl des Person-Seins, indem sie das Leben vor der Demenz beweisen können. Wortlos verstehen und wissen sie um die Wünsche, das Fühlen und Denken der kranken Person, sind Experten der Pflege und Betreuung dieser speziellen Person. Von *zentraler Wichtigkeit* für die Qualität der Pflege und Betreuung sowie für das allgemeine Wohlbefinden ist daher die Beziehung zwischen den Angehörigen und den professionell Helfenden. In fast allen Institutionen gibt es unbeschränkte Besuchszeit, offene Kulturveranstaltungen, Angehörigenabende und spezielle Vorträge zu eigenen Zukunftsängsten, eigener Gebrechlichkeit, Trauer und Verlustgefühlen durch den schrittweise fortschreitenden Zerfall der körperlichen wie geistigen Kräfte des an Demenz erkrankten Verwandten. Angehörige müssen intime Beziehungen der Alltagsstruktur der Institutionen *anpassen* und plötzlich *lernen*, sich gegenüber Blicken und Urteilen anderer Besucher, des Personals, weiterer Bewohner abzugrenzen. Das gemeinsame Leben wird öffentlicher und ein nicht unbedeutendes Maß an Offenheit wird von ihnen als Ehepartner, Enkel-, Kind, Nichte oder Neffe gefordert, um eine gute, individuelle Betreuung gewährleisten zu können. Das Leben in räumlich getrennten Welten zwingt Angehörige zu einer *aktiven Beziehungsgestaltung*, einer *veränderten Auseinandersetzung* mit dem Anderen. Durch die Übergabe der Betreuung an professionelle Pflegekräfte fühlen sich viele Angehörige bedeutungslos, ausgeschlossen, verunsichert, als Störfaktor und zusätzliche Belastung für das Pflegepersonal.⁶⁵⁵

⁶⁵⁴ Piechotta, G.(Hrsg.) 2008: 7 ff.

⁶⁵⁵ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 201 ff.

4.1.4 Fotografische Kurzbiographie⁶⁵⁶

Der menschliche Gesichtsausdruck eines an Demenz Erkranktem bringt erlebte Emotionen nicht mehr in vollem Umfang zum Ausdruck. Die mimische Sprache wird durch den *teilnahmslosen Gesichtsausdruck* erschwert, belastet Angehörige und Freunde oft. Wenn trotz Freude geweint (pathologisches Weinen) und das Personal aggressiven Worten wie Taten ausgesetzt wird, dann erlebt die demente Person gefährvolle und für sie unverständliche Situationen und äußert sie *emotional inadäquat*. An Diagnose und Therapie beteiligte Mitarbeiter können an dem fehlenden Gesichtsausdruck *keine nonverbalen Reaktionen* (Emotionen, Charakter, Begabungen) ablesen, werden selbst verunsichert und hilflos, ihre *Empathie vermindert* sich. Diagnostische und therapeutische *Maßnahmen werden eingeschränkt* genutzt, nicht optimiert, mit Kostenexplosionen oder Konsequenzlosigkeit fadenscheinig begründet. Die fotografische Kurzbiographie hat sich zum Ziel gesetzt, Personen, die mit dementiell erkrankten Menschen professionell umgehen, *eine Brücke zu deren ehemals differenzierten Emotionen zu bauen*, indem Angehörige und Freunde *Fotoaufnahmen aus gesunden Zeiten in der Umgebung positionierten*. Für alle Mitarbeiter wurden Momente der Betrachtung dieser Bilder erstmalig zur **Kontaktaufnahme mit der Persönlichkeit** des ansonsten kommunikationsunfähigen Kranken und der Zugang für Pflege, Therapie und Betreuung veränderte sich positiv. Der Ist-Zustand dieses Menschen wurde gegenwärtiger als Folge der Erkrankung und nicht als fehlende emotionale Reaktion einer Person erklärt.

Wird für jedes Lebensjahrzehnt ein Foto verwendet, maximal fünfzehn insgesamt, bietet deren Betrachtung einen schnellen, *sprachunabhängigen Einstieg* in die Persönlichkeit des Kranken mit seinen gelebten Emotionen, bietet eine *Gesprächsgrundlage*, durch welche ihm in einer fremden Umgebung *Zuwendung* entgegengebracht wird. Die **geschaffene Vertrauensbasis** ist grundlegend für das Wohlbefinden des dementiell Erkrankten. Sie aktiviert seine Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit, fördert seine Kommunikationsfähigkeit und bildet die Grundlage für eine kognitive Therapie. Werden soziale Verhältnisse auf Fotos abgebildet, kann es zu einer Bevorzugung oder Benachteiligung in der Behandlung kommen, weshalb ein besonderes Augenmerk auf die *Auswahl der Fotos* gelegt werden sollte.

⁶⁵⁶ Lorenzl, St. in: Aldebert, H.(Hrsg.) 2006: 79 ff.

Anwendbar ist die fotografische Kurzbiographie auch auf Menschen mit anderen Krankheitsbildern, z.B. Morbus Parkinson, bei denen regelhaft eine Hypomimie besteht, auch wenn Emotionen verbal ausgedrückt werden können.

4.2 Therapeutische Kommunikationsformen

Bei fortschreitender Demenz sucht die kranke Person ihr zu Hause oft vergeblich, braucht *beruhigenden Zuspruch, sinnvolle Beschäftigung*, das anheimelnde Gefühl von *Geborgenheit und Schutz* sowie *häusliche Aktivitäten*, denen sie mit Muße im eigenen Interesse nachgehen. Zu Hause darf geweint, gelacht, gebetet und albern Privates ausgelebt, Energie getankt, sich ausgeruht, von Erkrankungen erholt, geschlafen und gegessen werden. In den eigenen vier Wänden werden Feste gefeiert und alle materiellen Besitztümer im Regelfall aufbewahrt. Um sich in Pflegeeinrichtungen **wie zu Hause** zu fühlen, werden Beschäftigungen zur Anregung gefunden. Es wird vor- und gelesen, gegärtnert, gefegt, Geschirr gespült, gekocht, eingekauft, eine Fahrt unternommen, auswärts gegessen, telefoniert, Musik gehört, gesungen, fern gesehen, zur Toilette gegangen, sich angezogen und zuvor gebadet oder geduscht, sich gepflegt, geschminkt, rasiert, geschlafen und aufgewacht, sich gereckt und gestreckt. Zähne werden geputzt, Haare gekämmt, Wäsche gewaschen, Haustiere versorgt, Blumen gegossen und Fotos betrachtet.⁶⁵⁷

4.2.1 Therapeutische Interventionen

Mit Hilfe internaler Gedächtnisstrategien kognitiver Trainingsprogramme werden Informationen nach logischen, hierarchischen oder chronologischen Gesichtspunkten geordnet, mehrfach wiederholt und dadurch abrufbar. Vertraute Orte werden besonders gut erinnert und als **Hinweisreize** genutzt, um Informationen ins Gedächtnis zurückzurufen. Bei älteren Menschen ohne klinisch relevante und kognitive Beeinträchtigungen wurde das episodische Gedächtnis verbessert, halfen Karteikarten oder Kalender bei der besseren Bewältigung gedächtnisbezogener Alltagsanforderungen. Für demenzkranke Patienten ist die Wirksamkeit des isoliert kognitiven Trainings umstritten. Mögliche Erfolge sind dann von kurzer Dauer und besitzen wenig Alltagsrelevanz. Bereits im frühen Krankheitsstadium wird die Fähigkeit, Neues anhand von alltagsfernen Materialien zu lernen, beeinträchtigt. *Alltagsrelevante und kombinierte Übungen* wie das Erinnern von Zeitungsartikeln, das

⁶⁵⁷ Bell, V./Troxel, D./Cox, T/Hamon, R. 2007: 174 ff.

Wiedererkennen von Gesichtern, die zeitliche und örtliche Orientierung oder die Diskussion aktueller gesellschaftlicher Themen scheinen günstiger zu sein.⁶⁵⁸

Artikel in der regionalen Tageszeitung über *frühere Naturereignisse* wie Überschwemmungen oder das Anlegen eines künstlichen Badesees und über die *ehemals schwere Arbeitssituation* in der betreffenden Umgebung sind vielen alten Bewohnern sehr präsent, lassen *Vergleiche* mit der heutigen Zeit zu und eventuell den weiterführenden Gedanken an einen *Ausflug* in diese Gebiete entstehen. Abreißkalender, Bücher und das Internet bieten viele zusätzliche Hintergrundinformationen, Anregungen zu biografisch orientierten Zeitgeschehnissen und benutzen Jubiläen, Portraits berühmter Zeitzeugen, Sternzeichen von Prominenten, alte Kinderbücher und Texte in Sütterlinschrift zum *Austausch über damalige (Tabu-)Themen*. Frisuren, Schminkverhalten, die erste Menstruation, ein uneheliches Kind, sexuelle Überraschungen wegen mangelnder Aufklärung werden vergleichend, tief gehend, wütend, traurig, sinnend, humorvoll und Spaß bringend erläutert, ohne dass ein Thema festgelegt wird. Abschweifungen fördern den *unbegrenzten Gedankenfluss*.⁶⁵⁹

„Oswald, Rupprecht & Gunzelmann (1996) berichten, dass sich eine *Kombination aus alltagsbezogenem Gedächtnistraining und psychomotorischem Training* im Vergleich zu isolierten Einzeltrainings für Personen mit leichter dementieller Symptomatik als deutlich effektiver erwies und die Trainingserfolge bezüglich Kognition und Psychomotorik auch nach einem trainingsfreien Jahr noch nachweisbar sind. ... Für Patienten in weiter fortgeschrittenen Krankheitsstadien sind komplexere Behandlungsansätze angezeigt, die die *Stärkung emotionaler und sozialer Ressourcen* sowie die *kompensatorische Funktion der Umwelt* stärker in den Vordergrund stellen.“⁶⁶⁰

Die Phänomenologische Methode verwendet den Begriff 'Leibgedächtnis' für das Gedächtnis früherer körperbezogener, szenischer, akustischer, geschmacklicher, atmosphärischer oder sonstiger Erlebnisspeicherungen.⁶⁶¹

4.2.2 Kreativ sein, kognitive Spiele und Gemeinschaftsaktivitäten

Erfreuen sich Menschen an kreativen Aktivitäten, musizieren, malen, zeichnen, schreiben, handwerkeln, sticken und stricken sie gerne. Setzen sie dabei *Fantasie, Lebenserfahrung, Stärken und Fähigkeiten* ein, stärkt das ihr *Selbstbewusstsein* und es

⁶⁵⁸ vgl. Ermini-Fünfschilling & Meier 1995 in: Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 127 unten

⁶⁵⁹ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 42-46

⁶⁶⁰ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 127 unten, 128 oben

⁶⁶¹ Baer, U. 2007: 58 ff.

wird ihnen das Gefühl gegeben, Teil einer Gemeinschaft zu sein. *Neue Kommunikationsmöglichkeiten* eröffnen ihnen Gelegenheiten, Kontrolle auszuüben und Entscheidungen zu treffen. *Positive Empfindungen* werden gestärkt, weil etwas Nützliches mit Erfolg getan wird. Betroffene mit nachlassenden kognitiven Fähigkeiten werden offener für schöpferisches Tun, wobei der **Prozess des Schaffens** in den Mittelpunkt gestellt wird. Mit großer *innerer Offenheit* wird der emotionsauslösende Kunstprozess angeregt, um der *entstehenden Eigendynamik* Raum zur Entfaltung zu geben. *Spielerisch* begeistert jedes Ergebnis und wird zu einem positiven Erlebnis, ohne Wertung gewürdigt.⁶⁶²

Spiele *schärfen die Reflexe, fördern Geschicklichkeit, halten geistig beweglich, sind gut gegen Stress, lenken auf angenehme Weise ab, vertreiben die Zeit, lassen keine Langeweile aufkommen.* Der Körper kann gefordert werden, die Sinne stimuliert. Entstehende Teamarbeit kann einen freundlichen Wettstreit auslösen, wobei die Spielerfolge Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein stärken können. Für Menschen mit Demenz sind *Sprichwörterspiele* wegen des intakten Langzeitgedächtnisses geeignet. *Zielwurfübungen* wie Kegeln, Ringwerfen, Ballspiele stärken und erhalten körperliche Fertigkeiten. Dokumente typischer Charakteristika vergangener Mode- und Geschichtsepochen werden gerne als Grundlage für Gesprächsrunden über die Nachkriegszeit usw. benutzt. *Wortspiele* aktivieren tief eingeprägte Sprach- und Sprechmuster. Anhand von Stichworten werden auswendig gelernte Dinge wie Balladen und Lieder/Liedtexte der Kinderzeit abgerufen. Die sich einstellende *fröhliche Stimmung* vermittelt der demenzkranken Person das **Gefühl von Normalität** und den Eindruck der funktionierenden alltäglichen Ordnung. Tanz und Gruppengymnastik gelten als Gemeinschaftsaktivitäten, die den Körper beweglich halten, das *Gemeinschaftsgefühl* stärken und auch teilnehmenden Angehörigen, Mitarbeitern der Pflege und Betreuung kognitive und körperliche Aktivierung versprechen.⁶⁶³

Berührungen, Klänge, Gerüche erreichen die an Demenz Erkrankten, *schaffen Nähe*, ermöglichen Kontakte, bauen Brücken. „Berührungen und Musik scheinen die beiden *Zauberformeln* zu sein, mit denen Unerreichbare erreicht werden können ... gegen den Ansturm verfinsternder Gedanken und Gefühle hinweg. ... wie großartig Musik ... ihren *Zugang eher zum Herzen als zum Verstand* sucht und findet, ...“⁶⁶⁴. (siehe Anhang, Anlage 1)

⁶⁶² Bell, V./Troxel, D./Cox, T./Hamon, R. 2007: 102 ff.

⁶⁶³ ebenda 2007: 174- 175

⁶⁶⁴ Funke, A. 1998: 20 in: Baer, U. 2007: 133

4.2.3 Fotos, eigene Musik, Tagebücher

Das *Altgedächtnis* der Demenzpatienten kann nicht nur durch die verbale Ebene *stimuliert* werden, sondern Bilder, Fotos, Musik und körperliche Aktivitäten wie Tanzen oder gymnastische Übungen erlangen eine hohe Bedeutung. In entsprechenden Gruppen erhöht der *lebhaft Austausch über Erlebnisse* aus der Kindheit, Jugend und dem frühem Erwachsenenalter die Lebensqualität der Erkrankten. Der Umgang mit Farben, Formen und Musik ruft *emotionale wie physische Reaktionen* hervor, kann das Essverhalten verbessern, die Stimmung positiv beeinflussen und das Erinnern von Informationen aus dem Langzeitgedächtnis erleichtern.⁶⁶⁵ Das Durchblättern eines alten *Poesiealbums* kann eine wehmütige Stimmung erzeugen, weil Verbindungen zum Krieg, dem Tod Angehöriger hergestellt werden. Gleichzeitig besteht ein großer *Mitteilungsbedarf* in diesem Bereich und die Bewohner fühlen sich nach diesen Gesprächen sehr entlastet, weil die Vergangenheit und die Verstorbenen erinnert werden und in den Erzählungen weiter fortleben. (siehe Anhang, Anlage 2) Kirchen- und Volkslieder wie „So nimm denn meine Hände“ oder „Am Brunnen vor dem Tore“ bieten eine *Möglichkeit zum Ausdruck* der Trauer und zur Verarbeitung.⁶⁶⁶

Die kommunikativen Möglichkeiten des Musizierens, des künstlerischen Gestaltens, des Tanzes und der Bewegung *sichern* Menschen im frühen Stadium der Demenz ein *Gefühl persönlicher Identität*. Emotional setzen sie sich mit dem auseinander, was sie bewegt und drücken es in Formen aus, die einen behutsamen und unaufdringlichen *Zugang zur Gefühlswelt* erlauben. Kreative Ausdrucksmöglichkeiten bereiten Freude und beleben wertvolle Kommunikationswege.⁶⁶⁷ (siehe 3.2)

Da die Plaquebildung im Limbischen System, dem Ort der emotionalen Bewertung beginnt und das Regulations- und Bewertungssystem im Gehirn stört, gilt es, *Sinneswahrnehmungen zu unterstützen* und gleichzeitig das *Bewertungssystem anzuregen*, indem z.B. Musik bewertend und differenziert- von gut bis nicht aushaltbar- wahrgenommen wird.⁶⁶⁸

Musik ist oft der Sprache überlegen, weil sie ein *Katalysator für alles emotional Empfangene und Weitergegebene* ist. Durch die bestimmte Kombinationen von Dynamik und Klangfarbe *hilft* Musik über Trauer hinweg, *belebt* sie durch ein schnelles

⁶⁶⁵ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 131-134

⁶⁶⁶ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 28-30

⁶⁶⁷ Kunzelmann u.a. 1999: 69-75 in: Baer, U. 2007: 43

⁶⁶⁸ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 135 ff.

Tempo mit großer Lautstärke und einem weiteren Tonumfang oder *entspannt und beruhigt* in geringer Lautstärke, mit langsamen Tempo. Ein musikalischer Vortrag als Geschenk dargebracht, *ermöglicht eine sofortige dankende Revanche durch den direkten Applaus* des Beschenkten oder eignet sich hervorragend *als Abschiedsritual*. Die Begleitung durch ein Musikinstrument ist nicht zwingend erforderlich, da es um *gemeinsames Erleben* und nicht um die perfekte Virtuosität geht. Angehörige können von den diskussionsbereiten Bewohnern aktiviert werden, um nach „verlorengegangenen bzw. richtigen“ Strophen der oft regional unterschiedlich verbreiteten Volkslieder zu fahnden. Liederbücher in Großdruck sind empfehlenswert, lenken stärker demenzkranke Bewohner jedoch oftmals vom Singen ab. *Bekannte Lieder* auszuwählen, macht den Verzicht auf Textblätter möglich, die ansonsten gefaltet, auf den Kopf gedreht, unter den Stuhl oder als Polster auf die Sitzfläche gelegt werden. Auch schwer demenzkranke Bewohner können *sämtliche Liedtexte auswendig* und in der Gruppe mitsingen, auch wenn sie sich ansonsten nur aphasisch mit kurzen Wortfetzen auszudrücken vermag. *Als besondere Fähigkeit* wird diese auch durch andere Bewohner gewürdigt, bringt ihnen Respekt und Bewunderung ein. Anscheinend tief und fest schlafende, stark demenzkranke Bewohner *lösen ihre Unbeteiligung sichtbar auf*, klatschen z.B. Beifall. *Bekannte Gedichte und Balladen* haben durch ihre **Rhythmik** den gleichen Effekt wie Lieder, mussten von vielen alten Menschen zu deren Schulzeit auswendig gelernt werden. *Redensarten* zu bestimmten Begebenheiten oder Jahreszeiten in Teilen zu zitieren, bietet Bewohnern die Möglichkeit, sie zu *ergänzen*. Im Musikquiz können Interpreten hinterfragt, Titel wiederholt gespielt und durch ein Feedback an die Dynamik der Gruppe angepasst werden. Ohne nennenswerte Vorbereitungszeit kann *der Therapeut als begeisternder Entertainer* die aufgelockerte Stimmung spontan für ein kleines Tänzchen mit den Bewohnern nutzen, Menschen für sich gewinnen und vorzüglich unterhalten.⁶⁶⁹

4.2.4 Erlebensräume

Das Erleben und Erspüren der Welt, jede Erfahrung des Raumes um den Körper ist sinnlich. Die **sinnliche Erfahrung** des Waldes mag Gefühle des Interesses hervorrufen, der Freude, ja der *Begeisterung*. Das Körpererleben kann sich hin zu größerer *Entspannung, Gelöstheit und Weite* verändern. Die Atmosphäre um den Betrachter herum wird als friedlich, anregend, ja manchmal berauschend wahrgenommen. „**Sinne**

⁶⁶⁹ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 37-42

*sind die Brücken zwischen Person und Welt. ... Ein Bild wird nicht nur aufgenommen, sondern erschaffen. Wahrnehmen ist ein aktiver Prozess, in dem Vorerfahrung, Gefühle, Bewertungen und dergleichen mehr beteiligt sind. Sinnvoller ist es deshalb, von Sinneserleben und Sinneseindrücken zu reden.*⁶⁷⁰ In späteren Phasen der Erkrankung können die Betroffenen sinnliche Eindrücke oft nicht zuordnen, spüren und wissen um die Wichtigkeit einer Erfahrung, können denselben Eindruck jedoch nicht mehr mit vorhandenen anderen Informationen und Bedeutungen verknüpfen. Was ein Außenstehender als Gedächtnisverlust bewertet, erlebt der Betroffene als Lücke der Sinneswahrnehmung, ist eine *Störung der Bewertung und Zuordnung der Sinneswahrnehmung*. In der vierten Demenzphase stimmen die Sinneswahrnehmungen der Demenzkranken mit denen der sie umgebenden Menschen nicht mehr überein. Zur Stabilisierung und Unterstützung der Erkrankten ist alles gut, was die sinnliche Wahrnehmung ihrer Welt unterstützt und fördert. *Sinnesförderung* muss *als qualitative Sinnesarbeit* verstanden und angeboten werden, es geht um das Erfragen von Bewertungen, nach dem „*Wie etwas gefällt?*“.⁶⁷¹

Kreative Medien wie Blätter, Tannenzapfen, Früchte, Steine, Stoffe, Fell, Riechfläschchen, Gewürze, Bälle, Tücher, Fühlsäckchen, Klanginstrumente eignen sich ebenso zur Stimulation des Gedächtnisses und der Sinne wie *Gegenstände aus den Lebenswelten* der unterschiedlichen Bewohner- alte Zylinder in der Hutschachtel, die handbetriebene Kaffeemühle oder das Fläschchen mit Kölnisch Wasser. Auf Flohmärkten erstandene *nostalgische* Gegenstände erinnern in einzigartiger Weise an Geschichten und Erlebnisse früherer Zeiten. Die Persildose aus Metall mit dem aufgedruckten Persilmädchen kann genau so an die „Große Wäsche“ erinnern wie Lavendelsäckchen als Mottenschutz, Waschbrett, Holzwäscheklammern, Wäscheleinen oder alte Wäschestücke. *Typische Handbewegungen* lassen mit Hilfe des *Leibgedächtnisses* Erinnerungen an einen bestimmten Gegenstand und die damit verbundenen Erlebnisse ähnlich intensiv aufleben. *Schwung- und Tretbewegungen* der mechanischen Nähmaschine sind vielen alten Frauen vertraut, animieren sie zu Diskussionen über Sprichwörter wie „Langes Fädchen, faules Mädchen“, verschiedene Saumarten, die Vorzüge diverser Nähmaschinen und das Nähen für die Aussteuer.⁶⁷²

⁶⁷⁰ Baer, U. 2007: 128 untere Mitte

⁶⁷¹ Baer, U. 2007: 129-136

⁶⁷² Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 27-29

5 Betreuung im Rahmen des Therapieplanes

Seit dem 01.07.2008 ist es möglich, einen erhöhten Betreuungsbedarf für Menschen u.a. mit der Diagnose Demenz zu beantragen, um sie mit zusätzlich zur Verfügung gestellten finanziellen Mitteln und *zusätzlich* zu den bereits erbrachten Betreuungsleistungen- entsprechender Therapie- und Pflegekonzepte von Institutionen- niedrigschwellig zu begleiten. Geschulte Betreuer bieten dem zu fördernden Bewohner regelmäßig- 10 Minuten täglich bzw. 70 Minuten wöchentlich, variabel verteilt auf mindestens drei Kontakte- diverse Leistungen an. (siehe 4.2) Ein Betreuungsnachmittag

wird z.B. *auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten dieser Menschen ausgerichtet*, kann nach der namentlichen Begrüßung in ein gemütliches Kaffeetrinken mit biografischem Erzählen anhand eines jahreszeitlich geschmückten, inspirierenden Tisches überleiten. Nach dem gemeinsamen Abwasch kann sich dem Ballspiel, Spaziergang, Ringwerfen oder Tanzen gewidmet werden. Ergänzend werden Zeitungsstunden, Gesellschaftsspiele, Bastelkreise angeboten, um sich dann nach individueller Aktivierung gemeinsam mit einem Ritual zu verabschieden.⁶⁷³ (siehe Anhang, Anlage 1)

Ähnlich wie J.P. Whitehouse vertritt auch E. Böhm in der Pflege und Betreuung Demenzkranker das *Normalitätsprinzip* und will die *Altersseele wiederbeleben*, weil seiner Meinung nach viele alte Menschen bereits psychisch sterben, die körperlich noch nicht sterben können. Demnach sind Bastelkreise und Entspannungsrunden den betagten alten Menschen fremd und haben keinen Bezug zur Biografie. Küchen-, Garten- und Hausarbeitsbereiche bieten ihnen hingegen *kleine alltägliche Aufgaben*, geben dem dementiell erkrankten Menschen einen *neuen Lebenssinn*, lässt sie spüren, dass sie gebraucht werden.⁶⁷⁴ Senioren im Dienstbotenheim von Koppigen (Schweiz) erledigen z.B. *freiwillig* im immer gleichen Tagesrhythmus die ihnen bekannten Arbeiten, die sie ab dem 14. Lebensjahr als ehemalige Knechte oder Mägde für einen Hungerlohn bei einem fremden Bauern bis zur Erschöpfung leisten mussten, füttern Schweine, helfen beim Wäschewaschen oder spalten Holz.⁶⁷⁵

5.1 Konzeptvorstellung

Dieses Konzept wurde von einer Arbeitsgruppe entwickelt, die sich aus therapeutischen Mitarbeiter, Pflegekräften und Mitarbeitern des Leitungsteams zusammensetzte. Das Therapie- und Betreuungskonzept hat die Aufgabe, Verbindlichkeiten im Hinblick auf therapeutische Maßnahmen und soziale Betreuung unter Berücksichtigung der Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interessen der Bewohner festzulegen. Es ist Bestandteil des Pflegekonzeptes und *basiert auf den Inhalten des Pflegeleitbildes*. In zwei Abschnitten werden zum einen Aspekte der therapeutische Arbeit beschrieben und zum anderen *zusätzliche Betreuungsleistungen* für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 87b im Sozialgesetzbuch (SGB) XI. (siehe Anhang, Anlage 3)

⁶⁷³ Becker, B.(Hrsg.) 2009(2): 5-28

⁶⁷⁴ Stoffers, T. in: Altenpflege 12/2008: 44-46

⁶⁷⁵ Biskup, H. in: Berliner Zeitung 07.01.2010: 3

5.2 Therapeutische Ziele der demenzgerechten Betreuung⁶⁷⁶

Durch selbstbestimmtes Handeln und eigene Entscheidungen erhalten Betroffene sich ihr *Selbstwert- und Freiheitsgefühl*, die *Empfindung über eigene Persönlichkeitsmerkmale*, den *Stolz auf Erreichtes* im Verlaufe ihres Lebens und machen *Autonomieerfahrungen*. Witze, gemeinsames Lachen, erheiternder Humor geben **positiven Emotionen** viel Platz, Glücks-, Liebes-, Zufriedenheits-, Hoffungsgefühle herrschen vor. Sollten Gefühle wie Angst, Scham, Einsamkeit, Trauer, Unsicherheit, Nervosität entstehen, werden sie mit **größter Empathie** angesprochen und verarbeitet. **Integration** wird gefördert, *damit der Kranke sich in seiner Rolle als nützlich erfährt und akzeptiert wird, Zuneigung erhält*. Gefördert werden *sinnlich schöne Erfahrungen*, die Freude an *sensorischer Stimulation* durch Musik, Farben, Naturschauspiele, *eine überschaubare Umgebung* und Tierkontakte. (siehe auch 2.6 und 3.1.1)

„**Bewegungsfreiheit** bedeutet für sie die Möglichkeit, den Aufenthaltsort selbst zu bestimmen und nach Belieben zu verändern, über Art und Zeitpunkt der Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse entscheiden zu können, sich der sozialen Umgebung anzupassen oder sie zu wechseln und eigene Vorstellungen vom glücklichen und erfolgreichen Leben entwickeln und realisieren zu können. Sie gehört zum höchsten Gut jeder menschlichen Existenz. Das Streben nach Freiheit ist wohl eine der stärksten Antriebskräfte des Menschen und der revolutionären Entwicklung.“⁶⁷⁷

Eine **optimale materielle Umgebung** sollte vor allem übersichtlich, funktionsfähig und kompetenzerhaltend mit maximierten Bewegungsfreiheiten sein, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, stimulieren, die Orientierung stützen, soziale Interaktionen fördern, Rückzugsmöglichkeiten bieten.⁶⁷⁸

5.3 Sinn von Aktivitäten, zum Lachen bringen⁶⁷⁹

Hochbetagte und von Demenz betroffene Menschen brauchen Betreuung (siehe Teil I: 4.4.3.3.3), die sie sich besser fühlen und eine konkrete Sinngebung erfahren lässt während sie unwiederbringliche Verluste verarbeiten müssen und trotz allem noch eine (neue) *Lebensperspektive finden* oder das Leben einfach aushalten, weil sie noch nicht tot sind.⁶⁸⁰

⁶⁷⁶ Wojnar, J. 2007: 151-152; Wingchen, J. 2009: 181 ff.

⁶⁷⁷ de Chardin, P.-T. 1987 in: Wojnar, J. 2007: 152 Mitte

⁶⁷⁸ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 135

⁶⁷⁹ Wojnar, J. 2007: 150 ff.

⁶⁸⁰ van der Kooij, C. 2007: 40

Der richtige Umgang mit den Kranken, eine günstige Umgebung und familiäre Entspannung *beheben Ursachen von Störungen*. Kehrt ein dementer Mensch nach Tagen aus dem gerontopsychiatrisch spezialisierten Krankenhaus in die Umgebung seiner Angehörigen zurück, verlieren sich kurzfristig verbesserte Symptome wieder auf das ursprüngliche Ausmaß. Seltene therapeutische Angebote- einmal wöchentlich- haben keine Wirkung auf kognitive Fähigkeiten und Verhaltensstörungen. Ohne Einfluss auf Verhaltensauffälligkeiten bleiben täglich sehr intensive, auf eine halbe bis eine Stunde beschränkte Therapien- ein Therapeut für zwei Kranke- wie Gespräche oder Spaziergänge, wobei die *Mobilität der mittelschwer Demenzkranken verbessert* wird. Weniger Überredungskünste zur Teilnahme an einer Aktivierung benötigen schwer Demenzerkrankte, obwohl bei ihnen die *Nachhaltigkeit auf Stimmung und Mobilität reduziert* ist. Auf individuelle Erfordernisse *angepasstes Gedächtnistraining hilft vorübergehend* Kranken mit beginnender und leichter Demenz, wenn die betreuenden Personen in therapeutische Methoden miteinbezogen werden. Die schmerzliche Konfrontation mit ihren Defiziten sollte den Erkrankten erspart werden.⁶⁸¹

Durch emotional orientierte Betreuung, Validation, sensorische Stimulation und Reminiszenz-Therapie können die *Ängstlichkeit reduziert und das Selbstbild gestärkt* werden- Verhaltensauffälligkeiten werden hiermit nicht nachhaltig beeinflusst.

Sinn macht die therapeutische Betreuung Demenzkranker, „wenn eine Behandlung neurologischer Beeinträchtigungen, wie Parkinson-Symptomatik, Lähmungen, Schluck- und Sprachstörungen nach Schlaganfällen, Spasmus, Kontrakturen unterschiedlicher Genese oder eine kurzfristige Beeinflussung des störenden Verhaltens angezeigt ist.“⁶⁸²

Prophylaktischen Maßnahmen (Erhaltung von Gedächtnisleistungen, Erhaltung der alltäglichen Fähigkeiten, Erhaltung der Mobilität) oder therapeutische (Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten) bleiben meistens wirkungslos, weil Bedürfnisse Demenzkranker falsch interpretiert oder missachtet werden. *Bedürfnisse Demenzerkrankter* weichen nicht von denen „gesunder“ Menschen ab, auch wenn ihre Wahrnehmung, das Denken und ihre Fähigkeit zur sozialen Anpassung sich ändern. Demenzkranke können ihre Bedürfnisse nicht mehr beschreiben und verständlich vermitteln. *Aggressive, depressive Reaktionen treten neben Rückzugstendenzen auf*, nicht zu verwechseln mit Apathie, Desinteresse, Gleichgültigkeit. „Die Betreuenden versuchen dann die Kranken zu erheitern, zu beruhigen oder zu aktivieren und zwingen ihnen Tätigkeiten auf, die sie selbst mögen oder für unterhaltsam halten. Für die

⁶⁸¹ Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 128 oben

⁶⁸² Wojnar, J. 2007: 150 unten

Betroffenen können sie dagegen überfordernd, langweilig oder ärgerlich sein und Verhaltensauffälligkeiten erzeugen. *Was Demenzkranke wirklich brauchen, ist eine Umgebung, in der sie sich wohlfühlen und trotz aller Behinderungen und Einschränkungen möglichst normal leben können.*⁶⁸³ Gewünscht werden Schweigephasen, stützende Aktivitäten, erforschte Lebensgeschichten, beständige Therapeutenbeziehungen, wenig Regeln, sprachliche Klärungsprozesse⁶⁸⁴, Realitätsorientierungstherapie (Resensibilisierung, Remotivation, Revitalisierung) usw.⁶⁸⁵ Ein deutlicher Klärungs- und Definitionsbedarf der Demenz-Krankheit ist zu erkennen, weil viele Ausführungen das Menschenbild des Erkrankten diskriminieren, ihn zweckmäßig und angepasst verwahrt wissen wollen.

Hausarbeit, Gartenarbeit, Spaziergänge bringen Freude, weil sie als **bekannte Arbeits- und Handlungsabläufe** wie *selbsttätig funktionieren und sichtlich stolz machen*, auch wenn sie jahrelang nicht ausgeführt wurden. Alltäglich gesungene oder gesummte Melodien, vor den Mahlzeiten gesprochene Gebete machen froh und geben *durch verlässliche Routine Sicherheit*. Musiksendungen, Tierfilme, Lieblingsschauspiele, Landschaftsaufnahmen können passend zu den Interessen und dem Aufnahmevermögen der dementen Person ausgewählt und präsentiert werden. Demenzkranke, die gerne aus ihrer Stimmung heraus, ohne Themenvorgabe, malen, freuen sich über ihre nützliche, künstlerische Darstellung, deren Interpretation einen weiteren Blickwinkel auf die erkrankte Persönlichkeit gewährleisten kann. Abwechselnde, sich gegenseitig ergänzende, in Patchwork-Technik verfasste Notizen, Briefe, Tagebuchaufzeichnungen, Memories (Namen, Titel von Verwandten, Bezeichnung von Dingen, tiefsinnige Äußerungen, Danksagungen) schaffen einen *gleichberechtigten Rahmen ohne Machtgefälle*.⁶⁸⁶

Tanz- und Bewegungstherapie⁶⁸⁷ sowie Musiktherapie⁶⁸⁸ sind in der Arbeit mit Demenzkranken am weitesten verbreitet. Kunst- und Gestalttherapie⁶⁸⁹ lassen sich genauso sinnvoll einsetzen wie auch die Märchenarbeit⁶⁹⁰ mit Handpuppen. Die meisten Kunsttherapeuten *arbeiten intermedial*, singen, reden und malen.

⁶⁸³ Wojnar, J. 2007: 151 Mitte

⁶⁸⁴ Hartmann, Y. u.a. 1992: 40-46

⁶⁸⁵ Hartmann, Y. u.a. 1992 : 124

⁶⁸⁶ Beyer, St. 2007: 99-102; siehe dazu auch Wurr, R. 1981: 6 ff.

⁶⁸⁷ vgl. Nienhaus, U. 1993

⁶⁸⁸ vgl. Baer, U./Frick-Baer, G. 2004

⁶⁸⁹ vgl. Ganß, M./Linde, M. 2004

⁶⁹⁰ vgl. Wessendorf, I. 2001; Lange, U. 2006

5.3.1 10-Minuten-Aktivierung⁶⁹¹

Diese Methode knüpft an bewährte Formen der Erinnerungsarbeit Demenzkranker wie Biographiearbeit und Validation an. Aus einer anfänglichen Apathie wird *der Dementierende befähigt, sich zu interessieren, sich zu beteiligen, sich zu erinnern und Kontakt mit seiner Umgebung aufzunehmen*. Auf *einfache und angenehme Weise* kann ein duftender Kaffee im Zusammenhang mit einer alten Kaffemühle oder ein alter Schneebesen Erinnerungen an zurückliegende Ereignisse wecken, der alte Mensch wird wacher und nimmt mehr am Geschehen teil.

Alle Pflege- und Betreuungskräfte können mit vergleichsweise *wenig Zeitaufwand schnell Erfolge* bei dementiell veränderten Bewohnern erreichen, indem sie gezielt Gegenstände aus der Vergangenheit der Bewohner zur Aktivierung einsetzen. Täglich durchgeführt und belastenden Gesprächsstoff ausgespart, wird mit Geduld der Zugang zu den Erinnerungen der Bewohner gefunden und es entwickelt sich ein echter Dialog, eine verstärkte Kommunikation zwischen Pflegekräften/Betreuern und den dementen Menschen. Anhand eines Biographiebogens vervollständigt sich die Biographie und es werden biographisch verankerte Fähigkeiten aufgespürt, gelebte Antriebe wie der Ordnungssinn, Disziplin und Fürsorglichkeit wiedererweckt. *Bewohnerbezogene Materialsammlungen* enthalten bei einer Hausfrau z.B. Seifendosen, ein Waschbrett oder zeitlich passendes Kinderspielzeug oder bei einem ehemaligen Kfz- Mechaniker Werkzeug, Ersatzteile. Briefmarkensammlungen, Zeichenutensilien, Fußballschuhe, Liedertexte, Bücher zeugen von den gelebten Interessen der Bewohner und sind in die Individual- Aktivierung bei vor allem Bettlägerigen mit einzubeziehen. *Themenbezogene* alltägliche, jahreszeitliche, traditionelle oder kulturell-religiöse Schwerpunkte wie Schule, Einkaufen, Weihnachten, Gartenarbeit, Kirchenchor eignen als Gruppenaktivierung gleichartig Betroffener und können z.B. eine reguläre Freizeitaktivität wie den Sitztanz oder die Lesestunde abschließen. Die dargebrachten Gegenstände, lösen durch die geweckten Erinnerungen **Sinneseindrücke** aus, Geruch, Farbe, Oberflächenstruktur u.a. sind vertraut. *Ausreichender Freiraum* ermöglicht es dem Bewohner, seine Emotionen zu schildern oder sich über die zehn Minuten hinaus allein mit dem Inhalt des dargebotenen Themenkartons zu beschäftigen, sofern der Inhalt ohne Beaufsichtigung nicht eine Gefahr für das Wohl des dementiell veränderten Menschen darstellen könnte. Kein oder geringes Interesse auslösende Gegenstände werden ausgewechselt, damit der Bewohner nicht überfordert wird.

⁶⁹¹ <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-zehn-minuten-aktivierung.htm>: 14.01.2010; <http://alzheimerforum.de3/1/6/4/10-minutenaktivierung.pdf>:14.01.2010 ; Becker, B.(Hrsg.) 2009(2): 29-31

Die gewonnenen Informationen werden dokumentiert, stehen dem gesamten Team zu Verfügung, wodurch sich *das Verständnis der Mitarbeiter für den Bewohner verbessert*, sie ihn als Menschen mit bestimmten Hobbies und Interessen erleben.

5.3.2 Therapeutischer Tischbesuch

Die wertschätzende Kurzaktivierung in Form des therapeutischen Tischbesuches wird getragen von der Absicht, *alte Menschen zu verstehen und sie in ihrer Lebenswelt mit Wertschätzung zu begleiten*. Der alte Mensch benötigt *mehr Zeit und Leistungen*, um sich geborgen zu fühlen und geistig wie körperlich möglichst mobil zu bleiben. Durch den systematischen Einsatz von **Impulsen** und intensiv , individuell auf den Menschen abgestimmtes Vorgehen unter Einbeziehung kommunikationsanregender Medien wird *mit minimalem Zeiteinsatz eine deutliche Steigerung der Kommunikationsfähigkeit und Lebensqualität der Bewohner erreicht*. Durch kleine Gesten wie **Lächeln, Winken** wird mehr erreicht als durch manch andere zeitintensive Intervention, bestätigt durch das *Gefühl zwischenmenschlicher Verbundenheit*. „Der Mensch wird erst zum Menschen durch den Kontakt mit seinem Gegenüber. Der Schlüssel dazu ist eine wertschätzende verbale und nonverbale Kommunikation.“⁶⁹² (siehe 3.2.10)

Der therapeutische Tischbesuch, begründet 1990 von Bernd Kiefer, ist mit der „10-Minuten- Aktivierung“ verwandt, weil sich in ein oder zwei Minuten eine freundliche Zuwendung, die persönliche Ansprache und das befriedigende Gefühl, gebraucht zu werden, entwickeln lassen. *Demente Menschen möchten auch mit kleinster Kraft und nur blitzlichtartigem Wissen und Können aktiv am Leben teilnehmen*, was trotz Personalknappheit und ständiger Zeitnot praktikierbar ist. Eine *regelmäßige morgendliche Begrüßung mit Handschlag* und *persönlicher Ansprache*, schließt systematisch alle anwesenden Bewohner im Aufenthaltsraum mit ein, auch wenn diese unfreundlich, abwesend, abstoßend wirken oder (un-) bewusst benachteiligt worden waren. Kompetenzen gehen bei mangelnder Ausführung verloren, können jedoch wieder über ein Intermediärobject aktiviert werden, weil der Mensch über ein *holografisches Leibgedächtnis* verfügt. Ist eine Direktstimulierung in Form eines Waldspazierganges nicht mehr möglich, kann man dem Menschen einen Tannenzapfen in die Hand geben und *vor seinem inneren Auge* entsteht ein Wald. Der Anstoß für weitergehende Gespräche und Aktivitäten ist hiermit gegeben, der Erlebnisappetit geweckt. Die Verabschiedung setzt einen ebenso klaren Impuls, ein kurzer Satz bei

⁶⁹² Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 93

schwer demenzkranken Menschen, ein spürbar gelöster Händedruck und eine aufgerichtete *Körperhaltung* helfen, sich nach dem zeitlich begrenzten Aufsuchen wieder aus der Gesprächssituation heraus zu begeben.⁶⁹³

Um die stärker demenzkranken Menschen auf ihrer eigenen Ebene zu erreichen, ist es günstig, sich unmittelbar vor ihnen hinzuhocken, flexibler zu bleiben und Kontakt über das Streicheln und Halten der Hände aufzunehmen. Ein Stuhl wird nach Möglichkeit durch Therapeuten nur benutzt, wenn er direkt angeboten wird, weil ansonsten der kleine *persönliche Bereich des Bewohners* zu sehr vereinnahmt wird. Die zwanglosen und an Bedürfnisse orientierten Gesprächsangebote werden bereichert durch Elemente aus der Gesprächstherapie nach Carl R. Rogers und sind abhängig von der Intensität der Durchführung, der Individualität der Zuwendung, der systematischen Vorgehensweise und der Stetigkeit der Ausführung.⁶⁹⁴ „... *nichts ist zu klein oder zu wenig um größeres auszulösen...*“⁶⁹⁵

5.3.3 Basale Stimulation

In den 70-er Jahren entwickelte Andreas Fröhlich für schwerstbehinderte Kinder eine regelmäßig und therapeutisch durchgeführte *Stimulation der Sinnesreize* durch Berührungen, Musik, Gerüche, um eine Deprivation durch Isolation und Reizlosigkeit zu verhindern. Körperliche Signale können von Menschen mit fortgeschrittener Demenz nicht mehr selbst wahrgenommen werden, sie verlieren das Gefühl von Hunger und Durst, verweigern angeblich das Essen. „Um Mangelernährung und deren Folgen wie Dekubitalgeschwüre, Immobilität und Infektionsanfälligkeit zu vermeiden, kann vorbereitend auf das Essen der Mundbereich zum Beispiel durch langsames Ausstreichen der Backen zum Mund bewusst gemacht und ein zusammengepresster Mund durch eine leichte Massage der Kiefermuskulatur geöffnet werden. Eine weitere Vorbereitung besteht in der Stimulation mit bekannten Gerüchen, Geschmäckern und Konsistenzen. Man streicht den Betroffenen etwas Honig, Marmelade, Säfte oder etwas Saures oder Salziges mit dem Finger auf die Zungenspitze oder hält ihnen zum Beispiel eine zusammengedrückte Orangenschale unter die Nase. Menschen, welche auf diese Weise regelmäßig und differenziert oral stimuliert werden sind nicht nur *wacher, aktiver und kooperativer bei der Pflege*, sondern es kann auch ihr *Gewicht stabilisiert*,

⁶⁹³ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 5-13

⁶⁹⁴ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 17-18

⁶⁹⁵ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 53 Mitte

*Schluckschwierigkeiten können hinausgezögert und die Aspiration von Nahrung kann reduziert werden.*⁶⁹⁶

Demenzgerechtes Kochen und demenzgerechte Verpflegung sind interdisziplinär, setzen Informationen über die aktuellen Ressourcen der Erkrankten voraus. Der Ernährungsauftrag muss in Seniorenheimen in allen Demenzphasen garantiert, *ständig angepasst und relativiert* werden. Eine zentrale Rolle spielen frühere Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und Prägungen. Schon lange vor Heimeintritt sind Betroffene mit der Selbstversorgung überfordert, mangelhaft ernährt und untergewichtig. Das Planen, Einkaufen und Vorbereiten der Mahlzeiten ist ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich, problematisch werden Auswahl und Abfolge der Speisen. Die später hinzukommende Apraxie bringt infolge der Schwierigkeiten im Umgang mit Besteck, Tassen, Gläsern eine erschwerte Nahrungsaufnahme mit sich. Komplikationen mit Beißen, Kauen und Schlucken prägen das Essen und werden durch eine spezielle Zubereitung der Speisen eingeschränkt. **Fingerfood** wird nach originellen Rezepten unter Berücksichtigung von Nährwert, Farbe, Aussehen, Duft und Geschmack angeboten. Bewährt haben sich kleine Imbiss-Stellen im Gang oder im Garten, die kleine Häppchen auf großen Platten zur sozusagen ambulanten Verpflegung bereitstellen.⁶⁹⁷

Gerüche wecken als *wesentliche Auslöser früheste Erinnerungen und Emotionen*, bestimmen, ob wir etwas für essbar halten, wie wir uns *räumlich und jahreszeitlich orientieren* und legen *Vorlieben* für bestimmte Parfüms z.B. oder Blumen fest. **Gewürze**, natürliche oder künstliche Duftöle und Aromen auf ein Trägermedium in einen Joghurtbecher mit Plastikdeckel gegeben, ergeben eine preiswerte Riechdose, die sich zu einem Riechlottspiel mit passenden Bildkarten ausbauen lässt. Um keinen Gewöhnungseffekt zu erhalten, sollten **Düfte** gezielt eingesetzt werden.⁶⁹⁸ Neben den Sinnesreizen wird auch die muskulo-skelettale Wahrnehmung und Rückmeldung durch rhythmische Waschungen, Massagen, eingrenzende Lagerungen und geführte Bewegungen stimuliert. Körperregionen werden bewusst gemacht und zu Spasmen wie Schmerzen führende *Fehlhaltungen werden vermieden*.⁶⁹⁹

Ein Konzept der basalen Stimulation ist das **Snoezelen**, wobei „Snuffeln“ (=schnüffeln) den Anteil der Sinnlichkeit im Erleben beschreibt und „Doezelen“

⁶⁹⁶ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 196 Mitte; Biedermann, M. 2004: 38ff.

⁶⁹⁷ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 198

⁶⁹⁸ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 35-37

⁶⁹⁹ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 196

(=dösen) Entspannung und emotionale Geborgenheit ausdrückt. Ganzheitlich werden Personen mit Demenz angenehme Empfindungen bereitet, verbunden mit positiven Gefühlen. Das Erleben einer sicheren und sanft stimulierenden Umgebung dient als *effektiver Weg zur Beruhigung und Entspannung, bei dem alle Sinne sanft stimuliert und aktiviert werden*. Einzelne Sinneswahrnehmungen werden gezielt *mit Hilfe von Licht, Geräuschen, Gerüchen, Körperempfindungen und Musik* beeinflusst. Die **Empfindungen entstehen unmittelbar** und verknüpfen sich mit gespeicherten Erfahrungen des Körpers oder bewusstgewordenen Erinnerungen. Snoezelen findet in *speziell dafür eingerichteten Räumen* statt, vermittelt eine *freundliche, harmonische und helle Atmosphäre* zum Wohlfühlen und Entspannen. Wandbehänge, pastellfarbene Lichttöne, Tastbretter, ätherische Öle, Naturgeräusche oder instrumentale Musik, ein Wasserbett, Schaukeln, und andere nicht im Alltag verfügbare Materialien helfen, angenehme und lustvolle Sinneserfahrungen zu erleben. Damit der Kranke selbst steuern kann, welche Reize er als angenehm empfindet und mit welchen er sich weiter beschäftigen möchte, sollten während des *maximal 60- minütigen Aufenthaltes* seine *Vorlieben, Abneigungen, Reaktionen vom anwesenden Pflege- oder Betreuungspersonal beobachtet, dokumentiert und auf den Pflegeprozess übertragen werden*. Der durch diese Therapie psychisch entspannte und gleichzeitig belebte kranke Mensch *kommuniziert jetzt gelöster, offener und deutlicher mit Angehörigen und Mitarbeitern* und lässt sich mit einer anschließenden Krankengymnastik *körperlich lockern*. Durch den *besseren Zugang zu den Kranken* und deren Reaktionen sowie der **verminderten Unruhe** steigt die *Arbeitszufriedenheit beim Personal, verbessert sich das Wohnbereichsklima*. Pfleger und Betreuer müssen bereit sein, *sich auf emotionale und angemessene körperliche Nähe einzulassen, sich an neuen Erfahrungen der Sinnesaktivierung zu beteiligen*. Der Aufenthalt in Snoezel-Räumen kann einigen Demenzkranken Angst und Unruhe bereiten, sie durch eine *Reizüberflutung* überfordern. Snoezelen ist dann sinnvoll, wenn sich der so betreute Mensch tatsächlich entspannt.⁷⁰⁰

Sich der schwierigen subjektiven Situation des oft intensivpflegebedürftigen Menschen, gekennzeichnet durch Stress⁷⁰¹, hohe emotionale Belastung, Angst, Unsicherheit, dem Gefühl der Hilflosigkeit u.a., **qualifiziert anzupassen** und ihm geeignete Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsangebote anzubieten, bedeutet, ihm eine *Orientierung über den eigenen Körper und seine vorhandenen Möglichkeiten zu*

⁷⁰⁰ Stuhlmann, W. 2004: 125-127

⁷⁰¹ Siehe dazu auch Grond, Erich 1993(10): 164 ff.

geben. Die basale Stimulation ist offen für Veränderungen, Weiterentwicklungen, Analysen und neuen Ideen, sieht stetes Hinzulernen und Beitragen aller Beteiligten vor und stabilisiert durch individuelle Möglichkeiten den Menschen, lässt ihn sich unter günstigen Umständen weiterentwickeln.⁷⁰²

In der *Kommunikation mit sterbenden Menschen* ist es möglich, wenn der Zuhörer die individuelle Betroffenheit des Erzählers nachvollziehen kann, ohne zu werten zuhört, dass eine unerledigte Vergangenheit abgeschlossen und losgelassen werden kann, wenn Bedrängtes und Beängstigendes ausgesprochen wird. Förderlich für diesen Prozess ist es, wenn auf die *veränderte Wahrnehmung Sterbender* eingegangen wird, indem Gerüche sensibel eingesetzt werden, Duftstoffe und Öle sorgsam angewandt und Übelkeit hervorrufende Gerüche von Speisen beachtet werden. *Farben* werden von den Sterbenden intensiver wahrgenommen, können entsprechend der individuellen Vorlieben gezielt eingesetzt werden. Sie sehnen sich nach *Wärme und Vertrauen*, benötigen ein entsprechendes Gesprächsklima, um ihrem Gefühl von Frieren und Kälte entgegenzuwirken.⁷⁰³

5.3.4 Gymnastik, Tanz, Sturzprophylaxe

Das Bewusstwerden der eigenen Bewegungsfähigkeit wird durch die Lehre der Bewegungsempfindungen, der *Kinästhetik*⁷⁰⁴ beschrieben. Sie nutzt laut ihres griechischen Ursprungs *Berührung und Empfindung als kreative lösungs- und prozessorientierte Bewegungskommunikation* mit Menschen, deren Bewegungspotential eingeschränkt ist. Das propriozeptive oder *eigenes Wahrnehmungssystem* ist für die Wahrnehmung unseres Selbst zuständig und wird in drei Systeme unterteilt. Das *Bewegungs- und Orientierungsgefühl* sowie die *viszerale Empfindungen* von inneren Organen werden bei schwer demenzbetroffenen Menschen untereinander nicht mehr koordiniert, sie werden schwer beweglich, wenig kooperativ. „Die für pflegerische Handlungen notwendigen Lageveränderungen werden oft entsprechend unsanft und ruckartig ausgeführt. Anders gestalten sich dagegen die Bewegungen der Kinästhetik: *einzelne Körperteile erfahren Bewegung und werden so nacheinander in die gewünschte Lage bewegt*. Konsequenterweise täglich durchgeführte Bewegungsaktivitäten

⁷⁰² Biedermann, M. 2004: 19

⁷⁰³ Wingchen, J. 2009: 230

⁷⁰⁴ Wingchen, J. 2009: 126

fördern die Propriozeption.... Die Pflege und Betreuung gestaltet sich... zu einem *partnerschaftlich, lösungsorientierten Bewegungs- und Beziehungsprozess.*⁷⁰⁵

Kirschkernsäcke, Igelringe, Bälle aus verschiedensten Materialien mit integriertem Klang oder Leuchtmöglichkeiten, Chiffontücher, große Schwungtücher und anderes kommen bei dem *gymnastischen Erleben des eigenen Körpers als Ganzes, in spielerischer Bewegung, mit Spaß, lustbetont positiv und wohlfühlend zum aktiven Einsatz.* Eine Selbstmassage mit Igelringen hinterlässt Eindrücke auf der Haut, die *stolz* vorgezeigt werden oder auseinandergezogene Ringe demonstrieren anschaulich die *Kräfte* der alten Herren. Auf den Kopf gesetzt bildet der Ring stets unter ausgelassenem Gelächter und impulsiven Kommentaren eine Zierde, lässt gerade in der Weihnachtszeit jeden Mutigen spielerisch als Weihnachtsengel mit Heiligenschein erstrahlen. Werden Bewegung und sprachliche Erinnerungsleistung kombiniert, *steigt die Durchblutung* am effektivsten an und *ersetzt wirkungsvoll alle im Handel befindlichen Geriatrika*, weil angeregt über die Stuhlreihen hinweg locker kommuniziert wird und sich damit das Ziel der Therapie erfüllt.⁷⁰⁶ (siehe Anhang, Anlage 1)

5.4 Exemplarischer Lebenslauf

Frau Dr. Böttcher lebt seit über zwei Jahren in einem Wohnbereich des Seniorenheims der Sozialstiftung Köpenick, ist im Dezember 2009 97 Jahre alt geworden und stellt sich als eine herausragende Persönlichkeit dar.

Die meiste Zeit des Tages verbringt sie damit, sich innerhalb ihres Zimmers mit Ausarbeitungen, Korrekturen, Literaturschauen und bedächtigem Sinnieren die Zeit zu vertreiben. Sie schaffe viele der sich selbst auferlegten Dinge kaum in angemessener Form zu bewältigen, kann jeder sie tönen hören, während sie gerade wieder dabei ist, sich ihre tägliche Garderobe- Ton in Ton selbstverständlich- zusammenzustellen. Diverse dezent akzentuiert eingesetzte Ketten, Ohrringe, Anstecknadeln und Kosmetika mögen zusätzlich nur das unterstreichen, was mir ohnehin augenscheinlich dünkt, dass ihr in diesem Alter noch sehr reger Geist sich so präzise und überdeutlich auszudrücken vermag, in einer Sprache, der ich jedesmal aufs neue in ihren schon fast antiquarischen, mit feinstem Humor pointierten Formulierungen folgen darf, dass vermeintlich die Summe kognitiver Fähigkeiten mancher Angestellter dahinter verblassen mag. Frau Dr. Böttchers Wahrnehmung ist äußerst differenziert, sehr gewählt verhält sie sich zu jedem Menschen- anfänglich stark geprägt von ihren unterschiedlich hierarchischen

⁷⁰⁵ Martin, M./Schelling, H.R. 2005: 197

⁷⁰⁶ Kiefer, B./Rudert, B. 2007: 33-35

Rollenzuordnungen für die Berufsstände- und fördert ihrerseits sehr individuell z.B. die Hauswirtschaftskräfte, indem sie ihnen Bücher verleiht, sie zusammen mit ihnen während des wöchentlichen Staubwischens bespricht und im Gegenzug auch deren „leichtere“ Lektüren fast widerstandslos, manchmal sogar dankbar gegen deren Kurzweil dieselben genießt.

Auffallend ist, dass die Pflegekräfte sie bereits zu Beginn ihres Aufenthalts in dieser Einrichtung zu schneiden versuchten, indem sie wenig auf ihre, zugegebenermaßen manchmal sehr speziellen, doch meist wenig Zeit- und Kraftaufwand erfordernden Bedürfnisse (siehe Punkt 3.1.3., 5.3.1) eingingen und Ausflüchte für ihr passives oder gegensteuerndes Verhalten erfanden. Möglicherweise überforderte Frau Dr. Böttcher durch den intellektuellen Anspruch und präzise Formulierungen die Pflegekräfte in ihrer persönlichen wie fachlichen Kompetenz, so dass diese auszuweichen suchten, indem sie ihre funktionale Macht (siehe 3) deutlich ausspielten. Frau Dr. Böttcher wurde als einer der ersten Personen von dem Wohnbereich für die zusätzliche Betreuung durch die Rahmenbedingungen des §87b SGB XI vorgeschlagen und sehr zügig mit dem Stigma der Demenz (frühes bis zweites Stadium) etikettiert, wohl um sie kognitiv herabsetzen zu können und auf einer pflegerischen Ebene für sie greifbar zu machen.

Ich unternahm wiederholt viele Anstrengungen, mich mit den Pflegekräften, der Wohnbereichsleitung und dem Pflegedienstleiter dieses Hauses darüber zu verständigen, welche Auffälligkeiten wie bewertet, welche ihrer Äußerungen übersehen, negiert oder ignoriert wurden, welche ihrer Kompetenzen und Potentiale offensichtlich abrufbar vorhanden sind, um ihr ein würdevolles, weitestgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Mir wurde entgegengehalten, dass ich ja die bessere Beziehung zu ihr habe- ich wurde anfänglich in akuten Krisensituationen gerufen, um einen Zugang zu ihr in speziellen Situation zu finden- und mehr Zeit für sie hätte. Es ist ein stetes Auseinandersetzen und werben um die Möglichkeiten, mit empathischen Zuwendungen, ehrlichen wie aufrichtigen Kontakte in einer von Akzeptanz geprägten, deutlichen Kommunikationsweise in kürzester Zeit, die keine zehn Minuten für ihr Wirksamwerden benötigt, Erfolge dahingehend verzeichnen zu können, dass leiser Gesagtes verstanden, Gehörtes mimisch-gestisch reflektiert und zu einem späteren Zeitpunkt langsam und kurz, mit einer einladenden Haltung betont, wiederholt werden kann, um auch notwendige pflegerische Maßnahmen anbringen zu können. (siehe 3.2.2, 3.2.10)

Ich stellte die Diagnose Demenz für Frau Dr. Böttcher wiederholt in Frage, weil ich in ihr einer hochbetagten, sehr geistreichen Dame begegnete, die, obwohl sie ihren eigenen, alten wie kranken Körper wie ein Gefängnis empfindet, der ihr wenig Freude bereitet, sehr mutig und selbstbewusst ihren letzten Lebensweg antritt, ihr starkes Herz verflucht, wenn sie ihr Leben gerne loslassen möchte, um sich dann doch- meist nach erhaltener Aufmerksamkeit- zu besinnen und es lieber zum x-tenmal mit „Dem Zauberberg“ (Thomas Mann) zu versuchen.

Ihre Jugend verbrachte Fr. Dr. Böttcher während der Nazi-Diktatur, absolvierte ihr Studium der Journalistik, formulierte in ihrer Dissertation ein neues Ablagesystem für Karteien und Daten, bekam noch während des Krieges ihr einziges uneheliches Kind, versteckte sich zu Kriegsende in unbeschreiblicher Angst vor den Übergriffen russischer Soldaten in ihrem Elternhaus, verlor den Kontakt zu ihrem Partner, dem Vater ihres Kindes und schaffte sich durch tägliche, unterbezahlte Sekretärinnen-Tätigkeit in großen Unternehmen auch Anerkennung im mittelbürgerlichen Berliner Hirschgarten.

Das größte Leid beklagt sie, wenn der sie zweimal wöchentlich besuchende Sohn nur die verabredeten Mitbringsel abliefert, ohne mit ihr zu kommunizieren, sie nicht berührt oder ihr auf vermissender Weise kein herzliches Gehör schenkt. Sie hätten sich nichts zu sagen, er interessiere sich nicht für sie, ereifert sie sich in erhöhter Stimmlage. Er selbst betont, nichts mehr von ihr in diesem Alter zu erwarten oder zu verlangen, lässt ihr zweimal im Jahr die Chance, ihn in seiner Wohnung zu besuchen, um sich mit seinen ehemaligen Schulkameraden unterhalten zu können oder die Enkel- und Urenkelkinder vorgeführt zu bekommen. Er schließt sich von Angehörigen-Abenden aus, zeigt trotz seiner medizinisch wertvollen Kenntnisse als ehemaliger Arzt keine Motivation, mit seinen Erfahrungen zu bereichern oder sich in einer neuen Rolle zu seiner Mutter wiederfinden zu wollen. (siehe 4.1.3)

Frau Dr. Böttcher nahm noch vor zwei Jahren regelmäßig an den zweimal wöchentlich stattfindenden Gymnastikgruppen teil, lehnte dieses jedoch bald ab wegen zunehmender Schwindelgefühle, die eintraten, sofern sie ihre Arme hob und bewegte, sowie ihrer starken Höreinschränkung, welche sich typischerweise in lauten Gruppen mit vielen Nebengeräuschen besonders deutlich präsentiert. Da sie selbst nie über lange Weile klagt, sich gerne, ausführlich und bewusst mit sich selbst beschäftigt, erfreuen sie ausschließlich größere Kulturveranstaltungen. Regelmäßig wird sie daher einzelbetreut, spielt mit Vorliebe Schach, erzählt von ihren niedergeschriebenen Memoiren oder geht

gerne in der schönen Natur spazieren. Obwohl sie sich nicht für einen gläubigen Menschen hält, stellt sie doch gerne philosophische Überlegungen zu dem Leben der Bäume, der Tiere, deren nichtzufälliges Auftreten in ihrem Leben, deren förmliche Gestaltung und dem Sinn des allgemeinen Daseins an. Sie kann sich nicht vorstellen, dass dieses Wunderbare in ein Nichts übergeht, zwinkert mit den Augen und fragt kokett: „Wer weiß?“.

5.5 meine Rolle als beobachtender Teilnehmer

Meine erklärende Einschätzung der Bewohnerin resultiert aus regelmäßigen und jahrelangen Kontakten und Beobachtungen, während sie an therapeutisch gestalteten Angeboten teilnahm und aus zugrundeliegenden Kenntnissen ihrer Krankenakte, Gesprächen mit ihrem Sohn sowie konstruktiven Auseinandersetzungen mit dem Pflege-, Hauswirtschafts- und Leitungspersonal dieser Einrichtung. Die natürlichen Situationen blieben für die Beobachtung von künstlichen Arrangements unbeeinflusst, waren geprägt durch meine teilnehmende Interaktion.⁷⁰⁷ (siehe 4; 4.1.1)

5.6 Rückmeldungen⁷⁰⁸

Die Übertragung der personenzentrierten Betreuungsansätze auf die Pflegeabläufe lohnt sich, weil „im Zuge personenzentrierter Pflege *herausfordernde Verhaltensweisen abnehmen*; weil Menschen mit Demenz *aktiver sind und mehr Anteil am Leben nehmen*; weil *Mitarbeiter zufriedener, hoffnungsvoller und gesünder sind*.“⁷⁰⁹ Auch für die individuelle Organisation mit ihren eigenen Ressourcen, Kompetenzen, Defiziten, ihrer äußeren Umgebung und Geschichte lohnt sich dieser Ansatz und „es gibt keine Alternative einer gelingenden Versorgung bei Demenz.“⁷¹⁰

5.7 Verwertbarkeit der Erkenntnisse

Eine Person mit Gedächtniseinbußen kann durch Kommunikation mit einem Geriater *ermutigt* werden, wenn „eine *menschlichere und einfühlsamere Geschichte über den Prozess der Gehirnalterung die klinische Realität mit der persönlichen Erzählung und einer hoffnungsvollen Vorstellung verbinden kann*, die ältere Menschen stärken kann, um ihr **menschliches Potential zu erkennen und erfolgreich alt zu werden**, auch wenn

⁷⁰⁷ vgl.: Steinert, E./Thiele, G. 2000: 174 ff.; Flick, U. 1999: 157

⁷⁰⁸ vgl.: Gutzmann, H./Zank, S. 2005: 146

⁷⁰⁹ Riesner, Ch. 2009 in: *Altenpflege* 2/2009: 39 2. Spalte oben

⁷¹⁰ Riesner, Ch. 2009 in: *Altenpflege* 2/2009: 39, 2. Spalte Mitte

ein paar ihrer kognitiven Fähigkeiten verloren gehen.“⁷¹¹ Der standardisierte Alzheimer Mythos wird durch die **eigene Geschichte** ersetzt indem Menschen *anstelle ausgestellter Rezepte, Etikettierungen und Vertröstungen umfassende Strategien* „für eine biopsychosoziale Behandlung erhalten, die sie in die Lage versetzt, *unabhängig von anderen funktionsfähig zu bleiben und sich trotz ihrer kognitiven Herausforderungen normal, in Kontakt mit ihrem Umfeld und .. ihrer Familie nützlich fühlen kann.*“⁷¹² Sorgen der erkrankten Person werden **ernst genommen, akzeptiert** und erlangen in ihrer **Einzigkeit**⁷¹³ Bedeutung, indem das *Krankheitsetikett ehrlich niedriger bewertet* und ein *Aktionsplan* angeboten wird. Weil die Erfahrung von Gedächtnisproblemen mit einer Mehrheit von Personen geteilt wird, stigmatisiert sie weniger, bringt mehr Erfahrungswissen für das *Überwinden von Resignation, Einschüchterung und Unruhe*. In Würde kann nun dieser Mensch nach eigenen Vorstellungen altern, weil Pfleger, Betreuer und Ärzte sich als **Heiler** dem älteren Menschen verpflichten, die *Hoffnung und das Wachstumspotential* für die Betroffenen und deren Angehörigen hervorheben.⁷¹⁴

5.8 Neuer Ansporn für die Erfüllung des Betreuungskonzeptes

Sehr alte Menschen verlieren die Kontrolle, den Wunsch nach Kontrolle und ihre Fähigkeit, Gefühle zu leugnen. Im hohen Alter besitzen sie **die Weisheit, Gefühle frei zu äußern**, um sie zu bewältigen. Ein Validationsanwender erzwingt niemals geäußerte Gefühle oder analysiert diese, weil *desorientierte Menschen nicht mehr die Gründe für ihre Gefühle herausfinden können*, um diese zu ändern, sie haben die Fähigkeit des plötzlichen Erkennens verloren. Validiert ein Betreuer unverarbeitete Gefühle des sehr alten Menschen, so sieht er mit dessen Augen, hört mit seinen Ohren und spiegelt seine Körperrhythmen, um ihm bei der *Suche nach Identität und Liebe* zu helfen. *Je besser sich jeder Mensch bereits in jüngeren Jahren kennt, desto weniger leicht gerät er im Alter aus dem Gleichgewicht und hat bereits neue Wege für schwere Zeiten entwickelt.* Ängste wurden überwunden, Fehler riskiert und es wurde sich an Scham und Verzweiflung auf dem Weg zur perfekten Lebensweise gewöhnt. Sich selbst bewusst zu sein bedeutet, auch *leichter überholtes und eingerostetes Verhalten ablegen* zu können. Es bedeutet, *stets ehrlich zu sich selbst zu sein, auf eigene Gefühle zu hören, das eigene*

⁷¹¹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 42 unten-43 oben

⁷¹² Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 43 Mitte

⁷¹³ vgl. Beck, U. 1986: 122 ff., 158, 206

⁷¹⁴ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 43

bevorzugte Sinnesorgan zu erkennen, den eigenen Körper zu beobachten und dessen Verluste des Älterwerdens zu akzeptieren, selbst Methoden für die eigene Stressbewältigung zu finden, unbewältigte Lebensaufgaben zu lösen, nicht Veränderbares zu akzeptieren und sich selbst zu respektieren. Offengelegte Gefühle werden schwächer und erleichtern die emotionale Last. Wenn man sehr alten Menschen sorgfältig und mitfühlend zuhört, ihre Emotionen nicht ignoriert oder sie ablenkt, verbessert sich ihr Zustand und sie ziehen sich nicht in die Phase des Vegetierens zurück. Ein Mensch ändert sich nur, wenn er das will und dazu in der Lage ist. Er kennt auch im Stadium der Aufarbeitung die Wahrheit auf einer bestimmten Ebene, verwendet Symbole, um seine Bedürfnisse auszudrücken oder kehrt zur präverbalen Ausdrucksweise zurück. Er ist unfähig, mit körperlichen und psychosozialen Verlusten umzugehen, jedoch *gewillt, sich selbst zu heilen.*⁷¹⁵

Da die Konzentration und die Sprachfähigkeit bei desorientierten sehr alten Menschen abnehmen, werden *Therapien in Gruppen* angeboten, um durch die Gruppe dem Teilnehmer bei der Lösung von Problemen zu helfen, die *gegenseitige Hilfsbereitschaft* anzuregen und die Möglichkeit zu bieten, *bekannte soziale Rollen, Arbeitssituationen und Familienbeziehungen wiederherzustellen*. Eine Gruppe *verhindert das Sich-Zurückziehen* des Einzelnen, *produziert Energie, verstärkt und verlängert die Aufmerksamkeit* der Teilnehmer, die miteinander in *Interaktion* treten. Sie fördert das Verbalverhalten, *vermittelt Gefühle wie Glück und Wohlbefinden, nimmt Anteil* durch ein Sich Bewegen, Singen, Sich Berühren, Sprechen usw. Mittels der würdevollen Gruppentherapie *kontrollieren sie leichter ihr negativ besetztes Verhalten* wie Auf- und Abgehen, Klopfen, Schlagen und Schimpfen. Weil andere Menschen ihnen zuhören und sie respektieren, fühlen sich die Teilnehmer wieder unabhängig und selbständig und sie *entwickeln wieder ein Selbstwertgefühl.*⁷¹⁶

6 Resümee

Es erleichtert den Zugang zu dem Empfinden eines an Demenz erkrankten Menschen, wenn man versucht, sich wie Joyce L. Feick (Studentin der Madonna University) in die demenzerkrankte Person intensiv hineinzudenken, deren Perspektive zu übernehmen: *„Wenn ich die Alzheimer Krankheit hätte, würde ich hier und dort die Sachen liegen lassen und mich manchmal verlaufen. Ich wäre verwirrt, frustriert und ängstlich. Ich*

⁷¹⁵ Feil, N./de Klerk-Rubin, V. 2005: 53-63

⁷¹⁶ Feil, N. 1993: 225 ff.

wäre lieber ganz normal. Ich würde wollen, dass diese neurologische, irreversible, fortschreitende Krankheit aufhört, und bald wäre die Forschung so weit. Bis zu diesem Tag brauch ich Dich. Du müsstest gut informiert sein, mit mir geschickt kommunizieren, Deinen gesunden Menschenverstand geschickt gebrauchen, Dein Selbstvertrauen, Deine Geduld und Flexibilität behalten, während Du realistische Erwartungen an mich hast. In Deiner Integrität als Pflegender wärst Du vorurteilsfrei. Du würdest vorausplanen und meine ganze Lebensgeschichte kennen, um zu wissen, wann Du Deine Empathie und Deinen Optimismus einsetzen musst. Dabei würdest Du unsere gemeinsamen humorvollen Momente schätzen. Ich könnte darauf zählen, dass Du konzentriert bleibst und meine Grundrechte akzeptierst, aber dabei niemals vergisst, spontan zu sein. Aber vor allem würdest Du Dich nie selbst vernachlässigen, damit wir durch den Rest meines Lebens als Beste Freunde gehen können. Ich wüsste dann, dass Du all das Geschick hast, dass ich brauchen werde.“⁷¹⁷

6.1 Soziale und physische Aktivierung anstelle von Behandlung

Die Macht, die der Alzheimer Mythos durch Worte und Etikettierungen über die Menschen hat, erfährt eine **weltanschauliche Wende**, wandelt einen bedeutsamen Anteil wissenschaftlicher, politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Studien über das Alter und seine Erkrankungen in eine Sichtweise, die wegführt von industriellen Abhängigkeiten und biologischen Herangehensweisen an die Gehirnalterung. Der alternde Patient sollte vormals seine Lebensqualität oftmals nur anhand ärztlich verordneter Rezepte sicherstellen und war der sich durch den Alzheimer Mythos erzeugten Angst selbst überlassen. Durch kritische Reflexionen kommen hundertjährige Erfahrungswerte zu einer Umformulierung der Geschichte der Hirnalterung, werden der alternde Körper und Geist verändert gesehen und bereiten besser auf entstehende kognitive Veränderungen vor.⁷¹⁸

Eine gesunde Ernährungsweise mit der Zunahme von Nahrungsmittel, die reich an Antioxidanzien, Vitamin- B- Komplexen, Omega-3-Fettsäuren sind, ist wichtig, da sie vor Herzkrankheiten schützt, den Cholesterinspiegel senkt, den Blutdruck niedrig hält, das Diabetesrisiko senkt und die Kognition zu unterstützen scheint. „Aber noch wichtiger als das, was sie essen ist, mit wem sie es essen... sozial und physisch aktiv zu bleiben und... zu walken oder spazieren zu gehen... Kurse aus dem Erwachsenenbildungsprogramm zu belegen, ... wo sie zwischen Malen, Schreiben, dem

⁷¹⁷ Bell, V./Troxel, D. 2004: 114-115

⁷¹⁸ Whitehouse, P.J./George/ D. 2009: 36

Verfassen eines Testamentes für ethische Fragen, Kartenspielen oder dem Erlernen von Meditationstechniken für die innere Ruhe wählen können.“⁷¹⁹ Medikamente bieten nur einen kleinen Nutzen in dem Demenz-Zustand, ein Versuch kann sich lohnen. Wichtiger ist es, sich auf andere Möglichkeiten zu konzentrieren, „um in kognitiver Hinsicht vital zu bleiben und sich emotional an die Veränderungen ihres Gedächtnisses anzupassen. ... weiterhin anderen zu helfen, wie sie das auch in der Vergangenheit für ihre Familie und in ihrer Arbeit... getan haben.“⁷²⁰

Ein Umschalten auf Prävention ist laut dem UN-Jahresbericht zur Weltbevölkerung von 2005 dringend notwendig, da die verschiedenen Nationen die steigenden Gesundheitskosten ihrer zunehmend älter werdenden Bevölkerung verkraften müssen. Die Anzahl von Personen, die 60 Jahre oder älter sind, wird sich im globalen Maßstab bis zum Jahre 2050 verdreifachen, von derzeit 672 Millionen auf fast 1,9 Milliarden. „Die bescheidene Milderung von Symptomen, die sich mit den derzeitigen Alzheimer-Medikamenten erreichen lassen, anhaltend enttäuschende Ergebnisse aktueller klinischer Studien zu neuen Behandlungskandidaten sowie die Unsicherheit der potenziellen Vorzüge künftiger Behandlungen wie Stammzelle oder Beta-Amyloid-Impfstoffe sollte den Regierungen genügend Anreize dafür bieten, sich an die Ausformung einer differenzierten Strategie zu machen, die den Schwerpunkt auf die gesundheitliche Verbesserung ganzer Populationen über die gesamte Lebenszeit der Menschen hinweg legt, statt auf kognitiven Abbau zu reagieren, nachdem dieser bereits eingetreten ist.“⁷²¹ Es gibt selten Belege oder Beweise für die Präventivmedizin, die umsichtig und ohne falsche Hoffnungen zu schüren der kognitiven Gesundheit sowie der Gesundheit der Familienangehörigen nutzt.⁷²²

6.2 Direkter Nutzen zusätzlicher Angebote

Schreiben Menschen z.B. von der Krankheit motiviert Geschichten und Erzählungen, berichten sie oft von Reisen und Wiedergeburt, um ihrem Zustand einen Sinn zu geben. „Diese erzählerischen Rekonstruktionen unterhöhlen oftmals die **kulturellen Mythen**, die unsere Gesellschaft vorschreibt und sie helfen Menschen dabei, Antworten darauf zu bekommen, warum sie krank geworden sind, was die Krankheit in ihrem übergeordneten Lebenszusammenhang bedeutet und wie eine neue Erzählung dabei

⁷¹⁹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 41 Mitte

⁷²⁰ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 41 unten

⁷²¹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 256 unten- 266 oben

⁷²² Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 258

helfen kann, die bedeutsamen Herausforderungen, die die Krankheit mit sich bringt, aufzunehmen und zu neuer Einsicht, Bedeutung und Zweckbestimmung führen kann. ... der Prozess des Schreibens und der Neustrukturierung von Krankheit eine hochgradig heilsame Erfahrung ist.“⁷²³ Eine Untersuchung aus dem Jahre 2004 hat gezeigt, dass von befragten 88 Menschen mit diagnostizierter leichter bis mittlerer Demenz 67% ihre Lebensqualität als sehr gut bis gut einschätzten, wenn sie mit für sie bedeutsamen Kontakten mit anderen und dem Gefühl, im sozialen Zusammenhang nützlich zu sein, verbunden wurde. Da lediglich 15% der Befragten ihre Lebensqualität als schlecht bezeichneten, ist es ein Beleg dafür, dass Demenz nicht zwangsläufig als Zustand furchtbaren Leidens oder eine Katastrophe ohne Trost angesehen werden kann.⁷²⁴

Wird der variable klinische Verlauf der Gehirnalterung hervorgehoben und die an Alzheimer erkrankte Person von einer positiveren Denkweise über die Verlaufskurve ihres Zustandes überzeugt, können tendenziell suizidale Gedanken, durch das Diagnoseetikett in Gang gesetzt, abgebaut werden. Angenehme Folgerscheinungen der Krankheit werden betont, in denen der Mensch ruhiger und mit seinem Zustand ausgesöhnter wird und sich der suizidale Gedanke mit zunehmendem raschem Abbau der Gehirnleistung verliert. Ebenso kann ein langsamer Krankheitsverlauf möglich sein und den späten Jahren Bedeutung, Sinn und Erfüllung verleihen.⁷²⁵

Demente Bewohner sind in der Lage, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren, sich gegen eine Handlung aufzulehnen, die Aufmerksamkeit des Gegenübers zu suchen, ihre Freude über die Zuwendung anderer Personen auszudrücken wie auch ihr Gefühl, in einer Situation nicht ernst genommen zu werden. Demente Bewohner sind befähigt, ihr Gegenüber und dessen kommunikative Handlungen wahrzunehmen, zu deuten und darauf zu reagieren. Jüngere Entwicklungen⁷²⁶ erkennen diese Sichtweise an, entdecken an dementen Menschen einen ausgeprägten Sinn für Humor, beobachten soziale Kompetenzen bei ihnen und entfernen sich von der defizitorientierten Perspektive. Demente Menschen nehmen Kontakte über Berührungen und Gesten auf.⁷²⁷

Gefühle haben in dem komplexen Geschehen der sich wechselseitig beeinflussenden biochemischen, neuronalen, emotionalen und weiteren Faktoren eine besondere Funktion. Sie bewerten Erfahrungen, ordnen Erlebtes ein und sind wesentlich für die Regulation und Selbstbewertung der Person in der erlebten Umwelt, weil

⁷²³ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 64 Mitte

⁷²⁴ Whitehouse, P.J./George, D. 2009 : 67

⁷²⁵ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 75

⁷²⁶ vgl. Kitwood, T. 2008: 25

⁷²⁷ vgl. Wagener, R. et al. 1998 in: Rennecke, S. 2005: 69 unten

„...Großhirnrinde und Limbisches System eine unauflösliche Einheit bilden und ... Kognition nicht möglich ist ohne Emotion, dem erlebnismäßigen Ausdruck des Prozesses der Selbstbewertung des Gehirns. Der dementielle Vorgang als Störung dieses Regulationssystems ist ein Prozess, indem nicht nur die Kontrolle der Gefühle beeinträchtigt wird, sondern der die Gefühle selbst und ihr Wirken tief greifend betrifft und verändert.“⁷²⁸

6.3 Nutzen für jeden nach §87 b SGB XI förderungsfähigen älteren Bürger

„Die Gehirnalterung als eine Krankheit zu definieren und sich dann daran zu machen, diese zu heilen, ist bereits im Ansatz unwissenschaftlich und fehlgeleitet. Kurz gesagt: der 100-jährige Alzheimer-Mythos ist inzwischen passé'. Der gesamte wissenschaftliche, technologische und politische Bezugsrahmen für das Altern muss neu überdacht werden, um Patienten und ihren Familien besser zu dienen, damit die Menschen auf dem Weg des kognitiven Alterns die bestmögliche Lebensqualität erreichen können.“⁷²⁹ Ein **wissenschaftlich und menschlich ehrlicherer Bezugsrahmen für die Gehirnalterung** erhöht die Lebensqualität der mit kognitiven Schwierigkeiten konfrontierten Menschen und die ihrer Familien. Um einen Prozess kognitiver Alterung bei Menschen zu beschreiben, ist die Diagnose Alzheimerkrankheit nicht förderlich und Cholinesterasehemmer zur Behandlung der Symptome der Gehirnalterung werden neu und niedriger bewertet. Gedächtnisprobleme werden in die laufende Geschichte des erzählten Lebens integriert und bieten ihnen so eine positive Sichtweise. Eines Tages werden auch Wissenschaftler bessere Wege finden und das Gehirn mit neuem Wissen vor den Auswirkungen des Alterns schützen, wenn nicht mehr gewaltige Ressourcen für unkluges Suchen nach Wundermitteln verschwendet werden und erkannt wird, dass die heilende Herrschaft über diesen Bereich nicht erlangt werden kann und sich auch in Zukunft einer Kontrolle verweigert. Biotechnologie „verdient eine vernünftige und angemessene Investition unserer Ressourcen- aber tiefgreifende Antworten liegen in uns als Individuen und Mitgliedern sorgender Gemeinschaften und nicht in den von Wissenschaftlern erstellten Datenbanken und Therapiemodellen, die auf unvollständigen Theorien über die Arbeitsweise unseres Gehirns und darüber beruhen, wie Gedächtniseinbußen zustande kommen.“⁷³⁰

⁷²⁸ Roth, G. 1997: 178 in: Baer, U. 2007: 50 Mitte

⁷²⁹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 37 oben

⁷³⁰ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 45 oben

Bereits einfache präventive Dinge schützen das menschliche Gehirn vor kognitiven Verlusten, wie beispielsweise einen Fahrradhelm zu tragen, sich gesund zu ernähren und körperlich zu betätigen. Es gilt sicherzustellen, dass unser Trinkwasser keine giftigen Stoffe wie Blei, Arsen, Methylquecksilber und Polychlorinierte Biphenyle enthält, die das Hirngewebe schädigen und Kindern der Zugang zu allen Nährstoffen ermöglicht wird, die das Gehirn für seine Entwicklung und sein Wachstum benötigen. Hohe Ressourcen unserer Gesellschaft fließen technikfixiert in die Suche nach Heilung, anstelle diese besser in den Aufbau von familienunterstützenden Kommunen zu investieren, welche für eine große Anzahl älterer Menschen sorgen.

Wenn man Demenz entpathologisiert, gibt keine höchst medizinische Autorität definitive Antworten und keine vorgefertigte, technische Lösung Verlässlichkeit. Wenn die behandelbaren Probleme, die das Versagen der Geisteskräfte einer Person umgeben, hauptsächlich im zwischenmenschlichen Bereich liegen, dann müssen auch laut Kitwoods Theorie die entsprechenden Antworten dort gesucht werden. Die lange Vorherrschaft der biomedizinischen Wissenschaft muss nicht länger erduldet und wie ein Heiligtum verehrt werden. Anstelle dessen gilt es, selbst die volle Verantwortung anzunehmen und die Hauptquellen für das Fürsorgen in uns selbst zu finden.⁷³¹

Wie über Menschen mit einem Alternden Gehirn gedacht und gesprochen wird, bestimmt die Art und Weise, wie für sie Sorge getragen wird. Es gilt die Geschichte der Alzheimer-Demenz zu verändern und gegenüber der Sprache achtsam zu sein, die zum Verstehen der Gehirnalterung verwendet wird, um das Stigma vom Altern zu entfernen und die Qualität für spätere Jahre zu verbessern.⁷³²

6.4 Weniger Angst vor Einsamkeit und diversen Abhängigkeitsverhältnissen

Ältere Menschen wurden seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts rasch aus ihren Dachkammern, Hinterzimmern, aus Krankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen herausgeholt und in Pflegeheime eingewiesen, ohne dass es ein passendes Pflegemodell gab. Notgedrungen gab es, am Krankenhaus orientiert, die durch ein großes Machtgefüge getrennte Welten von Patienten und Mitarbeitern mit der Maßgabe, keine Beziehung miteinander aufbauen zu dürfen. Routiniert wurde der Bewohner allgemein versorgt, feste Regeln ließen wenig Freiraum für Individualität. In den 1980er- und 1990er- Jahren achteten Betreuer auf Autonomie und Wahl wie Entscheidungsfreiheit, ließen die dominante Hospitalisierung hinter sich. Trotz Einschränkungen und

⁷³¹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 45

⁷³² Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 51

Behinderungen mussten die Bewohner sie selbst bleiben, konnten und sollten ihr Leben wie ein gesunder Mensch- jung, gesund und makellos sich mit Lebenslust selbst entfaltend- fortsetzen. Trotz der guten Absichten spielten sich die Betreuer noch immer als Fachleute auf, konnten die Kluft zum Bewohner nicht überbrücken. Die zunehmende Pflegeabhängigkeit alter, chronisch kranker und behinderter Menschen erhöhte die Pflegebelastung, widersprach der Selbstversorgungstheorie und zeigte die unvermeidlich früher oder später eintretende abhängige Lage. Mehr Betreuung wurde länger zu Hause geleistet, der Umzug ins Altenheim verschob sich, Angehörige warteten länger mit einem Umzug ins Pflegeheim. Verwirrte, emotional stark aufgewühlte Bewohner konnten nicht einfach entscheiden ohne durch mögliche Konsequenzen überfordert und durch Kummer übermannt zu werden. Das Bild des verletzbaren Menschen wurde vielen Menschen durch schockierende Geschehnisse der ersten Jahre des 21. Jahrhunderts überdeutlich und unausweichlich vor Augen geführt. Sie erkannten stete Lebensveränderungen durch Verluste und Krisen, die immer wieder Anpassungen erforderten, weil Menschen da am verletzbarsten sind, wo intensive Beziehungen von der Endlichkeit des Lebens bedroht werden, unabhängig von ihrer körperlichen oder geistigen Einschränkung und ihres Alters.⁷³³

Der Mensch erlebt in der Gesamtheit seines Systems die Folgen der Gedächtnisstörungen und verarmt in seiner Erlebenswelt, weil er dem Langzeitgedächtnis zunehmend weniger neue Erfahrungen aus dem Kurzzeitgedächtnis hinzufügen kann. Geschehnisse der jüngeren Vergangenheit werden gestört erinnert. Da das kognitive Erinnern in ein Erleben eingebunden ist, erinnert ein Leibgedächtnis das Erleben, vereinen sich bildhafte Erinnerungen mit dem akustischen, atmosphärischen, kognitiven Gedächtnis, dem Körpergedächtnis, dem Gedächtnis des Geschmackes und dem anderer Sinne und Leibregungen.⁷³⁴

Alzheimer ist keine spezifische Hirnerkrankung, weil sie weder am lebendigen noch am toten Menschen definitiv diagnostiziert werden kann und sie besitzt kein einzelnes grundlegendes, sie definierendes pathologisches Merkmal. „Die Gehirnalterung ‘Alzheimerkrankheit’ zu nennen ist eine Fehlbenennung, die unser Verständnis unseres Körpers militarisiert und uns dazu veranlasst, diejenigen mit der ‘Krankheit’ herabzusetzen und auszuschließen.“⁷³⁵ Gehirnalterung erkennt die Nöte und Anfechtungen des Alters an, ohne mit dem Etikett der Geisteskrankheit zu

⁷³³ van der Kooij, C. 2007: 40-43

⁷³⁴ Baer, U. 2007: 81

⁷³⁵ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 47 obere Mitte

stigmatisieren. Auch verwüstet nicht die Alzheimer-Demenz nach militärischem Verständnis das Gehirn, sondern die Gehirnalterung verursacht alters-assozierte kognitive Probleme. So betrachtet werden die biologische Komplexität wie auch die persönlichen Nöte einer kognitiven Dysfunktion anerkannt und es wird sich anspruchsvoll und anregend mit den herausfordernden Konfrontationen des Einzelnen und der Familien auseinandergesetzt. Die Alzheimerkrankheit führt auch nicht zum Verlust des Selbst, weil das Menschsein sich nicht auf ein altersbedingt verändertes Organ reduzieren lässt. Die Gehirnalterung gehört zum Teil der Lebensspanne und führt zu einer Veränderung des Selbst. Sie lässt die Person in der Krankheit erkennen, wobei das wahre Person-Sein stets neu entsteht und von den Beziehungen zu anderen Menschen abhängt. Wird die eigene Sterblichkeit, die menschliche Endlichkeit akzeptiert und so gut wie möglich angenommen, kann die verbleibende Zeit mit geliebten Menschen verbracht und bereichert werden, um ein pulsierendes und erfüllteres Leben zu erreichen. Der herkömmliche Bezugsrahmen der Alzheimerkrankheit ist für liebende Menschen sozial schädlich. Geliebte Menschen nicht dem medikalisierten Alzheimer-Mythos anheim zu geben, bewahrt ihr Menschsein, lässt sie mit mehr Würde altern und den späten Lebensjahren mehr Qualität hinzufügen. Nach wie vor können alternde Menschen lebendige Beiträge in unserer Gesellschaft leisten.⁷³⁶

Ein sterbliches menschliches Wesen zu sein bedeutet, alt zu werden und dieses Leben zu beenden. „Wenn wir altern, uns in eine andere Geschichte hineinprojizieren und neue Vorstellungen und Ziele für uns und unsere Gesellschaft entwickeln können, dann kann ‘die Beendigung der Alzheimerkrankheit’ ein Tor zu einer sinnvollen Zukunft sein.“⁷³⁷

Der Mythos der Alzheimerkrankheit schränkt unser Denken, Handeln und Verhalten ein, erfüllt unser Leben mit unnötiger Angst und vermeidbarem Schrecken. Diese Erkrankung in den neuen Bezugsrahmen der Gehirnalterung zu setzen, damit die erzählte Geschichte der kognitiven Einbußen grundlegend zu verändern, kann tief greifende Wirkungen auf Menschen, Kommunen, Regierungspolitik und Geschäftswelt haben. Menschen in das Kontinuum der Gehirnalterung zu stellen und diesen Prozess als ein lebenslanges Unterfangen zu betrachten, bringt Solidarität mit allen vulnerablen Kindern und Alten unserer Gesellschaft auf. „Diese Solidarität kann einen ethischen Impuls zum Schutz unserer Mitmenschen vor den komplexen umweltbezogenen und sozialen Faktoren setzen, die zur Gehirnalterung beitragen und zugleich unser Mitgefühl

⁷³⁶ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 47-51

⁷³⁷ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 306 Mitte

für diejenigen in den späteren Stadien der Seneszenz erweitern. Hierdurch werden wir ein größeres Verantwortungsbewusstsein für künftige Generationen und für unseren Planeten schaffen- eine kollektive Weisheit, die unser Wachstum als Gattung nähren wird. ... Über die Bedeutung der Alzheimer-Demenz nachzudenken ist eine Übung, die zu mehr Weisheit führen kann. Wenn wir die Universalität des kognitiven Alterns und den zwangsläufigen Rückgang bei manchen Fähigkeiten annehmen, werden wir in Kontakt mit den tiefsten Aspekten dessen kommen, was es bedeutet, ein Mensch zu sein.“⁷³⁸

Auch wenn die Gehirnalterung ist nicht zu heilen ist, so kann doch durch Prävention eine starke Grundlage aufgebaut werden, die kognitive Gesundheit ein Leben lang zu erhalten. Es gilt z.B., diejenigen, die wir lieben, besser zu behandeln, wirklich für das einzustehen, woran wir glauben, kreative Risiken zu wagen, neue Fertigkeiten zu erlernen, sich für die Entwicklung jüngerer Menschen und Generationen zu interessieren, sie zu schützen, zu reisen, neue Erfahrungen zu machen, lebenslang Lernender zu sein, nach Weisheit zu suchen, jedem Lebensmoment Bedeutung zu geben, gesund zu essen, Sport zu treiben, die eigene Wohnung vor Blei und anderen Toxinen zu sichern, sich an der Verbesserung der umweltbezogenen Gesundheit des örtlichen Gemeinwesens zu beteiligen, Stress zu verringern, sich vor Unfällen zu schützen und die eigenen sozialen Netze zu pflegen und damit aufrechtzuerhalten.⁷³⁹

6.5 philosophische Betrachtungen

„Fachwissen kann auch eine Fassade sein, ein Schutzwall, den andere nicht übersteigen können. Ist das vielleicht gewollt? Der Gegenstand meiner Arbeit sind Menschen. ...Du, ... dich nehme ich so, wie du bist. Ändern will ich dich nicht. Auch du hast das Recht, dein Leben in Würde zu beenden. Manches mal bin ich dein Übersetzer für deine Umwelt. Für dich bin ich der einzige Mensch, für den es sich lohnt, dass du am Leben bist. Und, du nimmst von mir mehr mit ins Grab, als ich dir in unserem Zusammensein geben konnte.“⁷⁴⁰

Die Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur sieht Kant begründet in der Autonomie. ⁷⁴¹ Unfrei und unmündig seien jene Menschen, welche von Autoritäten abhängig seien, sich ihr eigenes Verhalten vorschreiben ließen, fremden Gesetzen

⁷³⁸ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 320 Mitte und 320 unten-321 oben

⁷³⁹ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 305- 314

⁷⁴⁰ Kemper, J. 1990: 205-207

⁷⁴¹ vgl. Kant, I. 1777 in: Wojnar, J. 2007: 153

gehorchten. Voraus setzt Kant „die Fähigkeit des Individuums zur Internalisierung und Übersetzung der äußeren Welt in die Sprache eigener Vorstellungen und zu einer kreativen Erstellung alternativer Weltbilder“⁷⁴². Die Hierarchie von Grundregeln zur Lösung moralischer Dilemmas entsteht aus dem sich entwickelnden moralischen Denken und Handeln. Schmerzen und Lustgefühle beeinflussen Entscheidungen auf der niedrigsten Entwicklungsstufe, auf der höchsten entsteht ein System von allgemein anwendbaren Werten, welches Rechtsnormen überflüssig macht, weil es sich um die Berücksichtigung eigener und fremder Interessen sorgt. „Am Ende ihres Lebens, der intellektuellen Fähigkeit zur Anpassung an die Realität beraubt, haben sie das Recht auf ein Entgegenkommen der ‚vernünftigen‘ Gesellschaft. Auch wenn durch alle Bemühungen nur eine ‚als ob‘ Freiheit und eine fiktive Autonomie ... möglich ist, verändern sie nachhaltig das Erleben der Demenzkranken und ermöglichen eine angenehme, oft auch fröhliche Existenz.“⁷⁴³

Menschen sind auf sehr intime und individuelle Weise mit der Erde verbunden und obwohl von Demenz betroffen eine Quelle der Weisheit. Vergleicht man Menschen mit Bergen und lernt wie sie zu denken, so werden natürliche Prozesse menschlichen Alterns auf ihrer verwitterten Oberfläche widergespiegelt und als ein allmählicher Wandel wahrgenommen. Höchste Gipfel inspirieren weise zu höherem Denken, während ihre Grundfeste an die Vorzüge einer guten Erdung erinnern. In den alten Ökosystemen der Berge lässt sich das Erfordernis der Anpassung für die menschliche Gattung erkennen, um kreativ, einfallsreich und handelnd in die Zukunft einzugreifen, unsere Umwelt zu beeinflussen und einen gewissen Einfluss auf den menschlichen Alterungsprozess auszuüben.⁷⁴⁴

Menschliche Instinkte und Leidenschaften werden durch die Zivilisation verdrängt und entstellt, ein einheitliches Ich bildet sich als ein Teil disziplinierter Natur heraus, wird systembildende instrumentelle Vernunft.⁷⁴⁵ Indem Hegel in seiner Dialektik den Prozess der Loslösung und Individuation, der Ich-Entwicklung bewertet, begreift er „Differenzierung als einen dialektischen Prozess von Gleich-sein und Anders-sein.“⁷⁴⁶ Es gibt historisch keine Belege, dass die Produktion menschlicher Autonomie als wechselseitiges Verhältnis umsetzbar sei.⁷⁴⁷ Eine Person produziert Kräfte, die aus ihr

⁷⁴² Wojnar, J. 2007: 153 oben

⁷⁴³ Wojnar, J. 2007: 153 Mitte

⁷⁴⁴ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 303

⁷⁴⁵ vgl. Horkheimer/Adorno 1979 in: May, M. 2009: 227

⁷⁴⁶ vgl. Hegel, G.W.F. 1970, Band 3 in: May, M. 2009: 229

⁷⁴⁷ May, M. 2009: 229-230

heraus wandern. Reservate werden gebildet, Illusionen verschwinden, Haltungen und Erfindungen entstehen und stärken die Beziehung. Klares Erkennen gleicht Defizite des anderen aus. Eine Aufklärungsarbeit aus Haltungen sollte die pädagogische Beziehung selbst ergreifen, aus Unmündigkeit herausführen. Um deren „Trägheitsgesetz ... zu durchbrechen, in denen die Beziehung festsitzt, bietet sich als Aufklärung die begrenzte Regelverletzung an. ... Als lebendige Art der Selbstregulierung“⁷⁴⁸. Selbstregulierende Verknüpfungen im Binnenverhältnis zur eigenen Person wie auch in der pädagogischen Beziehung werden hergestellt. Berührungsflächen müssen in der pädagogischen Arbeit gesucht werden, welche die Veränderung aushalten, ohne abzuwehren. Und so liegt „die Grenze dieser Arbeitsform der Aufklärung in Beziehungsverhältnissen und im Kern der Machtverhältnisse, die in einer Beziehung bestehen.“⁷⁴⁹

Sokrates wies vor seinem Tode seine Schüler als letztes an, dass Sterben zu praktizieren, weil Menschen erst dann wirklich zu leben beginnen, wenn sie ihre Sterblichkeit annehmen. Zu leben bedeutet, kognitiv vital zu bleiben, eine Bestimmung zu haben, die größer ist als man selbst und anzuerkennen, in einem örtlichen Gemeinwesen und die größere menschliche Gemeinschaft eingebettet zu sein, Verantwortung für die kollektiv geteilte Umwelt zu übernehmen und den nachfolgenden Generationen in erkennender Akzeptanz der Aufgabe eine bessere Welt zu hinterlassen. „Zu Sterben bedeutet, ein gelingendes Leben zu führen.“⁷⁵⁰

Jeder Tag sollte so geordnet sein, als sei er derjenige, der zum Ende führt, der eine, der unser Leben abrundet und vollendet (Seneca). Die Angst vor dem Tod ist Folge einer Angst vor dem Leben. Ein Mensch, der ein erfülltes Leben lebt, ist bereit, jederzeit zu sterben. (Mark Twain). Den Tod zu fürchten, meine Herren, ist nichts anderes, als sich selbst für klug zu halten, wenn man das gar nicht ist und zu denken, man wisse, was man nicht weiß. Niemand weiß, ob der Tod nicht die größte aller Segnungen für den Menschen ist und doch fürchten die Menschen ihn, als sei er das größte aller Übel. Und gewiss ist es die größte tadelnswerte Ignoranz zu glauben, man wisse, was man nicht weiß (Plato).⁷⁵¹

⁷⁴⁸ May, M. 2005: 204

⁷⁴⁹ May, M. 2005: 208 in May, M. 2009: 231

⁷⁵⁰ Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 306

⁷⁵¹ vgl. Whitehouse, P.J./George, D. 2009: 304- 307

Literaturverzeichnis

a) Primärliteratur

Aldebert, Heiner (Hrsg.) 2006: Demenz verändert- Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten. EB- Verlag. Dr. Brandt e.K.. Schenefeld

Alheit, Peter/Hanses, Andreas, Fischer, Wolfram/Keil, Annelie/Dörr, Margret in Hanses, Andreas (Hrsg.) 2004: Biographie und Soziale Arbeit. Schneider Verlag. Hohengehren

Aphorismen:<http://itb1.biologie.huberlin.de/wiskott/Services/DeutscheAphorismen/Belege>

Baer, Udo 2007: Innenwelten der Demenz- Das SMEI-Konzept. Affenkönig Verlag. Neukirchen- Vluyn

Baumanns, Peter 2000: Kants Ethik- Die Grundlehre. Verlag Königshausen und Neumann. Würzburg

Bartmann, Ulrich 2007: Verhaltensmodifikation als Methode der sozialen Arbeit- ein Leitfaden. dgvt-Verlag. Tübingen

Beck, Ullrich 1986: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main

Becker, Britta (Hrsg.) 2009(2):Niedrigschwellige Betreuungsangebote. So abuen Sie in 6 Schritten eine Betreuungsgruppe auf. PPM PRO PflegeManagement Verlag. Bonn, Berlin u.a.

Bell, Virginia/Troxel, David 2004: Personenzentrierte Pflege bei Demenz, Das Best-Friends- Modell für Aus- und Weiterbildung. Ernst Reinhardt Verlag. München

Bell, Virginia/Troxel, David/Cox, Tonya/Hamon, Robin 2007: So bleiben Menschen

- mit Demenz aktiv- 147 Anregungen nach dem Best- Friends- Modell mit zahlreichen Abbildungen. Ernst Reinhardt Verlag. München
- Berliner Zeitung. Berliner Verlag. Berlin
- Beyer, Stefan 2007: Demenz ist anders- Über den Versuch einer einführenden Begleitung. Bonn. BALANCE buch + medien verlag
- Biedermann, Markus 2004: Essen als basale Stimulation. Fingerfood, eat by walking. Vincentz Network. Hannover
- Biskup, Harald in: Berliner Zeitung Nr. 5/ 07.01.2010: 3: Wenn die Pflicht ruft.
- Dahlke, Rüdiger 1992: Krankheit als Sprache der Seele. München. Bertelsmann
- Die Schwester. Der Pfleger 2009: Die führende Fachzeitschrift für Pflegeberufe: offizielles Organ des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe e.V.. Bibliomed- Medizinische Verlagsgesellschaft. Melsungen
- Fachlexikon der Sozialen Arbeit 1986(2) in: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.). Eigenverlag. Frankfurt am Main
- Feil, Naomi 1993(1): Ausbruch in die Menschenwürde, Validation- einfache Techniken um Menschen mit Altersverwirrtheit/Demenz vom Typus Alzheimer- zu helfen. Altern & Kultur- Verlag. Wien
- Feil, Naomi/de Klerk- Rubin, Vicki 2005(8): Validation- Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. Ernst Reinhardt Verlag. München
- Fesenfeld, Anke 2008: Zuhören und Verstehen bis zuletzt: 208-212 in: Die Schwester. Der Pfleger. 47. Jahrgang 03/08
- Figal, Günter 2003(4): Martin Heidegger zur Einführung. Juniusverlag. Hamburg
- Füsgen, I. 1995(3): Demenz: praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen. Medizin Verlag. München
- Gutzmann, Hans/Zank, Susanne 2005: Demenzielle Erkrankungen, medizinische und psychosoziale Interventionen- Grundriss Gerontologie. Band 17. W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart
- Habermas, Jürgen 1988: Nachmetaphysisches Denken. Frankfurt am Main
- Harris, Thomas A. 1987: Ich bin o.k. – Du bist o.k. Rohwolt Verlag. Reinbek
- Hartmann, Y./Schoenicke, K./Schmidt-Schneider, J./Trebert, M. 1992: Altersdemenz Verzicht auf Leben? Therapie und Pflege auf neuen Wegen. Fischer Taschenbuch Verlag. Frankfurt am Main
- Hegel, G.W.F. 1991(3): Die Phänomenologie des Geistes. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main

http://de.wikipedia.org/wiki/Carl_Rogers: 21.10.09

[http://psychologie.suite101.de/article.cfm/personenzentrierte_gespraechsfuehrung_na...:](http://psychologie.suite101.de/article.cfm/personenzentrierte_gespraechsfuehrung_na...)

21.10.09

[http://www.zeitzuleben.de/artikel/kommunikation/transaktionsanalyse.html:](http://www.zeitzuleben.de/artikel/kommunikation/transaktionsanalyse.html)

22.10.2009

Kitwood, Tom 2008(5) in: Müller-Hergl, Christian(Hrsg.): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber. Bern

Kiefer, Bernd/Rudert, Bettina 2007: Der therapeutische Tischbesuch- die wertschätzende Kurzaktivierung. VINCENTZ NETWORK. Hannover

Langfeldt- Nagel, Maria 2004: Gesprächsführung in der Altenpflege. Lehrbuch. München. Ernst Reinhard Verlag

Lévinas, Emmanuel 1996 in: Engelmann, Peter (Hrsg.): Gott, der Tod und die Zeit. Passagen-Verlag. Wien

Lorenzl, Stefan 2006: Fotografische Kurzbiographie: Expression erlebter Emotionen. 79- 87: in Aldebert, Heiner: Demenz verändert- Hintergründe erfassen,

Deutungen finden, Leben gestalten. EB- Verlag. Dr. Brandt e.K.. Schenefeld

May, Michael 2009: Aktuelle Theoriediskurse Sozialer Arbeit. Eine Einführung.

Lehrbuch. VS Verlag für Sozialwissenschaften. GWV Fachverlage. Wiesbaden

Nowak, Jürgen 2009: Soziologie in der Sozialen Arbeit. Grundlagen sozialer Arbeit. Wochenschau Verlag. Weinheim Basel

O' Donohue, John 1993: Person als Vermittlung. Die Dialektik von Individualität und Allgemeinheit in Hegels „Phänomenologie des Geistes“. Eine philosophisch-theologische Interpretation. Matthias- Grünwald- Verlag. Mainz

Piechotta, Gudrun (Hrsg.) 2008: Das Vergessen erleben- Lebensgeschichten von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung. Mabuse- Verlag GmbH. Frankfurt am Main

Rennecke, Sandra 2005: Verhaltens- und Kommunikationsformen dementer Menschen im Pflegeheimalltag. Verlag Zimmermann. Dorsten

Riesner, Christine 2009: Das Ende der Defizite. In: Altenpflege 2/2009: Vincentz Network. Hannover

Romero, Barbara 2006: Familiäre und therapeutische Hilfen bei demenzbedingtem Verlust der Eigenständigkeit: 313- 327 in Aldebert, Heiner: Demenz verändert- Hintergründe erfassen, Deutungen finden, Leben gestalten. EB- Verlag. Dr. Brandt e.K.. Schenefeld

- Schaade, Gudrun 2004(3): Ergotherapie bei Demenzerkrankungen- Ein Förderprogramm. Springer- Verlag. Berlin Heidelberg
- Schernus, Renate/ Bremer, Fritz 2007: Tyrannei des Gelingens, Plädoyer gegen marktconformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern. Paranus Verlag der Brücke. Neumünster
- Schroeter, Klaus R./Prah, Hans-Werner 1999: Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe- Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule. Beltz Verlag. Weinheim und Basel
- Schützendorf, Erich/Wallrafen-Dreisow, Helmut 2004(12.): In Ruhe verrückt werden dürfen, Für ein anderes Denken in der Altenpflege. S. Fischer Verlag. Frankfurt am Main
- Schwendter, Rolf 1993: Theorie der Subkultur. Europäische Verlagsanstalt. Hamburg
- Sheehy, Gail 1974: Passages. E.P. Dutton, New York
- Sommer, Manfred 1990: Lebenswelt und Zeitbewußtsein, suhrkamp taschenbuch wissenschaft 851. Frankfurt am Main.
- Stechl, E./Steinhagen- Thiessen, E./Knüvener, C. 2008: Demenz- mit dem Vergessen leben. Mabuse Verlag. Frankfurt am Main
- Steinert, Erika/Thiele, Gisela 2000: Sozialarbeitsforschung für Studium und Praxis- Einführung in die qualitativen und quantitativen Methoden. Fortis Verlag. Köln
- Stoffers, Tabea: Die Seele bewegen. In: Altenpflege 12/2008: 44-46. Vincentz. Hannover
- Stuhlmann, Wilhelm 2004: Demenz - wie man Bindung und Biographie einsetzt. Ernst Reinhardt Verlag. München. Basel
- van Reijen, Willem 2009: Martin Heidegger. Wilhelm Verlags KG. Paderborn
- Whitehouse, Peter, J./George, Daniel 2009 in Müller-Hergl, Christian/ Gerhard, Christoph (deutschsprachige Hrsg.): Mythos Alzheimer- Was sie schon immer über Alzheimer wissen wollten, Ihnen aber nicht gesagt wurde. Verlag Hans Huber. Hogrefe AG. Bern
- Wojnar, Jan 2007: Die Welt der Demenzkranken- Leben im Augenblick. Vincentz Network. Hannover
- Wurr, Rüdiger 1981: Macht in der sozialpädagogischen Interaktion. Ernst Klett. Stuttgart.

www.alzheimerinfo.de/alzheimer/zahlen:14.01.2010

www.focusing.org/research:14.01.2010

www.weidenfloete.de/gespraechstherapie.htm:21.10.09

Zwilling, Michael 2007: Handlungsmethoden in der Sozialen Arbeit- Zur Entwicklung eines integrativen Modells. VERLAG DR. KOVAC. Hamburg

b) Sekundärliteratur

Baacke, D. (Hrsg.) 1985: Pädagogische Biographieforschung. Orientierungen, Probleme, Beispiele. Weinheim: Beltz.

Baer, U. /Frick-Baer, G. 2004: Klingen, um in sich zu wohnen. Methoden und Modelle leiborientierter Musiktherapie. Neukirchen- Vluyn.

Barrell, James J./Price, Donald 1977: Two Experimtal Orientations Toward a Stressful Situation and Their Somatic and Visceral Responses. Psychophysiologie 14: 517-521

Bauer, J. 1994: Die Alzheimer- Krankheit. Schattauer, Stuttgart

Bayles, K.A./Kaszinak, A.W. 1987: Communication and cognition in normal aging and dementia. College Hill Press. Boston

Beck, U. 2005: Was zur Wahl steht. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag: 46

Becker, P. 1986: Biographische Korrelate der seelischen Gesundheit im höheren Lebensalter. Univ. Trier (Trierer psychologischer Bericht 13/2)

Birkenbihl, Vera F. 1987(8): Kommunikationstraining, Landsberg am Lech

Buijssen, Huub 1994: Senile Demenz. Eine praktische Anleitung für den Umgang mit Alzheimer- Patienten. Beltz. Weinheim/ Basel/ Berlin

Buijssen, Huub P.J. 1997: Trauer. In: Buijssen, Huub P.J./Hirsch, Rolf D. (Hrsg.): Probleme im Alter: Diagnose, Beratung, Therapie, Prävention. Weinheim

Buijssen, Huub 2003: Demenz und Alzheimer verstehen- mit Betroffenen leben. Beltz. Weinheim/ Basel/ Berlin

Burger, Hubert 1998: Kommunikation und Gesprächsführung in der Seniorenarbeit. Hagen

de Chardin, P.-T. 1987: Die Entstehung des Menschen. dtv. München

- Dießenbacher, H. 1988: Gewalt gegen Alte. Über Vernachlässigungs-, Misshandlungs- und Tötungsrisiken in Einrichtungen der Altenpflege. In: Göckenjan, G./Kondratowitz, H.J. (Hrsg.)
- Erikson, Erik H. 1966: Einsicht und Verantwortung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Erikson, Joan 1977: The Life Cycle Completed. Extended version. Norton & Co, New York
- Erikson, Erik H. 1999(13): Kindheit und Gesellschaft. Klett-Cotta, Stuttgart
- Ermini-Fünfschilling, D. & Meier, D. 1995: Gedächtnistraining. Wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie bei seniler Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 28: 190-194
- Ernst, H. 2002: Ein neuer Blick auf das eigene Leben. Psychologie heute. 29. Heft 6: 20-26
- Flick, U. 1999(4): Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt. Reinbek
- Funke, A. 1998: Mit einer Alzheimer- Krankheit leben- ein Erfahrungsbericht. Bielefeld
- Füsgen, I. 2001: Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen. München
- Gaß, M./Linde, M. (Hrsg.) 2004: Kunsttherapie mit demenzkranken Menschen. Dokumentation des Symposiums „KunstTherapie in der Altenarbeit- künstlerische Arbeit mit Demenzkranken“. Frankfurt am Main
- Gendlin, Eugene T. 1994: Körperbezogenes Philosophieren. Würzburg: DAF (Hrsg.)
- Goffman, E. 1967: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main
- Grond, Erich 1993(10): Praxis der psychischen Altenpflege. Lambertus. München-Gräfelfing
- Harris, Thomas A. 1987: Ich bin o.k.- Du bist o.k.. Reinbek bei Hamburg
- Heeg, S. 2000: Bauliches Milieu und Demenz. In: Wahl, H.- W./Tesch- Römer, C. (Hrsg.): Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Thieme Verlag. Stuttgart: 233- 241
- Heidbrink, L. 19.07.2005: Paradoxien der Verantwortung. In: Frankfurter Rundschau Nr. 65.
- Helmchen et al. 1996: Berliner Altenstudie. Berlin
- Hoche 1920: Euthanasie
- Horkheimer, M./Adorno, T.W. 1979: Dialektik der Aufklärung. Frankfurt am Main
- Ignatieff, Michael 2002: Die Lichter auf der Brücke eines sinkenden Schiffs. Frankfurt am Main

- Jakob, G. 1997: Das narrative Interview in der Biographieforschung. In: Frieberthäuser, B./Prenzel, A.: Handbuch qualitativer Forschungsmethoden. In: Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa. 445-458
- Jakob, A./Busse, A./Riedel- Heller, S.G./Pavlicek, M./Angermeyer, M.C. 2002: Prävalenz und Incidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 35: 474- 481
- Kant, I. 1777: Kritik der praktischen Vernunft. Suhrkamp tw, Frankfurt am Main
- KDA (Kuratorium Deutsche Altershilfe) 2001: Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln
- Kernberg, O.F. 1985: Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart
- Koch- Straube, Ursula 2003: Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern
- Kranich, M. 2001: Dementia Kare Mapping. In: Pflegen ambulant. Jg. 12. Heft 5
- Krohwinkel, M. 2007(2): Rehabilitierende Prozesspflege. Huber. Bern
- Kunzelmann, T./Reiser, H. 1999: Gruppenarbeit mit Demenzpatienten im frühen Krankheitsstadium: Überlegungen zu Zielen und Methoden. In: Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin, 9.-11. September 1999
- Lange, U. (Hrsg.) 2006: Musik und Märchen. DVD und Beiheft. Köln
- Lehr, U./Puschner, J. 1963: Untersuchungen über subjektive Alternssymptome. Vita Hum. 6
- Maturana, H.R./ Varela, F.J. 1987: Der Baum der Erkenntnis. Wie wir die Welt durch unsere Wahrnehmung erschaffen- die biologischen Wurzeln des menschlichen Lebens. Bern, München, Wien
- May, Michael 2005: Wie in der Sozialen Arbeit etwas zum Problem wird. Versuch einer pädagogisch gehaltvollen Theorie sozialer Probleme. Münster
- Morton, Ian 2002: Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Klett- Cotta. Stuttgart
- Nowak, Jürgen 1988: Soziale Probleme und soziale Bewegungen. Eine praxisorientierte Einführung. Weinheim und Basel
- Oswald, W.D./Rupprecht, R./Gunzelmann, T. 1996: The SIMA- project: Effects of 1 year cognitive and psychomotor training on cognitive abilities of the elderly. Behavioural Brain Research, 78(1), 67-72
- Pernecky, Robert/Danek, Adrian/Förstl, Hans: Frühdiagnostik der Demenz,

- Alzheimer- Krankheit und Demenz. In: Aldebert, H. (Hg.) 2006: Demenz verändert, Schenefeld: 53 ff.
- Petzold, Hilarion (Hrsg.) 1985: Mit alten Menschen arbeiten: Bildungsarbeit, Psychotherapie, Soziotherapie. München
- Pförtner, Marlies 2005: Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen. Klett- Cotta, Stuttgart
- Prouty, Garry/Pförtner, Marlies/van Werde, Dion 1998: Prä- Therapie. Klett- Cotta. Stuttgart
- Richards, Tom/ Tomandl, Stan 2006: An Alzheimer' s Surprise Party. New sentient communication skills and insights for understanding and relating to people to dementia. Lulu Press. Glenview, Illinois
- Robine, J.-M./Allard, M. 2003: Jeanne Calment: Validation of the duration of her life. Max-Planck-Gesellschaft
- Rogers, Carl 1988(6): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart
- Roth, G. 1997: Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philisophischen Konsequenzen. Frankfurt am Main
- Saake, Irmhild 2006: Die Konstruktion des Alters. Eine gesellschaftstheoretische Einführung in die Altersforschung. Wiesbaden
- Schecker, M. 1999: Erfolgreiche Kommunikation mit Alzheimer- Patienten. In: Fortschritte und Defizite im Problemfeld Demenz. Referate auf dem 2. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. Berlin, 9.-11. September 1999
- Sheehy, Gail 1974: Passages. E.P. Dutton, New York
- Siep, L. 1979: Anerkennung als Prinzip der praktischen Philosophie- Untersuchungen zu Hegels Jenaer Realphilosophie des Geistes. München
- Tausch, Reinhardt/Tausch, Anne- Marie 1981(8): Gesprächspsychotherapie, Göttingen
- Wagener, R./Berkemeyer, C./Hock, G./Schneider, A./Winterberg, C./Ulmer, E.M. 1998: Essen und Trinken bei Menschen mit Alzheimer- Demenz. Eine Interaktionsstudie. Pflege 11: 89- 95
- Wessendorf, I. 2001: „Kommt, wir zaubern mal“. Zwei Fallberichte mit dem Medium Märchen in der Arbeit mit alten Menschen. In: Deutscher Fachverband für Sozialtherapie (DFS) (Hrsg.): Sozialtherapie in Aktion. Neukirchen- Vluyn
- Wilhelm-Göbbling, C.: „Ein deutliche Häufung der Todesfälle...“ – Hochdosierte Neuroleptika in Pflegeheimen. In: Soziale Psychiatrie, Jg.23. Heft 2. 1999: 12
- Wolf, R./Weber, S. 1998: Einflußfaktoren für eine verzögerte Erstdiagnose bei

Demenzkrankungen. In: Z Gerontol Geriat 31/1998: 209-221

Woods, B. 2002: Psychologische Therapie bei fortgeschrittener Demenz. In Maercker, A. (Hrsg.): Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Springer Verlag. Heidelberg: 341-357

Anhang

Anlage 1: Fotos als Belege für Resonanzen



Wer soll den Ball denn jetzt fangen? Aufpassen! Wenn eine frische Brise weht, wird mancher ruhig und entspannt sich.



Mit dem Liebsten macht es gleich doppelt soviel Spass und in der Gruppe wirft es sich bestimmt gleich dreimal so weit.



Eine Stadt im Ausland mit 'C'? Geht es auch im Inland? Im Geburtstagsbauch ist hierfür auf jeden Fall immer noch Platz.



Strategien und Taktiken entscheiden über Siege, gern aufgesetzte Brillen über ein besser Sehen, Tänzer über gute Musik.



Wer mag mit musizieren, singen, Vertrauen fassen, reden und will, dass jemand zuhört, nachfragt und ihn wertschätzt?



Bewohner lesen gemütlich vor, regen zum Erzählen an und werfen die schönsten Perlen gewiss nicht vor die Säue.



Jederzeit beliebt, begehrt und für Lacher gut: Ball- und Wurfspiele in der Sturzprophylaxe und in den Gymnastikrunden.



“Wir fahren jetzt über’m See, über’m See...” und “warum in die Ferne schweifen, wenn das Gute liegt so nah”. Wie war das noch, Friedrichshagen ist nicht der schönste Flecken Berlins und der Müggelsee nicht viel größer als der Wannsee?



im weitläufigen Garten Feste feiern oder sich früherer Interessen erinnern, etwas bemalen, basteln oder “nur zugucken”



Es gilt im Heimbeirat zu debattieren und die Interessen der Mitbewohner zu vertreten, beim Tanztee sich schwungvoll in den Hüften zu wiegen oder sich im Kultur- und Leseklub über Wissenswärters auszutauschen, familiar beisammen zu sein.



Man soll die Feste feiern, wie sie fallen. Je öfter und aktiver in geselliger Gemeinschaft, desto gesünder fühlen wir uns.



Perspektiven bringen erfolgreich Schwung ins Leben, verbinden uns gefühlvoll mit anderen, um irgendwann loszulassen.

Anlage 2: Biographien aus dem Projekt Lebenswelten

Im Rahmen des Projektes Lebenswelten bieten die durch Mitarbeiter aufgeschriebenen Erzählungen, ohne wertende Verarbeitung und Interpretation, tiefe Einblicke in die *Biographien* der im Seniorenheim wohnenden alten Menschen, veröffentlicht 09/09 im Rahmen einer Ausstellung in der Sozialstiftung Köpenick.

Frau M.: Herr Gott, wissen Sie, man hat so viel durchgemacht...

Ich war als junges Mädchen sehr schüchtern und zurückhaltend. Meine Freundin Erika ist mit jedem gleich losgezogen. So lernten wir 2 Soldaten in Afrika- Uniform kennen, sie den Blondem, ich den Dunkelhaarigen. Ich war zu der Zeit im Arbeitsdienst in Erfurt. Wenn wir uns verlobten, bekam ich Urlaub. So fuhren wir zu meiner Mutter nach Eisenach und dann zu seiner Mutter nach Berlin. 1943 war ja Krieg, sie bat ihren Sohn: "Du darfst sie küssen ... aber nicht dass sie alleine da sitzt mit dem Kind." Er fasste mich nicht an. Er kam in Gefangenschaft nach England. Dann war seine Mutter bei uns in Eisenach. Eines Tages bekam ich einen Brief von der Tochter eines Farmers aus England und sie schrieb mir, dass sie den Günther heiraten wolle. Ich wollte nie mehr einen Mann, 5 Jahre hatte ich auf ihn gewartet.

Uschis (meine Nichte) Mutter (meine Schwester) wollte mit mir Abschied von 4 Soldaten feiern, das war 2 Tage nach dem Erhalt des Briefes. Dort lernte ich meinen jetzigen (vor kurzem verstorbenen) Mann kennen. Ich habe ihn zum Bahnhof- Richtung Berlin- gebracht. Dann kriegte ich einfach keine Post. Eines Tages kam der „letzte“ Brief von ihm, er hätte schon so oft geschrieben, wollte Klarheit.

Das erste Mal sagte ich „Frieda“ zu meiner Mutter, fragte sie nach den Briefen. Sie hatte sie verbrannt, um mich in Eisenach zu halten. Sie war allein, in Trauer, ich auch.

Sie mochte ihn, wollte nur keinen Berliner. Dann war' s der Beste- bald waren wir verlobt, verheiratet (1950) und bekamen einen Sohn. Ich lag mit Kindbettfieber fest im Bett, im Krankenhaus, und meine Schwiegermutter wollte die dreckige Babykleidung nicht waschen, sie weigerte sich. Sie sah unseren Sohn nicht. Eine wildfremde Frau wusch für mich die Sachen. Wir waren die glücklichste Familie die es überhaupt gibt. Nur die Schwiegermutter, die war böse. Wenn Du keine Wohnung beschaffst, nehme ich den Kleinen und spring in den Müggelsee, sagte ich zu meinem Mann. Die Frau seines Bruders wurde von ihr genauso bestohlen und geschlagen wie ich. Sie unterstellte mir Diebstahl...

Ich hab das Kochen von meiner Mutter gelernt! Doch bei der Schwiegermutter... mein Fleischtopf stand auf dem Herd, ihrer auch. Sie schöpfte das Fett bei meinem ab und gab es bei dem ihren obenauf, behauptete dann, in meinem fehle das Fett und ich könne meinen Mann (=ihren Sohn) nicht ernähren. Mein Mann tobte. „Ich habe keine Mutter mehr!“ sagte er zu ihr. Wir zogen in eine eigene Wohnung, dann ging' s bergauf. Die Schwiegermutter wurde später ins Heim gebracht, sie wollte sogar in unserer Badewanne schlafen, um bei uns bleiben zu dürfen. Ich bat sie zu gehen.

Nun ist mittlerweile meine Mutter mit 47 Jahren verstorben, sonst würde ich zu ihr abhauen. Dann bin ich aus der Kirche ausgetreten. Der Pastor sah meine Schwiegermutter, bedauerte mich und verstand. Sie sitze in der Kirche immer alleine auf der Bank, sei auch dort mit allen zerstritten und unbeliebt. Das war für mich die schlimmste Zeit. Als sie 69- jährig starb, konnte ich keine Träne weinen, mein Mann auch nicht. Den Leuten zuliebe gingen wir zur Beerdigung. Jetzt hatten wir unsere Ruhe, konnten unser Leben genießen. Wir waren so glücklich als sie die Augen zugemacht hat. Als meine Mutti tot war, stand ich ganz allein da. Mein Vater war tot, mein Bruder böseartig. Mein Stiefbruder ist mittlerweile 80 Jahre alt, auf seinen Geburtstag war ich gerade. Er ist mein ein und alles, nur er wohnt weit weg.



Nun habe ich nächsten Monat Geburtstag, da fahren wir in den Spreewald. Ich habe ja nur die Uschi (Nichte) und Familie. Wir haben uns 30 Jahre nicht gesehen, durften nicht, ... das ist eine andere Geschichte. Es ist alles nicht so einfach und ich bin die Älteste. Ich bin die Nächste, die dran ist ... oder Uschis Sohn ... Ich bin schon alt, sah mal gut aus. Aber jetzt ... es gibt schon Unterschiede, ich weiß. Ich habe jetzt noch Chancen...

Gertrud Mittelstädt: „Man muss es ja irgendwie mal loswerden ...“

Es hatte ja damals jeder seine Sorgen. Meine eine Schwester hatte 4 Kinder, die andere 2. Wir haben heute alle noch Kontakt, obwohl die eine Familie in Frankfurt am Main wohnt- weit weg. Die andere Nichte ist vor 40 Jahren nach Amerika ausgewandert. Hier ist ein Gejage, da haben sie die Ruhe weg.

Die halten alle noch zusammen, bis auf einer. Einer ist immer dabei, der aus der Reihe tanzt. 2 Neffen wohnen am Müggelsee-Damm auf einem Grundstück, können sich nicht vertragen, sind wie Hund und Katze. Meistens sind die Frauen schuld, die angeheirateten.

Wir wohnten auch in Uhlenhorst/Köpenick. Mein Mann war vorher entlassen, weil er sich die Füße eingefroren hatte- den einen musste man zur Hälfte amputieren.

Als die Russen kamen, wollten die deutschen Soldaten, dass wir wegmüssen. Mein Mann war 22 Jahre alt. Zu Fuß liefen wir bis zum Regierungsviertel. Als wir die letzte Brücke passiert hatten, wurde sie gesprengt. Da hatten wir Glück, dass wir noch rüber kamen.

Dann haben wir bei seiner Oma im Tiergarten gewohnt. Dort wo Krankenhäuser zerschossen waren, da war ein Massengrab.- Da hatte ich das erste Mal Glück! In den 2 Tagen entband ich ... die Russen standen an meinem Bett!

Meinen Ring hatte ich immer im Schuh. Mich wollten sie auch immer rausholen, als ich noch in Umständen war. Da standen wir wieder auf der Straße. Mein Mann hat sich von den Russen frei gemacht und in der Potsdamer Straße haben wir uns getroffen. Vor lauter Angst bin ich mit dem Baby einfach gelaufen. Eine unbekannte Frau nahm uns mit in ihre Wohnung, dass wir erstmal wohin konnten.

Ich lag 4 Wochen mit Kindbettfieber, der erste Sohn wurde nur 4 Wochen alt, bekam nur Milch von anderen. Die Oma hat einen Sarg gekauft, wir wollten ihn begraben. Ein Polizist meinte nur: „Bringen Sie' s in die Trümmer.“ - Im Hinterhof in einem Hausgarten begruben wir ihn. Dann hatte ich noch ein Kind bekommen, das kam im 6. Monat, da gab' s noch keine Brutkästen ...

1950 bekamen wir unseren Sohn, der hatte ein Gallen- und Leberleiden- Krebs- ist mittlerweile auch verstorben. Er lebte in der Scharnweberstraße bei uns. Da hatten wir wenigstens 'ne schöne Zeit, einen großen Garten. Er konnte wenig arbeiten, die Krankheit setzt viel zu. Er war willig, auf Arbeit haben sie ihm viel geholfen. Zum Bau durfte er nicht, war nicht schwindelfrei. Ging dann ins Büro. Die Betriebsärztin sorgte für Ruhe.

Sehen Sie, und jetzt mit meinem Mann ... als das anfing- vor 4 Jahren. Er hat nie einen Arzt gebraucht. Er war selbst früher lange Jahre Masseur im Krankenhaus am Friedrichshain.

Der Darm war zuerst kaputt, 2 OP' s, Gott-sei-Dank kann er noch essen. Nach dem 2. Schlaganfall kam die Sprache weg. Das ist das Schlimmste. Mehr kann nicht mehr kommen.

Dann fing ich an: Brustkrebs, das ganze Lymphsystem raus. Brauche ständig Massagen dafür. Nun war mein Mann erst in Haus 3, meine Nichte ist auch Ärztin- sie riet mir, mit hierher zu kommen. Es war erst 'ne Umstellung. Ich sehe' s aber ein. Wir brauchen Hilfe. Mein Mann kann nicht mal allein im Bett sitzen. Zu Hause hätte man das gar nicht mehr machen können.

Wir sind hier gut aufgehoben. Wir sind sehr dankbar. Alle sind lieb und nett, mehr können wir nicht verlangen.

Das ist wirklich so wie' s war. Meine Familie weiß das nicht mal, was sich da abgespielt hat. War 'ne schwere Zeit. Nochmal Nicht!! Könnte man gar nicht mehr verkraften!

Da waren nur noch Trümmer und tote Pferde! (Pferde von den Russen) Es gab nix zu essen, dann hat man von dem Fleisch der halbverwesten Tieren Buletten gemacht und Griesbrei. Griesbrei aus Brühe von Maggi gewässert...



Gerda Guß: Die Flucht und besonders das Ende des Krieges

Als ich in Stettin alles zerbombt vorfand und mein Mann mit der „Gustloff“ untergegangen ist, kam ich ein halbes Jahr in russische Gefangenschaft. Ich hatte 2 kleine Kinder.

In meine frühere Heimat Schweden durfte ich nicht. Und da kam ein Zug, da mussten wir einsteigen, der fuhr nach Berlin. Dort hatte ich eine Tante, die uns nicht ernähren konnte, und ich bekam keine Lebensmittelkarten. Ich musste weiter nach Hagenow-Mecklenburg. Dort sagte man uns, sie waren überfüllt von Flüchtlingen und ich kam nach Lübbendorf.

Mich plagten seit langem die Ruhr, die Gelbsucht und andere Krankheiten, so dass ich nicht wie andere Flüchtlinge auf dem Feld stoppeln konnte. Ich musste mir etwas einfallen lassen: ich war berühmt da schon, weil Einiges sich erfüllte, was ich vorhersagte. Ich legte nämlich Karten.

Die meisten Frauen wollten wissen, ob ihre Männer nach Hause kommen. Ich hatte schon bei meiner Mutter in Stettin Kaffeekränzchen mit Kartenspielen beobachtet. Ich zählte Karten ab, wenn sie aufgingen, hieß es: JA, wenn Karten übrig blieben: NEIN.

Wenn ich jetzt so darüber nachdenke, weiß ich gar nicht mehr, wie ich das alles so geschafft habe.

Ich hatte jetzt eine kleine Kammer mit einem Bett, in welchem ich zusammen mit meinen 2 Kindern schlief. Es war ganz schlimm, ein Kind wurde sogar Bettnässer, keine Unterlagen, kein Papier für die Toilette! Einmal benutzte ich zum Abwischen aus Versehen die Lebensmittelkarte, bemerkte es zu spät... und wusch sie danach wieder sauber!!

Eines Tages kam der CDU- Kreisvorsitzende aus Hagenow und wollte eine Ortsgruppe gründen. Er suchte Frauen, die Stenographie und Schreibmaschine konnten. Ich hatte GOTT-SEI- DANK durch den Handelsschule (ähnlich eine Ausbildung seit meiner Heirat nicht wollte es trotzdem Innerhalb kürzester Zeit Aufforderung, dass ich Lobedanz in Schwerin Landesvorsitzender der Länderkammerpräsident gefragt, ob ich nach so



Besuch der höheren Gymnasium) in Stettin gemacht, war jedoch mehr berufstätig. Ich versuchen.

kriegte ich 'ne mich bei Herrn Dr. vorstellen sollte. Er war CDU und in Berlin. Ich hatte langer Zeit, wo ich

nichts gemacht hatte, überhaupt wieder anfangen sollte. Er sagte, ich soll es versuchen.

Naja, und dann habe ich es auch versucht. Mit der Schreibmaschine war ich immer besser als in Stenographie, aber trotzdem bekam ich als Schreibkraft eine Anstellung. In den Bodenkammern kriegte ich auch eine Unterkunft, mit meinen Kindern.

Nach einer ganz kurzen Zeit musste ich sogar ein Referat für den Außenminister schreiben und nutzte die Gelegenheit, dass wenigstens meine Kinder (ich selbst durfte nicht) für wenige Wochen zur Erholung und gesunden Ernährung nach Schweden zu meiner Schwägerin durften. (Meine Mutter hat als Dolmetscherin 1915 auch bei Seeleuten übersetzt, so lernte sie meinen Vater kennen und heiratete nach Schweden ein. Schon als kleines Kind pendelte ich zwischen Schweden und Deutschland. Nach dem Tod meines Großvaters in Stettin zogen wir 8 Tage später vollständig nach Schweden.)

Ich selbst habe noch Betriebswirtschaft studiert, weil ich Buchhaltung und Organisation gerne mochte. Ich musste bilanzsicher sein.

Dann leitete ich die ganzen Finanzen der CDU im Bezirk Schwerin samt 11 Kreisverbänden. Nebenbei wurde ich oft als Dolmetscherin z. B. beim Bürgermeister eingesetzt. Ich habe noch 6 Jahre nach meiner Rente als wissenschaftliche Fachkraft Chroniken erarbeitet.

Noch heute habe ich Kontakt zu Angehörigen der ehemaligen Landarbeiter aus Lübbendorf, wo mein neues Leben begann.

Anlage 3: Therapie- und Betreuungskonzept

SOZIALSTIFTUNG KÖPENICK
Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband
Landesverband Berlin e.V.



Stand: 25.11.2008

Teil I

Konzeption der therapeutischen Arbeit

Gliederung

1. Einleitung
2. Ziel

3. Therapeutische Grundsätze
4. Leistungen
5. Praktische Umsetzung
 - 5.1 Personelle Gegebenheiten
 - 5.2 Räumliche Gegebenheiten
6. Kommunikation und Qualitätssicherung

1. Einleitung

Die therapeutische Arbeit hat in unserer Einrichtung einen sehr hohen Stellenwert. Gut qualifizierte und aufgrund ihrer Persönlichkeit geeignete therapeutische Mitarbeiter/-innen ermöglichen durch ihre Arbeit eine steigende Lebensqualität, den Erhalt und die Förderung von Ressourcen unserer Bewohner/-innen. Eine ganzheitliche, aktivierende und individuelle therapeutische Begleitung der bei uns wohnenden Menschen ermöglicht ihnen die Steigerung des Selbstwertgefühls, eine optimale Eingewöhnung in unsere Einrichtung und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Besonderer Schwerpunkt ist die bedürfnisorientierte Einzelbetreuung von Bewohner/-innen.

2. Ziel

Ziel des Konzeptes ist es, eine qualitativ hochwertige, individuelle Therapie und soziale Betreuung der Bewohner/-innen sicherzustellen und strukturiert darzulegen.

Die Ziele der therapeutischen Angebote sind:

- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbstständigkeit der Bewohner/-innen
- Akzentuierung der Tagesstruktur
- Schaffen von Höhepunkten
- Freude bereiten
- Erfolge schaffen
- Zugehörigkeit vermitteln
- Vitalität erhalten bzw. herstellen
- Zufriedenheit erhalten bzw. herstellen
- Mobilisation
- Wertschätzung
- Vermeiden von Isolation
- Schmerzlinderung
- Ganzheitliche Prophylaxe
- Wahrnehmung und Sensibilisierung erhalten bzw. verbessern
- Ängste und Sorgen reduzieren
- Begleitung der Bewohner/-innen in der letzten Lebensphase in Zusammenarbeit mit dem Hospizdienst

Das therapeutische Angebot ist eine Erweiterung der pflegerischen Betreuung in unserer Einrichtung, es wirkt sich entlastend auf die Arbeit der Pflegekräfte in den Wohnbereichen aus.

3. Therapeutische Grundsätze

Grundsätze der therapeutischen Arbeit im Seniorenzentrum sind:

- Individualität
- Ganzheitlichkeit
- Biografieorientierung
- Selbstbestimmung
- Freiwilligkeit
- Kontinuität
- Wertschätzung

4. Leistungen

Die therapeutischen Mitarbeiter/-innen bieten folgende Leistungen als Einzel- und Gruppenangebote an und verfügen über die Kompetenzen, diese professionell durchzuführen:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Musiktherapie
- Aromatherapie und -massage
- Tanz und Tanztherapie
- Kreatives Gestalten
- Basale Stimulation
- Klangmassage
- Snoezelen
- Training von Alltagskompetenzen
- Gedächtnistraining
- Seniorengymnastik
- Filmvorführungen
- Spiel- und Freizeitangebote
- Planung, inhaltliche Gestaltung und Durchführung von Festen
- Begleitung von Ausflügen

5. Praktische Umsetzung

Den therapeutischen Mitarbeiter/-innen wird bei Einstellung ihre Stellenbeschreibung (Kapitel 4.3.1.5 im Ordner Stellenbeschreibungen) zur Kenntnis gegeben. Aufgaben und Verbindlichkeiten sind so von Anfang an klar geregelt. Die therapeutischen Mitarbeiter/-innen sind der jeweiligen Pflegeleitung unterstellt.

Damit eine reibungslose und effektive Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung und Betreuung beteiligten Berufsgruppen möglich ist, sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- gute Kommunikation für einen zeitnahen, regelmäßigen Informationsaustausch
- gegenseitige Wertschätzung und Anerkennung von Kompetenzen
- Grenzen der eigenen Profession erkennen und beachten
- Eingebundensein der therapeutischen Mitarbeiter/-innen in das Geschehen auf dem Wohnbereich
- Gute Fachkenntnis auf dem Gebiet Geriatrie und Gerontopsychiatrie für beteiligte Berufsgruppen

Mit diesen Instrumenten können wir das sicherstellen:

- Regelmäßiger Informationsaustausch der Berufsgruppen als feste Größe
- Einhaltung der vorgegebenen Kommunikationsstruktur
- Dokumentation der Besonderheiten von Pflegekräften an Therapeut/-innen und umgekehrt
- Teilnahme der Mitarbeiter/-innen an der Basisqualifikation Gerontopsychiatrie
- Teilnahme an relevanten Fortbildungsmaßnahmen
- Akzeptanz der anderen Berufsgruppe
- Mitarbeit in Projekten und Arbeitsgemeinschaften
- Mitwirkung an der Öffentlichkeitsarbeit

Die therapeutischen und kulturellen Angebote werden jeweils für eine Woche geplant und hängen am Freitag der Vorwoche in den Wohnbereichen aus. Die Angebote werden für jeden Wochentag einzeln auf Magnettafeln in jedem Wohnbereich visualisiert. Die Tafeln werden durch die Mitarbeiter/-innen in dem entsprechenden Wohnbereich aktualisiert. Zusätzlich werden die therapeutischen Angebote täglich durch die Mitarbeiter/-innen an den Rezeptionen über ein Lautsprechersystem bekannt gegeben. Immobile Bewohner/-innen werden durch die

therapeutischen Mitarbeiter/-innen außerdem regelmäßig mündlich über die Angebote informiert.

Der Angebotsplan für das gesamte Haus hängt jeweils im Foyer aus. Ein weiterer Überblick über therapeutische und kulturelle Angebote wird in der alle zwei Monate erscheinenden Heimzeitung *WerlseeEcho* veröffentlicht.

Die Transfers zu den jeweiligen Angeboten finden nach Absprache und Möglichkeiten vom Pflegepersonal, Zivildienstleistenden, ÖBS-Mitarbeiter/-innen (Öffentlich geförderter Beschäftigungssektor) oder dem therapeutischen Personal selbst statt. Die Verantwortung für die Transfers trägt das anwesende Pflegepersonal.

Abweichend vom bestehenden Plan sind alle therapeutischen Mitarbeiter/-innen dazu bereit, bei aktuellem Bedarf (z.B. psychische Auffälligkeiten von Bewohner/-innen, Immobilität, fehlende Angehörige) eine individuelle Betreuung zu übernehmen. Der Bedarf für die individuelle Betreuung wird nach Fallbesprechungen, Angaben aus dem Belegungsplan und/oder dem persönlichen Gespräch mit dem Pflegepersonal ermittelt. Es stehen pro Tag etwa zwei Stunden je therapeutischer/m Mitarbeiter/-in für die Einzelbetreuung zur Verfügung. Die Art der Einzelbetreuung wird in Abhängigkeit der Möglichkeiten und Interessen der betreffenden Bewohner/-innen, biografischen Einflüssen, nach Angaben des Pflegepersonals und/oder der Angehörigen angeboten und durchgeführt.

Die Bewohner/-innen haben verschiedene Möglichkeiten, Einfluss auf die Angebotsplanung zu nehmen:

- Es erfolgt die Vorstellung der Angebotsplanung bei jeder Heimbeiratssitzung mit anschließender Diskussionsmöglichkeit.
- Das Programm für die Filmvorführungen richtet sich nach Wunschlisten von den Bewohner/-innen.
- Wünsche und Anregungen werden regelmäßig durch das therapeutische Personal erfragt.
- Es besteht die Möglichkeit der Einbeziehung von Wünschen und Anregungen im Rahmen der jährlichen Bewohnerbefragung.

5.1 Personelle Gegebenheiten

Im Seniorenzentrum sind mehrere therapeutische Mitarbeiter/-innen fest angestellt, um eine kontinuierliche und hochwertige therapeutische Betreuung unserer Bewohner/-innen sicherstellen zu können. Die therapeutischen Mitarbeiter/-innen treffen sich und die anderen

relevanten Berufsgruppen regelmäßig zur Koordination und zum Austausch von Informationen. Diese Besprechungen sind in der Kommunikationsstruktur des Seniorenzentrums geregelt und somit für alle Mitarbeiter/-innen jederzeit nachvollziehbar. Die Kommunikationsstruktur ist im Kapitel 4.4.1 im Bereichshandbuch des Seniorenzentrums festgelegt.

Die vorausgesetzten fachlichen Anforderungen an die Stelleninhaber/-innen finden sich wie folgt in der Stellenbeschreibung wieder:

- Abgeschlossene Ausbildung in therapeutischen Fachbereichen und/oder eine pflegfachliche Ausbildung oder der Nachweis über Kenntnisse und Fähigkeiten, die eine professionelle Arbeit im therapeutischen Bereich ermöglichen
- Möglichst Zusatzqualifizierung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft
- Fähigkeiten und Erfahrungen im Umgang mit alten Menschen

Drei der therapeutischen Mitarbeiter/-innen sind ausschließlich auf den beiden gerontopsychiatrischen Wohnbereichen beschäftigt. Diese therapeutischen Mitarbeiter/-innen sind in die Konzeption der zwei Wohnbereiche für mobile, verhaltensauffällige Menschen mit einer medizinisch-therapeutisch nicht beeinflussbaren Demenz eingebunden. Diese Konzeption befindet sich im Kapitel 10 des Pflegekonzeptes.

Die personelle Kontinuität ist dadurch gegeben, dass die therapeutischen Mitarbeiter/-innen den jeweiligen Häusern zugeordnet sind. Gleiches gilt für die drei therapeutischen Mitarbeiter/-innen, die den beiden gerontopsychiatrischen Wohnbereichen zugeteilt sind.

Die therapeutischen Mitarbeiter/-innen sind dazu bereit, die Betreuung der Bewohner/-innen bei Bedarf auch am Wochenende und an Feiertagen zu übernehmen.

Sie nehmen regelmäßig an Fortbildungen teil.

5.2 Räumliche Gegebenheiten

In den drei Häusern stehen jeweils verschiedene Räumlichkeiten für die therapeutische Betreuung der Bewohner/-innen zur Verfügung:

Haus 1

- Cafè
- Großer Therapieraum (0.12) im Erdgeschoss
- Kleiner Therapieraum (1.21) in der ersten Etage
- Tagesräume und je ein Wohnzimmer auf den Wohnbereichen
- Fahrstuhlvorraum auf dem WB 3

Haus 2

- Tagesräume und je ein Wohnzimmer auf den Wohnbereichen
- Therapieraum (0.18) im Erdgeschoss
- Kreativraum (3.24) in der dritten Etage
- Therapieraum mit Vorraum (4.24) in der vierten Etage
- Auf beiden gerontopsychiatrischen Wohnbereichen jeweils ein Snoezelenraum und je ein Raum für kreatives Gestalten
- Cafè

Haus 3

- Tagesräume und je ein Wohnzimmer auf den Wohnbereichen
- Therapieraum (2.23) in der zweiten Etage
- Mehrzweckraum (2.29) in der zweiten Etage
- Bibliothek auf dem Wohnbereich 8
- Cafè

Die Therapieräume sind je nach Nutzungsprofil unterschiedlich ausgestattet.

Immobilie Bewohner/-innen werden nach ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten in ihren Zimmern therapeutisch betreut.

Die Nutzung des Gartens wird in die räumliche Planung der Therapie- und Betreuungsangebote einbezogen.

6. Kommunikation und Qualitätssicherung

Für eine hochwertige Betreuung der Bewohner/-innen ist ein reibungsloser Informationsfluss vom pflegenden Personal zu den therapeutischen Mitarbeiter/-innen und umgekehrt von hoher Bedeutung. Er ist Grundlage für eine bedürfnisorientierte und dem aktuellen Zustand der Bewohner/-innen angepasste Pflege und Betreuung.

Die therapeutischen Mitarbeiter/-innen schreiben ihre Mitteilungen an das pflegerische Personal auf dem Angebotsblatt (3215) nieder.

Das therapeutische Personal erhält die wichtigsten Informationen über das Berichteblatt in der Bewohnerdokumentation.

Der mündliche Austausch zwischen den Berufsgruppen findet regelmäßig statt z.B. bei Dienstübergaben, Fallbesprechungen oder besonderen Situationen, die sich aus dem aktuellen Bedarf der Bewohner/-innen ergeben. Jeder Wohnbereich wird mindestens einmal wöchentlich von der/dem therapeutischen Mitarbeiter/-in besucht. Dabei werden regelmäßig Informationen über einzelne Bewohner/-innen ausgetauscht. Nach jedem Einzug von

Bewohner/-innen erkundigen sich die therapeutischen Mitarbeiter/-innen zeitnah nach Besonderheiten und individuellen Erfordernissen bezogen auf ihre künftige Betreuung. Hier erfolgt zuerst der Austausch mit der verantwortlichen Pflegekraft, mit der eine Tendenz für die Betreuungsplanung herausgearbeitet wird. Dann folgt der Besuch der neuen Bewohnerin/des neuen Bewohners durch die/den therapeutische/n Mitarbeiter/-in.

Der regelmäßige Austausch zwischen den therapeutischen Mitarbeiter/-innen und dem Leitungsteam ist in der Kommunikationsstruktur im Bereichshandbuch (Kapitel 4.4.1) geregelt. Bei diesem Austausch werden übergreifende fachliche und organisatorische Themen besprochen.

Therapeutische Mitarbeiter/-innen nehmen an den Arbeitsgemeinschaften *Gerontopsychiatrie* und *Pflege* teil.

Strukturbezogen werden die Prinzipien der Qualitätssicherung bei der Raumplanung und -ausstattung und der Einstellung geeigneter therapeutischer Mitarbeiter/-innen beachtet.

Prozessbezogen ist Form und Inhalt des dargestellten Konzeptes selbst Ausdruck der Qualitätssicherung, indem bewohnerorientierte Therapiepläne und ausführliche Angaben zu den Therapiezielen und Leistungen gemacht werden.

Ergebnisbezogen wird im Seniorenzentrum die Qualitätssicherung im Hinblick auf die therapeutische Betreuung anhand der jährlich stattfindenden Bewohnerbefragung und der Bewohnerdokumentation durchgeführt.

Ein weiteres Mittel zur Überprüfung der Ergebnisqualität ist die Durchführung von Pflegevisiten.

Teil II

Konzeption der Betreuung von Bewohner/-innen nach § 87b SGB XI

Gliederung

1. Einleitung
2. Personenkreis/Zielgruppe
3. Ziele
4. Leistungen
5. Praktische Umsetzung
 - 5.1 Personelle Gegebenheiten
 - 5.2 Räumliche Gegebenheiten
6. Kommunikation und Qualitätssicherung

1. Einleitung

Seit dem 01.07.2008 besteht im Rahmen des § 87b in Verbindung mit § 45a SBX XI die Möglichkeit, für Bewohner/-innen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz ein zusätzliches Angebot vorzuhalten, das darauf abzielt, die Betreuungs- und Lebensqualität der Bewohner/-innen zu verbessern. Die Einschränkung der Alltagskompetenz kann sich aus demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen im Sinne des § 45a SGB XI ergeben. Im Seniorenzentrum Köpenick leben bis zu 390 Menschen, von denen ein großer Teil die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme des zusätzlichen Betreuungsangebotes erfüllt. Daher sieht sich das Seniorenzentrum Köpenick in der Verantwortung, ein Angebot zu schaffen, das auf vorhandenen bewährten Strukturen aufbaut und diese sinnvoll ergänzt.

2. Personenkreis/Zielgruppe

Zur Zielgruppe des Angebotes gehören Menschen, die unter krankheits- oder behinderungsbedingten kognitiven Störungen (Wahrnehmen und Denken) leiden, sowie Störungen des Affekts und des Verhaltens aufweisen. Die Feststellung des Personenkreises ist in § 45a SGB XI geregelt. Die Einschätzung über den Anspruch der bereits hier wohnenden Menschen obliegt der professionellen Einschätzung durch die Pflegefachkräfte und die Pflegeleitung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst. Die Begutachtungen des Grades der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen beinhalten seit dem 01.07.2008 obligatorisch die Feststellung, ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt.

Aufgrund der vorhandenen Störungen sind die betroffenen Bewohner/-innen in ihrer Alltagskompetenz erheblich auf Dauer eingeschränkt und haben daher einen hohen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf.

Eine fortwährend aktualisierte, hausübergreifend geführte Übersicht der Bewohner/-innen mit einem Anspruch auf zusätzliche Betreuung steht den Mitarbeiter/-innen der Einrichtung jederzeit zur Verfügung.

3. Ziele

Die Ziele des zusätzlichen speziellen Betreuungsangebotes sind:

- Erhaltung und Förderung der Alltagskompetenz einschließlich der Orientierung, der Stimmung und des Wohlbefindens

- Erhöhung von Motivation und Aktivität der Bewohner/-innen
- Autonomieverlust vermeiden, damit sinkt die Depressionsrate und das Aggressionspotenzial
- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Stressabbau
- Herausforderndes Verhalten (z.B. Tag-Nacht-Umkehr, Aggression und Hinlauf-Tendenz) zu vermindern
- Teilnahme am Leben der Gemeinschaft zu ermöglichen bzw. sicherzustellen
- Ängste reduzieren und Sicherheit vermitteln
- Steigerung der Lebenszufriedenheit

Bei allen Betreuungsmaßnahmen, die der Zielerreichung dienen, haben die therapeutischen Grundsätze aus dem Kapitel 3 des ersten Teils der Konzeption uneingeschränkte Gültigkeit.

4. Leistungen

Die Betreuungskräfte bieten folgende Leistungen im Rahmen der Tagesstrukturierung als Einzel- und Gruppenangebote an:

- Förderung von Alltagskompetenzen
- Musik hören, singen und musizieren
- Lesen und vorlesen
- Tanz und Bewegungsübungen
- Malen und basteln
- 10-Minuten-Aktivierung
- Orientierungs- und Wegetraining
- Erinnerungsarbeit
- Essengruppen
- Gesellschaftsspiele
- Spaziergänge und Ausflüge
- Cafébesuche
- Gespräche/Gesprächskreise
- Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen

Die Angebote orientieren sich an den Wünschen, Fähigkeiten und am situativen Kontext der pflegebedürftigen Menschen.

5. Praktische Umsetzung

Voraussetzung für den Einsatz der Betreuungskräfte ist die Kenntnisnahme ihrer Stellenbeschreibung (Kapitel 4.3.1.18 im Ordner Stellenbeschreibungen). Aufgaben und Verbindlichkeiten werden so klar geregelt. Die Betreuungskräfte sind der jeweiligen Pflegeleitung unterstellt. Die praktische Anleitung der Betreuungskräfte führen die Pflegefachkräfte und die therapeutischen Mitarbeiter/-innen durch.

Eine reibungslose und effektive Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung und Betreuung beteiligten Berufsgruppen werden durch folgende Instrumente sichergestellt:

- Enge Kooperation und fachliche Absprache mit den Pflegekräften
- Einhaltung der vorgegebenen Kommunikationsstruktur
- Dokumentation im Bezug auf Besonderheiten der Bewohner/-innen zur Informationsweitergabe zwischen Pflege- und Betreuungskräften
- Teilnahme der Mitarbeiter/-innen an der Qualifizierungsmaßnahme für Betreuungskräfte nach Maßgabe des GKV-Spitzenverbandes der Pflegekassen
- Regelmäßige Teilnahme an anderen relevanten Fortbildungen

Die Angebote werden jeweils für eine Woche geplant. Die Pläne werden durch die Betreuungskräfte aktualisiert und hängen in den Wohnbereichen aus.

Abgesehen von einer vorhandenen Planung der Angebote muss täglich flexibel im situativen Kontext reagiert werden können. Um jederzeit situationsangemessen auf die individuellen Bedürfnisse der Bewohner reagieren zu können, wird ein vielfältiges Repertoire an Angeboten vorgehalten.

Gründe für eine Einzelbetreuung können der persönliche Wunsch der Person sein, ihre Immobilität und/oder eine vorliegende bekannte Fremdgefährdung. Der Bedarf für die Einzelbetreuung wird nach Fallbesprechungen, und/oder dem persönlichen Gespräch mit dem Pflegepersonal und den Angehörigen ermittelt, geplant und durchgeführt.

Die Gruppenbildung erfolgt in Abhängigkeit vom jeweiligen Allgemeinzustand, den damit verbundenen Fähigkeiten und den Interessen der zu betreuenden Personen. Die Gruppengröße umfasst max. 5 Bewohner/-innen aus dem betroffenen Personenkreis, möglichst auf einen Wohnbereich bezogen.

Bei der Kalkulation der zeitlichen Zumessung gehen wir von einem Anspruch von zehn Minuten pro Tag aus. Die Leistung kann auch zeitlich gebündelt erbracht werden. Begründet kann dies sein durch den ausdrücklichen Wunsch der zu betreuenden Person, die Art des Angebotes und die individuell verfügbare Aufmerksamkeit der Bewohner/-innen. Es werden

für jede leistungsberechtigte Person jedoch mindestens drei Betreuungskontakte pro Woche sichergestellt.

Im Vordergrund steht die Biografie- und Interessenorientierung unter Einbeziehung der Angehörigen. Die Zusammenarbeit und die Möglichkeiten des Austausches mit den Angehörigen sind im Angehörigenkonzept geregelt.

Die Einbindung der zusätzlichen Leistungen in den pflegerischen Ablauf ist obligatorisch, der Erhalt und die Förderung von Alltagskompetenzen finden besondere Berücksichtigung.

Für die Transfers gelten die Verantwortlichkeiten wie unter Kapitel 5 im Teil I dieses Konzeptes.

5.1 Personelle Gegebenheiten

Im Seniorenzentrum sind ausreichend Betreuungskräfte (eine Vollzeitstelle für 25 betroffene Bewohner/-innen) beschäftigt, um allen hier lebenden Menschen aus dem berechtigten Personenkreis eine zusätzliche Betreuung anbieten zu können. Die Betreuungskräfte treffen sich untereinander und mit den anderen relevanten Berufsgruppen regelmäßig zum Austausch von Informationen. Diese Besprechungen sind in der Kommunikationsstruktur des Seniorenzentrums geregelt.

Die vorausgesetzten fachlichen und persönlichen Anforderungen an die Stelleninhaber/-innen finden sich in der entsprechenden Stellenbeschreibung wieder.

Die personelle Kontinuität ist dadurch gegeben, dass die zusätzlichen Betreuungskräfte den jeweiligen Häusern zugeordnet und nach Absprache individuell auf den Wohnbereichen tätig sind. Sie werden die Betreuung der Bewohner/-innen bei Bedarf auch am Wochenende und an den Feiertagen übernehmen.

5.2 Räumliche Gegebenheiten

Wir verweisen hier auf das Kapitel 5.2 im Teil I des Konzeptes, in dem alle relevanten Räume aufgeführt sind.

6. Kommunikation und Qualitätssicherung

Strukturbezogen finden unsere Qualitätsansprüche bei der Bereitstellung von Räumen und deren bedürfnisorientierter Ausstattung Beachtung. Geeignete Betreuungskräfte mit einer Mindestqualifizierung von 160 Stunden zuzüglich eines Praktikums versorgen die Menschen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz professionell und kontinuierlich. Die Durchführung der Qualifizierungsmaßnahme wird bis Dezember 2009 abgeschlossen sein.

Die fachliche Kontrolle der Betreuungskräfte unterliegt der Pflegeleitung des entsprechenden Hauses.

Die erforderlichen Sachmittel werden den Betreuungskräften für ihre Arbeit in einem angemessenen Umfang zur Verfügung gestellt. Dazu zählen das Beschäftigungsmaterial und die entsprechende Ausstattung der Räume.

Prozessbezogen sind die Aussagen des Konzeptes selbst Ausdruck der Qualitätssicherung. Hier werden Ausführungen zur individuellen Planung, zu den Zielen und Inhalten der Betreuung gemacht. Die Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen und den Angehörigen ist elementarer Bestandteil der Arbeit der Betreuungskräfte. Die Einbindung der Betreuungskräfte in den Pflegeprozess und eine kontinuierliche personelle Präsenz ist gesichert.

Im Rahmen der Kommunikation sind gegenseitige Wertschätzung und Empathie Grundlagen für eine gute und prozesshafte Zusammenarbeit. Die Betreuungskräfte sind feste Ansprechpartner/-innen für die Bewohner/-innen und deren Angehörige. Ihre kontinuierliche Teilnahme an Teamsitzungen, Dienstübergaben und Fallbesprechungen ist Bestandteil ihrer Tätigkeit.

Die Planung der Angebote wird abgestimmt mit den stattfindenden Pflegemaßnahmen und anderen tagesstrukturierenden Angeboten, wie z.B. Arztvisiten, Besuche, therapeutische Angebote, Gottesdienste usw.

Die Dokumentation der Betreuungsangebote findet sich in der Pflegeplanung und der Angebotsplanung wieder. Die zusätzliche Betreuung wird durch den entsprechenden Vermerk auf der Angebotsplanung gekennzeichnet und deren Durchführung wird durch das Kürzel nachgewiesen. Die Wirksamkeit der Maßnahmen wird mindestens alle drei Monate und zusätzlich bei Bedarf evaluiert. Bedarf für eine zusätzliche Evaluation besteht z.B. bei wesentlichen Veränderungen in physischer und psychischer Hinsicht, bei erkennbarer Abneigung gegen bestimmte Betreuungsangebote oder dem Ausdruck der Unzufriedenheit in Bezug auf ein durchgeführtes Angebot. Ggf. erfolgt die tägliche Anpassung der Betreuungsmaßnahme.

Die auf die Bewohner/-innen bezogenen Ziele werden mit verschiedenen Maßnahmen in Bezug auf ihre Wirkung überprüft. Die jährlich stattfindende Bewohner- bzw. Angehörigenbefragung, die regelmäßige Evaluation der geplanten und durchgeführten Betreuungsmaßnahmen und die Durchführung von Pflegevisiten haben eine hohe Ergebnisqualität zum Ziel.

Für die Änderung und Aktualisierung dieses Konzeptes ist das Gremium der hausübergreifenden Therapeutenrunde verantwortlich. Das Konzept wird alle zwei Jahre auf Richtigkeit, Aktualität und Angemessenheit überprüft.

Schlusswort

Unsere Ausarbeitungen machen uns den Bedarf einer menschenliebenden Grundhaltung für die Nutzung und Weiterentwicklung von Gesetzen deutlich und lassen kognitive Reserven an den mächtigen Zuständigkeitsträgern erkennen. Neue Schwerpunktsetzungen legten pharmazeutisches Machtgebaren offen und gelangten zu der Überzeugung, dass prophylaktische wie gemeinschaftlich-ganzheitliche Methoden Grenzen der medizinisch-politischen Abhängigkeiten zu Wirtschaftskonzernen nachhaltig auflösen können, um zu einem menschenwürdigen Altern als Teil des Lebens zu gelangen. Indem professionelle, person-zentrierte, wertschätzende Handlungsabläufe von der Gemeinschaft fokussiert werden und der zu betreuende Mensch in den Mittelpunkt gestellt wird, bleibt neugierig die Auflösung des Stigmas der Alzheimer-Krankheit zu erwarten, um eine Übertragung der derzeitig eingeschränkten, gesellschaftlichen Fördermöglichkeiten auf alle Alternden als Standard vorzunehmen.

Beate Dietz und Sylvia Bädker

Eidesstattliche Erklärung

Wir versichern an Eides Statt durch unsere eigenen Unterschriften, dass wir die vorstehende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt haben und alle Stellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen wurden als solche kenntlich gemacht sind und wir uns keiner anderen als der angegebenen Literatur bedient haben.

Beate Dietz

Sylvia Bädker

Neubrandenburg, den 29.01.2010