

3. Therapie der Demenz

3.1 Medikamentöse Therapie

Eine Demenzerkrankung ist bislang nicht heilbar. Es existieren allerdings Medikamente, die den Krankheitsverlauf verzögern und die Begleitscheinungen mildern können. Die geistigen Beeinträchtigungen werden bevorzugt mit Antidementiva gelindert. Diese wirken allerdings bei allen Patienten unterschiedlich und führen in einigen Fällen zu erheblichen Nebenwirkungen.

Zu den derzeit vermutlich effektivsten Medikamenten zählen die Acetylcholinesterase-Hemmer. Diese werden in der frühen und mittleren Krankheitsphase verordnet und zögern den Verlauf der Erkrankung um bis zu zwei Jahre hinaus, in dem sie den Abbau des Botenstoffes Acetylcholin verhindern. In späteren Stadien kann eine Behandlung mit dem Wirkstoff Memantine, der eine geistig aktivierende Wirkung hat und bei einigen Patienten das Verhalten positiv beeinflusst, sowie eine Veränderung des gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus bewirken kann, erfolgen (Vgl. Schwarz, 2003).

Memantine, ein sogenannter NMDA-Rezeptorantagonist, verhindert die Überstimulierung der Nervenzellenrezeptoren, die als Andockstellen für das Glutamat dienen, in dem er sie für eine gewisse Zeit blockiert (Vgl. BMBF, 2004). Ebenfalls sinnvoll ist die Behandlung mit Psychopharmaka, um die Begleitsymptome der Demenzerkrankung zu mildern. Unruhe, Reizbarkeit und Wahnvorstellungen lassen sich mit Hilfe von Neuroleptika verringern, depressive Verstimmungen werden mit Antidepressiva behandelt. Leiden Demenzkranke unter Schlafstörungen, kann hier mit Sedativa geholfen werden. Eine Therapie der negativen Begleitscheinungen der Demenzkrankheit soll den Betroffenen zu mehr Wohlbefinden und einem gestärkten Selbstwertgefühl verhelfen, jedoch nicht über einen zu langen Zeitraum eingesetzt werden, da die Medikamente häufig starke Nebenwirkungen auslösen (Vgl. Deutsche Seniorenliga, 2004 b, S. 22).

3.2 Nichtmedikamentöse Therapien

3.2.1 Hirnleistungstraining

Welche Möglichkeiten hat man als professionelle Kraft, mittels Hirnleistungstrainings etwas bei Altersdementen zu erreichen? Besteht wirklich die Möglichkeit, dem Abbau der kognitiven Fähigkeiten auf diese Weise entgegenzuwirken oder sind alle Versuche zwecklos?

Ziele eines kognitiven Trainings bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen sind die Verbesserung und optimale Nutzung einzelner Gedächtnisfunktionen und die Verlangsamung defizitärer Entwicklungsverläufe (Vgl. Gunzelmann u. Schumacher, 1997). Gaby Schwarz verweist in ihren Ausführungen auf eine Studie des Instituts für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, in der 1991 gezeigt wurde, dass leichte demenzielle Symptome nur durch eine Kombination aus psychomotorischen Kompetenz- und Hirnleistungstrainings

gelindert werden können. Schwarz empfiehlt ein „unspezifisches Gedächtnistraining“, in dem der Patient Geschichten aus seiner Vergangenheit erzählen kann, um seine sprachlichen Fähigkeiten zu fördern. Zur Unterstützung des Bildergedächtnisses malt der Betroffene Bilder oder sieht sich Fotos an, die es ihm erleichtern, einen besseren Zugang zu seinen Geschichten zu finden. Auch das Einüben von alltäglichen Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Telefonieren oder Waschen sollten, so Schwarz, wiederholt durchgespielt und eingeübt werden (Vgl. Schwarz, 2000, 38-40).

Beispiel:

Auch ich habe in meinem Praktikum mit dem sogenannten „Hirnjogging“ gearbeitet und hierbei unterschiedliche Beobachtungen machen können. Wichtigste Voraussetzung war, eine Überforderung zu vermeiden, auf die gerade demente Patienten mit Angst und Aggression reagieren, weil sie sich mit ihrem eigenen Versagen konfrontiert fühlen. Ich stellte Fragen aus verschiedenen Themenbereichen und baute kleine Rätsel ein, bei denen ein bestimmtes Tier oder ein Gegenstand erraten werden sollte. Viele Fragen bezogen sich auf die alte Zeit. Oft mussten Oberbegriffe für genannte Wörter gefunden werden. Zum Teil las ich Verse aus Gedichten vor, die zu ergänzen waren oder ließ Städte mit einem bestimmten Anfangsbuchstaben aufzählen. Zunächst einmal zeigte sich, dass die Patienten, die unter leichten demenziellen Symptomen litten, sehr ablehnend reagierten, wenn ich mit ihnen das Gedächtnis trainieren wollte. Derartige Reaktionen zeigten sich vor allem dann, wenn die Aufgabe innerhalb einer größeren Gruppe stattfinden sollte. Bei der Durchführung stellte sich schnell heraus, dass diese Patientengruppe massive Probleme damit hatte, sich vor den geistig fähigeren Teilnehmern zu äußern. Sie nahmen erst dann teil, wenn ich erklärte, dass die Mitarbeit grundsätzlich freiwillig sei und jeder selbst entscheiden könne, wann er einen Beitrag leisten wolle. Ich gestaltete das Hirnleistungstraining so, dass ich nie jemanden direkt aufforderte, etwas zu sagen, sondern zunächst in die Richtung bestimmter Personen sah, um zu erkennen, ob eventuell doch eine Antwort beziehungsweise ein Redebeitrag zu erwarten war. Tatsächlich konnten so die Hemmungen von einigen Demenzpatienten abgebaut werden, so dass sie am Gespräch teilnahmen. In den meisten Fällen sprachen sie nach, was die anderen sagten und zeigten sich stolz, wenn man ihren Beitrag zur Kenntnis nahm. Im Verlauf des Trainings nahmen sie zunehmend reger teil und hier zeigt sich für mich ein deutlicher positiver Nebeneffekt dieser Angebote. Eindeutig festzustellen war, dass in diesen Situationen die Kommunikation und das Miteinander gestärkt wurden. Patienten, die zuvor nie etwas gesagt hatten, beteiligten sich plötzlich und unterhielten sich mit den anderen Anwesenden. War das Training vorbei und fand wieder das Zusammensitzen im Aufenthaltsbereich statt, konnte ich erkennen, dass die Patienten auch weiterhin r den Kontakt untereinander vertieften und zufriedener wirkten. Einen ähnlichen Effekt konnte ich mit dem Spiel „Vertellekes“ erzielen, das speziell für ältere Menschen entwickelt wurde, um die Kommunikation zu fördern und gleichzeitig auch das Lang- und Kurzzeitgedächtnis zu unterstützen. Bei der Gestaltung des Spiels wurde bewusst auf eine zu mannigfaltige Ausstattung und Farbwahl verzichtet. Das Spielfeld ist in Pastelltönen gehalten und enthält Felder, die in einem Kreis angeordnet sind. Auf diese werden kleine

Kärtchen mit Tiermotiven, die für bestimmte Themenbereiche stehen, gelegt. Dazu gibt es einen großen Holzwürfel, eine einzige Spielfigur für alle Teilnehmer, eine Sanduhr und große Karten, auf denen die entsprechenden Aufgaben zu den Themenbereichen stehen. Der Spieler, der gewürfelt hat, kann selbst wählen, in welche Richtung er die Figur bewegt, und zieht daraufhin eine Karte aus dem Themenbereich, der auf dem Feld angegeben ist. Er liest die Frage oder Aufgabe vor und alle Mitspieler können hierzu etwas beitragen, so dass interessante Gespräche und Schilderungen entstehen. Oft geht es bei den Themen um Tätigkeiten, die sich auf die Vergangenheit der alten Menschen beziehen. Es kommen aber auch pantomimische Aufgaben, das Nachsprechen von Zungenbrechern oder zu ergänzende Gedichte vor. Besonders beliebt sind allerdings die Karten, auf denen die Aufgabe gestellt wird, gemeinsam ein altes Volkslied zu singen. Wenn ich dieses Spiel mit meinen Patienten spielte, entstand immer eine heitere Stimmung und ich konnte beobachten, wie gerne alte Menschen, egal ob leicht dement oder nicht, über die Vergangenheit sprechen. Vor allem Menschen mit Demenz können hier positive Erfahrungen sammeln, da ihr Langzeitgedächtnis in der Regel noch gut funktioniert. Lediglich beim Vorlesen und beim Verstehen der Spielanleitung benötigten einige meiner Patienten Hilfe, die jedoch immer entweder von mir oder von anderen Teilnehmern geleistet werden konnte.

Bestätigt werden meine Beobachtungen bei Gaby Schwarz: „Da das Langzeitgedächtnis meist noch gut erhalten ist, lassen sich durch das sogenannte Erinnerungstraining die Stimmung und das Selbstwertgefühl des Patienten deutlich anheben“ (Schwarz 2000, S. 40).

Auf einen anderen Effekt eines professionell durchgeführten Hirnleistungstrainings verweist Ermini-Fünfschilling: Für sie hat die Intervention eine wichtige Funktion sowohl für die Kranken als auch deren Angehörige, denn ein „Gedächtnistraining“ klinge seriös und wecke Hoffnungen. Der Nutzen des Angebots liege nicht in der Verbesserung der kognitiven Leistungen, sondern viel mehr darin, dass die Betroffenen das Gefühl entwickeln, etwas gegen die Krankheit unternehmen zu können (Vgl. Ermini-Fünfschilling, 1997, S. 291).

3.2.2 Realitätsorientierungstraining (ROT)

Das ROT wurde 1966 von den amerikanischen Psychiatern Folsom und Taulbee entwickelt. Es hat „die Verbesserung der verschiedenen Orientierungsqualitäten sowie die Förderung der sozialen Kompetenz zum Ziel“ (Fenske- Deml, 2000, S. 242). Das Training besteht aus drei Komponenten. Zunächst muss das Pflegepersonal eine akzeptierende und wertschätzende Grundhaltung trainieren. Vermittelt werden grundlegende Informationen über die Desorientiertheit und die Anwendung des Trainings in der Kommunikation mit den Patienten. Die Voraussetzung für das Gelingen des Trainings ist, dass alle, die mit den Demenzkranken umgehen, zusammenarbeiten (Vgl. Erlemeier, 1998, S.183).

Es folgt ein 24-Stunden-Programm, in dem die Pflegekräfte und alle, die Kontakt zu den Patienten haben, die Desorientierten an das Datum, die Uhrzeit, den Ort,

ihren Namen oder die Situation erinnern. Falls der Patient eine Information oder Frage nicht versteht, wird diese wiederholt. Ihm wird die nötige Zeit zum Überlegen gewährt und es erfolgt ein Lob, wenn seine Antworten richtig sind. Gibt er allerdings eine falsche Rückmeldung, wird diese vom Kommunikationspartner in einem angemessenen Tonfall korrigiert (Vgl. Grond, 1991, S. 179). Es sollen so oft wie möglich Interaktionen stattfinden, für die biographische Kenntnisse erforderlich sind. Nur so besteht die Möglichkeit, die verbalen und auch nonverbalen Äußerungen des Dementen zuordnen zu können. In der Kommunikation muss darauf geachtet werden, den Patienten nicht zu infantilisieren und seine Persönlichkeit zu achten. Um Angstgefühle und eine Zunahme der Desorientiertheit zu vermeiden, sollte bei der Korrektur falscher Antworten sensibel vorgegangen werden und eine zu unvermittelte Konfrontation mit der Realität vermieden werden. Eine Bedingung zur Erreichung eines positiven Effekts ist die Strukturierung der räumlichen Umgebung. Es müssen Orientierungshilfen wie zum Beispiel Tafeln mit Informationen, Kalender, gut lesbare Namens- und Türschilder sowie Uhren vorhanden sein. Andenken und Bilder aus der Vergangenheit helfen den Patienten ebenfalls bei der Orientierung (Vgl. Erlemeier, 1998, S. 183-185).

Das 24-Stunden-ROT wird durch das Gruppen-ROT ergänzt. Hierbei handelt es sich um Gruppensitzungen, die möglichst fünfmal wöchentlich abgehalten werden sollen. Eine Sitzung dauert eine halbe bis eine Stunde und besteht aus drei bis sechs Personen, die von einem oder zwei Leitern betreut werden. Die Gruppen werden in verschiedene Schwierigkeitsstufen aufgeteilt, in denen bestimmte Fähigkeitsbereiche der Patienten trainiert werden. Es findet eine intensive Stimulation und Anregung statt, die Bewohner können untereinander soziale Beziehungen und Kontakte knüpfen. Wie bei den anderen ROT-Formen wird vorausgesetzt, dass die Umgebung klar strukturiert ist und das Personal konsistent vorgeht (Vgl. Gunzelmann u. Schumacher, 1997). In der einfachen Schwierigkeitsstufe befinden sich Patienten, die unter schweren kognitiven Beeinträchtigungen leiden. Alle Patienten werden mit Namen angesprochen und über die Zeit und den Ort informiert. Das Gesagte wird von den Teilnehmern wiederholt und notiert. Der Leiter stellt einfache Fragen, die auch für Demenzpatienten in fortgeschrittenem Stadium beantwortet werden können. In der Fortgeschrittenengruppe werden anspruchsvollere Aufgaben gestellt. Hierzu kann das Lesen einer Zeitung oder das Studieren eines Stadtplans gehören (Vgl. Grond, 1991, S.180).

Zum ROT existieren einige Studien, in denen die Effekte des Trainings untersucht wurden. So zeigte sich eine Verbesserung der verbalen Orientierung, die allerdings wieder abnahm, sobald das ROT nicht mehr durchgeführt wurde. Einige Kritiker äußern sich dahingehend, dass die kontinuierliche Konfrontation der Demenzkranken mit der Realität zu einem Sinken der Lebensqualität führen kann, da sich die Betroffenen ständig ihrer Defizite gewahr werden (Vgl. Radzey u. Heeg, 2001, S. 21 f).

3.2.3 Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf einen Text von Barbara Romero, der auf den Internetseiten des Alzheimerforums zu finden ist.

Die SET wurde insbesondere von Barbara Romero entwickelt und zielt darauf ab, das personale Selbst des Demenzkranken zu erhalten. Das Selbst ist als „zentrales kognitives Schema“ zu sehen und nimmt Informationen über die eigene Person sowie die eigene Umgebung auf. Aufgabe des Selbst ist es, diese Informationen zu verarbeiten und aufrechtzuerhalten. Dies schafft die Voraussetzung, Entwicklungen von Situationen vorauszusagen, Entscheidungen zu fällen, Einstellungen und Haltungen anzunehmen und sich zu orientieren. Ein stabiles Selbst ist abhängig von Selbstwert, Selbstsicherheit und Selbstständigkeit der eigenen Person. Negative Erfahrungen können zu einer Verletzung des Selbst führen, was Gefühle wie Angst, Aggression, Scham oder Depression auslösen kann. Diesen Verhaltensweisen soll mit Hilfe der Therapie entgegengewirkt werden, in dem das Selbst in seiner Erhaltung unterstützt wird. Im Verlauf der Demenzerkrankung findet eine kontinuierliche Bedrohung des Selbst statt. Die Betroffenen werden aufgrund der entscheidenden Veränderungen in ihrem Selbstverständnis, also in ihrer personalen Kontinuität, verletzt. Erlebnisarme Lebensbedingungen, der Verlust von Welt- und Selbstwissen, ein beeinträchtigter Kohärenzsinn und die zunehmenden Veränderungen der Persönlichkeit führen zu einem Verlust der Identität. Menschen mit Demenz verlieren wegen ihrer kognitiven und nichtkognitiven Einschränkungen die Fähigkeit, mit den Belastungen und Folgen der Erkrankung umzugehen, so dass der Erhalt der psychischen Gesundheit massiv gefährdet ist. In der Anwendung der Therapie werden verschiedene Hilfsmaßnahmen zur Förderung des personalen Selbst angeboten und in drei Kategorien eingeteilt, die sich überschneiden. Hierbei geht es um die Form der Betreuung, kognitive Übungsprogramme und psychotherapeutische Interventionen.

1. Bewahren der Kontinuität

Die Patienten sollen in ihrem Streben nach Erhaltung des kontinuierlichen Selbst unterstützt werden. Dies kann mit Hilfe der Umfeldgestaltung aber auch durch das soziale und kulturelle Leben geschehen. Stabilisierend auf das Selbst wirkt sich ein Erhalten des gewohnten räumlichen und dinglichen Rahmens aus.

Kontinuität bedeutet in diesem Sinne, die Umgebung möglichst konstant zu halten, da Veränderungen von den Kranken als befremdend und selbstentfremdend erlebt werden.

Eine weitere Voraussetzung ist, dass für die Patienten eine konstante Bezugsperson vorhanden ist. Für das soziale und kulturelle Leben gilt, angemessene soziale Umgangsformen und an die Gewohnheiten der Dementen angepasste Beschäftigungsangebote auszuwählen. Für die Betreuer bedeutet dies, alle Aspekte des Selbst zu erkennen und den Umgang darauf abzustimmen. Romero betrachtet es als Kunst, „ein richtiges Maß für die Berücksichtigung aller relevanten Selbstaspekte der Kranken“ zu finden. Dies wird vor allem dann schwierig, wenn Betreuer negative Empfindungen dem Kranken gegenüber entwickeln, da sich diese destabilisierend auf das Selbst des Dementen auswirken können. Romero empfiehlt daher eine Beratung für die Betreuer und Patienten.

Bezüglich der Beschäftigungsangebote muss, so Romero, unbedingt die Biographie berücksichtigt werden. Da sich die Fähigkeiten der Patienten in den Stadien der Erkrankung verändern, kann ein Gefühl der Kontinuität nur dann aufgebaut werden, wenn „Brücken zu früheren Rollen, früheren Tätigkeiten und Vorlieben“ gebildet werden.

2. Bewahren des Identitätsgefühls

Sowohl bedeutende als auch kleine Erlebnisse im Leben des Demenzkranken können den Erhalt des Identitätsgefühls fördern. Das Gefühl, „sich selbst ganz nah zu sein“ kann zum Beispiel durch körperliche Aktivitäten wie eine Bergtour und die damit verbundene Erschöpfung entstehen. Ebenso zählen Besuche und Einladungen sowie Geschenke zu den Möglichkeiten, der Erlebnisarmut entgegenzuwirken.

3. Bewahren des Kohärenzsinner

Eine Voraussetzung, um auch in belastenden Situationen den Anforderungen des Lebens gerecht werden zu können und dabei die psychische Gesundheit zu bewahren, ist das Gefühl der Kohärenz. Der von Antonovsky geprägte Begriff beinhaltet die drei Komponenten Verstehen, Zuversicht und Sinn.

Das Verstehen

In der Therapie bezieht sich das Verstehen auf Maßnahmen, die es dem Dementen erleichtern sollen, Alltagsabläufe zu verstehen, vorauszusagen und nachvollziehen zu können. Dies geschieht durch die Strukturierung des Tagesablaufs und der Umwelt. Vor allem für Menschen, die sich in einem frühen Stadium der Demenzerkrankung befinden, können diese Maßnahmen hilfreich sein, denn die Betroffenen erleben ihre Beeinträchtigungen noch bewusst, was bei ihnen Beunruhigung auslöst. Das Verstehen wird auch unterstützt, wenn der Patient über die Diagnose einer Demenz aufgeklärt wird. Ihm wird dadurch bewusst, dass seine Veränderungen nicht auf persönliches Versagen zurückzuführen sind, sondern aufgrund einer körperlichen Erkrankung entstehen. Ein weiteres Mittel, das Verstehen zu fördern, ist die Anwendung von Kommunikationstechniken in Anlehnung an die Methode der Validation nach Naomi Feil. Romero weist allerdings in ihren Ausführungen darauf hin, dass die psychodynamischen Interpretationen, die in der Validation zur Erklärung der Konflikte von dementen Menschen verwendet werden, für sie ein ungeeignetes Mittel für die Therapie darstellen.

Zuversicht

Dem Kranken soll vermittelt werden, dass er trotz seiner Krankheit mit den Anforderungen des Lebens zurechtkommen kann. Dies erfordert eine psychosoziale Unterstützung durch die Betreuer, was voraussetzt, die Pflegenden auf dementengerechte Umgangsformen vorzubereiten. Ein stabiles psychosoziales Netz kann helfen, dem Kranken ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln. Für die Unterstützung der Betroffenen ist es wichtig, sowohl Über- als

auch Unterforderung zu vermeiden. Es besteht stets ein Konflikt „zwischen den Bedürfnissen der Kranken nach Nähe und Entlastung einerseits und den Bedürfnissen nach Autonomie und Abgrenzung andererseits.“ Überforderungen können Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Ängste hervorrufen und somit die Zuversicht zerstören. Unterforderungen verhindern eine Nutzung noch vorhandener Ressourcen, was eine eigenständige Bewältigung der Lebensprobleme verhindert und zu Regression führen kann.

Der Sinn

Um das Kohärenzgefühl zu bewahren, muss die Erhaltung des Sinngefühls beim Dementen bezüglich des Lebens mit einer Demenzerkrankung unterstützt werden. Dem Patienten muss bewusst gemacht werden, dass er trotz seiner Krankheit noch Ziele haben kann. Sein Leben soll so normal wie möglich gestaltet sein und viele Aktivitäten beinhalten, für die es sich lohnt zu leben.

4. Bewahren des Selbst-nahen Wissens

Die Vertreter der SET vermuten, dass sowohl das biographische als auch das selbstbezogene Wissen der Demenzkranken durch Übungsprogramme reaktiviert werden können und somit das Vergessen verzögert wird. In Untersuchungen bei gesunden Menschen konnte festgestellt werden, dass Informationen bezüglich der eigenen Person besser erinnert werden als Informationen, die nicht selbstbezogen sind. In der praktischen Umsetzung innerhalb der Therapie wird das Übungsprogramm in drei Phasen unterteilt. In der ersten Phase geht es um die Selbst-Diagnose. Der Patient wird angehalten, frei und wenig strukturiert über sich selbst zu erzählen. Die Sitzungen finden regelmäßig statt, so dass es zu Wiederholungen von Erzählinhalten kommt. Die wiederholten Themen und Geschichten werden von Romero als Erinnerungsfiguren bezeichnet und mit Hilfe von Videoaufnahmen dokumentiert, da sie für das Selbst des Patienten nach Einschätzung Romeros von besonderer Bedeutung sind. Es erfolgt in der zweiten Phase der Aufbau eines externen Gedächtnisses. Die Videoaufnahmen werden durch Aufzeichnungen von halbstrukturierten Erzählungen zu bestimmten Themen erweitert, aber auch alte Photos, Musikstücke oder Gedichte können als Selbst-nahe Informationen aufgenommen werden. Auch im dritten Abschnitt der Übung wird der Patient dazu angehalten, über sich selbst zu sprechen. Hierzu kann er das dokumentierte Material aus den anderen Sitzungen verwenden, was ihm als Gedächtnisstütze dienen soll. In dieser Phase geht es somit um den Erhalt des Selbst-nahen Wissens durch wiederholtes Erzählen. Das Erinnern hat neben dem Erhalt dieses Wissens auch andere positive Auswirkungen. Romero erwähnt diesbezüglich, dass die Beschäftigung mit der Vergangenheit eine Distanz zu gegenwärtigen Problemen schaffen kann und somit entlastend auf die Patienten wirkt. Auch können Erinnerungen zu mehr Wohlbefinden und einer Steigerung des Selbstwertgefühls verhelfen.

5. Bewahren der emotionalen Stabilität und Erlebnisfähigkeit

Hierbei geht es um das Zusammenwirken der Effekte aus allen Teilen der Therapie. Die vermittelten Hilfen zur Erhaltung der genannten Punkte können

sich stabilisierend auf die Kranken auswirken, indem positive Gefühle bestärkt und negative Gefühle reduziert werden. Es wird aber darauf hingewiesen, dass eine medikamentöse Behandlung bezüglich einiger nichtkognitiver Störungen in die Therapie einbezogen werden muss, wenn sich psychotische Reaktionen bei den Patienten zeigen.

Barbara Romero und ihre Mitarbeiter praktizieren die Selbst-Erhaltungs-Therapie seit 1999 im Therapiezentrum der Neurologischen Klinik Bad Aibling. Die Behandlung des Demenzkranken beinhaltet neben der SET auch eine medikamentöse Therapie und die Diagnoseüberprüfung.

In ihren Ausführungen von 1997 schildert Romero ihre Erfahrungen zur Wirksamkeit der Therapie anhand eines Beispiels aus der ambulanten Behandlung einer Patientin, die unter deutlichen Lern- und Gedächtnisstörungen litt und hierauf mit depressiven Reaktionen und sozialem Rückzug reagierte. Im Rahmen der Therapie erfolgten eine medikamentöse Behandlung und die Durchführung der SET mit den oben beschriebenen Therapiephasen sowie psychotherapeutische Interventionen und Beratung für die Patientin und ihre Familie. Insgesamt dauerte die Behandlung 1,5 Jahre. Im Anschluss zeigte sich eine deutliche Abnahme der depressiven Reaktionen sowie eine Zunahme sozialer Aktivitäten wie das Besuchen von Freunden oder die Teilnahme an Reisen, was zu einem „subjektiven Gefühl des personalen Wachstums“ führte. Es zeigte sich, dass die Patientin im Verlauf der Therapie keine weiteren Störungen entwickelte. Eine Weiterentwicklung der kognitiven Defizite konnte durch das Verfahren nicht aufgehalten werden, jedoch zeigte sich eine verlangsamte Geschwindigkeit des Prozesses. Romero weist darauf hin, dass bezüglich der genannten Verbesserungen nicht eindeutig gesagt werden könne, ob diese aufgrund der therapeutischen Hilfsmaßnahmen entstanden seien, da bezüglich des Verfahrens noch keine eindeutigen aussagekräftigen Studienergebnisse vorliegen. Sie hält es allerdings für sehr wahrscheinlich, dass die SET zumindest einen großen Teil „zu dieser relativ günstigen Entwicklung beigetragen hat.“ Negative Aspekte der Therapie sind, so Romero, dass die Anwendung des Verfahrens in der ambulanten Betreuung sehr aufwändig ist. Im klinischen Rahmen erfordere das Verwalten der Daten (Material für die Übungen, „externes Gedächtnis“) sehr viel Zeitinvestitionen, „die im klinischen Rahmen nicht einfach eingebracht werden können.“ Romero erwägt in ihren Ausführungen, dass eine Verbesserung der Situation durch die Verwendung eines Computers erreicht werden könnte, der als Träger des externen Gedächtnisses die Video- und Tonbandaufnahmen ersetzen soll. Die Patienten sollen die Möglichkeit erhalten, das SET-Programm an einem Computer selbstständig zuhause durchführen zu können, wozu allerdings technische Voraussetzungen geschaffen werden müssen, die auf die Fähigkeiten der Demenzkranken abgestimmt sind (Vgl. Romero, 1997).

Da die Ausführungen der Autorin schon relativ lange zurückliegen, möchte ich an dieser Stelle hinzufügen, dass mittlerweile tatsächlich Computer in der Arbeit mit älteren Menschen angeboten werden und ich dieses Mittel bereits in meinem Praktikum anwenden konnte.

3.2.4 Milieutherapie

Wie bereits in Kapitel 3 erwähnt, steht in neueren Betreuungskonzepten die Lebensqualität alter, vor allem demenzkranker Menschen im Vordergrund. Hierbei stützt man sich vor allem auf die Erkenntnisse von Maslow, der seinerzeit bereits darauf hinwies, in welchem Maß sich die Umgebung eines Menschen auf dessen Gesundheit und Lebensqualität auswirkt. Für ihn haben alle Menschen das Bedürfnis nach Sicherheit und Selbsterhaltung, um den Anforderungen des Lebens gerecht werden zu können. Gerade Demenzkranke verlieren aber mit Fortschreiten ihrer Erkrankung die Fähigkeit, sich in ihrer häuslichen Umgebung zurecht zu finden und zu leben. Der Umzug in ein Heim stellt sie vor Probleme, die von ihnen nicht mehr selbstständig bewältigt werden können. Die Welt wird für Demente zunehmend unvertrauter, da sie nicht nur ihr Selbst verlieren, sondern auch den selbstverständlichen Charakter der Wirklichkeit. Das Bedürfnis nach Sicherheit und Selbsterhaltung kann dementsprechend nicht mehr befriedigt werden, so dass die Kranken auf Hilfe von außen angewiesen sind (Vgl. Link, 2002, S. 63 f). Aufgrund ihrer Adaptionsstörungen sind Demenzkranke nicht mehr in der Lage, sich auf die Umgebung einzustellen, so wie es bei gesunden Menschen möglich ist. Erforderlich sind daher Rahmenbedingungen, die sich den Fähigkeiten und Defiziten dieser Klientengruppe anpassen und auf diese Weise die Handlungskompetenzen fördern (Vgl. BMBF, 2004, S. 75). Nach Müller-Hergl handelt es sich bei Demenz „zunächst [um] ein soziales Problem. Von der Beziehung und dem Milieu hängt es somit ab, ob personales Leben mit Demenz gelingen kann oder ob Menschen als Personen zum Verschwinden gebracht werden“ (Müller-Hergl, 2001, S. 84). Ein Betreuungskonzept, das alle genannten Aspekte berücksichtigt, ist die Milieutherapie. Ihr liegt vor allem die Annahme zugrunde, dass die Primärsymptome der Demenz nur bedingt behandelbar sind und das Hauptaugenmerk auf die Beeinflussung der Sekundärsymptome gelegt werden muss. Indem das Umfeld und der pflegerische Umgang den Bedürfnissen Demenzkranker angepasst werden, sollen Verhaltensauffälligkeiten verringert werden, was wiederum einen positiven Effekt auf die Primärsymptome haben kann (Vgl. Füsgen, 2004, S.49). Nach Wojnar ist das Ziel der Milieutherapie, „den Demenzkranken ein menschenwürdiges, der Lebensgeschichte angepasstes und vom pathologischen Stress befreites Leben, trotz der zunehmenden Adaptionsstörungen an ihre Umwelt, [zu] ermöglichen“ (Wojnar, 2001, S. 54). Das Milieu eines Menschen besteht aus den Räumlichkeiten, in denen er lebt, der Struktur des Tagesablaufs und der Gestaltung der zwischenmenschlichen Interaktion. Die Milieutherapie zielt vor allem in der stationären Pflege und Betreuung demenzieller Menschen darauf ab, das gesamte Umfeld auf die Bedürfnisse dieser Personengruppe abzustimmen. Anders als bei anderen Therapien wird hier nicht am einzelnen Menschen angesetzt, sondern an den Bedingungen seiner Umwelt. Hierzu gehört zum einen die Beschaffenheit der Räumlichkeiten und zum anderen die soziale Umwelt mit ihren zwischenmenschlichen Interaktionen (Vgl. Egidius, 1997). Der Mensch wird nicht nur als Kranker behandelt, sondern viel mehr begleitet, unterstützt und durch Beschäftigungsangebote, die seinen Kompetenzen entsprechen, aktiviert. In den Alltag werden verschiedene therapeutische Angebote wie zum Beispiel das ROT, aber auch Ergotherapie, Spiele, sensorische Anregungen u.a. integriert. Den Bewohnern soll eine möglichst normale und selbstständige Lebensführung

ermöglicht werden (Vgl. 4. Altenbericht, 2002, S. 180 f). Ziel der Milieuthherapie ist es also, die emotionalen, kognitiven und physischen Beeinträchtigungen der Patienten zu kompensieren und ihnen dadurch zu mehr Wohlbefinden zu verhelfen (Vgl. BMBF, 2004, S.75). Um in der stationären Betreuung eine Milieuthherapie durchführen zu können, müssen allerdings einige Bedingungen erfüllt sein. Das Leben im Heim soll Wahrnehmung und Orientierung unterstützen und eine größtmögliche Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Dementierende Patienten müssen Anregungen erhalten, ohne dabei überfordert zu werden und in ihren Fähigkeiten gefördert werden. Der therapeutische Rahmen hilft ihnen, soziale Beziehungen einzugehen und diese zu unterstützen. Ebenfalls ist es von hoher Bedeutung, den Bezug des Patienten zu seinem bisherigen Lebenszusammenhang weitestgehend zu erhalten (Vgl. Michels et al., 2004, S.11).

Anforderungen an das soziale Umfeld

Das wohl wichtigste Element der Milieuthherapie ist die soziale Umgebung des Demenzkranken. Dies kann jedoch nur dann verwirklicht werden, wenn alle Berufsgruppen, die in einem Heim tätig sind, ihre Handlungen aufeinander abstimmen. Voraussetzung hierfür ist, dass ein einheitliches Konzept vorhanden ist, an dem sich alle Akteure orientieren können. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist ein bedeutender Faktor in der Optimierung der Pflege, da sie einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Bewohner hat. Schlechte Arbeitsbedingungen erzeugen ein unfreundliches Klima und wirken sich somit negativ auf die Zufriedenheit der Bewohner aus. Ein zweiter wesentlicher Faktor der Arbeit ist das Bezugspersonensystem. Demenzpatienten benötigen in ihrer Situation Konstanz, die durch feste Bezugspersonen ermöglicht werden soll. Lind schreibt in seinen Ausführungen, dass durch verschiedene Untersuchungen gezeigt werden konnte, wie sich ein häufiger Wechsel der Betreuungspersonen auf das Verhalten demenzieller Menschen auswirkt. So wurde eine vermehrte Wanderbereitschaft und Aggression beobachtet, wenn der Pflegestil als unpersönlich beschrieben werden konnte. Um eine Beziehung entstehen zu lassen ist eine Grundhaltung des Betreuenden vorausgesetzt, die von Respekt, Partnerschaftlichkeit und Akzeptanz geprägt ist. Weitere Elemente sind Einfühlungsvermögen, sowie Geduld, Ruhe und ein sensibles Gespür für die Bedürfnisse des Einzelnen. Um sich auf eine Person in dieser intensiven Form einstellen zu können, ist ein umfangreiches Wissen um die Biographie notwendig. Informationen über die Lebensgeschichte der Patienten geben Aufschluss über die persönlichen Vorlieben, Interaktionsstile und die Art, wie sie bisher Konflikte bewältigt haben. Auch lassen sich viele der spezifischen Verhaltensweisen Demenzkranker besser verstehen, wenn ein biographischer Bezug hergestellt wird (Vgl. Lind, 1996). Dies möchte ich an einem Beispiel verdeutlichen, das mir telefonisch von einer Mitarbeiterin der Autonomia GmbH mitgeteilt wurde, auf die ich an anderer Stelle noch eingehen werde:

Beispiel:

Frau Polfuß erzählte mir von ihren Erfahrungen mit Wohngruppen für Demenzkranke und die manchmal unerklärlich erscheinenden

Verhaltensweisen der Bewohner. In ihrem konkreten Fall ging es um Männer, die früher im Bergbau beschäftigt waren und heute, nach jahrelanger Verrentung, wieder das gleiche Verhalten wie zur Zeit der Berufstätigkeit zeigen. Früh morgens werden sie unruhig, als wollten sie zur Arbeit aufbrechen. Nach einer gewissen Zeit legt sich diese Aufbruchstimmung wieder, jedoch beginnt am Ende des Tages der Aufruhr von neuem (Polfuß/Autonomia GmbH, 2005).

Anhand dieses Beispiels zeigt sich, dass Demenzkranke im Verlauf ihrer Krankheit alte Rituale und Tätigkeiten aktualisieren, was von vielen ihrer Mitmenschen als völlig absurdes Verhalten gedeutet wird.

Ein weiteres Kriterium der biographischen Orientierung ist, den demenziellen Menschen unter einem anderen Gesichtspunkt zu beurteilen. Da man aufgrund der Informationen über den Patienten ein relativ vollständiges Bild der gesamten Persönlichkeit erhalten kann, besteht eher die Möglichkeit, in ihm nicht einfach nur den Kranken und Pflegebedürftigen zu sehen, sondern den Menschen als Person mit all ihren Facetten. Dies ist eine der wichtigen Voraussetzungen, einem Demenzkranken mit der oben beschriebenen Grundhaltung begegnen zu können. Für die Beziehungsgestaltung gilt es aber auch, einen angemessenen Kommunikationsstil zu pflegen. Ein demenzgerechter Kommunikationsstil zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl verbale als auch nonverbale Elemente im Umgang mit den Patienten berücksichtigt werden. Diese sollten „die Aspekte Sicherheit, Stimulierung und Geduld dergestalt enthalten, dass der Bewohner dies spürt und erfährt.“ An anderer Stelle wird auf diese Thematik unter der Überschrift Validation näher eingegangen. Ein weiterer Aspekt, der in die soziale Umgebung eines Demenzkranken integriert werden sollte, besteht in der Flexibilität der Pflegeleistungen. Da die Patienten im Verlauf der Erkrankung von einem stetigen Abbauprozess betroffen sind und die damit einhergehenden Symptome täglichen Schwankungen unterliegen, bedarf es einer genauen Analyse der jeweiligen Tagesform. Pflegerische und therapeutische Handlungen müssen somit immer wieder neu auf die Patienten abgestimmt werden, um Überforderungs- und Unterforderungssituationen zu vermeiden. Der Zeitplan, in dem Pflege und Betreuung stattfinden, sollte möglichst flexibel gestaltet sein. Lind empfiehlt, sich nicht an Zeitpunkten, sondern an Zeiträumen zu orientieren, da sich die Tagesformschwankungen auch auf die Organisation der Pflege auswirken. Eine dementengerechte Pflege bedeutet, dass sie nicht in Hektik und Stress verfällt, nur weil der Zeitplan aufgrund einer Verschlechterung des Zustandes von Patienten nicht mehr eingehalten werden kann (Vgl. Lind, 1996).

Anforderungen an das physische Umfeld

Ein dementengerechtes bauliches Umfeld zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass eine räumliche Orientierung ermöglicht wird. Aufgrund des Gedächtnisverlustes fällt es Demenzkranken schwer, sich an fremden Orten zurechtzufinden. Die Räumlichkeiten sollten daher möglichst so strukturiert sein, dass sie für die Bewohner überschaubar sind. Um dem Bewegungsdrang vieler Patienten zu entsprechen, werden barrierefreie Endlosflure oder Rundwege empfohlen (Vgl. Heeg, 1994, S. 223 f). Ein- und Ausgänge von Stationen sollten

allerdings verdeckt sein, da das Ende eines Ganges bei Demenzkranken Überforderung und somit Angst und Unsicherheit auslösen kann. Die Patienten können nicht mehr nachvollziehen, weshalb der Weg an dieser Stelle endet, und reagieren mit Hilflosigkeit (Vgl. Schmidt-Hackenberg, 2002, S.143). Als Orientierungshilfen können große Uhren, Kalender, Schautafeln und Fotos der Mitarbeiter sowie der Bewohner dienen. Auch eine besondere Farbgestaltung der Türrahmen kann den Bewohnern helfen, sich besser zurechtzufinden (Vgl. Kirchen-Peters, 2000, S.48). Die Räumlichkeiten müssen auch Gefühle von Geborgenheit, Sicherheit und Vertrautheit ermöglichen. Demenzkranke sollen sich in der Einrichtung heimisch fühlen, was vor allem durch kleine Wohngruppen erreicht werden kann. Diese sind mit vertrauten Gebrauchsgegenständen und Möbeln, die einen biographischen Bezug zu den Bewohnern haben, eingerichtet. Durch die geringere Gruppenstärke hat jeder Demenzkranke die Möglichkeit, sich in seine eigenen privaten Räume zurückzuziehen, wenn er das Bedürfnis nach Ruhe hat (Vgl. Egidius, 1997).

Aufgrund abnehmender Wahrnehmungsfähigkeiten der Dementen ist bei der Gestaltung des Wohnbereiches bzw. der gesamten Einrichtung darauf zu achten, Farbwechsel im Bodenbereich oder an den Wänden so gering wie möglich zu halten. Die Betroffenen leiden häufig unter Schwierigkeiten beim räumlichen Sehen, so dass sie Blumenmuster auf Polstern als echte Blumen oder große Musterungen von Böden als Hindernisse wahrnehmen. Bei der Auswahl der Farben haben sich Pastelltöne als beruhigend erwiesen, während grelle Farben eher Unruhe hervorrufen. Da die Patienten auch Probleme haben, bestimmte Reize aus anderen herauszufiltern, muss eine zu hohe Geräuschkulisse vermieden werden. Dennoch sollten in möglichst allen Bereichen der Einrichtungen Sinnesreize vorhanden sein, so z. B. dekorative oder nützliche Dinge. Zeitschriften, Bücher, Wandbehänge u.a. sollen für alle Bewohner zugänglich sein, auch wenn die Dinge häufig zweckentfremdet werden. In einigen Heimen werden sogenannte Snoezelenräume angeboten, in denen die Sinne behutsam angeregt werden sollen. Hier finden sich Bilder zum Ansehen, Gegenstände mit einer besonderen Struktur zum Anfassen oder auch Dinge, die Geräusche erzeugen, wenn sie bewegt werden. Dufterfahrungen und beruhigende farbige Lichtspiele sind ebenfalls Angebote des Snoezelens. Die Einrichtung eines Erinnerungszimmers, das wie ein Wohnzimmer eingerichtet und in der Auswahl der Gestaltungselemente auf den Stil der älteren Generation ausgerichtet ist, soll ebenfalls für Orientierung und Vertrautheit sorgen. Generell wird empfohlen, Erinnerungsstücke aus der alten Zeit in der gesamten Einrichtung anzubieten, damit demente Patienten sich heimisch fühlen können (Vgl. Schwarz, 2003). Zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führt aber auch, unangenehme Gerüche im Wohnbereich zu vermeiden. Dass dies allerdings in vielen Fällen nicht berücksichtigt wird, ist mir aus eigener Erfahrung bekannt:

Beispiel:

Betrat ich das Heim, in dem meine Großmutter lebte, trat mir ein starker Uringeruch entgegen. Ich habe es als sehr erniedrigend für die Bewohner empfunden, unter diesen Bedingungen im Speiseraum ihre Mahlzeiten einnehmen zu müssen. Jeder isst mit all seinen Sinnen. Es muss gut riechen und gut aussehen, damit es einem schmeckt. Wird dies missachtet, ist es „kein Wunder, wenn ältere

Menschen in solchen Situationen die Nahrung verweigern“ (Winter, 2004, S.52). *Natürlich ist es nachvollziehbar, dass das Zusammenleben vieler inkontinenter Menschen derartige Gerüche erzeugt, jedoch weiß ich aus einem anderen Heim in meiner Stadt, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, die Geruchsbelästigung zu verhindern, indem spezielle Belüftungsanlagen eingebaut oder zumindest regelmäßig die Windeln gewechselt werden.*

Gerüche können allerdings auch in positiver Weise wirken. Angenehme Düfte nach Parfum oder Kaffee können das Vertrautheitsgefühl stärken, da sie Erinnerungswert haben und die Sinne stimulieren. Küchendüfte können als Orientierung dienen, denn sie weisen auf die Tageszeit hin. Dies kann auch durch eine angemessene Beleuchtung des Heims erreicht werden. Es wird empfohlen, Lampen einzusetzen, deren Licht an die jeweilige Tageszeit angepasst werden kann. Grelles Licht sollte grundsätzlich vermieden werden, da es Sinnestäuschungen und somit Angst erzeugen kann. Da Demenzkranke häufig nicht mehr die Möglichkeit haben, die Station eigenmächtig zu verlassen aber das Bedürfnis haben, die Natur zu sehen, müssen ausreichend Fenster vorhanden sein. Hierdurch kann die Orientierung an den Jahres- und Tageszeiten ebenfalls unterstützt werden (Vgl. Schmidt-Hackenberg, S. 144, 147ff).

Anforderungen an die Tagesstrukturierung

Aufgrund ihrer Störungen bezüglich Raum, Person und Zeit können Demenzkranke nicht mehr selbst für einen sinnvoll strukturierten Tag sorgen. Sie sind dabei auf Hilfe anderer Menschen angewiesen, die ihnen Beschäftigungen und Orientierung ermöglichen, die auf die Kompetenzen der Kranken abgestimmt sind. Bei allen Angeboten muss beachtet werden, dass die Konzentrationsfähigkeit der Betroffenen soweit beeinträchtigt ist, dass die Fähigkeit, sich intensiv mit einer Tätigkeit auseinanderzusetzen, relativ gering ausgeprägt ist. Wird dies nicht berücksichtigt, können sich schnell Überforderung und Stress einstellen, was zu Unruhe oder auch Rückzug führen kann. Es empfiehlt sich daher, die gezielte Aktivität auf einen Zeitraum von maximal 20 Minuten zu begrenzen und eine anschließende Beruhigungsphase zu gewähren. Keinen Sinn hat es, den Tagesablauf bis ins kleinste Detail voraus zu planen, da Demenzkranke in ihren Handlungen und Interessen häufig sehr spontan sind. So schreibt Wirsing, dass die Patienten „umso „verrückter“ reagieren, je mehr wir ihnen gegenüber unsere geplante Struktur durchsetzen wollen“ (Wirsing, 2000, S. 324) Viel mehr sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es in erster Linie darum gehen muss, dass das Selbst und damit einhergehend das Kohärenzgefühl mit Hilfe der Tagesgestaltung unterstützt werden. Erforderlich ist daher eine Stetigkeit, also ein Tagesgeschehen, auf das sich die Kranken einstellen können, denn nur so besteht die Möglichkeit, dass sich ein Gefühl der Vorhersehbarkeit und somit Kontrolle über die Lebensumstände entwickelt. Für demenzielle Menschen sollte die Struktur des Tages aus mehreren Bestandteilen zusammengesetzt sein, die den Ablauf wie ein Ritual bestimmen. Hierzu gehören neben den gemeinsamen Mahlzeiten auch das Einbeziehen der Patienten in Tätigkeiten, die einen biographischen Bezug herstellen. Vertraute Handlungen können auf diese Weise reaktiviert und auch gefördert werden, was eine Steigerung des Selbstwertgefühls bewirken kann, denn die Demenzkranken fühlen

sich bestätigt und anerkannt. Auch Gruppenangebote sollten möglichst immer zur gleichen Zeit stattfinden und mit einem Anfangsritual begonnen werden. Da viele Patienten das Bedürfnis nach sozialen Kontakten haben, ist diese Form der Aktivierung ein wichtiger Bestandteil der Milieuthherapie. Der Isolation, wie sie in vielen Heimen anzutreffen ist, kann somit entgegengewirkt und ein Wir-Gefühl erzeugt werden. Auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung verfügen die Betroffenen noch über ein hohes Maß an Emotionalität. Bewährt haben sich daher Angebote, die sowohl einen gefühlsbetonten als auch aufheiternden Charakter besitzen. Jeder, der schon einmal mit alten Menschen gearbeitet hat, wird bestätigen können, dass sich gemeinsames Singen oder das Vorlesen von Gedichten und Geschichten positiv auf die Stimmung auswirken können. Um Stress, Überstimulierung und Überforderung zu vermeiden, sollte die Teilnehmerzahl jedoch begrenzt werden (Vgl. Lind, 1996, Schmidt-Hackenberg., 2002, S.153).

3.2.4.1 Milieutherapeutisch orientierte Wohngruppen

Vereinzelte hat in Pflegeheimen bereits eine Umorientierung in der Betreuung Demenzkranker stattgefunden. Hier hat sich vor allem das Konzept der segregativen Versorgung in Wohngruppen durchgesetzt, da sich das Zusammenleben einer hohen Personenzahl mit unterschiedlichen Belastungen als problematisch erwiesen hat. Stellt man sich vor, dass in einigen Heimen bis zu 200 alte Menschen mit den unterschiedlichsten Charakter- und Persönlichkeitsmerkmalen leben, ist gut nachvollziehbar, dass hieraus Konflikte resultieren können. Besonders die Verhaltensauffälligkeiten der Demenzpatienten werden sowohl von Pflegern als auch Mitbewohnern mit Skepsis betrachtet. Da mittlerweile international positive Erfahrungen mit dem milieutherapeutischen Ansatz sowie den Demenzwohngruppen vorliegen, wird dieses Konzept auch in Deutschland diskutiert. Träger und Personal von Pflegeheimen haben erkannt, dass sie aufgrund der wachsenden Zahl Demenzkranker vor einer großen Herausforderung stehen, der mit den derzeitigen Mitteln nicht mehr angemessen begegnet werden kann. Die Tatsache, dass bislang nur wenige Einrichtungen mit diesem Betreuungskonzept auf die Problematik reagiert haben, ist auf die Unsicherheit zurückzuführen, wie das Modell in die Praxis umgesetzt werden kann. Um die Effekte der Milieuthherapie zu beschreiben, beziehe ich mich in den folgenden Ausführungen auf ein Projekt, das Teil eines bundesweiten Modellprogramms des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend war. Es handelte sich hierbei um eine Interventionsstudie, an der sieben Einrichtungen teilnahmen. Von diesen galt das 2001 erbaute Gratmann-Haus als Referenzobjekt, da es Modellcharakter für ein demenzgerechtes Pflegeheim hatte bzw. hat. Untersucht werden sollte die Frage, „unter welchen Bedingungen für eine bestimmte Gruppe unter den Demenzkranken ein international als qualitativvoll eingeschätztes Versorgungssetting umsetzbar ist und wie sich dies auf das Befinden und Verhalten der Bewohner und auf das Belastungserleben des Pflegepersonals auswirkt“ (Heeg u. Radzey, 2002, S. 12). Hierfür wurde in allen ausgewählten Einrichtungen eine abgegrenzte Wohngruppe für mobile, mittel und schwer Demenzkranke eingerichtet, in der die Bewohner unter milieuthérapeutischer Orientierung betreut werden sollten. Die Intervention bezog

sich auf die Aspekte „bauliches Milieu“, „Hauswirtschaft und Pflegeorganisation“ sowie „Soziales Milieu“ und wurde von einem Expertenteam wissenschaftlich begleitet. Neben den baulichen Veränderungen beinhaltete das Projekt Schulungen des Personals bezüglich Einstellung und Handlungskompetenz gegenüber den Bewohnern. Es ging vor allem um die Vermittlung demenzspezifischen Fachwissens, aber auch um verschiedene therapeutische Ansätze sowie Teamentwicklung, Verbesserung der Organisation und Angehörigenarbeit.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass auch bei älteren Heimen die Möglichkeit besteht, sie in ihrer Architektur auf die Bedürfnisse Demenzkranker abzustimmen.

Abbildung 9: Bauliche Veränderungen im Ida-Scipio-Heim in Mannheim



Quelle: Heeg et al., 2003

Abbildung 9 zeigt eine Wartezone, wie sie häufig in Pflegeheimen vorzufinden ist, die im Rahmen der Interventionsstudie zu einer Wohnküche mit Essraum umgebaut wurde. Das Ida-Scipio-Heim zählt zu den Einrichtungen der älteren Generation aus den 50-er Jahren, die vorwiegend institutionellen Charakter haben. Mit Hilfe der baulichen Veränderungen konnte dieser deutlich abgemildert werden.

Abbildung 10: Lothar Christmann-Haus in Stuttgart



Quelle: ebd., 2003

In Abbildung 10 wurde aus einem Treppenabsatz ein gemütliches Wohnzimmer, um den Bewohnern das Gefühl des „sich zuhause fühlen“ zu vermitteln. Positive Effekte äußerten sich in einer Rückläufigkeit der Weglauftendenzen, was in der Auswertung zum einen auf die unauffällig gestalteten Türen und zum anderen auf die höhere Attraktivität der Betreuungsform zurückgeführt wird. Beobachtet wurde ebenfalls, dass nichtkognitive Symptome und herausfordernde Verhaltensweisen deutlich abnahmen. Hierzu zählten vor allem das „Eindringen in fremde Räume“ und das „ständige Suchen nach Zuwendung und Hilfe.“ Zurückgeführt wird dies auf die getrennte Betreuung von dementen und nicht dementen Bewohnern, wodurch Konflikte und daraus resultierende herausfordernde Reaktionen vermieden werden können. Die Gestaltung der Räume und ausreichend Bewegungsmöglichkeiten werden ebenfalls als Gründe für die Veränderungen genannt.

Bezüglich pflegerischer Interventionen reduzierte sich der Hilfebedarf aufgrund problematischen Verhaltens von 53,3 % auf 31,8 %. Aktivierende Maßnahmen nahmen von 33,9 % auf 58,9 % zu, während die Werte für ein angebotenes Selbstständigkeitstraining sich sogar von 16,2 % auf 49,1 % erhöhten. Anders als bei den nichtkognitiven Störungen trat bei den Kernsymptomen der Demenz allerdings eine deutliche Verschlechterung ein. Heeg und ihre Mitarbeiter verweisen an dieser Stelle auf neuere Forschungsbefunde, die die Annahme bestätigen, dass eine rein psychosoziale Betreuung im Hinblick auf pathologisch begründbare Symptome der Demenz nicht ausreiche. In der Zusammenfassung der allgemeinen Erfahrungen mit milieutherapeutischen Wohngruppen betonen die Projektleiter, dass dennoch für bestimmte Bewohner eine individuelle Einzelbetreuung notwendig sei, da eine alleinige milieutherapeutische Orientierung nicht zu einer Verbesserung der Lebensqualität führe (Vgl. Heeg et al., 2003, Heeg u. Radzey, 2002).

3.2.5 Musiktherapie

„Musiktherapie ist der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, 2003).

Die therapeutischen Effekte der Musik wurden bereits in der Renaissance und zur Zeit des Barocks erkannt, weshalb ihr ein positiver Einfluss auf die menschlichen Affekte zugesprochen wurde. Aus diesem Grund wurde sie zur damaligen Zeit auch als „Arztmusik“ bezeichnet, denn mit ihrer Hilfe sollten sowohl körperliche Krankheiten als auch Beeinträchtigungen des Geistes und Gemüts geheilt werden. Eine weniger medizinische Ausrichtung zeigte sich zur Zeit der Romantik im 19. Jahrhundert, wo man Musik vor allem zur Behandlung psychischer Erkrankungen einsetzte. Die heutige Forschung beschäftigt sich mit den therapeutischen Wirkfaktoren und ihrem Einfluss auf körperliches, vegetatives, psychisches sowie geistiges Erleben des Menschen. (Vgl. Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie, 2003)

In der Rehabilitation alter Menschen kann der Einsatz von Musik genutzt werden, um auf diese Weise eine breite Zielgruppe anzusprechen. Sowohl gesunde als auch kranke und pflegebedürftige Menschen mit den unterschiedlichsten Biographien und Bildungsvoraussetzungen können mit Musik erreicht werden. Ein weiterer Grund liegt darin, dass mit Hilfe der Musik alle Bereiche der menschlichen Existenz angesprochen werden. Dadurch, dass sowohl der Geist als auch Körper, Seele, Gefühle und die Beziehungsebene erreicht werden können, kann dieses Mittel einen Beitrag dazu leisten, Pflegeheimbewohner im therapeutischen Kontext beizustehen (Vgl. Füller, 1994, S. 38 f).

Zu den therapeutischen Methoden zählen die Singtherapie in Gruppen, das instrumentale Improvisieren und Bewegungs- bzw. Tanztherapie. Sie zielen darauf ab, „emotionale Prozesse in Gang zu setzen, die den Menschen befähigen, ästhetisch sensibel und aufnahmefähig zu werden und dadurch auch wieder den verlorenen Kontakt zur Umwelt aufzubauen“ (Vgl. ebd., S. 148). Durch den Aufbau des Kontaktes kann ein Mensch auf sich aufmerksam machen und die Fähigkeit gewinnen, „die Welt um sich herum wieder besser zu erkennen“ (Vgl. ebd., S. 148). Insbesondere für Demenzpatienten kann somit der Einsatz von Musik als Brücke zur Außenwelt dienen und zu einer Verbesserung der Wahrnehmung führen. Die Aufnahme akustischer Reize durch Musikhören und Musizieren führt zu körperlichen Reaktionen, die sich messen lassen. Ein EKG zeigt, dass Gehirnströme und Herzschlag sich verändern. Je nach Tempo der Musik wird der Puls schneller oder langsamer. Durch emotionale Erregung, die durch Musik ausgelöst wird, kann sich ein Absinken des Hautwiderstandes einstellen, so dass die Aufnahme von Reizen verbessert wird. Auch die Tatsache, dass Musik sogar im Schlaf aufgenommen wird und die Inhalte von Träumen beeinflusst zeigt, wie stark ihre Wirkung auf den Menschen ist (Vgl. ebd., S. 32 f). In Altenheimen kommt insbesondere die rekreative Musiktherapie zum Einsatz, die eine unterhaltende Form des Musikeinsatzes in der Gruppe darstellt. Sie zielt vor allem darauf ab, die Isolation alter Menschen von der Umwelt und das daraus resultierende Sich-auf-sich-selbst-Zurückziehen zu verhindern. Berücksichtigt werden auch das sinkende Selbstbewusstsein und die fehlende Selbstachtung, sowie die Abnahme der geistigen Kräfte, der mit Hilfe von musikalischer Intervention entgegen gewirkt werden soll. Da der Umzug in ein Heim häufig mit einem Verlust der Lebensfreude verbunden ist, kann hier ebenfalls durch Musik eine Verbesserung des Wohlbefindens erreicht werden. (Vgl. ebd., S. 146-148). Die Anwendung von Musik kann als Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen, wobei Füller darauf hinweist, dass Einzelmaßnahmen in Altenheimen eher selten angewendet werden. Aufgrund fehlender Zeit ist es in der Regel nicht möglich, sich intensiv um einzelne Personen zu kümmern und auch die Intervention in kleinen Gruppen mit bis zu fünfzehn Teilnehmern gestaltet sich relativ schwierig. Weiterhin unterschieden werden die gerichtete und ungerichtete Musiktherapie. Bei der ungerichteten Form handelt es sich um Musikstücke, die zu bestimmten Zeiten zum Beispiel in separaten Sitzgelegenheiten für die Senioren gespielt werden, so dass die Bewohner diese Orte als Treffpunkte nutzen können, sowohl um der Musik zu lauschen, als auch mit anderen Bewohnern regelmäßig zu kommunizieren. Die gerichtete Therapie bezieht sich darauf, einzelnen Bewohnern bei der Erschließung neuer Betätigungsbereiche zu helfen und ihnen damit aus der Isolation zu verhelfen (Vgl. ebd., S. 47-49).

Nach Harms und Dreischulte, auf deren Buch „Musik erleben und gestalten mit alten Menschen“ (1995) sich die folgenden Ausführungen beziehen, wird durch das Singen von Liedern die Stimmung beeinflusst, so dass melancholische und traurige Gefühle aufkommen können. Ebenso kann Singen auch eine aufheiternde Wirkung erzeugen. Die meisten Menschen verbinden mit bestimmten Liedern Erfahrungen, die sie erlebt haben. Hört man in einer traurigen Situation ein Lied, findet meist eine Verknüpfung statt, sodass beim Hören eines Liedes zu einem späteren Zeitpunkt die damaligen Gefühle wieder aktualisiert werden. Auf diese Weise denkt man zum Beispiel automatisch an einen schönen Urlaub zurück, wenn man eine Melodie aus dieser Zeit hört. Gemeinsames oder einzelnes Singen kann zur Entspannung beitragen, was sich insbesondere auf nervöse und unruhige Demenzpatienten positiv auswirkt (S. 7, 199).

Der gezielte Einsatz musiktherapeutischer Methoden ist in der Altenpflege von hoher Bedeutung, da Heimbewohner nur noch wenig Selbstbestätigung erhalten. Die Konsequenz ist häufig, dass sich die Menschen ihrer Fähigkeiten nicht mehr bewusst sind und dies zu einer Abnahme des Selbstwertgefühls führt. Singt man mit ihnen ein altes Volkslied wird deutlich, wie gut ihr Gedächtnis funktioniert. Selbst Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium verfügen in der Regel noch über alle Liedertexte aus ihrer Kindheit und Jugend und sind von Stolz erfüllt, wenn sie diese verbliebene Fähigkeit vor den Mitbewohnern präsentieren können. Die Gründe für dieses Phänomen liegen darin, dass zum einen Melodien besser im Gedächtnis gespeichert werden als Worte und zum anderen Volkslieder Teile des Langzeitgedächtnisses sind, dessen Inhalte über einen sehr langen Zeitraum noch abrufbar sind. Da es früher üblich war, Volkslieder zu hören und zu singen, können sie heute als Brücke zur Biographie Demenzkranker genutzt werden (S. 8, 199). Das Hören von Musik lässt Bilder aus der Kindheit und Jugend wieder aufleben und regt die Fantasie an, da man sich in eine andere Welt versetzen kann. Deutlich wird der Zusammenhang zwischen Leib und Seele, da die positive Beeinflussung der Stimmung zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führt und somit die Lebensqualität von Demenzpatienten erhöht. (S. 200).

Positive Effekte des Singens und Musikhörens entstehen allerdings nicht nur für das psychische Befinden alter Menschen, sondern auch für den Körper. Da im Alter die Atmung häufig zu flach ist und dies zu einer verringerten Durchlüftung der Lunge führt, kann mit Hilfe des Singens ein Atemtraining erfolgen, das die Lungenfunktion erhöht. Das Singen in einer Gruppe führt zu einer fröhlichen Stimmung, die bei den meisten Menschen Bewegungen auslöst. Da in diesem Fall zwei Tätigkeiten gleichzeitig ausgeführt werden, dient das Singen auch als Übung der Koordinationsfähigkeit, was sich wiederum positiv auf die Konzentration der Senioren auswirkt. Insbesondere Demenzkranke, die unter dem Verlust der Sprache leiden, finden im Singen alter Lieder eine Möglichkeit, sich zu artikulieren, da das gesungene Wort leichter über die Lippen kommt als das gesprochene (S. 9 f). Für das Singen in einer Gruppe ist es erforderlich, den Stimmungsgehalt der ausgewählten Lieder zu berücksichtigen. Der Gruppenleiter muss ein sensibles Gefühl für die Stimmung der Teilnehmer entwickeln, um geeignete Lieder auswählen zu können. Herrscht insgesamt eine eher betrubte Stimmung, sollte das Eingangslied diese widerspiegeln und auf diese Weise den Teilnehmern ermöglichen, ihre Gefühle durch das Singen auszudrücken. Harms und Dreischulte empfehlen jedoch eine ausgewogene Mischung aus ruhigen und aufheiternden Liedern, um eine dauerhafte melancholische Stimmung zu

vermeiden. Vermieden werden müssen krasse Stimmungswechsel, da diese nicht gut nachvollzogen werden können. Bekanntheitsgrad der Lieder und der Geschmack der Senioren sind weitere Aspekte, die unbedingt berücksichtigt werden sollten. Um Singhemmnungen abzubauen eignen sich bekannte Lieder, da sie allen Teilnehmern vertraut sind. Hierzu zählen das Volksliedgut, alte Schlager und auch religiöse Lieder. Insgesamt sollte eine Gruppensitzung abwechslungsreich gestaltet sein und den Teilnehmern die Möglichkeit gegeben werden, an der Auswahl der Lieder mitwirken zu können (S. 11-14). Gemeinsames Hören von Musik kann als Training des Gedächtnisses gestaltet werden, zum Beispiel durch Fragen nach dem Titel oder Sänger. Ebenso kann der Gruppenleiter die Teilnehmer dazu anregen, über ihre Empfindungen beim Hören der Musik zu sprechen. Für Demenzpatienten sind Ratespiele, deren Fragen sich auf Melodien der Kindheit und Jugend beziehen geeignet, da die Funktion des Langzeitgedächtnisses angeregt wird. Haben sie eine Frage korrekt beantwortet, stellt dies für demenzielle Menschen ein Erfolgserlebnis dar. Aufgrund der beeinträchtigten Konzentrationsfähigkeit sollten Angebote dieser Art allerdings auf eine Dauer von fünfzehn Minuten begrenzt sein, um die Teilnehmer nicht zu überfordern (S. 208 ff). Gemeinsames Musizieren ist eine weitere Möglichkeit der Musiktherapie, um desorientierten Menschen dabei zu helfen, sich auszudrücken. Insbesondere die Abnahme der sprachlichen Fähigkeiten führt zu einem Verlust der kommunikativen Ausdrucksmöglichkeiten, so dass verstärkt der nonverbale Kontakt in den Mittelpunkt der Betreuung tritt. Trotz des Abbaus der kognitiven Leistungen verfügen Demenzkranke über ein intaktes Rhythmusgefühl, was die Wichtigkeit des Einsatzes von Musik in der Arbeit mit dieser Zielgruppe unterstreicht (S. 78). Ein weiteres Problem liegt in der im Alter häufig auftretenden Beeinträchtigung der Bewegungen, dem ebenfalls mit der Methode des Musizierens begegnet werden kann. Die Handhabung vieler Instrumente erfordert keine besonderen geistigen und motorischen Fähigkeiten, so dass sie nahezu von jedem gespielt werden können. Insbesondere die sogenannten Orff-Instrumente wie zum Beispiel Schlagstäbe, Kastagnetten, Rasseln, Triangeln oder Bongos sind einfach in der Anwendung und besitzen einen hohen Aufforderungscharakter. Ein weiterer Vorteil dieser Instrumente liegt darin, dass man sie zusammen mit den Heimbewohnern selber herstellen kann, was ein interessantes Beschäftigungsangebot darstellt.

Berücksichtigt werden müssen allerdings die Fähigkeiten und Fertigkeiten der alten Menschen. Vor allem Demenzkranke können häufig die Anweisungen nicht mehr nachvollziehen und dementsprechend keine Handlungsabläufe koordinieren. Vorteilhaft sind Gruppen mit einer gemischten Leistungsfähigkeit, so dass die unterschiedlich schweren Arbeitsgänge gezielt unter den Teilnehmern aufgeteilt werden können. Auf diese Weise lassen sich die unterschiedlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten fördern und differenziert einsetzen. Die Verwendung von Instrumenten wirkt sich wie das Singen auf die Stimmung eines Menschen aus, da durch die Beanspruchung noch vorhandener Ressourcen das Selbstwertgefühl gestärkt wird. Dadurch, dass für die Bedienung einiger Instrumente eine gezielte Koordination der Abläufe erforderlich ist, werden sowohl die körperlichen als auch die geistigen Fähigkeiten gefordert und somit auch gefördert, was zu einer verbesserten Aufmerksamkeit und Konzentration führt. Feinmotorische und auch grobmotorische Bewegungen werden durch das Variieren des Tempos, der Lautstärke und Rhythmen beansprucht und somit ebenfalls verbessert (S. 62-69).

Da viele Menschen beim Musizieren zunächst gehemmt sind, müssen sie langsam mit den Instrumenten vertraut gemacht werden. Der Gruppenleiter sollte niemanden zwingen, am Musizieren teilzunehmen und den Teilnehmern Zeit lassen, ihre Hemmungen abzubauen. Zu berücksichtigen sind in jedem Fall die Vorlieben der Senioren, so dass sie sich selbst ein Instrument aussuchen können. Für Demenzpatienten empfiehlt sich die Auswahl von Instrumenten, die weder zu laut sind noch gezielte Einsätze erfordern (S. 76-79).

Sowohl psychische als auch körperliche Effekte können auch mit einer Kombination aus Musik und Bewegung erzielt werden, wie zum Beispiel beim Tanzen oder bei der täglichen Gymnastik. Viele Patienten stellen erst auf diese Weise fest, dass sie doch noch in der Lage sind sich zu bewegen, und verbuchen dies als Erfolgserlebnis. Durch körperliche Aktivitäten werden Menschen ausgeglichener, was insbesondere für Demenzkranke von hoher Wichtigkeit ist. Beachtet werden muss allerdings, dass sie aufgrund der beeinträchtigten Merkfähigkeit und Reaktion einem Zuviel an Bewegungswechseln nicht mehr gewachsen sind, was ein langsames Einüben der Abläufe und eine Vermeidung von zu hohen Anforderungen erforderlich macht. Neben einer Verbesserung der Beweglichkeit der Gelenke fördert dieses Angebot auch die Funktion von Herz und Kreislauf und trainiert durch die Kombination von zwei Tätigkeiten das Gedächtnis und die Konzentration (S. 137 ff, 147). Zu berücksichtigen ist bei der Anwendung von Musik und Bewegung, dass alle Aktivitäten auf die Fähigkeiten der Teilnehmer abgestimmt sind. Es gilt insbesondere bei demenziellen und körperlich beeinträchtigten Menschen, Überforderungssituationen zu vermeiden, und die Anforderungen gegebenenfalls an diese Personengruppe anzupassen. Hierbei ist es wichtig, die anderen Teilnehmer nicht zu unterfordern und allgemein die Möglichkeit zu schaffen, dass jeder die Bewegungen seinen Fähigkeiten entsprechend ausführen darf (S. 167-170). Die sozialen Aspekte aller genannten Verwendungsmöglichkeiten von Musik in der Arbeit mit alten Menschen liegen vor allem in der Förderung der Kommunikation. Trotz der häufig großen Anzahl von Bewohnern in Pflegeheimen leben viele eher isoliert. Durch gemeinsame musikalische Aktivitäten kommen sie jedoch miteinander ins Gespräch und unterhalten sich, angeregt zum Beispiel durch die erinnerungsauslösende Wirkung der Musik, über vergangene Zeiten (S. 9, 200). Geistig und sprachlich beeinträchtigte Menschen erhalten die Möglichkeit, nonverbal mit anderen Bewohnern des Pflegeheims in Kontakt zu treten. Das soziale Verhalten wird gefördert, da die Teilnehmer innerhalb der Gruppenangebote Rücksicht aufeinander nehmen müssen (S. 64 f).

Zusammenfassend sollen noch einmal die besonderen Effekte der Musiktherapie im Hinblick auf demenzielle Patienten dargestellt werden:

Die Tatsache, dass Demenzkranke insbesondere auf der emotionalen Ebene erreichbar sind, spricht für die Anwendung von Musik in der Pflege. Sie erhalten hierdurch eine Möglichkeit, sich nonverbal zu artikulieren und werden in ihrem Selbstwertgefühl bestärkt, da die noch vorhandenen Ressourcen sichtbar gemacht werden können. Musiktherapie fördert dazu die sozialen Kompetenzen der Heimbewohner, was auch eine verbesserte Integration der Demenzkranken mit sich bringt. Vor allem die Fähigkeiten des Langzeitgedächtnisses können mit Hilfe musiktherapeutischer Intervention aktiviert werden, da eine biographische

Orientierung berücksichtigt wird. Durch Erinnerungen, die von Melodien der Vergangenheit ausgelöst werden, können Demenzkranke Gefühle von Vertrautheit und Sicherheit entwickeln, was besonders im Hinblick auf das Wohlbefinden von hoher Bedeutung ist. Durch die körperliche Wirkung der Musik lösen sich Spannungen bei den Patienten, so dass sie insgesamt ruhiger werden. Durch die jahreszeitlich geprägten Inhalte vieler Lieder kann die Orientierung gefördert werden wie auch durch die regelmäßige Anwendung musiktherapeutischer Sitzungen im Heimaltag.