

3.2.4 Milieuthherapie

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 Milieuthherapie. 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 Milieuthherapie, „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 Milieuthherapie 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 Milieuthérapeutisch orientierte Wohngruppen

Vereinzelt hat in Pflegeheimen bereits eine Umorientierung in der Betreuung Demenzkranker stattgefunden. Hier hat sich vor allem das Konzept der segretativen 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 milieuthérapeutischen 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 Milieuthérapie 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 ausreicht. 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)