

Demenz – Leben in Grenzen ?

Dokumentation der
1. Fachtagung
Hamburg, 18. April 2002

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Mitstreiterinnen und Mitstreiter in der
Dementenbetreuung!

Zu den schwerwiegenden Folgen der Demenz gehört, daß die Ein-
sichts- und Einwilligungsfähigkeit verloren gehen. Dadurch kann es
zu Gefährdungen der Kranken oder anderer kommen, und Schutz-
maßnahmen werden notwendig. Zu diesen Schutzmaßnahmen zäh-
len Fixierung und andere Formen der Freiheitsbeschränkung. Dabei
ist zwischen zwei hochrangigen Rechtsgütern abzuwägen, der Be-
wegungsfreiheit und der körperlichen Unversehrtheit. Mit beiden
müssen die Betreuenden verantwortlich umgehen.

Zu diesem verantwortlichen Umgang gehören Einfühlung in das
Krankheitserleben, Wissen, Phantasie und nicht zuletzt Mut zum
Ausprobieren neuer Vorgehensweisen. Einschränkungen der Bewe-
gungsfreiheit sollten stets das allerletzte Glied in der Kette pflegeri-
schen Handelns bleiben; denn gerade in Zuständen fortgeschritte-
ner Demenz kann die Fortbewegung zur einzigen Möglichkeit ge-
worden sein, sich unbeeinträchtigt zu fühlen.

Durch geeignete Maßnahmen im Vorfeld können freiheitsbeschrän-
kende Handlungen in großem Umfang vermieden werden. Zentrales
Anliegen unserer Tagung war, das Wissen über solche Maßnahmen
zu vermehren, das Verständnis für die Bedeutung unserer Handlun-
gen zu vertiefen und Mut zu machen zu allem, was der Vergröße-
rung der Freiräume für Demenzkranke dient.

Auf der 11. Arbeitstagung der DED im Herbst 2000 in Kiel konstitu-
ierte sich eine Arbeitsgruppe, die sich mit dem Thema Fixierung
und freiheitsbeschränkende Maßnahmen Demenzkranker beschäf-
tigte und als Ergebnis nun eine Handlungsempfehlung zu diesem
Thema vorlegt. Dies war auch der wesentliche Anlaß für die erste
öffentliche Fachtagung unserer Organisation.

Dieser Ihnen hier vorgelegte Band versammelt die Vorträge der Ta-
gung „Demenz - Leben in Grenzen ?“ in der Hoffnung, daß sie zu-
sammen mit der Handlungsempfehlung zu einem reflektierten und
verantwortlichen Umgang mit Schutzmaßnahmen beitragen.

Rieseby, im Juli 2002

Mechthild Lärm

Inhaltsverzeichnis

Grußwort zur Eröffnung

Birgit Schnieber-Jastram
Senatorin für Soziales und Familie
der Hansestadt Hamburg

Seite 4

Freiräume für Demenzkranke: Eine ethisch-moralische Herausforderung

Dr. Jens Bruder, Hamburg

Seite 8

Das Erleben von Grenzen: Ein Annäherungsversuch an die Innenwelt der Demenzkranken

Nicole Richard, Kassel

Seite 26

Wieviel Freiheitsbeschränkung kann durch Vorbeugung entfallen ?

Mechthild Lärm, Rieseby

Seite 36

Gewaltträchtige Situationen

Martin Hamborg, Kiel

Seite 44

Sicherheit durch Medikamente: Möglichkeiten und Gefahren

Dr. Jan Wojnar, Hamburg

Seite 66

Schlußbetrachtung

Petra Weritz-Hanf, Berlin

Seite 79

Liste der Referentinnen und Referenten

Seite 94

Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker

Seite 95

DED - Wer wir sind -

Seite 109

**GRUSSWORT DES PRÄSES DER
BEHÖRDE FÜR SOZIALES UND FAMILIE
SENATORIN BIRGIT SCHNIEBER-JASTRAM**

Eröffnung der 1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ - LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie im Namen des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg bei der 1. Fachtagung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung begrüßen zu können.

„Demenz – Leben in Grenzen?“ Mit dieser Fragestellung wird deutlich, warum das Thema Demenz so stark mit Angst verbunden ist. Angst vor dem Kontrollverlust und dem Verfall der Persönlichkeit, wenn man selbst daran erkrankt, und Angst vor der seelischen und körperlichen Belastung, wenn ein Angehöriger betroffen ist.

Unsere Gesellschaft ist zunehmend mit der Problematik demenzieller Erkrankungen konfrontiert. Vor allem für die noch unheilbar verlaufende Alzheimer Demenz stellt das Alter den wichtigsten Risikofaktor dar. Die Dimensionen dieser Herausforderung zeichnen sich klar ab: Schon jetzt müssen wir bundesweit von einer Anzahl mittelschwerer und schwerer Erkrankungsfälle zwischen 800.000 und 900.000 Menschen ausgehen. Tendenz steigend.

Mit der Erkrankung ändert sich das Leben für alle Betroffenen von Grund auf. Die Pflegenden müssen mit ansehen, wie ein selbständiger Mensch sich zunehmend verändert und plötzlich Dinge tut, die ihm vollkommen wesensfremd sind. Das kann soweit gehen, dass man den Menschen kaum wiedererkennt. So etwas löst großen Schmerz, Mitleid und Trauer aus.

Der demenzkranke Mensch fordert ungeheuer viel Aufmerksamkeit und Geduld. Er muss angeleitet, betreut und letztlich immer im Auge behalten werden, damit er sich selbst und andere nicht in Gefahr bringt. Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen stellen nur die letzte Maßnahme aus dem Bündel der pflegerischen Handlungsmöglichkeiten dar. Eine derarti-

ge Beeinträchtigung der persönlichen Freiheitsrechte bedarf einer ständigen Überprüfung ihrer die Notwendigkeit und muss in die Pflegeplanung eingebettet sein.

Mit dem Programm der besonderen stationären Dementenbetreuung ist Hamburg neue Wege im Bereich der stationären Versorgung gegangen. Denn inzwischen können fast die Hälfte der Bewohner und Bewohnerinnen in Pflegeheimen als demenziell verändert bezeichnet werden. Etwa 15 % bis 20 % davon benötigen eine spezielle Pflege und Betreuung. Wir haben deshalb in Kooperation mit den Pflegekassen und den Verbänden der Pflegeeinrichtungen in 30 Hamburger Heimen fast 750 Pflegeplätze für dementiell erkrankte Menschen eingerichtet. Hier werden die Menschen besonders intensiv und ihren Bedürfnissen entsprechend betreut. Dieses Programm wird von vielen Fachleuten als richtungsweisend eingeschätzt und findet bundesweit Interesse und Nachahmer.

Die fachlichen Vorgaben des Hamburger Programms gehen zu großen Teilen auf die Diskussion in der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung zurück. Dafür möchte ich den Mitgliedern an dieser Stelle einmal ausdrücklich danken.

Die besonderen räumlichen Anforderungen an die Pflegeeinrichtungen sollen z. B. dem ausgeprägten Bewegungsdrang vieler Demenzkranker Rechnung tragen und das „Wandern“ sowohl drinnen als auch draußen ermöglichen. So können freiheitsbeschränkende Maßnahmen, wie abgeschlossene Türen, die das Weglaufen verhindern sollen, minimiert werden. Die Möglichkeit zur Bewegung ist ein wesentliches Kriterium für Lebensqualität und Selbstbestimmung. Ein Ziel pflegerischen Handelns muss es daher auch sein, das natürliche Bedürfnis nach Fortbewegung soweit wie möglich zu gewährleisten. Hierfür sind Maßnahmen im Vorfeld der Freiheitsbe-

schränkung auszuloten und die Risiken des „Gewährenlassens“ einzuschätzen.

Die Pflegenden müssen lernen, die eigene Vorstellungswelt des Demenzkranken zu akzeptieren, sie müssen nachsichtig und behutsam sein. Das erfordert ganz viel Kraft und Rücksichtnahme. Und der Dank bleibt oft aus, denn der demenzkranke Mensch ist gar nicht in der Lage anzuerkennen, wie viel Hinwendung, Aufmerksamkeit und Arbeit er verlangt.

Ich wünsche gutes Gelingen, damit das Ziel dieser Fachtagung erreicht werden kann, nämlich dass das Wissen um die Möglichkeiten, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden, verbreitet und vertieft wird.

Ich bin gespannt auf Ihre Ergebnisse und wünsche Ihnen eine anregende Tagung.

FREIRÄUME FÜR DEMENZKRANKE:
EINE ETHISCH – MORALISCHE HERAUSFORDERUNG

von
Jens Bruder

Einleitungsreferat der 1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ – LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

Einleitung

Freiräume sind dadurch gekennzeichnet, dass sie bestehende oder vermutete Grenzen überschreiten. Sonst spräche man von Engräumen. Durch die Verbindung mit dem Begriff „Herausforderung“, wie sie in meinem Thema erfolgt, wird diese Tendenz unterstrichen. Und darum soll es heute gehen: die physischen und geistigen Räume zu vergrößern, in denen das Leben der Demenzkranken stattfindet und innerhalb derer wir nach besserem Verständnis ihres Leidens und nach neuen Ideen ihrer Betreuung suchen.

Bedeutungsvielfalt von Grenzen

Zunächst möchte ich kurz auf das Fragezeichen in unserem Gesamtthema eingehen: Demenz – Leben in Grenzen? Ganz allgemein, also ohne Beschränkung auf Demenzkranke, kennzeichnen Grenzen Zuständigkeiten und definieren Räume. Grenzen schützen vor Fremden und Ansprüchen anderer, Grenzen verwehren Zugang, können aber auch Verlassen oder Flüchten verhindern (wie wir Deutschen besonders gut wissen). Grenzen markieren Unterschiede, umschreiben Individualität und erleichtern damit Orientierung. Grenzen können neugierig machen auf das, was sich jenseits von ihnen befindet, und sie können dazu stimulieren, sie nach außen zu verschieben, um damit unsere Erfahrung von Begrenzung und Begrenztheit seltener oder weniger belastend zu machen. Grenzen können hilfreich, manchmal sogar erwünscht sein, wenn es kaum oder keine Vorgaben und Orientierungssysteme für das Leben innerhalb des umgrenzten Raumes gibt. Viel Freiheit kann ja auch sehr anstrengend sein.

Neben dem Hauptanliegen, Lebens- und Ideenräume für unsere Demenzkranken zu vergrößern, indem bestehende Grenzen hinterfragt werden, berührt das Fragezeichen auch diese Bedeutungsvielfalt, derer man sich bewusst bleiben sollte.

Gliederung der folgenden Überlegungen

In meinem Vortrag werde ich – immer im Blick auf das Verhältnis von Grenzen zu Freiräumen – zunächst näher auf das Wesen und die Ursprünge von Grenzen für Demenzkranke eingehen, insbesondere auf die Wechselbeziehung zwischen unseren Ängsten und den von uns gezogenen Grenzen. Überlegungen zu unterschiedlichen Formen von Grenzen und ihrer Wahrnehmung durch die Kranken schließen sich an. Es folgt die Frage danach, was alles zu schützen ist – mit vielen Antworten. Dann kommen einige Gedanken zum Erleben von Freiheit. In einem weiteren Abschnitt geht es um das Wahrnehmen, Nachdenken, Verstehen, Abwägen und Entscheiden im Zusammenhang mit meinem Thema.

Bei diesen Überlegungen sollen die unterschiedlichen inneren und äußeren Bedingungen und Interessenslagen von Kranken, betroffenen Angehörigen und professionell Engagierten jeweils berücksichtigt werden.

Ethisch-moralische Dimension

Die ethisch-moralische Dimension ist dabei nahezu allgegenwärtig: wegen der engen Beziehung zwischen Würde und Freiheit – gerade auch des behinderten Lebens – , wegen unserer Hilfe – und Solidaritätsverpflichtung gegenüber Kranken, wegen unseres – oft nur nebelhaft empfundenen und vielfältig verdrängten – schlechten Gewis-

sens hinsichtlich vieler Demenzkranker. Teil dieses schlechten Gewissens ist die Ahnung, nicht genug für ein besseres Verständnis dessen zu tun, was in den Kranken vorgeht. Dabei handelte es sich dann weniger um ein Verschieben von Grenzen und Vergrößern von Freiräumen, sondern um das Überbrücken von Grenzen. Dies ist wohl die umfassendste Forderung an uns alle: die Suche nach - möglichst dauerhaften - Brücken des Verstehens zu den Kranken, in der Einzelbegegnung, institutionell und in der gesamten Gesellschaft.

Motive und Gründe von Grenzen für Demenzkranke

An erster Stelle steht die Angst vor körperlicher Gefährdung des kranken oder anderer Menschen. Auf Details gehe ich hier nicht ein.

Wichtig ist die Bewertung der Gefährdung durch den, der die Grenze setzt. Dabei spielen viele Faktoren eine Rolle. Sie umfassen bisherige Erfahrungen mit ähnlich Erkrankten, die Toleranz gegenüber Sorge und Angst, aber auch Risikofreude und Mut der Betreuer, ihre Bereitschaft zu Aktivität und zum Ausprobieren von Alternativen zur Grenzziehung, ihre Nähe zum Kranken und das Verständnis bzw. die Vorstellung davon, wie er oder sie die Grenzziehung wohl erleben. Und selbstverständlich können sich in Grenzsetzungen auch mehr oder weniger gut kontrollierte oder verdrängte aggressive Empfindungen ausdrücken. Grenzziehungen sind u.a. Manifestation von Macht, wenn auch fürsorglicher.

Außerdem können in diesem Zusammenhang auch Ängste vor eigenem oder kollektiven Dementwerden zum Tragen kommen. Die geschlossene Unterbringung bedeutet ja auch, das Problem begrenzen und unter Kontrolle halten zu wollen. Man muss sich verdeutlichen ,

dass der Verlust der geistigen und seelischen Kräfte durch Demenz zu den stärksten Bedrohungen des Menschen gehört. Die dadurch entstehenden Ängste sind sehr groß. Umso stärker, vielfältiger und oft auch undurchsichtiger sind die Wege der Unterdrückung dieser Angst. Eigentlich müssten wir von uns fordern, diese Angst immer wieder einmal bewusst zu erleben und mehr Abstand zu nehmen von unseren alltäglichen Verleugnungsroutinen vom Schlage: "Ach, das hat nichts zu sagen, das geht mir auch oft so...."

Dass Grenzziehungen auch – sozusagen wieder besseres Wissen – aus Erschöpfung und Personalmangel erfolgen, muss selbstverständlich erwähnt werden. Daraus ergibt sich die Forderung nach mehr Ressourcen für die Gruppe der schwerer Demenzkranken, um die es bei unserer Tagung geht. Sie wird heute immer wieder zu Recht gestellt werden, darf uns aber nicht davon abhalten, gerade dort nach Entwicklungen und Ideen zu suchen, wo (zunächst) keine Kosten entstehen.

Welche Grenzen gibt es und wie werden sie von den Kranken wahrgenommen?

Eher abstrakt, aber hilfreich ist zunächst die allgemeine Unterscheidung möglicher Grenzziehungen in drei Bereiche: räumliche, körperliche und geistig-seelische. Zu den räumlichen gehören das Begrenzen von Auslauf- bzw. Bewegungsspielräumen in all seinen Variationen. Darauf will ich nicht näher eingehen, weil dies in den späteren Referaten geschehen wird und weil dieser Aspekt uns allen sicher am geläufigsten ist.

Der zweite Bereich, die körperliche Fixierung durch Einschränkung oder sogar Verhinderung der körperlichen Beweglichkeit mit Bett-

gittern oder sogar Gurten, stellt sicher die eindringlichste Form dar – eindringlich im vielfachen Sinn. Noch heute kann ich mich an die intensive Mischung von Gefühlen erinnern, als ich als junger Assistenzarzt in der Psychiatrie erstmals an Überwältigungsmaßnahmen akut psychotischer Patienten teilnahm, wenn sie frisch zu uns in die psychiatrische Aufnahmestation des Krankenhauses gebracht wurden und voll wahnhafter Angst auf ihre Umgebung reagierten. Ich spürte die Ungeheuerlichkeit des Eingriffs, die massive körperliche Berührung, fühlte mich auch in meinen Kräften gefordert – junge, angsterfüllte Psychosekranken können große Kräfte entwickeln – forcierte zugleich in mir den Gedanken „es muss - zum Wohle des Kranken – sein!“, hatte daneben das Empfinden von Verantwortung, einer auferlegten Pflicht, aber auch so etwas wie ein archaisches, vorbewusstes, schlechtes Gewissen, dem ich mich mit keinem Mittel entziehen konnte. Hinzu kam eine Ahnung davon, in die innere Welt des Kranken einzugreifen, seiner Seele sozusagen Gewalt anzutun, auch wenn sie von Wahnvorstellungen gequält war. In solchen dramatischen Situationen bleibt ja keine Zeit zur Besinnung, sondern es gibt eher ein Nebeneinander verschiedener Bewusstseinsinhalte. Ich beschreibe diesen inneren Zustand so detailliert, weil er der großen Bedeutung der Fixierung, dem körperlichen Eingriff, eigentlich angemessen ist, aber natürlich dem Risiko der Abstumpfung durch Wiederholung unterliegt, sicher auch bei mir. Es macht deshalb Sinn, ihn sich gelegentlich zu vergegenwärtigen. Dabei ist die Gleichsetzung mit einem jungen Psychosekranken insofern statthaft, als es ihnen ebenso wie den Demenzkranken nicht möglich ist, den Sinn der Maßnahme zu verstehen.

Zu den körperlichen Begrenzungen zählen auch die sedierenden Medikamente, die den Bewegungsdrang bzw. Antrieb unterdrücken

und damit zugleich die gedankliche und emotionale Aktivität. Damit wird zwar die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Beschränkung weniger intensiv erlebt wird. Das ist aber ein zweiseitiger Sachverhalt: hier handelt es sich ja nicht nur um die Unterdrückung von krankheitsbedingt verstärktem Erleben, sondern auch von eigentlich angemessenen Reaktionen auf unsere Maßnahmen.

Wenn man den dritten Bereich, die geistig-seelischen Begrenzungen, abstrakt formuliert, so zeigen sie sich erstens in all dem, was wir bei den Demenzkranken an Einfällen, Impulsen und Wünschen nicht zulassen, und zweitens in all dem, was wir ihnen an Anregungen und Angeboten nicht geben. Dazu muss man wohl auch zählen, was wir an Anstrengungen, insbesondere gedanklichen, unterlassen, etwa um unverständliches Verhalten der Kranken besser zu verstehen oder ihre Wünsche zu erkunden.

Es lässt sich also zwischen eher aktiv begrenzendem und passiv unterlassendem Verhalten durch uns Betreuer unterscheiden, wobei der Inhalt der passiven Unterlassung viel unklarer definiert ist. Es geht weniger um eine präzise beschreibbare Reihe von Einfällen und Handlungsanweisungen, sondern um die Suche nach Verbesserungen, um die gedankliche Bemühung. Dieser Tag wird in seinen Beiträgen viele Beispiele vorstellen, die Ergebnis solcher Bemühungen sind. Keine oder nur wenige können beanspruchen, allgemeingültig und unumstößlich zu sein. Wer in der Dementenarbeit den Stein der Weisen gefunden zu haben behauptet, zeigt überdeutlich, wie wenig er von dieser Arbeit versteht. Wir benötigen aber alltags-taugliche Indikatoren zum Nachweis, dass nachgedacht und um Lösungen gerungen wurde. Mir ist klar, dass das eine anspruchsvolle

Forderung ist. Es geht um mitmenschliche Anstrengung - ganz sicher auch eine moralische Forderung.

Wichtig ist nun die Frage, ob und wie die Kranken spüren, dass die Denk-Anstrengung stattgefunden hat. Wenn es weiterführende Resultate gibt, die den Kranken für alle erkennbar gut tun, ist die Antwort auf diese Frage einfach. Ich meine, dass aber auch dann, wenn die Reflexion zunächst nicht zu umsetzbaren Ergebnissen geführt hat, die Tatsache der (echten) Bemühung zu mehr innerer Sicherheit im Umgang mit den Kranken führt. Aus der Beratungstätigkeit von pflegenden Angehörigen ist bekannt, dass Grenzziehungen von den Kranken dann am besten beachtet wurden, wenn sie aus innerer Sicherheit und Überzeugtheit erfolgten und nicht mit zitterndem Herzen. Diese Sicherheit fällt aber nicht vom Himmel, sondern ist auch das Ergebnis von Bemühung. Im Übrigen verhindert oder verringert die Denkanstrengung schlechtes Gewissen mit all seinen schwierigen Folgereaktionen, falls es nicht oder nur unzureichend empfunden und bearbeitet wird. Man muss sich ja immer wieder verdeutlichen, dass die Arbeit mit Demenzkranken mehr als die mit nur körperlich Pflegebedürftigen von Schuldgefühlen bedroht ist. Stets ist noch mehr denkbar als bereits geleistet wurde, da es um Handlungen der Zuwendung und des Dialoges geht, deren Umfang nicht annähernd so eindeutig definiert ist wie etwa bei der Dekubitus-Prophylaxe.

Nun ist unsere Fähigkeit, ein schlechtes Gewissen zu entwickeln, ja nicht etwa als eine abnorme oder gar pathologische Eigenschaft an sich zu betrachten. Als unangenehme Folge der Fähigkeit, unser eigenes Tun, die Ergebnisse unseres Handelns zu bewerten, für gut oder schlecht zu befinden, ist es die Quelle vieler Bemühungen um Verbesserung und Fortentwicklung. Wäre es folgenlos, wenn wir ei-

gene Handlungen als schlecht bewerten, gäbe es diese Anstrengungen nicht. Da ein schlechte Gewissen aber ein außerordentlich quälendes Gefühl sein kann, unternehmen wir schon allerlei, um es zu lindern oder zu vermeiden. Am allerbesten ist es, wenn wir unsere Leistungen sogar anerkennen und gut finden können, möglichst noch gemeinsam mit oder im Gefolge anderer Menschen. Worauf es nun ankommt, das sind Perspektiven für die Veränderungsbereitschaft, die aus der kritischen Bewertung und dem aufkeimenden schlechten Gewissen entstehen. Wenn keine Wege erkundet wurden, keine Ideen entstanden, keine glaubwürdige Suche stattfand, kann das selbstkritische Potential (das beginnende schlechte Gewissen) nicht abgebaut werden und wird möglicherweise unerträglich. Das kann zu Depression führen und die Arbeitskraft lähmen, aber auch zu ungerechtfertigten Vorwurfshaltungen und vereinfachenden Schuldzuweisungen, mit denen man am Ende ja stets in Sackgassen landet. Die Kranken erleben uns dann möglicherweise als starr und abwehrend oder unklar und schwankend im Umfang unserer Hilfe, hin und hergerissen zwischen Nachgeben und Zurückweisen, sowohl gegenüber Ansprüchen von außen als auch den eigenen Ansprüchen, die wir an uns selbst richten. Aus all diesen Gründen sind das Nachdenken und Suchen nach veränderten Grenzen so wichtig.

Ich möchte noch einige Gedanken zur unterschiedlichen Wahrnehmung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen durch uns und die Kranken äußern. Wir geistig Uneingeschränkten neigen dazu, die Abgeschlossenheit von Gebäuden oder Teilbereichen desselben als sehr gravierend zu betrachten: dabei erfüllt uns das Gefühl des Verzichtes auf all das, was wir mit unserer freien Zeit und unseren Fortbewegungsmitteln draußen in der Welt an Vorhaben entwickeln

und durchführen könnten. Geschlossen heißt dann Verzicht auf Planungsvielfalt und Lebensfülle. Dass diese Perspektiven aber ein erhaltenes Gedächtnis und Vorstellungsvermögen voraussetzen, machen wir uns nicht immer bewusst. Demenzkranke erleben die Außenwelt ja eher als Raum zum Ausleben von Bewegungsdrang, als Weg zu einer – scheinbar - besseren, vertrauteren Umgebung oder Fluchtraum aus der unverstandenen, bedrohlichen und abgelehnten Umgebung, und sicher auch manchmal als schöne, freie Natur.

Bei der körpernahen Freiheitsbeschränkung oder unmittelbaren körperlichen Fixierung sind wir dagegen manchmal in der Gefahr zu meinen, sie werde nicht mehr anhaltend als solche wahrgenommen oder sogar vergessen und sei deshalb nicht so belastend. Dabei unterschätzen wir dann möglicherweise die Stärke des tief im Menschen verankerten Aufbegehrens gegen erzwungene Lähmung. Meiner Überzeugung nach bleibt sie bis in schwere Stadien der Demenz erhalten. Fortbewegung war in den frühen Stadien der Menschheit Bedingung fürs Überleben, und die Beschränkung dieser Fähigkeit musste mit aller Kraft bekämpft werden. Die erforderlichen Antriebskräfte hat die Natur tief im menschlichen Gehirn verankert, und sie bleiben sicher lange vom Demenzprozess verschont. Mir hilft es immer wieder einmal, durch die Besinnung auf weit zurückliegende Abschnitte menschlichen Lebens Gegenwärtiges besser einordnen zu können. Dabei weiß ich natürlich, dass die Krankheit es ihrem Wesen nach nicht zulässt, dass die Betroffenen uns selbst über ihr Empfinden berichten, wenn sie fixiert werden.

Auf jeden Fall tun wir gut daran, über unterschiedliche Wahrnehmungen von uns und den Kranken nachzudenken, und zwar in beide Richtungen: manches ist oder wäre für uns schwerer, und anderes für die Demenzkranken.

Was muss geschützt werden?

Die Frage nach dem Ziel der Schutzbemühung ergibt – erneut – körperlich-materielle und immaterielle Bereiche. Nicht strittig ist der Schutz vor eigener Gefährdung und der Gefährdung von Fremden, aber auch vor der Gefährdung durch Fremde. Auch die Gefährdung von Besitz kann Bedeutung haben.

Schwieriger wird es bei dem Schutz von emotionalen Gütern, etwa wenn es darum geht, gute Beziehungen zu bewahren oder sicherzustellen, dass wichtige positive Erinnerungen an und Einstellungen zu einem demenzkranken Vater oder einer demenzkranken Mutter nicht durch zu konflikträchtige Verhaltensstörungen überlagert oder sogar zerstört werden. Die Möglichkeit zu erhalten, dass gute Bilder verinnerlicht bleiben und von diesen Bildern und Erinnerungen immer wieder einmal anregende, stützende oder wärmende Wirkungen ausgehen, noch lange nach dem Tod der Elternperson – auch das benötigt Schutz.

Ein weiteres schützenswertes emotionales Gut steht in engem Zusammenhang damit: die frühere Persönlichkeit des Kranken. Wenn Veränderungen der Persönlichkeit erfolgt sind, müssen wir uns um ein Verständnis der früheren Wesensart des Kranken bemühen. Zum einen, weil jeder Demenzkranke, auch in den fortgeschrittenen Stadien, ein Grundrecht darauf hat, denen, die ihn bis an sein Lebensende - oft über lange Zeit – betreuen, vertraut zu sein; vertraut auch und wesentlich als der Mensch, der er einmal war, als Träger einer langen und einzigartigen Lebensgeschichte und als Eigentümer hochindividueller Erfahrungen. Und zum anderen, weil es nur unter dieser Bedingung möglich ist, sich bei manchen aktuellen Weichenstellungen im Sinne des Kranken zu entscheiden. Es geht um das biographische Wissen und das Wissen über den Menschen

als Voraussetzung für die Frage: „Wie hätte sie jetzt entschieden, als sie noch gesund war?“ Dieses ‚Bewahren des Ich‘ ist sicher eine anspruchsvolle Zielsetzung, und sie verkörpert einen deutlichen moralischen Anspruch. Dazu kann man sich bekennen.

Außerdem gibt es einen ganz praktischen Aspekt dieses Grundsatzes: jedes zusätzliche Wissen über einen von mir betreuten Demenzkranken trägt zu seiner Individualisierung bei und bereichert das in mir entstandene Bild von ihm. Damit vergrößert sich das Spektrum von Möglichkeiten, auf ihn zu reagieren, sei es verstehend, stimulierend oder beruhigend. Und damit verringert sich das Risiko der Nichtbeachtung von sehr schwer Kranken, denen wir ja nicht sehr selten mit einer Gefühlsmischung aus Hilflosigkeit und – oft verheimlichtem - Gelangweilt - Sein begegnen, wie sie sich dann in der Formulierung „...der ist ja schon so abgebaut...“ ausdrücken kann. Mit dem größeren Spektrum von Reaktionsmöglichkeiten kann sich auch das Risiko der Verstärkung schlechten Gewissens mit seinen bereits erwähnten Folgen verringern. Diese Wechselwirkungen verdeutlichen die enge Bindung, die zwischen uns und den Demenzkranken besteht, im Guten wie auch im Schlechten. Man kann sozusagen nicht keine Beziehung zu ihm oder ihr haben. Beziehungslosigkeit zu Demenzkranken ist nicht möglich, viel weniger als zu körperlich Pflegebedürftigen. Deshalb sind alle Anstrengungen wertvoll, diese Beziehung – da sie einmal da ist - mit soviel positiven Anteilen zu füllen wie irgend möglich. Das tut uns gut und den Kranken. So einfach ist das.

In diesem Zusammenhang lohnt es, sich ein besonderes Merkmal der Beziehung zu ausgeprägt Demenzkranken zu verdeutlichen: die verlorene Reflexions- und Sprachfähigkeit verweist den gesunden Gesprächspartner immer wieder auf seine Vermutungen und Phantasien über das, was im Kranken vor sich geht oder gehen mag. In

gewisser Weise gestaltet er oder sie also beide Seiten der Begegnung - ein weiterer Grund, über möglichst viel Wissen über und Verständnis der Kranken zu verfügen.

Wenn diese Gesichtspunkte beachtet werden, der Umgang mit den Kranken also verstehender und vielfältiger wird, wachsen auch die Chancen für weniger Grenzziehungen.

Freiräume und Freiheit

Wenn wir von freierem Umgang und mehr Freiräumen für die Demenzkranken sprechen, fällt nicht selten auch der Begriff Freiheit. Können Demenzkranke Freiheit in unserem Verständnis wahrnehmen und erleben? Können sie noch das Spannungsverhältnis zwischen Unabhängigkeitswunsch und Befreiungsgefühl auf der einen Seite und Bescheidung und Selbstkontrolle auf der anderen Seite spüren, die Polarität von ` Freiheit wovon und Freiheit wozu? ´ ? Wohl eher nicht, wo wir Gesunden es doch schon nur selten hinbekommen. Aber wir haben das Potential, uns immer wieder einmal zu vergegenwärtigen, welche Bedeutung Freiheit für uns hat. Zum Beispiel das Recht auf (kleine) Verrücktheiten, indem wir unser Schlafbedürfnis vernachlässigen, das Konto überziehen, plötzlich und unerwartet auftauchen, wo uns niemand erwartet, großzügig oder verschwenderisch sind. Aber auch Grenzüberschreitungen im Phantasieren und Experimentieren, indem wir ausgefallenen Vorstellungen nachgeben und Dinge wagen, die andere skeptisch betrachten (werden). Wir wissen zuwenig darüber, ob dieses Erlebnis nicht ansatzweise doch noch auch bei deutlich Demenzkranken möglich ist: ein wenig von der inneren Aufregung, die wir bei solchen Grenzüberschreitungen empfinden, der Mischung aus Hoffnung, Angst, Übermut, sanftem Schuldgefühl und manchmal durch-

aus auch Lust – je nachdem, in welchen Bereich die Grenzüberschreitung stattfindet. Vielleicht fragen Sie sich, warum ich hierauf so relativ ausführlich eingehe. Ich möchte uns deutlich machen, wie wichtig es ist, die Möglichkeit dieser Erfahrung von Freiheit zu bewahren. Dazu sind einerseits möglichst große Freiräume in unseren Köpfen und Einrichtungen erforderlich und andererseits möglichst feine, anregende und zugleich stützende Inhalte, also Gedanken, Konzepte und Strukturen. Denn natürlich müssen wir die Kranken auch in ihren Ich-Funktionen stärken, die Vernunft- und Kontrollseite der Freiheitserfahrung soweit unterstützen oder sogar ersetzen, dass sie vor Bloßstellung und Beschämung geschützt bleiben. Und wir müssen ihnen Angebote machen, sie Einfälle haben und verfolgen lassen, denn sie können nicht mehr systematisch und anhaltend ihr Gedächtnis nach reizvollen Inhalten durchsuchen oder einer Phantasie mit Ausdauer nachgeben. Dazu brauchen sie Hilfe .

Dabei gibt es einen besonderen Aspekt. Wir erleben Menschen dann sehr leicht als eingeengt und starr, wenn sie sich ihrer Defizite nicht bewusst zu sein scheinen. Unabhängig, geistig beweglich und frei wirkt jemand, der seine Freiheit auch zu selbstkritischen Bemerkungen nutzt. Deshalb ist es wertvoll, wenn ein beginnend Demenzkranker es schafft, über seine Defizite zu sprechen. Diese Bewusstheit seiner selbst ist dann ein Teil der Begegnung. Sie zeigt dem geistig rüstigen Gesprächspartner, dass sein Gegenüber sich selbst in wichtigen Merkmalen genauso kennt wie er oder sie selbst, und damit bleibt die Beziehung symmetrisch und partnerschaftlich, so wie alle Begegnungen zwischen Menschen mit erhaltener Kraft zur (auch kritischen) Selbstwahrnehmung. Das bedeutet überhaupt nicht, dass diese Bewusstseinsinhalte ständig ausgedrückt werden;

dazu kommt es eher selten und zufällig und außerdem handelt es sich oft um zu große Selbstverständlichkeiten.

Wenn einer von beiden sich seiner wesentlichen Merkmale und Defizite jedoch nicht mehr bewusst ist, sein Gegenüber sie aber wahrnimmt und zugleich feststellen muss, dass er sie nicht ansprechen könnte, falls er es wollte, weil sie dem anderen nicht zugänglich sind, dann geht die Symmetrie der Beziehung verloren, und sie kippt. Der Gesunde – als solcher kann er sich im Vergleich jetzt empfinden – wird freundlich und höflich bleiben, aber innerlich tritt er den Rückzug an. Damit beginnt der Verlust des Interesses am anderen – ein schwerwiegender Vorgang.

Der Gedanke, Freiräume auch zu mehr kritischer Selbstwahrnehmung zu nutzen, findet seine Grenzen natürlich im Voranschreiten der Krankheit. Das ist nüchtern einzuräumen. Umso mehr stellt er aber eine - wohl auch ethisch-moralische - Herausforderung an uns überwiegend noch Mittelalte oder Jüngere dar. Da auf absehbare Zeit noch keine ursächlich wirksame Therapie der Demenz zu erkennen ist, muss alle Energie der besseren Kultur des Umgangs mit den Kranken gelten. Wenn wir uns alle in einem offeneren, angstfreieren Austausch über befürchtete oder bereits bestätigte eigene dementive Symptome üben würden, bliebe die Nähe zu den späteren Kranken viel länger erhalten, bis hinein in fortgeschrittene Stadien. Viel Leid erübrigte sich. Hoffentlich finden genügend unter uns den Mut zu diesem gelassenerem Umgang mit dem (möglichen) eigenen Dement-Werden.

Wahrnehmen, Nachdenken, Verstehen, Abwägen und Entscheiden

Mit diesen Begriffen sind die wichtigen Schritte noch einmal benannt, die maßgeblich für die von uns zu schaffenden oder bereits

zugelassenen Freiräume sind. Vom - möglichst sorgfältigen und umfassenden - Wahrnehmen, Nachdenken und Verstehen war bereits mehrfach die Rede; jetzt sollen einige Gedanken zum Abwägen und Entscheiden folgen. Dabei ist klar, dass die hinter all diesen Begriffen stehenden Bedeutungen einen engen inneren Zusammenhang haben. Das zu verdeutlichen könnte eine eigene Tagung füllen.

Das Verhältnis zwischen Abwägen und Entscheiden ist spannungreich, vielleicht sogar widersprüchlich. Je mehr Seiten einer Problemsituation ich erkenne und bewerte, desto schwieriger kann die Entscheidung werden. Überwiegend geht es dabei um unsere Bewertung von emotionalen Bedeutungen für die Kranken; diese Bedeutungen stehen im Zentrum ihres Lebens. Das Tröstliche am ansonsten umfassenden Zerstörungsprozess der Demenz ist ja, dass die emotionale Wahrnehmungsfähigkeit lange erhalten bleibt.

Dem Abwägen gegenüber steht der Druck zu entscheiden. Manchmal kann er wütend machen oder verzweifelt. Aber er ist Teil der Wirklichkeit. Die möglichen Folgen aufgeschobener oder unterlassener Entscheidungen drängen sich auf und können – letztlich zum Glück – unerträglich werden.

Eine eher einfache Lösung wäre die Empfehlung, intuitiv, also aus dem Bauch heraus zu entscheiden - was auch immer das ist - , aber auf jeden Fall im Wissen um die wichtigen Teilaspekte einer Problemsituation. Ist die Gruppe, das gemeinsame intuitive Entscheiden die Lösung, also – um im Bild zu bleiben – die Entscheidung aus vielen Bäuchen? Meinem Empfinden nach müssen wir noch etwas weiter gehen: maßgeblich sollten unsere Vorstellungen davon sein, wie der Kranke an unserer Stelle und mit unserem Wissen über sein Wesen und Leben entschieden hätte, wenn er noch einsichts- und entscheidungsfähig wäre. In ähnlicher Form klang dieser Gedanke

vorhin schon an, und natürlich ist er auch nicht neu. Ich sehe viele Einwände: etwa begrenzte Ressourcen für die Umsetzung der dann zustande kommenden Entscheidungen oder die Schwierigkeit, dass die Formulierung „...an unserer Stelle...“ den Kranken tendenziell zum Spezialisten macht (der er nie war). Das „...an unserer Stelle...“ ist aber wichtig. Er müsste ja entscheiden im Wissen um unsere - zumeist begrenzten - Rahmenbedingungen, also zumindest ein gut aufgeklärter Laie sein. Ich könnte meine Empfehlung auch in zwei Schritte gliedern: wie entschiede der oder die Kranke erstens mit erhaltener geistiger Kraft und darüber hinaus zweitens unter Berücksichtigung unserer - oft so begrenzten - Möglichkeiten.

Dieser Vorschlag hat zwei wichtige Bedeutungen: erstens gibt er dem bereits behandelten Prinzip Vorrang, die Persönlichkeit des Kranken möglichst lange fortleben zu lassen, indem in ihrem Sinne zu handeln versucht wird. Zweitens verstärkt er die Suche nach Verständnis der früheren Persönlichkeit des Kranken, eine im guten Sinne unerschöpfliche und immer wieder auch bereichernde Anstrengung. Davon war schon mehrfach die Rede, weil es so zentral ist.

Schlussbemerkung

Ich gehe nicht auf Strategien und Veränderungskonzepte im Einzelnen ein, sondern vertraue darauf, wichtige Entwicklungsrichtungen angesprochen zu haben. Die weiteren Referenten des Tages werden viele Anregungen und Erfahrungen vorstellen, die konkret und detailbezogen sind und damit ein Gleichgewicht herstellen zu meinen eher grundsätzlichen Überlegungen. Für manche mögen sie auch recht theoretisch gewesen sein. Aber die Demenz ist diejenige Krankheit, die den Menschen am Ende in all seinen Fähigkeiten zerstört. Das führt immer wieder auch zu sehr grundsätzlichen Gedanken.

Dabei tauchten die Begriffe „ethisch“ und „moralisch“ eher selten direkt auf. Ich bin aber überzeugt, dass ihre große Bedeutung für uns erkennbar wurde.

Sonst wären Sie nicht hier.

DAS ERLEBEN VON GRENZEN:
EIN ANNÄHERUNGSVERSUCH AN DIE INNENWELT DER
DEMENZKRANKEN MIT DER INTEGRATIVEN VALIDATION

von
Nicole Richard

Vortrag auf der 1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ – LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

Grenzen können unterschiedlich gestaltet und erlebt werden:

Selbstgesetzte Grenzen

Wenn wir uns selbst persönliche Grenzen benennen, kann dies vor Überforderung und Missverständnissen schützen, des weiteren kann es unserem Gegenüber Klarheit und Transparenz darüber vermitteln, was unsere Möglichkeiten und Wünsche sind. Selbstgesetzte Grenzen können wir jederzeit auch als einen bewussten Akt überschreiten, erweitern.

Beispiel: Viele AltenpflegerInnen haben ihre Ausbildung relativ spät gemacht (als 40 oder 50plusser). Sie haben damit eine persönliche Grenze, die sehr lange bestand, überschritten. Sie taten dies aus freiem Willen, getragen aus der eigenen Motivation. Sie haben sehr viel Mut und Durchhaltevermögen gezeigt und möglicherweise auch einen persönlichen Preis bezahlt. Denn nicht immer versteht unser Gegenüber unsere persönlichen Grenzüberschreitungen und die damit verbundenen Weiterentwicklungen. Was von uns als gesund erlebt wird und Wachstum bedeuten kann, kann für den anderen eine Bedrohung sein, verbunden mit Unsicherheit und Angst (z.B. Partner, Freunde).

Fremdbestimmte Grenzen

Fremdbestimmte Grenzen führen immer zu Beschränkungen, sie reduzieren die Vielfalt von Chancen, unabhängig davon, ob sie nun genutzt werden oder nicht. Die Beeinträchtigungen durch äußere Zwänge führen zu einem anderen Erleben. Es geht hier nicht darum, sich selbst auszuprobieren, etwas Neues zu beginnen, sondern wir werden dazu gezwungen, die uns gesetzten Grenzen zu akzeptieren. Unwilligkeit, Widerstand, innerer Aufruhr und Energieverlust sind häufig die Konsequenz.

Krankheitsbedingte Grenzen

Krankheitsbedingte Grenzen können je nach persönlicher Bewertung nur schwer akzeptiert und in die normalen Lebensvollzüge integriert werden. Viele Menschen verzweifeln, zerbrechen daran, andere finden Wege sich zu arrangieren, das Unvermeidliche als Bestandteil anzunehmen.

Menschen mit Demenz bewegen sich innerhalb ihrer krankheitsbedingten und teilweise (auch von uns) fremdbestimmten Grenzen. Die Demenz ist eine fortschreitende, grenzenschaffende Erkrankung. Sie reduziert unerbittlich das Farbenspektrum der Chancen und Möglichkeiten eines Lebensverlaufes. Insbesondere in der ersten Phase der demenziellen Erkrankung erleben Betroffene bewusst das beginnende Nachlassen ihrer geistigen Fähigkeiten, das außerhalb ihrer Kontrolle unwiderruflich zunimmt.

Findigkeit, Kampf und Humor im Angesicht der Begrenzung

Wir erleben, dass diese Menschen im persönlichen Umgang mit ihrer Demenzerkrankung innerhalb der krankheitsbedingten Grenzen oft Maximales ausschöpfen, um für sich die größtmögliche Vielfalt und Intensität zu schaffen. Sie entwickeln zum Schutz ihrer Würde und ihrer Lebenskontinuität sehr verschiedene Strategien, ja Tricks. Mit deren Hilfe gelingt es ihnen offensichtlich leichter, mit den unvermeidlichen Beschränkungen und Begrenzungen umzugehen:

Selbsterleben der Menschen mit Demenz

- Schutzstrategien -

- **Leugnen** (zunächst nicht wahrhaben wollen)
- **Relativieren** („Ich war immer schon schusselig.“)
- **Humorisieren** („Ach, Schatz, das weiß ich doch nicht.“)
- **Somatisieren** („Ich hab’ da was im Kopf.“)
- **Fremdbeschuldigen** („Immer wird mir was geklaut!
Alles könnt Ihr gebrauchen!“)
- **Notieren** (Merkzettel schreiben, welche Kleidung in welcher Reihenfolge anzuziehen ist, was es täglich einzukaufen gilt, z.B. gute Butter, Milch)
- **Konfabulieren** (Fragen werden mit allgemeinen Sätzen oder Satzfragmenten aus völlig anderen Zusammenhängen beantwortet. Inhalte „passen“ meist nicht, der Sprachfluss bleibt erhalten)
- **Ritualisieren** (Schaffen von festgelegten Routen, inner- und außerhalb der Wohnung, von Abläufen, bzw. Sprachverläufen)
- **Isolieren** (Rückzug aus sozialen Bindungen, Verpflichtungen, häufig auch gemeinsam mit pflegenden Angehörigen)
- **Biographieren** (Rückzug in die sicherheitgebende Innenwelt und in Erinnerungen)
- **Perseverieren/Echolalieren** (ständiges, oft rhythmisches Wiederholungen von Worten, Wortfetzen, Lautkombinationen)

Begleitet sind diese Schutzstrategien von einem **wahren Gefühlskarussell mit steilen Kurven**, z.B. aus Scham, Peinlichkeit, Wut, Misstrauen, Ohnmacht, Verzweiflung, Ungeduld oder Angst.

Diese Strategien gilt es zu schützen. Sie helfen den Menschen, einstürzende Grenzmauern möglichst lange aufrechtzuerhalten, mit anderen Worten: Sie dienen der Erhaltung der Persönlichkeit, der so genannten Fassade, dem Bild, das der Mensch von sich selbst ein Leben lang entwickelt hat und wie er anderen gerne erscheinen möchte. Er schützt das Selbstbild vor der Begrenzung durch die Krankheit und der gefürchteten Fremdbestimmung durch die Umwelt.

Das erfolgreiche Gestalten der Strategien verhindert jedoch nicht, dass die erste Phase der Demenz durch das meist bewusste Krankheitserleben eine qualvolle Zeit ist, die große Anstrengung und Energie braucht. Der Mensch fühlt sich beobachtet, bewertet und ist u.a. dadurch mit seinem Veränderungsprozess ständig konfrontiert (häufig kontrollierender Blick, angespannter Muskeltonus, unwirsche, abrupte Bemerkungen der Erkrankten). Im weiteren Krankheitsverlauf geht dann die „kognitive Kontrollinstanz“ immer mehr verloren. Die krankheitsbedingten Begrenzungen verstärken sich zwar, was allerdings immer weniger bewusst erlebt wird und eine enorme Entlastung für diese Menschen bedeutet.

Die unbegrenzte Innenwelt

Die Merkfähigkeits- oder Einprägestörung ist eins der Kernsymptome der Demenzerkrankung. Gemeinsam mit der Vergesslichkeit und der zeitlichen Desorientiertheit (Verlust der Zeitgitterstruktur) ist es mit dem Fortschreiten der Erkrankung nicht mehr möglich, die sich immer wieder ereignende Gegenwart festzuhalten, sie einzuprägen. Menschen mit Demenz erleben sich an einer neuen Grenze: Sie können keine Gegenwart mehr bewahren und keine Zukunft mehr kreieren. Das Heute und Morgen fällt durch das grobe Netz der Demenz.

Was bleibt ist die Vergangenheit, das dicke Buch des gelebten Lebens mit all seinen Erinnerungen und Assoziationen. Als Ausgleich - freilich nicht bewusst herbeigeführt - erleben Demenzerkrankte wie eine Filmsequenz bestimmte, für sie bedeutsame Szenen ihres Lebens nach. Sie tauchen gewissermaßen in ihre Innenwelt ab und verhalten sich wie auf einer inneren Bühne (sie sind z.B. eine 35jährige Mutter, eine 12jährige Tochter, ein 40jähriger Schreiner). Die persönliche Innenwelt und hierin besondere Ausschnitte sind Realität.

Die Erkrankten können die aktuelle Gegenwart (das Jahr 2002) für sich nicht mehr festhalten, statt dessen schiebt sich als Kompensation die persönliche Innenwelt darüber. Wenn also Gegenwart nicht mehr erlebt wird, kann sie auch nicht als Begrenzung wirken. Im Gegenteil, der Rückzug in die innere Realität eröffnet für Menschen mit Demenz eine Welt der offenen Erlebensräume. Die Vergangenheit wird zum Jetzt.

Gründe für den Rückzug in die Innenwelt

bezogen auf die Gegenwart:

- Erleben von Begrenzung (innerer und äußerer)
- Verlust von Fähigkeiten
- Verlust des Gegenwarts- und Zukunftsbezuges
- Verständnislosigkeit der Umwelt
- Verlust des roten Fadens der Lebenskontinuität
- nicht mehr allein sein zu können
- fremdbestimmt zu werden
- das Gefühlskarussell mit steilen Kurven
- usw.

- **Gründe für den Rückzug in die Innenwelt**

bezogen auf die Vergangenheit:

- sich an "gute, alte Zeiten" erinnern
- nah an persönlichen Lebensthemen sein
- sich an Menschen erinnern, die einem nahe standen (Mutter)
- Sehnsucht nach Sicherheit und Geborgenheit
- sich an Zeiten erinnern, in denen man einen Status, eine Rolle, Prestige hatte
- persönlich bedeutsame Erfahrungen oder Erlebnisse
- offene grenzenfreie Erlebensvielfalt
- usw.

Mit den inneren Erlebenswelten sind Gefühle und Assoziationen verknüpft, die die Betroffenen durch ihre Handlungen und Befindlichkeiten – sozusagen verrückt in unsere Realität des 2002 – äußern. Diese Gefühle und Antriebe sind Ressourcen der Menschen mit Demenz und bleiben trotz der zerstörenden Kraft der Erkrankung lange unversehrt.

Ressource: Antriebe

- früherlerntes Norm- und Regelgefüge einer Epoche, einer Generation
- lebensgeschichtliche Herleitung
- Motiv und Triebfeder des Handelns
- persönliche Ausprägung und Gestaltung (z.B. Ordnungssinn, Fürsorglichkeit, Gerechtigkeitssinn, Geselligkeit)

Ressource: Gefühle

- Ausdruck der momentanen Befindlichkeit
- Reaktion auf Personen und Umwelterfahrungen
- Echte, spontane, pure Äußerung
- Verknüpfung mit persönlichen Innenwelten und Gefühlen (z. B. Freude, Ärger, Angst)

Die Integrative Validation (IVA)

Die Integrative Validation ist eine wertschätzende Umgehens- und Kommunikationsform, die die Ressourcen des erkrankten Menschen in den Vordergrund stellt. Die Grundlage des Kontaktes besteht darin, ein ernstnehmendes und vertrauensvolles Klima zu schaffen. Die Innenwelten der Menschen mit Demenz sind unsere Orientierung, werden akzeptiert, die Erlebensweisen werden verbalisiert.

Die Integrative Validation hat eine Methodik der Gesprächseröffnung entwickelt die vom Einzelnen, wie vom Team gleichermaßen genutzt werden kann:

Wenn wir die Antriebe und Gefühle der Demenzkranken ernst- und wahrnehmen (s. u. Punkt I.) und in kleinen Sätzen wertschätzend wiedergeben (individuell validieren im Punkt II.), fühlen sie sich angenommen und verstanden. Wir sind das Echo, wir können den oftmals isolierten Äußerungsformen Demenzerkrankter eine Sprache geben. Die validierenden Sätze sind möglichst kurz und direkt. Wesentlich ist eine authentische Sprache. Es wird auf Fragen und Interpretationen verzichtet, damit Stress und Angst reduziert werden. IVA nutzt die Kraft und Vertrautheit von allgemeinen Redeformen, Metaphern und Sprichwörter (allgemein validieren im Punkt III.). Durch das Erkennen dieser Sätze kann der Erkrankte sich aktiv am Gespräch beteiligen und erfährt sich in die Wir-Ebene aufgenommen („Wie sagt man ohne Fleiß, kein Preis.“ „Ja, genau, so ist

das, Schwester.“) Gespräche werden nach dem allgemeinen Punkt III. weiter auf einer breiten Ebene fortgeführt, indem Lebensthemen, z.B. Berufe und deren spezifische Antriebe und Schlüsselwörter angesprochen werden. Mit diesen Sätzen setzen wir das zerfallene Mosaik der individuellen Lebensgeschichte für die Zeit des Gespräches wieder zusammen, sodass er durch unsere Sätze, durch unsere Sprache ein kleines Fragment seines Lebens aufs Neue erkennen und nachspüren kann.

Zum Schluß einige der **Antriebe** aus dem sehr spezifischen Lebensthema „**Seemann**“:

Abenteuerlust, Freiheitssinn, Mut, Fernweh, Gemeinschaftssinn, Risikobereitschaft, Disziplin, Gehorsam, Loyalität, Naturverbundenheit, Hartnäckigkeit, Verwegenheit, Lebenslust, Kameradschaftssinn, „Trinkfestigkeit“

Spezifische Schlüsselwörter:

Kombüse, Hafenbar, Heuer, kielholen, an oder über Bord, Anker setzen, einschiffen, anheuern, Smutje, Moses, Seerecht, Seesack, Shang heien, Koje, Seemannsgarn, Seemannsgrab, Seemannsbraut

Validierende Sätze aus dem Lebensthema (Punkt IV):

Kameradschaft ist Ihnen sehr wichtig.

Alle sitzen im selben Boot.

Die Freiheit ist Ihnen viel wert.

Da packt Sie das Fernweh.

Der Seesack ist gepackt.

Heute an Bord, morgen geht´s fort.

Das gibt ´ne gute Heuer.

Und dann ab in die Hafenbar.

Sie mögen wilde Männerrunden.

Den Seesack voller Träume. Madagaskarlied. Caprifischer. Ob du ´n Mädel hast oder auch keins.

Die Grundhaltung und Methodik der Gesprächseröffnung

Punkt I.:

nehmen Sie das Gefühl, den Antrieb der Menschen in ihrer Innenwelt wahr

Punkt II.:

validieren Sie die Gefühle und Antriebe:

In kurzen und direkten Sätzen können Sie die wahrgenommenen Aspekte ernstnehmen, akzeptieren und bestätigen. Geben Sie ein persönliches Echo auf allen Ebenen der Kommunikation.

Hierbei Folgendes methodisch beachten:

- Gefühle in der Reihenfolge ihrer Intensität validieren
(Auflösen der „emotionalen Spitze“)
 - Übergang mit einem Dabei-Satz
- Dann die Antriebe benennen, denn diese geben die Kraft zurück.

Punkt III.:

validieren Sie diese Aspekte allgemein, z.B. mit Sprichwörtern, Volksweisheiten, Liedern usw. Geben Sie ein allgemeines Echo.

Punkt IV.:

führen Sie das Gespräch weiter in den Bereich der Lebensthemen.

Nutzen Sie die berufsbezogenen Antriebe und Schlüsselwörter. Das Gespräch kann über diesen Punkt beendet oder in eine Handlungsebene überführt werden.

WIEVIEL FREIHEITSBESCHRÄNKUNG KANN
DURCH VORBEUGUNG ENTFALLEN ?

von
Mechthild Lärm

1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ – LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

Sehr geehrte Zuhörerinnen und Zuhörer,

Wie können wir ein Lebensumfeld für Demenzkranke schaffen, in dem das Selbstgefährdungspotential so reduziert ist, daß der kranke Mensch die Einschränkung seiner Bewegungsfreiheit nicht als Belastung empfindet?

Dies ist die Frage, mit der wir alle uns täglich beschäftigen. Nach einigen Vorbemerkungen möchte ich Ihnen eine kleine Auswahl an Antworten vorstellen, die wir im Haus Schwansen auf diese Fragen gefunden haben.

Grundelement jeden Lebens ist Bewegung. Jedes lebendige Wesen ist in Bewegung, auch im Schlaf, und braucht Bewegung, um lebendig zu bleiben. Unser Leben ist auf Fortbewegung angelegt. Sind wir in Bewegung und Fortbewegung eingeschränkt, werden wir dies als besonders schmerzlich erleben, weil wir an allen anderen Lebensaktivitäten gehindert sind.

Bewegung und die Fähigkeit, sich zu bewegen, sind ein ganz wesentliches Kriterium für Lebensqualität, Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Selbständigkeit.

Im Verlauf der Demenzkrankheit treten vielfache Veränderungen auf, die die Bewegungsfähigkeit einschränken. Der Gang wird kurzschrittig, das Gleichgewichtsgefühl ist beeinträchtigt, die Orientierung schwindet. Ein häufiges Symptom ist eine Störung des Antriebssystems im Sinne eines gesteigerten Antriebs, der sich im ruhelosen „Wandern“ zeigt, manchmal bis zur völligen Erschöpfung.

Diese Störungen resultieren aus einem Abbauprozess im Bereich des Parietalhirns (Scheitellappens). Hier wird das Körpergefühl, das Erfassen von Berührung und räumlichen Beziehungen gesteuert, das Erkennen von vertrauten Mustern, die räumliche Orientierung und intellektuelle Leistungen wie das Rechnen. Menschen mit einer

Schädigung des Parietallappens sind räumlich desorientiert und haben Schwierigkeiten mit der Bewegungskoordination.

Gründe für die Fixierung Demenzkranker sind immer wieder Selbstgefährdung durch Stürze und unbemerktes Verlassen der Einrichtung mit Verirren.

Im Hinblick auf die Aufrechterhaltung der Lebensqualität ist es aber von entscheidender Bedeutung, den Bewegungsdrang eines demenzkranken Menschen nicht einzuschränken.

Dies ist im Alltag eines Pflegeheims nicht so einfach.

Abgesehen von Gangstörungen mit dem Risiko des Stürzens haben wir es immer wieder mit Kranken zu tun, die nach Hause, zur Arbeit, zu den Kindern, zur Mutter, zu den Tieren usw. gehen müssen. Viele Jahre haben wir versucht, mit Einzelbetreuung und stündlichen Anwesenheitskontrollen so gut es eben ging zurecht zu kommen. Wir erleben das Weggehen mit Verirren in erster Linie als ein Problem in der Einlebe-Phase. Nach einigen Monaten hat es sich in vielen Fällen geregelt. Wir bauen dabei auf das „Miteinander-vertraut-werden“, insbesondere durch die „Integrative Validation“.

Wir haben aber immer einige Kranke, bei denen das Thema „Weggehen“ aktuell bleibt. Um uns allen Gefährdung und Stress zu ersparen, haben wir vor 2 Jahren eine Induktionsschleife in den Fußboden im Eingangsbereich legen lassen. Die dazugehörigen Senderplättchen werden in die Schuhe geklebt und lösen bei Überschreiten der Induktionsschleife die Rufanlage aus. So wird das Weggehen bemerkt, wir können Begleitung anbieten und für Mantel und Schuhe sorgen. Wir sind inzwischen sehr froh, daß wir uns dazu entschlossen haben. Die Verwendung dieser Kontrollfunktion ist als

Fixierung einzuordnen; es ist dafür ein richterlicher Beschluß notwendig.

Bei erhaltener Gehfähigkeit können die Kranken in der Einrichtung und auf dem Gelände nach Belieben umher gehen. Unser „beschützter Garten“ mit vielseitigen Möglichkeiten, umherzuwandern, sich etwas anzuschauen oder sich hinzusetzen, ist in den meisten Fällen hilfreich. Reicht dies nicht aus, sollte zu besonders unruhigen Tageszeiten ein größerer Spaziergang ermöglicht werden. Kommt das Thema „ Ich muß jetzt nach Hause!“ hinzu, muß die Begleitperson das „Validierende Gespräch“ beherrschen. Nach unserer Erfahrung führt dies dazu, dass mit dem Bewegungsdrang auf Dauer angemessen umgegangen werden kann. Es bilden sich Rituale in Bezug auf den Weg und das Gespräch heraus, die stabilisierend und stimmungsverbessernd wirken.

Tritt im Krankheitsverlauf eine Gangunsicherheit, Gleichgewichtsstörung oder Haltungsveränderung auf, können zunächst Maßnahmen zur Reduzierung des Sturzrisikos ergriffen werden. Ein besonderes Problem sind Medikamente, die zur „Ruhigstellung“ verordnet werden. Sie reduzieren oft nicht, wie erwünscht, den gesteigerten Antrieb, sie machen aber müde und benommen und den Gang unsicher. Damit wird das Problem verschärft. Hier müssen wir immer wieder Nutzen und Risiko abwägen.

Zum Thema Umgebungsanpassung bei Sturzgefährdung finden sie Material in unserer neuen Handlungsempfehlung zur Fixierung (Anlage).

Einige Selbstverständlichkeiten will ich kurz nennen:

- Rutschfeste Böden
- Keine Schwellen
- Keine spiegelnden Fußböden

- Helle schattenfreie Beleuchtung
- Licht in der Toilette brennen lassen
- Handläufe und Haltegriffe

Eine Farbveränderung im Fußbodenbelag oder der Übergang vom Teppich zum glatten Fußboden erscheint vielen Demenzkranken als Hindernis.

Die erste Maßnahme bei erkennbarer Sturzgefährdung ist immer die Trochanterschutzhose. Die Trochanterschutzhose reduziert die rumpfnahen Oberschenkelfrakturen um 90%. Die Hosen haben Ähnlichkeit mit einem Schlüpfer. Über den Hüften sind 2 Taschen eingearbeitet, in die Schaumstoff-Protektoren eingesteckt werden. Die Hosen müssen Tag und Nacht getragen werden. Demenzkranke, die noch selbst zur Toilette gehen, haben manchmal Schwierigkeiten mit den Hosen, weil sie ziemlich eng sitzen müssen.

Wenn man bedenkt, daß allein die Krankenhauskosten für die Behandlung einer Oberschenkelfraktur 5.000- 8.000 € kostet, ist es für mich nicht verständlich, daß Kosten für diese präventive Maßnahme in unserer Region von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen werden. Andererseits werden wir mit Regressforderungen der Krankenkassen für die Kosten der Krankenhausbehandlung nach Sturz konfrontiert. Ich weiß aber, daß in anderen Teilen Deutschlands die Kosten für die Hosen übernommen werden.

Bei motorischer Unruhe suchen wir nach Wegen, diese Unruhe ungefährdungsfrei ausleben zu lassen. Hier sind Phantasie und Kreativität gefragt.

Von einer Kranken, die wir seit 1995 betreuen, zeige ich Ihnen einige Bilder. In den ersten Jahren hatte sie einen großen Bewegungsdrang, auch außerhalb des Geländes. Geschlafen hat sie normal im Bett. Später waren dann Haus und Garten ausreichend, aber das

Bett wurde zu eng. Sie fiel heraus, die Matratze vor dem Bett war nicht ausreichend. Wir haben dann Schaumstoffmatten unter den Teppich gelegt, und sie schlief mehrere Jahre auf dem Boden auf der Matratze oder irgendwo im Zimmer. Die Pflege wurde schwieriger, das Bett war aber immer noch zu eng. Herr Borgers hat dann zwei Betten mit stabilen Gurten miteinander verbunden. So war die Pflege etwas leichter. Inzwischen sind ein Bett und ein Liegesessel ausreichend.

Bild

Dieser Kranke lebte seine Unruhe auch durch massives, gefährliches Kippen mit dem Stuhl aus. Im Schaukelstuhl saß er gerne und schaukelte unentwegt. Der Stuhl am Eßtisch wurde von uns mit einer beweglichen Stütze versehen. Am Ende der Stütze befindet sich eine Scheibe. Die Stütze schwingt beim Kippen nach hinten, setzt mit der Scheibe auf den Boden auf und verhindert so das Umkippen des Stuhls.

Bild

Diese Kranke ist sehr gangunsicher, dabei aber im Antrieb gesteigert bis zur völligen Erschöpfung. Nachdem sie diese Gehhilfe zur Verfügung hat, kann sie nach Belieben gehen oder sitzen. Sie hat mit dieser Gehhilfe ihre motorische Kompetenz deutlich verbessern können. Für diese Frau wäre eine ständige Fixierung die Alternative gewesen.

Eine weitere gute Möglichkeit ist der Rollstuhl zum Trippeln, wenn nicht das Bedürfnis vorherrscht, aufzustehen.

Es ist auch immer einen Versuch wert, die Kranken auf ein Standfahrrad zu setzen. Gelegentlich haben wir damit gute Erfahrungen gemacht.

Bild

Hier ist der Rollator mit einem Stein beschwert, damit er nicht so schnell wegfährt.

Eine weitere Steh-Gehhilfe ist der Easy-Walker von Thomashilfen. Hier wird das aufrechte Gehen unterstützt. Im Gebrauch ist der Easy-Walker etwas aufwendiger, da die Anpassung an die Körpergröße erfolgen muß. Soll er von mehreren Personen benutzt werden, ist die Anpassung jedes mal von Neuem vorzunehmen.

Damit gefährdendem Verhalten nicht vorschnell mit Fixierung begegnet wird, sind nach unserer Erfahrung eine große Flexibilität, Toleranz und Kreativität seitens der MitarbeiterInnen und der Organisation nötig. Dazu gehören auch die bewußte Gestaltung des räumlichen Milieus und die Anpassung der organisatorischen Abläufe an die Bedürfnisse der Kranken.

Die Gestaltung der Tagesstruktur muß sich an den individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen, Gewohnheiten und Vorlieben der Kranken und mehr an einer häuslichen Lebensgestaltung orientieren. Dies setzt die Kenntnis der Biographie, Kontinuität in der Betreuung und Flexibilität der gesamten Organisation voraus. Die laut KDA „optimale“ Gruppengröße von 6-8 Personen kann aus Wirtschaftlichkeitsgründen kaum realisiert werden, aber auch in Gruppen von 10-15 Personen kann angemessen gearbeitet werden.

Bei den MitarbeiterInnen muß das Wissen um Krankheitserleben und Bewältigungsstrategien vertieft werden. Einfühlungsvermögen sowie die professionelle Distanz mit der Fähigkeit der Selbstbeobachtung und Selbstreflexion müssen erworben und weiterentwickelt werden.

Im Umgang mit Demenzkranken kann die Begegnung Sicherheit vermitteln: Die Kranken sollen sich wertgeschätzt und verstanden fühlen und sie sollen verstehen können: durch eine einfache, ein-

deutige, klare, konkrete Sprache ohne „Nein“, immer in kurzen Sätzen. Die Begegnung ist direkt und auf einer Ebene, mit Blickkontakt, vielleicht mit einer Berührung. Ziel ist es, die Bedeutung oder „Symbolsprache“ der Verwirrtheit zu verstehen und entsprechend zu reagieren. Hier ist uns die „Integrative Validation“ hilfreich, ein vertrauensvolles Klima zu schaffen.

Nicht zuletzt hat auch der reflektierte Umgang mit Musik heilsame Wirkung. Lieder und Musik können unruhige Kranke entspannen und die Energie von Aggressionen und Konflikten lässt sich immer wieder in Bewegung, Musik oder Gesang lenken.

Und immer wieder müssen wir neue Blickwinkel einnehmen, Phantasie und Mut mobilisieren und neue, manchmal ungewöhnliche Wege gehen.

Alles in allem: Wenn wir endlich eine Pflege und Betreuung nach dem Stand des Wissen realisieren können, werden wir wenig Bedarf für Fixierung sehen. Dann wird die Fixierung ein letztes, selten angewandtes Mittel sein, die Kranken vor Schaden zu bewahren.

GEWALTTRÄCHTIGE SITUATIONEN

von

Martin Hamborg

1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ - LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien

Esplanade 15

20354 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir haben uns bisher der Innenwelt der Demenzkranken angenähert.

Ein objektives Verständnis des Einzelnen ist nicht möglich, aber wir können mit unterschiedlichen Verständnishilfen eine Ahnung über die Bedürfnislagen und seelischen Prozesse bekommen, die uns den Zugang zum Menschen ermöglichen und Handlungswege erschließen. Je tiefer wir in die Arbeit mit Demenzkranken eintauchen, desto mehr können wir erkennen, wie sehr diese Arbeit zur Selbsterkenntnis und zu philosophischen Tiefen und Untiefen führen kann.

Je mehr diese Arbeit vom Wunsch nach Verständnis geprägt ist, desto kreativer, intelligenter und phantasievoller werden unsere Methoden, die Ziele und die Maßnahmen. Oft sind wir dabei auf Intuition angewiesen, eine Fähigkeit, die sich aus zwei Quellen speist:

Die erste Quelle ist das Verständnis für mich, in anderen Worten die Selbsterfahrung, die Persönlichkeitsentwicklung und der Reifeprozess in den täglichen Herausforderungen.

Die zweite Quelle ist das Verständnis für den Anderen durch den sogenannten Perspektivenwechsel.

Das Verständnis für mich und den anderen ist eine Kraftquelle für eine sinnerfüllende und interessante Arbeit mit Demenzkranken.

Mit dieser Vorbemerkung möchte ich die Lanze brechen für die Attraktivität unserer Arbeit, die in der Öffentlichkeit bisher ein schlechtes Image hat.

Unter dem Gesichtspunkt, das Glas sei halb voll, möchte ich Sie dazu einladen, die täglichen Erfahrungen in einen größeren Zusammenhang einzuordnen. Mir persönlich hat dabei eine Erkenntnis ge-

holfen, die ich vor etlichen Jahren in den Bergen des Himalayas hatte:

"Die Demenz bietet die Chance des Vergessens aller Sinnlosigkeit und Mißgeschicke und ermöglicht die paradiesische Erfahrung die primären Bedürfnisse im Hier und Jetzt zu leben. Der Preis ist der Tod der alten Persönlichkeit."

Von dem unmittelbaren Leben im hier und jetzt träumte zumindest eine ganze Generation in den 70iger Jahren.

Ihnen wünsche ich Ihre Erkenntnisse und es würde mich freuen, wenn wie diese im Rahmen der Deutschen Expertengruppe Demenztbetreuung austauschen können.

Doch diese Gedanken sollten auch schwierige Situationen tragen. Sonst werden sie Teil eines systematischen Burn-Outs. Wir haben schon genug Prediger, die immer höhere ganzheitliche, aktivierende, respektierende, christliche oder humanistische Ansprüche an die Arbeit mit Demenzkranken in moralischen Appellen einfordern. Der MDK und die Pflegekassen greifen dies gern auf und sagen, wir wollen alles, aber nur zum halben Preis. Und der aktuelle Referentenentwurf zum Qualitätssicherungsgesetz sattelt noch einmal drauf und vermittelt den Eindruck, ALLES ist das Allermindeste... In dieser Doppelmoral dreht sich das Hamsterrad der täglichen Überforderung. Wie schnell wird da das Heim zur totalen Institution und die Pflegehandlung zur alltäglichen Gewalt?

Vor einiger Zeit saß ich mit Jan Wojnar und Peter Dürrmann bei einem Expertenkolloquium in Mannheim. Wir hörten: Über die Hälfte der Demenzkranken in den stationären Einrichtungen werden fi-

xiert und die meisten Zuhörer nahmen es ganz selbstverständlich hin, nur wir drei sind beinahe vom Stuhl gefallen.

Fixierung muss leider manchmal sein und ist eine Maßnahme professioneller Pflege, deren Ziele deutlich sind und deren Wirksamkeit evaluiert werden kann.

Doch abhängig von der Zielgruppe und der milieutherapeutischen Kompetenz in den Einrichtungen sind dies in DED-Einrichtungen zwischen 0 und 5%. Und auch hier ist es professioneller, den Fixiergurt im Schrank zu lassen und die Maßnahmen im Vorfeld weiter auszureizen. In unserer Handreichung sprechen wir davon, dass dies Mut und Beharrlichkeit erfordert.

Eine Dementenbetreuung nach dem Grundsatz der freien Entfaltung bei allgemeinem Lebensrisiko sollte unsere fachliche Position bleiben, auch wenn es erste Regressforderungen nach Stürzen gibt, weil nicht fixiert worden sei.

Vor dieser Entwicklung habe ich Angst und auch vor den Experten, die als „geistige Brandstifter“ einer flächendeckenden Fixierung Vorschub leisten.

Ich werde ärgerlich, wenn ich Sätze lese wie:

„In den letzten Jahren sind Konzepte und Modelle in der Dementenversorgung entwickelt worden, die den Prinzipien der Komplexität einer demenzspezifischen Normalität“ nicht entsprechen:

1. Die „eigengefährdende Normalität“

Bei diesem Konzept wird aus Gründen der „Normalität“ bewusst auf die Fürsorge- und Aufsichtspflicht mit den damit verbundenen Aufgaben der Aufsicht und Kontrolle verzichtet. Die persönliche Freizügigkeit (Freiheit im Alter) wird betont, auch hinsichtlich des unbeaufsichtigten Verlassenen der Einrichtung, wobei die Eventualität eines tödlichen Unfalls in Kauf genommen wird.“

(Sven Lind, Theorie und Praxis der sozialen Arbeit, Nr. 1, 2002, S. 46)

Sven Lind spielt mit dieser vordergründig so nachvollziehbaren Argumentation auf das Haus Am Bendstich an, es gehört zu den herausragenden Modellen der Dementenarbeit und Stefan Gutensohn ist Vorstandsmitglied der DED.

Macht dieser Lehrsatz Schule, müssen wir mit einer flächendeckenden Fixierung rechnen, denn ähnlich wie Kinder haben Demenzerkrankte, aber eigentlich alle ältere Menschen ein höheres Lebensrisiko. Zum Glück ist der Einfluss von Sven Lind beschränkt und es ist eine Einzelmeinung und unterscheidet sich von dem, wie viele Experten vor Ort in einer differenzierten Suchhaltung an die Einzelprobleme herangehen.

Genau hier setzt das Thema meines Vortrages an.

Ich möchte mich jetzt auf den Umgang mit gewaltträchtigen Situationen beschränken und Sie auf Methoden neugierig machen, die wir in einem Schulungskonzept der Kieler Servicehäuser der AWO entwickelt haben.

Die Idee für das Projekt „Gewaltvermeidung durch Professionalität“ entstand in der Gewaltdiskussion der neunziger Jahre. Herr Fussek, der Robin Wood für das Gute und gegen das Böse in der Altenpflege gab mir seinen gesammelten Pressespiegel über Mißhandlungen und Gewalt in der Pflege. Er hatte sicher in jedem Einzelfall Recht, doch plötzlich standen alle motivierten MitarbeiterInnen in der Kollektivhaftung.

Es hat mich geärgert, denn ich sehe, wie der Spagat zwischen den Ansprüchen an perfekte Pflegeplanung, perfekte Dokumentation, perfekte Pflege und perfekte Betreuung MitarbeiterInnen systema-

tisch an das „burn out“ führt und ich in meiner Funktion als Qualitätsmanager daran mitwirken muß.

Zum Glück habe ich auch Supervision und Psychotherapie gelernt und in unzähligen Kriseninterventionen und Fallbesprechungen hautnah erfahren, welche Faktoren die Eskalation von Gewalt bedingen:

1. Über **krankheitsbedingte Ursachen** der Gewalt wurde in der Gewaltdiskussion kaum gesprochen. Wir haben in einer Studie gezeigt, dass jeder dritte Demenzkranke zu einer sogenannten aggressiven Konfliktlösung neigt.

Ich bezeichne dies gern als **Cowboy-Syndrom**: Mit dem Rücken an der Wand wird geschossen und nicht verhandelt. Dies läßt sich leicht erklären:

Je mehr wir durch eine schwere Krankheit die verstandesmäßigen Kräfte verlieren, desto eher kommen wir in den wilden Westen der Konfliktlösung und Krankheitsbewältigung.

Ich möchte wetten, dass ich eine Menge Cowboys aus diesem Kreis in den Dementenstationen der nächsten Jahrzehnte wiedertreffen werde.

Ich jedenfalls habe durch meine Berufserfahrung vorgebeugt und kenne alle Tricks, wie ich als alter, demenzkranker Mann die Pflegekräfte an die Grenze führen könnte.

2. Die Grenze der Professionalität ist der zweite Faktor für die Eskalation.

Genau hier setzt unser Schulungsprogramm an, denn leider kommen die Konfliktlösungen immer noch viel mehr aus einem beleidigten, hilflosen oder überforderten Bauch und nicht aus einer professionellen Handlungsplanung.

Mit der 6-stündigen Schulungseinheit „Gewaltvermeidung durch Professionalität“ werden wir nicht die Probleme unserer Gesellschaft lösen und die Methoden sind nicht das Ei des Kolumbus, aber sie bieten Wege aus dem Hamsterrad und knüpfen an die bestehende Professionalität in der Pflege an.

Mit den Methoden: Durchlauferhitzer, Teufelskreis, Profihaltung und professionelles Panorama werden wir natürlich nicht sofort jede Überforderung in der konflikthaften Begegnung mit demenzkranken Menschen vermeiden, aber in der Selbstreflexion können wir unprofessionelles Verhalten schneller erkennen und systematisch aus unseren Fehlern lernen.

Hier gilt wieder mal mein alter Schüttelreim: Mache deine Fehler richtig , denn alles was du lernst ist wichtig“

Nehmen wir einmal folgende Szene:...

Wir sind auf einer kleinen Pflegestation. Frau Meier hört, wie im Nebenraum jemand ruft, „Hallo“ und etwas was sie nicht verstehen kann. Die Stimme klingt sehr vertraut, das war doch jemand aus ihrem Kreis, vielleicht sogar eine Verwandte?

Sie hat ihre Zeitung in der Hand und geht über den Flur. Sie weiß, dass sie helfen muss, sie hat doch immer geholfen.

Da kommt diese kleine Person auf sie zu. In diesem forschen schnellen Schritt. Damals hat sie es eingesteckt und nur nach Innen geschrien. Es kommt ihr der Gedanke, gleich wird sie mich von dem abhalten, was ich tun muss. Meine Freundin schreit und die will mich fernhalten. Ärger kocht hoch, ich bin doch zwei Köpfe größer und muss mir nichts mehr gefallen lassen.

Die versierte Altenpflegerin schätzt die Situation genau ein. Frau Meier wird gleich zu Frau Schulze gehen. Neulich hat sie Frau

Schulze geschlagen, weil sie das angebotene Stück Seife nicht essen wollte. Sie weiß, sie muss vorsichtig sein, weil Frau Meier schlägt, kneift oder beißt. Sie denkt, zu dumm, ausgerechnet ich, ich habe doch kaum eine Chance bei ihr.

Sie entscheidet sich zur Ablenkungsstrategie: „Hallo Frau Meier, haben Sie die Zeitung schon gelesen?“

Frau Meier sieht, wie die kleine Person näher kommt.

Frau Meier denkt, ich fühle mich siegessicher, denn ich bin moralisch absolut im Recht.

Wer Hilfe verweigert, muss in die Schranken gewiesen werden.

Ich kann zwar schlecht hören und sehen und die Worte purzeln im Kopf häufig durcheinander, so dass ich ganz andere Worte sage, als ich eigentlich will.

Aber im Zweifelsfall bin ich stärker und kann mich wehren.

Frau Meier lächelt überlegen.

Gezielt schlägt sie mit der Zeitung in das Gesicht der kleinen Person.

Au, das tat weh, die Brille ist verbogen, die Altenpflegerin springt einen Schritt zurück sie ist verdattert, es ist ein Gefühlsmischmasch, zwischen Ärger, Angst und Ohnmacht, das Gefühl versagt zu haben, ...die Kolleginnen, - neulich hatte eine im Team ganz zickig gesagt, es träfe doch immer die Richtigen.

Sie weiß, es ist dieser alte Konflikt wegen des Examens und der Neuerungen. Schon wieder kommt sie in die schwächere Position im Team, einige alte Kolleginnen werden triumphieren und sagen, wir bleiben bei dem, wie wir es immer gemacht haben. Da sieht man doch mal wieder, das Neues nichts bringt...

Frau Meier sieht, wie die kleine Person nach einer Reaktion ringt, sie denkt, 1 zu 0, diesmal habe ich gewonnen. Kämpferisch blickt sie in die Augen der kleinen Person.

- Wie wird sich die Altenpflegerin verhalten?
- Wann ist ihre Grenze erreicht?
- Welche Gefühle werden ihr weiteres Handeln bestimmen?
- Wann wird sie resigniert aufgeben?

Diese Kurze Szene möchte ich nun schrittweise mit unseren Methoden aufdröseln:

Zunächst stellt der Durchlauferhitzer die Szene wie in einem kurzen Drehbuch zusammen. Nach einem einfache psychologischen Handlungsmodell unterscheiden wir Wahrnehmung, Bewertung und Gefühl.

Folie:

Auf der Folie sehen Sie die Szene noch einmal in zwei Sequenzen:

Frau Meier nimmt wahr: Da kommt die kleine Person auf mich zu.

Sie denkt: Die will mich abhalten, meiner Freundin zu helfen.

Sie fühlt sich etwas ärgerlich, aber selbstbewußt, denn sie ist größer und braucht sich nichts gefallen zu lassen.

Die Altenpflegerin nimmt wahr, wie Frau Meier zu Frau Schulze geht, die gerade in ihrem Zimmer ruft. Sie bewertet dies: Frau Schulze ist gefährdet, es kann ein Unglück oder zumindest einen Konflikt geben. Ihr Gefühl ist: Ausgerechnet ich, ich muß vorsichtig sein, denn es wird brenzlich. Sie wählt die Strategie der Ablenkung; „Frau Meier, haben Sie schon ihre Zeitung gelesen?“

Frau Meier nimmt nur wahr, dass die kleine Person bedrohlich nahe kommt. Sie bewertet dies mit dem Leitspruch: Angriff ist die beste

Verteidigung, außerdem sieht sie sich moralisch im Recht. Sie fühlt sich siegessicher und kampfbereit und schlägt unerwartet mit der Zeitung.

Die Altenpflegerin springt zurück, sie nimmt den Schlag und den Schmerz wahr und bemerkt, dass ihre Brille verbogen ist. Sie sieht sich in einer Zwickmühle, egal was sie macht ist es verkehrt.

Sie ist wie gelähmt, ihr Gefühl schwankt zwischen Ärger, Angst und Ohnmacht. Denn zur schwierigen Situation kommt das Versagensgefühl hinzu und die Beschämung dem Team gegenüber, - sie fühlt sich bloßgestellt oder erniedrigt.

Der Durchlauferhitzer macht folgende Aspekte deutlich:

- Es sind immer mehrere Faktoren, die das Handeln direkt beeinflussen.
- Eskalierende Situation sind Handlungsketten, die sich aus unterschiedlichen Gründen aufschaukeln.
- Beide Beteiligten sind in unterschiedlichen Filmen, so dass es eine Vernunftlösung eigentlich gar nicht gibt.

Die Methodik legt das nahe, was ich gern mit einer Professionellen Brille vergleiche:

Die professionelle Brille ermöglicht den Blick durch zwei Gläser:

Das eine ist der Blick nach innen, die Selbsterkenntnis, die ich vorhin als eine Quelle professioneller Arbeit skizziert habe.

Durch das zweite Glas sehe ich mir den anderen an und versuche sein Handeln zu verstehen.

In Anlehnung an die aktuelle Fernsehwerbung könnte man sagen:

Mit beiden Augen sieht man besser.

Im nächsten Schritt schauen wir uns an, wie ein Teufelskreis entstehen kann. Dahinter steht die Frage: Warum eskaliert das Verhalten,

welche Faktoren treiben einen Teufelskreis oder eine verzwickte Situation an?

Die fünf Aspekte, die den Teufelskreis antreiben haben ich Ihnen auf das Beispiel übertragen:

Zunächst der Auslöser , der Wunsch Frau Meiers zu helfen.

Der zweite Einflussfaktor fragt nach meinem aktuellen Stress, denn wir wissen alle, je mehr wir uns unter Stress befinden, desto schneller knallt es privat oder beruflich...

Dazu kommt drittens die Beziehung, in dem Arbeitspapier frage ich: Was ist Ihnen sympathisch, was unsympatisch an diesem Menschen? Gibt es Ähnlichkeiten mit einer anderen Person? Wie stehen Sie zueinander?

In diesem Beispiel ist die MitarbeiterIn weitgehend abgeklärt. Sie weiss: Frau Meier hat etwas gegen mich, aus welchen Gründen auch immer. Vielleicht sind da noch ein paar Sich-selbsterfüllende Prophezeiungen, wie „egal was ich mache, sie wird schlagen“.

Das Beziehungsproblem hat sie gegenüber dem Team, bzw. gegenüber einigen Kollegen: Sie steht unter dem Druck, das Problem mit Frau Meier in den Griff zu bekommen, da sie sich sonst im Team blamiert und als examinierte Kraft versagt.

Dabei lähmen auch die eigenen hohen Ansprüche, alles vorbildlich lösen zu wollen, um die Kollegen für eine bessere Dementenarbeit zu gewinnen.

Diese beiden Felder vertiefen die Selbstreflexion. Der nächste Faktor betrachtet das Milieu und fragt, wie sich das Umfeld auf die Situation auswirkt.

In diesem Beispiel fehlen Frau Meier angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten. In Doppelzimmern gibt es immer wieder gefährliche

Konflikte, weil sie helfen möchte, die anderen aber gefährdet. Dabei stößt sie auf Begrenzungen bei MitbewohnerInnen und MitarbeiterInnen. Dagegen wehrt sich Frau Meier.

Der Krankheitsfilter fragt danach, wie Symptome und Krankheiten das Verhalten beeinflussen und welche Rolle die Lebensgeschichte und die Lebenserfahrungen spielen.

In unserem Fall ist es möglicherweise die innere Unruhe und andere Symptome des Diabetes, der chronischen Schmerzen und der motorischen Aphasie die bei Frau Meier die allgemeine Reizschwelle erhöhen.

Diese Empfindungen können infolge der Multiinfarktdemenz nicht mehr angemessen kontrolliert werden. Je stärker die Demenz ist, um so mehr werden diese Empfindungen in der subjektiven Welt des Demenzkranken interpretiert.

Frau Meier rutscht also in eine Welt, in der sie sich "heute" wehren kann. In der Nachkriegszeit hat sie als Deutsche in Polen mit vielen Erniedrigungen leben müssen. Oft fühlte sie sich gedemütigt und hatte Angst um die Kinder.

Zu oft machte sie gute Miene zum bösen Spiel.

In diesem Zusammenhang sind die Übergriffe und Belästigungen der anderen Bewohner zu sehen, denen Frau Meier in ihrer Demenz etwas Gutes tun will.

Das Beispiel weist auf die Problematik des Zweibettzimmers in der stationären Pflege hin, denn Frau Meier will sich um die „Oma nebenan“ engelsgleich-rührend kümmern, gefährdet sie aber damit.

Frau Meier wird zornig und schlägt zu, wenn sie in ihrer Hilfsbereitschaft durch MitarbeiterInnen ausgebremst wird oder die Nachbarin sich gegen die Fürsorglichkeit wehrt.

Ein möglicher Motor ist die Doppelbödigkeit engelsgleicher Nächstenliebe, - in ihrer Demenz kann Frau Meier nicht mehr so deutlich trennen, dass Engel und Teufel zwei zusammengehörende Pole sind, zwei Seiten einer Medaille.

MitarbeiterInnen beobachten, wie Frau Meier plötzlich ganz „böse“ werden kann und auch nach Heimbewohnern schlägt oder kneift.

Dieser Zusammenhang lässt sich psychologisch erklären. Dabei hilft uns die Spekulation oder die Intuition für das Verständnis:

Vielleicht mußte Frau Meier schon als Kind immer christlich-lieb-und-artig sein und durfte nie den „trotzigen Bösewicht“ ausprobieren. Sie hatte vielleicht immer zwei Seelen in der Brust, während die „böse Seele“ sorgsam unterdrückt wurde, hatte die „liebe Seele“ alle Hände voll zu tun, mußte beschwichtigen, erklären, verzeihen, ertragen und zärtlich sein.

Wenn ich jetzt frage, wer von Ihnen kennt diesen inneren Konflikt, erwarte ich viele Handzeichen.

Je stärker die „liebe Seele“ über ihre Grenze geht, um so mehr meldet sich innerlich ihr Widerpart. Manchmal wurde Frau Meier richtig „fies und intrigant“. Zum Glück wurde ihr das immer wieder in der kirchlichen Beichte vergeben, so dass die „liebe Seele“ kurzfristig zur Ruhe kam.

Je stärker nun die Demenz wurde, um so schwieriger wurde es wahrscheinlich, dieses innere Doppelleben zu steuern. Im Bild gesprochen, treiben die „liebe“ und die „böse Seele“ unkontrolliert nebeneinander ihr Unwesen...

In diesem Beispiel wird deutlich, wie hilfreich dieser Perspektivenwechsel ist:

Nur wenn ich mich in die Biographie und in diesen Gefühlsmix hineinversetze, finde ich Anknüpfungspunkte für ein angemessenes Verhalten.

Gleichzeitig stehe ich in dem gleichen unauflösbaren Konflikt, wie die Demenzkranke: Wenn ich die „gute Seele“ nach allen Regeln der Kunst validiere und nach Ritualen für die Hilfsbereitschaft suche, fühlt sich der „kleine trotzig Bösewicht“ nicht gesehen, der sich auch mal durchsetzen will, aber gleichzeitig nach verständnisvoll – väterlichen Grenzen schreit, um sich nicht selbst zu schaden.

Durch diesen Konflikt sind wir alle gegangen, in ein, zwei oder drei ganz vielen Trotzphasen. Manche Menschen bleiben immer in diesem Spannungsfeld, dem Wunsch nach alles verzeihender Liebe und dem Wunsch nach unbegrenzter Autonomie gefangen.

Andere fallen durch persönliche Krisen oder eine Krankheit, die zur Demenz führt, wieder in diese Bewältigungsphase hinein. Der dialektische Konflikt zwischen zwei wichtigen Bestrebungen ist also völlig normal. Diese Gedanken, diese Erklärungen ermöglichen es, Ansatzpunkte dafür zu finden, den Teufelskreis zu unterbrechen.

Schon aus dem Anteil meiner Redezeit wird deutlich, dass es zunächst der Krankheitsfilter ist, an dem wir professionell ansetzen müssen:

Gibt es eine Möglichkeit der Behandlung der Schmerzen, der inneren Unruhe und dem instabilen Blutzucker? Denn körperliche Empfindungen beeinflussen und verstärken seelische Prozesse. Hier ist also medizinisches und pflegfachliches Wissen im professionellen Werkzeugkasten der Pflege gefragt. Nur einen jahrzehntelangen seelischen Konflikt können wir damit nicht ändern.

Der erste Schritt für diese Profihaltung ist also das Verständnis für die körperlichen, seelischen und biografischen Zusammenhänge.

Verständnis ermöglicht mir Abstand und Abgrenzung, denn ich muss das schwierige Verhalten nicht mehr auf mich persönlich beziehen.

Bei Frau Meier war auch eine Behandlung in einer psychiatrischen Klinik erforderlich. Die medizinische Diagnostik und Behandlung brachte leider keine Erfolge, wichtiger war aber die Auszeit für die MitarbeiterInnen, in denen wir neue Verhaltensweisen trainierten. Je mehr sich MitarbeiterInnen im Sinne einer liebevollen Autorität väterlicher Führung und Klarheit verhalten, um so mehr können wir in diesem Fall die große Chance der Demenz nutzen:

Die Vergesslichkeit und die ständige Möglichkeit des Neuanfanges einer klaren Beziehung ohne die verhängnisvolle Gewalt-Erwartungs-Angstspirale. Es ging leider nur eine Woche „gut“, dann pendelten sich wieder die alten Beziehungsmuster ein.

Die zweite Stelle, den Teufelskreis zu verändern liegt im Milieu:

Für Frau Meier haben wir nach Beschäftigungsmöglichkeiten gesucht: sortieren, räumen, wischen ... und das Lebensumfeld geändert.

Besonders teuer war es, das Doppelzimmer für eine längere Zeit nicht doppelt zu belegen. Das Sein veränderte zwar nicht das schwindende Bewußtsein, aber der Problemdruck nahm ab. Da Frau Meier früher Puppen gesammelt hatte, bekam sie zwei Puppen, so wie früher. Unser Ziel war, so das Bedürfnis nach Zuwendung und Abhängigkeit zu erfüllen. Die Maßnahme hatte zweifelhaften Erfolg: Mal lagen die Puppen im Bett und Frau Meier davor, mal war es umgekehrt. Man könnte interpretieren: Der seelische Konflikt hat sich hier abgebildet.

Mit dem Verständnis für den Anderen und mit neuen Handlungsperspektiven verändert sich automatisch die Beziehung. Die Altenpflegerin hatte es in unserem Beispiel schon akzeptiert, dass sie im Fadenkreuz von Frau Meier stand. Ihr Problem ist das Team.

Ich würde es gern auf den folgenden Punkt bringen: Je stärker die Verhaltensauffälligkeit eines Demenzkranken, desto größer ist der heimliche oder unheimliche Teamkonflikt. Hier können wir von der Familientherapie lernen:

- Wie sehr ist der Kranke ein identifizierter Patient in einem kranken System?
- Wie ist der Lehrsatz der systemischen Therapie zu übertragen: Das Verhalten ist die – für diese Person derzeit - beste Handlungsalternative?
- Ist der identifizierte Patient Abbild eines Teamkonfliktes, eines Konfliktes zwischen examinierten und nicht examinierten Kräften, zwischen neuen Wegen in der Altenarbeit und dem „Es soll so bleiben, wie es immer war“...
- Oder bildet sich in der Verhaltensstörung sogar ein krankes Pflegesystem ab, weil pflegeaufwendige Verhaltensweisen weder bei der Berechnung der Pflegestufe oder Pflegeklasse, noch bei der Pflegesatzverhandlung eine adäquate Rolle spielen und alten Menschen psychiatrische Behandlungspflege und Soziotherapie vorenthalten bleibt?

Auch die Diskussion der Beziehungsebenen schafft Abstand und hilft aus dem Teufelskreis heraus. Für unsere tägliche Arbeit ist das Erkennen von Projektionen, Übertragungen und Gegenübertragungen hilfreich, aber wo gibt es schon kontinuierlich fallbezogene oder teambezogene Supervision??

Je mehr wir Zusammenhänge verstehen, je mehr wir uns selbst verstehen, desto weniger wird der persönliche Stress den Teufelskreis beeinflussen.

D.h. während sich ein Teufelskreis in die Richtung: Auslöser – Stress – Beziehung – Milieu – Krankheitsfilter – neuer Auslöser... dreht, geht der Verständniskreis, der Engelskreis oder wir haben es Profihaltung genannt in die andere Richtung:

Das Verständnis für Krankheiten und Milieubedingungen, die Selbstreflexion der Beziehung und Möglichkeiten der Stressreduktion wirken de-eskalierend und der Durchlauferhitzer wird nach wenigen Durchgängen runtergeschaltet.

Aber unser Beispiel hat gezeigt, dass nicht jeder Versuch erfolgreich sein muss.

Ich möchte Ihnen nun noch eine integrierende Methode der strukturierten Einzelfallanalyse vorstellen. In der Schulung haben wir den letzten Schritt: Professionelles Panorama genannt. Dabei werden die Einzelnen Methoden sozusagen zusammengesetzt:

Der Grundgedanke des Durchlauferhitzers bleibt: Wahrnehmung, Bewertung und Gefühl bestimmen wechselseitig das Verhalten.

Der Grundgedanke des Teufelskreises bleibt: Das Verständnis für den Krankheitsfilter, für die Wirkung der Symptome verschiedener Krankheiten und für die Verhaltensweisen, die sich aus der Lebensgeschichte und Persönlichkeitsentwicklung und den Milieubedingungen geben.

Das Verständnis für den Anderen wird ergänzt durch das Verständnis für mich und meine inneren Prozesse. Dieser Aspekt taucht hier im Krankheitsfilter und hier im professionellen Filter auf.

Neu im professionellen Panorama ist lediglich der professionelle Werkzeugkasten der Pflege. Leider haben wir immer noch schwer

an zwei verhängnisvollen Selbstdefinitionen zu Tragen: 1. Pflege kann jeder – 2. Pflege kommt aus dem Bauch. Leider ist dies noch immer viel zu sehr der Fall und eine Ursache von Gewalt und gegenseitiger Mißachtung in der Pflege.

Hier müssen wir etwas in den Köpfen der Pflegekräfte und in den Köpfen der Bevölkerung, vorzugsweise der Kostenträger verändern:

So wie in anderen Lehrberufen auch hat Pflege unterschiedliches Handwerkszeug entwickelt, das jeweils gezielt und mit Sachverstand eingesetzt werden kann. Ein Klempner nimmt auch nicht dem Hammer, um einen Rohrbruch zu reparieren. Ein Tischler nimmt auch keinen Dünnbrettbohrer, um dicke Löcher zu bohren.

Aber die Pflege kann das ??

Der professionelle Werkzeugkasten in der Arbeit mit Demenzkranken wird u.a. bestimmt von den Konzepten der Milieuthherapie, der Basalen Stimulation, der Validation oder Gesprächsführung, der Kinästhetik, der 10-Minuten-Aktivierung, Methoden der gerontopsychiatrischen Pflege und Anregungen aus der Musik- und Ergotherapie.

Das Professionelle Panorama läßt sich mit 10 Fragen zusammenfassen:

- 1 Besinne ich mich auf meine Professionalität bevor ich handele?
(Hinweis: Fragezeichen)
- 2 Ist mir klar, dass auch die professionelle Wahrnehmung subjektiv ist und in einem Puzzle von Einzelteilen bestätigt werden kann?

- 3 Ist mir klar, wo meine Wahrnehmung und die Bewertung der Lage durch persönliche Gefühle und durch Projektion und Übertragung beeinflusst wird?
- 4 Erkenne ich, wo und wie meine Normen und Werte die Situation beeinflussen?
- 5 Habe ich erkannt, was genau das Problem ist?
- 6 Erkenne ich Symptome und auslösende Bedingungen?
- 7 Welche Absicht sehe ich hinter dem Verhalten?
- 8 Welchen Sinn könnte das Verhalten haben, d.h. wozu ist das Verhalten gut (oder wie lässt sich erkennen, dass es das für diese Person die derzeit beste Handlungsalternative ist)
- 9 Welche Anregungen bekomme ich aus meinem Fachwissen, aus Standards, aus der Berufserfahrung und aus bewährten Konzepten ?
- 10 Welche Ressourcen, Ziele und Maßnahmen lassen sich nach meinen Möglichkeiten ableiten, d.h. wie kann ich meinen „professionellen Werkzeugkasten“ einsetzen?

Diese 4 Kernmethoden sind das Herz der Schulungseinheit Gewaltvermeidung durch Professionalität. Meine Hoffnung ist, dass dieses Modell einen festen Platz in der Ausbildung und Fortbildung und in Fallbesprechungen bekommt.

Der Professionelle Zugang ist also zielgerichtetes Handeln unter Berücksichtigung der Ressourcen, wir nennen dies Pflegeplanung. Da das professionelle Panorama an den Durchlauferhitzer angelehnt ist, wird auch deutlich, warum die „Evaluation“, d.h. die prozesshafte Auswertung der Ergebnisse notwendig ist.

Aber ich habe heute ein Beispiel gewählt, in dem wir keine einfache Lösung präsentieren können.

Wir wissen, dass es diese Patentrezepte in der Dementenarbeit und den Herausforderungen der Gerontopsychiatrie nicht gibt und ich warne von den Wanderpredigern in der Schulungsszene, die suggerieren:

Mit einfachen Tricks könne man alles lösen. Damit beteiligen sie sich an dem systematischen Bourn-out-Programm, das ich anfangs skizzierte.

Zurück zum Beispiel:

In dem „**professionellen Panorama**“ für Frau Meier liegt der Anknüpfungspunkt in der Biographiearbeit: Frau Meier „rutschte“ immer wieder entweder in die subjektive Welt des trotzigem Kindes oder in die Ängste der Nachkriegszeit ab, in der sie ihre Kinder nicht mit Lebensmitteln versorgen konnte, weil einige polnische Kaufleute den zurückgebliebenen Deutschen Lebensmittelmarken verweigerten...

Wenn es uns gelang an diese späteren ungelösten Ängste und Sorgen anzuknüpfen, ließ sich Frau Meier gut ablenken. Gleichzeitig konnten wir dabei eine tragfähigere Beziehung durch Vertrauen aufbauen. Das wiederum ermöglicht es, souveräner und selbstbewußter aufzutreten, - nur so ließ sich die verständnisvoll-väterliche Grenze für MitarbeiterInnen lernen, denn Angst vor Schlägen fordern genauso die „böse Seele“ heraus, wie der unprofessionelle Kampf auf gleicher Ebene.

Demenzkranken wie Frau Meier bringen uns an die persönlichen Grenze:

Erst wenn wir erkennen, wo wir persönlich verletzlich sind, können wir uns besser schützen. Manchmal müssen wir auch akzeptieren, dass unsere Eigenheiten natürlich auch Übertragungsprozesse bei dem Demenzkranken auslösen können:

Die kompetente Altenpflegerin konnte machen, was sie wollte, Frau Meier war fast immer „aggressiv“, schlug versteckt oder offen und beschimpfte sie. Vielleicht war es die Körpergröße oder das Aussehen, das wie nach dem „Schlüssel-Schloß-Prinzip“ funktionierte.

Sobald Frau Meier die Mitarbeiterin sah, „fiel eine Klappe“, vermutlich aufgrund der Ähnlichkeit zu einer anderen Person, die Frau Meier sehr gehaßt hat.

Die Mitarbeiterin lernte deshalb, das Verhalten ganz professionell „nicht-persönlich-zu-nehmen“, Konfrontationen zu vermeiden und es als ganz persönliche Herausforderung zu begreifen, wie sie trotzdem eine Vertrauensbeziehung aufbauen kann, durch die Frau Meier vielleicht sogar einen alten Konflikt erlösen kann.

Aber für diese psychotherapeutische Arbeit mit Übertragungen wird sie als Altenpflegerin eigentlich nicht bezahlt und auch nicht ausgebildet. Heute wohnt Frau Meier in einem Einzelzimmer. In der Pflegedokumentation liegt der richterliche Beschluss, im Schrank liegt der Fixiergurt. Und die MitarbeiterInnen üben immer wieder neue Massnahmen im Vorfeld, auch wenn es manchmal sehr weh tut.

Abschließend möchte ich noch einen kurzen Hinweis in uneingetragener Sache machen:

Unsere Schulungseinheit: „Da kann man doch nur durchgreifen, oder.. Gewaltvermeidung durch Professionalität in der Pflege Demenzkranker – Einladung zum Verstehen“ wurde über das Sozialmi-

nisterium Schleswig Holstein gedruckt und für Schleswig-Holsteiner kostenlos ausgegeben.

Für Interessierte aus anderen Bundesländern wird der Selbstkostenpreis von derzeit 12 Euro berechnet. Ich habe die Broschüre zur Ansicht ausgelegt. Und weise darauf hin, das wir in Kürze Multiplikatorenschulungen organisieren werden. Interessenten können bei mir melden. Fax 0431/5333091 oder hamborg@demenz-ded.de

Bestelladresse für die Handreichung:

Bitte bestellen Sie die Handreichungen direkt beim Ministererium:

Email: pressestelle.MAGS@landsh.de

SICHERHEIT DURCH MEDIKAMENTE:
MÖGLICHKEITEN UND GEFAHREN

von

Jan Wojnar

1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

DEMENZ - LEBEN IN GRENZEN?

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

1. Medikamente als existentielle Hilfe im Alter

Der Mensch wird „in die Welt geworfen“ und kämpft ein Leben lang mit existentieller Verunsicherung und Ängsten („ich bin – darf ich sein?“) indem er versucht, in seinem „Selbst“ und der Umwelt ausreichend viel

- I. Raum,
- II. Halt und
- III. Sicherheit

zu finden.

Die Bedeutung dieser drei Faktoren für das existentielle Vertrauen, die Interpretationen deren Inhalts und die Suche nach geeigneten Überlebensstrategien werden durch Veränderungen körperlicher und geistiger Leistungen während des Alterns stark beeinflusst. Häufigere Erfahrungen des körperlichen und geistigen Versagens sind die Ursache einer starken Verunsicherung mit Ängsten, depressiver Verstimmung und psychosomatischen Störungen (Sheehan et al. 2002) und führen zu einer zunehmenden Einschränkung des (Bewegungs-)Raums und Erschütterung des Selbstvertrauens. Das Bedürfnis nach Halt und Sicherheit rückt immer stärker in den Vordergrund. Stabilisierung körperlicher und geistiger Funktionen ist in dieser Lebensphase existentiell notwendig. Enge soziale Kontakte, ein Kreis guter und verlässlicher Freunde, die bereit sind in jeder Lebenslage zu helfen, sind für das Wohlbefinden alter Menschen genauso wichtig, wie das Vertrauen in die heilende Wirkung der Medikamente (Fratiglioni et al. 2000). Rechtzeitige und den modernen Erkenntnissen der Geriatrie entsprechende medikamentöse Therapie, kann die Lebensqualität der Betroffenen deutlich verbessern und verhindert Entstehung psychischer Störungen (Gustafsson et al. 1996). Um eine Polypragmasie zu vermeiden, muss nach der Ana-

mneseerhebung und dem Krankheitsbild (nicht dem Alter!) angemessenen, durchaus breiten Diagnostik eine Gewichtung der Einzeldiagnosen erfolgen und das therapeutische Vorgehen auf die Begleitbefunde abgestimmt werden. Besondere Zurückhaltung wird im Umgang mit Psychopharmaka empfohlen, da sie nur Symptome beeinflussen (ohne Erkrankungen zu heilen) und erhebliche Nebenwirkungen haben können.

Richtig indiziert und dosiert können Medikamente dazu beitragen, dass:

- I. der Bewegungsraum durch die Verbesserung der Mobilität (z. B. Parkinson-Therapie, Behandlung von Gelenkschmerzen, Polyneuropathie oder Schlaganfallfolgen, Beeinflussung der durch Depression bedingter Einengung und Antriebsarmut, Stabilisierung des Kreislaufs) erheblich erweitert wird,
- II. die Behandlung von Schwindel, Gangunsicherheit, Epilepsie, Müdigkeit (z. B. durch Schlafstörungen, Anämie usw.), Appetitlosigkeit und kognitiven Einschränkungen wieder Halt gibt und
- III. Dämpfung von Ängsten, Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie innerer Unruhe das Gefühl der Sicherheit stärkt.

Demenzkranken bleibt häufig eine angemessene medikamentöse Therapie somatischer und psychischer Leiden vorenthalten, da sie die Ursachen der veränderten körperlichen und geistigen Funktionen nicht lokalisieren können oder nicht fähig sind, die Störungen entsprechend zu beschreiben bzw. sie – wie etwa klinische Schmerzen – überhaupt wahrzunehmen (Wojnar und Bruder 1995).

Mit zunehmender Schwere der Erkrankung werden Auswirkungen vieler somatischer Störungen auf den Kranken als Verhaltensauffäl-

lichkeiten interpretiert und (falsch) mit Neuroleptika behandelt (Hallauer 1999).

2. Gefährdung durch Medikamente im Alter

Besonders oft werden alle Störungen des Verhaltens, des affektiven Erlebens und der Kommunikation, die zu einer Selbst- oder Fremdgefährdung demenzkranker Menschen führen könnten, mit Medikamenten behandelt in der Überzeugung, dass sie weniger Schaden anrichten als z. B. freiheitseinschränkende Maßnahmen. Dabei wird übersehen, dass die Behandlung mit allen Medikamenten (nicht nur Psychopharmaka) oft mit ausgeprägten unerwünschten Nebenwirkungen verbunden ist, die die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen können und dadurch für den Betroffenen und seine Umgebung u. U. belastender sind, als die behandelte Störung selbst. Einige typische Störungen psychischer Funktionen durch Arzneimittel sind in Tab. 1. aufgelistet.

Psychische Störungen durch Arzneimittel

Symptom	Medikamente (einige typische Beispiele)
Halluzinationen, Wahnvorstellungen	Antiparkinsonmittel, Antihistaminika, Corticosteroide, trizyklische Antidepressiva, SSRI(moderne Antidepressiva), beta-Blocker
Verwirrtheit	Antidepressiva, Digitoxin, Benzodiazepine, Atropin, Ergotamin
Angst	Adrenalin, Prednison, Theophyllin, einige niederpotente Neuroleptika
Unruhe	Adrenalin, Amantadin, Diazepam, Theophyllin, Atropin, Isoniazid

Tab.1.

(nach Avorn 1998)

Darüber hinaus beeinträchtigen die meisten Psychopharmaka (aber auch andere Medikamente) (Tab.2.) bei alten Menschen viele körperliche Funktionen und verunsichern die Betroffenen (vor allem Demenzkranke) durch Veränderung des Erlebens, des Verhaltens und der Wahrnehmung.

Psychopharmaka: Nebenwirkungen im Alter

Nebenwirkungen	Symptome
Hemmung der ZNS-Erregung	Sedierung, Apathie, Müdigkeit, Desinteresse, Zurückgezogenheit, depressive Verstimmung, Verwirrtheit
Periphere anticholinerge Wirkung	Mundtrockenheit, Obstipation, Blasenatonie, Sehstörungen
Zentrale anticholinerge Wirkung	Verwirrtheit, Aggressivität, Desorientierung, psychomotorische Unruhe, Wahnvorstellungen, optische Halluzinationen,
alpha-adrenerge Hemmung	Orthostatische Hypotonie
Dopaminerge Hemmung	Extrapyramidale Symptome, Akathisie, tardive Dyskinesie

Tab.2.

(nach Avorn 1998)

Solche Nebenwirkungen (NW):

- I. sind im Alter häufiger (7% der 40-47jährigen und 21% der 70-79jährigen leiden unter NW) (Gosney und Tallis 1984)
- II. sind von der Menge der verabreichte Tabletten abhängig (keine NW bei weniger als 7,3 Tbl./tgl, leichte NW bei 11,7 Tbl./tgl und schwere NW bei 17 Tbl./tgl und mehr) (Steel et al. 1981)

III. werden bei Patienten mit einem Körpergewicht unter 50 kg oder Eiweißmangel häufiger beobachtet und sind gravierender. Nach Literaturangaben leiden über 30% der gerontopsychiatrischen Patienten, vor allem Demenzkranke, an einem ausgeprägten Eiweißmangel; 20-60% der Heimbewohner erhalten zu wenig Eiweiß und Kalorien (Rudman und Feller 1989).

Ungeeignete und oft überflüssige Arzneimittel (nach Beers et al. (1992) erhalten bis zu 40% der Heimbewohner solche Medikation), die ursprünglich dem Schutz des Kranken und der Verbesserung seines Wohlbefindens dienen sollten, verursachen häufig Gangstörungen mit Stürzen, orthostatische Kreislaufstörungen, Benommenheit, psychomotorische Unruhe, Gedächtnisstörungen, Inkontinenz und etliche andere Beeinträchtigungen, die mit weiteren Medikamenten behandelt werden und die Situation zusätzlich komplizieren.

Im Interesse der Demenzkranken sollten deshalb allgemein anerkannte Normen der Behandlung unbedingt eingehalten werden (Howard et al. 2001).

- I. Jede neue Störung des Verhaltens oder der psychischen Funktionen muss so lange als mögliche unerwünschte Nebenwirkung der Medikamente betrachtet werden, bis das Gegenteil nachgewiesen wird.
- II. Behandlung mit Medikamenten ist nur dann zulässig, wenn andere, den Kranken weniger beeinträchtigende Therapieformen unwirksam geblieben sind.
- III. Medikamente dürfen erst nach einer ausführlichen diagnostischen Abklärung der Störungsursachen, entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaften (z. B. DGGPP), eingesetzt werden.

Als besonders problematisch erweist sich in der Praxis die diagnostische Zuordnung einer psychotischen Symptomatik bei Demenzkranken. Es handelt sich bei diesen Phänomenen um Trugwahrnehmungen und Wahnvorstellungen, die nur im Gespräch mit den Betroffenen sicher erfasst werden können. Bei mitteilungsunfähigen Menschen oder fehlender Introspektion können dagegen nur indirekte Hinweise, wie z. B. Verhaltensauffälligkeiten, diagnostisch verwertet werden, was oft zu falschen Interpretationen und somit unwirksamer und/oder schädigender medikamentöser Behandlung führt. In der aktuellen Fachliteratur werden z. B. etliche unspezifische Störungen, die viele unterschiedliche Ursachen haben können und nur selten auf die Behandlung mit Psychopharmaka gut ansprechen, als typische Beispiele psychotischer Symptome aufgelistet. Finkel (1997) zählt z. B.

- I. Widerstand gegen ADL's,
- II. „Wandern“,
- III. Schlafstörungen,
- IV. tätliche Aggressivität und Gewalttätigkeit,
- V. verbale Aggressivität und störendes lautes Verhalten,
- VI. Erregung / Gereiztheit,
- VII. Halluzinationen,
- VIII. Wahnvorstellungen,
- IX. wiederholte Fragen oder Bitten,
- X. psychomotorische Unruhe und
- XI. wiederholte Fragen oder Bitten

zu den typischen psychotischen Symptomen, die medikamentös behandelt werden sollten. Solche Empfehlungen können leicht zu einer gefährlichen Beschränkung der therapeutischen Möglichkeiten auffälligen Verhaltens Demenzkranker lediglich auf Behandlung mit

Neuroleptika führen. Falsch indiziert beeinträchtigen diese Medikamente die Lebensqualität der Betroffenen erheblich und zwar durch Verstärkung sozialen Rückzugs, Einschränkung aktiver und passiver Beteiligung an therapeutischen Aktivitäten, Verschlechterung der Nahrungsaufnahme und Desinteresse für Arbeit und arbeitsähnliche Betätigung (Ballard et al. 2001). Gleichzeitig scheinen sie die Verhaltensstörungen eher zu verstärken, was die Notwendigkeit genauer Diagnostik und die Bedeutung nichtmedikamentöser Therapiestrategien unterstreicht (Draper et al. 2001).

Andererseits zeigen umfangreiche Studien, dass Neuroleptika für die Behandlung psychotischer Symptome und bestimmter Formen von Verhaltensauffälligkeiten unerlässlich sind, vor allem dann, wenn die Betroffenen unter diesen Störungen erheblich leiden und der Umgang mit Medikamenten allgemein anerkannten Kriterien entspricht (Lawlor und Ni Bhriain 2001).

Dazu gehören:

- I. Kontrolle aller Medikamente, (auch der nichtpsychoaktiven),
- II. Absetzen aller nicht unbedingt notwendigen oder in ihrer Wirkung ähnlichen Präparate,
- III. Wahl von besonders nebenwirkungsarmen Medikamenten, die möglichst geringe Wechselwirkungen mit bereits verordneten Präparaten zeigen und die somatischen Erkrankungen nach Möglichkeit nicht beeinflussen,
- IV. klare Indikation für jede Verschreibung und Definition der therapeutischen Ziele,
- V. Aufklärung des Patienten oder der betreuenden Person über den richtigen Umgang mit dem Medikament und über mögliche Nebenwirkungen,

- VI. Beobachtung der Nebenwirkungen und ggf. rechtzeitige Umstellung des Präparates,
- VII. engmaschige Dokumentation des Therapieverlaufs und Änderung der Behandlung bei mangelndem Erfolg,
- VIII. Kontrolle der Compliance; ggf. Abklärung der Ursachen für Noncompliance und
- IX. regelmäßige Kontrollen der Notwendigkeit weiterer Behandlung mit Psychopharmaka.

3. Medikamente als freiheitsentziehende Maßnahme

Obwohl das Betreuungsgesetz Medikamente als eine der freiheitsentziehenden Maßnahmen betrachtet (§ 1906 Abs. 4. „Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn dem Betreuten, der sich in einer Anstalt, einem Heim oder einer sonstigen Einrichtung aufhält, ohne untergebracht zu sein, durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll“), sind sie aus ärztlicher Sicht nur in wenigen Ausnahmefällen zulässig. Die Anwendung von Psychopharmaka zur Einschränkung der Mobilität Demenzkranker durch starke Sedierung oder die Beeinträchtigung der Motorik durch Nebenwirkungen (Parkinson-Symptomatik) ist ethisch unverträglich. Solche Behandlung schadet dem Kranken, erhöht die Gefahr von Stürzen und Verletzungen, führt zu einer Verschlechterung kognitiver Leistungen, kann die psychomotorische Unruhe verstärken und Depressionen hervorrufen (Howard et al. 2001). Durch erhebliche Störung der Regulation der Körpertemperatur als Nebenwirkung wird der Kranke bei einem geglückten „Fluchtversuch“ durch Unterkühlung oder Hitzeschlag außerhalb der Einrichtung gefährdet. Durch so eingesetzte Medikamente wird nicht nur die Bewegungsfreiheit eingeschränkt, sondern auch Erleben, Wahrneh-

mung und Stimmung und somit die Lebensqualität beeinträchtigt. Eine Unterbringung in architektonisch großzügig gestalteten geschlossenen Einrichtungen ist für die Demenzkranken vorteilhafter als offene Betreuung, die durch den Einsatz von Psychopharmaka (mit allen unerwünschten Nebenwirkungen) ermöglicht wird. Medikamente als freiheitsentziehende Maßnahme sind nur dann angezeigt, wenn ein Demenzkranker nach einer schweren Erkrankung (z. B. Herzinfarkt, Operationen u.ä.) vorübergehend Bettruhe einhalten soll oder unter therapeutisch nicht beeinflussbaren Störungen der Motorik (mit erheblicher Sturzgefahr) leidet, aber aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen die Notwendigkeit solcher Maßnahmen nicht akzeptiert und sich durch das Aufstehen stark gefährdet. Mechanische Fixierung ohne gleichzeitige Sedierung kann in solchen Situationen für den Kranken sehr belastend sein und die Entstehung schwerer psychischer Störungen, wie Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder quälende Ängste provozieren. Die Ergänzung medikamentöser Therapie durch milieutherapeutische Maßnahmen ist auch hier unerlässlich. Sie sollen dem Safe+ Prinzip entsprechen.

Aktivierung Demenzkranker

Safe + oder efef + Prinzip

Simple	Einfach – einfache, sich wiederholende Tätigkeiten mit spielerischem Charakter, nicht anstrengend
Focus on Abilities	Fähigkeiten entsprechend Aktivitäten, die Kranke weder überfordern noch unterfordern
Failure-Free Experience	Erfahrung eigener Kompetenz durch fehlerfreie Aktivität

Enjoyment	Freude
+	diese Aktivitäten motivieren zum weiteren Engagement

Literatur

- Avorn J (1998): Drug prescribing, drug taking, adverse reactions, and compliance in elderly patients. In: Salzman C (Hrsg.): Clinical geriatric psychopharmacology. Williams&Wilkins, Baltimore, London, Paris, pp: 21-47
- Ballard C, O'Brien J, James I et al. (2001): Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care : The impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. *Int Psychogeriatrics*, 13: 93-106
- Beers MH, Ouslander JG, Fingold SF et al. (1992): Inappropriate medication prescribing in skilled nursing facilities. *Ann Intern Med*, 117: 684-689
- Draper B, Brodaty H, Low L-F et al. (2001): Use of psychotropics in Sydney nursing homes: Associations with depression, psychosis, and behavioral disturbances. *Int Psychogeriatrics*, 13: 107-120
- Fratiglioni L, Wang H-X, Ericsson K et al. (2000): Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355: 1315-1319
- Gosney M, Tallis R (1984): Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to hospital. *Lancet*, 2: 564
- Gustafsson TM, Isacson DG, Thorslund M, Sörbom D (1996): Factors associated with psychotropic drug use among the elderly living at home. *J Appl Gerontol*, 15: 238-254
- Hallauer JF (1999): Defizite in der Behandlung von Patienten mit Alzheimer-Erkrankung. *Psycho*, 25, Sonderausgabe I/99: 31-34

- Howard R, Ballard C, O'Brien J et al. (2001): Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16: 714-717
- Lawlor B, Ni Bhriain S (2001): Psychosis and behavioural symptoms of dementia: defining the role of neuroleptic interventions. *Int J Geriatr Psychiatry*, 16: S2-S6
- Rudman D, Feller AG (1989): Protein-caloric undernutrition in the nursing home. *J Am Geriatr Soc*, 37: 173-183
- Sheehan B, Philpot M, Banerjee S (2002): Attributions of physical symptoms in patients of an old age psychiatry service. *Int J Geriatr Psychiatry*, 17: 61-64
- Steel K, Gertman PM, Crescenzi C et al. (1981): Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. *N Engl J Med*, 304: 638
- Wojnar J, Bruder J (1995): Schmerz und psychische Störungen im Alter. *Z Gerontol Geriatr*, 28: 369-373

SCHLUSSBETRACHTUNG

von

Petra Weritz-Hanf

DEMENZ – LEBEN IN GRENZEN?

1. Fachtagung der
Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung - DED

Donnerstag, den 18. April 2002

Evangelische Akademie Nordelbien
Esplanade 15
20354 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

am Ende einer intensiven und dichten Fachveranstaltung ein Resümee zu ziehen ist eine anspruchsvolle Aufgabe. In diesem Sinne könnte man eine „Schlussbetrachtung“ verstehen. Denkbar wäre auch ein philosophischer Exkurs. Weder das eine noch das andere will ich so tun.

Ich möchte Ihnen, anknüpfend an das, was heute sehr praxisorientiert vorgetragen und diskutiert worden ist, vorstellen, was wir im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit einer „Politik für Demenzkranke“ zur Weiterentwicklung unserer gemeinsamen Ziele beitragen wollen.

Ich möchte Ihnen hierbei verdeutlichen, dass dieses nur in wechselseitigem Austausch unseres Hauses mit der Deutschen Experten-Gruppe für Dementenbetreuung gelingen kann.

Ich möchte Ihnen deshalb im dritten Schritt ein Kooperationsangebot machen.

Die Formulierung unseres heutigen Themas „Demenz-Leben in Grenzen“ reizt mich, nachzufragen:

nach Definitionen, Gegensätzen, nach unserem Verständnis und dem Verhältnis von Grenzen und Freiheit – gibt es ein Leben ohne Grenzen, und ist das dann ein Leben in Freiheit? Was gibt uns diese Freiheit, wie können wir über sie verfügen? Welche Funktionen können Grenzen haben?

„Man ist immer auf Kosten eines anderen frei“, formuliert Camus.

Unsere Freiheit kann immer nur eine relative sein, weil sie in menschlichen Beziehungen und im Kontext soziokultureller Bindungen Einschränkungen hinnehmen muss. Insofern leben wir alle in Grenzen.

Im Grundgesetz hat diese Grenze von Freiheit im Artikel 2, 1 wie folgt Niederschlag gefunden:

„Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“.

Biographisch bedingt erlebt jeder Einschränkungen im Sinne einer Abnahme von Freiheitsgraden und Wahlmöglichkeiten infolge eigener und wohlabgewogener Entscheidungen bei der Gestaltung des Lebenslaufs, aber auch infolge der Verhältnisse des jeweiligen Lebensumfelds, in dem er steht und in Verbindung mit spezifischen Lebensphasen.

Wahl- und Entscheidungsfreiheiten haben ihre Grenzen.

Grenzen werden der Freiheit des einzelnen von Lebens- und Umfeldbedingungen gesetzt, sie werden aber auch von uns selbst gezogen.

Grenzen engen nicht nur ein. Sie geben auch Halt. Sie können die Funktion von Leitplanken übernehmen. Grenzziehungen kann schützender Charakter zukommen.

So gesehen könnte es sein, dass wir grundsätzlich Grenzen benötigen, der eine mehr, der andere weniger.

In der Erlebenswelt der Demenzkranken fehlen Anhaltspunkte, Orientierungs- und Ordnungsprinzipien zunehmend. Das bringt Verunsicherungen und Ängste für die Erkrankten mit sich. Gefahren können möglicherweise nicht mehr angemessen eingeschätzt werden. Grenzüberschreitungen führen zu Konflikten.

In der Betreuung Demenzkranker können Grenzen deshalb eine durchaus positive Funktion haben: Sie schaffen ein schützendes und zugleich förderndes Milieu, sie bieten ein hilfreiches äußeres Korsett, wenn sich der innere Orientierungsrahmen langsam auflöst.

Es kann aber verletzend, beschämend und sehr schmerzhaft sein, wenn man auf seine Grenzen gestoßen wird, wenn man mit Begrenzungen kollidiert oder gegen sie anrennt.

Entscheidend dürfte sein, mit welchen Absichten und Zielen Grenzen gezogen werden, wie diese Grenzen erlebt werden und wie der verbleibende Lebensraum strukturiert wird.

Eine flexible, auf die Besonderheiten der jeweiligen Person abgestimmte Handhabung unumgänglicher Einschränkungen, deren ggf. rechtliche Absicherung und die optimale Gestaltung des jeweils verbleibenden und im Krankheitsverlauf möglicherweise weiter schrumpfenden Spielraumes innerhalb von Grenzen bleiben Herausforderungen für das Personal in Altenhilfe- und -pflegeeinrichtungen.

Oberstes Gebot aller Bemühungen muss es dabei sein, Selbständigkeit und Würde des demenziell Erkrankten bis in den Tod hinein zu gewährleisten.

Ich will es ganz konkret erläutern: Das Befinden des Demenzkranken und seine Möglichkeiten, sich im Leben zurecht zu finden, sind davon abhängig, wie seine Umwelt auf seine Beeinträchtigungen reagiert. Da, wo Verständnis und Anpassung unterbleiben, werden das Leid Erkrankter vergrößert und problematische Verhaltensweisen begünstigt, die wiederum die Belastung von Pflegenden bis hin zu Überforderungsreaktionen verstärken können.

Es ist daher sehr wichtig, die Kompetenz der Pflegenden, der Einrichtungen und der Bevölkerung für den Umgang mit Demenz allgemein zu stärken.

Der Bedarf am Erfahrungsaustausch, an Ratgebern, an Leitlinien in diesem Arbeits- und Themenfeld ist hoch. Jeder, der Verantwortung für Betreuung und Pflege demenzkranker Mitmenschen überneh-

men will oder infolge des demographischen Wandels übernehmen muss, sucht nach Orientierung und Maßstäben, vergleicht, wägt ab. Das ist gerechtfertigt und das ist gut so. Denn erst derjenige, der in der Lage ist, seine eigenen Konzepte zur Diskussion und damit auch in Frage zu stellen, kann Qualität in der Pflege auf Dauer realisieren.

Zunehmend steht die Qualität der Pflege im Zentrum der öffentlichen Aufmerksamkeit. Es geht darum, wie die Qualität von Pflegeangeboten und Pflegeleistungen definiert, kontrolliert und weiterentwickelt werden kann. Insbesondere durch die öffentlichkeitswirksame Aufdeckung von Pflegemängeln und Missständen im stationären Bereich hat sich die Diskussion aktuell verstärkt.

In der Praxis ist es nicht einfach, die Versorgung im Krankheits- und Pflegeprozess immer wieder so zu gestalten, dass Hilfebedürftige und Helfer zufrieden sind. Verschiedene Bedingungen lassen sich dafür anschuldigen: Defizite der Strukturen, der Qualifikation, der Finanzierung.

Das Hauptproblem scheint mir aber Folgendes zu sein: Für eine angemessene Versorgung der zunehmenden Zielgruppe Demenzerkrankter fehlen bislang ausreichend klare und anerkannte Pflege- und Betreuungsstandards. Es herrscht häufig Unsicherheit, wie qualitätsvolle Pflege und Betreuung Demenzerkrankter effektiv umzusetzen ist.

Es ist uns im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend deshalb ein wichtiges Anliegen, im Dialog mit der Praxis tragfähige wissenschaftliche Erkenntnisse zu dieser Fragestellung zu gewinnen und ihre Umsetzung in die Versorgungspraxis zu gewährleisten und zu begleiten. Durch optimierte und bedürfnisabgestimmte Pflege lässt sich Lebensqualität für Betroffene wie für An-

gehörige entscheidend verbessern und auch die Zufriedenheit der Pflegenden mit dem Beruf anheben.

Gleichzeitig stellt sich die Aufgabe, Wege zu finden, wie Pflegequalität durch Betroffene, Angehörige, interessierte Laien und die Heimaufsicht geprüft und beurteilt werden kann.

Bereits heute wird die Pflegeversicherung zu Recht in erster Linie als Demenz-Versicherung bezeichnet, da eine umfassende Hilfe- und Pflegebedürftigkeit tatsächlich in vielen Fällen durch demenzielle Krankheitsprozesse bedingt ist. In Heimen gilt fast die Hälfte der Bewohner als demenziell verändert. Der Umgang mit den Betroffenen, sei es in der häuslichen Umgebung oder im Heim, gestaltet sich oftmals schwierig und belastend für Pflegende wie Gepflegte. Therapeutisch wirksame Lösungs- und auch Entlastungsmöglichkeiten befinden sich in Stadien von Entwicklung bzw. Erprobung. Viele hilfreiche Konzepte sind aus der Not der alltäglichen Praxis in den vergangenen Jahren entstanden und haben sich jeweils vor Ort bewährt. An Ideen und innovativen Handlungsansätzen mangelt es der Altenhilfe gewiss nicht. Für diesen Mut und für Ihre Offenheit danke ich Ihnen allen. Die Gefahren, trotz guten Willens und hohen Engagements zu scheitern, sind nicht zu unterschätzen.

Möglichkeiten unterschiedlicher Therapieansätze könnten aber wesentlich besser genutzt und bezüglich ihrer tatsächlichen Effektivität bewertet werden, wenn Einzelerfahrungen ausgetauscht und gebündelt werden. Mit dem neuen, vom BMFSFJ geförderten Qualitätshandbuch des KDA „Leben mit Demenz“, das Anfang Oktober vergangenen Jahres der Fachöffentlichkeit vorgestellt worden ist, wird es allen Interessierten ermöglicht, Bewährtes in der Versorgung und Betreuung Demenzkranker für sich zu nutzen.

Wir sind uns alle einig darüber, dass die gesellschaftliche Aufgabe der Betreuung demenzkranker Menschen nicht einem Heilungsparadigma folgen kann. Angemessen ist ein Sorgeparadigma. Nicht der Normbegriff funktioneller Gesundheit kann der Zentralwert sein, sondern Wohlbefinden oder Lebensqualität. Nicht Krisenbewältigung, sondern eine Normalisierung des Alltags ist anzustreben. Es geht um nicht weniger als darum, eine Kultur zu schaffen, in der von Demenz betroffene Menschen unter Wahrung ihrer Würde bedürfnisgerecht leben können.

Erfolge in der Pflege demenzkranker Menschen sind da zu verbuchen, wo Wohlbefinden und soziale Integration der Betroffenen erkennbar erhalten oder –wenigstens phasenweise- verbessert werden können.

Dabei ist es nicht immer leicht zu entscheiden, welche Risiken man für die Erreichung dieses Ziels in Kauf nehmen darf. Pflegende sind oft verunsichert, wenn es um den Einsatz freiheitsbegrenzender Maßnahmen geht. Wie oft entspringen einengende Maßnahmen der Sorge um den Schutzbefohlenen oder der Angst des Pflegenden!

In der Pflege demenzkranker Menschen wird stets eine individuell abgestimmte Balance zwischen den Leitwerten von Freiheit und Sorge gesucht werden müssen. Das ist eine schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe, die hohe Ansprüche an die Pflegenden stellt.

Die Gefahr, dass sich gerade im Verlauf von Pflege und Betreuung Demenzkranker problematische Situationen einstellen, ist nicht von der Hand zu weisen. Wenn die Kommunikation zunehmend gestört ist, der Umgang mit krankheitsbedingt schwierigem Verhalten bis hin zu Verhaltensauffälligkeiten nicht selbstverständlich gelingt und

Hilflosigkeit in Resignation und Eskalation münden, mögen sich auch latent aufgestaute Aggressionen Bahn brechen. Jeder gerät irgendwann an seine Grenzen. Gewalt steht vor allem am Ende einer Überforderungsspirale.

Die Bundesregierung hat es sich zur Aufgabe gemacht, das Thema Gewalt gegen Ältere aus der Dunkelzone zu holen, in die öffentliche Diskussion zu bringen und konkrete Maßnahmen zur Hilfe zu entwickeln.

Das Hannoveraner Modellprojekt "Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum" ist hierzu ein wichtiger Baustein. Es ist vorgesehen, den Abschlußbericht des Projektes und den der wissenschaftlichen Begleitung in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zu veröffentlichen. Der Druck befindet sich in der Vorbereitung.

Bis dahin finden Sie eine gekürzte Fassung des Abschlußberichtes als PDF-Datei im Internet-Auftritt unseres Hauses.

So vielfältig die Quellen und Formen der Gewalt, so zahlreich sind auch die Ansatzpunkte zu ihrer Verringerung oder Verhinderung. Gewalt hat "Vorboten", Vorsorge ist möglich. Der angemessene Umgang mit Risiken in der Pflege psychisch veränderter älterer Menschen kann u.a. durch professionelle Programme eines sogenannten "risk-management" erlernt werden.

Verschiedene Optionen zur Reduzierung von Gewaltpotential in Einrichtungen sind denkbar.

- So lässt sich ein spezifisch zuständiger Ansprechpartner für das Personal schaffen: Als „Gewaltbeauftragter“ kann z.B. der Seelsorger zuständig sein.

- Die Einrichtung ethischer Fallbesprechungen, zu denen eigene Fragen- und Protokollbögen entwickelt und geführt werden, kann über den Einzelfall hinaus hilfreich sein.
- Die Begleitung der Förderung der Entwicklung der Selbstbestimmung von Bewohnern durch ein Ethik-Komitee oder
- Die Schaffung von Prüfinstrumenten (wie z.B. die von der DED erarbeitete Handlungsempfehlung zu Fixierungen) stellen weitere Präventionsansätze dar.

Angelernte und schlecht qualifizierte Pflegende ergreifen eher als spezifisch ausgebildetes Personal mit entsprechender Zusatzqualifikation rigide Maßnahmen als Reaktion auf herausfordernde Verhaltensweisen, da ihnen Kenntnisse und Fertigkeiten für alternative Pflegemaßnahmen fehlen. Dann ist der Weg zu Gewalt und Zwang gebahnt.

Von grundlegender und zentraler Bedeutung für mehr Pflegequalität ist daher eine gute Ausbildung des Pflegepersonals.

Ein wichtiger Eckpfeiler für professionelle und qualifizierte Pflege alter Menschen ist die adäquate Vorbereitung der Altenpflegeschülerinnen und -schüler auf ihr späteres Aufgabenfeld. Die Altenpflege hat sich zu einem anspruchsvollen Dienstleistungsberuf entwickelt, der insbesondere eine hohe Fachkompetenz im medizinisch-pflegerischen Bereich, aber auch große Sozialkompetenz voraussetzt. Nur mit dieser Qualifikation kann den Bedürfnissen und Erwartungen alter Menschen, die auf professionelle Pflege angewiesen sind, entsprochen werden.

Es müssen die bildungs- und arbeitsmarktpolitischen Weichen dafür gestellt werden, dass der zunehmende Bedarf an qualifizierten Fachkräften in der Altenpflege auch in Zukunft gedeckt werden kann. Dazu gehört - neben der Verbesserung der Arbeitssituationen

in vielen Pflegeeinrichtungen - insbesondere, dass die Altenpflege bundesweit ein einheitliches Ausbildungsniveau erhält, die Ausbildung gerade auch für junge Menschen attraktiver gestaltet wird und der Beruf insgesamt ein klares Profil bekommt. Um dies zu erreichen, hat die Bundesregierung gleich zu Beginn dieser Legislaturperiode ein Gesetz über die Berufe in der Altenpflege vorgelegt. Die Neuregelungen fanden die Zustimmung des Deutschen Bundestages und des Bundesrates, konnten aber nicht – wie vorgesehen – zum 1.8.2001 in Kraft treten. Denn auf Antrag der Bayerischen Staatsregierung hat das Bundesverfassungsgericht das Gesetz vorläufig ausgesetzt und muss nun über seine Verfassungsmäßigkeit entscheiden. Im Mittelpunkt steht hier die Frage, ob die Gesetzgebungskompetenz für die Berufe in der Altenpflege beim Bund oder bei den Ländern liegt. Diese Entscheidung hängt insbesondere davon ab, ob die Altenpflege wie die Krankenpflege als Gesundheitsfachberuf – dann besteht die Kompetenz des Bundes - oder wie die Sozialarbeit oder die Heilerziehungspflege als sozialer Beruf – dann besteht die Kompetenz der Länder - eingestuft wird.

Die Bundesregierung bedauert sehr, dass die bayerische Staatsregierung den Weg nach Karlsruhe gegangen ist. Sie hat ein fachpolitisch wichtiges, lange Zeit aufgehaltenes, aber längst überfälliges Gesetz zum Schutz pflegebedürftiger alter Menschen wieder blockiert. Dies ist umso unverständlicher, als gerade in bestimmten Regionen Bayerns bereits ein Fachkräftemangel in der Altenpflege besteht. Wir hoffen, dass das Bundesverfassungsgericht bald entscheidet, damit Klarheit über den Aufgaben- und Verantwortungsbereich auf diesem wichtigen Handlungsfeld besteht.

In den vergangenen drei Jahren ist es der Bundesregierung für andere Bereiche allerdings gelungen, wichtige Gesetze zu verabschie-

den, die eine Modernisierung der Strukturen in der Altenhilfe anstoßen.

Lassen Sie mich hier nur kurz das

Heimgesetz und das Pflegequalitätssicherungsgesetz nennen.

Beide Gesetze ergänzen sich in der Zielsetzung, die Qualität der Betreuung in Pflegeheimen zu sichern und den Schutz und die Hilfe für ältere, pflegebedürftige Menschen zu verbessern. Beide Gesetze sind zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten und müssen sich jetzt in der Praxis bewähren.

Mit einer Erweiterung des Leistungsangebots für Demenzerkrankte, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind, wird eine zusätzliche Verbesserung der Situation für betroffene Familien umgesetzt.

Das **Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz** will flexibel und bedürfnisgerecht nutzbare Angebote schaffen. Neben der Tagespflege sollen niedrigschwellige, alltagsintegrierte Betreuungsleistungen sowie verbesserte Beratungsleistungen in Anspruch genommen werden können.

Der Gedanke eines zusätzlichen Budgets ermöglicht die ganz persönliche Bedarfsadaptation. Mit dem Einbezug von Selbsthilfe, Ehrenamt und semiprofessionellen Ansätzen werden wertvolle Ressourcen mobilisiert und strukturell gefördert, die im Versorgungssystem eine zunehmend wichtige und effektive Rolle einnehmen, bislang aber nur stellenweise angemessene Beachtung gefunden haben.

Vielfach wird die magere finanzielle Ausstattung des Gesetzes als „Tropfen auf den heißen Stein“ kritisiert. Das Gesetz will aber als ein erster Schritt zur Verbesserung der Situation Demenzkranker begriffen werden und wird mit Sicherheit erst den Beginn einer notwendigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung markieren.

Insbesondere in Institutionen müssen Selbstverständnis, Rahmenbedingungen und Pflegekonzepte zunehmend auf die Bedürfnisse Demenzkranker abgestimmt werden. Einen Lösungsansatz versucht das **Hamburger Modell**.

In Orientierung an den Ergebnissen des Modellprogramms stationäre Dementenbetreuung beschloss der Senat 1997, die Angebote für Bewohner mit besonderem Bedarf gezielt auszubauen. 750 Pflegeheimplätze wurden konzeptionell so umgestaltet, dass sie den besonderen Bedürfnissen verhaltensauffälliger schwerstdementer Menschen Rechnung tragen. Seit 1999 findet als Resultat dreiseitiger Verhandlungen zwischen Anbieterverbänden, Pflegekassen und Sozialbehörde eine **„Gemeinsame Vereinbarung über die besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg“** Anwendung. Sie wird von vielen Fachleuten als richtungsweisend eingeschätzt und findet bundesweit Interesse und Nachahmer.

Gemeinsam mit der Hamburger Behörde für Soziales und Familie haben wir deshalb damit begonnen, das Hamburger Modell der besonderen stationären Dementenversorgung in diesem und dem Folgejahr wissenschaftlich evaluieren lassen.

Die momentane Situation und die absehbare demographische Entwicklung fordern, neue Ideen in der Versorgung zuzulassen und alternative Betreuungsformen zu erproben. Durch unser Modellprogramm **„Altenhilfestrukturen der Zukunft“** sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, strukturelle Mängel zu beseitigen und das System der Altenhilfe weiterzuentwickeln. Eine erste Zwischenbilanz haben wir im Rahmen einer Veranstaltung am 4. Dezember vergangenen Jahres in Bonn präsentiert.

Von insgesamt 20 Projektstandorten im Rahmen der vier Förderschwerpunkte befassen sich allein 8 mit Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung Demenzerkrankter. Das Spektrum reicht vom Aufbau eines landesweiten Informations-, Beratungs- und Multiplikatorennetzes in Mecklenburg-Vorpommern über den Einsatz von Musiktherapie in Schleswig-Holstein bis zur vergleichenden Beobachtung von Effekten milieuthérapeutisch orientierter Demenzwohngruppen in Heimen in Baden-Württemberg.

In den Projekten sollen Ressourcen durch Koordination optimal genutzt werden. Die Abstimmung verschiedener Angebote eines spezifischen Versorgungsnetzwerks aufeinander und die Passung auf den jeweiligen Betroffenen im Sinne eines optimalen Case-Management lassen gerade für Demenzerkrankte noch zu wünschen übrig.

Besonders hohe Belastungen treten nicht nur in der Endphase der Pflege, sondern vor allem in der ersten Phase der Anpassung und Orientierung auf. Für pflegende Angehörige im häuslichen Umfeld wollen wir deshalb den Zugang zu wirksamen Entlastungsmaßnah-

men, geeigneter Beratung und Begleitung verstärkt fördern. Das Anfang Januar diesen Jahres von Frau Ministerin Bergmann im Rahmen einer Pressekonferenz offiziell gestartete **Alzheimer-Telefon** soll den vielfältigen Informations- und Hilfebedarf von Betroffenen, Angehörigen und Pflegenden auffangen. Für alle Ratsuchenden schafft es unter der bundeseinheitlichen Nummer **0 180 3 - 17 10 17** ein leicht zugängliches Angebot. In unseren europäischen Nachbarländern hat sich ein solches Angebot bereits bewährt.

Um das Beratungsangebot gezielt auszubauen, planen wir eine bundesweite umfassende Erhebung über die Versorgungsstrukturen für Demenzerkrankte und betroffene Familien. Zusammen mit der Auswertung der Beratung am Alzheimer-Telefon können wir so bedarfsgerechte Angebote entwickeln.

Demenzkranken lassen sich nicht normieren, nicht in Verhaltens- oder Behandlungsschablonen pressen. Ihr Erleben und Verhalten ist vielleicht noch eigener, noch stärker individuell geprägt als das altersvergleichbarer Populationen. Eine grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Pflege ist deshalb differenzierte Wahrnehmung der Anvertrauten als unverwechselbare Individuen mit wechselnder Befindlichkeit und Leistungsfähigkeit.

Oft genug sind es gerade die kleinen Veränderungen, die erstaunlich viel bewirken können: Forschungsergebnisse belegen, dass sich bereits kleine Interventionen zur Stärkung autonomer Alltagsgestaltung auf die Wachheit, die sozialen Kontakte und sogar auf die Mortalität Demenzkranker auswirken.

Gute Dementenarbeit kann unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen geleistet werden. Entscheidend ist das handelnde Personal.

Information und Einbindung aller Bürger in die Diskussion sind jedoch Voraussetzung, um längerfristig Ängsten und Ausgrenzungen

entgegenzuwirken. Pflege-Situationen und Pflege-Probleme müssen vor den Vorhang geholt werden, aus den Tabuzonen. Die Gesellschaft muss lernen, sich aktiv und konstruktiv mit der Problematik, die alle betrifft, auseinander zu setzen. Jeder muss sich seiner Verantwortung für einen angemessenen und würdebewahrenden Umgang mit Betroffenen stellen.

Der **Vierte Altenbericht der Bundesregierung** widmet sich deshalb ausdrücklich dem Thema „Chancen und Risiken der Hochaltigkeit unter besonderer Berücksichtigung von Demenz – eine Herausforderung an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“. Der Bericht ist zusammen mit der Stellungnahme der Bundesregierung gestern vom Kabinett verabschiedet und dem Bundestag zugeleitet worden. Er kann als PDF-Datei von der Website des Ministeriums heruntergeladen und natürlich auch als gedrucktes Exemplar bestellt werden.

Welche Wege in Zukunft beschritten werden und in welcher Form in unserer Gesellschaft versucht wird, den schwierigen Ausgleich zwischen Betreuung, Schutz und Sicherheit einerseits sowie Erhaltung von Lebensfreude, Identität und Würde andererseits zu finden, das bestimmen Sie durch Ihre Aktivitäten entscheidend mit. Für diese oftmals sicher mühsame und zeitaufwendige Arbeit danke ich Ihnen.

Ich bin davon überzeugt, dass die von Ihnen erstellten Praxishilfen noch vielen anderen in der Dementenbetreuung Tätigen nutzen. Ich könnte mir deshalb vorstellen, die Ergebnisse Ihrer Arbeit als Handreichung über das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veröffentlichen zu lassen. Mit diesem Vorschlag will ich schließen, und vielleicht können Sie mir jetzt direkt hierzu ein Feedback geben.

Referentinnen und Referenten

Birgit Schnieber-Jastram	Senatorin für Soziales und Familie der Hansestadt Hamburg Hamburger Straße 47 22083 Hamburg
Dr. med. Jens Bruder	Nervenarzt Beratungsstelle für ältere Bürger und ihre Angehörigen Heidbergstraße 28 22846 Norderstedt Telefon: 040-52883830 Fax: 52883832
Nicole Richard	IVA-Trainerin Heideweg 65 34131 Kassel Telefon: 0561-3109790 Fax: 3109791
Mechthild Lärm	Krankenschwester, Heimleiterin und Geschäftsführerin 1. Vorsitzende der DED Haus Schwansen Rakower Weg 1 24354 Rieseby Telefon: 04355-181 125 Fax: 181 299
Martin Hamborg	Diplom-Psychologe und Supervisor, Quali- tätsbeauftragter der AWO -Servicehäuser Kiel 2. Vorsitzender der DED Vaasastraße 2 A 24109 Kiel Telefon: 0431-5333073 Fax: 5333091
Dr. med. Jan Wojnar	Nervenarzt pflegen & wohnen Oberaltenallee Finkenau 19, Haus 17 22083 Hamburg Telefon: 040-6402771 Fax: 6402771
Petra Weritz-Hanf	Nervenärztin, Bundesministerium für Fami- lie, Senioren, Frauen und Jugend Referat 305 11018 Berlin Telefon: 030-206551750

Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker

Mit dieser Empfehlung stellt die DED e.V. ihre Position zum Thema Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen vor. Dabei ist sie sich der Tatsache bewußt, dass im Betreuungsgesetz nur von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen die Rede ist. Hier wird an dem oben genannten Begriffspaar Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen festgehalten, weil es in der Fachwelt eingeführt ist.

Zentrales Anliegen ist, durch eine ausführliche Beschreibung der möglichen **Maßnahmen im Vorfeld** Fixierungen und freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei Demenzkranken zu vermeiden.

Erarbeitet von Dr. Jitka Benesova, Salzwedel, Dr. Jens Bruder, Hamburg, Martin Hamburg, Kiel, Dorthe Holste, Flensburg, Petra Koalick, Hamburg, Mechthild Lärm, Rieseby, Heike Wnuck, Flensburg

Handlungsempfehlung zu Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen Demenzkranker

Gliederung:

1. Thesen für die Diskussion

2. Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen
 - 2.1 Definitionen
 - 2.2 Begründung und Anordnung
 - 2.3 Einbettung in den Pflegeprozess
 - 2.4 Dokumentation laufender Maßnahmen
 - 2.5 Überprüfung der Notwendigkeit

3. Vermeidung von Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen
 - 3.1 Allgemeine Maßnahmen
 - 3.2 Spezifische Maßnahmen: Sturzgefährdung
 - 3.3 Spezifische Maßnahmen: Weglaufgefahr

1. Thesen für die Diskussion:

- 1.1 Zu den schwerwiegenden Folgen der Demenz gehört, dass die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit verloren gehen. Bei allen Betreuungsmaßnahmen müssen wir uns deshalb fragen, ob sie den Bedürfnissen und Wünschen der Kranken aus gesunden Zeiten entsprechen würden.
- Vom mutmaßlichen Willen können wir ausgehen, wenn ein Demenzkranker vor Krankheitsbeginn oder in frühen Phasen der Krankheit z. B. mit einem Bettgitter einverstanden war und - nach Verlust der kognitiven oder sprachlichen Fähigkeiten - keine Ablehnung des Bettgitters zum Ausdruck bringt.
 - Die Anwendung eines Bettgitters ohne Zustimmung ist eine freiheitsbeschränkende Maßnahme. Bei immobilen Demenzkranken sind Schutzmaßnahmen wie ein Bettgitter nicht als freiheitsbeschränkende Maßnahme zu betrachten, es sei denn, der-/diejenige lehnt die Anwendung erkennbar ab. Dies gilt auch bei Gefährdung durch unwillkürliche Bewegungsstörungen (z.B. Chorea Huntington).
- 1.2 Fixierungsmaßnahmen schränken Grundrechte ein und berühren die Menschenwürde. Es ist dabei sorgfältig zwischen zwei Rechtsgütern abzuwägen, der Fürsorgepflicht zur Bewahrung der körperlichen Unversehrtheit und dem Grundrecht auf persönliche Freiheit.
- 1.3 Einschränkungen in der Bewegungsfreiheit gegen den Willen des Betroffenen können nur das letzte Glied in der Kette pflegerisch kompetenten Handelns sein. Durch sinnvolle Maßnahmen im Vorfeld kann in vielen Fällen Freiheitsbeschränkung oder Fixierung vermieden werden. Dabei ist eine etwas größere Gefährdung im Sinne eines Lebensrisikos in Kauf zu nehmen (z. B. wenn ein Demenzkranker allein spazieren geht).
- 1.4 Die Maßnahmen im Vorfeld einer Fixierung erfordern Kompetenz, Mut und Phantasie. Sie sind in der Regel personalintensiv. Insofern hat die hiermit vorgelegte Handlungsempfehlung zur Fixierung gesundheitspolitische Relevanz. Demenzkranke haben auch auf diese Hilfen einen Anspruch.

- 1.5 Die Berufsgruppe der Pflegenden koordiniert alle Fixierungsmaßnahmen. Voraussetzung dafür ist ein umfassender Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten (MitarbeiterInnen der Einrichtung, Angehörige, BetreuerInnen, Haus- und FachärztInnen oder ärztliche GutachterInnen, RichterInnen). Insbesondere sind die bereits versuchten Maßnahmen im Vorfeld zu erläutern. Bei der Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen ist die Bestellung eines/r VerfahrenspflegerIn als unabhängigen juristischen Beistand für den Kranken zu empfehlen (§70 b FGG).
- 1.6 Auch wenn Fixierung und freiheitsentziehende Maßnahmen richterlich genehmigt sind, können hinsichtlich Dauer und Häufigkeit der Fixierung im Tagesablauf Entscheidungsspielräume bestehen bleiben. Die Verantwortung für deren Nutzung liegt bei den Pflegenden.
- 1.7 Bei der verdeckten Gabe von Medikamenten muss zwischen der Ablehnung des Medikamentes und der Ablehnung der Zubereitungsform unterschieden werden, d. h., Maßnahmen zur Schluckerleichterung (Größe, Konsistenz, Geschmack) sind von der Zwangsmedikation abzugrenzen. Wir empfehlen die weniger belastende Vorgehensweise, also unter Umständen eine verdeckte Medikamentengabe, etwa wenn im Rahmen der Demenzerkrankung Wahnsymptome auftreten. In diesem Fall sollte die Entscheidung über eine verdeckte Medikamentengabe gemeinsam von allen Beteiligten getroffen werden.
- 1.8 Diese Handlungsempfehlung wendet sich sowohl an die Einrichtungen als auch an die Kostenträger und die gesundheitspolitisch Verantwortlichen, notwendige Schritte zur Sicherstellung der Grundrechte von Demenzkranken zu tun. Seit Jahren stehen die Kostenträger in der Pflicht, die gerontopsychiatrische Pflege nach SGB V zu finanzieren. Dieser Pflicht sind sie bisher nicht nachgekommen.

2. Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen

2.1 Definitionen

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen beschreiben das gesamte Spektrum von Fixierung und freiheitsentziehenden Maßnahmen und sind strafrechtlich von Freiheitsberaubung und Nötigung abzugrenzen.

Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind:

- Das Bettgitter
- Das Absperren von Zimmern und Türen (auch durch Zahlen- oder Trickschlösser)
- Die Vortäuschung einer Verriegelung
- Die Wegnahme von Kleidungsstücken, insbesondere von Schuhen, und von Fortbewegungsmitteln (Rollstuhl, Rollator, Handstöcke, usw.)
- Die Anwendung von Alarmsystemen wie Induktionsschleifen oder Klingelmaten. (Sie werden dann nicht als freiheitsbeschränkende Maßnahme angesehen, wenn sie nur der Information über den Aufenthaltsort der/des Kranken oder der Anregung von Kommunikation mit ihr/ihm dienen)
- Der Einsatz von sedierenden Medikamenten mit dem Ziel der Reduktion der Bewegung

Fixierung ist:

- Die mechanische Fixierung des Körpers, - auch zur Durchführung von Heilbehandlungen – durch Spezialhemden, Stuhl-, Bauch-, Hand- und Fußgurte oder Vorstecktische am Stuhl / Rollstuhl.

2.2 Begründung und Anordnung

Die Notwendigkeit von Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ist sorgfältig abzuklären. Dazu gehören:

2.2.1 Die Problemanalyse:

- Welches Verhalten gefährdet den Betroffenen (Selbstgefährdung), MitbewohnerInnen oder MitarbeiterInnen (Fremdgefährdung)?

- Liegt eine mittelbare Selbstgefährdung vor, wenn schwierige Verhaltensweisen eine Eskalation oder Kettenreaktion auslösen?
- Wann, wie oft und in welcher Situation wird die Gefährdung beobachtet?
- Welche Ursachen kann das gefährdende Verhalten haben? (Krankheit, Wesensart, natürliches Bedürfnis wie Hunger, Durst, Schmerzverminderung)
- Erfolgte eine internistische und nervenärztliche Untersuchung?
- Wurde abgeklärt, ob ggfs. Medikamente die Problematik verschärfen?
- Sind alle notwendigen Informationen verfügbar? (Pflegeüberleitungsbogen, Anamnese, Checklisten, Biographie, Informationen über auslösende Bedingungen usw.).

2.2.2 Kann der/die Kranke in die Maßnahme einwilligen?

Bei gegebener Einwilligungsfähigkeit und erfolgter Einwilligung sind Schutzmaßnahmen keine freiheitsbeschränkende Maßnahmen, und ein Beschluß durch Betreuer und Vormundschaftsrichter ist nicht erforderlich. Die Einwilligungsfähigkeit, die Einwilligung selbst und die Maßnahmen müssen dokumentiert werden.

2.2.3 Rechtfertigender Notstand (§34 StGB)

Bei akuter erheblicher Gefahr für Leib und Leben können Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen bis zu 48 Stunden durchgeführt werden. Gesetzlich ist dies als rechtfertigender Notstand im Sinne des § 34 StGB abgesichert. Bei fortbestehender Notwendigkeit ist grundsätzlich eine Betreuung mit dem Wirkungskreis Aufenthaltsbestimmung zu beantragen.

2.2.4 Wiederholten, regelmäßigen oder längerfristigen Fixierungsmaßnahmen muss immer der/die rechtliche BetreuerIn zustimmen.

2.2.5 Der/die BetreuerIn beantragt die vormundschaftsrichterliche Genehmigung. Der/die RichterIn entscheidet unter Berücksichtigung eines fachärztlichen Gutachtens.

2.2.6 Die Pflegenden sind verpflichtet, regelmäßig zu überprüfen, ob die Maßnahme noch erforderlich ist bzw. ob andere Maßnahmen einer veränderten

Situation angemessen sind. Bei der Auswahl sind unterschiedliche Formen der emotionalen Belastung gegeneinander abzuwägen, z. B. die kurzfristige Fixierung als Alternative zur Zwangseinweisung.

2.3 Einbettung in den Pflegeprozess

Alle freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sind Teil des Pflegeprozesses und müssen in die Pflegeplanung eingebunden sein. Dabei sind die Ziele möglichst positiv zu formulieren. Es ist stets die Maßnahme zu wählen, die den größten Bewegungsfreiraum belässt. Sie ist grundsätzlich in fürsorglicher und behutsamer Weise durchzuführen. Außerdem sind alle Pflege- und Betreuungsangebote hilfreich, die das Wohlbefinden verbessern und die Fixierung erträglicher machen.

2.4 Dokumentation laufender Maßnahmen

Bei genehmigter, regelmäßiger Fixierung muss die Maßnahme nicht täglich dokumentiert werden. Ein Fixierungsprotokoll kann dennoch zur Sensibilisierung der MitarbeiterInnen hilfreich sein.

Die Einrichtung ist verpflichtet, eine Übersicht aller durchgeführten Fixierungen nach Häufigkeit, Art und Grund zu führen.

2.5 Überprüfung der Notwendigkeit

Es ist in der Pflegeplanung festzulegen, wie häufig die Notwendigkeit der Fixierung überprüft wird. Die Erfolgskontrolle der „Maßnahmen im Vorfeld“ (siehe 3.1) dienen der/dem RichterIn als Entscheidungsgrundlage über Verlängerung oder Aufhebung des Beschlusses.

3. Vermeidung von Fixierung und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen

3.1 Allgemeine Maßnahmen

Ziel pflegerischen Handelns ist es, Fixierung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu vermeiden. Dazu gehören die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen im Vorfeld. Sie erfordern Phantasie und Kreativität. Sie können unterschieden werden in allgemeine, milieutherapeutische Maßnahmen und individuelle Maßnahmen, die in die Pflegeplanung aufgenommen werden.

Fragen zu allgemeinen Maßnahmen im Vorfeld:

- Sind der äußere Rahmen und die Art der Begegnung mit den Kranken dem Krankheitsprozeß angemessen?
- Ermöglicht die Architektur ein dementengerechtes Milieu?
- Ist die Atmosphäre wohnlich?
- Ist das Normalitätsprinzip in der Konzeption verankert? Wie wird es umgesetzt ?
- Gibt es eine Tages- und Nachtstrukturierung?
- Werden genügend alltagspraktische Tätigkeiten und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten?
- Orientiert sich die Tagesstruktur an den individuellen Fähigkeiten, Gewohnheiten und Vorlieben?
- Wie ist der Umgang mit spitzen Gegenständen, Zigaretten, Herdplatten u.ä. geregelt?
- Wird die Arbeitsorganisation den Bedürfnissen der Demenzkranken gerecht ?
- Findet Einzelbetreuung statt?
- Wird für erfahrungsgemäß unruhige Tageszeiten genügend Personal eingeplant?
- Wie wird die Fachlichkeit des Pflege- und Betreuungspersonals sichergestellt?
- Ist Fachpersonal in ausreichender Zahl vorhanden?
- Welche Qualitätsstandards und Organisationsstrukturen bieten Sicherheit und Orientierung für das Pflegepersonal?

- Werden Pflegeplanungen, Fallbesprechungen und Schulungen lösungsorientiert durchgeführt?
- Wie werden milieutherapeutische Pflegekonzepte umgesetzt?
- Wird eine ganzheitliche, respektierende und bedürfnisorientierte Pflege durchgeführt?
- Sind z.B. Validation, Methoden der Gesprächsführung, biographischer Ansatz, Basale Stimulation und 10-Minuten-Aktivierung integriert?

Neben diesen allgemeinen Maßnahmen sind spezifische, auf den einzelnen Kranken bezogene Maßnahmen notwendig. Über Phantasie und Kreativität hinaus erfordern sie oft von den Betreuenden Mut und Beharrlichkeit. Im Folgenden wollen wir in Hinblick auf die häufigsten Problembereiche – Sturz- und Weglaufgefährdung – mögliche Maßnahmen im Vorfeld erläutern.

3.2 Spezifische Maßnahmen: Sturzgefährdung

Unser Leben ist auf Bewegung angelegt. Sind wir darin eingeschränkt, ist dies sehr schmerzlich. Wir sind dann an vielen anderen Lebensaktivitäten gehindert. Die Möglichkeit zur Bewegung und die Fähigkeit sich zu bewegen sind ein wesentliches Kriterium für Wohlbefinden, Selbstbestimmung und Selbständigkeit.

Im Verlauf einer Demenz treten viele Veränderungen auf, die die Bewegungsfähigkeit beeinflussen. Der Gang wird kleinschrittig, das Gleichgewichtsgefühl ist beeinträchtigt, die Orientierung schwindet.

Gerade wegen dieser Störungen ist es für das Wohlbefinden der Demenzkranken von entscheidender Bedeutung, ihren Bewegungsdrang nicht zusätzlich einzuschränken. Dies wird im Alltag eines Pflegeheims nicht immer einfach sein. Maßnahmen zur Reduzierung des Sturzrisikos sollten ergriffen werden.

Strategien zur Minimierung des Sturzrisikos sollten individuelle Risikofaktoren und die häufigsten allgemeinen Ursachen von Stürzen berücksichtigen.

Sie können in drei Gruppen eingeteilt werden:

- Maßnahmen zur individuellen Umgebungsanpassung
- Rehabilitative Maßnahmen
- Medizinische Maßnahmen

3.2.1. Maßnahmen zur individuellen Umgebungsanpassung

Grundsätze

- Bewegungseinschränkende Bedingungen im Umfeld des sturzgefährdeten Menschen (z. B. Hindernisse) werden beseitigt
- Sensorische Defizite, insbesondere nachlassende Seh- und Hörfähigkeit, werden berücksichtigt und kompensiert
- Überforderung wird vermieden

Weitere Gesichtspunkte:

Beleuchtung

- Gleicht die Beleuchtungsstärke das verminderte Sehvermögen so weit wie möglich aus?
- Ist das Licht blendfrei?
- Sind Schalter und Zugschnüre von Lampen gut erkennbar und problemlos erreichbar?
- Sind die Lichtschalter dort angebracht, wo man sie erwartet, um überflüssiges Gehen in der Dunkelheit auszuschließen?
- Werden gegebenenfalls Nachtlichter oder Bewegungsmelder, die das Licht einschalten, eingesetzt?

Fußböden

- Ist der Boden rutschfest?
- Gibt es Schwellen?
- Ist der Fußboden matt (nicht spiegelnd)?
- Gibt es Farbveränderungen im Fußbodenbelag oder Übergänge vom Teppich zum glatten Fußboden (diese können von Demenzkranken als Hindernis wahrgenommen werden)?
- Bilden hochstehende Teppichkanten eine Stolpergefahr?

Weitere Maßnahmen der Umgebungsanpassung

- Gibt es genügend und sinnvoll angebrachte Handläufe und Haltegriffe, auch im Bad und in der Toilette?
- Sind die Rollstühle (auch abgestellte Rollstühle) immer festgestellt?

- Sind die Betten immer auf die niedrigste Höhe gefahren und festgestellt?
- Haben die Stühle Armlehnen? Stehen sie kippsicher, um selbständiges Aufstehen und Hinsetzen zu ermöglichen?
- Sind Nachttische, Beistelltische etc. genügend stabil zum Abstützen?
- Können Matratzen vor das Bett gelegt werden?
- Kann die Matratze auf den Boden gelegt, bzw. das Zimmer mit Matratzen ausgelegt werden?
- Schaffen zwei - mit stabilen Gurten verbundene - Betten eine größere Bewegungsfreiheit?
- Ist eine Klingelmatte vor dem Bett oder das Tragen eines Helmes hilfreich?

3.2.2 Rehabilitative Maßnahmen

- Wird Gehen ermöglicht und gefördert? (Möglichst viele Wege gehen lassen, z. B. zum Speisesaal und zu anderen Räumen, nötigenfalls mit Unterstützung)
- Kann Unruhe ungefährdet ausgelebt werden? (Standfahrrad fahren lassen, mit Sicherheitsstütze mit dem Stuhl kippen lassen, schaukeln lassen, Aufstehen und Hinsetzen nicht unterbinden, Pedalo-Gerät am Rollstuhl anbringen, mit Easy-Walker oder Sicherheitsstuhl gehen lassen).
- Sitzen die Schuhe gut am Fuß? (Die Sohlen dürfen nicht zu dick sein, damit der Fußboden zu spüren ist. Bei Fußproblemen können sogenannte Therapie-schuhe erprobt werden, die einen weichen Oberbau, aber eine rutschfeste Sohle haben. In der Nacht können Strümpfe mit rutschhemmenden Noppen angezogen werden. Bei orthopädischen Maßschuhen darauf achten, dass knöchelhohe Modelle das Gleichgewicht besser unterstützen.)
- Sind sturzgefährdete Personen mit einer Hüftschutzhose ausgestattet? (Die Hosen müssen Tag und Nacht getragen werden. In der Regel werden sie gut toleriert, wenn sie Ähnlichkeit mit einem Schlüpfer haben.)
- Werden mit Unterstützung von Physiotherapeuten die richtigen Hilfsmittel ausgesucht und wird ihre Verwendung unterstützt?
- Werden weitere therapeutische Möglichkeiten genutzt, um Koordinationsfähigkeit und Beweglichkeit zu verbessern? (z.B. therapeutisches Reiten)

3.2.3 Medizinische Maßnahmen

Hier ist vor allem an die Vermeidung von unerwünschten Wirkungen von Medikamenten oder von Medikamentenkombinationen zu denken. Besonders wichtig ist in der Regel bei alten Menschen, dass mit niedrigen Dosen begonnen, langsam gesteigert und schließlich langsam reduziert wird.

Fragen zur Medikation:

- Fördert die Medikation die Bewegungsfähigkeit (z. B. bei Parkinson)?
- Haben Medikamente unerwünschte Wirkungen wie Gangunsicherheit, Müdigkeit oder Benommenheit?
- Ist eine Bedarfsmedikation genau definiert nach Indikation, Dosis, maximaler Menge und Dauer der Verordnung?
- Werden die Verabreichung und die Wirkung der Bedarfsmedikation genau dokumentiert?

3.3 Spezifische Maßnahmen: Weglaufgefahr

Wenn Demenzkranke ihre Umgebung verlassen, kann dies verschiedene Gründe haben:

- Mangelnde Vertrautheit
- Suche nach einer anderen, heileren Welt
- Das Bedürfnis, sich im Freien aufzuhalten
- Der Wunsch, an einem anderen Ort einer vertrauten und geregelten Tätigkeit nachzugehen
und vieles mehr

All dies sind Motive, die sich gegenseitig beeinflussen. Die Krankheit Demenz lässt kein vollständiges Verstehen dieser Motive zu. Es bleibt eine ständige Aufgabe der Betreuer Demenzkranker, sich diesem Verständnis anzunähern - intuitiv und stets zur Modifikation bestehender Auffassungen bereit.

In der insgesamt kontroversen Diskussion des Problems zeichnen sich die folgenden differenzierenden Begriffe des negativ besetzten „Wegläufers“ ab. Sie sind hilfreich, weil sie das mögliche subjektive Erleben der Betroffenen hervorheben:

- **Der Hinläufer:** („Ich muss zur Bank.“ ... „Die Kinder stehen vor der Tür, ich muss nach Haus.“ ... „Ich muss nach den Tieren sehen.“ ...)
- **Der Spaziergänger** („Das Wetter ist schön, ich möchte spazieren gehen.“)
- **Der Flüchtige** („Hier ist nicht mein Zuhause.“ ... „Das kann ich hier nicht ertragen.“)

Die fehlende abschließende Übereinstimmung rührt daher, dass die mit den Begriffen verkörperten seelischen Bedürfnisse instabil erscheinen.

3.3.1. Analyse des Verhaltens

- Gibt es körpernahe Bedürfnisse (Unwohlsein, Schmerzzustände, Hunger, Durst, Ausscheidung u.ä.)
- Gibt es krankheitsbedingte Unruhezustände? (etwa Unterzuckerung, Fieber, Austrocknung)
- Wann tritt das Verhalten auf? Regelmäßig, zu einer bestimmten Uhrzeit?
- In welchen Situationen tritt das Verhalten auf?
- Ist das Verhalten vorhersehbar?
- Kündigt es sich an?
- Welche Motive lassen sich erahnen?
- Gibt es biographische Anhaltspunkte?

3.3.2 Maßnahmen

Die daraus folgernden Maßnahmen können in technisch-strukturelle Maßnahmen und Aspekte des Umgangs unterteilt werden.

Technisch-strukturelle Maßnahmen sind:

- Hemmschwellen (optische und bauliche Maßnahmen)
- Alarmschleifen (um BewohnerInnen, die gehen möchten, zu begleiten)
- Klingelmatten
- Suchkarten mit Personenbeschreibung (auch der Kleidung)
- Nachtcafé

Aspekte des Umgangs, die auf die Besonderheiten der/des einzelnen Kranken abzielen, beziehen sich auf wichtige Grundprinzipien der Demen­ten­betre­uung:

- Gestalten der Spielräume statt Verbote auszusprechen
- Gemeinsame Suche nach einem attraktiveren Alltag, mit Lust, Freude und Befriedigung
- Orientierung am Prinzip der Kleinweltlichkeit Die folgende Übersicht stellt besonders wirksame Maßnahmen zusammen, wenn eine der Motivlagen im Vordergrund steht:

Hinläufer	Spaziergänger	Flüchtige
<p>Leitfrage: Wird ein Rahmen geschaffen, in dem die subjektive Welt erfahren werden kann?</p>	<p>Leitfrage: Was wird dafür getan, dass das Bedürfnis nach Bewegung ausgelebt werden kann?</p>	<p>Leitfragen: Was wird dafür getan, dass BewohnerInnen sich zuhause fühlen können? Wie kann das vermieden werden, was sie nicht ertragen können?</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Tagestruktur • Validation • Rituale • Umgebung schaffen mit sinnvoller Beschäftigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung bei Spaziergängen • Geschützte, interessante Gärten • Individuelle Bewegungsangebote 	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Möbel, das Zimmer individuell gestalten • Ambiente wie in einer Wohnung schaffen • Stressarme Umgebung sichern • Heitere und freundliche Atmosphäre entstehen lassen • Umgebung mit sinnvoller Beschäftigung schaffen • Anreize zum Tätigsein schaffen, z. B. Ausstellen, Aushängen, Anbieten von Gegenständen mit Aufforderungscharakter (evtl. szenische Arrangements)

Bevor eine freiheitsbeschränkende Maßnahme oder eine Fixierung bei Sturz- oder Weglaufgefahr erfolgt, müssen alle Maßnahmen zur Vermeidung ausgeschöpft sein.

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

- Wer wir sind -

Mitte Mai 1995 fand - vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert - in Hamburg eine große Tagung statt, auf der sich modellhafte Konzepte der Dementenbetreuung präsentierte.

Damals entstand die Idee, den Austausch über die Erfahrungen mit den Betreuungsansätzen fortzusetzen. Seit November 1995 treffen sich Menschen aus verschiedenen Berufsgruppen (Pflegekräfte, ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, HeimleiterInnen, Angehörige der Alzheimer-Selbsthilfe-Bewegung, Seniorenbeiräte) halbjährlich für 1 ½ Tage an wechselnden Orten in ganz Deutschland. Anlässlich des 5. Treffens in Dormagen am 31. Oktober 1997 wurde der Verein „Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung“ gegründet. Damit haben sich erstmalig bundesweit Menschen aus Einrichtungen mit Modellcharakter in der Dementenbetreuung, die den unterschiedlichsten Berufsgruppen angehören, zu einer handlungsfähigen Gruppe zusammengeschlossen. Das derzeit verfügbare Expertenwissen um die Versorgung demenzkranker Menschen ist in dieser Gruppe versammelt.

Die Teilnahme an den Arbeitstagen und den Arbeitsgruppen wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert (Tages- und Übernachtungspauschale, Reisekostenzuschuß).

Wenn Sie in der Pflege oder Betreuung Demenzkranker tätig sind und Interesse an einer Mitarbeit haben, nehmen Sie bitte Kontakt zu unserer Geschäftsstelle auf:

Tel 03221 105 6979

info@demenz-ded.de www.demenz-ded.de