

Bachelorarbeit

Christina Schmidt



„Alzheimer Demenz in verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen – Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit“

2013



Hochschule Mittweida/ University of Applied Sciences

Fakultät Soziale Arbeit

Bachelorarbeit

“Alzheimer Demenz in verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen- Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit“

Autorin: Christina Schmidt

Matrikel-Nr.: 22518

Telefon: 03433/903716

Seminargruppe: 8. bbS; WS 2012/13

Erstprüfer: Herr Dr. phil. Michel C. Hille

Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. phil. Stephan Beetz

Eingereicht am 18.01.2013

Bibliographische Angaben

Schmidt, Christina

„Alzheimer Demenz in verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen –
Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit“

„Alzheimer´s dementia in different housing types and forms of care –
consequences for psychosocial work“

56 Seiten; Hochschule Mittweida/ Rosswein, University of Applied
Sciences – Fakultät: Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2013

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Abkürzungsverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1. Zum Anliegen dieser Arbeit	2
1.2. Diskussion demografischer Daten	3
2. Demenz- Begriffsklärungen	5
2.1. Begriff: Demenz	5
2.2. Definition der Demenz nach ICD- 10	5
2.3. Arten von Demenz	5
2.4. Die Alzheimer Krankheit- speziell	6
2.4.1. Die Entdeckung	6
2.4.2. Ursachen von Alzheimer aus medizinischer Sicht	7
2.4.3. Definition von Alzheimer Demenz laut ICD- 10	7
2.5. Symptome und Auswirkungen der Krankheit	7
3. Ausdruck der Alzheimer Demenz in verschiedenen Settings	11
3.1. Beschreibung einiger Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz	11
3.1.1. Ambulante Pflege im eigenen Wohnraum	11
3.1.2. Tagespflege	12
3.1.3. Leben bei den Angehörigen	12
3.1.4. Mehrgenerationenhäuser	13
3.1.5. Stationäre Betreuung im Altenpflegeheim	13
3.1.6. Spezielle Wohnformen für Menschen mit Demenz	14
3.1.6.1. Hausgemeinschaften	14
3.1.6.2. Demenzwohngruppen	15

3.1.6.3. Wohngruppen für die besondere Dementenbetreuung	16
3.1.7. Leben und Betreuung im Hospiz	16
3.2. Herausforderndes Verhalten von Alzheimer- Patienten in spezifischen Wohn- und Betreuungsformen – Folgen für die Pflegenden	17
3.2.1. Begriff: Herausforderndes Verhalten	17
3.2.2. Pflege durch die Angehörigen	18
3.2.3. Alzheimer im Altenpflegeheim	21
3.2.4. Alzheimer in speziellen Wohngruppen	22
3.2.5. Alzheimer im Hospiz	24
3.3. Ist „Leben in Privatheit“ auch für Demenzkranken von Bedeutung?	27
4. Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit	29
4.1. Begriff: Soziale Arbeit	29
4.2. Begriff: Psychosoziale Arbeit	30
4.3. Welche Anforderungen an die psychosoziale Arbeit leiten sich aus den Beispielen ab?	31
5. Künftige Aufgaben und Herausforderungen an die Soziale Arbeit im Tätigkeitsfeld der Betreuung demenzkranker Menschen	35
5.1. Was bietet und leistet die Soziale Arbeit bereits hinsichtlich aller Beteiligten?	35
5.2. Welchen wichtigen Aufgaben muss sich die Soziale Arbeit in Zukunft noch stellen?	39
6. Mein Fazit	43
Literaturverzeichnis	VII
Internet- und Bildquellen	X

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend
ICD 10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision
IFSW	International Federation of Social Workers
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.
PNG	Pflegeneuausrichtungsgesetz
SGB XI	Sozialgesetzbuch - Elftes Buch (Soziale Pflegeversicherung)

1. Einleitung

Im Laufe meines Bachelorstudiums Soziale Arbeit ist mir aufgefallen, dass das Thema Alter, Altenpflege, sowie die Betreuung älterer Menschen gesellschaftlich enorm in den Vordergrund der Überlegungen und Forschungen gerückt ist. Wir alle, zumindest ein großer Teil von uns, haben im täglichen Leben mit älteren Mitbürgern zu tun, wenn nicht beruflich, dann aber im privaten Bereich mit Großeltern, Eltern oder Nachbarn. Das heißt, dass auch wir vor diesem Thema nicht Halt machen können.

Als gelernte und auch praktizierende Erzieherin habe ich meinen Fokus seit über zwanzig Jahren fast ausschließlich auf heranwachsende Kinder im Alter von 0-10 Jahren, und deren Bedürfnisse und Entwicklungsschritte ausgerichtet. Dieses Studium aber, für das ich diese Arbeit schreibe, und welches ich neben meiner beruflichen Tätigkeit als Horterzieherin absolviere, hat meinen sozialen Horizont auch für ganz andere Bereiche und Lebensalter weit geöffnet. Ein großes Interesse entwickelte ich unerwarteter Weise für das Thema „Alter“, was nun eigentlich völlig gegensätzlich zu meiner jetzigen Praxis steht. Einen Grund sehe ich darin, dass meine Eltern schon beide über 80 Jahre alt sind, und ich als Tochter somit auch in der Thematik verankert bin. Man freut sich, wenn die nahen Verwandten geistig noch gut beieinander und körperlich gesund sind. Doch diese heile Welt kann sich sehr schnell ändern und viele Familien haben kein so großes Glück damit wie vielleicht andere. Einige müssen sich schon früh mit den typischen Gebrechen des Alters bei ihren Angehörigen auseinandersetzen.

Zu diesen markanten Alterserkrankungen gehört zum Beispiel auch die Demenz, mit welcher ich mich im Rahmen dieser Bachelorarbeit näher auseinandergesetzt habe und welche ich zum Hauptthema wählte, zu dessen speziellen Inhalt ich hiermit nun überleiten möchte.

Der Verlauf und die Auswirkungen einer Demenz im Alter, insbesondere der Alzheimer Demenz hat meine Aufmerksamkeit

besonders gefesselt. So schrecklich und unbarmherzig, dieses Leiden für alle Beteiligten ist, so ist es doch paradox, dass die Betroffenen in ihrer geistigen, oft auch körperlichen, Entwicklung quasi wieder in ihre Kindheit zurückgehen müssen, um sich dann dort vom Leben zu verabschieden. Die Biographie schaltet den Rückwärtsgang ein, und obwohl man alt ist, ist man plötzlich wieder auf eine Art von Erziehung oder besser noch auf Begleitung durch Andere angewiesen, ähnlich wie unsere Kinder. In meiner Arbeit möchte ich tiefer in einige Sequenzen dieses Krankheitsbildes und dessen Folgen eindringen.

1.1. Zum Anliegen dieser Arbeit

Das Anliegen meiner Ausarbeitungen sehe ich darin, den Hauptleidtragenden, und damit meine ich neben dem Betroffenen in erster Linie die näheren Angehörigen, transparent zu machen, welche Arten der Unterbringung und Betreuung es für demenzkranke alte Menschen überhaupt gibt, wie sich das Leiden dort äußert, und welche Folgen das für die Pflegenden hat. Ich möchte zeigen, dass es Auswahlmöglichkeiten gibt, nach denen man nach individuellen Bedürfnissen und Eigenheiten des Patienten die passende Wohn- und Pflegevariante finden kann, mit der alle gut leben können. Weiterhin möchte ich Angehörigen Mut machen, ihr betroffenes Familienmitglied ohne schwere Schuldgefühle oder Versagensängste in andere Obhut zu geben, wenn die eigenen Kräfte zur Pflege nicht mehr ausreichen. Ein weiterer Zweck meiner Ausführungen soll sein, zu zeigen, wie wichtig es ist, das Augenmerk nicht nur allein auf den Kranken zu richten, sondern zu erkennen, dass auch die Pflegenden ein unersetzbar wertvolles Glied in der Kette dieses Krankheitsverlaufes sind, und diese deshalb enormen Schutz- und Auffangbedarf haben. Mit meiner Arbeit möchte ich einen Beitrag leisten, die Lebensqualität von Betroffenen und Pflegenden zu steigern. Für die Politik und für die Soziale Arbeit ist ein Umdenken im Gange, viele Studien wurden erhoben und Erfahrungsberichte wie auch Interviews ausgewertet. Sollte es gelingen, hieraus ein abgerundetes Ganzes zu formen, könnte in Zukunft das „Schreckgespenst Demenz“ bald an Kraft verlieren und

neue Perspektiven eröffnen. Es ist allerdings, auch hinsichtlich der demografischen Entwicklung, noch viel Engagement und Ideenreichtum aller Beteiligten notwendig um dieses Ziel zu erreichen.

1.2. Diskussion demografischer Daten

Bei meinen Recherchen fiel mir auf, dass, wenn man in der heutigen Zeit Studien über das Alter oder über Altersstrukturen aufstellen möchte, man die demografische Situation und deren zukünftige Entwicklung nicht mehr außer Acht lassen kann. Zu markant sind die Veränderungen in Bezug auf die immer höher werdende Lebenserwartung der Menschen im Gegensatz zu früher und der zahlenmäßige Anstieg der älteren Mitbürger. „Die Gründe dafür sind vielfältig, hängen aber unmittelbar mit der medizinischen Entwicklung und mit den Errungenschaften, welche die sozialen Leistungen betreffen, zusammen. Besonders die Beherrschung der Infektionskrankheiten (Pocken, Pest, Ruhr, Tuberkulose usw.) und die gesetzliche Verankerung des Anspruches auf Krankenversicherung, Arbeitslosengeld und Urlaub bilden die Basis für ein gesünderes und besseres und damit längeres Leben.“ (K.-H. Tragl in Thür 2004, S. IX). „Im Jahr 2030 werden voraussichtlich 17% weniger Kinder und Jugendliche in Deutschland leben als heute. Statt 15,6 Millionen heute werden es nur noch 12,9 Millionen unter 20-Jährige sein. Die Personen im erwerbstätigen Alter – heute üblicherweise zwischen 20 und 65 Jahren – werden um ca. 15% bzw. 7,5 Millionen Menschen zurückgehen. Die Altersgruppe der 65- Jährigen und Älteren wird hingegen um rund ein Drittel (33%) von 16,7 Millionen im Jahr 2008 auf 22,3 Millionen Personen im Jahr 2030 ansteigen“ (Statistisches Bundesamt, 2011). Diese Tatsache hat zur Folge, dass sich auch die Zahl der Demenzbetroffenen enorm erhöhen wird, weil einfach mehr Menschen im kritischen Lebensalter vorhanden sind. Um diese Aussagen zu unterlegen, greife ich auf das statistische und epidemiologische Material zurück, welche die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, unter Mithilfe von Dr. Horst Bickel –Psychiatrische Klinik

und Poliklinik der technischen Universität München, zusammengetragen hat.

Etwa 1,2 Millionen Demenzkranke leben aktuell in Deutschland, davon sind ungefähr 800.000 vom Alzheimer - Typ betroffen. Zahlreichen Forschungen zufolge gibt es jedes Jahr ca. 300.000 Neuerkrankungen. Durch die Bevölkerungsalterung steigt auch die Anzahl der Demenzfälle kontinuierlich an. Sollte es keinen medizinischen Durchbruch geben, der es schafft dieses Krankheitsbild zu verhindern bzw. zu heilen, muss schätzungsweise im Jahr 2050 mit etwa 2,6 Millionen Betroffenen gerechnet werden, was einer Erhöhung der Patientenzahlen um fast 35.000 pro Jahr entspricht. Laut statistischer Aussage würde jeder dritte Mensch, der ein Alter von 65 Jahren erreicht, im weiteren Verlauf seines Lebens an einer Demenz erkranken.

Bei der Frage nach geschlechtlichen Unterschieden wird die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken bei Männern und Frauen im gleichen Alter ähnlich hoch eingeschätzt. Hierbei muss aber beachtet werden, dass Frauen im Allgemeinen eine höhere Lebenserwartung haben und zahlreicher im kritischen Altersbereich vertreten sind als die Männer. Sie liegen somit mit 70% Krankheitsrate deutlich höher als die männlichen Vertreter, mit nur 30% Erkrankungsrisiko. (vgl. Bickel, 2010,S. 5/6)

„Der überwiegende Teil von Menschen mit Demenz lebt in der eigenen Häuslichkeit und wird dort von Angehörigen und ambulanten Diensten versorgt. Vor allem in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung werden die Belastungen für häusliche Settings jedoch so groß, dass der Umzug in eine stationäre Einrichtung notwendig wird. Demenzen werden für rund zwei Drittel aller Heimeinweisungen verantwortlich gemacht. Aktuell gehen Forscher davon aus, dass 35 bis 40% aller Demenzkranken in stationären Pflegeeinrichtungen betreut werden.“ (Heeg/Bäuerle 2012, S.14)

2. Demenz – Begriffsklärungen

2.1. Begriff: Demenz

„Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich in Gedächtnisbeeinträchtigungen plus mindestens einer der folgenden Störungen zeigen: Aphasie (Störung der Sprache), Agnosie (Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen), Störung der Exekutivfunktionen (Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge). Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.“ (Heeg/ Bäuerle, 2008, S. 272).

2.2. Definition der Demenz nach ICD -10

„Demenz (F00- F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen und fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer- Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (URL1: ICD- Code, 2013)

2.3. Arten von Demenz

Wie im vorangegangenen Abschnitt deutlich wird, ist die Demenz eine Art Sammelbegriff für viele Krankheiten, welche im Gehirn Ihren Verlauf nehmen können. Diese möchte ich der Vollständigkeit halber kurz nennen, aber nicht näher erläutern. Neben der am häufigsten auftretenden Demenzform, der Alzheimer Krankheit, auf welche ich später näher eingehe, gibt es die auf dem zweiten Platz rangierende vaskuläre (gefäßbedingte) Demenz. Weitere Arten sind zum Beispiel,

Parkinson oder Lewy- Body- Demenz, sowie die Frontotemporale Demenz. Möglich sind auch verschiedene Mischformen und sogenannte sekundäre Demenzformen.

2.4. Die Alzheimer Krankheit - speziell

Die Bekannteste und am stärksten vertretene Demenzform ist die Alzheimer Krankheit. Sie schlägt mit etwa 50 - 60% aller bei Ärzten registrierten Fälle zu Buche (vgl. Buijssen 2008,S. 22). Deshalb werde ich mich im weiteren Verlauf meiner Ausführungen ausschließlich mit dieser Form von Demenz beschäftigen. Aus diesem Grund wird in dieser Ausarbeitung auch der Begriff Demenz, wenn nicht anders angegeben, künftig den Alzheimer- Typ bezeichnen.

2.4.1 Die Entdeckung

Dem Bayerische Psychiater und Neuropsychologen Alois Alzheimer (1864-1915) gelang es, durch die Beobachtung und Untersuchung merkwürdiger Gedächtnisstörungen bei seinen Patienten, dieses Phänomen als ein potientielles eigenständiges Krankheitsbild zu enttarnen. „Nachdem er eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten zu Erkrankungen des Gehirns veröffentlicht hatte, hielt er am 3. November 1906 einen Vortrag bei der 37. Versammlung Südwestdeutscher Irrenärzte, die ihn berühmt machen sollte. In diesem Vortrag beschrieb Alzheimer das „eigenartige Krankheitsbild“ seiner Patientin Auguste D. (16. Mai 1850- 8. April 1906). Bei ihr machte sich früh eine auffallende Gedächtnisschwäche bemerkbar, die mit Desorientierung und Halluzinationen verknüpft war und zu ihrem Tod im Alter von 55 Jahren führte. Die Obduktion des Gehirns ergab eine Reihe von Anormalitäten: Die Hirnrinde war dünner als normal und Ablagerungen eigentümlicher Stoffwechselprodukte in Form von Plaques waren zu finden. Mit einem neuartigen Färbemittel konnte Alzheimer erstmals auch eine Veränderung der Neurofibrillen nachweisen. Die mit diesen auffälligen Veränderungen des Gehirns verknüpfte Krankheit nannte Kraepelin später nach Alzheimer.“ (URL2: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2012)

2.4.2. Ursachen von Alzheimer aus medizinischer Sicht

„Ursache der degenerativen Prozesse bei der (senilen) Demenz vom Alzheimer- Typ (DAT) sind vor allem Eiweißablagerungen im Gehirn, die zum Absterben von Nervenzellen führen, während es gleichzeitig zu Entzündungen und einer Beeinträchtigung verschiedener Botenstoff-Systeme kommt, insbesondere des für das Gedächtnis wichtigen Acetylcholins. Die Informationsübertragung zwischen den Nervenzellen verschlechtert sich zunehmend, mit der Folge eines schrittweisen Verfalls der geistigen Leistungsfähigkeit bis hin zu völligem Gedächtnisverlust.“ (ambet e. V. 2009, S.21)

2.4.3. Definition von Alzheimer Demenz laut ICD-10

Diese Art von Demenz ist im ICD -10 Verzeichnis wie folgt klassifiziert worden: „Die Alzheimer- Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren.“ (URL1: ICD- Code 2013)

2.5. Symptome und Auswirkungen der Krankheit

Eine Demenz nimmt dem Betroffenen fortschreitend und kontinuierlich sein größtes Gut, welches er besitzt, nämlich den Verstand. „So ist er nicht mehr imstande, Informationen vom Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis zu transferieren. Seine Einprägung ist gestört. Er erinnert sich nicht mehr an das, was er vor einer halben Minute erfahren hat.“ (Buijssen,2008, S. 56) Dieser schleichende Prozess wird vom Kranken bei vollem Bewusstsein erlebt und ist daher auch Anlass für Angst und Scham gegenüber den Mitmenschen. Der Verlauf der Alzheimer-Demenz ist bei jedem Patienten individuell verschieden und wird von jedem auch unterschiedlich erlebt. Viele versuchen ihre kognitiven Unzulänglichkeiten so lange wie möglich zu vertuschen, zu verleugnen oder zu überspielen. Das geht aber nur noch bis zu einem gewissen Punkt, wo dann leider auch diese Fähigkeit im ewigen Nebel

verschwindet. Dieses Erleben seines eigenen geistigen Zerfalls ist eine durchaus schreckliche Erfahrung für die Betroffenen, welche noch zusätzlich psychischen Stress verursacht. Im Folgenden möchte ich noch weitere markante Auswirkungen dieser Krankheit verdeutlichen.

Ziemlich am Anfang des Krankheitsverlaufes geht dem Patienten die zeitliche Orientierung verloren. Er kann Termine nicht mehr pünktlich wahrnehmen, weil die Uhrzeit, die Wochentage und andere kalendarische Abläufe für ihn zunehmend zu einem Rätsel werden. So kommt es dazu, dass fortwährend gefragt wird: „Wie spät ist es?“ oder „Welcher Tag ist heute?“. (vgl. Buijssen, 2008, S. 57) Ein weiteres Symptom dieser Demenzform ist der Abbau des räumlichen Orientierungsvermögens. Das Verirren in unbekanntem Gegenden, im Trubel der Stadt oder sogar im Supermarkt und später auch in vertrauter Umgebung sind Anzeichen dafür. (vgl. Buijssen, 2008, S. 58) Noch eine Folge der gestörten Einprägung sind die sich ständig wiederholenden Aussagen oder Fragen des Betroffenen. „Kaum hat er jemandem etwas mitgeteilt, ist das Gesagte auch schon wieder vergessen. Was er tut und sagt, bleibt nicht in seinem Gedächtnis hängen, es werden keine Spuren mehr gelegt.“ (Buijssen, 2008, S. 59) Während Gesprächen kann es passieren, dass der Patient mittendrin, mit einem anderen Thema beginnt, weil er den Anlass und den Inhalt der ursprünglichen Unterhaltung unbeabsichtigt schon wieder vergessen hat. So kann auch das Interesse an lieb gewonnenen Hobbys und Zeitvertreibungen, wie zum Beispiel, das Lesen von Büchern und Zeitungen oder das Spielen von Instrumenten usw. nachlassen und somit eine weitere unangenehme Einschränkung im Leben des Betroffenen bedeuten. „Mit dem Großen Vergessen, beginnt auch meist das Große Suchen. Der Demenzkranke verlegt ständig seine Sachen; er vergisst einfach immer wieder wohin er sie geräumt hat. Da er in dieser vagen Phase der Demenz noch mehr Wert auf seine Besitztümer legt als früher, wird er versuchen sie noch sorgfältiger zu verstauen als bisher – mit der Folge, dass er den Großteil seiner Zeit dem Suchen widmen muss.“ (Buijssen,2008, S.62)

Bald gibt es auch Probleme, Menschen wiederzuerkennen, welche erst kürzlich ins Leben der Betroffenen gekommen sind. Das Erinnern an die jüngsten Ereignisse im Dasein ist fast unmöglich. Selbst an den Tod eines lieben Angehörigen, vor kurzer Zeit, können sie sich nicht entsinnen. (vgl. Buijssen, 2008, S.63)

Eine sehr unangenehme Erscheinung der Alzheimer- Krankheit ist das nächtliche Umherirren der Patienten. Nach dem Toilettengang in der Nacht oder dem Wunsch nach einem Glas Wasser, vergisst der Demenzkranke bald, dass er vorher geschlafen hat, oder kann einfach nicht mehr einschlafen und geht anderen Tätigkeiten nach, die sich meist störend auf die Nachtruhe der Angehörigen oder der Nachbarn auswirkt. (vgl. Buijssen, 2008, S. 64)

Während wir heute ständig gemahnt werden, wie wichtig es doch ist im Hier und Jetzt zu leben, so sind Alzheimer- Patienten direkt dazu gezwungen dies zu tun. Mit dem Verfall des Gedächtnisses bricht sowohl die Vergangenheit, als auch die Zukunft weg. Es können keine Pläne für später mehr gemacht werden. Die Struktur der Zukunft verliert sich. (vgl. Buijssen 2008, S. 66) „Die eingeschränkte Fähigkeit zur Lebensbewältigung lässt auch die Quellen der Lebensfreude versiegen.“(Furtmayr-Schuh, 1991, S. 84) Mit Verzweiflung nehmen die Betroffenen wahr, wie Hilfeleistungen immer tiefer in ihre Privatsphäre eindringen, was ihnen die eigene Unbeholfenheit und den Verfall noch deutlicher vor Augen führt. „Der Alzheimer-Kranke erlebt täglich, dass er in der Gemeinschaft mit anderen nicht mehr mit kann. Er erlebt sich als Versager und vergleicht seine Fähigkeiten mit früher [...].“ (Furtmayr-Schuh,1991, S. 85) Dies alles ruft bei jedem Einzelnen der Alzheimer-Patienten individuelle, emotionale Verhaltensmuster und Reaktionen hervor, die von H. Buijssen als „indirekte Folgen der gestörten Einprägung“ erkannt wurden. (Buijssen 2008, S.67) Eine dieser indirekten Folgen ist zum Beispiel die Vermeidung von Kontakten zur Außenwelt und der persönliche Rückzug, um etwaige Fehler und Misserfolge so gering wie möglich zu halten. Die Betroffenen unternehmen weniger, um das schützende Wohnumfeld nicht verlassen

zu müssen. Dadurch machen sie das „Nichtstun“ oft zu ihrer Hauptbeschäftigung, obwohl gerade das „Tun“ und „Sich-nützlich-machen“ einer der größten Bedürfnisse von Demenzkranken ist. Diese Ambivalenz und das stetige Bewusstsein ihres geistigen Abbaus, führen im Inneren der Patienten zu Depressivität und Trübsinn. Oft wird auch ein Misstrauen gegenüber vertrauten Personen entwickelt, wobei das eigene Versagen auf andere projiziert wird. Als weiteres indirektes Symptom der Alzheimer-Demenz muss hier auch die Aggressivität erwähnt werden, welche bei den Hilfebedürftigen auftreten kann und meist die Antwort auf ihre, durchaus verständliche, Frustration und Hilflosigkeit ist. Diese Wut kann sich vorwiegend verbal entladen, ist aber oft auch physischer Natur. (vgl. Buijssen, 2008, S. 67-71)

„Eine andere mögliche Reaktion auf Frustration und existentielle Angst ist das Hamstern von Nahrungsmitteln oder Gegenständen. Innerlich fühlt sich der Betroffene vom eigenen Untergang bedroht, folglich bereitet er sich auf die schlechten Zeiten vor, die doch kommen müssen.“ (Buijssen 2008, S. 72)

Eine weitere Strategie von Alzheimer-Betroffenen mit ihrem schweren Los fertigzuwerden und ihre Würde so lange es geht zu wahren, ist, zum Beispiel, die Anwendung kleiner Ausreden, ausweichender Antworten oder geschickter Gegenfragen, die sie ihrem Umfeld anbieten, um ihre Defizite noch eine Weile zu vertuschen und geheim zu halten. (vgl. Buijssen 2008, S. 74).

Der Gedächtnisabbau schreitet voran und löst bei dem Demenzkranken bald unwiederbringliche Verluste in seiner Handlungskompetenz und in den kognitiven Leistungen aus. Er verliert „die Fähigkeit, praktische Fertigkeiten zu verrichten, wie zum Beispiel Kaffeekochen, Staubsaugen oder Autofahren“ (Buijssen 2008, S. 102)

Auch die Erinnerung an frühere oder spätere biografische Ereignisse verschwinden. So kann es sein, dass jemand seine Pensionierung vergisst und wieder zur Arbeit gehen möchte. Ein weiterer großer Einschnitt im Krankheitsverlauf ist der Verlust der sozialen Fertigkeiten und der Anstandsnormen. Zusätzlich kann es bald zu Wortfindungsstörungen, zur Verkleinerung des Wortschatzes und zum gänzlichen Sprachverlust (Aphasie) kommen. Ein großes Dilemma für

den Alzheimer-Patienten und vorwiegend auch für seine Angehörigen ist die Tatsache, dass er vertraute Personen nicht mehr erkennt und verstorbene Familienmitglieder „wieder lebendig werden lässt“. Auch die Fähigkeit, hygienische Maßnahmen an sich auszuführen, wie Waschen, Toilettengang, Anziehen usw. wird nicht mehr lange möglich sein. Das gesamte intellektuelle Funktionieren bricht zusammen. (vgl. Buijssen 2008, S. 102)

Die schrecklichen Auswirkungen der Alzheimer- Demenz sind leider kontinuierlich und nahezu unerschöpflich. Nun ist die Frage, wie man den betroffenen Menschen, das heißt, Patienten und auch Pflegenden, trotzdem Erleichterung und Zufriedenheit bringen kann. Ein ganz wichtiger Aspekt in dieser Überlegung ist zum Beispiel der Wohn- und Lebensraum, der nach persönlichen Bedürfnissen des Kranken ausgewählt werden kann.

3. Ausdruck der Alzheimer-Demenz in spezifischen Settings

3.1. Beschreibung einiger Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten für Menschen mit Demenz

3.1.1. Ambulante Pflege im eigenen Wohnraum

Diese Art der Versorgung stellt vorerst sicher, dass der Betroffene in seiner vertrauten Umgebung wohnen bleiben kann. Meist wird die ambulante Pflege von den Angehörigen koordiniert und auf die momentanen Bedürfnisse des Demenzkranken in Bezug auf seine Einschränkung der Selbstständigkeit abgestimmt. Dies kann die Einstellung einer Putz- und Haushaltshilfe bedeuten, die Bestellung von Essen auf Rädern oder auch die Beauftragung eines privaten Pflegedienstes, der bei der Einnahme von Medikamenten oder bei der Körperpflege zur Hand geht. Die ambulante Pflege dient also der Entlastung des Kranken und deren Angehörigen und ist vorwiegend im Anfangsstadium der Demenzerkrankung sinnvoll. „Ein Grundproblem der ambulanten Pflege besteht im Wesentlichen in den zu geringen

Zeitkorridoren. Die Betreuung Demenzerkrankter braucht Zeit, um die Betroffenen nicht zu überfordern.“ (Kastner/ Löbach 2007, S. 167)

3.1.2. Tagespflege

Diese Betreuungsform nennt man auch teilstationäre Pflege. „Als Bindeglied zwischen der ambulanten und der stationären Altenhilfe sollen Einrichtungen der Tagespflege einen wichtigen Baustein in der Versorgung bilden. Sie bieten älteren hilfsbedürftigen Menschen werktags von morgens bis nachmittags Hol- und Bringdienste, soziale Betreuung, Versorgung mit Mahlzeiten, sowie pflegerische, therapeutische und aktivierende Leistungen an. Mit dem Ziel, häusliche Pflege zu unterstützen, pflegende Angehörige tagsüber zu entlasten und dadurch stationäre Langzeitversorgung zu verhindern oder zumindest hinauszuzögern, wurde 1973 in Deutschland die erste Tagespflegeeinrichtung geschaffen.“ (Weyerer et al. 2006, S. 18)

3.1.3. Leben bei den Angehörigen

Wenn das Wohnen in den eigenen vier Wänden zunehmend zur Überforderung wird, entschließen sich viele Angehörige ihr demenzkrankes Familienmitglied zur Pflege bei sich selbst aufzunehmen, und garantieren damit eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung des Betroffenen. Somit ist er nicht mehr allein und es gibt viele Möglichkeiten an Gewohntes anzuknüpfen und ihn am alltäglichen Leben zu beteiligen, zum Beispiel beim Kochen, bei der Gartenarbeit oder ähnlichem. Auch im milieuthérapeutischen Hinblick kann hier sehr individuell agiert werden. (vgl. Götte/Lackmann, 1991, S. 15) Weiterhin steht auch die nächtliche Unruhe des Kranken unter besserer Überwachung. Im idealen Fall können sich mehrere Mitglieder der Familie in die Hilfeleistungen hinein teilen. Da diese Form der Betreuung für die Pflegenden eine große seelische und körperliche Belastung darstellt, die sie oft selbst an ihre Grenzen bringt, ist die Verbindung zu einer Selbsthilfegruppe oder zu fachlichen Beratern für den gemeinsamen Austausch sehr förderlich. Zur Entlastung können auch Angebote der Tagesbetreuung genutzt werden.

3.1.4. Mehrgenerationenhäuser

„Mehrgenerationenhäuser sind zentrale Begegnungsorte, an denen das Miteinander der Generationen aktiv gelebt wird. Sie bieten Raum für gemeinsame Aktivitäten und schaffen ein neues nachbarschaftliches Miteinander in der Kommune.“ (URL3: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012) „Als Netzwerk familiennaher Dienstleistungen helfen die Mehrgenerationenhäuser nicht nur bei der Kinderbetreuung, sondern auch bei der Pflege und Versorgung Älterer und Hochbetagter.“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2011, S.38) Durch den demografischen Wandel schließt dies heute und in Zukunft auch die steigende Anzahl von demenzerkrankten Menschen mit ein. Die meisten Mehrgenerationenhäuser haben diese Herausforderung bereits angenommen und bieten spezielle Hilfs- und Beratungsangebote für Menschen mit Demenz und deren Angehörige an. Neben der körperlichen und seelischen Entlastung ist auch der Erfahrungsaustausch zwischen den pflegenden Familienmitgliedern möglich. Die Kinder im Haus haben durch ihre Unbefangenheit einen wohltuenden Einfluss auf die Demenzerkrankten, welche somit aus der Isolation der eigenen Wohnung heraustreten und am Leben teilhaben können. Durch die gute Zusammenarbeit der Einrichtungen mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft wird das Verständnis für die Krankheit und deren Enttabuisierung gefördert. (vgl. BMFSFJ, 2011, S.37- 41)

3.1.5. Stationäre Betreuung im Altenpflegeheim

In dieser Wohnform werden demenzerkrankte gemeinsam mit nicht betroffenen alten Menschen versorgt. „Die Demenzerkrankten leben dabei entweder verstreut über die Wohnbereiche oder werden im teilintegrativen Konzept über einen bestimmten Zeitraum in eigenen Gruppen betreut. Das Ziel ist, das gewohnte Umfeld zu erhalten und trotzdem auf spezifische Anforderungen der Betroffenen einzugehen.“ (Kastner/Löblich 2007, S.169) „Der hohe Anteil an Menschen mit

Demenz hat in vielen Pflegeeinrichtungen mit integriert belegten Wohnbereichen zu hohen Belastungen für BewohnerInnen und Personal geführt und damit die Grenzen des integrativen Ansatzes aufgezeigt.“ (Heeg/Bäuerle 2012, S.20) Während alte Menschen mit leichten kognitiven Störungen durchaus noch integrativ betreut werden können, so könnten Personen mit mittlerer bis schwerer Demenz und herausforderndem Verhalten in „homogen belegten, räumlich abgegrenzten Bereichen mit demenzspezifischen und bedürfnisgerecht ausgestaltetem Milieu besser wohnen und betreut werden [...]“ (Heeg/Bäuerle 2012, S. 20)

3.1.6. Spezielle Wohnformen für Menschen mit Demenz

Diese Wohnformen zeichnen sich durch eine klare räumliche und pflegeorganisatorische Trennung der Demenzkranken von den nicht betroffenen Bewohnern aus. Das kann innerhalb einer Altenpflegeeinrichtung sein oder aber auch unabhängig davon. Bei diesem segregativen Konzept kann die Ausstattung und Versorgung ausschließlich an die speziellen Bedürfnisse und Belange von Menschen mit Demenz angepasst werden.

3.1.6.1. Hausgemeinschaften

Der vom Kuratorium für Altershilfe eingeführte Begriff „Hausgemeinschaft“, soll eine Wohn- und Lebensform mit familienähnlichen Strukturen bezeichnen, in der pflegebedürftige und/oder geistig verwirrte alte Menschen zusammen in einem vertrauten Milieu, in Normalität und Geborgenheit leben können. Der Tagesablauf in der Hausgemeinschaft ist auf eine gemeinschaftliche Gestaltung des Tages ausgerichtet, und ist geprägt von gemeinsamen hauswirtschaftlichen und anderen Tätigkeiten, die ein normales Alltagsleben ausmachen. Dieser Prozess der gemeinsamen Haushaltführung wird durch kontinuierlich anwesende Bezugspersonen betreut, die ebenfalls hauswirtschaftliche Arbeiten, wie z.B. Essenkochen oder Wäschewaschen übernehmen, und gleichzeitig auch als feste Ansprechpartner für die BewohnerInnen fungieren. (vgl.

Heeg/ Bäuerle 2012, S. 38) „Für die Erbringung vorrangig pflegerischer Leistungen werden Pflegefachkräfte nach Bedarf hinzugezogen. Ziel dieser Variante des Personaleinsatzes ist es, die Dominanz der Pflege zu durchbrechen und andere Schwerpunkte in der Betreuung der BewohnerInnen zu realisieren. In der Hausgemeinschaft sollen Normalität, Vertrautheit und Geborgenheit den Alltag bestimmen und der pflegerische Anteil eher in den Hintergrund treten.“ (Heeg/ Bäuerle 2012, S. 38/39) Die Gruppenstärken werden hier auf bis zu maximal 12 BewohnerInnen angesetzt.

3.1.6.2. Demenzwohngruppen

Diese Art des Wohnens ist eine besondere Betreuungseinheit für Demenzkranke mit mittlerem und fortgeschrittenem Krankheitsbild und setzt im Gegensatz zur Hausgemeinschaft eher auf pflegerisch -therapeutische Konzepte. (vgl. Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S. 37) „Es wird davon ausgegangen, dass für diesen Personenkreis eine homogen belegte Gruppe [von bis zu 15 BewohnerInnen] Vorteile hat, weil das bauliche, organisatorische und soziale Milieu spezifisch auf deren Bedürfnisse ausgerichtet werden kann.“ (Heeg/ Bäuerle, S. 40) Der Personalschlüssel für diese Einrichtungen ist entsprechend hoch und die Pflegekräfte sind speziell auf die personenzentrierte Pflege und auf den Umgang mit demenzkranken Menschen qualifiziert. Die Beschäftigungsangebote orientieren sich vordergründig an den Biographien der Betroffenen und es „wird gezielt versucht, ein breites Spektrum an bewegungsorientierten, künstlerischen und musischen Aktivitäten anzubieten.“ (Heeg/ Bäuerle, 2012, S.40)

3.1.6.3. Wohngruppen für die besondere Demenzbetreuung

„Wohnbereiche für die besondere Dementenbetreuung sind durch ihre räumliche Abgrenzung zu anderen Bereichen und durch eine spezifische Pflege- und Betreuungskonzeption charakterisiert, die sich insbesondere auf Menschen mit herausforderndem Verhalten bezieht. [...] Nach einer Definition von Grant in Radzey et al. (2001) haben solche Bereiche in der Regel weglaufsichere Freibereiche und ein

demenzfreundliches bauliches Milieu, das insbesondere belastenden akustischen Stress vermeidet. Das Personal ist speziell ausgebildet und zeigt hohe Toleranz gegenüber herausfordernden Verhaltensweisen. Wohnbereiche für besondere Dementenbetreuung können größer sein als Demenzwohngruppen, haben dann aber in der Regel mehrere Aufenthaltsbereiche, um nach Bedarf kleinere Gruppen bilden zu können.“ (Heeg/ Bäuerle, S. 41)

3.1.7. Leben und Betreuung im Hospiz

Diese Variante des Wohnens für Demenzkranke wird im Vergleich relativ selten genutzt, da „dementielle Erkrankungen [...] für sich genommen keinen Anspruch auf die Aufnahme in eine Hospizeinrichtung“ haben. (Buchmann, 2007, S.13) Deshalb wird Demenz im Hospiz vorwiegend als „Sekundärerkrankung“ gewertet. (vgl. Buchmann, 2007, S. 39) Die meisten Einweisungen erfolgen direkt aus den Krankenhäusern, nur 25% kommen aus dem häuslichen Bereich. (vgl. Buchmann, 2007, S. 21) „Nach den Ergebnissen [einer] vorgenommenen Untersuchung waren im Jahr 2005 ca. 10% der vorhandenen Hospizplätze zeitweise oder ständig durch Gäste mit dementiellen Erkrankungen belegt.“ (Buchmann, 2007, S.39) Durch die demografische Entwicklung stellen sich nun aber auch die Hospize auf eine zahlenmäßig höhere Resonanz von Demenzpatienten ein. Im Hospiz geht es hauptsächlich um die würdige Begleitung von sterbenden Menschen. Im Vordergrund stehen hier, eine ganzheitliche palliativ- medizinische und eine palliativ-pflegerische Versorgung auch für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Bewusstseinsstörungen, wie Demenz. Hier wird auf die Ermittlung von Bedürfnissen, Erwartungen und Wünschen der Hospizgäste und die starke Einbeziehung von Angehörigen gesetzt. Unter Berücksichtigung der abbauenden verbalen Kommunikationsfähigkeit und des geistigen Verständnisses dieser Patientengruppe wird eine Bezugspflege angestrebt, die auch diesen Menschen Nähe und eine individuelle Sterbebegleitung sichern. Ein wichtiger Punkt ist hierbei, eine qualifizierende Anpassung des

betreuenden Personals an die Besonderheiten der Betroffenen. (vgl. Buchmann 2007, S. 7/ 8)

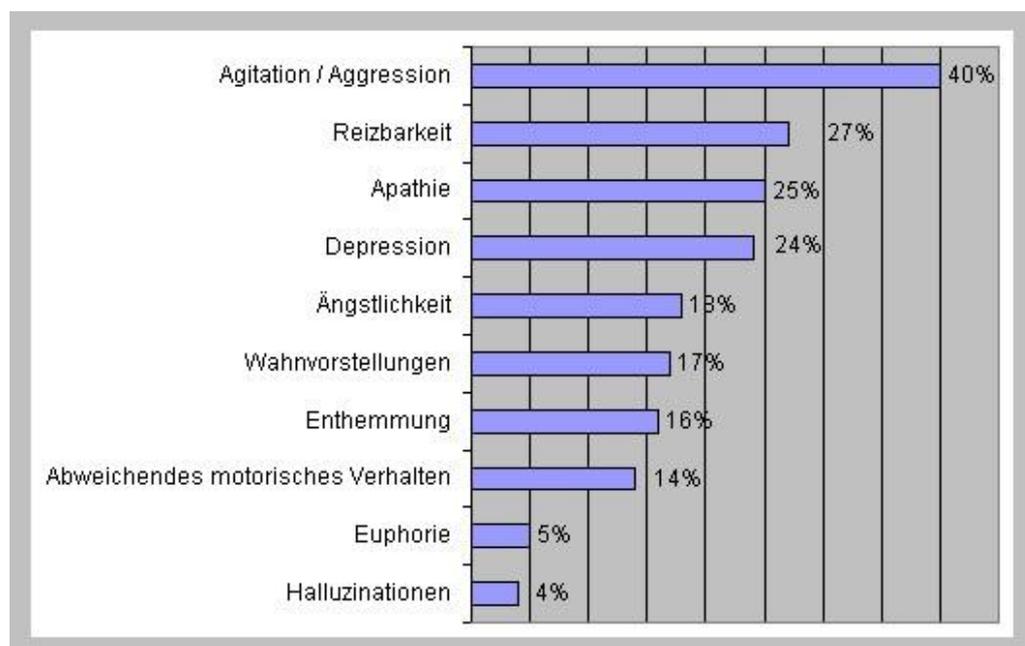
3.2. Herausforderndes Verhalten von Alzheimer-Patienten in spezifischen Wohn- und Betreuungsformen – Folgen für die Pflegenden

3.2.1. Begriff: Herausforderndes Verhalten

Einige der oben genannten Auswirkungen und Verhaltensweisen der Demenzkrankheit fast man heute unter dem Begriff „Herausforderndes Verhalten“ zusammen. Dieser „wurde aus dem Englischen übernommen und hat den Begriff „Verhaltensauffälligkeiten“ abgelöst, da er als stigmatisierend empfunden wurde. Er bezeichnet im Zusammenhang mit Demenz ein Verhalten, auf das von Seiten der Betreuenden reagiert werden muss, weil es die angemessene Versorgung und Betreuung des Betroffenen erschwert, die BewohnerInnen selbst, die MitbewohnerInnen und das Personal gefährdet oder das Zusammenleben mit anderen belastet. Zu den herausfordernden Verhaltensweisen werden Agitation, Wandern, Aggression, vokale Störungen, aber auch Passivität gezählt.“ (Heeg/ Bäuerle, 2012, S. 275) Für mich stellt sich allerdings die Frage, ob der neue Begriff „Herausforderndes Verhalten“, weniger stigmatisierend wirkt. Er spaltet die „unangenehmen“ von den „harmloseren“ Symptomen der Alzheimer-Demenz ab, obwohl alle zum selben Krankheitsbild gehören. Sinnvoller wäre, die Sichtweise zu ändern und das Verhalten als großes Ganzes, als Sonderbarkeit und typische Gestalt der Krankheit wahrzunehmen und zu akzeptieren und ihr mit psychosozialer Zuwendung und geeigneten Therapien zu begegnen. Meines Empfindens muss sich die Gesellschaft dem gesamten Ausmaß der Krankheit stellen und nicht neue Bezeichnungen dafür kreieren. Wichtig ist, die Auffälligkeiten richtig zu deuten und sie als Hilferuf und verzweifertes Signal an die Umwelt zu erkennen, mit dem die Betroffenen auf seelische und körperliche Bedürfnisse oder Defizite aufmerksam machen wollen. Die Ursachen für herausforderndes

Verhalten sind unter anderem Überforderung, Furcht, Scham, Frustration, Nebenwirkungen von Medikamenten oder körperliche Beschwerden (vgl. URL4: Lichtung e.V. 2011)

Die folgende Übersicht zeigt die Häufigkeit bestimmter herausfordernder Verhaltensformen im pflegerischen Alltag von Demenzkranken:



(Abb.1: URL5: Universitätsklinikum Freiburg: Demenz-Leitlinie 2012)

3.2.2. Pflege durch Angehörige

Pflegende Angehörige stehen mit der 24-Stunden-Betreuung ihres Alzheimer- Kranken unter besonders hoher Belastung. Nicht genug, dass sie dem Verfall und der Entfremdung eines lieben Familienmitgliedes hilflos zusehen müssen, so werden sie auch noch mit einem Großteil der alzheimertypischen Auswirkungen und herausfordernden Verhaltensweisen des Betroffenen konfrontiert. Die Angehörigen „erleben, wie der Patient in allen Belangen des täglichen Lebens und bei den Grundverrichtungen wie Waschen, Anziehen, Essen und Trinken, sowie bei den Toilettengängen zunehmend mehr unterstützt werden muss.“ (Heuser 2010, S.45) Das ruhelose

Umherlaufen und das ständige Hin- und Hertragen von Gegenständen wird von pflegenden Angehörigen als typisches Verhalten benannt und geschieht meist, wenn die Patienten sich selbst überlassen sind. Durch ihr erhöhtes Zuwendungsbedürfnis suchen sie häufig die Nähe der Familienangehörigen und fühlen sich nur in ihrer Nähe wohl und geborgen. (vgl. Götte/ Lackmann 1991, S.24) Durch die fortschreitenden Unzulänglichkeiten und das Unverständnis der eigenen Situation werden Trauer, Ängste und Depressionen ausgelöst, welche wiederum herausfordernde Verhaltensweisen, wie Wut, verbale oder tätliche Aggressivität oder unvermitteltes Weinen und Schreien nach sich ziehen können. Auch Halluzinationen und Wahnbildungen sind möglich. (vgl. Heuser 2010, S. 45/46) Ein besonders belastendes Verhalten bei der Alzheimer- Demenz ist für Pflegende die nächtliche Unruhe der Patienten. Der Schlaf-Wach-Rhythmus ist gestört. Sie irren durch Wohnung oder Haus und bringen die Bewohner um ihren Schlaf. Mit fortschreitender Krankheit können die Betroffenen auch Blase und Darm nicht mehr kontrollieren, was zur nächsten unangenehmen Herausforderung für die Betreuer führt. Unkontrolliertes Urinieren, Einkoten und das Verschmieren ihrer Exkreme sind keine Seltenheit. Bei der häuslichen Pflege von Demenzkranken wird auch der große Drang nach Beschäftigung erwähnt. Die Alzheimer-Patienten haben den Wunsch ständig etwas zu tun und sich nützlich zu machen, worauf die Betreuenden mit zahlreichen Beschäftigungsangeboten reagieren sollten, die gewohnte Tätigkeiten umfassen. Neues kann hier nicht mehr vermittelt werden. Mit der Zeit nimmt auch das Sprechvermögen ab, und die Verständigung im sozialen Umfeld wird schwieriger. Anweisungen werden nicht mehr verstanden und Bedürfnisse können nicht mehr verbal geäußert werden. Kuriose und verdrehte Aktivitäten des betroffenen Familienmitgliedes, wie beispielsweise, mehrere Kleider übereinander ziehen oder schmutziges Geschirr wieder in den Schrank räumen, Essen im Kleiderschrank verstecken usw. können die Nerven der Angehörigen noch zusätzlich strapazieren. (vgl. Götte/ Lackmann 1991, S. 27)

Pflegende Angehörige sind, laut E. Grond, die versteckten Opfer dieser Krankheit. (vgl. Grond 1998, S.89) „ Die Stärke der Belastungen wird in folgender Reihenfolge angegeben: zeitliche, familiäre, gesundheitliche, körperliche Überlastung und Beziehungsstörung zum Demenzkranken.“ (Grond, 1998, S.89) Die objektive Überlastung sieht man hier im großen Zeitaufwand der Hilfeleistungen, im Mangel an Informationen über die Krankheit und die Pflege und in der Unvorhersehbarkeit des individuellen Krankheitsverlaufes und der Dauer der Pflege. Weiterhin müssen Rollen- und Machtverhältnisse getauscht werden. Ein bedeutender Punkt ist die soziale Benachteiligung der Pflegenden, die oft ihren Beruf aufgeben, keine Freizeit und nur noch wenige Kontakte haben. Die Überforderung im subjektiven Bereich sehen pflegende Angehörige im 24-stündigen Bereitschaftsdienst ohne freie Tage, im alleinigen Zuständig-sein und in der fehlenden Anerkennung ihrer Leistungen. Oft gelangen sie in Beziehungskrisen durch die Vernachlässigung des Partners und der Kinder. (vgl. Grond 1998,S.89) Sie „fühlen sich, emotional erschöpft durch ohnmächtiges Mitgefühl, Schuld- und Versagensgefühle, Kränkungen, Ambivalenz zwischen Verpflichtungsgefühl und Ekel, durch Enttäuschung über eigene Grenzen, Scham über Auffälligkeit und eigene Hilfebedürftigkeit, durch Angst vor Entscheidungen, vor der Zukunft (ungewiss wie lange noch?) und durch Trauer über das langsame Sterben des Pflegebedürftigen.“ [...] Die Pflege wird zu einem eigenen Lebensabschnitt für die Pflegeperson.“ (Grond 1998, S. 89) Durch den permanenten Stress, dem betreuende Angehörige ausgesetzt sind wenn es keine Hilfe von außen gibt, besteht die Gefahr von Burn-out bzw. Depressionen und anderen Krankheiten. (vgl. Heuser 2010, S. 47)

3.2.3. Alzheimer im Altenpflegeheimen

In diesem Setting leben Alzheimer-Patienten und Nichtbetroffene gemeinsam zusammen, wobei in einigen Heimen die Demenzpatienten tagsüber in eigenen kleinen Gruppen betreut werden. Es findet keine Stigmatisierung statt, und es wird Normalität ausgestrahlt. Die demenzkranken Bewohner können sich an den Gesunden orientieren.

Trotzdem kann es, zum Beispiel durch den Verlust des vertrauten Lebensumfeldes und durch die zu geringe Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse, für die Demenzpatienten zur Überforderung im Alltag kommen. (vgl. Kastner/Löblich 2007, S.169) Die Folge ist herausforderndes Verhalten der Betroffenen, wie Aggression und Agitiertheit, Reizbarkeit und Schlafstörungen, depressive Stimmungen, abweichendes motorisches Verhalten und auch Zurückgezogenheit und Apathie. (vgl. Weyerer et al. 2006, S. 114) Dies alles birgt ein hohes Konfliktpotential mit gesunden Bewohnern und Angehörigen und führt oft zu Beschimpfungen, Ausgrenzungen und Unverständnis. (vgl. Kastner/ Löblich, 2007, S.169) Die dementen Heimbewohner haben im Vergleich weniger soziale Kontakte und nehmen seltener an Aktivitäten der Einrichtung teil als die anderen Mitbewohner. Ein großer Anteil der kognitiv beeinträchtigten Bewohner ist schwer pflegebedürftig und weist einen ständigen Versorgungs- und Beaufsichtigungsbedarf auf. (vgl. Weyerer et al. 2006, S.21)

Der zahlenmäßige Anstieg von Menschen mit Demenz in den Altenpflegeheimen bleibt auch für die pflegenden Mitarbeiter nicht ohne Wirkung. Der höhere Zeitaufwand bei der Pflege von Alzheimer-Patienten und der dafür meist zu geringe Personalschlüssel im Heim führt oft zu einer Überbelastung der Pflegekräfte und des Teams. Die speziell für Demenzkranke wichtige Milieugestaltung fehlt oftmals in den Einrichtungen noch und erschwert somit den bedürfnisgerechten Pflegeprozess. Auch die häufig zu geringe Qualifikation der Betreuer im Umgang mit dieser Menschengruppe führt zu Verunsicherungen und dem Gefühl der Unzufriedenheit gegenüber den eigenen Leistungen. Ein großes Maß an herausfordernden Verhaltensweisen der dementen BewohnerInnen, wie zum Beispiel, Aggression und Gewaltausbrüche, müssen zusätzlich abgefangen werden. Die ständige Überforderung, der chronische Zeitdruck, spärliche Erfolgserlebnisse und die fehlende Anerkennung können bei den Pflegenden nicht selten zur Stauung von Frustration und damit gegebenenfalls zur Resignation aber auch zu erhöhter Gewaltbereitschaft gegenüber den Pfleglingen führen.

(vgl. URL6: Sozialverband Deutschland Nordrhein- Westfalen e.V. 2012) Ein wichtiger Punkt, sind hier auch die oft einseitigen Ansprüche oder ein eventuelles Unverständnis der Angehörigen, gegenüber den Betreuenden. Das Dilemma, gestellte Anforderungen bestmöglich zu erfüllen aber auch eigene Grenzen zu achten, ist allgegenwärtig. Bei fehlenden Gegenmaßnahmen, ist die Gefahr groß, an Depressionen und dem Burn- out- Syndrom zu erkranken. (vgl. Kastner/Löbach 2007, S. 89/90)

3.2.4. Alzheimer in speziellen Wohngruppen

In Wohngruppen für demenzkranke Menschen können die Betroffenen homogen, in bedürfnisgerechter Umgebung und mit einer personenbezogenen Betreuung nach ihren speziellen Anforderungen versorgt werden. Die bauliche Anpassung und Milieugestaltung ist hierbei von großem Vorteil und Spannungen zwischen gesunden und dementen Bewohnern können ausgeschlossen werden. Das Personal ist speziell für die Arbeit mit dieser Menschengruppe qualifiziert, um eine geeignete Bezugspflege für demenzkranke alte Menschen zu sichern. Aber „auch mit milieuthérapeutischen Interventionen [lässt] sich der Krankheitsverlauf nicht aufhalten.“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S. 102). Alle der Krankheit zugehörigen Verhaltensweisen treten auch in den Wohngruppen zu Tage. Laut einer Studie zeigte sich aber, dass das Fortschreiten der Symptome hier größtenteils gemäßiger verläuft, als bei einer Kontrollgruppe in einer integrativen Versorgung. Bei der Beobachtung von Fertigkeiten in der Alltagsverrichtung, und bei der Analyse kognitiver wie auch somatischer Erkrankungen konnten in der Wohngruppe positive Effekte aufgezeigt werden. Auch das Sozialverhalten wird günstig beeinflusst und bleibt über längere Zeit stabil. (vgl. Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S. 102-104) „Das bedeutet für die Entwicklung von Wohngruppen, dass die soziale Kompetenz wie Anteilnahme, Selbständigkeit und Orientierung von Bewohnern auch bei (schwerer) Demenz beibehalten und unter günstigen Bedingungen verbessert werden kann. [...] Eine weitere Annahme der Wirkung von milieuoorientierten Wohngruppen beruht auf

dem Rückgang von Verhaltensauffälligkeiten. Die Beobachtung des körperlich aggressiven Verhaltens [...] wies als Ergebnis in den Wohngruppen eine Abnahme auf annähernd „normale“ Werte auf. Das nichtkörperlich aggressive Verhalten ging ebenso zurück, wohingegen das verbal agitierte Verhalten innerhalb eines längeren Zeitraums leicht zunahm. Der Vorteil der Wohngruppenversorgung für dementiell Erkrankte trat [in dieser Studie] sehr deutlich hervor. Er bewirkte einen verzögerten Verlauf psychischer und somatischer Erkrankungen und eine Stabilisierung sozialer Beziehungen. [...] Es hat sich gezeigt, dass Bewohner mit schwerer Demenz in segregativen Gruppen ein im Zeitverlauf zunehmendes Vertrauen und somit eine ruhigere Grundstimmung entwickeln können. Sie sind in Einzelfällen auch in der Lage, stark verhaltensauffällige Menschen in die Gruppe zu integrieren und bei diesen Personen die Ängste und Unruhen zu mindern.“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S.103/ 104)

Im Hinblick auf die relativ positiven Auswirkungen der Wohngruppen auf ihre demenzkranken Bewohner, stellt sich nun wieder die Frage nach den Folgen für deren Pflegepersonal. Die Betreuer dieser speziellen Wohneinheit werden mit fast allen krankheitstypischen Verhaltensweisen ihrer Bewohner konfrontiert. “Aus der Konzeption einer personell kontinuierlichen Betreuung heraus stehen persönliche Beziehungen im Vordergrund. Menschliche Nähe ist die Basis für die Strukturierung des Alltags in den Wohngruppen, denn die Tagesgestaltung beruht auf der Kenntnis der Person, die zu betreuen ist.“ (Reggentin/Dettbarn- Reggentin 2006, S. 105) Die vordergründigen Aufgaben sind die hauswirtschaftlichen Arbeiten, die assistierende Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, animierende und aktivierende Tätigkeiten. Die MitarbeiterInnen in diesem Setting benennen eine hohe körperliche Belastung. Die auffälligsten Beschwerden sind Gliederschmerzen, Kreuz- und Rückenschmerzen sowie auch Schulter- und Nackenschmerzen. Auch der enorme Anteil an hauswirtschaftlichen Tätigkeiten stellt eine hohe Beanspruchung dar. Der Umgang des Personals mit neuen ungewohnten

Pflegekonzeptionen für Wohngruppen trägt teilweise zur Verunsicherung der MitarbeiterInnen bei und mindert dadurch deren Arbeitsmotivation und die Zufriedenheit. (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006, S. 124/ 125) Es besteht ein hoher Bedarf an Weiterbildung zu dementiellen Erkrankungen, aber auch zum Umgang mit Schwerstkranken, Sterbebegleitung oder zu Fallbesprechungen. (vgl. Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S. 115)

3.2.5. Alzheimer im Hospiz

In den Hospizen sind bis jetzt nur relativ wenige Bewohner mit dementiellen Erkrankungen zu finden. Daraufhin gibt es auch nur wenige Erfahrungen im Umgang mit sterbenden Alzheimer – Patienten in dieser Betreuungsform. Mit Hilfe der mir vorliegenden Publikation von K.- P. Baumann „ Demenz und Sterben“ werde ich verschiedene Eigenheiten und Äußerungen der Demenz im Hospiz aufzeigen. Diese wurden durch die Auswertung von Befragungen und Datenerhebungen mit Unterstützung verschiedener Hospizeinrichtungen ermittelt. Während auch im Hospiz alle Auswirkungen der Alzheimer- Krankheit zu Buche schlagen, so kommt meist noch ein anderes primäres Leiden dazu, welches letztlich zum baldigen Tode führt, wie beispielsweise eine onkologische Erkrankung. Diese kann mit großen Schmerzen einhergehen, die auch Demenzkranke verspüren. Durch die fehlende sprachliche Kommunikationsfähigkeit ist es für die Betroffenen oft schwer darauf aufmerksam zu machen. Eventuelles Schreien beim Berühren des Patienten könnte demnach ein Ausdruck für Schmerzen sein. Das Wegbrechen sozialer Strukturen und die krankheitstypische Entfremdung vom vertrauten sozialen Umfeld führen oft zum Rückzug in sich selbst und zur Vereinsamung der Betroffenen und stellen eine hohe emotionale Belastung für ihn dar. (vgl. Buchmann 2007, S.49) „Die in solchen Situationen als negativ erlebten Gefühle können zu dem nicht mehr rational erklärt werden und äußern sich, unter anderem, z.B. auch in einem stärkeren Zuwendungsbedarf.“ (Buchmann, 2007, S. 49) Dies und die abnehmenden kognitiven und physischen Fähigkeiten im

Tageslauf erfordern einen erhöhten Pflege- und Betreuungsaufwand und einen sinnvollen Einsatz von individueller Bezugspflege. Als auffällige Verhaltensweisen wurden von den Befragten vor allem das abbaubende Sprachvermögen, Unruhe- und Angstzustände und Weglauftendenzen beschrieben. (vgl. Buchmann 2007, S. 41-43) .Es wird angenommen, dass auch Demenzerkrankte ihr kommendes Lebensende wahrnehmen können. Hierbei muss, nach vorliegender Untersuchung, den Angstgefühlen der Alzheimer- Patienten, eine besondere Bedeutung beigemessen werden. (vgl. Buchmann, 2007, S.59) Das nahende Ende löst auch bei Menschen mit Bewusstseinsstörungen Stress aus, auf den der physische Körper mit erhöhter Ausschüttung des Stresshormons Cortisol reagiert. Es wurde herausgefunden, dass auch demente Sterbende den Zeitpunkt ihres Todes beeinflussen können. Dies weist auf eine letzte kurzzeitige, kognitive Klarheit der Betroffenen hin. (vgl. Buchmann, 2007,S. 74/75)

Die Folgen für das Pflegepersonal für Demenzerkrankte speziell im Hospiz wurden in der Literatur nur wenig beschrieben. Es ist aber anzunehmen, dass die Belastungen für die Pflegenden ähnliche Wirkungen wie in den oben beschriebenen Bereichen aufweisen. Da die Sterbehilfe darauf abzielt Menschen in ihrer Ganzheitlichkeit zu begleiten, müssen die Pflegenden in der Lage sein, Wünsche, Erwartungen und Bedürfnisse des Betroffenen zu erfassen. Bei Demenzpatienten ist dies oft nur noch nonverbal und mit enger Zusammenarbeit mit den Angehörigen möglich. (vgl. Buchmann 2007, S.26) Dies erfordert von den Begleitenden ein hohes Maß an Empathie und Einfühlungsvermögen sowie „die Fähigkeit, die Bedürfnisse sterbender an Demenz erkrankter Menschen zu erspüren, sie ihnen gleichsam von den Augen abzulesen.“ (Buchmann, 2007, S.50) Durch die angestrebte Bezugspflege und die speziellen Gegebenheiten der Alzheimer-Krankheit ist der Sterbeprozess mit viel Nähe und körperlichem Kontakt verbunden. Da das „Thema Demenz in der stationären Hospizarbeit bisher eine nur untergeordnete Rolle gespielt hat, [...] haben die [befragten] Einrichtungen dabei selbstkritisch

erkannt und festgestellt, dass der gegenwärtige Ausbildungs- und Wissensstand für eine bedürfnisorientierte Begleitung dieses Personenkreises noch nicht hinreichend gegeben ist.“ (Buchmann, 2007, S. 63) Die oft unzureichende spezifische Qualifikation kann hier vermutlich leicht zu Überforderungen führen. Abhängig von den eigenen individuellen Lebenserfahrungen und Bewältigungsstrategien der Pflegenden setzt die ständige Auseinandersetzung mit dem Tod und den Abbrüchen aufgebauter Beziehungen eine psychische Stabilität und die Fähigkeit zur Abgrenzung voraus, um nicht auch hier der Gefahr von Burnout-Erscheinungen zu unterliegen.

Um zu den Folgen für die Pflegenden in allen beschriebenen Settings nicht nur Negatives zu erwähnen, möchte ich abschließend hinzufügen, dass die Pflege demenzkranker Menschen in vielen Fällen auch ein Prozess des eigenen Wachsens darstellen kann. Es führt zwangsläufig zur Auseinandersetzung mit sich selbst und zum bewussteren reflektieren eigener Standpunkte. Von den Bedürftigen kann man lernen, welche Prioritäten man in seinem Leben setzt. Man wird eigene Grenzen kennen und respektieren lernen und seine Lebensansprüche überdenken.

Schlussfolgerung

Die Beispiele mache deutlich, dass die Alzheimer- Krankheit mit ihrer gesamten Vielfalt zwar in jedem dieser Settings zum Tragen kommt, aber, dass die Stärke und die Häufigkeit von auffälligem Verhalten und das Wohlbefinden der Betroffenen entscheidend beeinflussbar sind durch eine spezielle demenzfreundliche Gestaltung des Wohnumfeldes, durch die Art und Intensität der pflegerischen und sozialen Zuwendung und durch geeignete psychosoziale Therapiekonzepte. Ebenso sind die Arbeitsmoral und die Zufriedenheit der Pflegenden von geeigneten, wertschätzenden Arbeitsbedingungen abhängig. Ist der Gemütszustand der Pflegenden im Gleichgewicht, überträgt sich dies auch auf das Befinden der Demenzkranken sowie auch umgekehrt.

3.3. Ist „Leben in Privatheit“ auch für Menschen mit Demenz von Bedeutung ?

Das KDA hat in seiner neuen, 5. Generation des stationären Altenwohnbaus das „Leben in Privatheit“ aufgegriffen und thematisiert. Es wird deutlich, dass das Recht auf Privatheit auch bei Pflegebedürftigkeit gesellschaftlich auf breite Zustimmung trifft. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S.12) In der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (2006), herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), wird unter Artikel 3 das Recht auf Privatheit formuliert: „Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.“ Unter dieses Recht fallen selbstverständlich auch Menschen mit Demenz. In zahlreichen Forschungen der Vergangenheit ist bewiesen worden, dass jedes Lebewesen einen Rückzugsraum, eine Privatsphäre braucht. Fehlt diese oder wird sie verletzt entsteht Stress, welcher auch „crowding“ (soziale Dichte) genannt wird und sich in Verhaltensweisen, wie Unruhe, Verlegenheit, Ruhelosigkeit oder Aggressivität äußern kann. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S.12) Diese Verhaltensweisen bedeuten auch für die Pflegenden einen höheren Einsatz und Mehraufwand. Die Aufgabe ist es nun diesen Rückzugsraum, das sogenannte Primärterritorium, soweit wie möglich zu respektieren und vor Eingriffen zu schützen. Mit steigender Pflegebedürftigkeit verringert sich allerdings der Privatraum eines Menschen. So ist es wichtig, dem Betroffenen und seinen Angehörigen immer die höchst mögliche Eigenkontrolle und Selbstbestimmung im verbliebenen Rückzugsterritorium zu gewährleisten. Im neuen Konzept des KDA ist daraufhin eine Wegbewegung von den Einzel- und Doppelzimmern hin zu kleinen „Appartements“ für die Bewohner angezeigt. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S. 12) Durch das somit erreichte höhere Recht auf Selbstbestimmung der Klienten kann auch „bei den Mitarbeitenden [...] eine Haltungsänderung herbeigeführt [werden], die die KlientInnen nicht zum „Objekt der Fürsorge“, sondern zu „eigenständigen

Persönlichkeiten“ werden lässt, mit ihren Wünschen und Wahlrechten.“ (Michell-Auli/ Sowinski 2012, S. 13) Auch Menschen mit Demenz können hiervon profitieren. Es beruhigt sie und macht sie stolz ihren eigenen abschließbaren Raum zu haben und das Gefühl der Hoheit zu spüren. Die Rückzugsräume müssen hier speziell auf die Besonderheiten von Demenzkranken abgestimmt sein. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S.13) Wichtige Orientierungspunkte sind viele vertraute und persönliche Dinge in ihrem Wohnraum, die durch ihren Anblick oder ihren Geruch das Gefühl von Heimat, Vertrautheit und Normalität erwecken und die Bewohner verstärkt zu Alltagsaktivitäten anregen. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S.14) Da das verbliebene Eigentum für alte und gerade auch für demenzkranke Menschen von großem, vorwiegend ideellem Wert ist, und im gewissen Sinne die Zusammenfassung ihres Lebens darstellt, kann man durch separate, abschließbare Wohneinheiten einen erheblichen Stressfaktor in der stationären Altenhilfe, nämlich die Angst vor dem Verlust seiner persönlichen Habe, weitgehend ausschließen. (vgl. Michell- Auli/ Sowinski 2012, S.14) Im Gegensatz zu einem Doppelzimmer, sind die Betroffenen in einem Appartement nicht ständig mit anderen Zimmergenossen und deren Eigenarten, Gerüchen, Geräuschen und oft auch Ausscheidungsvorgängen konfrontiert. Auch sie selbst kommen nicht in Verlegenheit sich vor fremden Mitbewohnern entblößen zu müssen und peinliche Situationen zu durchleben. (vgl. Michell-Auli/ Sowinski 2012, S.16) „Ein solcher effektiver Rückzugsraum kann entängstigend wirken, denn er ist frei von ungewollten Reizen. Gerade Menschen mit schwerer Demenz fürchten sich oftmals nachts vor ihren Bettnachbarn.“ (Michell- Auli/ Sowinski 2012, S. 16) Ein eigener Raum ist also gleichzeitig gesundheitsförderlich, wirkt emotional befreiend und bietet dem alten Menschen, aber auch seinen Angehörigen, körperliche und seelische Entlastung und eine neue Lebensqualität. (vgl. Michell- Auli/ Sowinski 2012, S.16) „Auch die Kommunikation erhält in diesem geschützten Raum eine neue intime Qualität.“ (Michell- Auli/ Sowinski 2012, S. 16)

Für die Umsetzung dieser neuen Privatheit in den Einrichtungen der Altenhilfe wurden schon gute Konzepte und Ideen zusammengestellt, wie z.B. die Anbringung von Türklingeln, Namensschildern und Briefkästen an den Türen der Wohneinheiten, die Nutzung eines speziellen Schließ- und Schlüsselsystems, welches auch Demenzkranke anwenden können, der Einbau von Pantryküchen (Mini- oder Schrankküche) und die individuelle Ausgestaltung des Apartments mit eigenen persönlichen Möbeln und Gegenständen. (vgl. Michell- Auli/ Sowinski/ Lanzerath 2012, S.22) Abschließend kann man anmerken, dass demenzerkrankte alte Menschen einen beachtlichen Nutzen vom „Leben in Privatheit“ haben können. Einige ihrer krankheitstypischen Verhaltensweisen, wie Aggressionen oder Ruhelosigkeit, deren Entstehung oft auf Angst und Unsicherheit beruht, könnten hierbei zum Teil ausgeschlossen werden. Das bedeutet neben einer Erleichterung für den Betroffenen auch die Entlastung der Angehörigen und der Pflegenden.

4. Konsequenzen für die psychosoziale Arbeit

4.1. Begriff: Soziale Arbeit

Für die Begriffsklärung „Soziale Arbeit“ habe ich mich für die Formulierung der IFSW – International Federation of Social Workers entschieden, welche im Jahr 2000 von der Weltkonferenz des IFSW in Montreal (Canada) angenommen wurde. Diese weist aber auch auf die dynamischen und entwicklungsfördernden Aspekte von Sozialer Arbeit hin, und betont damit, dass auch diese Definition nicht als endgültig und vollständig zu sehen ist. (vgl. URL7: AvenirSocial 2012)

Definition Soziale Arbeit

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlergehen zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und

sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“ (URL7: AvenirSocial 2012)

4.2. Begriff : Psychosoziale Arbeit

Die Bedeutung des Begriffes „psychosozial“ findet man bereits im Stufenmodell von Erikson, der das Wechselspiel zwischen individuell-psychischen Faktoren mit den Bedingungen des sozialen Umfeldes erkannte. Eine übergreifende und eindeutige Definition dieses Begriffes war in der Literatur nur schwer zu finden. Vielmehr haben sich die verschiedenen Bereiche der Sozialen Arbeit diesen Ausdruck für ihren speziellen Auftrag erschlossen und definiert. Nimmt man die beiden Worte in ihrer Verbindung wahr, so liest man daraus das Zusammenwirken von psychischen und sozialen Aspekten. Psychosoziale Arbeit ist demnach „die Art, psychologische Faktoren unter dem Aspekt ihrer sozialen Bedingtheit zu betrachten.“ (URL8: The Free Dictionary.com Deutsches Wörterbuch. 2009 Farlex, Inc. and Partners)

In Bezug auf die Pflege von Demenzkranken ist die psychosoziale Arbeit „in starkem Maße von den Fähigkeiten der Pflegenden geprägt, im Sinne des personenzentrierten Ansatzes und ähnlicher Konzepte den Bewohnern wertschätzend zu begegnen und ihr Verhalten zu interpretieren. Die Interaktion mit anderen, die Aufnahme sozialer Beziehungen und das Erleben einer wertschätzenden Kommunikation sind entscheidende Faktoren dafür, dass Menschen mit Demenz sich als Person wahrgenommen fühlen und Wohlbefinden erleben.“ (Heeg/ Bäuerle 2012, S. 35) Im Zentrum der Betrachtung stehen hier demnach nicht die medizinischen, pathologischen Prozesse, sondern die Person mit ihren sozialen Umweltbeziehungen. Ein wichtiger Aspekt der psychosozialen Arbeit ist die Fähigkeit der Betreuenden sich empathisch, verstehend in die Situation der Betroffenen hinein zu fühlen und darauf angemessen zu reagieren.

4.3. Welche Anforderungen an die psychosoziale Arbeit leiten sich aus den Beispielen ab?

Wie ich bei meiner Literaturrecherche feststellen konnte, ist die psychosoziale Arbeit mit Demenzkranken ein Zusammenspiel von vielen einzelnen therapeutischen Teilrichtungen, die im Idealfall sorgfältig aufeinander abgestimmt werden und ineinander übergehen. Da jeder Mensch andere Lebenserinnerungen, Bedürfnisse und Anforderungen hat, ist hier ganz wichtig, ihn in seiner Individualität und Eigenart zu erkennen, zu verstehen und ihn, auch hinsichtlich des progredienten Verlaufs der Alzheimer- Krankheit, dort abzuholen, wo er sich gerade befindet. Dies erfordert hohe soziale und empathische Sensibilität der Pflegenden. Ein wichtiger Ansatz ist hierbei die Schaffung von familienähnlichen Strukturen und die *Milieutherapie*. Bezugspersonen sollten möglichst konstant bleiben und gut über den Pflegebedürftigen, als eigenständige biographische Person, Bescheid wissen. Ein bedeutender Aspekt ist die *Einbeziehung und Mitwirkung der Angehörigen*. Sie können wichtige Informationen aus dem Leben des Betroffenen liefern und bieten zusätzlichen Schutz und Sicherheit für ihr krankes Familienmitglied. Sind es die Angehörigen selbst, welche den demenzkranken Menschen pflegen, bedürfen auch sie der zeitweiligen Unterstützung, z.B. von regionalen Stellen oder Angehörigengruppen, welche Hinweise und Anerkennung geben und sie so vor psychischer und körperlicher Überlastung bewahren. Sind die Betreuenden ausgeglichen im Umgang mit den Demenzkranken, so wirkt sich das auch positiv auf deren Wohlbefinden aus. Das soziale Netzwerk muss hier als Seismograph für Sorgen und Belange und gleichzeitig als Auffangschirm für die Betroffenen, wie auch für deren Pflegenden fungieren. Der milieutherapeutische Ansatz sichert auch einen strukturierten, am Bewohner orientierten Tagesablauf, mit festen Zeiten für Mahlzeiten, Aktivitäten und Ruhephasen. (vgl. Reggentin/Dettbarn-Reggentin 2006, S. 29) Das Wohnumfeld muss ebenfalls den besonderen Anforderungen demenzkranker Menschen angepasst werden. Von hohem Nutzen ist eine überschaubare,

barrierefreie Umgebung, welche durch ihre spezielle Architektur und dem richtigen Einsatz von Licht und Farben eine vereinfachte, beruhigende, private und wohnliche Ausstrahlung auf die Bewohner hat. Das Wohnumfeld sollte aber auch anregend, stimulierend und orientierungserleichternd wirken. (vgl. Grond 1998, S. 47) Die Möglichkeit, den Wohnbereich der Bewohner mit persönlichem, liebgewonnenem Inventar und Erinnerungsstücken auszugestalten, bringt zusätzlich Sicherheit, fördert den Respekt vor Individualität und lässt Unterschiedlichkeiten zu. Dem Bewegungsdrang von Demenzkranken kann mit geführten, gefahrenfreien Wegen, die durch Ausgänge auch in geschützte Gartenbereiche führen und auch Nischen und Ruheplätze enthalten, Rechnung getragen werden.

Auch das *kognitive Training*, welches vor allem in den frühen Phasen der Demenz angewendet wird, leistet einen Beitrag zur Erleichterung des Lebens der Betroffenen. „Dabei wird Alltagsbezug hergestellt, körperliches Training durchgeführt und über spielerisches Lernen werden verschiedene Zugänge zum Demenzkranken eröffnet.“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006 S. 30) Alte Kinderspiele, wie klassische Brettspiele aber auch der Umgang mit Puppen und Teddys finden bei Demenzkranken großen Anklang und wecken Erinnerungen, geistige Fähigkeiten und Lust auf Aktivität.

Ein weiterer bedeutender Teil psychosozialer Arbeit im Umgang mit demenzkranken Menschen ist die, von Naomi Feil entwickelte, *Validation*. „Im Mittelpunkt der Methode stehen weniger die objektive Realität und die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten sowie der Versuch ihrer Rehabilitation, sondern vielmehr die subjektive, gefühlsbetonte Welt der Erkrankten und ihre Akzeptanz.“ (ambet 2009, S. 47) „Hier geht die Umwelt auf die Bedürfnisse des Kranken ein, respektiert die Emotionen und Wünsche und somit die Individualität des Demenzkranken.“ (Reggentin/Dettbarn- Reggentin 2006, S. 30). Es ist ein Einfühlen in ihre momentane Gedankenwelt. Helfende sollten hier eigene Gefühle, die sich auf das Erleben des Kranken beziehen, wie z. B. Trauer, Freude oder Anteilnahme, ehrlich zeigen. Sie sollten durch

Beobachtung des Betroffenen Gefühle hinter bestimmten Verhaltensweisen erkennen und sie mit Worten ausdrücken und sein Erleben aus früherer Zeit mit dem Hier und Jetzt vereinen, indem sie z. B. ein vermeintlich vermisstes Kind mit suchen oder ihn ein Stück auf dem „Weg zur Arbeit“ begleiten, bis das Vergessen wieder zuschlägt. (vgl. Grond 1998, S.82)

Eine wesentliche Grundlage dafür, das Gefühlsleben und bestimmte Verhaltensweisen Betroffener zu deuten und richtig darauf zu reagieren, ist die *Biographie- und Erinnerungsarbeit*. Hier werden wichtige Erlebnisse, Vorlieben und Abneigungen sowie Beziehungen aus dem Leben der Demenzkranken zusammengetragen, um ihn als eigenständige Persönlichkeit kennen zu lernen und wertzuschätzen. „Mit der Erinnerungsarbeit sollen positive Bezugspunkte zur Vergangenheit aufgespürt werden und somit Ressourcen zur gegenwärtigen Nutzung erschlossen werden. Hier können z.B. alte Fotos, bekannte Musikstücke, Töne, Licht, Gerüche u. ä. eingesetzt werden, wie es beispielsweise das therapeutische Konzept des *Snoezeln* nutzt.“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S.30) Ein wichtiger Zugang ist hierbei auch das Anknüpfen an religiöse Gewohnheiten aus der Vergangenheit der Betroffenen. Spiritualität und Religion sind meist eng mit ihrer Lebensgeschichte verbunden. Die Anwendung traditioneller Bräuche zu kirchlichen Festen, ein Kirchenbesuch oder das Sprechen alter Gebete und Bibeltexte kann wohlthuende Erinnerungen beim Pflegebedürftigen auslösen. (vgl. Ludewig, C. 2009, S. 56/ 57)

Ein relativ junger Zweig von psychosozialer Intervention sind die *kreativtherapeutischen Methoden*, wie die Kunst- oder Musiktherapie. Hiermit können geringer werdende sprachliche Fähigkeiten dementiell erkrankter Menschen kompensiert werden und auf anderer Ebene Ausdruck finden. „Künstlerisches Gestalten kann den Zugang zu den eigenen Gefühlen erschließen.

Oft löst schon das Anhören von Musik oder das Ansehen von Bildern emotionale Reaktionen aus, auf die dann eingegangen werden kann.“ (Reggentin/ Dettbarn-Reggentin 2006, S. 30) Beim Singen von altem Liedgut stimmen oft sogar Betroffene ein, die schon fast verstummt sind. Dies zeigt, dass hierbei geistige Ressourcen in ihrem Inneren geweckt werden können. Auch beim aktiven Malen im Rahmen einer geleiteten Kunsttherapie, können die Demenzpatienten ihre Konzentration und Selbstsicherheit erhöhen und Stress abbauen. (vgl. Kastner/ Löbach 2007, S. 71/72)

Im letzten, fortgeschrittenen Stadium der Demenz sowie bei der Sterbebegleitung, wo sprachliche Kommunikation fast nicht mehr möglich ist, bekommt nun die Verständigung durch Körpersprache, wie Mimik und Gestik einen hohen Stellenwert. Vor allem Berührungen und Körpernähe vermitteln Vertrauen, Geborgenheit und Sicherheit. Durch hohe Sensibilität des Pflegepersonals müssen bei den Sterbenden eventuelle Schmerzen oder letzte Bedürfnisse erspürt werden. (vgl. Buchmann 2007, S. 50) Eine wichtige Hilfe sind hierbei *körperorientierte/ somatische Anwendungen*, wie z.B. Massagen, Snoezeln oder die „Basale Stimulation“ nach dem Konzept von Prof. Dr. Andreas Fröhlich, bei der beispielsweise durch Streicheln oder Einreibungen, Verkrampfungen gelöst werden und ein beruhigendes Wohlgefühl bei den Betroffenen erreicht werden kann. (vgl. Kastner/ Löbach 2007, S. 74 u. 141)

Diese Verbindung von sozio- und psychotherapeutischen Maßnahmen und eine ganzheitliche, individuelle Betreuung und Wertschätzung von dementiell erkrankten Menschen fördert dessen Wohlbefinden und verringert das Auftreten von herausforderndem Verhalten. Die Schaffung von „Normalität“ mit ihren alltäglichen kleinen Arbeitstätigkeiten und Ritualen setzt kognitive Reize und regt zum körperlichen Einsatz an. Vertrautes schafft Zufriedenheit. Diese herzustellen ist die primäre Aufgabe von psychosozialer Arbeit mit demenzkranken Menschen des Alzheimer-Typs. Abgesehen von den Hilfebedürftigen sollte sie aber gleichzeitig auch für die pflegenden

Mitarbeiter akzeptable Arbeitsbedingungen sichern und Schutz vor Überforderung bieten.

5. Künftige Aufgaben und Herausforderungen an die Soziale Arbeit im Tätigkeitsfeld der Betreuung demenzkranker Menschen

5.1. Was bietet und leistet Soziale Arbeit bereits hinsichtlich aller Beteiligten?

Auf Grund des Wissens über die steigenden Zahlen von Demenzfällen in der Zukunft ist es sehr erfreulich, dass sich die Sozialpolitik und die Soziale Arbeit dem Arbeitsfeld der Pflege intensiver zugewandt haben als noch in der Vergangenheit. Jahrelanges Forschen, zahlreiche Studien und Erhebungen mit pflegebedürftigen Demenzkranken, Angehörigen und Betreuenden und die daraus resultierenden Ergebnisse konnten für die Soziale Arbeit in diesem Arbeitsfeld wichtige Erkenntnisse bringen sowie Defizite und Ansatzpunkte für Verbesserungen aufzeigen. Zunehmend werden nun neben körperlichen Einschränkungen auch Krankheiten mit kognitivem Verfall, wie die Demenz, als eigenständiges Krankheitsbild in der Pflege akzeptiert und in den Leistungen der Pflegestufen berücksichtigt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung und Pflege von Demenzkranken wurden verbessert und sind in der Sozialen Pflegeversicherung im SGB XI verankert. Sie sollen Erleichterungen für Demenzpatienten und ihre Angehörigen bringen. So besagt z.B. § 45b SGB XI, dass Versicherte, die zum berechtigten Personenkreis gehören, je nach Betreuungsbedarf zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen dürfen. Es geht hier um die Rückerstattung von Aufwendungen, die für die Betroffenen z.B. durch die Nutzung von Tag- und Nachtpflege, von Kurzzeitpflege, von Pflegediensten oder von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten entstehen. Auch bei vollstationärer Pflege können zusätzliche finanzielle Mittel für den Einsatz eines Betreuungsassistenten aus der Pflegekasse beansprucht werden. (§87 b SGB XI) Weitere Kosten werden, gemäß § 45c SGB XI,

von der Pflegekasse investiert für den Ausbau und die Erprobung neuer Versorgungskonzepte insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige aber auch für unentgeltliche Pflege- und Schulungskurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen. (§ 45 SGB XI) In letzter Zeit hat sich in Bezug auf die Versorgung Demenzkranker eine hohe Dynamik entfaltet. Es werden neue Wohnkonzepte entwickelt und erprobt, in denen alte Menschen auch bei Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden sicher und selbstbestimmt leben können. Andere Wohnprojekte für Alzheimer-Patienten in fortgeschrittenen Stadien der Krankheit, wie spezielle Wohngruppen, Hausgemeinschaften oder in Heimen integrierte Wohneinheiten werden unterstützt und auf ihre Effektivität hin untersucht. Auch hier wird Normalität und Privatheit für die Bewohner angestrebt. Ein großer Verdienst Sozialer Arbeit in diesem Bereich ist die Entwicklung niedrigschwelliger Tagesbetreuungsangebote, die neben der Beschäftigung, Förderung und Betreuung von Demenzkranken auch eine Entlastung von pflegenden Angehörigen darstellen. Dieser wichtige Punkt der Angehörigenarbeit, und die Erkenntnis, dass auch die Pflegenden in diesem Arbeitsfeld, ob professionell oder privat, Schutz und Unterstützung brauchen, werden zunehmend in den Blick genommen. Zahlreiche Angebote der Kranken- und Pflegekassen, wie individuelle Beratungen zur Demenz, Kurse und individuelle Schulungen oder die Organisation von Selbsthilfegruppen, richten sich an die Angehörigen und sollen zur Erleichterung im schweren Pflegealltag dienen. (vgl. URL9: AOK-die Gesundheitskasse 2012) Eine große Hilfe bieten auch viele Vereine, wie z.B. die Alzheimer Gesellschaft e. V., welche zahlreiche Informationen zum Thema Demenz zur Verfügung stellen und die durch viele ehrenamtliche Mitarbeiter die Selbsthilfe von Betroffenen fördern sowie neuen Mut und Anerkennung geben. Die Soziale Arbeit hat es geschafft die Alzheimer-Krankheit durch verschiedene Medien, wie Filme, Bücher, Internetportale oder Zeitungen präsenter und transparenter zu machen und konnte damit erreichen, eine breitere gesellschaftliche Öffentlichkeit für dieses

Thema zu sensibilisieren. Was die direkte Betreuung und Pflege demenzkranker Menschen betrifft sind in den letzten Jahren viele neue Behandlungskonzepte und Modellprojekte entstanden, die weniger auf medizinischen Aspekten, sondern vor allem auf Zuwendung und psychosozialer Interaktion basieren. Auch die Wichtigkeit der Einbindung sozialer Netzwerke der Betroffenen in den Pflegealltag ist bekannt und wird in einigen Settings bereits gut umgesetzt. Der Bedarf in den Pflegeeinrichtungen an besserer Qualifizierung und Weiterbildung des Pflegepersonals zum Thema Demenz, sowie an einem passenderen Zeit – und Finanzierungsmanagement wurde, laut meiner Literaturrecherche, bereits wahrgenommen, aber noch nicht flächendeckend verwirklicht.

Als aktuellsten, wenn auch nur kleinen, Erfolg von Sozialarbeit und Politik kann man das Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) werten, welches im Januar 2013 in Kraft tritt und weitere Vergünstigungen in der Pflege allgemein und somit auch für Demenzkranke sichert. Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die wichtigsten Neuerungen des Gesetzes.

„Ab 2013 bekommen Demenzkranke ohne körperlichen Pflegebedarf (Pflegestufe 0) neben dem heute schon auf Antrag bei den Pflegekassen erhältlichen 100 bzw. 200 Euro monatlichen Zuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen erstmals ein Pflegegeld von monatlich 120 Euro bei Betreuung durch Angehörige oder Pflegesachleistungen bis zu 225 Euro bei Betreuung durch einen ambulanten Pflegedienst.

Bei Demenz erhalten Pflegebedürftige in Pflegestufe I monatlich ein um 70 Euro erhöhtes Pflegegeld von 305 Euro oder um 215 Euro höhere Pflegesachleistungen bis zu 665 Euro.

Demenzkranke Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um 85 Euro höheres Pflegegeld von 525 Euro oder um 150 Euro höhere Pflegesachleistungen von bis zu 1.250 Euro.

Erstmals haben Demenzkranke und psychisch Kranke mit eingeschränkter Alltagskompetenz Anspruch auf Zuschüsse zur Verhinderungspflege bei Abwesenheit von pflegenden Angehörigen von höchstens 1.550 Euro für bis zu 28 Tage im Jahr.

Auch Pflegehilfsmittel und technische Hilfen stehen ihnen laut dem neuen Paragraphen 123 Abs. 2 des Gesetzes zu. Zudem wird der barrierefreie Umbau der Wohnungen von Demenzkranken künftig erstmals mit bis zu 2.557 Euro pro Maßnahme von der Pflegekasse gefördert.“ (URL10: Zacher, 2012)

In Zukunft bieten die ambulanten Pflegedienste neben der Grundversorgung und der hauswirtschaftlichen Hilfe auch Betreuungsleistungen an. Diese können von den Betroffenen oder den Angehörigen frei gewählt und als Sachleistungen durch den Pflegedienst in Anspruch genommen werden.

Für die Angehörigen soll es leichter werden eine Auszeit von der Versorgung des Pflegenden zu nehmen. Die Krankenkassen werden künftig Versorgungs- und Rehabilitationsbedarf von Angehörigen stärker berücksichtigen.

Durch das neue Gesetz sollen Pflegeberatungen und Beratungen über Hilfe und Leistungen der Pflegekassen zukünftig möglichst frühzeitig und in verständlicher Form für die Versicherten und Angehörigen erfolgen.

Auch Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sollen zeitnah, innerhalb von 4 Wochen, angesetzt werden. (vgl. URL10: Zacher, 2012)

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Soziale Arbeit im Arbeitsfeld der Pflege demenzkranker Menschen schon viele Fortschritte gemacht und gute Therapiekonzepte und Modellprojekte hervorgebracht hat und noch erprobt. Gute Ansätze werden nun durch die Reform der Pflegeversicherung ab 2013 gesetzlich untermauert und können somit als weiterer kleiner Bestandteil auf die

Liste von Errungenschaften für die zahlreichen Betroffenen in unserem Land übernommen werden.

5.2. Welchen wichtigen Aufgaben muss sich die Soziale Arbeit in Zukunft noch stellen?

Trotz dem guten Vorankommen Sozialer Arbeit im Zusammenhang mit der Versorgung Demenzkranker und der Gestaltung deren Umfeldes stehen in Anbetracht der demografischen Entwicklung noch enorme Herausforderungen bevor. Das Gefüge von jung und alt wird sich maßgeblich verschieben und krisensichere Konzepte für die Pflege und Betreuung alter Menschen notwendig machen. Pflegeberufe müssen attraktiver gemacht werden, damit ausreichende Bewerber zur Verfügung stehen. Gerade weil Pflegekräfte in Zukunft rar werden, müssen diese mehr ins Blickfeld von notwendigen Innovationen rücken. Neue Personal- und Zeitkonzepte, sollten eine effektivere personenzentrierte Zuwendung zum Hilfebedürftigen zulassen und die, für Demenzpatienten angestrebte, Bezugspflege absichern. Ein höherer Personaleinsatz würde gleichzeitig Stress und Druck auf Betroffene und auf pflegende Mitarbeiter minimieren, welcher sonst schnell zu Überforderungen und Unzufriedenheit im Pflegealltag führen kann. Auch in finanzieller Hinsicht sollten Überlegungen angestellt werden, die den wahren Wert von Pflegeleistungen im Pflegeberuf anerkennen und ihn als physisch und psychisch anspruchsvolle Tätigkeit mit allen erforderlichen Facetten berücksichtigen und damit, z.B. eine bessere Entlohnung oder mehr Urlaub für das Pflegepersonal in Betracht ziehen. Auch anders gelagerte Wertschätzung und Anerkennung sind für Pflegende von großer Wichtigkeit. Neue Finanzierungskonzepte werden künftig z.B. auch für den weiteren Aus- und Umbau von Wohn- und Betreuungseinrichtungen, für psychosoziale Therapien, Angehörigenarbeit, Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit usw. erforderlich. Eine Herausforderung für die soziale Wohnungspolitik wäre der Bau altersgerechter, kleinerer Wohneinheiten oder grundsätzlich barrierefreier Wohnungen, welcher altersbedingte Umzüge weitestgehend nach hinten

verschieben würde. Auch der Neubau von Pflegeeinrichtungen müsste gleich nach neuesten Erkenntnissen der Alten – und Demenzforschung und wichtiger Milieuansätze erfolgen und eine besucherfreundliche Plattform bieten. Eine wichtige Aufgabe ist künftig auch die bessere Qualifizierung und Weiterbildung der Pflegenden, welche in der Demenzbetreuung tätig sind. Nur ein spezifisches Fachwissen über die Besonderheiten der Krankheit sowie Empathie und Akzeptanz machen ein gezieltes, effizientes und liebevolles Arbeiten mit dieser Menschengruppe möglich. Der Fokus muss in Zukunft verstärkt auf die Individualität und auf die Unterschiedlichkeit jedes pflegebedürftigen Demenzkranken gerichtet sein. Biografisches Hintergrundwissen ist dabei ein unverzichtbares Instrument. Auch der Sachverhalt des Selbstschutzes und der Psychohygiene von Pflegepersonal muss in den Lehrplänen von Aus- und Weiterbildungen für MitarbeiterInnen verstärkt hervortreten. In sämtlichen pflegerischen Institutionen sollten Supervisionen und Fallbesprechungen einen festen Platz in der Organisation einnehmen. Diese und weitere Gesichtspunkte müssen in überarbeiteten Heim- und Pflegekonzeptionen manifestiert werden, um einen gezielten auf neuesten Erkenntnissen beruhenden Pflegeablauf zu sichern. Für eine höhere Transparenz und Überwachung von Pflegeeinrichtungen zur Erfassung von Qualitätsunterschieden sollten bestehende, aber auch kontrovers diskutierte Kriterienkataloge und Pflegenotensysteme überarbeitet werden, um Defizite oder Missstände in der Pflege noch schneller und punktgenauer zu erfassen und beseitigen zu können, wie beispielsweise der unrechte Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen oder die Überlastung von Pflegepersonal. (vgl. URL11: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2010) Die enge Zusammenarbeit der Sozialarbeit mit den Angehörigen ist auch in Zukunft ein primärer Faktor in der Pflege von demenzkranken alten Menschen. Soziale Arbeit muss sich einmischen, Interessen der Betroffenen vertreten und langsam mahlende Bearbeitungsmühlen in Ämtern und bei Leistungserbringern antreiben. Anträge und Begutachtungen sollen künftig nach dem neuen Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz 2013 zeitnaher bearbeitet werden.

Was sich Betroffene und Angehörige wirklich unter einer guten Betreuung und Pflege vorstellen, wobei sie Hilfe brauchen, wo die Probleme liegen und was sie sich wünschen, kann weiterhin nur mit gezielten Befragungen, und Studien evaluiert werden. Sie sollten vermehrt bei sozialpolitischen Entscheidungen und Neueinführungen mitbestimmen dürfen. Eine komplette umfassende Betreuung der häuslich pflegenden Familien durch eine Art Familien- oder Pflegehelfer von Beginn an, wäre hier sicher von großem Nutzen. Außerdem müssten Bereitschaftsdienste angeboten werden, die man auch nachts zu Hilfe rufen kann, wenn z.B. selbst schon sehr betagte Pflegenden an ihre Grenzen stoßen. Da Altenpflegeheime durch ihre hochaltrigen, oder mittelschwer bis schwer dementen Bewohner auch Sterbeorte darstellen, müssen im Hinblick auf eine gezielte palliativ - medizinische Versorgung und ganzheitliche Sterbebegleitung auch hier Neuausrichtungen erfolgen. „Die Begleitung des Sterbens in diesen Einrichtungen [ist] ein weitgehend unorganisierter Vorgang und der Kompetenz sowie der Willkür der jeweils diensthabenden Personen überlassen, die aus unterschiedlichen Gründen häufig mit der Begleitung Sterbender überfordert sind. [...] Strukturveränderungen in den Einrichtungen der stationären Langzeitpflege macht eine Konzeptualisierung der Sterbebegleitung im Allgemeinen und von Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen im Besonderen dringend erforderlich, da der Anteil der Bewohner/ Innen mit diesen Erkrankungen stetig zunehmen wird.“ (Buchmann 2007, S.118)

Die ausreichende Qualifizierung des Pflegepersonals im Kontext der Sterbebegleitung, besonders von Menschen mit Demenz, muss künftig als unerlässlicher Baustein in der Ausbildung von AltenpflegerInnen integriert sein. Da der Umgang mit alten Menschen und damit auch mit demenzkranken Menschen zunehmend auch gesellschaftlich an Bedeutung gewinnt und früher oder später nahezu jeden in unserer Gesellschaft direkt oder indirekt betrifft, wäre es ein guter Ansatz, schon im Bildungsplan der Sekundarschulen grundsätzliche Themen des Alters zu verankern. Schulpraktika könnten in Alten- und Pflegeheimen abgeleistet und Schüler schon im Schulunterricht mit der

Alzheimer-Krankheit bekannt gemacht werden, um Verständnis und Respekt der Jugendlichen gegenüber dem Alter und seinen typischen Erscheinungen zu fördern.

Abschließend kann man zusammenfassen, dass eine wesentliche Aufgabe der Sozialpolitik und der Sozialen Arbeit darin besteht, zukünftig „zunächst die Möglichkeiten des Einzelnen und seines sozialen Netzwerkes [auszuschöpfen] bevor das Versorgungssystem in Anspruch genommen wird. [...] Die Inanspruchnahme [von Versorgungsleistungen] sollte bei niedrighwelligen Angeboten beginnen und sich - nur wenn unbedingt notwendig – bis zum Versorgungselement mit dem umfassendsten Angebot, dem Pflegeheim, erstrecken.“ (Heeg/ Bäuerle 2012, S. 15) Eine stärkere Vernetzung und ein gutes Zusammenspiel zwischen verschiedenen Versorgungsstrukturen, wie qualifizierten Fachärzten, Krankenkassen, geriatrischen oder gerontopsychiatrischen Institutionen Beratungsstützpunkten usw. sind zukunftsweisend. Durch die gemeindenahe Einbindung von Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten und Versorgungsstützpunkten für demenzkranke Menschen können soziale Netzwerke besser aufrecht erhalten werden. (vgl. Heeg/ Bäuerle 2012, S. 15/ 16) „Menschen mit Demenz sollten nicht mehr in weitentfernten psychiatrischen Einrichtungen oder Spezialpflegeheimen untergebracht, sondern möglichst in der Nähe ihres Wohnortes oder dem ihrer Angehörigen betreut werden.“ (Heeg/ Bäuerle 2012, S. 16) Dem Ehrenamt und gemeinnützigen Vereinen sollten in Zukunft noch mehr Achtung und Unterstützung zugemessen werden. Die Soziale Arbeit hat die verantwortungsvolle Aufgabe diese zahlreichen Aspekte noch optimaler zu koordinieren, die Interessen der Hilfebedürftigen zu vertreten, und in weiteren Reformen des Pflegegesetzes zu manifestieren. Die Entwicklung der demografischen Lage fordert ein Umdenken und zwingt zu einem durchdachteren Einsatz vorhandener Ressourcen und zu einer ganzheitlichen, auf einander abgestimmten Hilfeleistung durch die Versorgungsstrukturen.

6. Fazit

Bei meiner Auseinandersetzung mit dem Thema Alzheimer- Demenz im Rahmen dieser Arbeit konnte ich diese Krankheit aus vielen verschiedenen Blickwinkeln wahrnehmen. Man erkennt, durch zahlreiche Studien, Publikationen und Erfahrungsberichte von Betroffenen, dass Demenz in unserer Gesellschaft langsam an Aufmerksamkeit gewinnt. Meine Hochachtung für alle, die mit dieser Krankheit zu tun haben ist während meinen Recherchen enorm gestiegen. Demenzkranke Menschen müssen ihren eigenen kognitiven Zerfall bewusst und gnadenlos miterleben. Ihre krankheitsbedingten Symptome und Handlungen stoßen dabei oft auf Unverständnis und unfreundliche Reaktionen des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft. Sie fühlen sich ausgeschlossen, frustriert und ziehen sich letztlich immer mehr ins Innere zurück oder äußern dies mit herausfordernden Verhaltensweisen. Es sind Hilferufe der Betroffenen, die nach liebevollem und respektvollem Umgang verlangen. Genau diese Aussagen kann man ebenso auf die Situation der Angehörigen übertragen, welche hierbei oft auch in Außenseiterrollen gelangen. Genau hier muss meiner Einschätzung nach angesetzt werden, um auch diesen Menschen ein zufriedenes und glückliches Leben zu ermöglichen. Die Förderung des gesellschaftlichen Verständnisses für Demenzbetroffene, ihre Angehörigen und Pflegende und die Transparenz dieses Themas in der Öffentlichkeit ist ein primäres Ziel in diesem Arbeitsfeld. Die große Bedeutung von passenden und speziell für dieses Krankheitsbild ausgerichtete Wohn-, Betreuung- und Umgangsformen wurden bereits erkannt und müssen in Zukunft noch ausgereift und aufeinander abgestimmt werden, um ein optimales Auffangnetz und Hilfesystem für Betroffene anzubieten. Die vermehrte Einbringung psychosozial fundierter Komponenten in diesem Versorgungsprozess ist von beträchtlichem Gewinn für alle Beteiligten. Der demografische Wandel und sein baldiges Ungleichgewicht von Jung und Alt erfordern ein Zusammenrücken und einen respektvollen Umgang der Generationen miteinander. Dies erreicht man durch

Öffentlichkeitsarbeit, Gemeindenähe und vor allem durch die Arbeit in Mehrgenerationenhäusern. Das Gelingen eines intergenerativen Zusammenhaltes sichert die Akzeptanz eines jeden in der Gesellschaft, wo alle voneinander profitieren können und keiner eine Außenseiterrolle einnehmen muss. Auch die eigene Angst vor dem Alter, vor Krankheit und ungewissen Lebenssituationen kann dadurch abgemildert werden. Die Soziale Arbeit mit ihren zahlreichen Mitarbeitern leistet tagtäglich Großes, steht aber noch vor entscheidenden Herausforderungen in der Zukunft, wo sie ihr wahres Potential unter Beweis stellen kann.

Nun hoffe ich, dass es mir mit meinen Ausführungen gelungen ist, notwendiges Wissen über die Alzheimer- Krankheit zu vermitteln, bestehende Wohn- und Betreuungsformen sowie gute psychosoziale Therapieansätze vorzustellen und Verständnis im Umgang mit demenzerkrankten Menschen aufzubauen, um ihnen in Würde zu begegnen und sie als eigenständige Persönlichkeiten zu respektieren, damit auch sie ein zufriedenes Lebensende zwischen liebevollen, empathischen Menschen und in einer sozial eingestellten Gesellschaft erleben können.

Literaturverzeichnis

Altmann, Irwin (1975): The Environment and Social Behaviour. Privacy. Personal Space, Territory, Crowding. Monterey: Brooks/ Cole

ambet e.V. - Ambulante Betreuung hilfs- und pflegebedürftiger Menschen e.V. Braunschweig (Hrsg.) (2009): Demenz. Assistenz für einen gelingenden Alltag. Verlag: Institut für Fort- und Weiterbildung sozialer Berufe e.V., Braunschweig

Bickel, Horst (2010): Das Wichtigste 1. Die Epidemiologie der Demenz; in: Alzheimer Gesellschaft Sachsen e.V. (Hrsg.) Wir geben der Krankheit ein Gesicht. Demenzatlas für den Freistaat Sachsen (2011), S. 5/6

Buchmann, Klaus- Peter (2007): Demenz und Hospiz. Sterben an Demenz erkrankte Menschen anders? (Hg. v. Stiftung Villa Auguste Hospiz Leipzig) der Hospiz Verlag, Wuppertal

Buijssen, Huub (2008) Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber. 5. Auflage; Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit (2006) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, Artikel 3

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2011): Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser. Starke Leistung für jedes Alter. : S. 38

Furtmayr- Schuh, Annelies (1991): Das große Vergessen. Die Alzheimer Krankheit. Wissen, vorbeugen, behandeln, mit der Krankheit leben. 3. Auflage, Kretz Verlag AG Zürich

Götte, Rose; Lackmann, Edith (1991): Alzheimer- Was tun? Eine Familie lernt mit der Krankheit zu leben. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Grond, Erich (1998): Pflege Demenzkranker. Brigitte Kunz Verlag, Hagen

Heeg, Sibylle; Bäuerle, Katharina (2012): Heimat für Menschen mit Demenz. Aktuelle Entwicklungen im Pflegeheimbau- Beispiele und Nutzungserfahrungen. 2. unveränderte Auflage von 2008; Mabuse Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Heuser, Isabella (2010): Alzheimer und Demenz: Wissen was stimmt. Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau

Hirsch, Rolf D. (2001): Sozio- und Psychotherapie bei Alzheimerkranken. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 34: S. 92- 100

Höwler, Elisabeth (2008): Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Erleben und Strategien Pflegender. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Jost, Annemarie (2000): Zeitstörungen. Vom Umgang mit Zeit in Psychiatrie und Alltag. Psychiatrie- Verlag gGmbH, Bonn

Kaluza, Jens; Töpferwein, Gabriele (2005): Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegende. Eine empirische Studie. Berlin

Kastner, Ulrich; Löbach, Rita (2007): Handbuch Demenz. Urban & Fischer Verlag, München

Ludewig, Christel (2009): Spiritualität in der Pflege, in: Pro Alter, Februar 2009, S. 56/57

Michell- Auli, Peter; Sowinski, Christine (2012): Die 5. Generation: KDA-Quartiershäuser. Umsetzung des Prinzips „Leben in Privatheit“. In: Pro Alter, März/April 2012, S. 12- 16)

Michell- Auli, Peter; Sowinski, Christine; Lanzerath, Michael (2012): Konzeptionelle und architektonische Umsetzung des Prinzips „Leben in Privatheit“. In: Pro Alter, März/April 2012, S. 22.-24

Radzey, Beate; Kuhn, Christina; Rauh, Janthe; Heeg, Sibylle (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur Expertise). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) Schriftenreihe Band 207. 1. Stuttgart: Kohlhammer

Reggentin, Heike; Dettbarn-Reggentin, Jürgen (2006): Demenzkranke in Wohngruppen betreuen und fördern. Ein Praxisleitfaden. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Sauer, Peter; Wißmann, Peter (2007): Niedrigschwellige Hilfen für Familien mit Demenz. Erfahrungen, Beispiele, Perspektiven. Mabuse, Frankfurt am Main

Sowinski, Christine (2005): Doppelzimmer aus Sicht der Pflege. In: Das Einzelzimmer- Standard in der Altenhilfe? Reihe: Architektur+ Gerontologie, Band 4. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe (Hrsg.)

Statistisches Bundesamt; Statistische Ämter des Bundes und des Landes (Hrsg.) (2011): Demografischer Wandel in Deutschland; Heft 1- Bevölkerungs- und Haushaltentwicklung im Bund und in den Ländern: Wiesbaden, S. 8

Thür, Gabriele (Hrsg.) (2004): Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch. Springer Verlag, Wien

Tragl, Karl- Heinz (2004): Die demografische Entwicklung des Alters in Österreich. In: Thür, Gabriele (Hrsg.) (2004): Professionelle Altenpflege. Ein praxisorientiertes Handbuch. Springer Verlag, Wien, S. IX

Weyerer, Siegfried; Schäufele, Monika; Hönig, Thomas (2001): Demenzkranke in der stationären Versorgung: Aktuelle Situation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). Qualität in der stationären Versorgung Demenzerkrankter. Kohlhammer: Stuttgart, S. 9-18

Weyerer, Siegfried; Schäufele, Martina; Hendlmeier, Ingrid; Kofahl, Christopher; Sattel, Heribert (2006): Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen. Besondere und traditionelle Pflege im Vergleich. Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Winter, Hans- Peter; Gennrich Rolf; Haß, Peter (1999): Hausgemeinschaften: Werkstattbericht zur Entwicklung familienähnlicher Wohn- und Lebensformen für pflegebedürftige und/ oder verwirrte alte Menschen. Reihe: Architektur+ Gerontologie 2. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe

Internet- und Bildquellen

URL1:http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F00.*.html?sp=SDemenz-%20ic; Zugriff am 08.11.12

URL2:<http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=187>;

Zugriff am 08.11.12

URL3:<http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/3>; Zugriff am 23.11.12

URL4:<http://lichtung-ev.de/verhalten.html>; Zugriff am 27.11.12

URL5:<http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Diagnostik/herausfordVerhalten.html>; Zugriff am 03.12.12

URL6:<http://www.sovd-nrw.de/19653.0.html>; Zugriff am 27.12.12

URL7:http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFSWIASSW.pdf; Zugriff am 21.12.12

URL8:<http://de.thefreedictionary.com/psychosozial>; Zugriff am 21.12.12

URL9:<http://www.aok.de/sachsen-anhalt/gesundheit/demenz-angebote-149343.php>; Zugriff am 29.12.12

URL10: Zacher, Benjamin (2012) Pflege-Neuausrichtung-Gesetz: Das ändert sich ab 2013; auf <http://www.pflege.de/finanzierung-rechtliches/pflegeneuausrichtungsgesetz-2013>; Zugriff am 29.12.12

URL11:<http://www.kda.de/news-detail/items/tranzparenzkriterien-was-ist-zu-tun-wie-geht-es-weiter.html>; Zugriff am 31.12.12

Bildquellen:

Titelbild: „Demenz“ von Dagmar Troch (Sasel) 2012; Acryl auf Leinwand, gefunden auf <http://www.kirche-sasel.de/web/aktuelles/aktuellespage.php?id=T1350465569>, Zugriff am 11.01.2013

Abb. 1:Übersicht „Herausforderndes Verhalten“; Universitätsklinikum Freiburg: Demenz-Leitlinie 2012; URL5:<http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Diagnostik/herausfordVerhalten.html>; Zugriff am 03.12.2012

Danksagung

Hiermit bedanke ich mich herzlich bei Herrn Dr. phil. Michel C. Hille für die gute Betreuung während der Erstellung meiner Bachelorarbeit und die schnelle Beantwortung aller meiner Fragen diesbezüglich. Weiterhin danke ich dem Herrn Prof. Dr. phil. Stephan Beetz für seine Bereitschaft, meine Arbeit als Zweitprüfer zu begutachten.

Christina Schmidt

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze oder Satzteile sind als Zitate kenntlich gemacht. Die Arbeit hat in dieser oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Borna, den 18.01. 2013

Christina Schmidt