

# 1 Erläuterungen

## 1.1 Definition der Demenz nach ICD-10

*»Demenz (F00 bis F03) 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.«<sup>1</sup>*

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben (vgl. Dilling et al. 2000). Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

## 1.2 Definition der Demenz im DSM-IV

Die kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar. Sie treten nicht im

---

<sup>1</sup> <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f00-f09.htm>, Zugriff am 11. 06. 2020

Rahmen einer rasch einsetzenden Bewusstseinstörung oder eines Delirs auf.

Zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses muss noch mindestens eine der folgenden Störungen hinzukommen:

- Aphasie: Störung der Sprache,
- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen,
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen,
- Störung der Exekutivfunktionen, d. h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge<sup>2</sup>.

Liest man diese Definitionen, dann schiebt sich für viele, die Menschen mit Demenz begleiten und pflegen, die Frage in den Vordergrund: Wie kann man die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz entwickeln und sichern?

In den letzten Jahren wurde dieses Thema in Fachkreisen fokussiert und diskutiert. Alte Pflegekultur, die vor allen Dingen somatische Aspekte berücksichtigt, und neue Pflegekultur, die die psychosozialen Aspekte des Betroffenen in den Pflegefokus setzen (Kitwood 1997, 2000), prallen aufeinander. Man macht sich Gedanken, wie man Lebensqualität erzeugen kann und welche Faktoren hierbei hinderlich sind. Ein wesentlicher Aspekt ist die Entwicklung einer Haltung gegenüber den betroffenen Menschen, einer Haltung, die psychische und physische Bedürfnisse erkennt und Lebendigkeit zulässt – trotz Demenz:

- Wie entfalte ich Hoffnung als eine wichtige Einstellung, die die begleitende Umwelt annehmen muss?
- Wie schaffe ich gute Kontakte und fördernde Bedingungen, die eine Lebensqualität ermöglichen?
- Welche Fortbildung brauche ich, um Lebensqualität für die Pflegebedürftigen zu entwickeln?

---

<sup>2</sup> Vgl. [http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#Definition\\_der\\_Demenz\\_nach\\_ICD\\_10](http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#Definition_der_Demenz_nach_ICD_10), Zugriff am 11. 06. 2020

Tracy Lintern identifizierte einige Haltungen, die es Pflegenden erschweren, einen optimalen Raum für ein Zusammenleben mit Menschen mit Demenz zu erzeugen. Die Beschäftigung mit der eigenen Einstellung hilft, den eigenen Standpunkt zu erkennen, den Bedarf an Wissen zu ermitteln und Prozesse in Bewegung zu bringen, die Lebensqualität möglich machen (vgl. Zemlin & Müller-Hergl 2008). Einige Einstellungen, die Lintern mit dem ADQ (»Approaches to Dementia Questionnaire: An attitude scale for use with dementia care staff«), einem Erhebungsbogen zur Ermittlung von Haltungen in der Pflege, erfragte, werden hier hervorgehoben, da sie nach unseren Beobachtungen weitverbreitet scheinen (vgl. Fehler 1 bis 12).

Damit bezeichnet man Verhaltensweisen, die von pflegenden und begleitenden Mitarbeitern ausgehen und die negativ auf den Menschen mit Demenz wirken. Jemandem die Macht zu nehmen, etwas zu tun oder entscheiden zu können, jemanden nicht wertzuschätzen oder wie ein Objekt zu behandeln – dies sind Verhaltensweisen, die das Personsein untergraben und besonders häufig Menschen treffen, die nicht mehr »der Norm« entsprechen. Kitwood (2000) sieht dieses Verhalten im Rahmen einer malignen (= bösartigen) Sozialpsychologie. Der Grund für diese Verhaltensweisen ist nicht böswillige Absicht, sondern eine alte Kultur, die sich in allen Bereichen, wo Menschen in soziale Kontakte und besonders in Abhängigkeiten kommen, nachweisen lässt. Diese Zeichen der alten Kultur aufzudecken und schließlich zu vermeiden, sollte Ziel von Pflegeprozessanalysen sein.

Das DCM-Verfahren, das auf dem personenzentrierten Ansatz von Kitwood basiert, unterscheidet verschiedene Formen von personalen Detraktionen, die DCM-Anwender häufig beobachten. Durch die folgende Darstellung, insbesondere bei der Diskussion der Fehler 13 bis 30, die den pflegerischen Alltag betreffen, wollen wir Pflegende auch auf personale Detraktionen milderer Form aufmerksam machen (vgl. Kitwood 1997, 2000).

Biografisches Arbeiten ist eine Voraussetzung, um individuelle Pflege zu ermöglichen. Pflegerische Konzepte, die den Anspruch haben personenzentriert zu sein, brauchen dringlichst eine klare Aussage darüber, wie Biografierarbeit verankert ist, um die Zielsetzung, Zugänge zu den Bedürfnissen, Wünsche und Interessen einer Person zu erkennen.

Die Biografie eines Menschen beleuchtet dessen Lebensgeschichte aus seiner eigenen Perspektive vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und zeitgeschichtlichen Prägung.

Jeder Mensch ist ein Kind seiner Zeit, was bedeutet, dass die persönliche Entwicklung eines Individuums sowohl durch zeitgeschichtliche Erlebnisse als auch durch die konkrete Lebenssituation in der Familie geprägt ist.

Biografie ist erzählte Erinnerung. Dabei sind die Ziele: Selbsterkenntnis, Selbsthilfe (Eigentherapie), Rechenschaftsbericht, Versuch der Selbstfindung und Entscheidungshilfe.

Biografie ist die Basis für das Verständnis dafür, was einen Menschen bewegt, antreibt, wie er Lebenssituationen bewältigt und seinem Leben Sinn gibt.

Nur wenn Pflegende bereit sind, sich Klienten mit einer angemessenen »Geschichtsfähigkeit« (Böhm 2013), mit einem Interesse an dem Leben des Klienten vor dem Pflegeheim zu nähern, kann Pflege wirklich individuell gestaltet und somit erfolgreich sein. Wenn Pflege auch Seelenpflege sein soll, dann bedarf es eines psychobiografischen Ansatzes, damit die Frage: »Was mache ich bei wem und warum?« sinnvoll beantwortet werden kann.

Dabei ist es wichtig, dass Pflegende wissen, dass ihre eigene Biografie ein bedeutender Aspekt in ihrem Handeln ist. Die eigene Biografie bestimmt oft die Art und Weise, wie jemand pflegt. Gerade in einer Dyade, wo der Klient mit Demenz in ständig zunehmende, auch emotionale Abhängigkeit vom Umfeld gerät, müssen sich Pflegende ihre selbstreflektorische Verantwortung bewusst machen. Nur unter dieser Bedingung kann gefühlbiografisches Arbeiten dazu führen, dass sich eine »verstehende Pflege statt eine verständliche Pflege« (Böhm 2013) entwickeln kann (Zemlin & Radzey, 2014, S. 60–61).

Obwohl dies besonders bei den Fehlern 70 bis 74 thematisiert wird, muss man davon ausgehen, dass biografisches Wissen und Verständnis Basis für jedes pflegerische Handeln sein sollte.

## 2 Die eigene Haltung

### 1. Fehler: **Annahme, man könne für die betroffenen Menschen nichts mehr tun**

Das ist mit Sicherheit eine Annahme, die in einem viel umfassenderen Maße diskutiert werden muss. Sie hat dramatische Folgen in der täglichen Begleitung von Menschen mit Demenz. Diese Haltung, bei der Demenz mit Hoffnungslosigkeit gleichgesetzt wird, stammt, wie Kitwood (1997) es beschreibt, aus der alten Pflegekultur, die Demenz als eine das zentrale Nervensystem zerstörende und somit die Identität und Person vernichtende Erkrankung ansieht, der kein Mittel entgegenwirken kann.

**Fakt:** Diese Annahme raubt den Angehörigen und Pflegekräften jegliche Zuversicht. Sie halten ihr Tun nur für eine Begleitung, die den Zustand gerade so erträglich machen kann. Diese Hoffnungslosigkeit führt geradewegs zu einer Pflege, die wesentliche psychische Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz nicht erfüllt, weil sie sie nicht als solche erkennt. Die Pflegebedürftigen verkümmern, weil sie kaum wertschätzende Kontakte und Einbindung in Lebensaktivitäten erleben. Das aber ist das Ergebnis der Pflege – nicht der Demenz.