

# Die andere Welt erkennen

Erfolgreiche Konzepte für die Pflege von Menschen mit Demenz



Die **Initiative Neue Qualität der Arbeit** ist eine gemeinsame Initiative von Bund, Ländern, Verbänden und Institutionen der Wirtschaft, Gewerkschaften, Unternehmen, Sozialversicherungsträgern und Stiftungen. Ihr Ziel: mehr Arbeitsqualität als Schlüssel für Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit am Standort Deutschland. Dazu bietet die im Jahr 2002 ins Leben gerufene Initiative inspirierende Beispiele aus der Praxis, Beratungs- und Informationsangebote, Austauschmöglichkeiten sowie ein Förderprogramm für Projekte, die neue personal- und beschäftigungspolitische Ansätze auf den Weg bringen.

Die **Offensive Gesund Pflegen** ist Partner der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Wir wollen all jene zusammenführen und unterstützen, die sich für eine menschengerechte Arbeitsgestaltung in der Pflege in Deutschland engagieren. In guten und altersgerechten Arbeitsbedingungen sehen wir die Grundlage für eine leistungs- und zukunftsfähige berufliche Pflege.

Weitere Informationen unter **[www.inqa.de](http://www.inqa.de)** und **[www.inqa-pflege.de](http://www.inqa-pflege.de)**.

In dieser Broschüre wird auf eine geschlechtsneutrale Schreibweise geachtet. Wo dies nicht möglich ist, wird zugunsten der besseren Lesbarkeit das ursprüngliche grammatische Geschlecht (männlich, weiblich, sächlich) verwendet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass damit auch jeweils das andere Geschlecht angesprochen ist.



# Inhalt

	<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
1	<b>Bedeutung der Demenz</b>	<b>4</b>
2	<b>Belastungen der Pflegenden</b>	<b>9</b>
3	<b>Viele Konzepte, wenig gesichertes Wissen</b>	<b>13</b>
4	<b>Wertschätzung und Bestätigung</b>	<b>18</b>
5	<b>Die Biografie als Anknüpfungspunkt</b>	<b>22</b>
6	<b>Anregung der Sinne</b>	<b>26</b>
7	<b>Verlässliche Beziehungen aufbauen und gestalten</b>	<b>29</b>
8	<b>Zusammenarbeit mit Angehörigen</b>	<b>32</b>
9	<b>Zum Schluss</b>	<b>37</b>
	<b>Literaturhinweise</b>	<b>42</b>
	<b>Impressum</b>	<b>44</b>

# Vorwort

Mit der Pflege von Menschen mit Demenz thematisiert diese Broschüre einen Bereich, der von Pflegenden häufig als besonders belastend empfunden wird. Vor allem Angehörige, aber auch professionell Pflegenden, die mit einer Reihe von unterschiedlichen Verhaltensweisen des Krankheitsbildes „Demenz“ umgehen müssen, erleben „die andere Welt“ als unverständlich, seltsam und aufreibend. Dieses Andere zu erkennen und anzuerkennen ist ein erster Schritt hin zu einer qualitativ hochwertigen pflegerischen Versorgung. Die vorliegende Broschüre will diesen Schritt unterstützen.

In den ersten beiden Kapiteln werden die Themen Demenz und damit verbundene Belastungen für professionell Pflegenden skizziert. Sorgfältig entwickelte Konzepte für die professionelle Arbeit mit Menschen mit Demenz helfen mit den An- und Herausforderungen im beruflichen Alltag umzugehen. Das Augenmerk richtet sich dann auf drei Grundelemente in der Beziehungsarbeit mit Menschen mit Demenz. Dazu zählen eine validierende Haltung, die Biografie-Orientierung sowie die Sinnesanregung. Anschließend wird die Wichtigkeit professioneller Standards (Pflegeprozess und Bezugspflege) beleuchtet und grundlegende Prinzipien in der Zusammenarbeit mit Angehörigen werden beschrieben. Auf weitere gängige Konzepte wie die Milieugestaltung bzw. Milieutherapie, Mäeutik oder Dementia Care Mapping kann nicht eingegangen werden.



Die Broschüre steht in engem Zusammenhang mit der ebenfalls von der Offensive Gesund Pflegen herausgegebenen Publikation „Den Alltag gestalten – praktische Hilfestellungen für die Pflege von Menschen mit Demenz“. Beide haben gemeinsam, dass eine hohe Qualität in der Pflege von Menschen mit Demenz und gesunde Arbeitsbedingungen für Pflegenden als zwei Seiten derselben Medaille betrachtet werden.



Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und anregende Ideen für Ihren beruflichen Alltag.

*Claudia Stiller-Wüsten*

**Claudia Stiller-Wüsten**

Leiterin der Offensive Gesund Pflegen  
(ehem. Initiativkreis Gesund Pflegen)



1

## Bedeutung der Demenz

# Bedeutung der Demenz

1

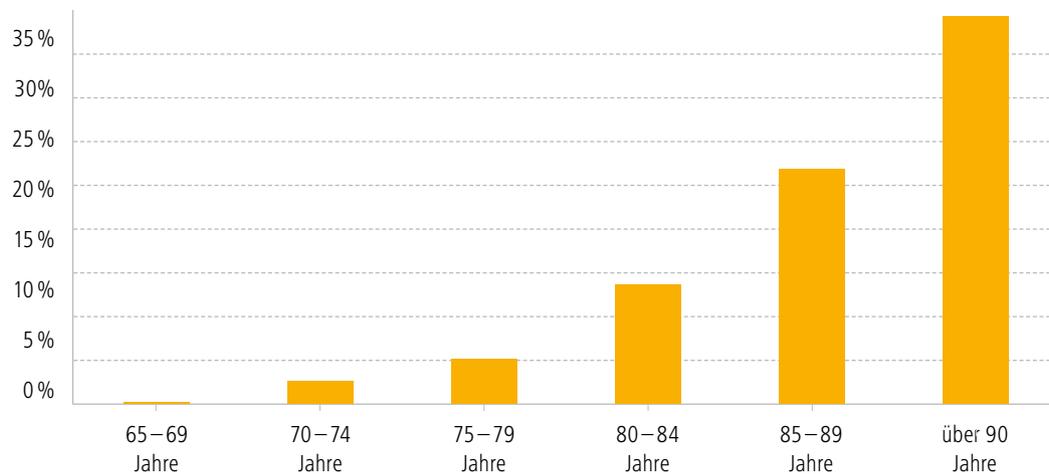
## Verbreitung

Demenzielle Erkrankungen und ihre Folgen sind gesellschaftlich von großer Bedeutung. Die Zahl der Betroffenen liegt in Deutschland bereits heute bei über 1,4 Millionen. Bis 2050 wird sie Schätzungen zufolge auf rund drei Millionen steigen. Die Anzahl

der Neuerkrankungen liegt bei mehr als 300.000 pro Jahr und der Anteil Betroffener nimmt mit dem Alter deutlich zu (vergleiche Literaturhinweis [1]).

Im Jahr 2002 wohnten mehr als 400.000 der Betroffenen in stationären Pflegeeinrichtungen [1]. Das bedeutet, dass mehr als 60 Prozent

## Verbreitung der Demenzen nach Altersgruppen



Robert Koch-Institut: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28: Altersdemenz, Berlin 2005



der Bewohner an demenziellen Erkrankungen leiden. Natürlich sind ambulante Pflegeeinrichtungen ebenfalls mit der Problematik konfrontiert. Schätzungen gehen von einem Anteil zwischen 10 und mehr als 20 Prozent der Patienten aus [18]. Auch Krankenhäuser nehmen häufig Menschen mit demenziellen Erkrankungen auf, sei es wegen akuter gerontopsychiatrischer Krisen oder häufiger noch aufgrund somatischer Erkrankungen. Vorsichtige Schätzungen gehen davon aus, dass der Anteil der Patienten, die von demenziellen Erkrankungen betroffen sind, im Krankenhaus bei über 10 Prozent liegt [3]. In Fachabteilungen, die überwiegend ältere Patienten behandeln, liegt der Anteil höher. In jedem Fall gibt es kaum eine Einrichtung, die sich nicht die Frage stellen muss, wie sie mit den damit verbundenen Herausforderungen umgehen will.

### **Die andere Normalität und scheiternde Routinen**

Aus pflegerischer Sicht steht nicht die Erkrankung „Demenz“ selbst im Vordergrund, sondern die Frage, welcher individuelle Unterstützungsbedarf sich daraus ableitet. Die Pflege setzt also an den Folgen der Krankheit für den erkrankten Menschen an. Eine gewisse Fremdheit oder Andersartigkeit sind Kennzeichen dieser Arbeit [4]. Diese Wahrnehmung steht im Zusammenhang mit den Besonderheiten, die als herausforderndes Verhalten [5, 6] bezeichnet werden.

Folgende Formen lassen sich dabei unterscheiden:

- ▶ Agitation (exzessives, unspezifisches Verhalten, sich wiederholende Bewegungen)
- ▶ Wandern (dauerndes oder häufiges Umhergehen oder Hinlaufen/Weglaufen)
- ▶ Aggressivität (körperlich, verbal oder sexuell)
- ▶ vokale Störungen (häufig oder dauerhaft wiederholte Äußerungen, Schreien, Rufen, Fragen, Jammern, Murmeln usw.)
- ▶ Passivität (Apathie, sozialer und emotionaler Rückzug)

Diese Besonderheiten lassen die üblichen Routinen schnell scheitern und stellen für Pflegende eine große Herausforderung dar: Demenziell erkrankte Menschen sind einerseits gerade in fremder Umgebung auf intensive Anregung, Begleitung und Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung angewiesen. Andererseits stellen sie Pflegende vor Kommunikations-, Verstehens- und Organisationsprobleme. Es fällt Pflegenden oft ausgesprochen schwer, Betroffene und ihre Lebensäußerungen zu verstehen. Dieses Verstehen ist aber gerade die wesentliche Bedingung für eine individuelle pflegerische Versorgung [7].

Nach heutiger Auffassung werden diese demenzspezifischen Auffälligkeiten nicht „automatisch“ durch krankhafte Hirnveränderungen verursacht. Stattdessen vermutet man ein komplexes Geschehen, bei dem verschiedene Einflüsse eine Rolle spielen. Ihr Zusammenwirken löst ein bestimmtes individuelles Verhalten aus. Die Pflegewissenschaft

bietet zur Erklärung der Zusammenhänge das Bedürfnisbedingte Verhaltensmodell an (siehe Abbildung). Danach ist das Verhalten eines Menschen mit Demenz, das andere als störend und merkwürdig empfinden, nicht unsinnig oder „verrückt“, sondern durchaus erklärbar – auch wenn diese Erklärung im Einzelfall nicht immer gelingen mag.



## Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz

(Need-driven, dementia-compromised, behaviour, model, NDB-Modell)



Quelle: Kolanowski Ann M. (1999). An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model. Journal of Gerontological Nursing 25(9): 7–9. Vgl. auch [2], [6].

# 2 Belastungen der Pflegenden



# 2 Belastungen der Pflegenden

Die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen ist für professionelle Pflegekräfte mit allgemeinen und spezifischen Belastungen verbunden.

Allgemeine Belastungen ergeben sich beispielsweise durch Zeitdruck, Mitarbeiterführung und betriebliche Kommunikation. So wirkt sich Zeitmangel besonders negativ aus, da demenziell erkrankte Menschen nicht auf später „vertröstet“ werden können, sondern jetzt und hier auf ein geäußertes Bedürfnis eingegangen werden muss. Ist dies nicht möglich, wird die Situation auch für die Pflegenden belastend.

Welches sind die spezifischen Belastungen bei der Pflege von Menschen mit Demenz? Eine Untersuchung zur Situation demenzkranker Patienten im Krankenhaus [3] nennt als wichtige Ursachen der Belastung:

- ▶ Informationsdefizite Pflegenden (über Alltagsgestaltung, bewährte Reaktionen bei herausforderndem Verhalten usw.), die rasches und gezieltes Handeln verhindern oder verzögern
- ▶ fehlende Mitarbeit der Pflegebedürftigen bei pflegerischen Maßnahmen
- ▶ Wandlungstendenzen (Verlassen der Station/ des Wohnbereiches/ der Wohnung im Zusammenhang mit Orientierungsstörungen und motorischer Unruhe)
- ▶ sonstiges herausforderndes Verhalten (Ausziehen, Urinieren im öffentlichen Bereich, Übergriffe usw.), das zu Hilflosigkeit führt und emotional belastend wirkt
- ▶ Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen.





Diese demenzspezifischen Belastungen werden zum größeren Teil auch von Praxiseinrichtungen genannt (siehe nebenstehende Aufzählung). Zwischen Kliniken und Pflegeheimen zeigen sich teilweise Unterschiede im Belastungserleben. In den geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Abteilungen der Kliniken sollen die Patienten in kurzer Zeit „wiederhergestellt“ werden und die Pflegenden sind im Umgang häufig überfordert. Aus Pflegeheimen wird dies kaum berichtet. Hier stehen eher Belastungen durch Mängel in der internen Kommunikation und Dokumentation im Vordergrund. Gemeinsam sind Belastungen wie der Umgang mit Angehörigen oder mangelnde Unterstützung durch die Leitung. Die spezifischen Belastungen wirken sich offenbar stärker im Krankenhaus aus, während in den Heimen eher Probleme bei der Kommunikation und Organisation bestimmend sind.

#### **Ursachen für Belastungen bei der Pflege demenziell erkrankter Personen (Workshopergebnis):**

- ▶ Mangelndes biografisches Wissen über die Person
- ▶ Mangel an Wissen über die Krankheit bei den Pflegenden
- ▶ Schlechte Krankheitsprognose
- ▶ Lange Beziehungsdauer vor allem in Pflegeheimen
- ▶ Beziehungsaufbau durch geringe Verweildauer und Akutgeschehen vor allem in Kliniken erschwert
- ▶ Verstehen des Pflegebedürftigen ist sehr schwierig
- ▶ Wandertendenz
- ▶ Versagen üblicher Interventionen

- ▶ Freiheitseinschränkende Maßnahmen
- ▶ Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von Pflegenden
- ▶ Angehörige und ihre Erwartungen an die Klinik (Gesundung)
- ▶ Druck durch Angehörige, schlechte Kommunikation mit ihnen
- ▶ Fehlende Unterstützung durch die Leitung
- ▶ Zu wenig Zeit
- ▶ Mangelnde Kommunikation zwischen Berufen und Abteilungen des Hauses sowie innerhalb der Pflege
- ▶ Strukturen und Prozesse, die individuelles Handeln stark erschweren, z. B. starre Zeitvorgaben und Zuständigkeiten
- ▶ Medizinisch geprägte Dokumentation mit wenig individuellem Inhalt
- ▶ Ungünstige bauliche Gegebenheiten

Ordnet man die Belastungen, ergeben sich drei Schwerpunktfelder:

1. Belastungen durch die Beziehung zu den Pflegebedürftigen (herausforderndes Verhalten und Kommunikationsveränderungen)
2. Belastungen durch Konflikte mit Angehörigen der Pflegebedürftigen
3. Belastungen durch gewachsene Strukturen und Prozesse in der jeweiligen Institution

Die nachfolgend empfohlenen Prinzipien der Arbeit mit Menschen mit Demenz setzen an diesen Belastungen an und haben zum Ziel, die Arbeitssituation der Pflegekräfte zu verbessern.



**3**

**Viele Konzepte,  
wenig gesichertes  
Wissen**



# 3 Viele Konzepte, wenig gesichertes Wissen

Sorgfältig entwickelte Konzepte für die professionelle Arbeit mit Menschen mit Demenz können eine große Bereicherung für die Pflege darstellen. Sie bieten einen Rahmen, der die Arbeit zu begründen und zu gestalten hilft.



Auf der anderen Seite sind damit auch gewisse Schwierigkeiten verbunden, und zwar dann, wenn sie fehlerhaft umgesetzt werden. Entscheidend sind die Auswahl geeigneter Konzepte und ihre ernsthafte und konsequente Umsetzung. Ein Sammelsurium unverbundener Ansätze, die sich möglicherweise noch widersprechen, nützt niemandem. Aber auch eine ernsthafte umfassende Einführung und Umsetzung eines bestimmten Konzeptes für die Pflege von Personen mit Demenz ist kein Allheilmittel. Welches Konzept kann für alle demenziell Erkrankten jeweils individuell „richtig“ sein? Ein noch so gutes Konzept ersetzt nie die Notwendigkeit, für jede einzelne Person individuelle Angebote zu machen. Seine Umsetzung setzt also immer die sorgfältige Ermittlung der jeweiligen Situation voraus. Ob bestimmte Maßnahmen für eine Person angemessen sind, muss individuell und immer wieder neu geprüft werden. Dieses Vorgehen wird den Pflegebedürftigen deutlich besser gerecht als die perfekte Umsetzung eines starren Ansatzes „wie er im Buche steht“. Den Pflegenden lässt dieses Vorgehen mehr Freiheiten, auf die einzelne Person einzugehen.



### Welchem Menschenbild folgt das Konzept?

Grundsätzlich muss ein Konzept auf das Menschenbild im Hinblick auf die Pflegebedürftigen untersucht werden. Allgemein können zwei Grundhaltungen gegenüber Demenz bzw. Menschen mit Demenz unterschieden werden: der bio-medizinische Ansatz und der personenzentrierte Ansatz.

Beim rein bio-medizinischen Ansatz wird die Demenz als fortschreitende Hirnerkrankungen betrachtet. Verwirrtheit, Desorientierung und Veränderungen in Verhalten und Kommunikation sind die direkten Folgen. Jede „auffällige“ Lebensäußerung wird als Symptom verstanden, ist also Ausdruck der

Krankheit. Erst in neuerer Zeit hat sich die Überlegung durchgesetzt, dass viele verschiedene innere und äußere Einflüsse das Verhalten demenziell erkrankter Menschen beeinflussen (siehe oben, bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz). Der rein bio-medizinische Ansatz ist damit stark in Frage gestellt.

Beim personenzentrierten Ansatz tritt der Unterschied zwischen „Normalem“ (gesund, nicht dement) und „Unnormalem“ (krank, dement) in den



Hintergrund. Betroffene werden auch dann als Person betrachtet, wenn die Fähigkeit zu abstraktem Denken, „normaler“ Kommunikation und unauffälligem Verhalten nicht mehr erkennbar ist. Jeder Mensch, auch ein solcher, der verwirrt erscheint, nicht spricht oder sich merkwürdig verhält, ist eine Person mit ihrer eigenen Welt. Diese ist nicht weniger wert als die anderer Menschen [2, 8]. Erst diese Sichtweise verpflichtet dazu, Menschen mit Demenz verstehen zu wollen und entspricht dem gewünschten pflegerischen Selbstverständnis. Deshalb erfordert die Pflege von Menschen mit Demenz in jedem Fall Kompetenzen wie Empathie und geduldige Kommunikation sowie unterstützende Rahmenbedingungen.

### **Welche praktischen Erfahrungen gibt es mit dem Konzept?**

Wichtig ist ebenso, welche praktischen Erfahrungen mit dem jeweiligen Handlungskonzept vorliegen. Konzepte, die zwar theoretisch gut ausgearbeitet sind, sich aber im Alltag nicht bewähren, taugen für die Praxis wenig. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus, welche Mittel für eine Umsetzung erforderlich sind: Sie muss unter den gegebenen persönlichen und wirtschaftlichen Bedingungen gelingen können.

## Welche Forschungsergebnisse liegen zu dem Konzept vor?

Manche Handlungskonzepte sind mit Forschungsergebnissen unterfüttert, viele sind jedoch erst ansatzweise untersucht. In den meisten Fällen existiert kein gesichertes Wissen über die Wirksamkeit. Wenn vorhanden, sind wissenschaftliche Erkenntnisse bei der Auswahl zu berücksichtigen, denn es reicht nicht aus, dass ein Konzept von Pflegenden als positiv empfunden wird. Sollten Forschungsergebnisse zeigen, dass ein Handlungskonzept negative Konsequenzen für Pflegebedürftige haben kann, ist eine Anwendung kaum zu vertreten.

## Kann die Arbeitssituation der Pflegenden durch das Konzept verbessert werden?

Entscheidend ist schließlich, ob ein Konzept auch die Arbeitssituation der Pflegekräfte verbessern hilft. Ansätze, die sich positiv auf die Situation der Pflegebedürftigen auswirken, gleichzeitig aber die Belastungen für Pflegenden erhöht, werden auf Dauer nicht erfolgreich sein. Hintergrund ist, dass sich die Arbeitssituation der Pflegenden zwangsläufig auf die Qualität der Pflege auswirken wird. In der Regel ist es schwierig, den Zusammenhang eines Konzeptes mit der Arbeitsbelastung nachzuweisen. Deshalb gilt: Die Erfahrungen aus der Praxis sind hier besonders wichtig!





# 4 Wertschätzung und Bestätigung



## 4

# Wertschätzung und Bestätigung

„Validation“ ist in den letzten Jahrzehnten vor allem in stationären Pflegeeinrichtungen zu einem häufig verwendeten Begriff geworden. Es gibt kaum eine Einrichtung, die sich nicht zumindest teilweise auf diese Konzeption beruft.

Entscheidend bei der Validation ist die akzeptierende, wertschätzende und die Person bestärkende Grundhaltung. Nachdem es früher üblich war, demenziell Erkrankte mit unserer Realität zu konfrontieren, geht es bei der Validation vor allem um die Wertschätzung der Person und ihres Erlebens [9]. Daneben werden Kommunikationstechniken beschrieben, die sich je nach Krankheitsstadium unterscheiden. Sie dienen dazu, die Gefühle der Pflegebedürftigen wahrzunehmen und bestätigend anzuerkennen, zu validieren, Belastungen abzubauen und das Selbstwertgefühl zu stärken. Eine in Deutschland entwickelte Variante ist die Integrative Validation (IVA). Sie betont die verbliebenen Ressourcen der Pflegebedürftigen, die aktiviert und in die Pflege integriert werden. Die IVA eignet sich insbesondere für frühe und mittlere Krankheitsstadien [10, 11].

Die Grundannahme der Validation besagt, dass das, was die demenziell erkrankte Person erlebt, ihre eigene Wirklichkeit darstellt, auch wenn diese von der unseren abweicht. Erst die grundsätzliche Anerkennung einer „anderen Welt“ schafft die Basis dafür, eine wirklich individuelle Gestaltung der Pflege anzustreben. Denn: Wenn Pflegende die Realität der Pflegebedürftigen nicht ernst nehmen, warum sollten sie ihre Pflege dann daran ausrichten? Es ist also entscheidend, sich in die subjektive Situation der Person einzufühlen. Die wahrgenommene Arbeitsbelastung sinkt, wenn man nicht kontinuierlich versucht, „Desorientierte“ an die „Realität“ anzupassen. Davon auszugehen, dass die „andere Welt“ – auch wenn sie uns unverständlich ist oder absurd erscheint – genauso berechtigt ist wie unsere, kann bereits hilfreich sein. Diese Einstellung kann in Pflegeheim, Klinik oder ambulant zum Tragen kommen. Sie birgt ein immenses Potenzial für einen menschenwürdigen Umgang von Person zu Person. Möglicherweise können besonders solche Krankenhäuser von der Validation profitieren, die sich bisher wenig mit der Demenzthematik beschäftigt haben.

**Beispiel für eine Validation:  
Eine Szene aus einer  
stationären Pflegeeinrichtung**

Eine Bewohnerin sitzt im Rollstuhl in der Wohnküche am Tisch. Immer wenn eine Person die Küche betritt, hebt sie den Arm wie zur Begrüßung, ruft ein Wort, nimmt Blickkontakt auf. Ihre Grundhaltung ist meistens freudig und sie erfährt durch dieses Verhalten viele positive Kontaktmomente.

Geht es der Bewohnerin nicht gut, „jammert“ sie mit viel Ausdauer. Die Menschen gehen zügiger an ihr vorbei, was den Zustand des Jammerns noch verstärkt. An diesem Morgen schaut sie sehr traurig und beginnt sofort mit weinerlicher Stimme: „Mein Fuß, mein Fuß, ich habe so Schmerzen ...“. Ein Mitarbeiter verlässt stirnrunzelnd den Raum, was die Interpretation zulässt: Hier haben schon viele Versuche stattgefunden, auf die Bewohnerin einzugehen.

Eine Mitarbeiterin setzt sich dann zu ihr, schaut sie an und stellt fest: Ihr Gesicht ist sorgenvoll, sie wirkt aufgeregt, in Not. Die Bewohnerin legt ihre Hand in die der Mitarbeiterin, die sie ihr unverbindlich, mit dem Handrücken als Schale auf dem Tisch liegend, angeboten hat:



Mitarbeiterin: „Der Fuß tut Ihnen richtig weh?“

Bewohnerin: „Ja!“ Das Klagen wird lauter, der Gesichtsausdruck verändert sich.

Mitarbeiterin: „Sie machen sich richtig Sorgen!“

Die Bewohnerin antwortet wieder mit einem „ja“, aber schon leiser, begleitet von einem Kopfnicken.

Mitarbeiterin: „Sie brauchen jetzt Hilfe?“

„Ja“, erwidert sie, „der Doktor soll kommen!“

Mitarbeiterin: „Dann werden wir den Doktor benachrichtigen.“

„Ja, er kommt heute Mittag“, antwortet die Bewohnerin.

Die Mitarbeiterin merkt, dass alles schon geklärt und organisiert ist. Eine Kollegin, die gerade in die Küche kommt und die Information hört, nickt zustimmend mit dem Kopf.

Mitarbeiterin: „Das ist ja wunderbar, er wird Ihnen helfen.“

Sie weint wieder: „Der Doktor kommt“, die Bewohnerin schüttelt den Kopf.

Die Mitarbeiterin fühlt, dass aber noch etwas anderes Unruhe auslöst.



Mitarbeiterin: „Das macht Ihnen aber auch Sorgen!“

Die Bewohnerin schaut erleichtert und antwortet klar mit: „Ja!“ Sie fasst an ihren Rock, hebt ihn hoch und sagt, wieder mit sorgenvollem Gesichtsausdruck: „Guck doch mal hier!“

Die Mitarbeiterin sieht einen großen Kaffeeleck auf dem Rock.

Mitarbeiterin: „Ein großer Fleck auf Ihrem Rock!“

Bewohnerin: „Ja, und der Doktor kommt.“ Die Schmerzen am Fuß sind jetzt nicht mehr wichtig.

Mitarbeiterin: „Wenn der Doktor kommt, möchten Sie sauber sein!“

Bewohnerin: „Ja!“

Mitarbeiterin: „Wenn man zum Doktor geht, ist man immer sauber.“

Bewohnerin: „Ja!“

Mitarbeiterin: „Das gehört sich einfach so.“

Bewohnerin: „Ja!“

Mitarbeiterin: „Das haben Sie immer so gemacht.“

Bewohnerin: „Ja!“ Ihr Gesicht hellt sich zunehmend auf, sie wirkt erleichtert.

Mitarbeiterin: „Das möchten Sie auch heute so machen!“

Bewohnerin: „Ja!“



Die Kollegin aus der Pflege hält sich gerade in der Küche auf und die Mitarbeiterin vermittelt:

Langsam, sodass die Bewohnerin den Informationen folgen kann, erklärt die Mitarbeiterin der Pflegekraft den Zusammenhang, immer wieder den Blickkontakt zur Bewohnerin haltend.

„Frau. K. hat Schmerzen am Fuß, der Doktor kommt heute Mittag. Frau. K. hat einen Kaffeeleck auf dem Rock. Sie möchte einen sauberen Rock tragen, wenn der Doktor kommt. Sie ist immer sauber zum Arzt gegangen, darauf hat sie immer Wert gelegt, das ist ihr wichtig.“

Die Bewohnerin nickt ständig zustimmend mit dem Kopf, während die Mitarbeiterin spricht.

Die Pflegekraft reagiert positiv. „Das kann ich gut verstehen, das ist mir auch wichtig.“ Die Bewohnerin strahlt, sie fühlt sich verstanden.



# 5

## Die Biografie als Anknüpfungspunkt



# Die Biografie als Anknüpfungspunkt

## 5

Bei Demenzpatienten ist das Wissen über deren Biografie besonders wichtig. Kenntnisse über wesentliche Lebensthemen und Zusammenhänge können entscheidend dazu beitragen, die Pflege individuell passend zu gestalten. In vielen Fällen werden Verhalten und Äußerungen vor diesem Hintergrund besser verstanden. Erst dies ermöglicht es, in der Pflege individuell darauf einzugehen [11, 13].

Biografieorientierte Arbeit kann

- ▶ gesprächsorientiert sein (Einzel- und Gruppengespräche) oder
- ▶ aktivitätsorientiert (vertraute Alltagshandlungen wie Hausarbeit oder gemeinsames Singen usw.) sein.

Der Einsatz bedeutsamer privater Gegenstände wie Fotos kann eine wichtige Rolle spielen. Sie werden als sogenannte Trigger (Auslöser) eingesetzt. Solche als vertraut erkannten Gegenstände schlagen die Brücke in die Vergangenheit und können aktivierend, stimulierend oder beruhigend wirken.

Bei Menschen, die auf einem Bauernhof aufgewachsen sind oder in der Landwirtschaft gearbeitet haben, könnten als Trigger beispielsweise landwirtschaftliche Produkte eingesetzt werden.

Die Orientierung an der Biografie einer demenziell erkrankten Person beinhaltet vor allem:

- ▶ lebensgeschichtlich relevante Informationen und ihre individuelle Bedeutung für die Person festzustellen,
- ▶ aktuelle Lebensäußerungen vor diesem Hintergrund zu deuten,
- ▶ Aktivitäten und Gegenstände mit biografischer Bedeutung gezielt zu nutzen und
- ▶ entsprechende individuelle Versorgungsangebote im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses zu unterbreiten.

► **Praxisbeispiel: Aktivierung mit biografischem Hintergrund in einer stationären Pflegeeinrichtung**

Die Bewohner werden für einen kurzen Zeitraum (beispielsweise vor Mahlzeiten) gezielt angesprochen. Die Mitarbeiter nutzen bestimmte Materialien (etwa aus den Bereichen Kochen, Gartenarbeit, Früchte), um Gespräche über das Thema zu führen (Trigger). Fragen wie „Was fällt Ihnen dazu ein?“ ermuntern die Bewohner, ihre Erinnerungen zu aktivieren und sich zu äußern. Die Erfahrung zeigt, dass sich dadurch die Aufmerksamkeit erhöht und es ihnen anschließend leichter fällt, sich auf das Essen zu konzentrieren.

**Krabbelsack:** Ein Sack wird mit Gegenständen gefüllt, von denen bekannt ist, dass sie für den Bewohner eine Bedeutung haben. Er wird ermuntert, den unsichtbaren Inhalt zu erfühlen und sich darüber auszutauschen.

## Was allein noch keine Biografieorientierung ist

In der Praxis beschränkt sich die Biografiearbeit oft auf den Gebrauch weniger isolierter Elemente wie beispielsweise einen Biografiebogen. Dieser enthält meist wenige Rohdaten zu bestimmten Lebensereignissen wie Geburt, Schule, Ausbildung, Heirat, Krieg, Kinder, Beruf, Tod des Partners. Die individuelle Bedeutung dieser Ereignisse bleibt nicht selten unergründet und die Informationen ungenutzt. Auch die Dekoration eines Wohnbereichs mit Gegenständen aus früheren Zeiten ist allein noch keine Biografiearbeit. Eine Biografie ist immer individuell, sie zu verstehen erfordert Arbeit und die Bereitschaft, sich auf den jeweiligen Menschen einzulassen.





## Die Biografieorientierung erarbeiten

Es ist wichtig zu erkennen, dass sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegenden von einer biografieorientierten Arbeit profitieren. Ohne biografisches Hintergrundwissen sind Lebensäußerungen von Menschen mit Demenz häufig noch schwerer zu verstehen als dies ohnehin schon der Fall ist. Oft ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von besonderer Bedeutung (vgl. Kap. 8). Gerade in Fällen, in denen demenziell Erkrankte sich selbst nicht mehr zur eigenen Biografie äußern können, sind die beigesteuerten Informationen der Angehörigen entscheidend.

Biografieorientierung ist für Pflegeheime nichts Neues. Viele Einrichtungen beschäftigen sich seit geraumer Zeit mit dem Thema. Die Bedingungen für eine biografieorientierte Arbeit sind hier deutlich besser als zum Beispiel in Kliniken. Aber gerade Pflegenden in Krankenhäusern sind bei Aufnahme

demenziell erkrankter Menschen auf Wissen über die Biografie und Erfahrungen in der Nutzung dieses Wissens angewiesen. Sie klagen über einen Mangel an Informationen und die fehlende Zeit, dieses Defizit auszugleichen. Im Interesse der Patienten mit Demenz ist ein Austausch dieser Informationen an den Schnittstellen, etwa zwischen Pflegeheim und aufnehmender Klinik, dringend notwendig. Krankenhäuser, die sich dem Thema bisher wenig gewidmet haben, sollten sich ermutigt fühlen, stärker als bisher auf solche Informationen zurückzugreifen und sich eine Biografieorientierung zu erarbeiten.

*„Aus der Biografie wurde bekannt, dass die Bewohnerin Journalistin war. Ihr wurden Papierblock und Stifte angeboten und sie fing an zu schreiben. Dieses wurde in die Pflegeplanung aufgenommen.“*

*Aussage aus einem Interview mit einer Mitarbeiterin eines Pflegeheimes, das Biografiearbeit einsetzt [12].*

6

Anregung  
der Sinne



# Anregung der Sinne

## 6

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, mit Menschen mit Demenz auch in fortgeschrittenen Stadien durch Anregung der Sinne in Kontakt zu treten und sie zu aktivieren. So kann die Beziehungsaufnahme und -gestaltung unterstützt und die Person gezielt angesprochen werden. Beispiele sind basale Stimulation, Snoezelen und Musiktherapie.

### Basale Stimulation

Basale Stimulation ist ein Konzept zur Kontaktaufnahme und Förderung für Menschen mit Wahrnehmungs-, Bewegungs- und Kommunikationsstörungen. Man geht davon aus, dass diese Elemente miteinander in enger Beziehung stehen. Gerade bei Menschen in fortgeschrittenen Stadien demenzieller Erkrankungen bestehen hier häufig ausgeprägte Einschränkungen. Die Basale Stimulation beinhaltet die gezielte Anregung aller Sinne: Spüren, Riechen, Schmecken, Sehen, Hören, Gleichgewichtssinn usw. Diese Angebote lassen sich gut in pflegerische Maßnahmen integrieren. Beispielsweise können bei

einer Ganzkörperwaschung gleichzeitig die einzelnen Sinne angeregt werden – je nach Ausgestaltung aktivierend oder beruhigend. Entscheidender Vorteil der basalen Stimulation: Sie erfordert so gut wie keine Hilfsmittel und ist auch von räumlichen Gegebenheiten weitgehend unabhängig. Basale Stimulation kann daher gleichermaßen ambulant, in Pflegeeinrichtungen und in Kliniken zum Einsatz kommen. Praxisbeispiele machen deutlich, dass nicht nur Menschen mit Demenz, sondern ebenso die Pflegenden die Umsetzung positiv erleben und eine höhere Arbeitszufriedenheit erzielt werden kann. Zum Erlernen des Konzepts werden Fortbildungen angeboten.

„Bei der täglichen Körperpflege wirkt die Basale Stimulation auf den Bewohner und mich entspannend. Mediterrane Musik verstärkt das Empfinden.“

Aussage aus einem Interview mit einer Mitarbeiterin eines Pflegeheimes, das Basale Stimulation einsetzt [12].

## Snoezelen

Snoezelen (sprich: snuseln) ist ein weiteres Konzept zur Ansprache der unterschiedlichen Sinne. In ruhiger Atmosphäre kommen Lichteffekte, Vibrationen, Musik, Gerüche und Berührungen zum Einsatz. Hierbei werden die unterschiedlichsten Materialien verwendet. Der Fantasie sind dabei kaum Grenzen gesetzt. Wohlbefinden und Entspannung sind das Ziel. Ursprünglich war das Snoezelen ein Entspannungsangebot für schwerstbehinderte Menschen. In Deutschland wird es seit längerer Zeit zunehmend auch in Einrichtungen der Altenhilfe vor allem für Menschen mit Demenz eingesetzt. Entweder stehen speziell eingerichtete Snoezelen-Räume zur Verfügung oder die benötigten Hilfsmittel werden im Pflegeheim mit einem Snoezelen-Wagen zu den Bewohnerinnen gefahren. Die Erfahrung zeigt, dass die eigens eingerichteten Räume weniger genutzt werden, während das „mobile“ Snoezelen von den Pflegekräften deutlich besser angenommen wird.

Ein Problem beim Snoezelen ist allerdings, dass seine theoretische Grundlage schmal ist. Es existieren so gut wie keine Untersuchungen über die Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen. Unser Wissen beschränkt sich fast ausschließlich auf Erfahrungsberichte, die häufig sehr positiv sind. Eine Anwendung bei Personen mit Demenz sollte daher immer unter genauer Kontrolle der individuellen Wirkung erfolgen.



## Musiktherapie

Zunehmend werden auch die Erkenntnisse der Musiktherapie genutzt. Musik ist ein Mittel der Kommunikation. Sie stimuliert die Erinnerung, hilft, mit anderen in Kontakt zu kommen, kann anregend, beruhigend und konzentrationsfördernd wirken. Musik und Gesang können einen wichtigen Beitrag gegen Monotonie und zur Verbesserung der Lebensqualität leisten. Die Verbindung zur Orientierung an der individuellen Biografie (vgl. Kap. 5) liegt auf der Hand: Ein gezieltes Anknüpfen an bekannte Vorlieben und das Vermeiden musikalischer Abneigungen sind nur möglich, wenn entsprechendes Wissen vorhanden ist.

Solche Konzepte der Sinnesanregung müssen nach individueller Situation im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses umgesetzt werden. Ein genereller Einsatz dieser Interventionen für Menschen mit Demenz sollte nicht angestrebt werden, auch sie sind kein Allheilmittel. Gezielt angewendet und auf die jeweilige Situation abgestimmt, eröffnen sie aber neue Zugänge zum Pflegebedürftigen.



7

Verlässliche  
Beziehungen  
aufbauen und  
gestalten

# 7 Verlässliche Beziehungen aufbauen und gestalten

Die genannten Prinzipien der validierenden Haltung, der Biografieorientierung und der Sinnesanregung müssen im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses individuell ausgestaltet werden.

Unter dem Pflegeprozess wird die grundlegende Methode professioneller pflegerischer Arbeit verstanden. Der Pflegeprozess ist gleichermaßen Beziehungs- und Problemlösungsprozess. Mit der Bezugspflege gibt es einen professionellen Ansatz, der andere Elemente (vgl. Kap. 4–6 und 8) verbindet und personenbezogen organisieren hilft [14, 15].

## **Bezugspflege bedeutet:**

- ▶ Jede demenziell erkrankte Person im Pflegeheim, in der Klinik oder zu Hause hat eine Pflegefachkraft, die von Anfang bis Ende der Pflegebeziehung für alle pflegerischen Belange zuständig ist. Die Pflegekraft kennt die Personen, für die sie zuständig ist, gut.
- ▶ Diese Pflegekraft steuert den Pflegeprozess und ist für die Feststellung des Pflegebedarfs und die Erhebung der Biografie zuständig. Sie plant die pflegerischen Maßnahmen, führt sie so weit wie

möglich selbst aus und bewertet den Gesamtprozess fortwährend. Sie ist auch Ansprechpartnerin für Angehörige und alle anderen an der Betreuung beteiligten Berufe.

- ▶ Die Bezugspflegende nimmt die Verantwortung an, fühlt sich verantwortlich.
- ▶ Änderungen, z. B. im Pflegeplan, dürfen nur von der Bezugspflegekraft selbst oder mit ihrer Zustimmung erfolgen.

Die Einführung der Bezugspflege ist mit längerfristigen Entwicklungsprozessen für die gesamte Organisation verbunden. Die konkrete Ausgestaltung muss die Bedingungen vor Ort berücksichtigen, ohne die Prinzipien des Pflegesystems aufzugeben. Es gilt, für jedes Praxisfeld eine praktikable Form zu finden. Die Umsetzung wird dabei in Krankenhäusern anders aussehen als in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen wesentlich längere Beziehungen bestehen. Dennoch sollten sich auch Kliniken ermuntert fühlen, Bezugspflege umzusetzen.



### Hinweise darauf, dass Bezugspflege umgesetzt wird:

- ▶ Der Vertrag zwischen der pflegebedürftigen Person und der Einrichtung enthält die Garantie der Bezugspflege und benennt die zuständige Pflegekraft.
- ▶ Der Bezugspflegekraft ist in der Dokumentation namentlich benannt.
- ▶ Angehörige wissen, wer die verantwortliche Pflegekraft für ihren Verwandten ist und wenden sich bei Fragen an sie.
- ▶ Andere Mitarbeiter verweisen bei Fragen Dritter auf die Bezugspflegekraft, statt selbst Auskunft zu geben.
- ▶ Die Bezugspflegekraft ist an Pflegevisiten, Fallbesprechungen usw. beteiligt.
- ▶ Andere Mitarbeiter halten sich in Abwesenheit der Bezugspflegekraft an ihre Planung.

Eine wirklich umgesetzte, funktionierende Bezugspflege kann die Qualität der Pflege deutlich erhöhen, da der gesamte Prozess von einer verantwortlichen Person gesteuert und überblickt wird. Auch wenn die Einführung der Bezugspflege während einer Übergangsphase wie jede grundlegende Entwicklung zunächst mit Verunsicherung und auch Überforderung verbunden sein kann: Die klar geregelte Verantwortlichkeit und die steigende Übersichtlichkeit stellen später wichtige Entlastungsressourcen für die Pflegenden dar.

8

## Zusammenarbeit mit Angehörigen



## 8

# Zusammenarbeit mit Angehörigen

Überall wo Pflegekräfte arbeiten, ist der Kontakt mit den Angehörigen der Pflegebedürftigen Teil des Arbeitsalltags. In Kliniken, Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten wird dieser Kontakt immer wieder auch als belastend erlebt. Dies gilt für die Pflegepraktiker wie auch für Personen in Leitungspositionen.

## Probleme aus zwei Perspektiven

### Perspektive der Pflegekräfte:

- ▶ Angehörige sind unberechenbar, „stehen plötzlich auf der Matte“ und stellen Forderungen
  - Pflegekräfte fühlen sich wie Dienstboten behandelt
- ▶ Pflegekräfte werden von Angehörigen in familiäre Konflikte hineingezogen
- ▶ Angehörige machen Vorwürfe, kritisieren überzogen, haben unrealistische Erwartungen

### Perspektive der Angehörigen:

- ▶ Angehörige haben keine klare Rolle und sind relativ machtlos
- ▶ Ihre speziellen Bedürfnisse als Angehörige werden nicht berücksichtigt, sie werden als Besucher behandelt, gehören nicht dazu
- ▶ Sie befürchten, dass ihre Angehörigen schlecht versorgt werden und wollen kontrollieren – Sie haben häufig Schuldgefühle [16, 17]



Oft sind Angehörige dann gerne gesehen, wenn sie die Pflegekräfte entlasten und ihnen Arbeit abnehmen. Manchmal sind Angehörigen-Abende oder Sprechstunden die einzigen erkennbaren Elemente der Angehörigenarbeit, während im Alltag ein mehr oder weniger konfliktreiches Nebeneinander vorherrscht. Insgesamt ist dies unbefriedigend – vor allem dann, wenn Menschen mit Demenz unter Spannungen oder Distanz zwischen Pflegenden und Angehörigen leiden. Pflegekräfte und Angehörige sind aufeinander angewiesen: Wie könnten Pflegende sonst beispielsweise biografisches Wissen über einen Menschen erarbeiten, wenn dieser selbst nicht mehr berichten kann? Und Angehörige müssen darauf vertrauen können, dass die Pflege-

kräfte den Erkrankten fachlich und menschlich gut behandeln. Es müssen also beide Seiten im Interesse des Menschen mit Demenz zusammenarbeiten. Dazu ist es entscheidend, die Perspektive zu wechseln, um die jeweils andere Seite zu verstehen. Diese Arbeit muss zunächst von den Pflegekräften und den Einrichtungen geleistet werden. Zwei entscheidende Elemente können dabei eine grundlegende Änderung der Situation für alle Beteiligten bewirken: Transparenz und eine Kultur der gemeinsamen Sorge.





### Transparenz

Bei ambulanter Pflege in der Wohnung der Pflegebedürftigen besteht ein relativ hohes Maß an Transparenz für Angehörige. Diese haben Einsicht in die Pflegedokumentation und sind bei den Pflegetätigkeiten häufig anwesend. Zusammen mit den Pflegebedürftigen bestimmen sie die Regeln und den Rahmen, in dem sich die Pflegenden bewegen können. Ganz anders in Pflegeheimen und Krankenhäusern: Sie erscheinen Angehörigen häufig verwirrend, unübersichtlich, unorganisiert und beängstigend. Hier setzen andere die Regeln fest. Sie selbst gehören nicht dazu, sondern sind bestenfalls Gäste. Dennoch haben viele Angehörige ein großes Interesse am Wohlergehen ihrer Verwandten, wollen Einfluss nehmen und einen Beitrag leisten. Es ist Aufgabe der Pflegeeinrichtung und der Klinik, Transparenz für die Angehörigen herzustellen. Hierzu gehört Einblick in die Dokumentation (das Einverständnis der pflegebedürfti-

gen Person vorausgesetzt), aktive Information auch über das Krankheitsbild und die Prognose oder geplante Gespräche. Diese Kultur der Offenheit muss aktiv von der Einrichtung gefördert werden. Auf diese Weise werden Konflikte vermieden, Belastungen für alle verringern sich.

► **Praxisbeispiel:**  
**Offene Türen im Ernst-Emmert-Seniorenzentrum (Duisburg)**

Die Tür der Teamleitung steht auch in den Abendstunden für Angehörige buchstäblich offen. Zur Förderung der Transparenz werden bei Bedarf auch alle Dokumente gemeinsam durchgegangen und besprochen. Die Erfahrungen zeigen, dass die Angehörigen die Arbeit der Pflegenden auf diese Weise besser verstehen lernen. Beschwerden und Unsicherheiten werden abgebaut und gegenseitiges Vertrauen wird gefördert.

Angehörige erhalten einen Hausschlüssel. Damit wird deutlich gemacht, dass sich die Einrichtung nicht abschottet, sondern gezielt für Angehörige öffnet. Sie gehören dazu, haben das Recht, dabei zu sein.

## Gemeinsame Sorge

Die gemeinsame Sorge [17] setzt vor allem bei den Pflegekräften und in den Einrichtungen ein grundlegendes Umdenken voraus. Weder geben Angehörige die Verantwortung für das Wohlergehen ihrer Verwandten ab, wenn sich diese in Klinik oder Heim befinden, noch können Pflegenden einfach erwarten, dass ihnen Angehörige bestimmte Maßnahmen abnehmen und damit die Arbeitsmenge verringern. Statt zu fragen: „Was kann die andere Seite für mich tun?“, muss es heißen: „Wie können wir gemeinsam für das Wohlbefinden des Pflegebedürftigen zusammenarbeiten?“. Es geht also um Kooperation. Dabei muss gemeinsam eine Entscheidung getroffen werden, wer welche Aufgaben übernimmt. Die Entscheidungen auf Seiten der Angehörigen müssen freiwillig sein. Kein Angehöriger ist verpflichtet, sich zu beteiligen. Wichtig ist auch: Angehörige benötigen nicht selten selbst Unterstützung der Pflegekräfte, zum Beispiel wenn sie sich überfordert fühlen. Konflikte mit dem Pflegebedürftigen können sehr belastend sein, oft entsteht das schlechte Gefühl, seinen Angehörigen „abgeschoben“ zu haben.

In solchen Phasen werden die Angehörigen zu eigenständigen „Klienten“, die besondere Unterstützung benötigen.



9

Zum Schluss



# 9 Zum Schluss

Konsequent umgesetzt, können die Empfehlungen dieser Handlungshilfe aus Sicht der beteiligten Autoren und Praxiseinrichtungen zweierlei bewirken: die Qualität der Pflege demenziell erkrankter Menschen verbessern und gleichzeitig positive Wirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte erzielen. Darin reflektiert sich deutlich die Kernüberzeugung der Offensive Gesund Pflegen, dass hervorragende Arbeitsergebnisse und vorbildliche Arbeitsplätze zwei Seiten derselben Medaille darstellen.

Die Umsetzung von Empfehlungen ist allerdings immer von den Rahmenbedingungen abhängig, unter denen Pflegearbeit erbracht wird. Für die Anwendung oder das Fehlen geeigneter Konzepte und Interventionen können die Pflegekräfte daher nur zum Teil verantwortlich gemacht werden. Keine noch so motivierte und qualifizierte Einzelperson kann in einem ungünstigen institutionellen Umfeld nachhaltig gute Arbeit leisten.

Entscheidend sind also sowohl die gesellschaftlichen Bedingungen als auch die Umstände in der jeweiligen Institution, sei es ein Pflegedienst, eine stationäre Pflegeeinrichtung oder ein Krankenhaus. Die immer wieder erhobene Forderung, Pflege mit mehr Menschen, Geld und Zeit auszustatten, ist und bleibt besonders in Bezug auf die Arbeit mit demenziell erkrankten Personen berechtigt. Qualität ist in der Pflege häufig an ausreichende Zeit gebunden. So wichtig niederschwellige, ehrenamtliche und ergänzende Arbeit auch ist, so dringend brauchen wir bessere Bedingungen und mehr gesellschaftliche Wertschätzung für die professionelle Pflege.

Allerdings führt es allein nicht weiter, immer wieder die Verbesserung gesellschaftlicher Bedingungen einzufordern. Ganz entscheidend ist es, in der jeweiligen Einrichtung die Bedingungen für gute Arbeit mit demenziell erkrankten Personen zu schaffen. Eine tatsächliche Umsetzung der beschriebenen Prinzipien und Konzepte geht mit einer umfassenden Personal- und Organisationsentwicklung einher



und kann nicht nebenbei als ein Thema von vielen betrieben werden (wertvolle Hinweise hierzu sind in den anderen Handlungshilfen für die Pflegepraxis der Offensive Gesund Pflegen enthalten). Die Spielräume werden hierbei häufig unterschätzt. Es ist ein großer Unterschied, ob die Leitung die Einführung solcher Maßnahmen aktiv unterstützt oder nicht.

Und schließlich: Die Bestandsaufnahme hat deutlich gemacht, dass es vor allem die stationären Pflegeeinrichtungen sind, von denen entscheidende Impulse für die Pflege von Menschen mit Demenz ausgehen. Hier ist auch die Umsetzung am weitesten vorangeschritten. Krankenhäuser, vor allem solche ohne geriatrische oder gerontopsychiatrische Fachabteilungen, stehen oft noch am Anfang. Sie sollten sich ermutigt fühlen, das Thema verstärkt wahrzunehmen und entsprechende Entwicklungsschritte voranzutreiben. Eine Kooperation mit Einrichtungen der Altenhilfe könnte dabei von entscheidendem Vorteil sein.



## Empfehlungen in Kürze

### Pflegekonzept erstellen

Konzepte helfen, die Arbeit zu begründen und zu gestalten. Neben der Auswahl ist die ernsthafte und konsequente Umsetzung des Konzepts entscheidend. Alle Maßnahmen müssen sorgfältig auf den Einzelfall abgestimmt sein und bedürfen der ständigen Überprüfung – auch im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Umsetzungsfähigkeit.

### Wertschätzung und Bestätigung vermitteln

Nachdem es früher üblich war, Demenzerkrankte mit der Welt der Gesunden zu konfrontieren, geht es bei der Validation vor allem um die Wertschätzung der demenzerkrankten Person und ihres Erlebens. Entscheidend bei der Validation ist eine Grundhaltung, die die betroffene Person akzeptiert, wertschätzt, bestärkt.

- ▶ Machen Sie sich bewusst, dass es für das uns merkwürdig erscheinende Verhalten von Menschen mit Demenz Gründe gibt. Allein dies kann entlastend wirken.
- ▶ Fördern Sie eine wertschätzende Haltung der Pflegenden im Sinn der Validation und die Integration in den pflegerischen Alltag.

### Anknüpfungspunkt Biografie

Ohne Hintergrundwissen über die Biografie sind Lebensäußerungen einer demenzerkrankten Person häufig noch schwerer zu verstehen, als dies ohnehin schon der Fall ist. Fördern Sie die Biografieorientierung und die individuelle Nutzung des biografischen Wissens im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses. Die Orientierung an der Biografie demenzerkrankter Personen beinhaltet vor allem:

- ▶ lebensgeschichtlich relevante Informationen und ihre individuelle Bedeutung für die Person festzustellen,
- ▶ aktuelle Lebensäußerungen vor diesem Hintergrund zu deuten,
- ▶ Aktivitäten und Gegenstände mit biografischer Bedeutung gezielt zu nutzen
- ▶ entsprechende individuelle Versorgungsangebote im Rahmen des jeweiligen Pflegeprozesses zu machen.





### Anregung der Sinne

Auch in fortgeschrittenen Stadien besteht die Möglichkeit, durch Anregung der Sinne mit Demenzerkrankten in Kontakt zu treten und sie zu fördern. Entwickeln und nutzen Sie die Möglichkeiten des nichtsprachlichen Austauschs und der Anregung der Sinne. Dabei gibt es unterschiedliche Ansätze. Die basale Stimulation regt gezielt die menschlichen Sinne an. Beim Snoezelen kommen Lichteffekte, Vibrationen, Musik, Gerüche und Berührungsreize zum Einsatz. Die Musiktherapie setzt auf Musik als Mittel der Kommunikation.

### Verlässliche Beziehungen aufbauen

Persönliche Beziehungen zwischen Patienten und Pflegenden sind wichtig. Auch und gerade für die Arbeit mit Menschen mit Demenz ist eine tatsächliche Bezugspflege von großem Vorteil. Bezugspflege bedeutet:

- ▶ Jede demenzerkrankte Person hat eine Pflegefachkraft, die von Anfang bis Ende der Pflegebeziehung für alle pflegerischen Belange zuständig ist. Die oder der Pflegenden kennt die Personen, für die sie zuständig ist, gut.
- ▶ Diese/r Pflegenden steuert den Pflegeprozess und ist für die Feststellung des Pflegebedarfs und die Erhebung der Biografie zuständig.
- ▶ Änderungen, z. B. im Pflegeplan, dürfen nur von den Bezugspflegerinnen selbst oder mit ihrer Zustimmung erfolgen.

### Zusammenarbeit mit Angehörigen

Ein positiver Austausch und Kontakt zwischen Pflegenden und Angehörigen von Menschen mit Demenz hilft, die Situation zu meistern. Hierzu gehören Offenheit bei der Informationsaufnahme und -weitergabe sowie ein freundliches Aufeinander zugehen, z. B. im Rahmen von Angehörigenschulungen, der Biografiearbeit oder in der alltäglichen Begegnung. Transparenz und gemeinsame Sorge sind zentrale Prinzipien in der Angehörigenarbeit.

- ▶ Bedenken Sie, dass es für die Umsetzung der Empfehlungen einer Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse Ihrer Einrichtung bedarf. Setzen Sie zunächst lieber einen Teil ernsthaft um, als sich zu verzetteln.

# Literaturhinweise

und weiterführende Informationen über Demenz

- [1] **Robert Koch-Institut:** Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28: Altersdemenz, Berlin 2005.
- [2] **Bundesministerium für Gesundheit (Hg.):** Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Berlin 2006.
- [3] **Kleina, Th. & Wingefeld, K.:** Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), Bielefeld 2007.
- [4] **Gröning, K.:** „Institutionelle Mindestanforderungen bei der Pflege von Dementen“, In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung, Frankfurt am Main 2001, S. 83–96.
- [5] **Kolanowski, A. M.:** „An overview of the Need-Driven Dementia-Compromised Behavior Model“, Journal of Gerontological Nursing, September 1999, S. 7–9.
- [6] **Halek, M. & Bartholomeyczik, S.:** Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten, Hannover 2006.
- [7] **Bräutigam, C.; Bergmann-Tyacke, I.; Rustemeier-Holtwick, A.; Schönlau, K.; Sieger, M.:** „Verstehen statt Etikettieren: Ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen“, Pflege & Gesellschaft 10 (2), 2005, S. 83–89.
- [8] **Kitwood, T.:** Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Bern 2002.
- [9] **Feil, N. & de Klerk-Rubin, V.:** Validation: Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, München, 8. Aufl. 2005.

- [10] **Richard, N.:** „Demenz, Kommunikation und Körpersprache: Integrative Validation (IVA)“, In: Tackenberg, P.; Abt-Zegelin, A. (Hg.): Demenz und Pflege: Eine interdisziplinäre Betrachtung. Frankfurt am Main 2001, S. 142–147.
- [11] **Wächtershäuser, A.:** Konzepte für die Betreuung dementer Menschen: Theoretische Modelle und ihre Umsetzung in der Praxis am Beispiel von Altenheimen in Marburg 2002. (<http://www.we-serve-you.de/anne/index.htm> (Zugriff: 26.2.2008).
- [12] **Strauß, E.; Nauroth, Th.; Müller, C.; Stotzem, G.; Fischer, C.:** Modellprojekt Sicherheit und Wohlbefinden im Alter – trotz Demenz (Projektbericht), Köln 2005.
- [13] **Johanniter-Akademie Münster:** VErO – Ein Konzept zur Systematisierung des Pflegeprozesses durch Differenzierung der Beobachtung. Unveröffentlichter Projektbericht, Münster 2005.
- [14] **Schlettig, H.-J. & von der Heide, U.:** Bezugspflege. Berlin 1995.
- [15] **Manthey, M.:** **Primary Nursing:** Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern 2005.
- [16] **Burmann, S.:** „Das Konzept der gemeinsamen Sorge: Angehörigenarbeit im Pflegeheim“, Dr. med. Mabuse 169, September/Oktober 2007, S. 50–52.
- [17] **Denzer, K. J. (Hg.):** Handbuch Angehörigenarbeit in Altenhilfeeinrichtungen. Haus Neuland Werkstattbericht 20, Bielefeld 2001.
- [18] **Robert Koch-Institut:** Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28: Altersdemenz, Berlin 2005
- [19] **Stiftung Wohlfahrtspflege NRW (Hg.):** Demenzkranke Patienten im Krankenhaus. Ein praxishandbuch für Mitarbeiter in der Pflege. Hannover 2010.
- [20] **Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln/Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung:** Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln 2012.

### Weiterführende Informationen

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft bietet vielfältige Informationen und Hilfen zum Thema Demenz an:

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.  
Selbsthilfe Demenz  
Friedrichstraße 236  
10969 Berlin  
Telefon +49 30 259 37 95-0  
[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

## IMPRESSUM

### Die andere Welt erkennen

Erfolgreiche Konzepte für die Pflege Demenzkranker

#### Fachliche Begleitung:

Dr. Ulrike Rösler, BAuA Dresden

Stephan Schwarzwälder, BAuA Dresden

#### Herausgeber:

Offensive Gesund Pflegen

c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dresden

Fabricestraße 8, 01099 Dresden

[www.inqa-pflege.de](http://www.inqa-pflege.de)

Im Rahmen der

Initiative Neue Qualität der Arbeit

Geschäftsstelle

c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Nöldnerstraße 40–42, 10317 Berlin

[info@inqa.de](mailto:info@inqa.de) [www.inqa.de](http://www.inqa.de)

**Text:** Christoph Bräutigam, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen [www.iat.eu](http://www.iat.eu)

**Textredaktion:** KonText – Oster&Fiedler, Hattingen

**Gestaltung:** eckedesign, Berlin

**Fotos:** FOX-Fotoagentur – Uwe Völkner, Lindlar/Köln

Fotos S. 4 oben, 14, 22, 24: Ute Gräske, Berlin

**Besonders herzlich danken wir den Pflegeunternehmen, die uns ihre Türen geöffnet und damit viele gute Fotografien möglich gemacht haben!**

**Redaktion:** Ute Gräske, BAuA/INQA

**Herstellung:** Bonifatius Druckerei, Paderborn

Grundlage für die Erarbeitung der vorliegenden Broschüre war das INQA-Projekt:

„Handlungshilfen für die Pflegepraxis“. Projektleitung: Christa Schalk und Christoph Bräutigam, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen

3., überarbeitete Auflage, 2015

ISBN 978-3-88261-623-1

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit vorheriger Zustimmung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

