

- Plantholz, Markus (1994) Pflegekammer - Gutachten über die rechtlichen Probleme und Möglichkeiten der Errichtung einer Pflegekammer auf Landesebene. Gutachten, erstellt im Auftrage der Bündnis 90 / Grüne (AL) / UFV - Fraktion im Abgeordnetenhaus von Berlin, Hamburg.
- Ravoth, F. W. (1868): Handbuch für die Heilgehülfen hauptsächlich für die des Königl. Preußischen Staates. Berlin. In: Panke-Kochinke, Birgit (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Frankfurt am Main.
- Schmidbaur, Marianne (2002): Vom „Lazaruskreuz“ zu „Pflege aktuell“: Professionalisierungsdiskurse in der deutschen Krankenpflege 1903 – 2000. Königstein/Taunus.
- Seewald, Otfried (1997): Rechtsgutachten: Die Verfassungsmäßigkeit der Errichtung einer Kammer für Pflegeberufe im Freistaat Bayern. Hrsg. Vom Förderverein zur Gründung einer Pflegekammer in Bayern e.V. München.
- Seidler, Eduard (1980): Berufskunde I Geschichte der Pflege kranker Menschen. Stuttgart Berlin Köln Mainz.
- Steppe, Hilde (2001a): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main.
- Steppe, Hilde, Ulmer, Eva Maria (Hrsg.) (2001b): „Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin“: Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den „Euthanasie“-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. Frankfurt am Main.
- Stein, Werner, Pust, Heinz und Christel (1960): Propyläen Weltgeschichte. Achter Band. Frankfurt am Main.
- Zimmermann-Acklin, Markus (2002): Euthanasie: Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg Schweiz.

Das Konzept Lebenswelt für Demenzkranke

Modelle einer demenzspezifischen Umweltregulierung. Erfahrungen und Erkenntnisse aus der Forschung und Praxis in den Heimen

Sven Lind*

Das Kompensationsmodell

Das Kompensationsmodell beruht auf der Einschätzung, dass Demenzkranke durch ihre soziale und räumliche Umwelt oft überfordert sind und durch dieses Stresserleben demenzspezifische Verhaltensweisen wie Unruhe, Desorientierung und Realitätsverluste zeigen.

Dem Kompensationsmodell fallen zwei unterschiedliche Funktionsbereiche in der Lebensweltgestaltung Demenzkranker zu, die in ihrer Synthese den Rahmen für eine angemessene Milieustruktur bieten:

Das Kompensationsmilieu besitzt die wichtige Aufgabe des Schutzes vor äußerst belastenden Krankheitssymptomen der Demenz, wobei vor allem die verschiedenen Formen des Realitätsverlustes wie wahnhaft Halluzinationen, Fehlwahrnehmungen, Eingebungen und Desorientierung gemeint sind. Die Vermeidung des Auftretens dieser psychisch extrem belastenden Realitätsverzerrungen ist ein Kernelement dieser Umweltkonstellation. Darüber hinaus gilt es aber auch durch Milieumaßnahmen Stürze, Revierkonflikte und Überforderungen in der Alltagsbewältigung zu vermeiden.

Parallel zu dieser Schutzfunktion besteht eine ergänzende Aufgabe des Kompensationsmilieus in der Schaffung von sozialen und räumlichen Strukturelementen, die bei den Bewohnern Empfindungen von Geborgenheit, Sicherheit und Schutz hervorzubringen vermögen. Erst in einem derart gestalteten sozialen und räumlichen Umfeld gelingt es den Demenzkranken, ihre noch vorhandenen Kompetenzen und Bedürfnisse in für sie sinnvolle Handlungen, Begegnungen und Eigenbeschäftigungen umzusetzen. Das Kompensationsmilieu besitzt somit auch die Aufgabe, Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit zu vermitteln.

Schutzfunktionen

Das Milieu sollte aufgrund der geistigen und Gedächtnis bezogenen Einbußen der Demenzkranken prothetische Funktionen hinsichtlich räumlicher, sozialer und interaktiver Dimensionen besitzen.

Die Raumstruktur des Wohnbereiches für Demenzkranke hat die selbständige Orientierung der Bewohner zu erleichtern, um damit ein Verlaufen oder Verirren zu vermeiden.

Auch sollten die erhöhte Sturzgefahr und die Gefahr des unbeaufsichtigten Verlassens des Wohnbereiches in der Gestaltung der Räumlichkeiten und des Interieurs wie Bodenbeläge und Lichtverhältnisse Berücksichtigung finden.

Die Schutzfunktion des sozialen Milieus besteht in der Einbindung und Beschäftigung der Demenzkranken in das Gemeinschaftsleben des Wohnbereiches. Diese Integration in das soziale Leben entspricht den menschlichen Bedürfnissen nach Kontakt und Geselligkeit und schützt zugleich vor dem Abgleiten in Realitätsverluste, die meist in Situationen des Alleinsein und der Beschäftigungslosigkeit auftreten. Durch die Bindung der Aufmerksamkeit bei den Betroffenen entsteht ein Schutz oder Puffer vor dem Abgleiten in Realitätsverluste (Eingebungen, Zeitverschränkungen, Halluzinationen und wahnhaft Verknüpfungen).

Der interaktive Schutz des Milieus manifestiert sich in der Anerkennung der äußerst fragilen sozialen Identität der Demenzkranken in Gestalt der ständigen Begegnungen mit den Betreuungskräften, die u. a. die Bestätigung und Bestärkung der Persönlichkeit zum Inhalt haben. Der interaktive Schutz durch das Milieu wird auch durch die Homogenität der Bewohnerschaft erzielt, da Demenzkranke untereinander meist sozial stabilisierende und altruistische Verhaltensweisen zeigen.

* Dr. phil. Sven Lind ist Diplom Psychologe. Gerontologische Beratung in Haan.

Das komplementäre Verhältnis von Binnen- und Außenstrukturen

Durch den krankheitsbedingten Abbauprozess verlieren Demenzkranke nach und nach die Fähigkeit, ihre soziale und räumliche Umwelt mit all ihren Anforderungen angemessen zu erkennen und auf diese Konstellation situationsgerecht zu reagieren. Verwirrung, Angst und Unsicherheit sind die Folgen dieses Überforderungserlebens. Das abnehmende Vermögen an geistigen, motorischen und alltagsbezogenen Fertigkeiten, das auch als eingeschränkte Umweltkompetenz oder Ensemble der Binnenstrukturen bezeichnet werden kann, erfordert zwecks Herstellung einer relativ ausgewogenen Person-Umwelt-Beziehung Ergänzungsleistungen durch räumliche, soziale und interaktive Milieu- oder Außenstrukturen.

Diese therapeutische Milieustruktur besitzt für den Demenzkranken die Funktion eines Orientierungs- und Schutzgefüges, das im Idealfall den Betroffenen in sein Umfeld ausreichend einbindet, anregt und zugleich auch gegen mögliche Gefahren absichert.

Demenzspezifische Normalität

Das Konzept „Normalität“ in den Lebensvollzügen besitzt bei Demenzkranken eine vorrangige Bedeutung, denn je vertrauter das räumliche und soziale Milieu den Betroffenen hinsichtlich der Ähnlichkeit mit den Verhältnissen ihres Lebens vor der Erkrankung ist, umso leichter fällt die psychische Verortung im Sinne von Geborgenheit und Sicherheit. „Normalität“ bildet somit eine Klammer von Vergangenheit und Gegenwart, der eigenen Biographie und der neuen Lebenswelt im Heim.

Der Begriff „Normalität“ enthält jedoch auch die Bedeutung von Norm und Durchschnittlichkeit bezüglich der verschiedenen Seiten des Alltags, der ein bestimmtes Maß an Umweltkompetenz und damit auch Alltagsbewältigung voraussetzt, das Demenzkranke in dem Umfang nicht mehr besitzen. Die übliche Normalität des Alltags bedeutet für Demenzkranke eine Komplexität an sensorischen und sozialen Reizen, die sie nicht mehr verstehen, einordnen und verarbeiten können. Es muss somit für diese Menschen eine Lebenswelt gestaltet werden, die ihrem Verarbeitungs- und Reaktionsvermögen angepasst ist: eine „demenzspezifische Normalität“.

Der „demenzspezifischen Normalität“ obliegt die Aufgabe, eine Lebenswelt zu schaffen, die in ihrer Komplexität alle Lebensaspekte der Demenzkranken zu integrieren vermag: Bedürfnisse, Verhaltensweisen, lebensgeschichtliche Aspekte, kognitive Einbußen und die eingeschränkte Umweltkompetenz u. a.

Modelle des Anpassungsvermögens Demenzkranker

Demenzkranken im mittleren und schweren Stadium der Erkrankung besitzen noch einen begrenzten Umfang an Lernkapazität hinsichtlich des Erkennens, Unterscheidens und Reagierens auf spezifische Reizkonstellationen ihrer unmittelbaren Umgebung. Im Alltag des Heimgeschehens zeigt sich diese Lern- und damit gleichzeitig auch Anpassungsfähigkeit u. a. in dem geistigen Vermögen, nach relativ kurzer Zeit die

Bezugspflegerperson wieder zu erkennen, den Wohnbereich als neue Lebenswelt zu erfahren und anzunehmen und auch die Tagesstruktur zu verinnerlichen und sich entsprechend zu verhalten.

Damit sich dieses Leistungsvermögen in den Realbezügen des Lebens im Wohnbereich angemessen und für die Betroffenen möglichst Zufrieden stellend umsetzen lässt, bedarf es gemäß der Prinzipien des Kompensationsmodells einiger

demenzspezifischer Veränderungen im Milieu. Die folgenden Wirkmechanismen bieten den Rahmen für die Realisierung demenzspezifischer Anpassungs- und Bewältigungsleistungen.

Das Vereinfachungskonzept

Das Vereinfachungskonzept beruht auf der Erkenntnis, dass nur dem begrenzten geistigen Leistungsvermögen Demenzkranker kompatible Raum-, Milieu- und Sozialstrukturen zu einem den Leistungskapazitäten entsprechenden Bewältigungsverhalten führen können. Wenn aufgrund der hirneurologischen Abbauprozesse nur noch eine begrenzte Kapazität an Aufmerksamkeit, Konzentration und Verarbeitung der Umweltreize gegeben ist, bedarf es parallel hierzu auch einer Reduktion der Reizstrukturen im Milieu.

Konkret bedeutet dies z. B. für die Milieugestaltung, dass möglichst immer nur eine Reizkonfiguration im Fokus der Betroffenen liegen sollte, die die Aufmerksamkeit bindet. Dies kann damit begründet werden, dass bei Demenzkranken die geteilte Aufmerksamkeit eher und stärker gestört ist als die Dauer Aufmerksamkeit (Johannsen et al. 1999).

Neben der Anzahl der Reizquellen gilt es auch den Grad der Schwierigkeit der Verarbeitung eines Umweltreizes zu berücksichtigen. So hat sich herausgestellt, dass z. B. ein Singkreis einen größeren Effekt an Wohlbefinden, Bindung der Aufmerksamkeit und Beruhigung bei Demenzkranken hervorruft als ein Gesprächskreis (Millard et al. 1989). Ein Gespräch führen, ist für Demenzkranke aufgrund der damit verbundenen geistigen Leistungen schwieriger und anstrengender zugleich als bloßes Singen.

Das lebensgeschichtliche Strukturprinzip

Die Anpassung an bestimmte Umweltstrukturen vereinfachen sich im Falle des verstärkten Rückgriffs auf bestehende und teils noch gut erhaltene Langzeitgedächtnisinhalte. Wenn also die Bewältigung bestimmter Aufgaben mehr in der Reaktivierung bereits jahrzehntelang eingeschliffener Bewegungsabläufe liegt, können mehr geistige Kapazitäten aktiviert werden als wenn es um den für Demenzkranke äußerst mühseligen Erwerb von neuen Handlungsabläufen im Sinne von Lernprozessen geht (Namazi et al. 1992). Dies zeigt sich z. B. daran, wie geschickt und akkurat demenzkranke Bewohnerinnen Wäscheteile zusammenfalten können und welche Schwierigkeit es andererseits bereitet, eine neue Basteltechnik zu erlernen.

Lebensgeschichtliche Orientierung im Alltagsgeschehen heißt somit immer, auf bereits erworbene Fertigkeiten zurückzugreifen. Anpassungs- und Bewältigungsbemühungen sollten somit möglichst auf der Reaktivierung vertrauter Verhaltens-

muster und weniger auf dem Erwerb neuer Lerninhalte beruhen.

Zusätzlich sollten gemäß dem Vereinfachungsprinzip auch bei lebensgeschichtlich vertrauten Tätigkeitsanforderungen im Krankheitsverlauf komplexe durch einfache Handlungsabläufe ersetzt werden.

Das Stetigkeitskonzept

Ein wesentliches Strukturelement des Demenz-Milieus besteht aus der Stetigkeit in personalen, zeitlichen, situativen und örtlichen Gegebenheiten. Stets dieselben Personen (z. B. Bezugspflegerpersonen) in denselben Handlungsabläufen (Pflege und Betreuung) möglichst zur selben Zeit an denselben Orten zu erfahren - dies sind optimale Rahmenbedingungen für die Selbstverortung und aktive Lebensgestaltung Demenzkranker. Diese Beständigkeit an wiederkehrenden Reizkonfigurationen führt zu Lernprozessen bei den Betroffenen gemäß dem einfachen Lernkonzept oder der Konditionierung „Wenn – Dann“. Z. B. wenn die Pflegekraft morgens grüßend ins Zimmer kommt und die Vorhänge zurückzieht, dann weiß die demenzkranke Bewohnerin aus Erfahrung, dass anschließend mit dem Auskleiden begonnen wird.

Die Stetigkeit erleichtert das Wissen über die augenblickliche Situation oder Gegebenheit und ermöglicht zugleich das Wissen um die nächstfolgende Handlungsprozedur im Sinne von Vorhersehbarkeit und Überschaubarkeit.

Zu wissen was im nächsten Schritt geschehen wird, vermittelt Sicherheit und erhöht zugleich die Bereitschaft, an diesen Handlungsabläufen mitzuwirken, denn sie sind den Betroffenen vertraut und somit auch nicht Furcht einflößend.

Stetigkeit stellt für Demenzkranke somit den einzig möglichen Orientierungsrahmen und Leitschiene zugleich im Erfassen der gegenwärtigen Situationen und in der Vorhersehbarkeit des darauf folgenden Geschehens dar.

Wiederholungen und Rhythmus

Lernprozesse sind stets mit Übungen im Sinne ständiger Wiederholungen verbunden. Während Übungen bei kognitiv unbeeinträchtigten Personen meist mit dem Erwerb neuer Bewegungsabläufe wie z. B. das Erlernen eines Musikinstrumentes verbunden sind, handelt es sich bei Demenzkranken um ein ständiges Wirkprinzip. Die Stetigkeit realisiert sich in Wiederholungen aller Alltagsabläufe in der Lebenswelt Demenzkranker.

Wiederholungen sind auch das Kernelement von Ritualen. Rituale sind Vorgehensweisen nach einer strikt festgelegten Ordnung im Sinne eines Zeremoniells, meist in religiösen Bereichen wie z. B. eines Gottesdienstes.

Doch auch in der Pflege und Betreuung Demenzkranker in stationären Altenhilfeeinrichtungen haben sich Rituale bewährt. Derselbe Spruch zur Begrüßung morgens im Bewohnerzimmer oder das Ritual der Tasse Kaffee vor den Pflegehandlungen – diese ritualisierten Handlungen erleichtern dem Demenzkranken die Identifizierung der konkreten Situation, gegen

die er sich dann nicht sperrt im Sinne einer Pflegeverweigerung (Lind 2003).

Tätigkeiten werden durch Wiederholungen erlernt und diese besitzen wiederum einen bestimmten Rhythmus, der die Aneignung neuer Fertigkeiten erleichtert oder gar erst ermöglicht.

Demenzkranken sind für rhythmisches Geschehen, dass sich u. a. auch im Singen, Klatschen, Tanzen äußert, noch sehr empfänglich und aufnahmebereit. Rhythmisches Geschehen vollzieht sich meist in kollektiven Handlungen wie gemeinsames Singen, Tanzen etc. Durch das Einhalten des Taktes bei diesen gemeinsamen Aktivitäten erleben Demenzkranken nicht nur ihre Eigenkompetenz in den Handlungen, sie erfahren zugleich im Rhythmus und Takt das gemeinschaftliche Geschehen im Sinne ihrer Gemeinschaftseingebundenheit, das ihnen Empfindungen wie Geborgenheit und Zugehörigkeit vermittelt (Schaade 2004).

Das Verstärkungsmodell

Demenzkranken besitzen aufgrund ihres eingeschränkten geistigen Leistungsvermögens eine sehr begrenzte Aufnahme-, Verarbeitungs- und Zuordnungskapazität der Reize ihrer Umwelt. Gemäß dem Konzept der Kompensation bedarf es in der Regel mehrdimensionaler Zuwendungsformen, um z. B. eine Botschaft vermitteln zu können. Eine Aussage wie „Ich möchte Sie baden“ wird von einem Demenzkranken kaum verstanden werden, da nur die geistige Sphäre der Sprachlichkeit besteht, die er kaum noch beherrscht. Wird ihm hingegen zusätzlich sein alter Bademantel gereicht, den er wieder erkennt, dann liegt bereits ein zusätzliches Verstärkungselement vor. Wird ihm dann noch der vertraute Badezusatz (Fichtennadel) zum Riechen als weiteren Verstärker angeboten, dann realisiert der Angesprochene meist das bevorstehende Geschehen und fügt sich in den Handlungsablauf (Miller 1994).

Durch mehrdimensionale Verstärker werden nicht nur Botschaften oder Aussagen mit einem erhöhten Grad des Erkennens vom Pfleger oder Betreuer an den Betroffenen weitergeleitet, es werden Verstärker auch in den Bereichen Beruhigung, Ablenkung und personale Stärkung eingesetzt. Um z. B. einem Demenzkranken die Furcht bei Pflegehandlungen zu nehmen, wird oft seitens der Pflegekraft gelächelt (visueller Reiz), beruhigend gestreichelt (taktile Reiz) und meist zusätzlich noch beruhigend geredet (auditiver Reiz). Erst dieses Ensemble aus mehreren Signalen verdeutlicht dem Betroffenen die Gefahrlosigkeit der augenblicklichen Situation (Lind 2003, Langland et al. 1982).

Modell der begrenzten Reizverarbeitung

Die Person-Umwelt-Beziehung Demenzkranker ist in mehrfacher Hinsicht labil, zerbrechlich und beeinträchtigt, denn die Kapazitäten der Reizaufnahme und Reizverarbeitung reichen aufgrund der hirnpfysiologischen Abbauprozesse nicht mehr für eine situationsgerechte Bewältigung mehr aus.

Die Hirnregionen, die Aufnahme, Speicherung und Vernetzung der Reize funktional realisieren, sind derart beeinträchtigt

tigt, dass in der Regel oft nur noch Minder- und Fehlleistungen auftreten.

Diese Phänomene im Bereich der geistigen Verarbeitung als Krankheitssymptome der Demenz sind allgemein bekannt, wenn man z. B. an das Unvermögen des wieder Erkennens eines bekannten Haushaltsgegenstandes denkt (visuelle Agnosie).

Eine weitere Dimension besteht in der psychischen Verarbeitung der Umweltreize durch die demenziell Erkrankten. Demenzkranke besitzen eine deutliche niedrigere Belastungsgrenze hinsichtlich der psychischen Bewältigung der unterschiedlichsten Umwelteinflüsse. Ein lautes Telefonklingeln, ein rasches Vorbeieilen einer Pflegekraft oder auch nur ein umgestelltes Mobiliarteil reichen manchmal schon aus, um Unruhe und Verängstigung bei den Demenzkranken hervorzurufen. Doch auch in der Körperpflege sind diese Phänomene zu beobachten. Wenn eine Bewohnerin bei der Pflege plötzlich zu ventilieren beginnt oder wenn Gesichtspartien sich röten, dann sind dies Zeichen einer psychophysischen Belastung. Hierauf gilt es unmittelbar zu

reagieren, andernfalls droht eine massive physiologische oder psychische Dekompensation in Gestalt des Schreiens, Weglaufens oder tätlicher Aggressionen (Smith et al. 2004, Stolley et al. 2002).

Dieses für Demenzkranke typische Stressverhalten wird im Bereich der stationären Altenhilfe auf verschiedene Vorgehensweisen im Sinne von externen und internen Regulationsmechanismen zu beeinflussen versucht, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

Die Regulation der Außenreize

Demenzkranken verfügen aufgrund ihrer eingeschränkten Handlungskompetenz nicht mehr über die Fähigkeit, Reizkonfigurationen ihrer unmittelbaren Umgebung zu beeinflussen. Ein laut tönendes Radio leise zu stellen, in einem kühlen Zimmer das Fenster zu schließen oder in einem dunklen Flur die Beleuchtung anzuschalten, zu all diesen alltäglichen Handlungen sind sie nicht mehr in der Lage. Es besteht nicht nur das Unvermögen, die störenden Reizquellen zu regulieren, sondern darüber hinaus auch das Unvermögen, diese Eindrücke in den situativen Kontext einzuordnen, ihnen einen Sinn oder eine Bedeutung zuzuordnen. Wenn das laute Telefonläuten nicht mehr als Telefonläuten verstanden werden kann, sondern nur noch als ein unangenehm lautes Geräusch, dessen Ursache man sich nicht zu erklären weiß, dann entsteht leicht Unsicherheit und Angst.

Damit dieses Stress- und Überforderungsverhalten möglichst selten im Heimbereich auftritt, ist man in einigen Altenpflegeheimen in den USA bereits vor einigen Jahrzehnten dazu übergegangen, bestimmte Umweltreize wie die Lautstärke bestimmter Gegenstände wie Telefon, Radio, Fernsehen und auch das Rufen und laute Sprechen der Mitarbeiter gezielt zu vermindern. (Cleary et al. 1988, Meyer et al. 1992). Parallel zu der Minderung der akustischen Reize werden auf diesen Wohnbereichen spezielle Kleingruppenaktivitäten angeboten, wobei es sich überwiegend um hauswirtschaftliche Beschäfti-

gungen, Singen, Musik hören etc. handelt. Berichtet wird, dass diese veränderten Milieustrukturen u. a. ein geringeres Niveau der Agitiertheit und der Aggressivität hervorrufen (Cleary et al. 1988, Hall et al. 1986).

Neben diesem Modell der gezielten Reizreduzierung in Verbindung mit sozialen Stimulierungs- und Aktivierungsangeboten werden auch Strategien einer gezielten Reizdarbietung realisiert. Hintergrund dieser Vorgehensweisen ist die Erkenntnis, dass Demenzkranke und auch nicht geistig beeinträchtigte Bewohner auf Reizarmut im Sinne eines Deprivationserlebens mit Stress reagieren (Arnetz et al. 1983). Dieser Stress äußert sich u. a. in motorischer Unruhe oder ständigen Lautäußerungen, die auch als Eigenstimulierung in einer reizarmen Umwelt gedeutet werden können. Bezogen auf einzelne Bewohner als auch auf das Gemeinschaftsmilieu werden im Falle einer eklatanten Reizarmut z. B. akustische Stimuli wie z. B. die Geräusche eines Haarföns eingesetzt (Burgio et al. 1996, Sloane et al. 1997).

Eine weitere Form der Reizregulation im Milieu besteht aus dem Ansatz des kontrollierten Stimulus-Einsatzes. Meist handelt es sich hierbei um die gezielte und situationsspezifische Darbietung von Entspannungsmusik u. Ä. zwecks Beruhigung der oft verängstigten Bewohner (Maas 1988). Neben diesen geplanten und institutionalisierten Formen der Reizdarbietung wird auch von spontanen Einsätzen von Stimuli berichtet. In einem Altenpflegeheim in Deutschland begannen die Pflegekräfte angesichts der Verängstigung vieler Bewohner spontan an zu singen.

In einem anderen Heim wurde in derselben Situation spontan von den Pflegekräften ein Stuhlkreis mit den verunsicherten Bewohnern gebildet, um ihnen etwas vorzulesen bzw. etwas zu erzählen. Diese ungeplanten Interventionsformen führten zur raschen Beruhigung der Bewohner.

Das Intervallkonzept

Innere Reiz- und zugleich auch Stressbelastungen treten bei Demenzkranken bedingt durch den Verlust an psychischen Puffern wie Eigenregulierung und Relativierung auf. Je weiter der demenzielle Abbauprozess fortschreitet, um so mehr vermindert sich das Vermögen der Betroffenen, angemessen auf die soziale und sensorische Stimulierung der Umwelt zu reagieren und auch die eigenen Gefühle, Empfindungen und Ängste zu kontrollieren. Im Alltag wirkt sich diese Schwäche dergestalt aus, dass die Demenzkranken im Laufe des Tages immer stärker in die Phase des ängstlichen Verhaltens und anschließend in die Phase des dysfunktionalen Verhaltens geraten, da sie nicht mehr die Fähigkeit besitzen, sich selbst und ohne fremde Hilfe Ruhe und Entspannung zu verschaffen. Sie steigern sich somit aufgrund eines fehlenden Regulativs schnell in die Phase ständiger Überforderung und Überlastung hinein.

Das Kernelement des Intervallkonzeptes besteht in der Überlegung, die zunehmend eingeschränkte Belastungsgrenze durch eine Vielzahl von sozialen, organisatorischen und emotional stabilisierenden Milieufaktoren abzusichern, so dass die Bewohner nicht in den Bereich des Stresses oder der anschließenden Überforderung hineingelangen. Phasen der Ru-

he und Entspannung werden im Rahmen der Tagesstrukturierung in das Alltagsgeschehen eingegliedert (Peppard 1986). Als ein Regulativ hat sich der Mittagsschlaf z. B. bei stark agitierten Bewohnern bewährt (Sloane et al. 1998).

Auch in der Körperpflege ist das Intervallkonzept ein wichtiges Strukturierungselement, ohne das eine angemessene Pflege kaum zu realisieren ist (Lind 2003).

Aspekte der Tagesstrukturierung

Die Grund- und Körperpflege Demenzkranker ist allseits bekannt ein höchst sensibler und gleichzeitig auch fragiler Prozess, denn hier stoßen zwei Lebenswelten unmittelbar aufeinander, so nah wie nur körperliche Berührungen sein können: Die Lebenswelt der Demenzkranken und die Arbeitswelt der Pflegekräfte. Beide Welten haben ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten und Eigentümlichkeiten, doch es besteht auch eine Reihe von Überschneidungen. Diese erlauben es, dass die Kontakte zwischen Pflegekraft und Demenzkranken harmonisch und meist konfliktfrei gestaltet werden können.

Eine Eigenheit der Demenzpflege besteht in der Ungleichgewichtigkeit der Anpassungsfähigkeit der Teilnehmer: Während der Demenzkranke aufgrund der krankheitsbedingten hirnphysiologischen Einbußen über eine äußerst geringe Flexibilität und Umweltkompetenz verfügt, besitzt die Pflegekraft über ein recht umfangreiches Spektrum an Kommunikations- und Umgangsstilen. Diese bieten ihr vielerlei Möglichkeiten zur Anpassung an das reduzierte Leistungs- und Reaktionsvermögen der Demenzkranken.

Die Dyade Pflegekraft – Demenzkranke

Die Pflegehandlungen bilden den sensibelsten Bereich in der Pflegemitarbeiter-Bewohner-Interaktion, geschehen diese Tätigkeiten doch in und an den intimsten Zonen des Menschen, seinem Körper. Es findet bei diesen Pflegehandlungen ständig ein unmittelbarer Körperkontakt zwischen zwei Personen statt, wobei in der Regel die Pflegekraft agiert, während der Demenzkranke reagiert. Die Pflegekraft als Pflegesubjekt weiß genau um Grund, Dauer und Intensität der Pflegeprozedur. Der demenziell Erkrankte als Pflegeobjekt weiß hingegen häufig nicht, warum und weshalb etwas an ihm und mit ihm geschieht.

Pflegehandlungen im Bereich der Demenzpflege besitzen erste Priorität im Rahmen der Organisation der Tagesstruktur, andernfalls droht physisches und psychisches Überforderungsverhalten bei den Betroffenen. So haben Untersuchungen ergeben, dass bei der Körperpflege bei den Betroffenen verstärkt Unruhe, Angstbezogene Lautäußerungen und auch tätliche Aggressionen auftreten. Wahnhaftige Verkennungen verbunden mit Flucht- und Angriffsreaktionen sind auch wiederholt im Kontext der Körperpflege festgestellt worden (Bridges-Parlet et al. 1994, Cohen-Mansfield et al. 1990, Nilsson et al. 1988).

Aufgrund dieser tief wirkenden und äußerst belastenden Auswirkungen der Pflege bei den Demenzkranken gilt es somit, der Körperpflege den ihm gebührenden Platz in den Alltagsstrukturen des Heimes einzuräumen. Ein zentrales Ziel hierbei be-

steht im Bereich der Körperpflege in der Minderung oder gar Vermeidung dieser Stresssymptome bei den Demenzkranken. Alle Pflege-, Organisations- und Milieuaspekte sind somit auf diese sensiblen Interaktionsprozesse auszurichten.

Das Konzept der Kern- und Zwischenphasen

Die Formen der Interventionen (Pflege, Betreuung, Begleitung etc.) lassen sich grob in pflegerische und betruerische Maßnahmen unterscheiden. Gemäß dem Modell der extremen Stressanfälligkeit der Pflege kann die Tagesstrukturierung im Wohnbereich Demenzkranker in „Kern- und Zwischenphasen“ unterschieden werden, wobei die Kernphasen mit den pflegerischen Interaktionen Priorität hinsichtlich Stressreduzierender Interventionsformen gegenüber den Zwischenphasen mit den betruerischen Aktivitäten besitzen.

Die betruerischen Gruppenangebote in den Zwischenphasen besitzen die zentrale Funktion einer ergänzenden und damit umfassenden Tagesstrukturierung, die vordringlich als Schutz und Puffer vor einem eventuellen Abgleiten in Zustände des Realitätsverlustes zu dienen hat (siehe 1.1 Schutzfunktion). Die betruerischen Maßnahmen sollen somit die Zwischenphasen mit Beschäftigungen, Ablenkungen und Empfindungen der Gemeinschaft ausfüllen. Ein „soziales Vakuum“ im Sinne eines Leerlaufes gilt es hierdurch zu vermeiden, der für viele Demenzkranke eine Überforderung und Überlastung darstellt.

Es lässt sich somit das Fazit ziehen, dass Gruppenangebote für Demenzkranke ein notwendiger Bestandteil ihrer Lebenswelt darstellt. Sie haben für ihre eingeschränkte Lebensgestaltung einen bedeutsamen Stellenwert, denn sie vermitteln wie die demenzspezifische Pflege Lebensqualität im Sinne des Wohlbefindens und der Zufriedenheit.

Das Modell der Überschneidungsphasen

Gemäß dem Konzept der Kern- und Zwischenphasen bedarf es interner Abstimmungen zwischen den Mitarbeitern bezüglich der Durchführung von pflegerischen und betruerischen Interventionen. Häufig treten gegenwärtig so genannte Schnittstellenprobleme dergestalt auf, dass bestimmte Terminvorgaben für die Durchführungen von betruerischen Maßnahmen (überwiegend Gruppenangebote zur Aktivierung und Beschäftigung) die Mitarbeiter in der Pflege zu zügigem und oft hektischem Handeln veranlassen. Demenzkranke auf einen bestimmten Zeitpunkt hin zu pflegen, ist meist mit Hektik verbunden, die von den Betroffenen nicht mehr angemessen bewältigt werden kann.

Das Kernproblem hierbei besteht in der unzureichenden zeitlichen Flexibilität zwischen verschiedenen Mitarbeitergruppen mit unterschiedlichen Handlungsvollzügen. Da die pflegerischen Interventionen aufgrund des erhöhten Risikos einer psychophysischen Dekompensation das Primat gegenüber betruerischen Handlungen hinsichtlich der Gestaltung der Tagesstruktur besitzen, ist somit ein Modell zu implementieren, dass die potentiellen Schnittstellenprobleme möglichst vermindert.

Ein Ansatz bietet das so genannte „Modell der Überschneidungsphasen“ bei dem Übergang von pflegerischen zu betreuerischen Aktivitäten. Es besagt, dass anstelle der bisherigen Nahtstellen zwischen den verschiedenen Betreuungs-Modulen (z. B. Pflege-Modul wird von Aktivierungs-Modul abgelöst) Überschneidungsphasen treten. Es kann auch als ein fließender Übergang bezeichnet werden. Konkret bedeutet dies, dass z. B. der Singekreis nicht um Punkt 9.30 Uhr beginnt, sondern dass man sich dem Kreis ohne weiteres von 9.15 – 9.45 Uhr hinzu gesellen kann.

Parallelstrukturen anstelle einer Einheitsstruktur in der Tagesgestaltung

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

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

Bei einem zugestandenen Maß an Planungs- und Entscheidungskompetenz sind die Pflegekräfte in der Regel fähig, ihre Organisationsstrukturen mit dem Bewohnerverhalten abzustimmen.

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

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

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

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

Die Schaffung und Gestaltung von Parallelstrukturen bieten Gewähr, möglichst viele Faktoren (Tagesformen, „Bewohner-

fahrpläne“ etc.) in die Lebenswelt im Wohnbereich integrieren zu können. Erforderlich hierfür ist jedoch eine Homogenisierung der Klientel und damit auch der Arbeitsabläufe (Lind 2000).

Die Bedeutung des Präsenzmilieus

Einen nicht unbeträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit verbringen die Pflegekräfte mit so genannten bewohnerfernen Handlungen wie Dokumentation, Organisation und hauswirtschaftliche Tätigkeiten u. a. In der Regel geschieht dies in den entsprechenden Funktionsräumen (Pflegestützpunkt, Stationsküche, Wäschekammer etc.). Hierdurch wird der Kontakt «Pflegekraft-Bewohner» auf die aktiven Interaktionen, die meist von den Pflegekräften ausgehen, beschränkt. Dies hat zur Folge, dass die Bewohner sich häufig verloren und alleingelassen fühlen und sich auf die Suche nach Schutz und Geborgenheit machen.

Das Präsenzmilieu hingegen erweitert die Kontakthäufigkeit beträchtlich, indem es die passiven Kontakte so fördert, dass die Mitarbeiter von den Bewohnern bei ihren nicht-pflegerischen Tätigkeiten gehört, gesehen und auch berührt werden können.

Das Konzept lautet: bewohnerferne Tätigkeiten möglichst bewohnernah ausführen.

Vom Raumprogramm her bedeutet dies, dass die Funktionsräume in die Gemeinschaftsflächen eingegliedert werden oder direkt an sie angrenzen.

Raumkonzepte für ein Präsenzmilieu sind:

- Der Pflegestützpunkt ist direkt in den zentralen Gemeinschaftsraum integriert und vielleicht nur durch einen Treppen von diesem getrennt.
- Die Stationsküche ist ebenfalls Bestandteil dieser Gemeinschaftsflächen, so dass alle Mahlzeitenvorbereitungen in Gegenwart der Bewohner durchgeführt werden können.
- Auch Wäsche- und Materiallager lassen sich in diesem Bereich eingliedern, so dass z. B. die Bewohner beim Ein- und Ausräumen nicht nur zusehen, sondern vielleicht auch noch kleinere Hilfestellungen leisten können.

Bei konsequenter Umsetzung dieser Milieustruktur kann erreicht werden, dass tagsüber «Leben» auf dem Wohnbereich zu erfahren ist. Durch die starke Überschneidung und fast schon Deckung von Wohn- und Arbeitsmilieu wird die erforderliche sensorische und soziale Stimulierung der Bewohnerschaft deutlich gesteigert und verstetigt.

Die Übereinstimmung von Arbeits- und Lebenswelt

Der entscheidende Faktor für den Aufbau eines demenzspezifischen Milieus liegt in der Übereinstimmung der Lebenssphären der Bewohner mit der Arbeitssphäre der Mitarbeiter begründet. Das Altenpflegeheim als ein sozialökologisch komplexes Gebilde stellt sowohl Wohn- und Lebensmilieu für die Bewohner als auch Arbeitsmilieu für die Mitarbeiter dar. In der Übereinstimmung beider Teilbereiche liegt der Schlüssel für ein Optimum an Pflegeleistungen u. a. in Gestalt der Zu-

friedenheit der Bewohner und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter, denn zwischen Lebens- und Arbeitsmilieu besteht ein enger Zusammenhang.

Ein schlechtes Arbeitsmilieu wirkt sich auf das Wohn- und Lebensmilieu aus wie auch umgekehrt. Pflegeorganisation, Raumstruktur und Versorgungsphilosophie sind an diesem Gestaltungs- und Strukturprinzip auszurichten, andernfalls droht die Gefahr belastender Lebens- und Arbeitsverhältnisse, denn im Altenpflegeheim besitzt die Kommunikation und Interaktion zwischen Bewohnern und Pflegemitarbeitern aufgrund der Pflegebedingten Abhängigkeit von den Pflegenden einen Milieuentscheidenden Charakter (Lind 2004).

Ein zentrales Element in der Optimierung der Arbeitsbedingungen in der Pflege und Betreuung Demenzkranker besteht in der Stressminderung bei diesen sensiblen Handlungen. Stressminderung bedeutet zugleich auch Arbeitserleichterung, wie an verschiedenen Strukturen der Arbeitsabläufe festzustellen ist.

Folgende Faktoren sind hierbei zu berücksichtigen:

- Zeitdruck mindern
- Schnittstellenprobleme lösen
- Arbeitserleichterung durch Vermeidung der Umwidmung von Pflegepersonalstellen
- Arbeitserleichterung durch Homogenisierung der Bewohnerschaft
- Arbeitserleichterung durch Arbeitszeit- und Schichtregelungen gemäß den arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen
- Faktor Verhaltenssicherheit durch auf Erfahrungen basierenden Umgangsformen
- Verhaltenssicherheit und Arbeitserleichterung durch beschützende Unterbringung der Demenzkranken

Fazit

Es kann festgestellt werden, dass die Lebenswelt Demenzkranker durch eine Vielzahl von Interventionsformen positiv beeinflusst werden kann. Die zentralen Elemente der Milieugestaltung bestehen aus den Interaktionen zwischen den Mitarbeitern und Bewohnern, wobei drei Regeln stets zu beachten sind.

Erstens sollten die Pflegenden und auch die anderen Mitarbeiter möglichst ruhig und gelassen auftreten können. Das heißt u. a., unnötiger Stress oder Hektik sollten vermieden werden.

Zweitens sollten die Mitarbeiter möglichst immer im Nahbereich der Demenzkranken präsent sein, denn dadurch werden die Gefühle von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Und drittens sollte immerwährend darauf geachtet werden, dass die gesamte Lebenswelt und damit auch das Milieu nach

den Prinzipien der Stetigkeit ausgerichtet sind. Denn nur dadurch können Empfindungen der Vorhersehbarkeit und Überschaubarkeit bei den Demenzkranken entstehen, die die Grundlage von Sicherheit, Vertrautheit und Schutz bilden.

Literatur

- Arnetz, B. B., Theorell, T., Levi, L. et al. (1983). An experimental study of social isolation of elderly people: Psychoendocrine and metabolic effects. *Psychosomatic Medicine*, 45 (5), 395 - 406.
- Bridges-Parlet, S., Knopman, D. & Thompson, T. (1994). A descriptive study of physically aggressive behavior in dementia by direct observation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 192 - 197.
- Burgio, L. D., Scillely, K., Hardin, J. M. et al. (1996). Environmental „white noise“: An intervention for verbally agitated nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B (6), P364 - P373.
- Cleary, A., Clamon, C., Price, M. et al. (1988). A reduced stimulation unit: Effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *The Gerontologist*, 28 (4), 511 - 514.
- Cohen-Mansfield, J. & Marx, M.S.(1990). The relationship between sleep disturbances and agitation in nursing home. *Journal of Aging and Health*, 2 (1), 42 - 57.
- Hall, G., Kirschling, M. V. et al. (1986). Sheltered Freedom: An Alzheimer's unit in an ICF. *Geriatric Nursing*, 7, 132 - 137.
- Johannsen, P., Jakobsen, J., Bruhn, P. et al. (1999). Cortical responses to sustained and divided attention in Alzheimer's disease. *NeuroImage*, 10, 269-281.
- Langland, R. M. & Panicucci, C.(1982). Effects of touch on communication with elderly confused clients. *Journal of Gerontological Nursing*, 8, 152 - 155.
- Lind, S. (2000). Umgang mit Demenz. Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden. Stuttgart:
- Lind, S. (2003). Demenzkranke Menschen pflegen. Bern.
- Lind, S. (2004). Das Drei-Faktoren-Konzept der Demenzversorgung im Heim.Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, 55 (2), 19 - 25.
- Maas, M.(1988).Management of patients with Alzheimer's disease in long term care facilities. *Nursing Clinics of North America*, 23 (1), 57 - 68.
- Meyer, D. L., Dorbacker, B., O'Rourke, J. et al. (1992). Effects of a 'quiet week' intervention on behavior in an Alzheimer boarding home. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 7 (4), 2 - 7.
- Millard, K. A. & Smith, J. M.(1989). The influence of group singing therapy on the behavior of Alzheimer's disease patients. *Journal of Music Therapy*, 26 (2), 58 - 70.
- Miller, R. I. (1994). Managing disruptive responses to bathing by elderly residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 20 (11), 35 - 39.
- Namazi, K. & Johnson, B. (1992). How familiar task enhance concentration in Alzheimer's disease patients. *The American Journal of Alzheimer's Disease and Related Disorders & Research*, 7 (1), 35 - 40.
- Nilsson, K., Palmstierna, T. & Wistedt, B. (1988). Aggressive behavior in hospitalized psychogeriatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 78, 172 - 175.
- Peppard, N.R. (1986). Special nursing home units for residents with primary degenerative dementia: Alzheimer's disease. *Journal of Gerontological Social Work*, 9 , 5 - 18.
- Schaade, G. (2004). Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. (3., überarbeitete Auflage), Berlin.
- Sloane, P. D., Davidson, S., Buckwalter, K. et al. (1997). Management of patient with disruptive vocalization. *The Gerontologist*, 37 (5), 675 - 682.
- Sloane, P. D., Mitchell, C.M., Preisser, J.S. et al. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of American Geriatrics Society*, 46 (7), 862 - 869.
- Smith, M., Gerdner, L. A., Hall, G. R. & Buckwalter, K. C. (2004). History, Development, and Future of the Progressively Lowered Stress Threshold: A Conceptual Model for Dementia Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52 (10), 1755 - 1760.
- Stolley, J. M., Reed, D. & Buckwalter, K. C. (2002). Caregiving appraisal and interventions based on the progressively lowered stress threshold model. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17 (2),110 - 120.