

Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Fakultät Wirtschaft & Soziales
Department Pflege & Management
Dualer Studiengang Pflege (BA)

Konzepte
zur Versorgung von geistig
behinderten Menschen mit
demenzieller Erkrankung

Bachelor-Arbeit

Eingereicht von: Linda Iversen



Abgabetermin: 01.06.2012

Erstkorrektorin: Prof. Petra Weber
Zweitkorrektorin: Dr. Sünje Prühlen

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	S.1
2 Geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung – Ursachen der Entstehung einer neuen Pflegeklientel	S.2
3 Beschreibung der neuen Zielgruppe in der Pflege – Kennzeichen und besondere Anforderungen in der Pflege	S.4
4 Pflegekonzepte	S.9
4.1 Forschungsstand	S.10
4.2 Pflegekonzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen	S.11
4.2.1 Biografiearbeit	S.11
4.2.2 Milieutherapie	S.12
4.2.3 Personenzentrierter Ansatz	S.13
4.2.4 Validation nach Feil	S.14
4.3 Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen	S.15
4.3.1 Affolter-Modell	S.15
4.3.2 Basale Stimulation	S.16
4.3.4 Sensorische Integration nach Ayres	S.17
4.4 Zusammenfassung, Gegenüberstellung und kritische Betrachtung der Konzepte	S.18
4.4.1 Konzepte zur Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung	S.19
4.4.2 Konzepte zur Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung	S.27
5 Diskussion: Pflegekonzepte für geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung	S.32
5.1 Zusammenfassender Vergleich aller Konzepte	S.32
5.2 Welche Konzepte werden den Unterstützungsbedarfen geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung gerecht?	S.33
6 Fazit	S.41
7 Ausblick	S.43
8 Literaturnachweis	S.45
9 Eidesstattliche Erklärung	S.47

1 Einleitung

Zum ersten Mal in Deutschland kommen wir in eine Phase, in der Menschen mit geistiger Behinderung so alt werden können, dass die Gesellschaft sich Gedanken über die persönliche Entwicklung, die Versorgung und auch die Pflege dieser Menschen im Alter machen muss.

Wie vielfach in Studien nachgewiesen, stehen demenzielle Erkrankungen stark mit dem Alter im Zusammenhang.¹ Aufgrund der oftmals mit geistigen Behinderungen einhergehenden somatischen Erkrankungen kommt es häufig zu einem verfrühten Alterungsprozess in dieser Gruppe. Das heißt, biologisch gesehen altert ein Mensch mit geistiger Behinderung schneller als jemand ohne Behinderung (vgl. Bleeksma, 1998, S.27). Somit kommt er auch schneller in ein biologisches Alter, in dem eine demenzielle Erkrankung auftreten kann.

Pflegende sind bei der Pflege von demenziell erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung vor eine neue Herausforderung gestellt. Ein Problem ergibt sich darin, dass diese spezielle Personengruppe entweder in Einrichtungen der Versorgung für geistig behinderte Menschen betreut wird, wo das Personal jedoch meist nicht geschult wurde, mit demenziellen Erkrankungen umzugehen. Oder aber die Versorgung findet in Einrichtungen der Altenpflege statt, in denen die Pflegenden wiederum häufig in dem Umgang mit geistig behinderten Menschen überfordert sind.

Die Praxis zeigt, dass es für geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung noch kein einheitliches Modell gibt, das im Pflegealltag Verwendung findet. Die vorliegende Arbeit nimmt diese Lücke in der Versorgung zum Anlass, um folgender Frage nachzugehen: Nach welchem pflegerischen Konzept können geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung versorgt werden?

Es gilt zu untersuchen, welche Unterschiede diese besondere Zielgruppe der Menschen mit demenzieller Erkrankung und geistiger Behinderung bei der Pflege im Vergleich zu Alternden ohne Behinderung aufweisen und ob bzw. inwiefern pflegerische Konzepte aus der Versorgung demenziell erkrankter Personen sowie der Versorgung geistig behinderter Menschen aufgegriffen und für diese Gruppe angepasst werden können.

In der folgenden Ausarbeitung sollen zu Beginn die Ursachen für das relativ neue Phänomen der geistig behinderten Menschen mit demenzieller Erkrankung erläutert

¹ Umfassende Ergebnisse diesbezüglich lieferte u.a. folgende Studie: Hérbert, R. et al. (1997). Canadian Study of Health and Ageing. Geriatric University Institute, Ottawa/Kanada.

werden. Im Anschluss daran wird diese neue Zielgruppe beschrieben, indem ihre Besonderheiten und die speziellen Anforderungen, die mit der Pflege dieser Zielgruppe verbunden sind, aufgezeigt werden. Im weiteren Verlauf wird ein Überblick darüber gegeben, welche pflegerischen Konzepte aus der Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung einerseits und geistig behinderter Menschen andererseits in der Pflege Verwendung finden. Im letzten Teil werden schließlich die Ergebnisse der vorangegangenen Teile diskutiert, um zu klären, inwiefern Konzepte dieser beiden Bereiche den Unterstützungsbedarfen geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung gerecht werden und wie sie sich für die Versorgung dieser Personengruppe eignen. Abschließend werden die Ergebnisse in einem Fazit zusammengefasst und ein Ausblick gibt Auskunft zu möglichen weiterführenden Fragen, welche sich aus den Erkenntnissen dieser Arbeit ergeben.

2 Geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung – Ursachen der Entstehung einer neuen Pflegeklientel

Nie zuvor in der geschichtlichen Entwicklung haben Menschen, sowohl in den Industrieländern als auch in den Entwicklungsländern, ein durchschnittlich so hohes Alter erreicht wie heute (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 1993, S.9).

Ein Grund dafür ist der medizinische Fortschritt der letzten Jahrzehnte, der die Lebenserwartung ansteigen lässt. Kontinuierliche Verbesserungen wie z.B. in Bezug auf die Antibiotikatherapie, die Behandlung von Infektionskrankheiten wie auch korrektive Herzchirurgie (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte, 1993, S.75) ermöglichen es, dass Menschen immer älter werden. Auch Verbesserungen in der Ernährung, der Hygiene und der Gesundheitsvorsorge tragen ihren Teil dazu bei (Bleeksma, 1998, S.26).

Die gestiegene Anzahl älterer Frauen und Männer² bedeutet, dass als Teil davon auch zunehmend behinderte Menschen sehr alt werden. Die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung nähert sich somit der Lebenserwartung von Menschen ohne Behinderung zunehmend an (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2001, S.12/13). Sie sind von den

² In diesem Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

altersspezifischen Veränderungen, wie z.B. dem normalen körperlichen Alterungsprozess, in unserer Gesellschaft gleichermaßen betroffen wie die übrige Bevölkerung.

In Deutschland ist dieses Phänomen des alternden behinderten Menschen aufgrund der geschichtlichen Entwicklung erstmalig. Durch die Tatsache, dass Menschen mit Behinderung dem sog. Euthanasie-Programm der Nationalsozialisten zum Opfer gefallen sind (vgl. Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2001, S.12), erreicht nun zum ersten Mal eine Generation der geistig behinderten Menschen das höhere Alter^{3, 4}. Die Euthanasie-Morde des Dritten Reiches spielen nun demografisch keine Rolle mehr und so tritt heute das auf, was in anderen europäischen Ländern bereits vor einigen Jahrzehnten aufgetreten ist: das Phänomen des alternden Menschen mit Behinderung, über den wir in Deutschland recht wenig wissen. Die Basis gesicherten Wissen zu diesem Personenkreis ist schmal, die Ratlosigkeit sogar unter Experten beträchtlich und zu Überlegungen bezüglich „Lebenssituation, Bedürfnissen und Ansprüchen [gibt es] weit mehr Fragen als Antworten“ (Wieland, 1997, S.9).

Noch nie gab es so viel gestaltungsfähige und gestaltungsbedürftige Zeit im Alter eines Menschen. Die Lebensphase „Alter“ nimmt also mehr Raum im Leben eines Menschen ein. Dies betrifft gleichermaßen Menschen mit Behinderung. Es ist somit davon auszugehen, dass es sowohl für körperlich, als auch geistig behinderte Menschen, „ zu einer individuellen und kollektiven Aufwertung des Alters als eigenständige Lebensphase kommt“ (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2001, S. 13 Mitte).

Durch die zunehmende Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung treten auch bei diesem Personenkreis demenzielle Erkrankungen⁵ häufiger auf als früher (Furger et al., 2006, S.15 oben), da ein Zusammenhang zwischen Alter und demenziellen Erkrankungen (vgl. Grond, 2005, S.17) besteht. Neben der recht neuen Erscheinung des alternden Menschen mit Behinderung, ist es also absehbar, dass auch diese Personengruppe

³ ‚Höheres Alter‘ bedeutet ab dem 70. Lebensjahr (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, 2007).

⁴ vor dem Dritten Reich war die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung so niedrig, dass das Alter gar nicht erst erreicht wurde.

⁵ Nach der *International Classification of Diseases* ist eine demenzielle Erkrankung eine Untergruppe organischer, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen und wird folgendermaßen definiert: Die Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

Es wird unterschieden zwischen Alzheimer-Demenz, Vaskuläre Demenz, Demenz bei anderorts klassifizierten Demenz (d.h. ausgelöst durch andere Erkrankungen, z.B. Morbus Parkinson) und nicht näher bezeichnete Demenz (ICD-10, 2012, Kapitel V, Code F00-F03).

demenzielle Erkrankungen aufweist. Menschen mit Behinderung *und* demenzieller Erkrankung spielen eine Rolle in der geriatrischen Pflege und in der Versorgung Behinderter.

Die vorliegende Arbeit diskutiert die Frage, nach welchem Konzept Menschen mit Behinderung und demenzieller Erkrankung versorgt werden können. Aufgrund der gebotenen Kürze dieser Arbeit wird lediglich auf Menschen mit demenzieller Erkrankung und *geistiger* Behinderung⁶ eingegangen.

3 Beschreibung der Zielgruppe - Kennzeichen der Zielgruppe und besondere Anforderungen in der Pflege

Zur Gestaltung der Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung bedarf es an neuen Konzepte. Bezüglich der Versorgung werden fortan sowohl an die Alten- als auch die Behindertenhilfe neue Anforderungen gestellt. Es gilt, geeignete Versorgungsstrukturen zu schaffen, welche die Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe geistig behinderter und demenziell erkrankter Menschen berücksichtigen.

Bevor jedoch Konzepte jeweils aus den Bereichen der Versorgung demenziell Erkrankter und der Versorgung geistig Behinderter vorgestellt und anschließend diskutiert werden, gilt es zu klären, ab wann von einem geistig behinderten Menschen im Alter, speziell mit demenzieller Erkrankung, gesprochen wird. Zudem sollen pflegerische Besonderheiten dieser speziellen Personengruppe beleuchtet werden.

Eine allgemein anerkannte Definition des Personenkreises alternder Menschen mit geistiger Behinderung ist in der Literatur nicht zu finden. Es ist zwar immer wieder auf ihre Existenz hingewiesen, aber einzelne Kriterien zur Beschreibung sind nicht vorhanden

⁶ eine eindeutige und allgemein akzeptierte Definition dieser Personengruppe existiert nicht. Je nach medizinischer, psychologischer oder soziologischer Betrachtungsweise unterscheidet sich das Begriffsverständnis. Eine in der Medizin anerkannte Definition ist die des ICD-10. Die geistige Behinderung wird hier folgendermaßen definiert: ‚Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten.‘ Es wird unterschieden zwischen leichter, mittelgradiger, schwerer und schwerster Intelligenzminderung, dissoziierte Intelligenz und andere und nicht näher beschriebene Intelligenzminderung. Aufgrund der Betrachtungsweise, die lediglich die ‚Intelligenzminderung‘ beleuchtet, gilt diese Definition in vielen anderen Disziplinen als unzureichend.

oder werden von Experten zu Experten unterschiedlich definiert (vgl. Wieland, 1997, S.68).

Die Grenze zum Alter ist bei Menschen ohne geistige Behinderung deutlicher definiert als bei Personen mit geistiger Behinderung. Das Alter ist bei ersteren amtlich gekennzeichnet durch die Pensionierung, wohingegen der Beginn des Alters bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung weniger klar definiert ist (vgl. Furger et al., 2006, S.10).

Besonderheiten des Alters bei Menschen mit geistiger Behinderung werden von Bleekma in seinem Buch von 1998 dargelegt. Er erläutert, das Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung sei schwer am biologischen Alter oder einen konkreten Altersgrenze festzumachen, sondern sei vor allem an psychologischen Faktoren zu beobachten. Diese seien das Bedürfnis nach einem ruhigeren Leben, eine allgemeine Abnahme beim Tempo und der Qualität der Selbstständigkeit sowie Anzeichen körperlicher Alterung. Grundsätzlich würden diese Faktoren auch für Menschen ohne geistige Behinderung gelten (vgl. Furger et al., 2006, S.10).

Ein Grundsatz der Pflege besteht darin, die individuellen Bedürfnisse der zu Pflegenden zu berücksichtigen. Ebenso verhält es sich bei demenziell Erkrankten mit geistiger Behinderung: Je nach Grad der Behinderung und Alterserscheinungen entstehen bei alternden Menschen mit geistiger Behinderung unterschiedlichste Unterstützungsbedarfe (vgl. Furger et al., 2006, S.76). So stellt sich die Lebenssituation für eine „selbstständige ältere Person mit einer leichten Form der geistigen Behinderung (...) deutlich anders dar als die Lebenssituation einer auf Hilfe angewiesenen gleichaltrigen Person mit einem schweren Grad der Behinderung (...)“ (Furger et al., 2006, S.76). Und der Fokus bei der Versorgung einer z.B. mittelschwer geistig behinderten Person, die jedoch selbstständig ist, liegt woanders als bei jemandem, der eine leichte geistige Behinderung hat, sich aber dennoch schwer allein zurechtfindet. Solche Unterschiede müssen bei der Pflegeplanung und bei pflegerischen Maßnahmen berücksichtigt werden, um den Bedürfnissen des zu Pflegenden gerecht zu werden.

Eine Schwierigkeit ergibt sich für geistig Behinderte bei der Vorbereitung auf die bevorstehende Phase des Älterwerdens. Personen, die sich mit dieser Phase des Lebens auseinandersetzen und sich so gedanklich darauf vorbereiten, scheint es deutlich leichter zu fallen, sich mit der neuen Lebensphase zu arrangieren (vgl. Furger et al., 2006, S.70/71). Über diese Fähigkeit verfügen Menschen mit geistiger Behinderung oftmals nur eingeschränkt, da ihnen häufig die intellektuelle Möglichkeit fehlt, sich in dem Maße wie Menschen ohne Behinderung mental auf die bevorstehenden Phase vorzubereiten. So

können sie sich oft unter Begriffen wie z.B. ‚Vollzeitarbeit‘ oder ‚Rente‘ nichts vorstellen (vgl. Havemann, 1999, S.142 ff.). Dementsprechend wissen sie auch nicht, was ‚Ruhestand‘ bedeutet und was sie in diesem neuen Lebensabschnitt erwartet (Ashmann,Suttie&Bramley, 1995;Dwyer, 1995). Die Phase des Alterns ist dadurch für Menschen mit geistiger Behinderung möglicherweise durch mehr Unsicherheit gekennzeichnet als für Menschen ohne geistige Behinderung und wird von ihnen gewissermaßen „unvorbereitet“ angetreten. An dieser Stelle ist die Personengruppe der alternden Menschen mit geistiger Behinderung auf mehr Unterstützung angewiesen als die Gruppe der Menschen ohne Behinderung.

Furger und Dahl haben sich in ihrem Buch von 2006 mit den unterschiedlichen Unterstützungsbedarfen bei Alternden mit und ohne geistige Behinderung auseinandergesetzt. Zusammengefasst beschreiben sie folgende Unterstützungsbedarfe von alternde Menschen mit geistiger Behinderung:

- mehr Sicherheit, Schutz und Geborgenheit, evtl. zusätzliche Pflege
- durch eine begrenzte Verfügungsgewalt über Tagesablauf benötigen sie Hilfe bei der Tagesplanung
- die persönliche Auseinandersetzung des geistig behinderten Menschen mit dem Älterwerden, um altersbedingte Abbauprozesse besser verstehen und einordnen zu können (vgl. Furger et al., 2006, S.12/13)

Alternde geistig Behinderte benötigen zwar im Gegensatz zu Alternden ohne Behinderung mehr Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags, dennoch sollten sie keinesfalls lediglich als ‚hilfsbedürftig‘ oder gar ‚benachteiligt‘ wahrgenommen werden. In einigen Teilen sind sie der übrigen alternden Gesellschaft sogar voraus, z.B. in der Erfahrung, wie es ist, auf Begleitung und Unterstützung angewiesen zu sein (vgl. Furger et al., 2006, S.10). Alternde ohne Behinderung haben anfangs oftmals Schwierigkeiten, sich mit der Situation zu arrangieren, auf externe Unterstützung angewiesen zu sein. Alternde mit geistiger Behinderung hingegen fällt es in der Regel leichter, Hilfe in dieser Phase anzunehmen. Bei der Unterstützung des geistig Behinderten ist es zudem wichtig, mitgebrachte Ressourcen zu beachten, zu nutzen und zu fördern, um ihnen ein möglichst selbstständiges Leben zu ermöglichen.

Das erhöhte Bedürfnis nach Sicherheit, Schutz und Orientierung nimmt weiter zu, wenn ein Mensch mit geistiger Behinderung im Alter zusätzlich krank wird; „wenn z.B. durch eine Demenz (...) die Orientierung in Raum und Zeit immer weniger möglich wird“ (Furger et al., 2006, S.13).

Die Prävalenz von Demenz scheint bei Menschen mit geistiger Behinderung und bei Personen ohne geistige Behinderung ungefähr gleich hoch zu sein.⁷ Lediglich für Menschen mit Downsyndrom ergibt sich hier eine Besonderheit: Zum Einen scheinen diese deutlich häufiger an einer demenziellen Erkrankung vom Alzheimerstyp zu erkranken⁸ und zum Anderen erkranken sie bereits in jüngeren Jahren⁹ (vgl. Furger et al., 2006, S.16).

Ein Problem stellt das Erkennen einer demenziellen Erkrankung bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung dar. Meist sind es Pflegende, die erste Anzeichen einer demenziellen Erkrankung beobachten. Diese sind jedoch schwer festzustellen, da es Überschneidungen beim Erscheinungsbild demenzieller Erkrankungen und dem der geistigen Behinderung gibt. Ähnlichkeiten in der Symptomatik, wie beispielsweise kognitive Beeinträchtigungen, Sprachstörungen oder motorische Störungen (vgl. Furger et al., 2006, S.23), erschweren die Diagnose einer Demenz. Bei Personen mit einer leichten bis mittelschweren geistigen Behinderung sind beispielsweise die Gedächtnisstörungen denen der demenziell Erkrankter ohne geistige Behinderung sehr ähnlich (vgl. Furger et al., 2006, S.18). Trotz dieser Überschneidungen ist eine geistige Behinderung keinesfalls mit einer demenziellen Erkrankung gleichzusetzen. Ein wichtiger Bestandteil der Pflege von alternden geistig behinderten Menschen ist es also Unterschiede in den Erscheinungen der verschiedenen Krankheitsbilder zu kennen, um nicht vorschnell eine demenzielle Erkrankung zu diagnostizieren. Es ist eine genaue Beobachtung des Menschen mit geistiger Behinderung durch die Pflegeperson erforderlich, um den Übergang von einer geistigen Behinderung in eine demenzielle Erkrankung zu erkennen. Nachlassendes Erinnerungsvermögen oder Konzentrationsschwäche können normale Alterserscheinungen sein und dürfen nicht leichtfertig mit einer demenziellen Erkrankung gleichgesetzt werden (vgl. Furger et al., 2006, S.23).

Um bei Menschen mit geistiger Behinderung eine demenzielle Erkrankung feststellen zu können, ist es außerdem notwendig zu wissen, auf welchem Niveau die Gedächtnisleistungen vor dem Beginn der Erkrankung gewesen sind. Angaben zum früheren Niveau fehlen jedoch häufig, sodass ein Vergleich mit dem jetzigen

⁷ Zwar altern geistig behinderte Menschen durch begleitende somatische Erkrankungen schneller, doch liegen bisher keine Informationen vor, dass dadurch demenzielle Erkrankungen schneller eintreten.

⁸ Bei den über 40-Jährigen dieser Personengruppe liegt die Häufigkeit einer Erkrankung bei 25%, bei den über 60-Jährigen bei ca. 65% (Alzheimer's Disease International, 2004). Im Vergleich erkranken 25% der Menschen ohne geistige Behinderung erst zwischen dem 75. und 84. Lebensjahr an einer Demenz (Canadian Study of Health and Ageing, 1997).

⁹ Zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr (Hock und Nietsch, 2000). Im Vergleich erkranken Menschen ohne geistige Behinderung ca. ab dem 65. Lebensjahr (Canadian Study of Health and Ageing, 1997).

Leistungsniveau oftmals nicht möglich ist. Dies führt dazu, dass eine demenzielle Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung erst verhältnismäßig spät entdeckt wird (vgl. Furger et al., 2006, S.18). Hier sind Pflegende i.d.R. auf Beobachtungen enger Bezugspersonen angewiesen, die den Betroffenen kennen und Veränderungen diesbezüglich wahrnehmen (vgl. Furger et al., 2006, S.19). Es sollte also wichtiger Bestandteil der Pflege sein, Angehörige und andere Bezugspersonen in den Pflegeprozess miteinzubeziehen.

Befindet sich der geistig behinderte Mensch nicht schon lange in der Obhut von Pflegenden, sind die ersten Anzeichen einer demenziellen Erkrankung bei dem geistig Behinderten nur durch Informationen von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen festzustellen, da sie den Erkrankten kennen und kontinuierlich beobachten. Diese sollten folglich über Wissen bezüglich des Krankheitsbildes Demenz verfügen, um Symptome und Veränderungen adäquat deuten und von denen der geistigen Behinderung differenzieren zu können. Dies ist i.d.R. jedoch noch nicht der Fall (vgl. Furger et al., 2006, S.28).

Betrachtet man die Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung, ergeben sich zusammengefasst folgende Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe für sie in der Pflege:

- Die Betroffenen haben unterschiedlichste Ressourcen und Unterstützungsbedarfe, deshalb ist eine ressourcenorientierte und individuelle Pflege¹⁰ wichtig.
- Die Phase des Alterns ist möglicherweise mit mehr Unsicherheit behaftet als bei Menschen ohne geistige Behinderung, weshalb ein höherer Bedarf an Schutz, Sicherheit und Geborgenheit besteht.
- Dieser Bedarf steigt weiter an, wenn der alternde geistig behinderte Mensch an einer demenziellen Erkrankung leidet.
- Um die bevorstehende Lebensphase und altersbedingte Abbauprozesse zu verstehen, ist die persönliche Auseinandersetzung mit dem Älterwerden für den geistig Behinderten wichtig.
- Bei einer begrenzten Verfügungsgewalt über den Tagesablauf benötigt der zu Pflegende Unterstützung zur Tagesstrukturierung.

¹⁰ Ressourcenorientierte Pflege bedeutet ‚unter Einbindung der Selbstpflegekompetenzen der zu Pflegenden‘ zu pflegen. Individuelle Pflege bedeutet ‚unter Beachtung der Wünsche und Bedürfnisse und angepasst an die aktuell vorgefundene Situation und Tagesverfassung des zu Pflegenden‘ zu pflegen (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Kuratorium Deutsche Altenhilfe, 2004).

- Die Pflegeperson sollte über eine gute Beobachtungsgabe verfügen. Wichtige Gründe hierfür sind u.a.: a) Die Grenze zur Phase des ‚Alters‘ ist schwer zu ziehen; sie kann aber durch Beobachtung von psychosozialen Faktoren eingeschätzt werden. b) Um eine demenzielle Erkrankung zu erkennen, sollten Pflegenden den geistig behinderten Menschen beobachten. Zudem sollte das Pflegepersonal sie über möglichst viel Wissen zu beiden Krankheitsbildern verfügen.
- Das Einbeziehen von Bezugspersonen ist sinnvoll, um u.a. Informationen zum Zustand des zu Pflegenden vor der demenziellen Erkrankung zu erhalten und individuell pflegen zu können.

4 Pflegekonzepte

Der Kern der vorliegenden Arbeit liegt in der Diskussion, nach welchen Konzepten Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung versorgt werden können. Vor diesem Schritt erfolgte eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank *Pubmed*, um zu überprüfen, ob bereits Versorgungskonzepte speziell für diese Zielgruppe existieren. Im weiteren Verlauf werden einerseits Konzepte aus der Versorgung demenziell Erkrankter und andererseits aus der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung skizzenhaft vorgestellt.

Auswahlkriterien bei der Suche nach geeigneten Konzepten sowohl zur Versorgung demenziell Erkrankter als auch geistig behinderter Menschen sind die Anwendung in der modernen Praxis und dessen Erwähnung und Diskussion innerhalb der Fachliteratur.

Bei der Auswahl der Konzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Mensch wurde zunächst eine Handrecherche durchgeführt, um eine Übersicht sämtlicher Konzepte zu erstellen. Als Nachweis zur Praxisrelevanz wurde als nächster Schritt eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank *Pubmed* durchgeführt, in welcher nach Studien zu den verschiedenen Konzepten gesucht wurde. Gab es Ergebnisse, in denen das eingegebene Konzept entweder selbst Gegenstand oder mindestens Teil der Studie war, wurde dies als Kriterium der Praxisrelevanz gewertet. Die Tatsache, dass ein Konzept in Studien verwendet oder auch diskutiert wird, wurde als Indiz dafür interpretiert, dass ein gewisser Bekanntheitsgrad besteht und es Anwendung in der Praxis findet.

Studien zu Konzepten aus der Behindertenhilfe wurden kaum durchgeführt. Um dennoch eine Praxisrelevanz der Konzepte zu gewährleisten, wurden Websites der Ergotherapie und

Behindertenhilfe in drei großen deutschen Städte (Berlin, Hamburg, Köln) nach verwendeten Konzepten durchsucht (siehe Rechercheprotokoll im Anhang). Die ausgewählten Konzepte stützen sich alle auf unterschiedliche theoretische und neuroanatomische Annahmen, die aufgrund der gebotenen Kürze im Folgenden nur skizzenhaft dargestellt werden können.

Im darauffolgenden Schritt erfolgt eine Zusammenfassung und Gegenüberstellung der Konzepte aus der Versorgung demenziell erkrankter Personen sowie der Konzepte aus der Versorgung geistig behinderter Menschen. Dies dient dem genaueren Verständnis der einzelnen Konzepte bezüglich Inhalte, Ziele und Verhältnisse der Konzepte zueinander. Abschließend wird diskutiert, inwiefern die Besonderheiten und speziellen Unterstützungsbedarfe der geistig behinderten Menschen mit demenzieller Erkrankung durch die einzelnen Konzepte abgedeckt werden.

4.1 Forschungsstand

Die systematische Literaturrecherche in der Datenbank *Pubmed* zu bestehenden Konzepten aus der Versorgung geistig Behinderter mit demenzieller Erkrankung ergab keine relevanten Resultate. Die Suche ergab lediglich eine Studie, die sich die Untersuchung dieser speziellen Zielgruppe zum Inhalt macht.¹¹ Es werden jedoch nur alternde geistig behinderte Menschen untersucht; demenzielle Erkrankungen werden nicht explizit beleuchtet. Ergebnisse dieser Studie sind jedoch keine Vorschläge zu Versorgungskonzepten, sondern ausschließlich die Erkenntnis, dass diese Zielgruppe besondere Pflege benötigt.

Um einen vollständigen Überblick über Konzepte zur Versorgung von geistig behinderten Personen mit demenzieller Erkrankung zu erhalten, wurde der Datenbankrecherche eine Handrecherche im Internet angeschlossen, welche ebenfalls keine eindeutigen Resultate zu Versorgungskonzepten dieser speziellen Personengruppe ergab.

In zahlreichen freien, unwissenschaftlichen Beiträgen in Foren, Websites und Communities der Pflege und Heilpädagogik wurde dennoch deutlich, dass das Auftreten dieser neuen Zielgruppe und ihre Versorgung mittlerweile Beachtung findet und stark diskutiert wird. Ihre Versorgung wird somit bereits bei Pflegenden und Heilpädagogen

¹¹ Fisher, K., Ketti, P., 2005. Aging with mental retardation: increasing population of older people with MR require health interventions and prevention strategies. College of Nursing and Health Professions, Philadelphia, USA

kommuniziert, ist jedoch noch nicht theoretisch aufgearbeitet. Es ist ein Phänomen der Praxis, welches bereits in Diskussionen der Pflege und Behindertenhilfe Raum einnimmt, in der Forschung jedoch noch keine Aufmerksamkeit erhält.

4.2 Konzepte zur Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung

Für die komplexe und anspruchsvolle Pflegearbeit mit demenziell erkrankten Menschen sind zahlreiche Konzepte entwickelt worden. In diesem Abschnitt werden ausgewählte Versorgungskonzepte vorgestellt, die in der modernen Praxis Anwendung finden und integraler Bestandteil von Forschungsarbeiten sind (siehe Rechercheprotokoll im Anhang). Einige von ihnen entstanden im angelsächsischen Raum. Die Konzepte wurden für den deutschsprachigen Raum übernommen und manchmal in einigen Teilen verändert (z.B. die Milieuthherapie).

4.2.1 Biografiearbeit

Das aktuelle Erleben und Verhalten von Menschen mit demenzieller Erkrankung ist geprägt durch vergangene Erfahrungen. „Verhaltensweisen, Wertvorstellungen, herausforderndes Verhalten und psychische Ausfälle (...) [werden] erst verstehbar durch Kenntnisse der Lebensgeschichte“ (Höwler, 2007, S.304). An dieser Stelle knüpft das Konzept der Biografiearbeit an, welches auch Bestandteil vieler anderer Konzepte ist.

Bei der Anwendung des Konzeptes der Biografiearbeit können sowohl die demenziell erkrankten Menschen als auch die Pflegenden profitieren. Indem Pflegenden sich mit der Biografie des zu Pflegenden auseinandersetzen, entwickeln sie ein Verständnis z.B. für das Verhalten der demenziell erkrankten Person. Vorlieben und Gewohnheiten, aber auch Abneigungen werden sichtbar. Mit Hilfe dieser Kenntnisse können Pflegemaßnahmen individueller gestaltet werden (vgl. Höwler, 2007, S.304). Durch das gemeinsame Arbeiten an der Biografie kann zudem ein guter Beziehungsaufbau zu dem Erkrankten gelingen.

Für die demenziell erkrankten Menschen ist das Konzept insofern von Nutzen, als das Sich-Erinnern eine wichtige Ressource für sie darstellt. Während das Kurzzeitgedächtnis mit Fortschreiten der Erkrankung abnimmt, bleibt das Langzeitgedächtnis, in dem die Erinnerungen gespeichert sind, meist noch lange erhalten (vgl. Kitwood, 2000, S.88). Biografiearbeit bedeutet das Sich-Erinnern an Momente des Lebens und Aufarbeiten der eigenen Biografie. Techniken hierfür können entweder gesprächs- oder aktivitätsorientiert

sein. Letztere machen sich spielerisch-kreative Methoden zu Nutzen, wie z.B. das Anschauen alter Fotos, Basteln oder Singen (vgl. Mötzing, 2000, S.132).

Ziel des biografischen Arbeitens ist es, die Identität der demenziell Erkrankten zu erhalten und die eigene Lebensgeschichte als einzigartig zu betonen, aber auch die Auseinandersetzung mit schweren Erlebnissen. So können beispielsweise Verluste betrauert werden, um sich mit ihnen auszusöhnen. (vgl. Grond, 2005, S.115).

Übergeordnetes Ziel bei der Biografiearbeit ist, den Menschen mit demenzieller Erkrankung eine positive Bilanzierung des eigenen Lebens ziehen zu lassen und dadurch zu seinem Wohlbefinden beizusteuern (vgl. Grond, 2005, S.115).

Neben der Vergangenheit sind aber auch die Gegenwart und die Zukunft Bestandteil der Biografiearbeit. Aktuelle Geschehnisse der Gegenwart können reflektiert und Ziele für die Zukunft erarbeitet werden.

4.2.2 Milieuthherapie

Hinter der Milieuthherapie verbirgt sich ein umfassendes Betreuungskonzept, welches sich auf die Gestaltung der Umwelt eines Menschen mit demenzieller Erkrankung bezieht. Ursprünglich stammt der Begriff aus der Psychiatrie und wurde eingeführt von dem Psychiater und Psychoanalytiker Wilfred Bion. Im pflegerischen Kontext wurde die Milieuthherapie aufgegriffen von Dr. Jan Wojnar und findet überwiegend Verwendung in Langzeiteinrichtungen für demenziell erkrankte Personen (vgl. Höwler, 2007, S.334). Der Begriff ‚Milieu‘ umfasst nach Wojnar sowohl materielle als auch soziale Aspekte (Popp, 2006, S.104). Materiell bedeutet in diesem Zusammenhang die bauliche und räumliche Gestaltung der Umgebung. Die soziale Komponente umfasst die Gestaltung der sozialen Interaktionen.

Die Idee der Milieuthherapie ist, dass nicht der demenziell erkrankte Mensch sich an seine Umgebung anpassen muss, sondern umgekehrt die Umgebung „an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Kompetenzen (...)“ (vgl. Wächtershäuser, 2002, Kap.5.2) des Erkrankten angepasst wird. Durch die Gestaltung sollen Defizite des Erkrankten möglichst ausgeglichen werden (vgl. Popp, 2006, S.109). Die baulich-räumliche Gestaltung in der Wohneinrichtung z.B. bietet idealerweise sowohl Schutz als auch Orientierung (ausreichend Licht, überschaubare Räumlichkeiten, Uhren etc.) (Popp, 2006, S.108), erlaubt aber auch Rückzug und Privatssphäre (vgl. Grond, 2005,

S.73). Vertrautheit und Wohnlichkeit können erreicht werden durch das Mitbringen von eigenen Möbel- und Erinnerungsstücken in die Pflegeeinrichtung.

Die Gestaltung der sozialen Umgebung sieht eine feste Bezugsperson für den Erkrankten vor. Die Pflegeperson „passt sich dem Kommunikationsvermögen des dementen Bewohners an“ (Popp, 2006, S.105) und sie spricht eine klare, einfache Sprache.

Neben materiellen und sozialen Faktoren ist auch die Regelung einer festen Tagesstrukturierung mit sich abwechselnden Aktivitäts- und Ruhephasen (vgl. Popp, 2006, S.106) von Bedeutung.

Ziel dieses Konzepts ist es vor allem, dem Menschen mit demenzieller Erkrankung ein wohnliches und konstantes Umfeld zu ermöglichen, in dem er sich wohl und sicher fühlen kann (vgl. Höwler, 2007, s.335). Auch die Pflegenden profitieren von diesem Konzept. Stellen diese fest, dass die Bewohner zufriedener sind, bildet sich auch für sie ein höheres Maß an Arbeitszufriedenheit heraus (Popp, 2006, S.105).

4.2.3 Personenzentrierter Ansatz

Zwischen den Jahren 1987 und 1995 entwickelte der Sozialpsychologe Tom Kitwood in England den Ansatz der personenzentrierten Pflege von demenziell erkrankten Menschen. Im Vordergrund seiner Überlegungen steht die erkrankte Person an sich und die Erhaltung der personellen Identität (vgl. Popp, 2006, S.99).

Entgegen des „Standardparadigmas“¹², die Ursachen einer demenziellen Erkrankung wären immer rein neurophysiologischer Natur (vgl. Kitwood, 2000, S.61/62), geht Kitwood davon aus, es könne auch „eine Demenz ohne signifikante Neuropathologie bestehen“ (Kitwood, 2000, S.61). Mit der Annahme, Ursachen wären nicht nur z.B. genetisch bedingt, sondern „vielfältig und interaktional“ (Kitwood, 2000, S.62), räumt Kitwood Pflegenden neuen Handlungsspielraum in der Betreuung von demenziell Erkrankten ein, wobei diese dabei immer im Zentrum stehen.

Laut Kitwood kann personenzentrierte Pflege das Fortschreiten der Demenz positiv beeinflussen. Übergeordnetes Ziel in der Pflege ist der Erhalt des Person-Seins. Um dies zu erreichen, ist es notwendig, einige psychische Bedürfnisse des demenziell erkrankten Menschen zu befriedigen. Diese sind das Bedürfnis nach Trost und Bindung, der Wunsch

¹² Die rein physiologische Betrachtungsweise zur Entstehung einer demenziellen Erkrankung nennt Kitwood ‚Standardparadigma‘. Dieses ‚Rahmenwerk, in das Forschungsergebnisse gewöhnlich eingeordnet werden‘ (Kitwood, 2000, S.63), wurde stark von ihm kritisiert.

Teil einer Gruppe zu sein, einbezogen und gebraucht zu werden, aber auch die eigene Identität so lange wie möglich zu erhalten. Über allem steht das Bedürfnis nach Liebe (vgl. Kitwood, 2000, S.122).

Pflegende können durch Einfühlungsvermögen und bestimmte Handlungen die Befriedigung dieser Bedürfnisse unterstützen (vgl. Kitwood, 2000, S.103). Kitwood nennt hier zwölf Interaktionen, die bei der Umsetzung helfen, z.B. das Zusammenarbeiten mit dem Erkrankten und ihm Halt geben, aber ihm auch Möglichkeit zum Spiel, zur Entspannung und zum eigenen schöpferischen Dasein (z.B. Musizieren, Malen) lassen¹³ (vgl. Kitwood, 2000, S.134/135). Jede Interaktion leistet Unterstützung auf ihre Weise, „indem sie ein positives Gefühl verstärkt, eine Fähigkeit nährt oder dabei hilft, eine seelische Wunde zu heilen“ (Kitwood, 2000, S.133). Ziel ist es, die zu pflegende Person an sich zu stärken.

4.2.4 Validation

Zwischen 1963 und 1980 entwickelte die Sozialarbeiterin und Schauspielerin Naomi Feil in Cleveland/USA die Ursprungsform der Validation. Es handelt sich hierbei um eine Kommunikationsmethode in der Betreuung desorientierter, alter Menschen. Der Schlüssel zu einer gelingenden Kommunikation mit ihnen ist dabei, die Betroffenen und ihre Realität „so, wie sie sind, zu akzeptieren“ (Feil et al., 2005, S.17). Das Verhalten des Betroffenen und seine innere Erlebniswelt (die nicht zwangsläufig der tatsächlichen Realität entsprechen müssen) werden respektiert und für gültig erklärt - sie werden ‚validiert‘ (vgl. Popp, 2006, S.89). Die genaue Vorgehensweise ist auf die Phase der Verwirrtheit des Erkrankten (vgl. Höwler, 2007, S.307) abgestimmt. Ziel ist es, nicht die erlebte Wirklichkeit eines desorientierten Menschen zu korrigieren, sondern die Gefühle des Betroffenen anzunehmen und ihm dadurch Sicherheit zu vermitteln, sein Selbstwertgefühl zu steigern und somit zum Wohlbefinden der Person beizutragen (vgl. Popp, 2006, S.15). Feil geht weiter davon aus, dass es immer einen Grund für das Verhalten von desorientierten Menschen gibt und sie oftmals Vergangenes, für uns häufig nicht Nachvollziehbares, noch einmal durchleben und auf diese Weise verarbeiten. Indem Pflegende das Verhalten der Betroffenen validieren und den Erkrankten helfen, Gefühle

¹³ Die anderen Interaktionen sind: Anerkennen (z.B. durch Zuhören), Ver- und Aushandeln (Bedürfnisse erfragen und erkennen), Timalation (Körperstimulation z.B. durch basale Stimulation), Feiern (Geburtstage, Karneval etc.), Validation, Erleichtern (Interaktion in Gang bringen), Geben (den Menschen mit demenzieller Erkrankung auch „geben lassen“)

auszudrücken, dient Validation auch der Aufarbeitung vergangener Erfahrungen und dazu, mögliche „unerledigte Probleme zu lösen“ (Feil, 2005, S.16). Einfühlungsvermögen und eine gute Beobachtungsgabe der Pflegenden sind dabei wichtige Voraussetzungen.

Die Diplom-Pädagogin und Psychogerontologin Nicole Richard entwickelte Anfang der 90er das Konzept weiter zur ‚Integrativen Validation‘ (IVA). Aufgrund des begrenzten zeitlichen Rahmens wird darauf an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen.

4.3 Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen

Im folgenden Teil werden ausgewählte Konzepte aus der Versorgung geistig behinderter Menschen vorgestellt. Es ist zu bemerken, dass zwischen therapeutischen und pflegerischen Tätigkeiten bei der Versorgung geistig behinderter Personen manchmal ein fließender Übergang besteht. Viele der als „Therapie“ gekennzeichnete Handlungen eines Konzepts werden von Pflegenden ausgeführt, sie wirken oft als ‚therapeutischer Begleiter‘.

4.3.1 Affolter-Modell

Das Konzept nach Felice Affolter wurde ursprünglich für wahrnehmungsgestörte Kinder entwickelt. Während ihrer jahrelangen Arbeit mit wahrnehmungsgestörten Kindern und später auch Erwachsenen, untersuchte die Psychologin und Psychotherapeutin zunächst die Ursachen von pathologischen Entwicklungen der Kognition. Schließlich gründete sie ein Zentrum und eine Schule für wahrnehmungsgestörte Kinder und entwickelte parallel Mitte der 1970 Jahre das ganzheitliche ‚Affolter-Modell‘ (andere Bezeichnungen sind ‚geführte Interaktionstherapie‘ oder ‚St.Gallen-Modell‘).

Lernen geschieht laut Felice Affolter in der Interaktion mit der Umwelt. Die Umwelt wird u.a. wahrgenommen über den ‚taktil–kinästhetischen Sinn‘¹⁴ (vgl. Doering, 1996, S.238). Nach Affolter mangelt es Kindern und Erwachsenen mit Wahrnehmungsstörungen an diesen „gespürten Informationen“ aus ihrer Umwelt. Die Auseinandersetzung mit der

¹⁴ Taktil (lat.) bedeutet *den Tastsinn betreffend*. Kinästhesie (griech.) bedeutet *Bewegungsempfinden*. Der taktil–kinästhetische Sinn gibt Orientierung im Raum, Informationen über die eigene Lage im Raum, zur Stellung unserer Gelenke und Beschaffenheit von Objekten. Affolter setzt diesen Sinn als Grundlage voraus, um mit der Umwelt angemessen interagieren, seinen Körper in ihr bewegen und sich im Alltag zurechtfinden zu können (vgl. Doering, 1996, S.238).

Umwelt ist dadurch eingeschränkt (vgl. Doering, 1996, S.240). Reize können schwerer aufgenommen und verarbeitet werden und der Lernprozess ist somit verlangsamt.

Ziel des Konzeptes ist es, motorische, kognitive und emotionale Leistungen des Betroffenen zu fördern. Dies geschieht durch gezieltes Führen der Hände und des Körpers des wahrnehmungsveränderten Menschen durch den Therapeuten. Durch die Führung kommt der Betroffene in Kontakt mit seiner Umgebung (vgl. Doering, 1996, S.241), wodurch die Wahrnehmung und die Fähigkeit zur Verarbeitung von Reizen geschult werden.

Die Führungssituationen finden in einfachen Alltagssituationen statt, wie z.B. beim Schälen eines Apfels, beim Zuknüpfen einer Jacke oder beim Kaffeekochen. Das Führen des Körpers ist auf die Entwicklungsstufe des Lernenden abgestimmt und wird reduziert, sobald er Handlungen eigenständig ausführen kann (vgl. Doering, 1996, S.241).

4.3.2 Basale Stimulation

Ende der 1970er Jahre entwarf Andreas Fröhlich, Professor der Sonderpädagogik, inspiriert durch seine Arbeit mit behinderten Kindern, das Konzept der Basalen Stimulation. Primär wurde das Konzept für körperlich und geistig behinderte Kinder, speziell mit Früh- und Wahrnehmungsstörungen konzipiert. Später entwickelte Fröhlich gemeinsam mit Christiane Bienstein, Leiterin des Bildungszentrums Essen des DBfK, das Konzept weiter. Die Zielgruppe wurde erweitert, sodass nun alle Altersstufen im Konzept berücksichtigt werden. Außerdem findet die Basale Stimulation auch Anwendung in der Pflege von „akut“ erkrankten und chronisch kranken Menschen“ (Fröhlich et al, 1996, S.6), wie beispielsweise Patienten mit somnolenten Krankheitszuständen oder auch bewusstlosen, beatmeten Patienten.

Die Basale Stimulation ist ein Konzept zur Förderung und Erhaltung der Wahrnehmungsfähigkeit des zu Pflegenden. Ziel ist die (Re-)Sensibilisierung der Sinne, um eine Kontaktaufnahme des zu Pflegenden zur Umwelt und eine nonverbale Kontaktaufnahme des Pflegenden zu dem Erkrankten über die verschiedenen Sinne zu ermöglichen (vgl. Popp, 2006, S.118).

Ausgehend von der Annahme, die Bildung neuronaler Verknüpfungen im Gehirn sind abhängig von dem Ausmaß der Stimulation durch die Umwelt, werden bei dem Konzept die unterschiedlichen Sinnesebenen angesprochen (vgl. Fröhlich et al., 1996, S.14). In Fröhlichs Konzept werden alle menschlichen Sinne des Erkrankten eingebunden, um den

wahrnehmungsgestörten Menschen über möglichst viele Stimuli zu erreichen. Die somatische Stimulation soll den zu Pflegenden unterstützen, den eigenen Körper als Ganzes samt seiner Grenzen wahrzunehmen und die verschiedenen Teile sowie seine Oberfläche zu spüren. (vgl. Popp, 2006, S.118). Gezielte Stimuli können beispielsweise bei einer Ganzkörperwäsche gesetzt werden. Je nachdem, ob z.B. eine belebende oder beruhigende Wirkung erzielt werden soll, können Mittel wie Igelbälle oder Massagehandschuhe unterstützen (vgl. Fröhlich et al, 1996, S.52). Die vestibuläre Anregung bezieht sich auf die Wahrnehmung der eigenen Lage im Raum und das Gleichgewichtsempfinden. Zur Stimulation dienen hier z.B. Hängematten. Für ‚Bettlägerige‘, die im Laufe der Zeit „die Fähigkeit verlieren, rasch auf eine veränderte Körperposition reagieren zu können“ (Fröhlich et al, 1996, S.76) werden simple Lagerungswechsel eingesetzt.

Laut Fröhlich ist das Erleben von vibratorischen Reizen „eine Urerfahrung des Menschen“ (Fröhlich et al, 1996, S.82) (z.B. Hören des Herzschlags der Mutter im Mutterleib). Deshalb ist die Vibration auch heute noch ein wichtiger Stimulus für den Menschen. Bei Personen mit Wahrnehmungsstörungen werden durch vibratorische Stimulation, z.B. mit Hilfe eines Vibrationskissen, Druckrezeptoren im Körperinneren angeregt (vgl. Popp, 2006, S.119).

Der Hör-, Seh-, Geruchs- sowie der Geschmackssinn werden durch auditive, visuelle, olfaktorische und oral-gustatorische Stimuli angeregt. Gerade Letzteres ist anregend für den Menschen, da der Mund einer der sensibelsten Bereiche des Körpers ist (vgl. Fröhlich et al, 1996, S.84). Durch taktil-haptische Stimulationen werden der Tast- und Berührsinn angesprochen. Besonders das Einsetzen der Hände und Füße als sehr wahrnehmungsstarke Körperzonen eignen sich zur Stimulation.

Situationen, in denen die Basale Stimulation durchgeführt werden kann, finden sich zahlreich im pflegerischen Alltag. So können basale Stimuli beim Anziehen, Waschen oder Essen eingebunden werden; immer unter der Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen des zu Pflegenden.

4.3.3 Sensorische Integrationstherapie

Die Sensorische Integrationstherapie wurde Anfang der 1970er Jahre von der amerikanischen Psychologin und Ergotherapeutin Anna Jean Ayres entwickelt mit dem Ziel, Kinder mit Lerndefiziten und Entwicklungsstörungen zu fördern.

Während ihres Studiums der Ergotherapie und pädagogischen Psychologie beschäftigte sie sich mit neurophysiologischen und –psychologischen Grundlagen von sensomotorischem Verhalten und kognitivem Lernen (vgl. Doering, 1996, S.11 ff.).

Die sensorische Integration ermöglicht dem Menschen eine angemessene Auseinandersetzung mit der Umwelt (vgl. Doering, 1996, S.11). Im Zuge ihrer Arbeiten stellte sie die Theorie auf, Entwicklungs- und Lernstörungen hingen zusammen mit einer eingeschränkten ‚sensorischen Integration‘– d.h. die Aufnahme sämtlicher (gleichzeitiger) Sinneseindrücke und das Verarbeiten und Deuten dieser sind beeinträchtigt. Das Trainieren der sensorischen Integration soll demnach helfen, die sensorischen Reize besser aufzunehmen und zu organisieren, um die Wahrnehmung zu verbessern.

Heute findet das Konzept auch in der Behandlung von Erwachsenen mit neurophysiologischen und –psychologischen Einschränkungen Anwendung. Um den Betroffenen zu schulen, wird ihm eine Örtlichkeit, meist ein Raum, geboten, in dem er in spielerischer Form verschiedenen vestibulären, taktilen und propriozeptiven Reizen ausgesetzt ist. Diese können beispielsweise durch Hängematten, Schaukeln, Trampoline oder verschiedene Bodenmatten erzeugt werden.

Mit Unterstützung der betreuenden Person (dies können Pflegende, Therapeuten oder auch Bezugspersonen sein) soll der Betroffene sensomotorische Erfahrungen sammeln, sich mit seiner Umgebung aktiv auseinandersetzen und dabei „seine eigenen Fähigkeiten und Grenzen kennenlernen“ (Doering, 1996, S.145), um die Reizverarbeitung zu trainieren. Die Therapie ist auf den Entwicklungsstand des Betroffenen und seine individuellen Bedürfnisse angepasst.

4.4 Zusammenfassung, Gegenüberstellung und kritische Betrachtung der Konzepte

Im folgenden Teil werden die zuvor vorgestellten Konzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Personen zusammengefasst, miteinander verglichen sowie die Reichweiten der Konzepte und mögliche Verhältnisse zueinander dargestellt. Dies geschieht unter Berücksichtigung der acht ‚W-Fragen‘, die es zu klären gilt, um die Art und Intention eines Konzeptes zu erfassen.¹⁵ Diese sind: *was* (Inhalt der Konzeptidee), *warum* (Begründungen zur Entwicklung des Konzepts), *wozu* (Ziele des Konzepts), *wer* (am Konzept Beteiligte),

¹⁵ Weber, P., v.Bilay, H., 2010. Script: Konzept-Entwicklung und Konzept-Präsentation für den Studiengang Pflegeentwicklung und Pflegemanagement an der HAW. Hamburg

wann (zeitliche Rahmenbedingungen), *wo* (örtliche Rahmenbedingungen), *womit* (mit welchen Mitteln wird das Konzept umgesetzt) und *wie* (wie wird des Qualität des Konzepts überprüft). Um die Frage zu klären, welche Reichweiten die einzelnen Konzepte haben und in welchem Verhältnis diese zueinander stehen, wurde für die vorliegende wissenschaftliche Arbeit eine weitere ‚W-Frage‘ hinzugefügt: *Welche Ebenen umfassen die Konzepte?* Die Begriffe Reichweite bzw. Ebene beschreiben also den Umfang eines Konzepts. Während einige Konzepte sich auf einzelne Aspekte der pflegerischen Praxis beziehen, sind andere globaler gefasst und umfassen mehrere Bereiche der Versorgung. Am Ende des Kapitels erfolgt eine kritische Betrachtung der Konzepte für demenziell erkrankte Menschen. Die gleiche Vorgehensweise wird auch im darauf folgenden Schritt, bei der Zusammenfassung und Gegenüberstellung der beschriebenen Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen, gewählt.

4.4.1 Konzepte zur Versorgung von Menschen mit demenzieller Erkrankung

Was beinhalten die Konzepte und *welche* Ebene umfassen sie?

Jedes der vorgestellten Konzepte setzt seinen Schwerpunkt in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen an unterschiedlichen Stellen. Während bei der Biografiearbeit das Aufarbeiten der Lebensgeschichte durch Erinnerungsarbeit zentraler Gegenstand ist, rückt das Konzept der Validation die Kommunikation zwischen zu Pflegendem und Pflegeperson oder ggf. auch zwischen zu Pflegendem und Angehörigen in den Fokus.

Bei der Milieutherapie liegt der Schwerpunkt in der Gestaltung der sozialen und räumlich-baulichen Umgebung der demenziell erkrankten Person. Im Konzept der Validation wird Letzteres hingegen gar nicht und beim personenzentrierten Ansatz nach Kitwood nur zu Teilen berücksichtigt. Im personenzentrierten Ansatz wird stattdessen die Person an sich mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt gestellt. Dabei soll das Umfeld möglichst wenig auf den Betroffenen einwirken, damit seine Identität möglichst wenig beeinflusst wird und erhalten bleibt.

So unterschiedlich die Schwerpunkte der einzelnen Konzepte sind, so divergierend sind auch die Ebenen, welche sie umfassen. Der Ansatz der personenzentrierten Pflege nach Kitwood ist ein umfassendes, ganzheitliches Konzept, das zu vielen Lebensbereichen des zu Pflegenden Stellung bezieht. Zum Einen bezieht sich Kitwood auf globalere Themen wie die Pflegekultur in Einrichtungen der Altenhilfe (vgl. Kitwood, 2000, S.192-206), aber

auch kleinteiligere und praxisnahe Aspekte wie beispielsweise die Interaktion zwischen Pflegendem und demenziell erkranktem Menschen mit all ihren Facetten werden berücksichtigt (vgl. Kitwood, 2000, S.141 ff.). Kitwood stellt einen breiten, theoretischen Rahmen auf, auf dessen Grundlagen er die verschiedenen Interaktionen zwischen Erkranktem und Pflegendem zur Befriedigung der Bedürfnisse des zu Pflegendem aufbaut. Als einen Aspekt seiner Interaktionen beschreibt Kitwood die Validation (vgl. Kitwood, 2000, S.135). Das Konzept der Validation beschränkt sich auf das Feld der Kommunikation, das „In-Beziehung-Treten“ zwischen dem Menschen mit demenzieller Erkrankung und der Pflegeperson. Andere Lebensbereiche wie z.B. das wohnliche Umfeld oder übergeordnete Themen wie Stil und Struktur der Einrichtung werden nicht behandelt. Damit ist die Validation ein weniger weitreichendes Konzept als der personenzentrierte Ansatz. Es eignet sich jedoch hervorragend als Bestandteil anderer, weitreichenderer Konzepte (wie z.B. im personenzentrierten Ansatz) oder kann in Kombination mit anderen Konzepten von ähnlicher Dimension eingesetzt werden (wie z.B. der Biografiearbeit). Mit der Aufarbeitung von Vergangenenem deckt die Biografiearbeit einen wichtigen Teil in der Pflege demenziell erkrankter Personen ab, spart aber ähnlich wie die Validation andere Lebensbereiche, wie z.B. Körperpflege oder wohnliches Umfeld, aus. Zwar kann Biografiearbeit bei nahezu allen anderen Tätigkeiten (z.B. der Körperpflege) angewendet werden, jedoch schließt das Konzept nicht explizit diese Themen ein. Die Theorie des biografischen Arbeitens gibt zwar Anwendungshinweise an die Hand (z.B. aktivitätsorientierte Erinnerungsarbeit durch Anschauen alter Fotoalben, vgl. Grond, 2005, S.116), doch gibt sie wenig Aufschluss über direkte Kommunikationsmethoden zwischen Pflegeperson und dem Betreuten. Da eine gelingende Kommunikation jedoch elementarer Bestandteil für die Pflegeperson zum Begreifen und Erfassen der Biografie und für den zu Pflegenden zum Sich-Erinnern und Aufarbeiten ist, werden Validation und Biografiearbeit gern miteinander verbunden.

Warum wurden die Konzepte entwickelt?

Der Entstehung der Konzepte liegen unterschiedliche Ursachen zugrunde. Biografiearbeit entstand im Zuge der ressourcenorientierten Pflege. In der Vergangenheit war die Pflege alternder Menschen auf das ausgerichtet, was diese nicht mehr können. Die Pflege orientierte sich also an den Defiziten der Person. Dieser kompensatorische Ansatz wurde inzwischen in vielen Teilen abgelöst von der ressourcenorientierten Pflege, welche die

Fähigkeiten des zu Pflegenden in den Vordergrund rückt und diese versucht zu erhalten und zu fördern. Die Vergangenheit eines demenziell Erkrankten stellt eine wesentliche Ressource dar, der sich die Biografiearbeit bedient. Biografiearbeit ist also Teil der aktivierenden, ressourcenorientierten Pflege.

Der personenzentrierte Ansatz entstand als Gegenthese zu der Annahme, Ursachen demenzieller Erkrankungen seien lediglich genetischer bzw. neurophysiologischer Natur (vgl. Kitwood, 2000, S.61). Kitwood behauptet, ursächlich für die Erkrankung können ebenso umweltfaktorische und interagierende Gründe sein, denn Gene allein würden nichts verursachen. „Sie sind einfach nur ein Hintergrund, vor dem andere Ursachen operieren“ (Kitwood, 2000, S.62). Ähnlich wie die Biografiearbeit entstand der personenzentrierte Ansatz vor dem Hintergrund, den Menschen mit demenzieller Erkrankung in dem zu stärken, was er kann. Der Hauptgedanke des Konzeptes ist, den Menschen möglichst wenig zu verändern, sondern ihn in seiner Welt, seiner Realität zu belassen.

Die Validation knüpft an dieses Verständnis an. Sie wurde von Naomi Feil als Gegenentwurf zum Realitätsorientierungstraining (ROT) entwickelt, in dem die Betreuten stets mit der gegenwärtigen Realität konfrontiert werden. In ihrer Arbeit mit desorientierten, sehr alten Menschen erkannte sie, „dass die Gruppenmitglieder sich immer dann zurückzogen (...), wenn [sie] sie mit der unerträglichen Realität der Gegenwart zu konfrontieren versuchte“ (Feil et al., 2005, S.13). Sie folgerte, dass das ROT im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen ungeeignet ist und das Ziel der Orientierung an der Realität aufgegeben werden müsse. Aus der Beobachtung heraus, demenziell erkrankte Personen reagieren friedlicher und zufriedener, wenn man sie in ihrer inneren Erlebniswelt belässt und ihr Verhalten akzeptiert, entstand das Konzept der Validation. Das Konzept stammt also allein aus der pflegerischen Praxis.

Die Milieutherapie hingegen versucht nicht wie die vorangegangenen Konzepte, den demenziell Erkrankten in dem zu bestärken, worüber er verfügt, sondern entspringt der Idee, durch die Gestaltung der Umwelt seine Defizite auszugleichen (vgl. Popp, 2006, S.109). Ausgehend von dem Gedanken, dass Menschen mit demenzieller Erkrankung eine verminderte ‚Umweltkompetenz‘ besitzen und demzufolge mit fortschreitender Erkrankung immer weniger über die Fähigkeit verfügen, sich in der Umwelt zurechtzufinden (...), ist es gemäß der Milieutherapie notwendig, dem Betroffenen zu mehr Orientierung und Sicherheit zu verhelfen. Die Milieutherapie bedient sich dabei Teilen des ROT, z.B. in der Verwendung von Orientierungspunkten (Hinweisschilder, Uhren etc) (vgl. Grond, 2005, S.69).

Mit welchen Zielen wurden die Konzepte entwickelt und mit welchen Mitteln werden diese umgesetzt? (*wozu* und *womit?*)

Die Biografiearbeit benutzt als Mittel der Kommunikation Maßnahmen, welche den demenziell Erkrankten in dem Sich-Erinnern unterstützen. Um das Ziel der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, der Verarbeitung von schweren Erlebnissen und der Stärkung der Identität zu erreichen, werden Gespräche geführt oder gemeinsam Aktivitäten durchgeführt, wie z.B. alte Gedichte aus der Kindheit gelesen oder Fotoalben angeschaut.

Die Validation hingegen bedarf keinerlei Hilfsmittel. Zur Reduktion von Angst und Verwirrtheit wird der Betreute nicht in seiner Realität korrigiert, sondern darin belassen und ‚validiert‘. Dadurch wird das Selbstwertgefühl gestärkt und das Wohlbefinden gesteigert.

Im personenzentrierten Ansatz nach Kitwood geht es wie in den vorangegangenen Konzepten weniger darum, durch Interaktionen und Interventionen auf den Erkrankten einzuwirken. Dieser soll, wie bereits dargestellt, möglichst wenig durch die Umwelt ‚beeinträchtigt‘ werden (vgl. Wächterhäuser, 2002, Kap.5.2). Dadurch erhält der demenziell erkrankte Mensch mehr Entfaltungsmöglichkeit und kann sich den Dingen widmen, die ihm wichtig sind. Dies kann nur erreicht werden, indem psychische Grundbedürfnisse des Betreuten befriedigt sind (siehe Punkt 4.2.3).

Die Milieutherapie hingegen verfolgt einen korrigierenden Ansatz. Durch die Gestaltung der sozialen und räumlich-baulichen Umwelt und einer Tagesstruktur, soll der Mensch mit demenzieller Erkrankung in die gegenwärtige Realität zurückgeholt werden.

Wer ist an den Konzepten beteiligt, *wo* werden die Konzepte umgesetzt und welche zeitlichen Angaben geben die Konzepte vor (*wann?*)?

Beim biografischen Arbeiten und bei der Validation kann sich prinzipiell jeder beteiligen, der mit dem demenziell erkrankten Menschen interagiert. Dies können neben Pflegenden auch Angehörige und andere Bezugspersonen sowie jegliche andere Mitglieder des interdisziplinären Teams sein, wie beispielsweise der Ergotherapeut oder der Musiktherapeut, aber auch die Putzfrau, die sich gerade im gleichen Raum wie der Betreute aufhalten. Voraussetzung ist, dass die Beteiligten die Konzepte verstanden und

verinnerlicht haben. Bei der Biografiearbeit können Informationen, die bei den unterschiedlichen Gesprächen mit dem demenziell Erkrankten gesammelt wurden, von allen Beteiligten in einer Biografie-datei zusammengefasst werden. So kann auch auf Gesprächsinhalte aus Gesprächen mit anderen Personen zurückgegriffen werden.

Das Konzept der Validation ist nach Feil nicht für alle Menschen mit demenzieller Erkrankung geeignet. Ihrer Meinung nach ist das Konzept ungeeignet in der Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen im ersten Stadium¹⁶. In dieser Phase sind die Betroffenen noch teilorientiert und bedürfen eher an Orientierung in der gegenwärtigen Realität. Das Konzept ist deshalb ausgelegt für desorientierte, sehr alte Menschen (vgl. Feil et al., 2005, S.39).

Ähnlich wie der personelle Rahmen sind bei der Biografiearbeit und der Validation der zeitliche und örtliche Rahmen relativ frei gestaltbar. Ob in einer Wohneinrichtung oder auf einer Pflegestation, beim gemeinsamen Einkauf oder beim Anziehen; wann und wo auch immer der Betreute und z.B. Pflegende interagieren – beide Konzepte können zu jeder Zeit und an jedem Ort angewendet werden.

Die meisten Teile des personenzentrierten Ansatzes nach Kitwood sind ebenfalls nicht an Ort oder Zeit gebunden und „lass[en] sich in jedem Kontext anwenden“ (Kitwood, 2000, S.22). Betrachtet man die Interaktionen von Pflegenden mit demenziell Erkrankten, die zur Befriedigung der psychischen Bedürfnisse der Beeinträchtigten führen und das Person-Sein des Erkrankten stärken, können diese größtenteils jederzeit und an jedem Ort durchgeführt werden. Das Bedürfnis nach Liebe, Trost oder Bindung beispielsweise kann in jeder Interaktion zwischen Pflegendem und Betreutem nachgegangen werden. Ebenso verhält es sich bei den Interaktionen wie ‚Anerkennung zeigen‘, ‚Entspannung ermöglichen‘ oder ‚Halt geben‘. Wichtig ist dabei nur, dass die Interaktionen kontinuierlich durchgeführt werden.

Je nachdem, welche Vorlieben der zu Pflegende hat und welchen Beschäftigungen er gern nachgeht, können Interaktionen auch an regelmäßige Termine gebunden sein, beispielsweise ein wöchentlich stattfindender Gesangskreis.

Die Milieutherapie hingegen ist, was die baulich-räumliche Gestaltung angeht, an den Wohnort des demenziell Erkrankten gebunden. In Seniorenwohnheimen ist es sinnvoll, die architektonisch-räumliche Gestaltung bereits beim Bau der Einrichtung zu berücksichtigen.

¹⁶ Feil unterscheidet vier Stadien einer demenziellen Erkrankung: Phase I: mangelhafte/unglückliche Orientierung. Phase II: Zeitverwirrung, Verlust kogn. Fähigkeiten. Phase III: Sich wiederholende Bewegungen. Phase IV: Vegetieren (Feil et al., 2005, S.64).

Dadurch sind sogar anfänglich Architekten und Handwerker bei der Umsetzung notwendig. Im weiteren Verlauf sind es die Pflegenden, die die räumliche Gestaltung vornehmen. Diese ziehen mitunter Angehörige und andere Bezugspersonen hinzu, um beispielsweise persönliche Möbelstücke des zu Pflegenden in das Wohnumfeld integrieren zu können. Bei der Gestaltung der sozialen Umwelt ist eine Beziehungskonstanz oberstes Ziel. Jeder zu Pflegende sollte demnach eine feste Bezugsperson haben, welche einfühlsam und biografisch arbeitet (vgl. Grond, 2005, S.73). Während die baulich-räumliche Gestaltung der Milieuthérapie an den Wohnort gebunden ist, ist die soziale Gestaltung nicht an Ort gebunden. Es gibt jedoch einen zeitlichen Rahmen, indem die Milieuthérapie einen, zwar auf die Gewohnheiten und Vorlieben des zu Pflegenden abgestimmten, aber dennoch strukturierten Tagesablauf vorgibt. Dieser beinhaltet nach Möglichkeit täglich die gleichen Elemente und zeitlichen Abläufe, um dem demenziell Erkrankten Orientierung zu geben.

Wie werden die Qualität, die Wirksamkeit und der Erfolg der Konzepte gemessen?

Das Messen der Qualität der einzelnen Konzepte ist ein schwieriges Unterfangen. Oftmals werden in Einrichtungen für Alternde Konzepte nicht separat, sondern mehrere Konzepte gleichzeitig oder Teile verschiedener Konzepte angewendet. So lässt sich schwer auseinanderhalten, welcher pflegerische Fortschritt welchem Konzept(anteil) zu verdanken ist.

Eine Möglichkeit, um die Qualität eines Konzeptes dennoch zu überprüfen, ist das Erheben einer Studie zur Qualität. Einige wenige Studien gibt es zur Milieuthérapie, zur Biografiearbeit und zum personenzentrierten Ansatz (siehe Rechercheprotokoll im Anhang). Feil beschreibt in ihrem Werk von 2005 Studien, welche die Wirksamkeit der Validation beschreiben (vgl. Feil et al., 2005, S. 54 ff.). Bei der Recherche in der Datenbank *Pubmed* und in anderen Fachbüchern sind jedoch keine Studien zu finden, welche dieses belegen.

Eine weitere Möglichkeit zur Beurteilung der Qualität eines Konzepts ist der Einsatz von Messinstrumenten. Kitwood entwickelte ein Instrument, um die Pflegequalität bei der Versorgung demenziell erkrankter Personen, und somit auch die Anwendung seines Konzeptes der personenzentrierten Pflege, zu evaluieren. Bei dem sog. ‚Dementia Care Mapping‘ (DCM) nehmen geschulte DCM-Beobachter (Mapper) einen Tag am Leben eines Menschen mit demenzieller Erkrankung teil. Durch die Beobachtung des Erkrankten,

z.B. beim Essen oder bei Gesprächen, versucht der Mapper körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erfassen und in einem Wohlbefindlichkeitswert (WIB-Wert) festzulegen. Die erhobenen Daten werden im Anschluss nach einem immer gleichen Prinzip ausgewertet und bearbeitet (vgl. Höwler, 2007, S.36).

Kritische Betrachtung der Konzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen

Im Folgenden werden Stärken und Schwachstellen der beschriebenen Konzepte herausgearbeitet. Dabei werden zunächst Vorteile und im Anschluss Nachteile der Konzepte aufgeführt.

Bei der Biografiearbeit ist positiv zu bewerten, dass sie einen ressourcenorientierten Ansatz verfolgt. Das bedeutet, das Konzept ist nicht fokussiert auf das, was der demenziell erkrankte Mensch nicht (mehr) kann, sondern nutzt und fördert jenes, worüber der demenziell erkrankte Mensch trotz seiner Erkrankung noch lange verfügt: das Langzeitgedächtnis (vgl. Kitwood, 2000, S.88). Die Biografiearbeit bietet zudem viele Möglichkeiten, das Arbeiten auf den demenziell erkrankten Menschen individuell abzustimmen. Dies kommt dem zu Pflegenden insofern zugute, als seine Individualität im Mittelpunkt steht und er dadurch mehr Selbstvertrauen erhält. Da die Biografiearbeit ein ganzheitliches Konzept ist, wird der Mensch nicht „als Summe seiner Teile“ (Popp, 2006, S.110) betrachtet, sondern in seiner Gesamtheit.

Positiv beim personenzentrierten Ansatz ist zu bewerten, dass die Person im Zentrum steht. Das Augenmerk liegt nicht auf der Krankheitssymptomatik, sondern die Person mit ihren Bedürfnissen, Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten steht im Vordergrund.

Das Konzept der Validation birgt den Vorteil, dass der Mensch mit demenzieller Erkrankung in seinem Empfinden und seiner Lebenswelt ernstgenommen wird. Wie die Erfahrungen Feils in ihrer Arbeit mit demenziell erkrankten Personen zeigten, erreicht man diese Personengruppe kaum über Fakten und Logik, wie es beispielsweise das ROT versucht. Mit Hilfe der Validation ist es hingegen möglich, den Erkrankten auf einer emotionalen Ebene erreichen. Des Weiteren ist von Vorteil, dass sich die Validation, ebenso wie die Biografiearbeit und die personenzentrierte Pflege, jederzeit und an jedem Ort praktizieren lässt. Zudem werden bei der Validation keinerlei weitere Hilfsmittel benötigt.

Bei der Milieutherapie wird den zu Pflegenden Konstanz und Orientierung durch Dinge geboten, die sie kennen und zuordnen können (Uhren u.ä.). Vor allem im Anfangsstadium

der demenziellen Erkrankung bietet dieses Konzept den Menschen Halt, da sie in dieser Phase eher an der gegenwärtigen Realität orientiert werden möchten. Versucht man diese Menschen durch validierende Gespräche zu erreichen, fühlen sie sich evtl. „in ihrem Bemühen, sich an der Realität zu orientieren, nicht ernstgenommen und herabgesetzt“ (Scharb, 1999, S.76). Ein Nachteil dieses Konzeptes ist in dem defizitorientierten Ansatz dieses Konzeptes zu sehen. Durch die Gestaltung der Umwelt versucht die Milieutherapie das zu kompensieren, was der Mensch mit demenzieller Erkrankung nicht (mehr) kann. Menschen im fortgeschrittenen Demenzstadium kann eine Milieugestaltung, wie z.B. die Verwendung von Orientierungspunkten (Kalender, Wochentagstafeln etc.), jedoch verängstigen oder verwirren, da sie damit konfrontiert werden, dass ihre Realität eventuell nicht mit der gegenwärtigen Realität übereinstimmt.

Die Validation ist ein Konzept „aus der Praxis für die Praxis“ (Kitwood, 2000, S.88). Sie entstand lediglich mit Hilfe von Beobachtungen aus der Praxis, aus denen praktische Rückschlüsse gezogen worden sind, und unterliegt somit keinem theoretischen Gerüst. Auch liegen keine Studien vor, welche nachweislich die Wirksamkeit des Konzepts überprüfen.

Die Biografiearbeit bietet zwar eine hervorragende Möglichkeit zur Aufarbeitung und zum Herausarbeiten von Neigungen, Interessen und Gewohnheiten – sofern es richtig praktiziert wird. In der Praxis ist jedoch oftmals lediglich ein vorgefertigter Fragebogen zu finden, der biografische Daten und Gewohnheiten des zu Pflegenden abfragt. Pflegende arbeiten diese Fragen nach dem immer gleichen Schema ab und nehmen dem demenziell erkrankten Menschen so den Raum, eigene Aspekte einzubringen.

Keines der beschriebenen Konzepte, auch nicht der weitreichende personenzentrierte Ansatz, ist so umfassend konzipiert, dass alle Lebensbereiche des demenziell Erkrankten Berücksichtigung finden. Die körperliche Komponente (z.B. Körperpflege) findet in keinem der Konzepte explizite Beachtung.¹⁷

¹⁷ Ein Konzept ist nicht erst dann positiv zu bewerten, wenn es möglichst viele Lebensbereiche und Ebenen umfasst. Ein Konzept kann sich auch auf einen Teilaspekt der Pflege beziehen. Für die Versorgung einer bestimmten Personengruppe müssen jedoch möglichst viele Lebensbereiche berücksichtigt werden, sodass eine Kombination mehrerer Konzepte sinnvoll erscheint (siehe dazu Punkt Sechs).

4.4.2 Konzepte zur Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung

Was beinhalten und bezwecken die Konzepte und *warum* wurden sie entwickelt?

Die vorgestellten Konzepte aus der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung haben gemein, dass sie eine Förderung der Wahrnehmung der Betroffenen bezwecken. In den 1960er Jahren gab es in amerikanischen Schulen einen plötzlichen Anstieg von Lernschwierigkeiten bei Kindern. Ayres begann durch Forschung nach den Ursachen dieser Entwicklung zu suchen und erkannte gleichzeitig, dass die bisherigen Methoden zur Behandlung solcher Beeinträchtigungen unzureichend waren. Im Zuge ihrer Forschungen gelangte sie zu der Annahme, Wahrnehmungsstörungen entstünden durch eine verminderte Sensorische Integration; d.h. durch die verminderte Fähigkeit, Informationen aus der Umwelt adäquat verarbeiten und deuten zu können. Auf dieser These aufbauend entwickelte Ayres schließlich ihr eigenes Behandlungskonzept für wahrnehmungsgestörte Kinder (vgl. Doering, 1996, S.11). Es entstand die Sensorische Integrationstherapie, die das Ziel der Verbesserung der Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit verfolgte, indem sie die verschiedenen Wahrnehmungsbereiche miteinander in Verbindung bringt - sie also versucht zu ‚integrieren‘ (Sensorische Integration) (vgl. Doering, 1996, S.11).

Das Affolter-Konzept stellt weniger die Integration der einzelnen Wahrnehmungsbereiche in den Vordergrund, sondern das Spüren der Umwelt zu Lernzwecken. Affolter machte während ihrer Arbeit mit wahrnehmungsgestörten Kindern die Erfahrung, dass verbale Aufforderung zu bestimmten Handlungen allein nichts bei den Kindern bewirkten. Daraufhin stellte er die These auf, das *Spüren* der Umwelt sei wichtig zum Lernen. Affolter geht es hierbei vor allen Dingen um das Spüren durch den taktil-kinästhetischen Sinn. Um Lernerfahrungen machen zu können, benötigt ein Mensch also sog. Spürinformationen, die er durch die Interaktion mit der Umwelt sammelt. Wahrnehmungs- und Lernstörungen gehen seiner Meinung nach von einer „gestörten Spürinformationssuche und -verarbeitung“ (Post, 2001, S.3) aus. Sein Konzept zielt darauf ab, das Spüren der Umwelt durch gezieltes Führen des Betroffenen zu verbessern, womit wiederum das Lernen erleichtert werden soll.

Laut Fröhlich geschieht die Verbesserung der Wahrnehmung durch Stimulation der Sinne. 1975-1983 wurden in Landstuhl/Rheinland-Pfalz im Rahmen eines „Schulversuchs“ Möglichkeiten gesucht, Kinder und Heranwachsende mit schweren Behinderungen zu unterrichten. Sich stützend auf eine Studie, die nachwies, dass Kinder, die häufig von ihren

Eltern gestreichelt wurden, später bessere Wahrnehmungs-, Lern- und Entwicklungskompetenzen aufwiesen (vgl. Fröhlich, 1996, S.10), entwickelte er das Konzept der Basalen Stimulation.

Welche Ebenen umfassen die Konzepte?

Die drei vorgestellten Konzepte arbeiten alle auf das gleiche Ziel hin: eine Verbesserung der Wahrnehmung eines Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Erreichung dieses übergeordneten Ziels führen, wie bereits dargestellt, die einzelnen Konzepte jeweils verschiedenartige Methoden an, die auf unterschiedlichen Theorien beruhen. Dabei bewegen sie sich jedoch in einem ähnlichen Radius.

Die einzelnen Konzepte streifen viele Bereiche des Lebens, jedoch wird meist nicht explizit auf die Gestaltung dieser Lebensbereiche eingegangen. Alltägliche Aktivitäten dienen als Medium zur Erreichung des übergeordneten Ziels – der Wahrnehmungsverbesserung. So wird beispielsweise in keinem der Konzepte die umfassende Ausgestaltung der Bereiche ‚Körperpflege‘, ‚soziale Umwelt‘ oder ‚wohnliches Umfeld‘ zur Steigerung des Wohlbefindens des Betreuten berücksichtigt. Eher werden einzelne Aspekte aus diesen Bereichen herausgegriffen und zur Erreichung der Wahrnehmungsverbesserung genutzt. Die Basale Stimulation beispielsweise nimmt den Aspekt der Körperpflege als *eine* Möglichkeit, bei der man die verschiedenen Stimuli zur Anregung der Wahrnehmung anwenden kann. Die Körperpflege ist jedoch nur eine Gelegenheit von vielen, in der mit der Basalen Stimulation gearbeitet werden kann. Beim Affolter-Modell wird beispielsweise der Betreute beim Aufhängen eines Bildes durch den therapeutischen Begleiter geführt. Ein Element aus der Gestaltung des wohnlichen Umfeldes wird also aufgegriffen, jedoch lediglich zur Verfolgung des übergeordneten Ziels genutzt. Während das Affolter-Konzept und die Basale Stimulation sich also Bestandteile des Alltags zu nutzen machen, bezieht sich die Sensorische Integrationstherapie (SI) auf das Empfinden von Reizen über die Sinnessysteme in einem eigens dafür geschaffenen Szenarium (SI-Raum). Alltagssituationen werden also kaum aufgegriffen.

Das Affolter-Konzept und die Basale Stimulation haben deshalb eine größere Reichweite als die SI.

Mit welchen Zielen wurden die Konzepte entwickelt und anhand welcher Mittel werden sie umgesetzt? (*wozu* und *womit?*)

Übergeordnetes Ziel aller Konzepte ist es, die zu betreuenden Menschen so weit zu fördern, dass ihnen ein weitestgehend selbstständiges Leben ermöglicht wird. Zur Erlangung dieses Ziels verfolgt jedes Konzept für sich einen eigenen Weg.

Die SI zielt auf eine Verbesserung der Reizverarbeitung ab. Die Fähigkeit Sinnesreize zu verarbeiten und zu deuten, sie also zu ‚integrieren‘, soll verbessert werden, um das eigene Handeln und Gefühle an die Umwelt anpassen zu können. Erreicht wird dies, indem dem Betreuten Spielsituationen geboten werden, in denen er verschiedenen Reizen ausgesetzt ist. Dabei werden verschiedene Hilfsmittel eingesetzt, wie z.B. Schaukeln oder Gummibälle. Die Wahl der Spielsituation erfolgt nondirektiv, d.h. der Betreute sucht sich sein Szenarium selbst aus (vgl. Doering, 1996, S.242).

Bei dem Affolter-Konzept und der Basalen Stimulation hingegen sind die therapeutischen Maßnahmen zwar individuell auf den Betreuten abgestimmt, dennoch ist es der Pflegende, der die Situation lenkt. In der Anwendung des Affolter-Konzepts wird versucht, verlorengegangene Fähigkeiten zu reaktivieren oder Neugelertes zu speichern, indem der Mensch mit geistiger Behinderung durch Alltagssituationen geführt wird. Die so vermittelten Spürinformationen stellen neue Verbindungen im Gehirn her und werden nach und nach gespeichert – der Betroffene lernt. Auf diese Weise soll nach und nach die Wahrnehmungsleistung verbessert werden (vgl. Doering, 1996, S.241).

In dem Konzept der Basalen Stimulation steht weniger der Prozess des Lernens im Zentrum. Primär wird die Verbesserung der Wahrnehmung angestrebt, damit der Mensch mit geistiger Behinderung besser mit der Umwelt in Kontakt treten kann. Die verschiedenen Stimuli der Sinne – somatisch, vibratorisch, vestibulär, auditiv, oral, olfaktorisch und taktil – sind hierbei die Elemente.

Wer ist an den Konzepten beteiligt, *wo* werden die Konzepte umgesetzt und welche zeitlichen Angaben geben die Konzepte vor (*wann?*)?

In der Gruppe der Konzepte für Menschen mit Wahrnehmungsstörungen ist jeder Ansatz auf einen bestimmten Bereich spezialisiert.

Die SI ist dabei das Konzept, welches die größte Zielgruppe umfasst, nämlich Menschen mit allen Formen Entwicklungs- oder Wahrnehmungsstörungen, wie leichte

Lernschwierigkeiten, Sprachprobleme, motorische Auffälligkeiten in breitem Spektrum und autistische Symptome (vgl. Doering, 1996, S. 227). Das Alter spielt dabei keine Rolle. Die SI findet entweder in stationären Einrichtungen oder ambulanten Praxen statt, z.B. der Ergotherapie. In speziell dafür vorgesehenen Räumen mit den entsprechenden Ausstattungen, sind es meist Therapeuten, welche die Betroffenen während der SI begleiten. Angehörige oder andere Bezugspersonen können den Betreuten während der SI zusätzlich unterstützen. Die SI wird zu vereinbarten Terminen durchgeführt, je nach Unterstützungsbedarf, beispielsweise einmal wöchentlich oder täglich.

Das Affolter-Modell wurde für wahrnehmungsgestörte Menschen, v.a. unter Lernproblemen Leidende, konzipiert. Als therapeutischer Begleiter kommt nicht nur ein ausgebildeter Therapeut in Frage, sondern ebenso Angehörige und andere Mitglieder des interdisziplinären Teams, die an der Betreuung beteiligt sind und mit dem Modell vertraut sind.

Die Basale Stimulation und das Affolter-Konzept können theoretisch an jedem Ort und zu jeder Zeit angewendet werden. Für beide Methoden bietet der Alltag eine vielfältige Anzahl an Möglichkeiten, in denen die Elemente der beiden Konzepte eingeflochten werden können (z.B. während der Körperpflege).

Anders als das Konzept nach Affolter wurde die Basale Stimulation zunächst ausgelegt auf Menschen mit schweren, schwersten und/oder mehrfachen geistigen Behinderungen. Später wurde das Konzept in die pflegerische Praxis übertragen und u.a. auch beispielsweise bei komatösen oder apallischen Patienten angewendet (vgl. Fröhlich, 1996, S.6).

Wie werden die Qualität, die Wirksamkeit und der Erfolg der Konzepte gemessen?

Ähnlich wie bei den Konzepten der Versorgung demenziell erkrankter Personen ist auch die Evaluation der Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen problembehaftet. Studien, welche die Qualität oder Wirksamkeit überprüfen, liegen für keines der genannten Konzepte vor.

Die zweite Möglichkeit, Qualität anhand von Assessmentinstrumenten zu messen, liegt nur für die Sensorische Integrationstherapie vor. Zur Überprüfung von sensorisch-integrativen Funktionen fasste Ayres die Erkenntnisse ihrer Forschung zusammen und entwickelte verschiedene Tests, u.a. die *Southern California Sensory Integration Tests* (SCSIT) und die *Sensory Integration And Praxis Tests* (SIPT). In den Verfahren wird beispielsweise die

visuelle Wahrnehmungsfähigkeit und räumliche Vorstellungskraft gemessen und die Körperbalance der Betreuten während verschiedener Übungen beobachtet. Die geistig behinderten Personen werden aufgefordert, bestimmte Körperhaltungen zu imitieren. Die Erhebungen werden im Anschluss interpretiert und die daraus resultierenden Ergebnisse sind die Grundlage zur Planung weiterer therapeutische Maßnahmen (vgl. Doering, 1996, S.212).

Kritische Bewertung der Konzepte aus der Versorgung geistig behinderter Menschen

Die SI bietet den Vorteil, dass sie für jede Disziplin aus dem an der Versorgung des geistig Behinderten beteiligten Teams von Nutzen ist, denn „jeder, der sich mit (...) der Entwicklung [von Menschen] beschäftigt, muss sich mit den sensomotorischen Funktionen auseinandersetzen“ (Doering, 1996, S.144, ff). Folglich kann die SI für jede Berufsgruppe (z.B. Krankengymnasten, Psychologen, Logopäden etc.) von Nutzen sein.

Das Affolter-Modell und die Basale Stimulation sind, wie bereits erwähnt, theoretisch weder an örtliche, noch an zeitliche Rahmenbedingungen gebunden. Da sich die Elemente beider Konzepte jedoch besonders in intime Situationen einbinden lassen (z.B. der Körperpflege), ist stets darauf zu achten, dass die Intimsphäre des Menschen mit geistiger Behinderung nicht verletzt wird. Beide Konzepte erfordern wenig zusätzliche Hilfsmittel oder aufwendige Maßnahmen zur Umsetzung, lediglich „Zeit, eine ruhige Atmosphäre und Sich-Einlassen-Können“ (Höwler, 2007, S.323) sind erforderlich. Der Alltag bietet eine große Vielfalt an Möglichkeiten zur Umsetzung der Basalen Stimulation und des Konzepts nach Affolter.

Die SI birgt das Problem, dass in der praktischen Umsetzung dieses ganzheitliche, vielfältige und nondirektive Konzept möglicherweise auf ein starres, undynamisches Lernprogramm reduziert wird (vgl. Doering, 1996, S.144). Zudem ist dieses Konzept i.d.R an eine feste Räumlichkeit gebunden, sodass es nicht in Alltagsaktivitäten eingebunden werden kann.

Ähnlich wie bei der SI kann bei der Basalen Stimulation das Problem auftreten, dass die Pflegenden das Konzept nicht vollständig verinnerlicht oder nur teilweise verstanden haben. In der Praxis werden dann oft nur Teile des Konzepts herausgegriffen und auf ein paar wenige Techniken dezimiert. Es hängt viel von der Einstellung der Pflegeperson ab, ob und wie die Basale Stimulation eingesetzt wird (vgl. Popp, 2006, S.120).

In jedem der drei Konzepte finden viele Lebensbereiche keine Beachtung, z.B. spezielle Methoden zur Kommunikation zwischen dem Menschen mit geistiger Behinderung und dem Therapeuten oder Angehörigen.

5 Diskussion: Pflegekonzepte für geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung

Im folgenden Kapitel wird diskutiert, nach welchen Konzepten Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung gepflegt werden können. Dafür werden zunächst die Konzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Personen und Menschen mit geistiger Behinderung in ihren wesentlichen Punkten miteinander verglichen. Im darauffolgenden Schritt werden die Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe dieser Zielgruppe, wie sie im Punkt Drei dargestellt wurden, aufgegriffen. Es wird überprüft, welche der zuvor vorgestellten Konzepte die speziellen Anforderungen der Zielgruppe erfüllen.

5.1 Zusammenfassender Vergleich aller Konzepte

Der Hauptunterschied in den beiden Konzeptgruppen liegt in dem Ziel, das jeweils durch die Anwendung angestrebt wird. Wie in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeitet wurde, ist das übergeordnete Ziel der Konzepte aus der Versorgung demenziell erkrankter Personen die Steigerung des Wohlbefindens des Betroffenen. Durch verschiedene Maßnahmen und Interaktionen soll seine Zufriedenheit gesteigert und die Phase des Alters so angenehm wie möglich gestaltet werden.

Die Versorgung der geistig behinderten Menschen hingegen ist so konzipiert, dass die Steigerung des Wahrnehmungsvermögens und die Erweiterung kognitiver Fähigkeiten als Ziele im Fokus stehen. Jedes einzelne der drei beschriebenen Konzepte sieht dafür eigene Maßnahmen vor, sei es durch Stimulation der Sinne, durch Integration der Sinneseindrücke oder durch Führen durch den therapeutischen Begleiter.

Um das Ziel der Steigerung des Wohlbefindens zu erreichen, greifen die Konzepte zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen sehr unterschiedliche Gesichtspunkte aus der Pflege mit sehr unterschiedlichen Reichweiten auf: Das wohnliche Umfeld des zu

Pflegenden, die Kommunikation zwischen zu Pflegenden und Pflegeperson, aber auch globalere, organisatorisch-strukturelle Aspekte finden Beachtung. Die heilpädagogischen Konzepte hingegen haben in etwa die gleichen Reichweiten, da zum Erreichen des Ziels der Wahrnehmungsverbesserung Maßnahmen von ähnlicher Dimension formuliert werden. Diese beziehen sich auf sehr konkrete, praxisnahe und teilweise kleinteilige Anwendungen. Globalere oder allgemein-strukturelle Bereiche werden nicht berücksichtigt, geschweige denn Überlegungen zur Berufsphilosophie oder zum –ethos. Die Inhalte der Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Personen wurden aus Beobachtungen in der Praxis oder manchmal anhand von Forschungsergebnissen generiert und stammen weniger aus Überlegungen, die anhand einer ‚übergeordneten‘ Perspektive mit Blick auf das Gesamtgeschehen angestellt wurden.

Die systematische Literaturrecherche in der Datenbank *Pubmed* zeigte außerdem, dass die Konzepte aus der Versorgung geistig behinderter Menschen deutlich weniger erforscht sind als die aus der Versorgung demenziell erkrankter Personen (siehe Rechercheprotokoll im Anhang).

5.2 Welche Konzepte werden den Unterstützungsbedarfen geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung gerecht?

Nachdem die Konzepte vorgestellt und miteinander verglichen wurden, werden nun die Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung aus Punkt Drei aufgegriffen. Es wird untersucht, welche der zuvor vorgestellten Konzepte die Besonderheiten dieser Zielgruppe und ihre speziellen Unterstützungsbedarfe berücksichtigen, um zu überprüfen, welche Konzepte somit für die Versorgung von geistig behinderten Menschen mit demenzieller Erkrankung geeignet sind.

- Die individuelle und ressourcenorientierte Pflege

Jeder zu Pflegende weist einen eigenen Unterstützungsbedarf und eigene Ressourcen auf. Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung haben durch ihre besondere Situation und ihre unterschiedlichen Ressourcen und Unterstützungsbedarfe einen besonders hohen Bedarf an individuell gestalteter Pflege. Jedes Konzept genügt diesen Ansprüchen auf andere Weise.

Die Biografiearbeit erlaubt dem Pflegenden einen sehr persönlichen Einblick in das Leben des Betroffenen, da eben dies Hauptgegenstand des Konzeptes ist. Dadurch werden Ressourcen, Vorlieben, Gewohnheiten, Hobbies oder religiöse Ansichten sichtbar. Auch Abneigungen, schambehaftete Themen oder Ängste stellen sich heraus. Diese können aufgegriffen und im Pflegealltag berücksichtigt werden. Das Konzept macht somit eine sehr differenzierte, individuelle Pflege möglich. Die Biografiearbeit nutzt außerdem das Vergangene und Erlebte als Ressource, denn oftmals bleibt trotz fortgeschrittenen Stadiums der demenziellen Erkrankung das Langzeitgedächtnis des Erkrankten noch lange erhalten (vgl. Scharb, 1999, S.61).

Auch Kitwood ermöglicht in dem personenzentrierten Ansatz individuelle Pflege, da er das Individuum an sich in den Fokus stellt. Die Interaktionen zur Befriedigung der psychischen Bedürfnisse (siehe Punkt 4.2.3) sind individuell ausgelegt und orientieren sich an der Person mit ihrer Lebensanschauung, ihren Wesenszügen und Bedürfnissen. Der Erhalt der Identität und der Person an sich impliziert auch den Erhalt ihrer Ressourcen.

Auch bei der Validation wird der Prozess individuell abgestimmt, indem die genaue Vorgehensweise z.B. unter der Berücksichtigung der Phase der Verwirrtheit geplant wird. Vor Beginn der Validation ist es vorgesehen, zunächst durch Gespräche mit dem zu Pflegenden und seinen Angehörigen Informationen z.B. über seine Ressourcen, Hobbies, Beruf sowie mögliche Verluste und unvollendete Lebensaufgaben einzuholen. Diese Daten können während der validierenden Gespräche berücksichtigt werden (vgl. Feil et al., 2005, S.82).

Während die Validation sich vorwiegend auf die Kommunikation zwischen Pflegendem und Betreutem bezieht, steht bei der Milieuthérapie die Gestaltung der Umwelt im Fokus. Das Konzept sieht vor, dass „die Rahmenbedingungen (...) an die demenzkranke Person anzupassen [sind] und nicht umgekehrt“ (Grond, 2005, S.73). Je nachdem, welche Unterstützungsbedarfe der zu pflegende Mensch mitbringt, werden die soziale und räumlich-bauliche Umwelt individuell gestaltet. Durch diesen eher defizitorientierten Ansatz finden die Ressourcen der zu Pflegenden weniger Beachtung.

Jedes der Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen sieht jeweils eigene Maßnahmen vor, um das übergeordnete Ziel der Verbesserung der Wahrnehmung zu erreichen. Der individuelle Unterstützungsbedarf sowie Neigungen und Abneigungen werden dabei beachtet.

Das Führen nach Affolter durch den therapeutischen Begleiter ist sehr genau auf den Entwicklungsstand des Lernenden abgestimmt und es wird lediglich in den Momenten

geführt, in denen der geistig behinderte Mensch die Handlung nicht selbst ausführen kann. Die Führungen beziehen sich ausschließlich auf bekannte Alltagssituationen, damit es nicht zu einer Überforderung des Betreuten kommt. Sobald der Lernende eine Handlung selbst ausführen kann, wird die Führung reduziert oder ganz eingestellt.

Bei der Basalen Stimulation werden die verschiedenen Anregungen immer unter der Berücksichtigung dessen gesetzt, was der zu Pflegenden mag. Stellt sich heraus, dass dieser beispielsweise vibratorische Stimuli als unangenehm empfindet, werden diese in den Pflegemaßnahmen ausgeschlossen. Ob und wie Ressourcen des erkrankten Menschen einbezogen und gefördert werden, hängt von der Pflegeperson ab.

Die Sensorische Integrationstherapie lässt dem wahrnehmungsgestörten Menschen viel Freiraum zur Entwicklung seiner Fähigkeiten. Zwar werden dem Betroffenen in einem speziell eingerichteten Raum sensomotorische Erfahrungen geboten, jedoch sucht dieser sich selbst seine Reizangebote aus, um Fähigkeiten zu schulen und die eigenen Grenzen kennenzulernen (vgl. Doering, 1996, S.242). Der Betreute fördert seine Ressourcen selbst, da er sich zumeist Beschäftigungen aussuchen wird, die er kennt und ausführen kann. Der therapeutische Begleiter achtet auf Schwierigkeiten, die sich evtl. bei den Aktivitäten ergeben und darauf, dass die Angebote im SI-Raum niemals reizüberfordernd für den Betreuten sind, sondern auf den individuellen Entwicklungsstand abgestimmt sind.

- Der erhöhte Bedarf an Schutz, Sicherheit und Geborgenheit

Wie in Punkt Drei bereits dargestellt, ist die Phase des Alterns für geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung möglicherweise mit mehr Unsicherheit versehen als für Menschen ohne geistige Behinderung, wodurch ein Bedarf an mehr Schutz, Sicherheit und Geborgenheit entsteht. Ist ein alternder, geistig behinderter Mensch zusätzlich von einer demenziellen Erkrankung betroffen, steigt dieser Bedarf weiter an und die Unterstützung durch Pflegende wird noch wichtiger.

Die Biografiearbeit kommt diesem Bedarf nach, indem sie durch die enge, persönliche Zusammenarbeit eine vertrauliche Beziehung zwischen Pflegeperson und erkranktem Menschen entstehen lässt. Je länger diese Beziehung besteht und je länger der Pflegenden den demenziell erkrankten Menschen dabei unterstützt, die eigene Biografie und Erfahrungen aufzuarbeiten, desto vertrauter wird die Beziehung und desto geborgener fühlt sich der Betroffene. Er kann sich sicher sein, dass er sich auf die Bezugsperson verlassen kann, unabhängig davon, welches schwere Erlebnis er noch einmal durchlebt oder mit welcher unvollendeten Lebensaufgabe er kämpft.

Auch Feil betont in ihrem Versorgungskonzept, dass Geborgenheit nur durch ein Vertrauensverhältnis entstehen kann. Dies wiederum gelingt nur, wenn die Pflegeperson authentisch ist und das Gegenüber ernst nimmt (vgl. Messer, 2009, S. 21). In dem Konzept der Validation wird dies an oberste Stelle für eine gelingende Kommunikation gesetzt. Zudem wird dem demenziell erkrankten Menschen Sicherheit vermittelt, indem das eigene Verhalten, Gefühle und Äußerungen nicht korrigiert, sondern akzeptiert und validiert wird. Unsicherheit und Stress werden auf diese Weise reduziert (vgl. Feil et al., 2005, S.49).

In der Milieutherapie ist es neben einem engen Beziehungsaufbau zwischen Pflegendem und Betreuten vor allem die materielle Umwelt, die der erkrankten Person Sicherheit, Schutz und Geborgenheit bietet. Ziel ist es, ein wohnliches, konstantes Umfeld zu schaffen, in dem sie sich sicher und aufgehoben fühlt (vgl. Popp, 2006, S.105). Eigene Möbel- und Erinnerungsstücke sorgen für ein vertrautes, behagliches Wohngefühl.

Der personenzentrierte Ansatz sieht in der Erfüllung der psychischen Bedürfnisse eines demenziell Erkrankten (siehe Punkt 4.3.2) die Voraussetzung für das Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Schutz. Interaktionen, welche diese Bedürfnisse erfüllen, sind das Zusammenarbeiten mit dem zu Pflegenden, gemeinsames Spielen und Feiern, Entspannung und Timalation geben dem demenziell erkrankten Menschen das Gefühl von Geborgenheit. Ihm Halt und Erleichterung zu bieten und mit Anerkennung gegenüberzutreten gibt Vertrauen und das Gefühl von Sicherheit und Schutz (vgl. Kitwood, 2000, S.136).

Die Basale Stimulation stützt viele ihrer Anwendungen auf die Erfahrung frühkindlicher Stimuli (z.B. die Kommunikation während der Anwendung durch enge Körpernähe) (vgl. Fröhlich, 1996, S.10), welche der zu Pflegende unterbewusst wiedererkennt und dadurch Geborgenheit, Schutz und Sicherheit empfindet.

Die SI bietet dem Betreuten einen eigens dafür vorgesehenen Raum, in dem er Zuflucht findet und die Sicherheit hat, in Ruhe, ohne Druck von der Außenwelt und im Dasein eines vertrauten, therapeutischen Begleiters sensomotorische Erfahrungen zu sammeln. Voraussetzung dafür ist, dass tatsächlich ein Vertrauensverhältnis zwischen Betreutem und Begleiter besteht.

Das Affolter-Konzept macht sich im Gegensatz zur SI das Alltagsgeschehen zu Nutzen. Um den wahrnehmungsgestörten Menschen nicht aus dem vertrauten Umfeld zu reißen, werden die Übungen in alltäglichen Situationen durchgeführt. Dadurch, dass der Betreute stets begleitet und geführt wird, kann er sich sicher unterstützt und in einem geborgenen Rahmen fühlen.

- Die persönliche Auseinandersetzung mit dem Älterwerden

Dieser Aspekt wird (wenn überhaupt) nur in den Konzepten der Versorgung demenzieller Erkrankung aufgegriffen, da diese Konzepte eigens für alternde Menschen entwickelt wurden. Die Konzepte der Versorgung geistig behinderter Menschen sind hauptsächlich für Kinder, Jugendliche und Erwachsene entwickelt worden und zielen auf die Wahrnehmungsverbesserung ab. Der Aspekt des Älterwerdens spielt dabei keine nennenswerte Rolle.

Von den vier vorgestellten Konzepten zur Versorgung demenziell erkrankter Menschen ist es die Biografiearbeit, in welcher der Aspekt ‚Auseinandersetzung mit dem Alter‘ am intensivsten bearbeitet wird. Neben der Aufarbeitung der Vergangenheit ist auch die Auseinandersetzung mit der Gegenwart und der Zukunft Bestandteil des Konzeptes. Es gilt die verschiedenen Phasen und Momente der eigenen Biografie zu resümieren, um sich schließlich auf die letzte Phase des ‚Alters‘ einlassen zu können. Um die Aufarbeitung möglich zu machen, sollte der Pflegenden den alternden Menschen angemessen und ernsthaft begleiten, ohne die Themen, welche der Resümierende aufwirft, zu verkleinern oder umzulenken (vgl. Feil et al., 2005, S.62). Biografiearbeit eignet sich auch hervorragend für Menschen mit geistiger Behinderung. Oftmals haben sie zwar Schwierigkeiten, Geschehnisse zeitlich einzuordnen und sie orientieren sich selten an Jahreszahlen oder Altersangaben (vgl. Lindmeier, 2004, S.18). Dennoch sind sie hinsichtlich ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrungen fähig, „ihr ‚Gewordensein‘ zu reflektieren, wenn sie dabei Anleitung und Unterstützung erhalten“ (Lindmeier, 2004, S.20).

Feil stützt sich in ihrem Konzept der Validation auf das von Erikson beschriebene Modell der Lebensstadien und Lebensaufgaben¹⁸. Feil erweiterte das Modell um eine weitere Lebensphase: das ‚hohe Alter‘. In dieser Phase hat der Mensch die Aufgabe, Erinnerungen wiederzubeleben, um mit Durchlebtem abzuschließen und in Ruhe und Frieden sterben zu können (vgl. Feil et al., 2005, S.30). Feil sieht das Konzept der Validation als Medium zur Aufarbeitung vergangener Erfahrungen und zum Lösen unerledigter Aufgaben (vgl. Feil et al., 2005, S.54).

¹⁸ Das 1977 von E.H. Erikson entwickelte Modell beschreibt die verschiedenen Aufgaben, mit denen ein Mensch während seiner verschiedenen Lebensphasen vom Säuglingsalter bis zum Alter konfrontiert wird (vgl. Feil et al., 2005, S.20).

Der personenzentrierte Ansatz widmet sich nicht explizit der Auseinandersetzung mit dem Älterwerden. Dennoch ist dieser Aspekt insofern Teil des personenzentrierten Ansatzes, dass Kitwood andere Konzepte in seinem integriert, z.B. die Biografiearbeit und die Validation (vgl. Kitwood, 2000, S.88/135). Auf diese Weise wird dem Bedürfnis der Auseinandersetzung mit dem Alter, wenn auch nur indirekt, auch im personenzentrierten Ansatz entsprochen.

Die Milieutherapie beinhaltet wiederum keinen speziellen Anteil, der die Auseinandersetzung mit dem Älterwerden vorsieht. Es ist zwar möglich, Komponenten in den Ansatz miteinzubinden, die diesem Bedürfnis gerecht werden, doch die ursprüngliche Idee von Wojnar sieht dies nicht explizit vor.

- Die Tagesstrukturierung

Wie bereits aufgezeigt, hat jeder zu pflegende Mensch einen individuellen Unterstützungsbedarf. Ohne Pauschalaussagen über die Bedürfnisse geistig behinderter und demenziell erkrankter Menschen machen zu wollen, zeigt die Erfahrung doch, dass diese beiden Personengruppen weniger über eine selbstständige Tagesplanung und -strukturierung verfügen als Menschen ohne Behinderung und demenzielle Erkrankung. Dies gilt besonders für demenziell erkrankte Menschen fortgeschrittenen Stadiums. Um sie nicht zu verunsichern, hat sich in der Praxis ein zwar individueller, aber dennoch konstanter, stets gleichbleibender Tagesablauf für sie bewährt. Aus diesem Grund scheint es sinnvoll, dass Konzepte diesen Lebensbereich berücksichtigen.

Die meisten Konzepte, die nicht an Ort und Zeit gebunden sind und primär Alltagssituationen für die Anwendung nutzen, können mit einem strukturierten Tagesablauf verbunden werden. Die Biografiearbeit, die Basale Stimulation und das Affolter-Konzept können zum Einen prinzipiell jederzeit und an jedem Ort angewendet werden, sie können aber zusätzlich auch zu festgelegten Zeitpunkten durchgeführt werden und dadurch strukturgebend wirken. Eine auditive Stimulation beispielsweise könnte allmorgendlich erfolgen, indem beim Ankleiden des Betreuten eine Lieblings-CD abgespielt wird. Eine Führung nach Affolter könnte z.B. dreimal täglich vor jeder Mahlzeit durchgeführt werden, indem man gemeinsam den Tisch aufdeckt. Oder eine Gruppe kann sich jeden Nachmittag zu einer bestimmten Uhrzeit treffen und gemeinsam biografisch arbeiten. Vieles hängt bei der Umsetzung von dem Verständnis und der Haltung der Pflegenden ab, d.h., ob sie die Konzepte verstanden und verinnerlicht haben und bereit sind, diese in den Pflegealltag einzuflechten.

Die Validation findet zwar auch Anwendung in Alltagssituationen, jedoch entstehen Gespräche, in denen validierend kommuniziert wird, meist situativ und als Reaktion auf etwas statt, das der demenziell erkrankte Mensch zum Ausdruck gebracht hat. Dies lässt sich allerdings nicht planen, sodass sich die Validation folglich nicht als strukturgebendes Element eignet. Sie kann parallel zu einer geplanten Tagesstruktur erfolgen, nimmt jedoch keinen direkten Bezug dazu.

Die SI kann, je nachdem wie oft eine Anwendung stattfindet, strukturgebenden Charakter haben. Indem sie z.B. einmal wöchentlich oder täglich erfolgt, kann sie Teil einer Struktur sein.

Der personenzentrierte Ansatz lässt offen, ob eine geplante Tagesstruktur Bestandteil des Konzepts ist oder nicht. Nach Kitwoods Theorie soll die Umwelt, zu der auch die Pflegenden gehören, möglichst wenig auf den Betroffenen einwirken. Eine vorgegebene Tagesstruktur sieht das Konzept dementsprechend nicht vor. Stellt sich jedoch ein strukturierter Tagesablauf als ein Bedürfnis des zu Pflegenden heraus, kann und sollte dies in die Pflegeplanung einbezogen werden.

Während die vorangegangenen Konzepte eine Tagesstruktur zwar nicht grundsätzlich ausschließen, aber auch nicht ausdrücklich implizieren, ist die Milieutherapie das einzige Konzept, welches explizit eine feste Tagesstrukturierung vorsieht. Um dem Menschen mit demenzieller Erkrankung Sicherheit und Orientierung zu bieten, sind sich abwechselnde Aktivitäts- und Ruhephasen im Alltag festgelegt. Auch hier liegt es an der Einstellung der Pflegenden, ob die Tagesstruktur undynamisch und für alle gleich oder individuell, an die Gewohnheiten und Neigungen des zu Pflegenden angepasst und umgesetzt wird.

- Beobachtung des zu Pflegenden durch die Pflegeperson

Um eine individuelle Pflege realisieren zu können, die im Teil Drei erläuterten psychosozialen Faktoren als Anzeichen des Älterwerdens bei geistig behinderten Menschen zu erkennen und eine demenzielle Erkrankung von dem Erscheinungsbild einer geistigen Behinderung differenzieren zu können, benötigt ein Pflegender Einfühlungsvermögen und eine gute Beobachtungsgabe. Auch um Veränderungen des zu Pflegenden (z.B. durch Pflegemaßnahmen erzielte Fortschritte) zu erkennen, müssen Beobachtungen angestellt werden.

Jedes der beschriebenen Konzepte funktioniert nur, wenn die Pflegeperson den demenziell erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung beobachtet und Rückschlüsse für die pflegerischen Maßnahmen zieht. Um z.B. zu wissen, wann und wie bei der Anwendung

des Affolter-Konzepts geführt wird, muss der Pflegende den Betreuten gut kennen und beobachten (vgl. Doering, 1996, S.241).

Auch beim personenzentrierten Ansatz sind eine gute Beobachtung und Einfühlungsvermögen notwendig, um täglich die richtigen Interaktionen auf die entsprechende Tagesform und die wechselnd vorherrschenden psychischen Bedürfnisse des zu Pflegenden abzustimmen (Kitwood, 2000, S.134).

Auch in den übrigen Konzepten kommt der Beobachtung eine gleiche Wichtigkeit zu. Zwar wird in einigen Konzepten die Relevanz von guter Beobachtung hervorgehoben, doch ist es dabei kein Charakteristikum oder Kriterium der Konzepte selbst. Stattdessen liegt es im Ermessen der Pflegeperson, ob dies umgesetzt wird. Das beste Konzept kann an der Haltung und der mangelhaften Umsetzung der pflegenden Person scheitern. Dabei spielen zwar auch äußere Umstände eine Rolle (z.B. Zeit), aber vor allen Dingen ist es das Pflegeverständnis einer Pflegeperson, das darüber entscheidet, ob beobachtet wird, Veränderungen festgestellt werden, der erkrankte Mensch als einzigartig wahrgenommen und Pflege individuell ausgeführt wird.

- Das Einbeziehen von Bezugspersonen

Das Einbeziehen Angehöriger und anderer Bezugspersonen in den Pflegeprozess ist überaus sinnvoll. Einerseits können Informationen bezüglich des Zustands des zu Pflegenden vor der demenziellen Erkrankung, etwa Vorlieben und Abneigungen, erfragt werden. Andererseits ist die Einbindung auch wichtig, um den Angehörigen das Gefühl zu geben, gebraucht zu werden und mitbestimmen zu können. Zudem können Bezugspersonen sehr hilfreich im Pflegealltag sein, indem sie angelernt werden und pflegerische Handlungen übernehmen. Auch für die Menschen, die gepflegt werden ist es oft angenehmer von Vertrauenspersonen gepflegt zu werden, da zwischen ihnen und dem zu Pflegenden meist ein Vertrauensverhältnis vorliegt. Dieses schafft wiederum eine Atmosphäre von Geborgenheit, Schutz und Sicherheit.

In der Biografiearbeit, der Validation, der Basalen Stimulation, dem Affolter-Konzept und der SI wird die Einbindung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen ausdrücklich betont. Diese Konzepte sehen neben der Ausführung der im Konzept vorgesehenen Pflegehandlungen an sich auch die „Beratung, Steuerung, Verstärkung und [das] Mutmachen“ (Fröhlich, 1996, S.35) der Angehörigen als Aufgabe der Pflegenden.

Die Milieutherapie schließt die Einbindung Angehöriger zwar nicht aus, hebt diese jedoch auch nicht hervor. Sie ist eher so konzipiert, „dass sich der alte Mensch und seine

Angehörigen wohlfühlen“ (Höwler, 2007, S.334). Die Milieuthherapie arbeitet also nicht *mit*, sondern eher *für* die Angehörigen.

Kitwood selbst betont in seinem personenzentrierten Ansatz nicht ausdrücklich die Zusammenarbeit mit Bezugspersonen. Dadurch, dass z.B. die Biografiearbeit und die Validation jedoch in den Ansatz integriert sind, ist das Einbeziehen Angehöriger dennoch Bestandteil des personenzentrierten Ansatzes.

6 Fazit

Die pflegerischen Besonderheiten und speziellen Unterstützungsbedarfe der geistig behinderten Menschen mit demenzieller Erkrankung erfordern ein Umdenken in der Versorgung. Um ihren speziellen Anforderungen in der Pflege entsprechen zu können, bedarf es an geeigneten Versorgungsstrukturen und Konzepten, welche die Selbstständigkeit der Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung so gut es geht erhält und fördert und zudem eine individuelle, ressourcenorientierte Pflege ermöglicht.

In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst die Ursachen der Entstehung dieser neuen Personengruppe in unserer Gesellschaft dargelegt und die Besonderheiten und speziellen Unterstützungsbedarfe erörtert. Im weiteren Verlauf wurde ein Überblick verschafft, welche Konzepte jeweils aus der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und aus der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung untersucht und verglichen. Anschließend wurde überprüft, inwiefern geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung anhand der untersuchten Konzepte versorgt werden können und inwiefern sie den pflegerischen Besonderheiten und speziellen Unterstützungsbedarfen dieser Personengruppe gerecht werden.

Die Untersuchung hat ergeben, dass jedes der vorgestellten Konzepte Elemente enthält, welche den Bedürfnissen der Zielgruppe entgegen kommen; keines der Konzepte erfüllt jedoch alle Anforderungen. Die Konzepte aus der Versorgung der geistig behinderten Menschen legen beispielsweise Wert auf individuelle Unterstützung und bieten dem Betreuten ein hohes Maß an Sicherheit und das Gefühl von Geborgenheit und Schutz. Das Bedürfnis eines demenziell erkrankten Menschen mit geistiger Behinderung nach der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Älterwerden wird jedoch außer Acht gelassen. Die Biografiearbeit hingegen kommt durch ihre Konzeption intensiv dem Bedürfnis der

Auseinandersetzung mit dem Älterwerden nach. Weniger findet in diesem Konzept hingegen der Aspekt eines strukturierten Tagesablaufs Beachtung. Die Milieuthérapie setzt genau diesen Aspekt in den Fokus; der Bedarf an individueller, ressourcenorientierter Pflege findet jedoch weniger Berücksichtigung.

Führt man diese Erwägungen fort, stellt man fest, dass jedes Konzept einige Anforderungen erfüllt und andere wiederum nicht. Um die Ausgangsfrage der vorliegenden Arbeit, nach welchem Konzept geistig behinderte Menschen mit demenzieller Erkrankung versorgt werden können, beantworten zu können, müssen mehrere Konzepte gleichzeitig betrachtet werden. Ein einzelnes Konzept eignet sich nicht allein für ihre Versorgung. Nur durch eine Zusammenführung vieler Konzepte können die Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe dieser Personengruppe berücksichtigt werden.

Eine Kombination von Konzepten aus der Versorgung geistig behinderter Menschen mit solchen aus der Versorgung demenziell erkrankter Personen ist insofern sinnvoll, dass die übergeordneten Ziele der beiden Konzeptgruppen (Verbesserung der Wahrnehmung und Steigerung des Wohlbefindens) zusammen kommen und sich ergänzen. Dabei könnten weniger weitreichende Konzepte in die Konzepte mit einer größeren Reichweite integriert werden.

Nach den Untersuchungen dieser Arbeit sind die beiden Konzepte mit der größten Reichweite der personenzentrierte Ansatz und die Milieuthérapie, da sie viele Lebensbereiche des Menschen umfassen. Eines der beiden Konzepte als Grundlage genommen, ließen sich die anderen, weniger weitreichenden Konzepte integrieren. So können die Validation, das biografische Arbeiten, das Führen nach Affolter, die Basale Stimulation und die SI Bestandteil des personenzentrierten Ansatzes oder der Milieuthérapie sein.

Betrachtet man die Idee, die den Konzepten zugrunde liegen, wird deutlich, dass sich die Milieuthérapie und der personenzentrierte Ansatz in ihren Grundideen eklatant unterscheiden. Eine Kombination beider Konzepte wäre deshalb schwierig. Während der personenzentrierte Ansatz die Person an sich mit ihren Bedürfnissen und Ressourcen ins Zentrum stellt, ohne möglichst beeinflussend zu wirken, sieht die Milieuthérapie klare Rahmenbedingungen und Hilfsmittel vor, um die Defizite des Menschen mit demenzieller Erkrankung auszugleichen und ihn an der gegenwärtigen Realität zu orientieren. Demzufolge müsste also eine Entscheidung getroffen werden, ob das eine oder das andere Konzept Verwendung finden soll. Dies ist auch unter Berücksichtigung des Stadiums der demenziellen Erkrankung zu entscheiden, denn, wie bereits erwähnt, hilft es demenziell

erkrankten Menschen ersten Stadiums häufiger mehr, wenn sie Orientierungspunkte zur gegenwärtigen Realität vorfinden (vgl. Scharb, 1999, S.76). Hier wäre der Einsatz der Milieutherapie folglich angemessener als der personenzentrierte Ansatz. Im fortgeschrittenen Stadium könnte hingegen eher der personenzentrierte Ansatz greifen.

Ein Konzept zur Versorgung von beeinträchtigten Menschen sollte generell zum Wohlbefinden und zur Zufriedenheit des zu Pflegenden beitragen. Die Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen haben jedoch allesamt primär das Ziel, die Wahrnehmung des Betroffenen zu verbessern. Sie eignen sich somit für die Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung, da sie durch ihre Anwendungen helfen, die Gedächtnisleistungen, welche aufgrund der demenziellen Erkrankung schwinden, zu fördern und dadurch evtl. länger zu erhalten. In Kombination mit den Konzepten aus der Versorgung demenziell erkrankter Menschen bieten sie vielfältigen Unterstützungsbedarf für diese Personengruppe.

Bei der alleinigen Anwendung eines der Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen, fehlt jedoch die Komponente der ‚Steigerung des Wohlbefindens‘. Aus diesem Grund bleibt die Frage offen, ob die Konzepte aus der Versorgung dieser Personen möglicherweise generell ein fragwürdiges Ziel verfolgen. Das Ziel, die Wahrnehmung eines Menschen zu verbessern, bedeutet, dass die bisherige Leistung unzureichend gewertet wird und setzt voraus, dass der Betroffene durch seine Wahrnehmung unglücklich ist. Es scheint also, der Mensch sei nicht „genug“ und müsse möglichst an den Norm der Wahrnehmungsleistung von Menschen ohne geistige Behinderung angepasst werden. Das Urteilen darüber, was ‚verbesserungswürdig‘ oder ‚veränderungsbedürftig‘ an der kognitiven Leistung einer Person sei, ist diskussionsbedürftig. Schließlich ist es für Außenstehende schwierig zu beurteilen, ob ein wahrnehmungsbeeinträchtigter Mensch unglücklich mit seiner Situation ist.

7 Ausblick

Die Praxis zeigt deutlich, dass spezielle Konzepte für die Versorgung demenziell erkrankter Menschen mit geistiger Behinderung zur Zeit gar nicht oder nur laienhaft und oft ohne theoretisch gesichertes Fachwissen, eingesetzt werden. Die vorliegende Arbeit nahm sich diesen Mangel zum Anlass, um die verschiedenen Konzepte zur Versorgung dieser Personengruppe zu beleuchten. Gleichzeitig eröffnet diese Arbeit eine Vielzahl an

möglichen Forschungsfeldern zu dem Thema Konzepte in der Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung.

Ein Überblick an Konzepten zur Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung wurde gegeben. Die Konzepte wurden auf die Besonderheiten und Unterstützungsbedarfe dieser Personengruppe hin überprüft. Aufgrund der gebotenen Kürze dieser Arbeit konnte das Thema nicht in der nötigen Tiefe bearbeitet werden, wie es das komplexe Feld der Versorgung dieser speziellen Personengruppe eigentlich erfordert.

In dieser Arbeit wurden Konzepte untersucht, die sich möglicherweise für die Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung eignen. Prinzipiell gilt jedoch, dass es nicht nur in der Versorgung dieser speziellen Personengruppe an neuen Konzepten bedarf, sondern auch allgemeiner gefasst in der Versorgung für *alternde* geistig behinderte Menschen. Und im Zuge der demografischen Entwicklung, dem medizinischen Fortschritt und einer verbesserten Gesundheitsvorsorge altern nun nicht nur Menschen mit geistiger, sondern auch mit körperlicher Behinderung. Auch für diese Personengruppe gilt es, neue Versorgungsstrukturen und Konzepte zu entwickeln.

Die vorliegende Arbeit gibt skizzenhaft einen Überblick über mögliche Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Personen mit demenzieller Erkrankung. Die nötigen theoretischen Grundlagen, die den Konzepten zugrunde liegen (z.B. neurophysiologische Annahmen), konnten nicht hinlänglich dargelegt werden, um zum vollen Verständnis der Inhalte beizutragen.

Es wurden Konzepte aus beiden Bereichen, der Versorgung demenziell Erkrankter und der Heilpädagogik, betrachtet, verglichen und diskutiert. Eine vollständige Konzeptentwicklung, inwiefern die genannten Konzepte im Detail miteinander kombiniert werden können, konnte im Rahmen dieser Arbeit nicht vollzogen werden. Eine Ausweitung der Untersuchung wäre erstrebenswert, um den Gedanken der Konzeptentwicklung zu Ende zu denken. Dafür müsste der Blick auf mögliche Konzepte, die sich evtl. für die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung und demenzieller Erkrankung eignen, erweitert werden. Die Methode zur Auswahl der Konzepte (Recherche in der Datenbank *Pubmed*, Suche innerhalb der Fachliteratur und Websites der Ergotherapie) sind nur eine Herangehensweise, um Konzepte in die Bearbeitung einzuschließen. Eine weitere Möglichkeit wäre, breitgefächerter zu recherchieren, indem man beispielsweise in verschiedenen Settings der Praxis nach Versorgungskonzepten fragt (z.B. Krankenhäuser, Ambulanzen, Wohnstätten). Dies wäre ein möglicher Anschlusspunkt für weiterführende Arbeiten.

Die Praxis zeigt deutlich, dass spezielle Konzepte für die Versorgung demenziell erkrankter Menschen mit geistiger Behinderung zur Zeit gar nicht oder nur laienhaft, ohne theoretisch gesichertes Fachwissen, eingesetzt werden.

8 Literaturnachweis

Bartholomeyczik, S., Halek, S. (2006). Verstehen und Handeln. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft

Bielefeldt, E. (2000). Tasten und Spüren – wie wir bei taktil-kinästhetischer Störung helfen können. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Bleeksma, M. (1998). Mit geistiger Behinderung alt werden. Weinheim/Basel: Beltz Verlag

Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. (1993). Alt und geistig behindert – ein europäisches Symposium. Gladenbach: Kempes – 2. Auflage

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung/Kuratorium Deutsche Altenhilfe (2004). Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger – der Pflegeprozess. Köln, abgerufen am 11.05.2012 (PDF)

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.) (2001). Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung, Band 5. Opladen: Leske&Budrich.

Ding-Greiner, C., Kruse, A. (Hrsg.) (2010). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter – Beiträge aus der Praxis. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Doering, W.&W. (Hrsg.) (1996). Sensorische Integration – Anwendungsbereiche und Vergleich mit anderen Fördermethoden / Konzepten. Dortmund: Löer Druck/Borgmann – 3. Auflage

Drechsler, C. (2004). Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohnformen. Biel: Ediprim AG.

Dühring, A., Habermann-Horstmeier, L. (2000). Das Altenpflegelehrbuch – medizinische und psychosoziale Grundlagen für die Pflege alter Menschen. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft – 2. Auflage

Fröhlich, A. (1996). Basale Stimulation in der Pflege – Pflegersiche Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben

Fröhlich, A. (2003). Basale Stimulation – Das Konzept. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes leben

Furger, M. (Hrsg.), Kehl, Doris (Hrsg.) (2006). Alt und geistig behindert – Herausforderung für Institutionen und Gesellschaft. Biel: Ediprim AG.

Feil, N. (2005). Validation – ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag – 8. Auflage

- Grond, Erich (2005). Pflege Demenzkranker. Hannover: Brigitte Kunz Verlag – 3. Auflage
- Groß-Seelbeck, G., Karch, D., Pietz, J., Schlack, H.G. (2002). Sensorische Integrationstherapie nach Jean Ayres – eine Stellungnahme der Gesellschaft für Neuropädiatrie e.V. In: Neuropädiatrie 2001 (PDF)
- Havemann, M.J. (1999). Freizeit im Alter – Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse. Marburg: Lebenshilfe Verlag
- Hensle, U., Vernooij, M. (2000). Einführung in die Arbeit behinderter Menschen I. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag – 6. Auflage
- Höwler, E. (2007). Gerontopsychiatrische Pflege. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Kitwood, Tom (2000). Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Hans Huber Verlag
- Lindmeier, C. (2004). Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen – ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit. München: juvena Verlag
- Messer, B. (2009). 100 Tipps für die Validation. Hannover: Brigitte Kunz Verlag – 2. Auflage.
- Mötzing, G., Wurlitzer, G. (2000). Leitfaden Altenpflege. München/Jena: Urban&Fischer – 2. Auflage
- Popp, I. (2006). Pflege dementer Menschen. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer – 3. Auflage
- Post, E. (2001). Das therapeutische Führen nach dem Affolter-Konzept. Artikel der Fachzeitschrift not, Ausgabe 2/2001
- Scharb, B. (1999). Spezielle validierende Pflege. Wien: Springer-Verlag
- Weber, G. (Hrsg.) (1997). Psychische Störungen bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Verlag Hans Huber
- Theunissen, G. (2002). Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbronn: Klinkhardt.
- Wächtershäuser, A. (2002). Diplomarbeit: Konzepte für die Betreuung dementer Menschen. Theoretische Modelle und ihre Umsetzung in der Praxis am Beispiel von Altenheimen in Marburg. Philipps-Universität/Marburg
- Wieland, H. (1997). Geistig behinderte Menschen im Alter – theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz. Heidelberg: HVA Edition Schindele

9 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhangsverzeichnis

A.1 Rechercheprotokoll: Datenbankrecherche zu Konzepten in der Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung	S.2
A.2 Rechercheprotokoll: Datenbankrecherche zu Konzepten <i>jeweils</i> in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und in der Versorgung geistig behinderter Menschen	S.3
A.2.1 Konzepte aus der Versorgung demenziell erkrankter Menschen	S.3
A.2.2 Konzepte aus der Versorgung geistig behinderter Menschen	S.6
A.3 Rechercheprotokoll Konzepte „geistige Behinderung“ auf Websites und Communities der Ergotherapie	S.8

A.1 Rechercheprotokoll: Datenbankrecherche zu Konzepten in der Versorgung geistig behinderter Menschen mit demenzieller Erkrankung

Allgemeine Bestandsaufnahme:

Pubmed	28.04.2012	1. mental	-	357272
		2. disability	-	134014
		3. impairment	-	159991
		4. dementia	-	130627
		5. care	-	1366509
		6. concept	-	189763
		7. elderly	-	3621921
		8. people	-	7005417
		9. aged	-	3597943
		10. new	-	1942358
		11. development	-	1658836
		12. retardation	-	60250
		1.+2.+4.+5.+6.	-	7 → nicht relevante Ergebnisse
		1.+3.+4.+5.+6.	-	15 → nicht relevante Ergebnisse
		1.+(2.oder3.)+ (4. oder 7.+8.)+5.+6.	Humans, English, German, Spanish, Middle Aged + Aged: 45+ years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, published in the last 5	52 → nicht relevante Ergebnisse
		(2.oder 3.) und (4. Oder 7. Oder 9.) und 5.	-	1187
		''	Humans, English, German, Spanish, Middle Aged + Aged: 45+ years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, published in the last 5	368
		''+10.+11.	Humans, English, German, Spanish, Middle Aged + Aged: 45+ years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+ years, published in the last 5	5 → nicht relevante Ergebnisse
		2.+4.+5.+10.+11	-	13 → davon 1 relevant
		1.+2.+4.	Humans, English, German, Spanish, Middle Aged + Aged: 45+ years, Aged: 65+ years, 80 and over: 80+	89 → davon 7 thematisch annähernd passend, davon 1 thematisch passend

			years, published in the last 5	
--	--	--	--------------------------------	--

Ergebnisse

Ein thematisch passendes Ergebnis:

[Aging with mental retardation: increasing population of older adults with MR require health interventions and prevention strategies.](#)

A.2 Rechercheprotokoll: Datenbankrecherche zu Konzepten *jeweils* der Versorgung demenziell erkrankter Menschen und der Versorgung geistig behinderter Menschen

A.2.1 Konzepte aus der Versorgung demenziell erkrankter Menschen

Validation

Datenbank	Datum	Suchbegriffe	Limits	Ergebnisse
Pubmed	17.04.2012	1. Validation	-	118748
		2. therapy	-	6532610
		3. Feil	-	1842
		1.+2.	-	31011
		1.+2.+3.	English, German, Spanish	10
		4. Richard		3951
		1.+2.+4.	Humans, published in the last 5 years	31 →jedoch thematisch verfehlt
		5. efficiency	-	228417
		1.+2.+5.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 5 years	117
		1.+3.+5.	-	0
		6. effects	-	4524013
		1.+2.+3.+6.	English, German, Spanish	0

Biographiearbeit

Pubmed	18.04.2012	1. biographical	-	2112
		2. work	-	523423
		3. elderly	-	3616282
		4. people	-	6996196
		5. effects	-	4524751
		1.+2.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 5 years	54
		1.+2.+3.	''	17
		1.+2.+4.	''	33
		1.+2.+5.	''	4
		6. dementia	-	130381
		1.+2.+6.	-	7 → davon 5 relevant

Milieutherapie nach Bion/Wojnar

Pubmed	18.04.2012	1. milieu	-	15466
		2. therapy	-	6533742
		3. dementia	-	130381
		4. Bion	-	562
		5. Wojnar	-	255
		1.+2.	-	5342
		1.+2.+3.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 10 years	33
		1.+2.+4.	-	1
		1.+5.	-	0

Realitätsorientierungstraining (ROT) nach Taulbee/Folsom

Pubmed	18.04.2012	1. reality	-	26879
		2. orientation	-	100673
		3. training	-	939008
		4. ROT	-	4503
		5. dementia	-	130381
		6. Taulbee	-	80
		7. Folsom	-	1118
		1.+2.+3.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 10 years	69
		1.+2.+3.+6.	-	0
		1.+2.+3.+7.	-	0

		4.+7.	-	0
		4.+5.	-	11 → davon 9 relevant

Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Romero

Pubmed	18.04.2012	1. Selbsterhaltungstherapie	-	0
		2. SET	-	276602
		3. self-preversation	-	180
		4. therapy	-	6533742
		5. dementia	-	130381
		6. Romero	-	9370
		3.+4.	humans	55
		3.+4.+6.	-	1

Personenzentrierter Ansatz nach Kitwood

Pubmed	18.04.2012	1. personenzentriert	-	0
		2. person-centered	-	502
		3. therapy		6533742
		4. Kitwood	-	17
		2.+4.	-	0
		3.+4.	-	9 → davon 3 relevant

Psychobiografischer Ansatz nach Böhm

Pubmed	18.04.2012	1. Psychobiographisch	-	6
		2. psychobiography	-	22
		3. Böhm	-	4941
		4. Boehm	-	2856
		5. dementia	-	130381
		2.+3.	-	0
		2.+4.	-	0
		2.+5.	-	0
		3.+5.	-	34 → jedoch thematisch verfehlt

→ keine Relevanz

erlebnisorientierte Pflege/mäeutischer Ansatz nach Kooij

Pubmed	18.04.2012	1. Mäeutik	-	0
		2. maieutic	-	3 → jedoch thematisch verfehlt
		3.Kooij	-	530
		4. dementia	-	130381
		2.+3.	-	0
		3.+4.	-	5 → jedoch thematisch verfehlt

Snoezelen

Pubmed	18.04.20012	1. Snoezelen	-	69
		2. effects	-	4524751
		1.+2.	-	29
		1.+2.	Humans, English, German, Spanish	28 → davon 27 relevant

10-Minuten-Aktivierung nach Hackenberg

Pubmed	18.04.2012	1. 10-Minuten-Aktivierung	-	0
		2. Hackenberg	-	376
		3. 10 minutes activation	-	3305
		4. dementia	-	130381
		2.+3.	-	0
		3.+4.	-	3 → davon 1 relevant

A.2.2 Konzepte zur Versorgung geistig behinderter Menschen

Basale Stimulation

Pubmed	18.04.2012	1. basal	-	231510
		2. stimulation	-	572866
		1.+2.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 10 years	3885
		3. effects	-	4524751
		1.+2.+3.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 5 years	869
		4. quality	-	579493

		1.+2.+4	Humans, English, German, Spanish, published in the last 5 years	39 → davon 11 relevant
		5. improve	-	359440
		6. therapy	-	6533742
		1.+2.+5.+6.	Humans, English, German, Spanish, published in the last 5 years	56 → davon 9 relevant

Castillo Morales

Pubmed	30.04.2012	1. Castillo	-	7315
		2. Morales	-	12269
		3. orofacial	-	4436
		4. therapy	-	6562011
		1.+2.	-	8 → davon 2 relevant
		1.+2.+4.	-	5 → die selben 2 relevant

Sensorische Integration nach AYRES

Pubmed	30.04.2012	1. sensory	-	137473
		2. integration	-	93205
		3. Ayres	-	1926
		1.+2.	-	3786
		1.+2.+3.	humans	29 → davon 8 relevant

Affolter-Modell

Pubmed	30.04.2012	1. Affolter	-	385
		2. St. Galler	-	24 → jedoch thematisch verfehlt
		3. interaction	-	460591
		4. therapy	-	6542890
		1.+4.	humans	44 → davon 5 relevant
		1.+3.	humans	4 → davon 1 relevant

Therapie nach Vojta

Pubmed	30.04.2012	1. Vojta	-	378
		2. model	-	1092958
		3. locomotion	-	127354
		4. physiotherapy	-	121785

		1.+4.	-	35 → davon 24 relevant
		1.+3.	-	9 → davon 8 relevant

A.3 Rechercheprotokoll Konzepte „geistige Behinderung“ auf Websites und Communities der Ergotherapie

Stadt	Website	Konzeptangebote
Hamburg	http://www.ergopraxis-elkepost.de/index.htm	SI, Affolter, BS
	http://www.ergotherapie-kolvenbach.de/index.htm	SI
	http://www.ergotherapiepraxis-bartels.de/	SI, Affolter
	http://www.ergotherapie-schulz.de/	SI, BS
	http://www.ergo-wolff.de/praxis.php	SI, Affolter, BS
	http://www.ergotherapie-hamburg.de/ergo-kinder.html	SI
	http://www.schule-hirtenweg.hamburg.de/index.php	SI, Affolter, BS
	http://www.therapeutenteam.com/physiotherapie.html	SI
	http://www.uke.de/kliniken/neurologie/index_37283.php	SI, Affolter, BS

Berlin	www.ergotherapie-zentrum.de	SI
	http://ergotherapie-beckers.de/ergo.html	SI, Affolter, BS
	http://www.ergoteam.info/	SI, Affolter
	http://www.ergo-oetken.de/methoden.htm	SI, Affolter, BS
	www.ergotherapie-bohmann.de/	SI, Affolter, BS
	www.ergotherapie-charlottenburg.de	SI, Affolter
	www.ergotherapie-moabit.de/	SI, BSS
	http://www.ergotherapie-hermann.de/ergotherapie.html	SI, Affolter
	http://www.ergotherapiemaly.de/	SI, Affolter

Köln	http://www.ergotherapiepraxis-koeln.de/index4.html	SI
	http://ergotherapie-puhl.de/therapien/	SI, Affolter, BS
	http://www.ergotop-koeln.de/	SI
	http://www.ergomartin.de/Kompetenzbereiche/Altenheilkunde.html	SI, Affolter, BS
	http://www.evkk.de/einrichtungen/physiotherapie_ergotherapie_sprachtherapie/ergotherapie	Affolter
	www.ergotherapie-trampusch.de	SI, Affolter, BS

	http://www.ergotherapie-zollstock.de/	SI
	http://unireha.uk-koeln.de/zentrum-kinder-rehabilitation/ergotherapie-kinder-jugendliche/behandlungskonzepte-ansatze	SI, BS
	www.das-zentrum.eu	SI, Affolter
	www.ergotherapie-koeln.de	SI