

Juliane Falk

Basiswissen Demenz

Lern- und Arbeitsbuch für berufliche
Kompetenz und Versorgungsqualität

3. Auflage

Juliane Falk
Basiswissen Demenz

Pflegepädagogik

Herausgegeben von Juliane Falk

Die Autorin

Juliane Falk, Jg. 1949, ist Erziehungs- und Sozialwissenschaftlerin mit 1. und 2. Staatsexamen. Sie war Leiterin einer Pflegeschule, Interne Auditorin (DGQ) und Referentin für Unternehmenskommunikation. Sie ist Mitherausgeberin und Redakteurin der Zeitschrift *Pflege & Gesellschaft* und freiberufliche Dozentin im Gesundheits- und Sozialbereich.

Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Qualitäts- und Dienstleistungsmanagement, Informations- und Kommunikationsentwicklung, Schulberatung und Begleitung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2004
- 2., völlig überarbeitete Auflage 2009
- 3., aktualisierte und erweiterte Auflage 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2004 Juventa Verlag · Weinheim und München

© 2015 Beltz Juventa · Weinheim und Basel

www.beltz.de · www.juventa.de

Typoskript

ISBN 978-3-7799-4150-7

Vorwort zur 3. Auflage

Die erste Auflage des Lern- und Arbeitsbuches „Demenz“ erschien im Jahr 2004, 2009 die zweite, 2015 erscheint die dritte Auflage.

Als ich vor Jahren plante, ein Lern- und Arbeitsbuch für Personen zu schreiben, die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen beruflich begleiten, mutete das Thema eher exotisch an. Zwar waren den Begleitpersonen die Schwierigkeiten und Probleme – heute Herausforderungen genannt – in der Interaktion mit Menschen mit Demenz bekannt, in der öffentlichen Aufmerksamkeit fristete das Thema jedoch ein Schattendasein. Das hat sich in der Zwischenzeit geändert. Das Thema hat nicht nur die beruflich mit dem Thema Demenz befassten Berufsgruppen erreicht, sondern auch eine breite interessierte Öffentlichkeit – nicht zuletzt angestoßen durch politische Initiativen:

Hier einige Beispiele gesellschaftspolitischer Fördermaßnahmen:

Von 2002-2009 ist „*das Kompetenznetz Demenzen*“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert worden. Es ist ein Forschungsverbund, das seit 2009 als eingetragener Verein (KND e.V.) fortbesteht. Die Ziele des Kompetenznetzes Demenzen sind u. a. eine effektivere Koordination der Demenzforschung durch gezielte Projektkoordinationen und interdisziplinäre Kooperationen, die Erarbeitung bundesweit einheitlicher Richtlinien für Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen, die Entwicklung wirksamerer Therapien usw.

Das „*Kompetenznetz Degenerative Demenzen*“ ist ein Netzwerk von Forschungsprogrammen zu neurodegenerativen Erkrankungen, die zu Demenzen führen. Dabei werden u. a. Ursachen und Risikofaktoren, Entstehung und Entwicklung, Verlauf und Folgen, Vorbeugung und Therapie untersucht.

In der EU leben derzeit ungefähr 7,3 Millionen Menschen mit Demenz, eine Zahl, die sich bei steigender Lebenserwartung der Bevölkerung in den kommenden 20 Jahren wahrscheinlich verdoppeln wird. Die Demenz wird in allen EU-Ländern immer mehr zu einem Problem und verursacht gewaltige Kosten – laut Europäischer Kommission (2005) in ganz Europa ungefähr 130 Milliarden Euro. Daher wird in Europa ein neuer Weg in der Demenzforschung beschritten: Die EU-Kommission regt mit entsprechender Unterstützung EU-Länder an, ihre Forschungsressourcen zu bündeln, um doppelte Arbeit zu verhindern und die begrenzten Finanzmittel besser einzusetzen (URL: EU-Kommission, Stand 12.7.2014).

Wir können feststellen, dass sich nach wie vor beim Thema Demenz die Hoffnung auf Forschung und Wissenschaft konzentriert. Doch bisher gibt es immer noch keine wirksamen Heilungs- und Behandlungsmöglichkeiten, obwohl immer wieder von einem Durchbruch in der Demenzforschung berichtet wird.

Das „*Leuchtturmprojekt Demenz*“ legte den Schwerpunkt auf eine Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und den Angehörigen. In den Jahren 2008 und 2009 wurden 29 Projekte vom Bundesministerium für Gesundheit (2011) gefördert, die durch ihre Vorbildfunktion dazu beitragen sollten, die medizinische und pflegerische Versorgung weiter zu entwickeln. Die geförderten Projekte bezogen sich auf vier Themenschwerpunkte:

- Nicht-medikamentöse Maßnahmen: Wirksamkeit, Nutzen, Stellenwert
- Was hilft den Angehörigen?
- Erfolgsfaktoren in der stationären Pflege von Menschen mit Demenz
- Koordinierung der ambulanten Versorgung – Netzwerke und andere Möglichkeiten.

Die durch das Leuchtturmprojekt Demenz gewonnenen Erkenntnisse werden durch das derzeitige Förderprogramm „*Zukunftswerkstatt Demenz*“ des Bundesministeriums für Gesundheit ergänzt, in der Absicht die Erkenntnisse aus dem Projekt in die Routineversorgung zu integrieren. Die Umsetzung bezieht sich vor allem auf zwei Handlungsfelder:

- Aufbau regionaler Demenznetzwerke
- Unterstützung der pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz.

Ein weiteres Projekt ist die vom Bundesgesundheits- und Bundesfamilienministerium ins Leben gerufene „*Allianz für Menschen mit Demenz*“. Informationsmängel und Vorurteile tragen dazu bei, Demenzpatienten und ihre Betreuer zu stigmatisieren und zu isolieren. Ziel der Allianz ist die Weiterentwicklung von Hilfen und Unterstützung für Betroffene sowie die Förderung von Verständnis und Sensibilität für Demenzerkrankungen, um so gesellschaftlicher Ausgrenzung entgegenzuwirken. Angestrebt wird die Gründung von Hilfenetzwerken im Lebensumfeld der Menschen mit Demenz und deren Begleiter, die als Lokale Allianzen mehr soziale Teilhabe und Hilfestellung ermöglichen.

Das Förderprogramm der „Robert Bosch Stiftung“ „*Menschen mit Demenz in der Kommune*“ unterstützt lokale Projekte, in denen zivilgesellschaftliche Aktivitäten zur Begleitung und Beteiligung von Menschen mit Demenz angestoßen und umgesetzt werden.

Darüber hinaus fördert die Robert Bosch Stiftung die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die gezielt auf die Bedürfnisse von Patienten mit Demenz im Akutkrankenhaus eingehen.

Trotz dieser umfangreichen gesellschaftlichen und politischen Initiativen erscheint die Versorgungssituation von Menschen mit Demenz immer noch defizitär. Schaeffer und Wingefeld (2008: 294) stellen in ihrer Untersuchung „Qualität der Versorgung Demenzkranker: Strukturelle Probleme und Herausforderungen“ fest, dass die Gesundheitsprofessionen nicht hinreichend an die mit der wachsenden Zahl Demenzkranker verbundenen Anforderungen vorbereitet sind. Für die Profession der Pflege ist dies besonders unerfreulich, weil sie den intensivsten Kontakt mit den demenzkranken Patienten und ihren Angehörigen hat.

In mehreren Studien ist der Zusammenhang zwischen Versorgungsqualität und Qualifikation belegt worden. In der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ – MuG IV, gefördert vom BMFSFJ aus dem Jahr 2008, wird ein Zusammenhang zwischen dem Einsatz von gerontopsychiatrisch qualifizierten Kräften und einer gesteigerten Lebensqualität von Menschen mit Demenz zwar nur angedeutet (Schäufele, Weyerer 2008). In einer weiteren Studie zum Thema stellen Rüsing et al. (2008: 307) ausdrücklich fest, dass bei der Betreuung und Versorgung Demenzerkrankter das räumliche Milieu und die Pflegenden selbst in ihrer Wirkung auf Demenzerkrankte eine entscheidende Rolle spielen.

Indirekt lassen sich Rückschlüsse von der Qualifikation der Begleitpersonen auf die Versorgungssituation ziehen, wenn man sich der Frage nach dem demenzspezifischen Wissen von Pflegenden zuwendet. Die „Studie zur Demenzversorgung im ambulanten Sektor“ (Grass-Kapanke et al. 2008: 35) „Wissensstand und Fortbildungswünsche der ambulanten Pflegedienste“ zeigt auf, dass ein erheblicher Informationsbedarf zur Demenz besteht. Nur 9,2% der Pflegedienste fühlten sich sehr gut zum Themenkreis der Demenzen informiert. Weitere 35,5% gaben an, dass sie immerhin über ein ausreichendes Basiswissen verfügen. Jedoch die deutliche Mehrheit von 52,9% gab an, dass mehr Wissen über Demenzen ihre Arbeit erleichtern würde.

Die Autoren erhoben darauf hin die Fortbildungswünsche der Pflegedienste und ermittelten, dass sich die Themen insbesondere auf den direkten Umgang mit dem Patienten bzw. den Angehörigen beziehen. Spitzenreiter der Nennungen war das Thema „Umgang mit Demenzkranken“, gefolgt von „Kommunikation mit Demenzkranken und Angehörigen“. An dritter Stelle wurde „Angehörigenschulung“ genannt mit dem Schwerpunkt: „Wie zeige ich dem Angehörigen auf, sich dem Demenzkranken gegenüber adäquat zu verhalten?“ Es folgten Themen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der alltäglichen Pflegesituation stehen, sondern eher ein Hintergrundwissen vermitteln. Dazu zählen Fortbildungswünsche zu „Rechtliche(n)

Aspekte(n) in der Versorgung dementer Patienten“, „Ursachen, Diagnostik, Einteilung der Demenz“ und „Therapie der Demenz“. Das Thema „Umgebungsgestaltung der Demenzkranken“ bildete den Abschluss im Themenranking (Grass-Kapanke et al. 2008: 36).

Die oben aufgeführten Einzelbeispiele zeigen auf, dass das Lern- und Arbeitsbuch nach wie vor aktuell ist und dem Anliegen der Leserinnen und Leser nach differenziertem Grundlagenwissen entspricht.

Ich habe die dritte Auflage des Lern- und Arbeitsbuches überarbeitet. Entwicklungen und Veränderungen in Gesundheitspolitik, Pflegewissenschaft, Gerontologie und Lehre, die eine Veränderung und Ergänzung der Inhalte notwendig machten, habe ich aufgenommen und eingearbeitet; u. a. habe ich Kapitel 3 „Behandlung und Begleitung demenzkranker Menschen“ um die Lerneinheit „Therapeutische und psychosoziale Interventionen unter Berücksichtigung von Evidenz“ ergänzt. Unter dem Anspruch einer evidenzbasierten Praxis werden Interventionen im Hinblick auf ihre Wirksamkeit erläutert.

Wie zu erwarten, habe ich insbesondere Kapitel 4 verändern müssen, weil in das Kapitel vor allem die Veränderungen aus der Politik einfließen mit ihren Auswirkungen und Folgen für die Menschen mit Demenz, die Angehörigen, Pflegekräfte und die Qualitätsentwicklung von Pflegeeinrichtungen.

Ich wünsche mir, dass die Lern- bzw. Lehreinheiten für Sie informativ, möglicherweise auch anschaulich, auf jeden Fall hilfreich für Ihre Arbeit mit demenzkranken Menschen sowie ihren Angehörigen sein werden.

Zu guter Letzt: Dass Demenzforschung die Bestätigung erbringt, dass „ein Gläschen in Ehren“, niemandem verwehrt werden sollte, der Demenz vorzubeugen beabsichtigt, hätte ich auch nicht gedacht. Dies stellten jedenfalls Weyerer und Schäufele in einer Studie fest, die in dem psychiatrischen Fachblatt „NeuroTransmitter“ veröffentlicht worden ist (Quelle: Hamburger Abendblatt 9.7.2014: 19). Die Betonung liegt allerdings auf „ein“ und - „Gläschen“ – na, wenn diese Nachricht nicht hoffnungsvoll stimmt ...

Juliane Falk

Hamburg, im Juli 2014

Inhalt

Einleitung	13
Didaktische Skizze	18
1. Grundlegende Informationen zu den Demenzen	27
<i>Demografische Entwicklung</i>	27
Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit	28
Demenz – eine Herausforderung der Zukunft	34
Reflexion und Übung	35
<i>Früherkennung, Diagnostik und Differentialdiagnose</i>	36
Die Bedeutung der Früherkennung	37
Diagnostische Maßnahmen	39
Diagnostik und Differentialdiagnose	48
Altersbedingte Leistungsverminderung	49
Depression	51
Delir	52
Reflexion und Übung	55
<i>Das demenzielle Syndrom</i>	56
Klassifikation der Demenzen	57
Primäre Demenzen	61
Demenz bei Alzheimer-Krankheit	63
Die vaskulären Demenzen	69
Sekundäre Demenzen	70
Beschreibung der Symptome	71
Reflexion und Übung	76
<i>Lösungen zu den Ankreuzübungen</i>	79
2. Problemlagen erkennen in der Arbeit mit Demenzkranken und Angehörigen sowie in der eigenen Berufstätigkeit	83
<i>Verlauf der Alzheimer-Demenz</i>	84
<i>Erhebung der Pflege- und Betreuungssituation</i>	89
NOSGER	90
Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs	91
Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz – BESD-Skala ..	95
Ermittlung des Sturzrisikos	100
Beobachtung des psychophysischen und -sozialen Wohl- befindens demenziell erkrankter Menschen	102

Erhebungsbogen zur Erfassung der Belastungssituation pflegender Angehöriger	104
Reflexionsbogen zur Wahrnehmung psychischer Überforderung in der Arbeitssituation	105
Reflexion und Übung	106
3. Behandlung und Begleitung demenzkranker Menschen	110
<i>Psychosoziale und pflegerisch-therapeutische Begleitung</i>	<i>112</i>
Interventionen zur kognitiven Stabilisierung	112
Realitätsorientierungstraining (ROT)	114
Gedächtnistraining	115
Lern- und verhaltenstherapeutische Grundsätze bei der Pflegeplanung	116
Das Pflegeprozessmodell	118
Pflegeprozess und kontinuierliche Qualitätsentwicklung	121
Problemanalyse und Verhaltensmodifikation	123
Serial Trial Intervention (STI) – Interventionsabfolgen bei herausfordernden Verhaltensweisen	126
Problemlöseprozess in der Fallbesprechung	128
Reflexion und Übung	130
Interventionen zur Orientierung und Sicherheit	130
Sicherheit und Orientierung durch familiäre Strukturen: Haus- und Wohngemeinschaften	133
Milieuthérapie	134
Reflexion und Übung	136
Grundsätze zur Verständigung und Förderung der Selbständigkeit	138
Grundsätze zur Verständigung und Kommunikation	140
Förderung der Selbständigkeit	143
Reflexion und Übung	143
Grundsätze zur Motivierung und sozialen Einbindung	144
Beschäftigungsangebote	146
Reflexion und Übung	147
Stärkung der Ich-Identität und Erhalt von Lebensqualität	149
Stärkung der Ich-Identität durch Biografiearbeit	151
Stärkung der Ich-Integrität durch seelsorgerlichen Beistand	155
Stärkung der Ich-Integrität durch validierenden Umgang	157
Körperbezogene Pflegekonzepte: Basale Stimulation und Kinästhetik	158
Snoezelen	159
Reflexion und Übung	160
Unterstützung in den Lebensaktivitäten	163
Reflexion und Übung	171

<i>Medikamentöse Behandlung</i>	172
Grundsätze in der medikamentösen Behandlung älterer Menschen.....	173
Medikamente zur Behandlung der Hirnleistungsstörungen.....	174
Medikamente zur Behandlung der Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsveränderungen.....	177
Reflexion und Übung.....	179
<i>Therapeutische und psychosoziale Interventionen unter Berücksichtigung von Evidenz</i>	180
Empirische Forschung.....	181
Evidenzbasierte Praxis.....	182
S3-Leitlinie „Demenzen“.....	184
Therapeutische und psychosoziale Interventionen und deren Empfehlungsgrade entsprechend der S3-Leitlinien „Demenzen“.....	187
Reflexion und Übung.....	196
4. Grundpfeiler in der Begleitung Angehöriger:	
Informieren – Beraten – Reflektieren	197
<i>Pflegende Angehörige beraten</i>	198
Die Situation pflegender Angehöriger.....	198
Beratungsgespräche führen.....	202
Reflexion und Übung.....	205
<i>Gesetzliche Leistungen</i>	206
Pflegebedürftigkeit und Begutachtungsverfahren.....	207
Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz.....	215
Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff.....	222
Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) und Sozialhilfe nach Sozialgesetzbuch XII.....	224
Reflexion und Übung.....	226
<i>Demenzgerechte Wohn- und Versorgungsformen beraten</i>	229
Arten von Einrichtungen.....	230
Wohn- und Hausgemeinschaften.....	234
Das Konzept der Pflegeoase.....	237
Qualitätsmerkmale und -prüfung in der ambulanten und stationären Versorgung.....	240
Qualität planen, umsetzen, überprüfen und weiterentwickeln.....	243
Reflexion und Übung.....	245
<i>Wohnberatung</i>	247
Wohnraumanpassung.....	248
Reflexion und Übung.....	252

<i>Konzepte des Care-Managements und Case-Managements:</i>	
<i>Integrierte Versorgung, Pflegestützpunkte und Pflegeberatung</i>	252
Care-Management und Case-Management –	
die konzeptionellen Grundlagen	253
Integrierte Versorgung	254
Pflegestützpunkte	255
Case-Management: Fallmanagement und Pflegeberatung	255
Reflexion und Übung	258
<i>Selbsthilfegruppen</i>	258
Struktur und Organisation von Selbsthilfegruppen	258
Reflexion und Übung	265
<i>Arbeiten mit „Konzept“</i>	265
Erstellung eines demenzbezogenen	
Wohn- und Betreuungskonzeptes	266
Reflexion und Übung	270
<i>Distanz und Nähe in der Pflegebeziehung ausloten</i>	271
Distanzzonen: Zu viel oder zu wenig Abstand – die richtige	
Mischung finden zwischen Nähe und Distanz	272
Nähe und Distanz in der Beziehungsdynamik	276
Kollegiale Beratung	278
Reflexion und Übung	279
Literatur	281

Einleitung

Kaum ein anderes Gesundheitsproblem stellt gegenwärtig eine derartig große Herausforderung dar wie die Demenzerkrankungen. In der Europäischen Union leben laut EU-Kommission (2014) mehr als 7,3 Millionen Demenzkranke. Weltweit schätzt man die Zahl der Demenzkranken auf 36 Millionen Menschen. Man rechnet damit, dass die Zahl der Erkrankungen bis zum Jahr 2040 in den Industrieländern um die Hälfte ansteigen wird. Im Jahr 2030 werden es 66 Millionen und 2050 rund 115 Millionen sein. Das berichtet die Organisation Alzheimer's Disease International in ihrem World Alzheimer Report 2012. Die Zahl der von der Krankheit betroffenen und belasteten Angehörigen und Pflegekräfte ist verständlicherweise um ein Vielfaches höher.

Während in den vergangenen Jahren zahlreiche Ansätze in der pflegerisch-therapeutischen Begleitung entwickelt worden sind, von denen verschiedene Berufsgruppen, u. a. Pflegekräfte, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter und nicht zuletzt Geriater und Gerontopsychiater, profitieren, fehlt es an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Ursachen der Erkrankung. Es gibt bisher keine allgemeingültige Theorie über Ätiologie und Pathogenese insbesondere der Alzheimer-Krankheit. Es wird davon ausgegangen, dass die schweren psychischen Störungen und die gravierenden Veränderungen in der Persönlichkeit organisch bedingt sind. Die meisten Demenzkrankheiten sind immer noch nicht heilbar.

Darüber hinaus gibt es derzeit keine Medikamente, die in entscheidendem Maße den Krankheitsverlauf beeinflussen. Die Forschung konzentriert sich daher auf die biologischen Ursachen der Erkrankung und hilfreiche Medikamente.

Trotz der zahlreichen Erkenntnisse und einer Flut von Veröffentlichungen zum Thema Demenz lässt die Versorgungssituation Demenzkranker immer noch zu wünschen übrig. Angehörige und professionelle Begleiter¹ stoßen an ihre Grenzen, wenn sich die demenzkranken Menschen in einer für sie nicht nachvollziehbaren Weise verändern und die Kranken Verhaltensweisen entwickeln, die sie nicht einordnen können und sie belasten. Die demenzkranken Menschen selber sind nicht in der Lage, über ihr psychisches Erleben und Verhalten und über ihre Veränderungen zu berichten, so dass Unverständnis, Zurechtweisung und Isolierung zu einer täglichen Realität für die Demenzkranken werden können.

¹ Zur besseren Lesbarkeit habe ich in der Regel nur eine geschlechtsspezifische Bezeichnung gewählt, diese Bezeichnung gilt auch für das andere Geschlecht. Beide Bezeichnungen stehen gleichberechtigt nebeneinander.

Nun ist schon vor über 20 Jahren in zahlreichen Studien (u. a. Baltes, Gutzmann 1990; Wächter, Hirsch, Kortus, Stoppe 1996; Werner 1997; Hirsch 1994; Zgola 1989; Tackenberg und Abt-Zegelin 2000) belegt worden, dass informierte und qualifizierte Angehörige und Begleiter die Versorgung Demenzkranker verbessern – ein Ansatzpunkt, an dem das vorliegende „Lern- und Arbeitsbuch Demenz“ anknüpft. Wissen ermöglicht Distanz und Nähe professionell auszuloten, und eröffnet Perspektiven im multiprofessionellen Handeln. Anliegen des Lern- und Arbeitsbuches ist es, die fachlichen, sozial-kommunikativen, methodischen und personalen Kompetenzen der professionellen Begleiter zu stärken. Das Buch führt in die Demenzkrankheiten ein, stellt Behandlungsansätze und die derzeit diskutierten Pflege- und Betreuungskonzepte vor, erläutert deren Evidenz und zeigt verschiedene Beratungsangebote auf. Es gliedert sich in vier Kapitel:

1. Grundlegende Informationen zu den Demenzen
2. Problemlagen erkennen in der Arbeit mit Demenzkranken und Angehörigen sowie in der eigenen Berufstätigkeit
3. Behandlung und Begleitung demenzkranker Menschen
4. Grundpfeiler in der Begleitung Angehöriger: Informieren – Beraten – Reflektieren

Diese vier Kapitel gliedern sich in weitere Unterabschnitte bzw. Lerneinheiten auf.

Kapitel 1 „Grundlegende Informationen zu den Demenzen“ beschreibt im ersten Teil die Demografische Entwicklung, insbesondere die Entwicklung der Zahl der pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Menschen als eine Herausforderung für die Zukunft.

Darüber hinaus wird die Problematik der Früherkennung sowie der differentialdiagnostischen Abgrenzung aufgezeigt. Dabei werden andere, ähnliche Zustandsbilder von der Demenz abgegrenzt. Die Symptommuster der Demenzen werden nach ICD-10 (DIMDI 2013) beschrieben sowie mögliche Ursachen der Erkrankung vorgestellt.

Kapitel 2 zum Thema „*Problemlagen erkennen in der Arbeit mit Demenzkranken und Angehörigen sowie in der eigenen Berufstätigkeit*“ beschreibt in Form eines Gesamtüberblicks den Verlauf der Demenz in drei Stadien. Es werden Erhebungsbögen vorgestellt, die in die Lage versetzen sollen, gezielt Verhaltensbeobachtung Demenzkranker durchzuführen und Angaben zum Verlauf der Erkrankung zu machen. Darüber hinaus werden Assessmentinstrumente zur Erfassung der psychosozialen Belastungssituation Angehöriger sowie der Pflegenden vorgestellt.

Kapitel 3 konzentriert sich auf die „*Behandlung und Begleitung demenzkranker Menschen*“. Dieses Kapitel gliedert sich in drei Hauptstränge:

Unter dem Thema „Psychosoziale und pflegerisch-therapeutische Begleitung“ werden ausgehend von den in Kapitel 1 beschriebenen Symptommustern nach ICD-10 die entsprechenden pflegerisch-therapeutischen Grundsätze mit einzelnen Interventionen und Maßnahmen vorgestellt.

Der zweite Strang bezieht sich auf die medikamentöse Versorgung. Die Informationseinheiten vermitteln einen Überblick über

- die Medikamente, die die Hirnleistungsstörungen beeinflussen und
- die Medikamente, die bei den Verhaltensstörungen und Persönlichkeitsveränderungen ansetzen.

Der dritte Strang „Therapeutische und psychosoziale Interventionen unter Berücksichtigung von Evidenz“ stellt Empfehlungsgrade entsprechend der S3-Leitlinien „Demenzen“ für einzelne Interventionen vor.

In Kapitel 4 „Grundpfeiler in der Begleitung Angehöriger: Informieren – Beraten – Reflektieren“ stehen die professionellen Begleiter im Mittelpunkt. Zu ihren Hauptaufgaben gehört die Beratung der pflegenden Angehörigen. Die häusliche Pflege eines an Demenz erkrankten Familienmitglieds ist für die Angehörigen eine Aufgabe, die mit körperlichen, seelischen und finanziellen Belastungen verbunden ist. Der hohe Zeit- und Kraftaufwand, besonders wenn ständige Anwesenheit erforderlich ist, kann zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, zur Vernachlässigung eigener Interessen und zu Konflikten mit den weiteren Familienmitgliedern und mit dem Freundes- und Bekanntenkreis führen. Zur Unterstützung pflegender Angehöriger und demenzkranker Menschen gibt es ein breites Spektrum professioneller Hilfsmöglichkeiten, z. B. ambulante, teilstationäre und stationäre Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten für die Demenzkranken, zum anderen Unterstützungs- und Beratungsmöglichkeiten sowie Selbsthilfegruppen für die Angehörigen. Dieses Spektrum muss professionellen Begleitern bekannt sein, um zielorientiert und individuell beraten zu können.

Nicht nur die Angehörigen sondern auch die professionellen Fachkräfte sind in der Begleitung demenziell erkrankter Menschen durch Überforderung und Burnout gefährdet. Eine gerontopsychiatrische Fachkompetenz gepaart mit diagnostisch-methodischer, planerischer sowie psychosozialer (Gesprächsführungs-)Kompetenz ermöglicht einerseits, eine professionelle Distanz aufzubauen und erlaubt andererseits, eine für die Patienten heilsame Nähe zuzulassen.

Das Lern- und Arbeitsbuch will das notwendige kognitive und methodische Wissen sowie Grundlagen der Gesprächsführung vermitteln, um handlungsfähig in der Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen und den Angehörigen zu sein. Handlungskompetenz setzt sich aus den vier Kompetenzbereichen zusammen:

Fachkompetenz:

In der Demenzversorgung Tätige

- kennen die Krankheitssymptome, unterschiedliche pflegerisch-therapeutische Konzepte und die Bedeutung der medikamentösen Versorgung
- kennen die gesetzlichen Leistungen und Versorgungsangebote, um Angehörige zu beraten
- können Qualitätskriterien für die Versorgung Demenzkranker angeben

Soziale und kommunikative Kompetenz:

In der Demenzversorgung Tätige

- fühlen sich ermutigt, die Würde und den Respekt vor der Person in den Mittelpunkt ihrer pflegerischen und therapeutischen Interaktion zu stellen
- verstehen den demenziell erkrankten Menschen zu motivieren, seine Alltagskompetenzen aufrechtzuerhalten und ihn bei seinen kognitiven und sozialen Kompetenzeinbußen zu unterstützen
- wissen, dass eine vertrauensvolle und konstante Beziehung die Voraussetzung ist, dass der Demenzkranke Halt, Vertrauen und Orientierung findet
- fühlen sich verantwortlich für ihren eigenen Kompetenzbereich; diesen gestalten und organisieren sie in Absprache und Kooperation mit ihren Kollegen, anderen beteiligten Berufsgruppen und Vorgesetzten im Gesamtzusammenhang eines multiprofessionellen Auftrags

Planungs- und Methodenkompetenz:

In der Demenzversorgung Tätige

- ermitteln die Gesundheits- und Lebenssituation und beschreiben den Krankheitsverlauf mit Hilfe von Erhebungsbögen
- erstellen einen Pflegeplan entsprechend des Regelkreismodells, beachten dabei verhaltenstherapeutische Grundsätze und führen auf der Basis der Planung die Versorgung durch, dokumentieren den Verlauf und kontrollieren das Ergebnis durch Soll-Ist-Vergleich
- erstellen ein gerontopsychiatrisches Wohn- und Betreuungskonzept

Personale Kompetenz:

In der Demenzversorgung Tätige

- entwickeln Bereitschaft, ihr berufliches Handeln auf ethische Grundeinstellungen hin zu überprüfen. Sie orientieren ihr eigenes moralisches Handeln an einer Haltung des Respekts. Sie achten die Würde der Person in ihrem Anderssein.

- reflektieren sich in ihrer Beziehung zu den Patienten und Angehörigen und entwickeln eine „Suchhaltung“ in Problem- und Konfliktsituationen und setzen sich mit ihren individuellen Belastungserfahrungen auseinander
- entwickeln sich fachlich und persönlich über selbst gesteuertes Lernen weiter.

Das Lern- und Arbeitsbuch regt zum selbst gesteuerten und eigenverantwortlichen Lernen an. Die oben aufgeführten vier Themenschwerpunkte sind einheitlich didaktisch gegliedert:

Nach einer Einführung in den Themenschwerpunkt des Kapitels folgt die Darstellung der einzelnen Lern- bzw. Informationseinheiten. Die Lerneinheiten werden jeweils eingeleitet durch eine Beschreibung der Ziele, die mit dem Durcharbeiten der Lerneinheiten verbunden sind. Übungs- und Reflexionsaufgaben, z. B. in Form von „Leittexten“, am Ende der Informationseinheiten ermöglichen dem Leser/der Leserin, das erworbene Wissen zu reflektieren, zu überprüfen und/oder in der Praxis anzuwenden.

Das Buch liefert nicht nur dem/der interessierten Leser/Leserin die Wissensbasis, Demenzkranke fachlich kompetent zu begleiten. Es kann darüber hinaus die Grundlage bieten, um die Organisation konzeptionell und fachlich weiterzuentwickeln.

Demenz ist eine Herausforderung. Diese Formulierung legt eine positive und ermutigende Sichtweise nahe. Eine ermutigende Sichtweise sagt „*Ja zum Leben mit Demenz in geteilter Verantwortung*“ (Klie 2001). Voraussetzung, um Verantwortung auf unterschiedliche Schultern zu verteilen, ist das Wissen um die vielschichtigen Dimensionen von Demenz.

Das Lehrbuch will zu dieser mehrdimensionalen Sicht- und Herangehensweise ermutigen und Begleiter befähigen, sich der „Herausforderung Demenz“ zu stellen.

Didaktische Skizze

Das Buch hat einen doppelten Anspruch: es will ein Lehren und ein Selbstlernen mit Transfer in die Praxis ermöglichen. Den Lehrenden will es didaktische Anregungen geben, wie sie ihren Unterricht bzw. ihre Lehrveranstaltungen gestalten können. Den Lernenden will es eine Hilfe sein, selbst gesteuert zu lernen und ihr Wissen in der Praxis anzuwenden.

Die Frage, die mich bei der Erarbeitung dieses Lehr-Lernbuches bewegte war, in welcher Weise kann man anregen, Menschen mit Demenz zu begleiten, die über das, was sie stört oder freut, nicht mehr Auskunft geben können, die über ihre Motive, Gefühle und Gedanken nicht kausal berichten, die sich nicht mehr situationsadäquat verhalten können?

Es handelt es sich hier eigentlich um eine grundsätzliche Frage, die alle pflegerischen und sozialen Berufe betrifft: Wie lernen (Pflege)Schüler oder auch Mitarbeiter Menschen zu begleiten, die anders denken, sich – in den eigenen Augen – ungewohnt verhalten, die sich durch ihre Lebensentwürfe, Werte, Einstellungen und Normen von mir unterscheiden?

Ich möchte die Fragestellung unter drei Aspekten aufgreifen:

- Die Bedeutung von Leitbildern (Normen und Werte) für das Handeln
- Biografisches Lernen
- Ethisches Lernen

1. Die Bedeutung von Leitbildern (Normen und Werte) für das Handeln

Leitbilder sind bildhafte Ziel- und Normvorstellungen. Das Wort „Leitbild“ besteht aus dem Bestimmungswort „Leit“, also leiten bzw. Richtung geben, und dem Grundwort „Bild“. Ein Leitbild gibt Richtung, weckt Emotionen, verdeutlicht ein erstrebenswertes Ideal, gewünschte Werte und Normen. Leitbilder geben dem Handelnden eine Struktur, sie wirken sinnstiftend und motivierend.

Leitbildern liegt ein bestimmtes Menschenbild zugrunde, auch wenn man sich dessen nicht bewusst ist. In unserer abendländisch-christlichen Kultur hat das christliche Menschenbild säkularisiert seinen Niederschlag gefunden u. a. in Rechtsprechung, Politik, den Grund- bzw. Menschenrechten, z. B. in Art. 1 Grundgesetz: „*Die Würde des Menschen ist unantastbar.*“
Welche Bedeutung haben Leitbilder für die gesundheitliche Versorgung von Menschen?

Im Zusammenhang mit der Versorgung kranker und pflegebedürftiger Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel vollzogen. Der selbst bestimmte Patient ist in den letzten 40 Jahren zum Leitbild im Gesundheitswesen geworden – der selbst bestimmte Patient, der zugleich ein selbst bestimmter Konsument ist als Teil einer Marktbeziehung, die scheinbar durch Rationalität und Gleichberechtigung gekennzeichnet ist. Diesem Leitbild liegt das Menschenbild des „Homo oeconomicus“ zugrunde. Es beschreibt das Modell eines Menschen, der vor der Entscheidung alle möglichen Alternativen rational prüft und abwägt, der Prioritäten setzen kann und sich dann für die Lösung entscheidet, die ihm am meisten zusagt.

Gleichzeitig erfährt das Prinzip der Fürsorge unter dem Vorwurf des Paternalismus eine stetige Abwertung. Ohne Zweifel stellt die Autonomie eine Grundverfasstheit eines jeden Menschen dar. Nun verliert der Mensch mit Demenz im Verlauf seiner Krankheit zunehmend die Kontrolle über sein eigenes Leben. Ist dann das Prinzip der Autonomie hilfreich und angemessen im Umgang mit demenzkranken Menschen? Braucht es nicht eher einer Vergewisserung in dem traditionellen Wert, nämlich dem „Ethos der Fürsorge“? Fürsorge findet ihren Grund in der Natur des Menschen: in seinem Angewiesensein auf die Zuwendung anderer (Geisler 2004).

In der Versorgung und Begleitung von Menschen mit Demenz bedarf es eines Perspektivenwechsels, der das Prinzip der Fürsorge wieder anerkennt. Fürsorge heißt, für jemanden Sorge tragen, der für sich selbst nicht mehr Sorge tragen kann, Fürsorge im Sinne von Unterstützung und Beistand.

Leitbilder, gesellschaftliche Normen und Werte sind handlungsleitend; sie entscheiden darüber welche Ressourcen, welche Versorgungsleistungen für bestimmte Personengruppen zur Verfügung gestellt werden. Wie bewerten Sie, verehrte Leserinnen und Leser, die Bemühungen der Politik, die Lebenssituation der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu verbessern (siehe dazu in Kapitel 4 die Lerneinheit „Gesetzliche Leistungen“)?

Die in der (beruflichen) Sozialisation vermittelten Leitvorstellungen bestimmen zudem das Professionsverständnis sowie das Rollenhandeln der beteiligten Berufsgruppen. Leitbilder bzw. -vorstellungen werden zu einer Art Hintergrundfolie für die Reflexion und das darauf basierende berufliche Handeln. So kann ein Pflegeverständnis und Pflegehandeln, das Pflege auf verrichtungsbezogene Tätigkeiten im Minutentakt reduziert, den erkrankten Menschen nicht – schon gar nicht den an Demenz erkrankten – gerecht werden.

Aber auch gesellschaftliche Vorurteile über ein Krankheitsbild haben Einfluss auf die Versorgungssituation. Über die Jahre hat sich ein Schreckensszenario im Zusammenhang mit der Demenz aufgebaut, gegen das vorzugehen nahezu aussichtslos erscheint. Mit dem Begriff „Demenz“ assoziiere-

ren die meisten Menschen Abbau, Ausweglosigkeit, Verzweiflung. Schreckensszenarien und die Furcht vor Kontrollverlust dienen aber eher der kollektiven Abwehr, denn der rationalen Auseinandersetzung und der Anerkennung, dass es Lebensqualität im Zusammenhang mit demenzkranken Menschen gibt. *„Die Frage, ob das Leben mit Demenz nur als Leiden oder ... als eine andere lebenswerte Form der menschlichen Existenz aufgefasst werden kann, ist für den Umgang mit dieser Erkrankung von grundsätzlicher Bedeutung“* (4. Altenbericht: 178).

Können Sie sich ein lebenswertes Leben mit Demenz vorstellen?

Im Jahr 2003 ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ veröffentlicht worden. In der Charta wird der Versuch unternommen, die allgemeinen Menschenrechte, verankert im Grundgesetz, zu übertragen auf die Gruppe der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Allein die Tatsache, dass dieser Versuch unternommen wird, deutet auf eine Praxis hin, in der die allgemeinen Menschenrechte für diese Zielgruppe nicht uneingeschränkt gelten.

Die Charta geht zurück auf die Arbeiten des im Herbst 2003 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Gesundheit initiierten „Runden Tisches Pflege“.

„Jeder Mensch hat uneingeschränkten Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Einzigartigkeit. Menschen, die Hilfe und Pflege benötigen, haben die gleichen Rechte wie alle anderen Menschen und dürfen in ihrer besonderen Lebenssituation in keiner Weise benachteiligt werden. Da sie sich häufig nicht selbst vertreten können, tragen Staat und Gesellschaft eine besondere Verantwortung für den Schutz der Menschenwürde hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“, so heißt es im 1. Absatz der Präambel der „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium für Gesundheit 2010: 6).

Die Charta enthält 8 Artikel, die diese Grundrechte näher erläutern und interpretieren. An dieser Stelle werden sie nur genannt:

Artikel 1: Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Hilfe zur Selbsthilfe sowie auf Unterstützung, um ein möglichst selbst bestimmtes und selbstständiges Leben führen zu können.

Artikel 2: Körperliche und Seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden.

Artikel 3: Privatheit

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre.

Artikel 4: Pflege, Betreuung und Behandlung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf eine an seinem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung.

Artikel 5: Information, Beratung und Aufklärung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe, der Pflege sowie der Behandlung.

Artikel 6: Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Artikel 7: Religion, Kultur und Weltanschauung

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, seiner Kultur und Weltanschauung entsprechend zu leben und seine Religion auszuüben.

Artikel 8: Palliative Begleitung, Sterben und Tod

Jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch hat das Recht, in Würde zu sterben.

Konsequenzen, die sich für den Lehr-Lern-Prozess ergeben, sind einmal die dem Handeln zugrunde liegenden Leitbilder und -vorstellungen offen zu legen und zu reflektieren. Zum ändern – auf dem Hintergrund pluraler Anschauungen und Lebensentwürfe –, Lernende dafür zu sensibilisieren, die eigenen Werte und Normen im Handeln wahrzunehmen, die eigene Position im Dialog zu vertreten, offen zu sein für andere Denkweisen und Überzeugungen und im Vergleich mit anderen Vorstellungen gegebenenfalls die eigenen zu korrigieren und weiterzuentwickeln.

2. Biografisches Lernen

Die mit den Hirnleistungsstörungen bei Demenz einhergehenden Veränderungen werden als Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen beschrieben. Der Begriff „Störung“ soll den problematischen Gebrauch der Begriffe „Erkrankung“ bzw. „Krankheit“ ersetzen. „*Störung*‘ ist kein exakter Begriff“; er soll laut ICD-10 „*einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individu-*

ellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden ist“ (DIMDI 2013: 23).

Man verbindet mit „Störung“ Verhaltensweisen wie „Aggressivität, Agitation, Wandering, sexuelle Enthemmung, disruptive Vokalisation, Apathie und Depressivität“ (Bartholomeyczik et al. 2008: 342). Für diese Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen hat sich in der Pflegewissenschaft der Begriff „herausforderndes Verhalten“ etabliert. *„Dieses oft wie eine unliebsame Symptomatik der Demenz behandelte Verhalten sollte als mögliche Ausdrucksweise von Bedürfnissen der Menschen mit Demenz betrachtet werden und gewinnt dadurch den Charakter einer Botschaft, die in der Interaktion angesiedelt ist und dort nach einer Antwort sucht. Daher werden diese Verhaltensweisen als herausfordernd bezeichnet“ (ebenda).*

Psychosoziale Mängel sind beispielsweise häufig die Ursache für „herausforderndes Verhalten“. Denn Einsamkeit, Unter- und Überforderung fördern Verhaltensauffälligkeiten. Oder das „herausfordernde“ Verhalten einer demenzkranken Person kann durch Schmerzen verursacht sein. Erst ein effektives Schmerzmanagement könnte Anhaltspunkte liefern, welches Bedürfnis dem herausfordernden Verhalten zugrunde liegen mag.

Ich möchte den Gedankengang der „Herausforderung“ didaktisch erweitern und vertiefen. Herausforderndes Verhalten drückt einen Beziehungsaspekt aus: ich bin herausgefordert durch das Verhalten eines anderen Menschen. Herausforderungen sind jene menschlichen Verhaltensweisen – ob von gesunden oder kranken Menschen –, welche ich zunächst nicht verstehe. Das sind Verhaltensweisen, auf die ich selbst nicht angemessen reagieren kann, die mich überfordern, mir meine Grenzen aufzeigen, weil ich derzeit keine Antwort darauf habe.

Die Herausforderung besteht darin, dass Begleiter an ihrer Einstellung, an ihren Wissenslücken arbeiten, die eigene kommunikative Kompetenz erweitern, das Verhaltensrepertoire verändern, um die Situation besser meistern zu können. Herausforderungen haben eine motivierende Kraft, sie motivieren, sich weiterzuentwickeln.

Unter welchen Bedingungen erleben Lernende Situationen als motivierend im Sinne einer Herausforderung? Jeder Mensch hat Probleme, hat Schwierigkeiten, bestimmte Situationen zu meistern. Wenn wir ein Ziel haben, gibt es auch Hürden, die dem Erreichen dieses Ziels entgegenstehen. Ein durch ein Hindernis blockiertes Ziel ist ein Problem. Diese Hürde zu überwinden und das Ziel zu erreichen, d. h. das Problem zu lösen, darin besteht die Herausforderung für den Einzelnen.

Lernen als Herausforderung stützt sich auf die Zuversicht, dass man über die Fähigkeit verfügt, schwierige Probleme und Aufgaben zu bewältigen. Der Lernende ist von seiner eigenen „Selbstwirksamkeit“ überzeugt (Badura 1997). Die Erwartung an die eigene „Selbstwirksamkeit“ ist das Vertrauen

darauf, über die nötigen Fähigkeiten und Lernstrategien zu verfügen, um wirksam lernen und handeln zu können. Die eigene Einschätzung beeinflusst wesentlich, wie die Lernenden sich engagieren oder Interesse entwickeln, aber auch wie groß der Durchhaltewillen und die Aufmerksamkeit während des Lernprozesses sind. Selbstwirksamkeitserwartungen werden vor allem durch erfolgreiches Handeln und die daraus entstehenden Erfolgserlebnisse aufgebaut. Sie ist die Grundlage dafür, Aufgaben und Herausforderungen mit der erforderlichen Zuversicht anzugehen, auch wenn diese Mühe bereiten (Falk 2010, 2014). Lehrende können diese Selbstwirksamkeitsüberzeugung kontinuierlich fördern, durch eine Lernumgebung, die dem Lernenden Anreize bietet, seine Lernneugierde und Interessen zu entfalten und in die er seine Kompetenzen und Erfahrungen einbringen kann.

Lernsituationen, die eine Auseinandersetzung mit der eigenen und mit fremden Biografien anregen, sind für Lernende in pflegerischen und sozialen Berufen in der Regel hoch motivierend. Lernende wollen etwas über sich selbst und andere erfahren. Wenn einem Menschen durch Selbsterkenntnis klar wird, warum er so ist, wie er ist, bringt er möglicherweise dieses Verständnis auch für andere auf. Ausgangspunkt für das Lernen sind daher die Lernenden selbst und ihre biografische Erfahrungen. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Person erkennen sie ihre Stärken, aber auch ihre Unzulänglichkeiten, vielleicht auch „Ver-Rücktheiten“. Wenn Lehrende eine Atmosphäre der Akzeptanz schaffen, eine Fehlerkultur ermöglichen, in der es nicht um Versagen, sondern um Akzeptanz geht, dann lernen Menschen, sich selbst und den anderen in ihren Stärken und Schwächen anzunehmen.

3. *Ethisches Lernen*

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird zwischen „Moral“ und „Ethik“ nicht unterschieden. In der wissenschaftlichen Diskussion haben beide Termini einen unterschiedlichen Bedeutungsgehalt. Moral (mos, pl.: mores = Wille, Ordnung, Regel) ist als Inbegriff von Sitte und Brauchtum vor allem ein Ausdruck herkömmlicher Wertvorstellungen. Die Moral orientiert sich an Normen, die über einen konkreten Fall hinaus Gültigkeit besitzen. Ethik (ethos = Gewohnheit, Sitte) als die Lehre vom rechten Handeln beinhaltet die philosophische Reflexion der Moral.

Ethische Kompetenz zeigt sich in einer Haltung, in der der andere Mensch als ein moralisch gleichberechtigter zu betrachten und zu behandeln ist. Seinen Wünschen, Interessen und Ängsten wird dasselbe Gewicht zugebilligt wie den eigenen.

Ethische Kompetenz erweist sich immer erst im Handeln. Sie zeigt sich – ganz grundsätzlich – darin, wenn der Einzelne in der konkreten Situation eine Balance anstrebt zwischen dem eigenen Lebens- und Berufskonzept,

der Bereitschaft zur Begegnung und zum Engagement und in der gleichwertigen Beziehungsgestaltung zu den Interaktionspartnern.

Was bedeutet gleichwertige Beziehungsgestaltung im Kontakt zu demenzkranken Menschen? Hat dieser Anspruch ebenfalls Geltung für die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz, die Wünsche, Bedürfnisse nicht mehr äußern können, sich – in den Augen der anderen – nicht mehr situationsadäquat verhalten können?

Ich beginne mit einem allseits bekannten Sprichwort: „Was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg’ auch keinem andern zu“. Kants Ethik des „Kategorischen Imperativs“ formuliert es anspruchsvoller: „*Handle so, daß die Maxime deines Willens jederzeit als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könne.*“ Moralprinzipien, die mit dem Anspruch von hoher Allgemeingültigkeit auftreten wie der „Kategorische Imperativ“ (Kant für Anfänger. Der kategorische Imperativ, URL), bedürfen immer einer Interpretation für die konkrete Situation. Aufgrund der sozialen Differenziertheit unserer Gesellschaft kann man nicht von einem allgemeinen Konsens ausgehen, wie in bestimmten Problemsituationen zu handeln ist oder in welcher Weise Konflikte zu lösen sind.

Geht man zurück auf die christlichen Ursprünge unserer Kultur, dann lautet die sog. „Goldenen Regel“ (NT Matthäus Kap 7, Vers 12): „*Alles nun, was ihr wollt, daß euch die Leute tun sollen, das tut ihr ihnen auch...*“ Die „Goldene Regel“ bezieht sich auf die einzelne Handlung statt auf die handlungsleitende Norm. Sie lässt die Verallgemeinerung auch ganz subjektiver und auf die konkrete Situation bezogener Bewertungen zu.

Wir finden in der Bibel ähnlich lautende Aussagen: „*Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst*“ (3. Mose 19, 18), so lautet die christliche Übersetzung der biblischen Weisung zur Nächsten- und Fremdenliebe.

Der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber übersetzt diese Bibelstelle nicht „Wie dich selbst“, sondern „dir gleich“, „als dir gleich“. „*Liebe deinen Genossen dir gleich.*“ Buber versteht unter „Genosse“ nicht die Menschheit im Allgemeinen, sondern „der mir jeweils lebensmäßig begegnenden Mensch; „*der Genosse als der mir Gleiche*“ (Buber 1984: 217). Anders formuliert heißt die Aufforderung: „*Liebe deinen Nächsten, denn er ist wie du.*“ Erkenne in dem Nächsten das Recht auf Leben und Unversehrtheit an wie Du es für dich selbst beanspruchst. Liebe meint nicht die Liebe zwischen Partnern oder Eltern und Kindern, sondern Liebe verstanden als Achtung, Wertschätzung, Respekt, „Für“-Sorge. „Erkennen“, hebräisch „*da*“ bedeutet in der Bibel zugleich „lieben“. Verfolgt man diesen Strang weiter, bei sich selbst und von seinen Bedürfnissen nach Achtung, Anerkennung, körperlicher und psychischer Unversehrtheit auszugehen heißt dies, sich zu fragen, wie würde es mir in der Situation ergehen, was würde ich empfinden, was würde ich wollen?

Und im Vertrauen darauf, dass in Jedem die Fähigkeit zu empfinden und zu verstehen vorhanden ist, dass es eine gemeinsame menschliche Basis in Bezug auf die Bedürfnisse nach Wertschätzung, Anerkennung und Achtung gibt, werden Menschen das Richtige tun. Diese Haltung ist nicht gleichzusetzen mit Ratschläge geben oder Meinungen aufoktroyieren. Bei sich ansetzen, sich selbst zu reflektieren und hoffen, dass man zu ungeteilten all-gemeingültigen Prinzipien des Umgangs und des Verstehens kommt: „Liebe deinen Nächsten, denn er ist wie du.“

Mein didaktischer Ansatz besteht darin, Lernenden Raum zur Selbstreflexion zu geben und zum Perspektivwechsel, um sich in die Situation des anderen hineinzusetzen, aber nicht mit der Frage: Was braucht der andere, sondern mit der Frage, wie würde es mir ergehen, was würde ich in dieser Situation wollen, dass die Menschen tun oder unterlassen sollen?

Die Frage „was braucht der andere?“ verführt m. E. zur Interpretation und Spekulation. Ich interpretiere aufgrund meiner Vorstellungen und meiner Erfahrungen das Verhalten eines anderen Menschen, deute seine Motive und Wünsche. Ich selbst werde zum Maßstab für meine Einschätzung, mein Urteil. Die Nähe zur Projektion ist allgegenwärtig. Projektionen sind unbewusste menschliche Regungen, die darauf beruhen, dass ich eigene Unzulänglichkeiten und moralischer Wünsche, die ich mir selbst nicht einzusetzen vermag, auf andere übertrage – und unter Umständen im anderen bekämpfe. „*Projektion ist das Verfolgen eigener Wünsche in anderen*“, so Sigmund Freud. Anna Freud (1993), die Tochter Sigmund Freuds, versteht unter Projektion einen Abwehrmechanismus, der unbewusst eingesetzt wird, um die Person vor Angstüberflutung zu schützen.

Bei sich selbst bleiben ist mein didaktischer Ansatz. Der Begriff „Empathie“ meint Ähnliches. Mit Empathie bezeichnet man die Fähigkeit eines Menschen, einen anderen Mensch von außen – ohne persönliche Grenzen zu überschreiten – zu erfassen, dessen Einstellungen und Gefühle zu verstehen, nicht jedoch notwendig auch zu teilen, und sich damit über dessen Verstehen und Handeln klar zu werden.

„Empathie“ wird gleichbedeutend mit dem Begriff „Einfühlungsvermögen“ gebraucht, in der Psychoanalyse jedoch in einem etwas anderen Sinne als gemeinhin verstanden. Sigmund Freud (1970) geht davon aus, dass „Einfühlung“ kein Sich-Gleichmachen mit dem Patienten ist. Statt sich mit dem Patienten zu identifizieren – ich empfinde, was du meinst –, sorgt der Psychoanalytiker für genügend Fremdheit bzw. Distanz, so dass der Patient in dem Beziehungsgeschehen seine unbewussten Strebungen zu ergründen vermag.

Solche Art der „Einfühlung“, bei dem Anderen sein, ohne sich selbst als Person „mitreißen“ zu lassen, bedarf einer langwierigen Schulung und – tiefenpsychologisch orientierten – Analyse sowie der Kenntnis der Mecha-

nismen von „Übertragung“ und „Gegenübertragung“. Dieser Ansatz ist für Pflegekräfte und Begleitpersonen in psychoanalytisch orientierten Veranstaltungen zu vermitteln. Diese erstrecken sich mit Eigenanalyse in der Regel über Jahre. Was jedoch in Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen vermittelbar ist, ist die eigene Person als Ausgangspunkt der Reflexion zu nehmen und darüber nachzudenken.

Von daher habe ich – wenn der Inhalt es zulässt – Reflexionsaufgaben hinter die Lerneinheiten angeschlossen, die den Lernenden eine Rückschau und ein Wahrnehmen von Verhaltensweisen, Entwicklungsverläufen, Einstellungen, Wünsche usw. ermöglichen unter der Aufforderung: „Alles nun, was du willst, daß dir die Leute tun sollen, das tu' du ihnen auch ...“

1. Grundlegende Informationen zu den Demenzen

Das Schwerpunktthema „Grundlegende Informationen zu den Demenzen“ des 1. Kapitels vermittelt fachliches Hintergrundwissen zu den Demenzen. Dieses bildet eine Art „Fundament“ in der Versorgung von Menschen mit Demenz. Der erste Abschnitt bietet Informationen zur demografischen Entwicklung sowie zur Zahl der pflegebedürftigen Menschen und der Menschen mit Demenz und deren Versorgungssituation. In Zukunft ist mit einem Anstieg der Pflegezahlen zu rechnen, hervorgerufen durch die veränderte Altersstruktur der Gesellschaft und den überproportionalen Anstieg der Zahl der älteren Menschen durch den demografischen Wandel.

Dieses Wissen ermöglicht in der Demenzversorgung Tätigen die Entwicklung ihrer Arbeit auf dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und der Prävalenzraten einzuschätzen.

Daran schließt sich eine Lerneinheit über die Bedeutung von Früherkennung, Diagnostik und Differentialdiagnose an.

Die dritte Informationseinheit beschreibt das demenzielle Syndrom sowie die Formen und die Häufigkeit der Demenzen.

Demografische Entwicklung

Die Demografische Entwicklung beschreibt die Veränderungen innerhalb einer Bevölkerung bezüglich

- der Altersstruktur bzw. Altersverteilung
- dem quantitativen Verhältnis von Männern und Frauen
- den Anteilen von In- und Ausländern sowie eingebürgerten Personen an der Bevölkerung
- der Geburten- und Sterbefallentwicklung
- den Zu- und Fortzügen

Die Altersstruktur in Deutschland ist gekennzeichnet durch eine seit 1972 festzustellende höhere Sterberate (Mortalität) gegenüber einer niedrigeren Geburtenrate. Durch die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung bei gleichzeitig rückläufiger Geburtenrate steigt der Anteil älterer Menschen gegenüber dem Anteil jüngerer. Gleichzeitig schrumpft die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland kontinuierlich. Am 31.12.2011 lebten in

Deutschland 80,3 Millionen Menschen. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung betrug zu diesem Zeitpunkt 43,9 Jahre.

Mit dem Ansteigen der Anzahl hochaltriger Menschen ist ein höheres Risiko der Pflegebedürftigkeit verbunden. Ebenso steigt mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Das hohe Krankheitsrisiko führt zu einer verstärkten Inanspruchnahme internistisch-geriatrischer und neurologisch-psychiatrischer sowie sozialer Hilfen.

Gleichzeitig nimmt das Pflegepotenzial der Jüngeren und der Familie ab.

Die Auswirkungen des Demografischen Wandels stellen die Gesellschaft vor neue Herausforderungen, die sich vor allem auf die Gesundheitsversorgung, die Altenpflege, die Rentenversicherung/Altersvorsorge und Arbeitswelt beziehen.

Ziele

Im Zusammenhang mit der Bevölkerungsentwicklung wissen Sie, dass

- Geburtenrückgang, Alterung und schrumpfende Bevölkerung den demografischen Wandel in unserer Gesellschaft kennzeichnen
- mit der Alterung der Bevölkerung nicht automatisch Krankheit und Pflegebedürftigkeit verbunden ist
- das Risiko an Demenz zu erkranken vom Alter abhängig ist
- die Bedeutung der Demenz im Zusammenhang mit der Altersentwicklung der Gesellschaft zunehmen wird
- die sinkende Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bei gleichzeitig steigender Zahl älterer Menschen die Folgen vor allem für die sozialen Sicherungssysteme und zukünftigen Versorgungsstrukturen ins Zentrum der Diskussion rücken lässt

Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit

Im Jahr 2009 kamen auf 100 Personen im Erwerbsalter (20 bis unter 65 Jahre) 34 Personen im Rentenalter (ab 65 Jahre); 2030 dürften es mehr als 50 sein. 1970 lag dieser so genannte Altenquotient noch bei 25 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011: 3).

Im Jahr 2030 werden rund 7,3 Millionen mehr 60-Jährige und Ältere in Deutschland leben (28,5 Millionen) als im Jahr 2009 (21,2 Millionen). Dies entspricht einer Zunahme von 34,5%. Im Jahr 2030 würden dann 37% der Einwohner in Deutschland zu den 60-Jährigen und Älteren zählen (2009: jeder Vierte). Bei deutlich gesunkener Bevölkerungszahl würde sich bis