

- Lamnek, S. (1993). *Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie.* (2., überarb. Aufl.). Weinheim u.a.: Psychologie Verlags Union.
- Mayring, Ph. (1993). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken.* (2. Aufl.). Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.
- Spöhring, W. (1995). *Qualitative Sozialforschung.* (2. Aufl.). Stuttgart: Teubner.
- Williams, J. & Rees, J. (1997). The use of "dementia care mapping" as a method of evaluation care received by patients with dementia – an initiative to improve quality of life. *Journal of advanced Nursing*, 25. 316-323.
- Witzel, A. (1982). *Verfahren qualitativer Sozialforschung. Überblick und Alternativen.* Frankfurt: Campus.
- 1) Zu forschungsethischen Bedenken bei der Beobachtung nicht einwilligungsfähiger Bewohner vgl. Williams & Rees 1997, S. 316ff.

- 2) Unter psychosozialer Betreuung werden hier entsprechend den Aussagen der Befragten neben persönlichen Gesprächen und individuellen Beschäftigungsangeboten (z.B. Spazierengehen und sich dabei unterhalten) auch Freiräume für individuelles Eingehen auf den Bewohner im Rahmen der pflegerischen Aufgaben verstanden.
- 3) Die Aussage bezieht sich auf zweijährige Ausbildungen vor Inkrafttreten des Altenpflegegesetzes zum 01.08.2003.
- 4) Die befragten Bewohner haben beim Begriff „soziale“ Betreuung die „psychosoziale Betreuung“ mit eingeschlossen.

# Pflege und Betreuung Demenzkranker

## Neurowissenschaftliche Erkenntnisse

Dr. Sven Lind\*

### Einleitung

Dieser Beitrag soll im Rahmen der gegenwärtigen Diskussion über die verschiedenen Theorien im Rahmen der Pflege und Betreuung Demenzkranker erste Ansätze, Erkenntnisse und bereits ermittelte Erfahrungen aus der Demenzpflege auf neurowissenschaftlicher Grundlage liefern.

Das vorrangige Ziel hierbei besteht vor allem darin

- den Zusammenhang zwischen Hirn und Verhalten im pathologischen und nichtpathologischen Bereich zu vermitteln
- bisher erfolgreich praktizierte Pflegestrategien in der Demenzpflege neurowissenschaftlich zu erklären und
- Fehlentwicklungen im Umgang mit Demenzkranken u. a. auch hinsichtlich ihrer Wirkungslosigkeit aufzuzeigen.

Der Beitrag soll als eine erste Sondierung in dem Kausalzusammenhang Hirn und Verhalten mit dem Schwerpunkt Demenzpflege aufgefasst werden. So wird der Aufbau des Beitrages vorwiegend aus der Entwicklung und Darstellung einzelner Teilbereiche bestehen, deren Zusammenfügung zu einem theoretischen Modell zu diesem Zeitpunkt noch nicht geleistet werden kann.

Im Vordergrund steht die Vermittlung des inhärenten Bandes oder auch der biologischen Einheit von Fühlen, Denken und Handlung mit ihren neurophysiologischen Korrelaten.

Es gilt hier jedoch die Einschränkung zu machen, dass die folgenden Ausführungen nur für Demenzkranke mit gravierenden Kurzzeitgedächtniseinbußen (Alzheimer Demenz u. a.) gelten, nicht jedoch für Demenzkranke mit intakterem Gedächtnisvermögen (z. B. Frontallappen-Demenz).

### Der Stellenwert der Neurowissenschaften für die Demenzpflege

Im letzten Jahrhundert war das Bild vom Menschen überwiegend von psychologischen und auch soziologischen Erklärungsmodellen bestimmt.

U. a. Behaviorismus, Psychoanalyse und Konstrukte der so genannten „humanistischen Psychologie“ dominierten neben soziologisch ausgerichteten Konstrukten wie der Rollentheorie das Verständnis vom Menschen in seiner Komplexität bezüglich Handlungsweisen, Reaktionen und Empfindungen.

Diese überwiegend geisteswissenschaftlich ausgerichteten Theorien und Modelle schufen ein für den Laien unübersichtliches Feld an Erklärungsansätzen, das sich durch Beliebigkeit und Widersprüchlichkeit in der Deutung menschlichen Verhaltens auszeichnete. Je nach Standort des Betrachters konnten z. B. menschliche Verhaltensweisen entweder lerntheoretisch oder tiefenpsychologisch erklärt werden. Wissenschaft im engeren Sinne stellte dieser Sachverhalt jedoch nicht dar.

Erst im letzten Jahrzehnt zeichnete sich ein Wandel durch die Fortschritte in den Neurowissenschaften und damit auch in der Hirnforschung ab; vor allem der Zuwachs an Erkenntnissen mittels bildgebender Verfahren (das so genannte „Neuroimaging“: u. a. Computertomographie (CT), Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT)) und neues Wissen im Bereich der Nervenzellen (u. a. neurophysiologische und neurochemische Eigenschaften der Synapsen) schufen die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Fundierung menschlichen Verhaltens und Empfindens. Das wissenschaftliche Bild vom Mensch wird somit gegenwärtig von den Bio- und Neurowissenschaften bestimmt, wobei die Hirnforschung hierbei als Leitwissenschaft fungiert (Roth 2003).

Der Stand der Forschung in den Neurowissenschaften lautet, dass alle Leistungen des Gehirns – seien sie perzeptiver, kognitiver, affektiv-emotionaler, exekutiver und motorischer Art – letztlich Funktionen von Neuronen-Netzwerken sind (Roth 2003).

Dies gilt sowohl für die gesunden als auch die erkrankten Bereiche des Gehirns (Demenzen u. a.).

\* Dr. phil Sven Lind ist Diplom-Psychologe

Jeder Ansatz, der diesen Erkenntnisstand leugnet oder tief greifend durch „Erweiterungen“ oder „eigenständige Theoreme“ relativiert, stellt sich außerhalb des wissenschaftlichen Diskurses und kann demnach nur als unwissenschaftlich bezeichnet werden (siehe Abschnitt Fehlentwicklungen und Gefahren).

Es darf hierbei jedoch nicht unerwähnt bleiben, dass eine Reihe von Funktionen und Interdependenzen im Bereich des Gehirns noch nicht ausreichend erforscht worden sind. Es kann jedoch festgestellt werden, dass der bisherige Stand der Forschung eindeutig in Richtung auf eine biologische Fundierung des menschlichen Verhaltens hinweist.

Für die Pflege und Betreuung Demenzkranker besitzt dieser Paradigmenwechsel hin zur Neurobiologie als Leitwissenschaft eindeutig positive Perspektiven dergestalt, dass eine wissenschaftliche Fundierung des Verhaltens der Pflegenden und der Demenzkranken in ihren Verhaltensweisen und Reaktionen zu einer Vereinheitlichung der theoretischen Erklärungsansätze führen wird.

## Das Modell der kompensatorischen Interaktion

Hirnphysiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Impulse für willentliche Handlungen, Wünsche und Vorstellungen ihren Ursprung im limbischen System, bestehend aus Kerngebieten im Mittelhirn, Zwischenhirn und Endhirn, haben und von dort u. a. zur präfrontalen Neokortex, dem Zentrum für das Ichbewusstsein, dringen. Auf diesem Weg gelangen vor- oder unbewusste Impulse ins Bewusstsein und werden von hier aus über die motorischen Großhirnbereiche zum Handlungsvollzug gebracht. Dieser Funktionskomplex wird von Roth (2003) als ventrale oder limbische Schleife bezeichnet.

Im Falle der Aktivierung von angeborenen Verhaltensweisen, die als archaische Strukturen dem Menschen programmartig innewohnen, geschieht hirnpfysiologisch ein abgekürzter Vorgang dergestalt, dass bei bestimmten sinnesphysiologischen Inputs das mesolimbische System (einschließlich Mandelkern und Nucleus accumbens) gleich die exekutiven motorischen Bereiche aktiviert (Roth 2004).

In der Sprache des Alltags sprechen wird dann vom instinktiven, intuitiven oder spontanen Verhalten. Konkret bedeutet dies, dass uns unser Verhalten oder manchmal auch Sprechen erst im realen Vollzug bewusst wird.

Untersuchungen und auch Erfahrungsberichte im Bereich der Pflege und Betreuung Demenzkranker haben immer wieder diese auf Intuition basierenden und damit vorbewussten Verhaltensweisen bei den Pflegenden gezeigt. Erklärt werden kann dieser Sachverhalt damit, dass bei dem Anblick von hilflosen und schutzbedürftigen Menschen (z. B. Demenzkranken und Kleinkindern) bestimmte angeborene Verhaltensprogramme, die man als Bestandteile unseres sozialen Gehirns bezeichnen kann, quasi unbewusst aktiviert werden (Roth 2004). Laut Definition des Dudens wird Intuition als unmittelbares, nicht auf Überlegung beruhendes Erkennen und Erfassen eines Sachverhaltes verstanden.

Intuition bedeutet auch Eingebung oder plötzlich ahnendes Erfassen («aus dem Bauch heraus») einer bestimmten Gegebenheit.

Als Beispiele hierfür können im Bereich der Demenzpflege die so genannte Ammensprache und die verschiedenen Formen der Ablenkung und Beruhigung angeführt werden, die weiter unten eingehender beschrieben werden (Eibl-Eibesfeldt 1997, Sachweh 2000, Lind 2003).

Diese Verhaltensweisen sollen in Anlehnung an den Kompensationsansatz in der Demenzpflege (Lind 2003) als kompensatorische Interaktionsweisen bezeichnet werden. Durch bestimmte intuitive Verhaltens- und Artikulationsweisen werden bei den Adressaten (Demenzkranken und auch Kleinkindern) Ängste, Unsicherheiten und Realitätsverzerrungen (wahnhaftige Halluzinationen u. a.) kompensatorisch behoben.

## Mehrfache Parallelität zwischen Demenzkranken und Kleinkindern

Das intuitive Verhalten und Reagieren der Pflegenden bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker stimmt mit dem Verhalten von Müttern bei der Ablenkung und Beruhigung ihrer Kleinkinder in Zuständen der Angst und Furcht überein.

Diese kompensatorischen Verhaltens- und Reaktionsweisen sollen im Folgenden unter den Aspekten neurowissenschaftlicher Erkenntnisse erläutert werden.

### Die Parallelität im Verhalten

Pflegende Angehörige und auch Pflegenden der ambulanten und stationären Altenhilfe berichten übereinstimmend, wie im fortgeschrittenen Stadium der Demenz vom Alzheimer Typ die Erkrankten in ihren Verhaltens- und Reaktionsweisen immer mehr kleinen Kindern ähneln.

Wie stark die Parallelität des Verhaltens Demenzkranker mit Kleinkindern sich gestaltet, konnte mit Hilfe der FAST-Skala (Functional Assessment Staging) ermittelt werden. Demenzkranke im Stadium 6 der FAST-Skala entsprechen Kindern im Alter von 2 bis 5 Jahren hinsichtlich ihrer Alltagskompetenz (Ankleiden, Waschen) und der Kontrolle der Schließmuskeln (Harn- und Stuhlinkontinenz) (Boetsch et al. 2003).

Pflegende Angehörige und auch Pflegenden in den Heimen machen die Erfahrung, dass Demenzkranke genau wie kleine Kinder Furcht vor dem Alleinsein und auch dem Dunklen entwickeln und sich meist nur in der Nähe ihrer Bezugspersonen sicher und geborgen fühlen. Des Weiteren wird von den Bezugspersonen im Privathaushalt ebenso wie im Heim beobachtet, dass sowohl Demenzkranke als auch Kleinkinder in sie überfordernden Umwelten (Alleinsein, Dunkelheit u. a.) optische Halluzinationen mit Angst besetzten Inhalten entwickeln.

### Die Parallelität der Reaktionsweisen der Pflegenden und Mütter

Pflegekräfte als auch Mütter reagieren bei Zuständen der Realitätsverzerrung intuitiv mit der gleichen Strategie: die wahnhaftige Halluzination ernst nehmen und anschließend das Trugbild eindrucksvoll und überzeugend verscheuchen oder beseitigen.

Bei Ängsten und Empfindungen großer Unsicherheit beruhigen sie die Betroffenen, in dem sie sie durch andere Reize oder Gegenstände ablenken.

Beide Personengruppen gebrauchen die Ammensprache, wenn sie Furcht und Unsicherheit spüren (Eibl-Eibesfeldt 1997, Sachweh 2000). Des gleichen suchen sie Körperkontakt mit den Verängstigsten: in den Arm nehmen, hin und her wiegen und auch streicheln (Lind 2003).

Der überwiegende Teil der Pflegekräfte besitzt die Fähigkeit, bei alten pflegebedürftigen Menschen die Erkrankung Demenz aufgrund ihrer Erfahrungen und ihres Gespürs festzustellen (Weyerer et al. 2000).

Es überrascht, dass Demenzkranke und auch Kleinkinder in bestimmten Verhaltenskonstellationen dieselben Verhaltens- und Reaktionsweisen bei ihren Bezugspersonen hervorrufen. Dies kann als ein Beleg für das Vorhandensein vor- oder unbewusster Verhaltensschemata angesehen werden, die bei Personengruppen mit deutlichen Symptomen der Hilflosigkeit und Schutzlosigkeit aktiviert werden.

Diese Verhaltensmuster ähnlich einem Behütungsinstinkt können als Elemente unseres „sozialen Gehirns“ aufgefasst werden.

### Die Parallelität in der Neurophysiologie

Parallel zu den Übereinstimmungen im Verhalten Demenzkranker und Kleinkinder können ebenso Übereinstimmungen in der Neurophysiologie festgestellt werden.

Bei einem Kleinkind sind bestimmte Gehirnregionen (u. a. Stirnhirn einschließlich der präfrontalen Neokortex, Teile des Temporallappen und Bereiche des limbischen Systems) noch nicht ausgereift, die bei Demenzkranken im fortgeschrittenen Stadium degeneriert sind. Während bei den Kleinkindern auf der morphologischen Ebene dies durch die fehlende axonale Myelinisierung und der Mangel an axonaler und dendritischer Ausprossung festzustellen ist, lässt sich bei Demenzkranken dies durch ständige Abbauprozesse (u. a. Demyelinisierung und Verlust und Abnahme synaptischer Verbindungen) nachweisen (Matura 2002, Heuser et al. 2003, Welzer & Markowitsch 2001).

Der so genannte „Realitätsfilter“, der alle Assoziationen, die sich nicht auf die Gegenwart beziehen, unterdrückt, konnte im Bereich des Temporallappens lokalisiert werden. Da bei Demenzkranken und Kleinkinder dieses Hirnareal nicht voll funktionsfähig ist, kann hiermit das häufige Auftreten von Halluzinationen mit teils wahnhaften Inhalten erklärt werden.

Diese Übereinstimmungen im Verhalten und in der Neurophysiologie sind weitere Belege für den Wissensstand, dass jedes Verhalten im normalen oder pathologischen Bereich ein neuronales Korrelat besitzt (Pritzel et al. 2003).

### Die komplementäre Wirkung der kompensatorischen Interaktion

Als ein weiteres Indiz für die neurobiologische Fundierung des intuitiven Verhaltens der Pflegenden können die Reaktionen der Adressaten (Demenzkranke und Kleinkinder) angefügt werden.

Erfahrungsberichte als auch Untersuchungen belegten den Sachverhalt, dass das intuitive Verhalten bzw. Reagieren (Ablenken und Beruhigen u. a.) bei den Betroffenen eine unmittelbare und

ausreichende Wirkung erzielte. Diese Verhaltensmuster stellten sich somit als äußerst effektiv und effizient heraus.

Es kann in diesem Zusammenhang die These aufgestellt werden, dass auf der Grundlage der durchgängigen Wirksamkeit dieser Verhaltensweisen ein genuin komplementäres Verhalten vorliegt. Das bedeutet konkret, dass das intuitive Verhalten der ablenkenden und beruhigenden Bezugspersonen bei den Betroffenen zur Beruhigung und Entspannung führt. Beide Verhaltenssegmente sind somit kompatibel. Oder bildlich ausgedrückt verhalten sie sich wie Schloss und Schlüssel.

Im Folgenden wird facettenartig anhand verschiedener Verhaltensstrategien, Reaktionsweisen und erster Modellansätze der Versuch unternommen, die Pflege und Betreuung Demenzkranker in ein neurowissenschaftlich begründbares Konzept einzubinden.

Die Darstellung der folgenden Inhalte ist somit nicht formallogisch stringent, sondern hat eher den Charakter einer themenbezogenen Materialsammlung.

### Die Doppelstrategie

Die Kommunikation mit Demenzkranken unterscheidet sich von der Kommunikation mit Kleinkindern in dem gravierenden Aspekt einer dualen Vorgehensweise. Dies kann als eine Kommunikation auf zwei sozialen Ebenen aufgefasst werden.

Die eine Ebene wird durch das Selbstbild des Demenzkranken bestimmt. Aufgrund der fehlenden Krankheitseinsicht haben Demenzkranke das Selbstempfinden, gesunde und zu allen Aufgaben des Alltags fähige Personen zu sein.

Dieses Selbstbild wird von den Pflegenden nicht durch Hinweise auf Pflegebedürftigkeit und hohes Alter beeinträchtigt oder gar zerstört.

Die andere Ebene des Realbezuges besteht aus dem konkreten, stark eingeschränkten Leistungsvermögen der Demenzkranken bei den alltäglichen Verrichtungen, das im krassen Widerspruch zur Selbsteinschätzung steht.

Die Pflegekräfte berücksichtigen im Umgang mit den Demenzkranken sowohl deren Selbstbild als auch deren Leistungsvermögen, ohne dass den Demenzkranken diese eminente Divergenz auffällt beziehungsweise bewusst wird.

Einerseits gehen sie auf das Selbstbild, die Identität des Bewohners ein, indem sie sie mittels Ansprache und Gesten bestätigen und bekräftigen. Andererseits gilt es auch, dem Bewohner Hilfestellung und Anleitung bei den verschiedenen Verrichtungen der Alltagsbewältigung zukommen zu lassen, ohne das dabei seine Identität und damit auch seine Würde verletzt werden würde.

Dieses Vorgehen kann als Doppelstrategie im Umgang mit den Demenzkranken bezeichnet werden. Diese Doppelstrategie wird in verschiedenen Ausformungen und inhaltlichen Schwerpunktsetzungen im alltäglichen Umgang mit den Demenzkranken umgesetzt.

Die Doppelstrategie konnte in der Kommunikation Pflegenden mit Demenzkranken bei Pflegehandlungen nachgewiesen werden. Einerseits verwendeten die Pflegenden identitätsstabilisierende und Respekt bekundende Ausdrucksformen (z. B. höflich-

che Anredeformen, Abschwächung von Aufforderungen und Sich-Dummstellen), andererseits benutzten sie gleichzeitig die Ammensprache (Sachweh 2000).

Die so genannte Ammensprache unterscheidet sich von der Normalsprache durch Anhebung der Tonhöhe um eine Oktave und die Übertreibung der Intonationskontur (Satzmelodie) (Eibl-Eibesfeldt 1997).

## Ablenkung

Die zentrale Strategie zur Beeinflussung Demenzkranker bei der Pflege und Betreuung ist die Ablenkung, die sowohl bei universellen als auch bei demenzspezifischen Interaktionsformen Anwendung findet.

Ablenkung bei Demenzkranken bedeutet konkret, einen negativen Impuls, Sinneseindruck oder eine negative Befindlichkeit durch positive Anregungen verschiedenster Art zu ersetzen.

Konkrete negative Befindlichkeiten sind Unsicherheit, Angst und Scham. Belastende Sinneseindrücke sind Halluzinationen, Fehlwahrnehmungen und Wahnvorstellungen.

Negative Impulse bestehen aus der unbegründeten Ablehnung von Personen, Interaktionen und Milieufaktoren.

Diese Vielzahl an überfordernden Gegebenheiten drückt die unzureichende Verzahnung von Person und sozialer und räumlicher Umwelt aufgrund der hirneurophysiologischen Abbauprozesse aus. Sie verdeutlicht, dass sich das Person-Umwelt-Gefüge bei Demenzkranken in einem ständig labilen Zustand befindet. Dies kann bei geringsten Abweichungen somit zu psychischen und auch physischen Störungen führen.

Ablenkungen besitzen in diesem äußerst zerbrechlichen Gleichgewicht eine regulierende Funktion. Verzerrte Person-Umwelt-Beziehungen können durch Ablenkungsstrategien wieder normalisiert werden.

Jede Ablenkung geht auch mit dem Ziel des Beruhigens einher, denn für die Betroffenen sind all die krankheitsbedingten Überforderungs- und Überlastungssymptome mit extremem Stress verbunden, den es zu vermindern gilt. Ablenken und Beruhigen sind somit zwei Seiten eines Handlungsvollzuges, sie bilden in ihrer Einheit zugleich Vorgehen und Zielsetzung.

Wie eben angeführt, führen verschiedene und mannigfaltige Eindrücke und Impulse zu Überforderungen. Ebenso mannigfaltig sind wiederum auch die Ablenkungsstrategien und Ablenkungskonzepte, die von Pflegekräften im Umgang mit Demenzkranken überwiegend intuitiv aber auch manchmal nach dem Prinzip Versuch und Irrtum entwickelt wurden.

Folgende Gestaltungsformen einer Ablenkung werden im Einzelnen in den Heimen praktiziert:

- verbale Äußerungen
- Berührungen und Gesten
- Gegenstände und Utensilien
- Neue Aktivitäten und Beschäftigungen
- Hinführung in andere Räumlichkeiten
- Aktualisierung positiver biografischer Elemente.

Das grundlegende Wirkprinzip der Ablenkung bei Demenzkranken beruht auf der Kurzzeitgedächtnisstörung aufgrund der Degeneration bestimmter Hirnareale (u. a. Hippokampus und präfrontale Neokortex). Vergewärtigt man sich, dass das Bewusstsein Produkt von Kurzzeitgedächtnis und Aufmerksamkeit ist, dann wird einem klar, wie leicht Demenzkranke durch neue Impulse und Sinneseindrücke zu beeinflussen sind.

Diese Störung wird bei der Pflege zu einer Interventionsstrategie, einem nicht-medikamentösen Therapeutikum.

Durch das Defizit an Gedächtnisleistungen besteht die Gelegenheit, einen negativen durch einen positiven Impuls zu ersetzen. Die Möglichkeiten der Veränderung des Bewusstseins Demenzkranker sind somit äußerst umfangreich. Die Ablenkungsmaßnahmen wiederum lassen sich leicht durchführen, wie folgendes Beispiel zeigt:

*Die Pflegekraft beginnt vor der Pflege einer meist pflegeresistenten Bewohnerin ein vertrautes Lied zu singen, worauf die Demenzkranke freudig in den Gesang einstimmt. Während des Gesanges wird mit der Pflege begonnen, gegen die sich die mitsingende Bewohnerin daraufhin nicht mehr sperrt.*

## Universelle Vorgehensweisen

Universelle Verhaltensweisen sind in Anlehnung an die Anthropologie und vergleichende Ethnologie Verhaltens- und Kommunikations-Stereotypen, die in allen Kulturen und Gesellschaftsformen anzutreffen sind. Sie werden auch als Universalien oder Vorprogrammierungen (Eibl-Eibesfeldt 1997) oder als angeborene Verhaltensprogramme unseres sozialen Gehirns (Roth 2004) bezeichnet.

Es bedarf hierbei erneut des Hinweises, dass bei den nun angeführten Vorgehensweisen meist vor- oder unbewusstes Handeln die Grundlage der Interaktionen darstellt. Das soziale Gehirn, das im limbischen System lokalisiert werden kann, besitzt neben dem vorbewussten intuitiven Wirken als komplementäre Elemente das Einfühlungsvermögen (Empathie) und die Sensibilität, die ebenso Voraussetzungen für einen personen- und situationssicheren Umgang mit den Demenzkranken sind.

Die Pflegehandlungen sind für Demenzkranke häufig die Ursache für Angst, Unsicherheit und das Erleben der Überforderung. Die Folge hiervon sind Pflegeverweigerung oder Abwehr bestimmter Pflegeprozesse.

Demenzkranke geraten bereits oft im Vorfeld der Pflegehandlungen in negative Erwartungshaltungen, denn sie verbinden mit der Pflege unangenehme Situationen und Erlebnisse. Aufgrund ihres geringen Belastungsniveaus reagieren bzw. überreagieren die Betroffenen in Gestalt von Überforderungssymptomen, die auch als Über-Stress bezeichnet werden können.

Das Hauptanliegen hierbei lautet Stressreduktion, um den Demenzkranken die Angst und Furcht vor den Pflegehandlungen zu nehmen. Denn diese negativen Gefühlszustände verursachen in der Regel bei den Betroffenen Verkrampfung oder gar Erstarrung ihres Körpers. Dies kann als eine instinktive Reaktion verstanden werden, mit der sich der Betroffene vor den Pflege-



handlungen schützt. Die Demenzkranken möchten sich einer drohenden Gefahr – der Pflege – entziehen.

Folgende Interaktions- und Umgangsformen haben Pflegekräfte konkret zum Abbau des Stresserlebens entwickelt und erfolgreich praktiziert:

Stressabbau durch Beruhigungsphasen

*Beispiel:*

*Bei einer bettlägerigen Bewohnerin sollte nach dem Waschen gleich die Lagerung durchgeführt werden, doch dies konnte sie nicht mehr verarbeiten. Erst nach einer Unterbrechung von mehreren Minuten konnte die Pflege wieder aufgenommen werden.*

Stressabbau mittels Bestätigung durch Gespräche

*Beispiel:*

*Eine Pflegekraft hat zuhause einen Hund und weiß von der Bewohnerin, dass sie früher auch einen Hund als Haustier besaß. So erzählt sie vor und während der Pflege von ihrem Hund und gibt der Bewohnerin gleichzeitig Gelegenheit, über ihren Hund mit all seinen Freunden und auch Problemen für die Hundehalterin in längst vergangenen Tagen zu berichten.*

Perspektiven geben

*Beispiel:*

*Pflegekräfte bieten häufig das bevorstehende Frühstück als eine Perspektive an, die ein Aufstehen mitsamt Morgenpflege lohnen würde. Meist wird dabei auf bestimmte Details verwiesen wie der noch heiße Kaffee, der kalt zu werden droht, wenn man noch zu lange im Bett bliebe. Oder die knusprigen Brötchen, frisch vom Bäcker, die möglichst bald gegessen werden sollten. Diese Perspektiven überzeugen die Angesprochenen.*

Beruhigung durch Komplimente machen

*Beispiel:*

*Eine Bewohnerin zeigt oft Unbehagen und Abwehr bezüglich der Pflege. Die Pflegekraft macht ihr bei der Begrüßung bereits Komplimente: „Sie sehen aber heute gut aus“ oder „Ihre Frisur ist prima“.*

*Die Angesprochene reagiert erfreut auf diese Ansprache und verliert dadurch ihre Furcht vor den Pflegehandlungen.*

Nachahmung anregen

*Beispiel:*

*Eine Bewohnerin hat Schwierigkeiten, die Aufforderung der Pflegekraft, den Mund zu öffnen, zu verstehen. Die Pflegenden macht daraufhin ihren Mund weit auf, worauf die Bewohnerin es ihr nachmacht und auch ihren Mund öffnet. Die Mitarbeiterin kann darauf hin mit der Hilfe zur Nahrungsaufnahme beginnen.*

## Demenzspezifische Umgangsformen

Pflegekräfte haben im Umgang mit den Demenzkranken auch Kommunikationsformen entwickelt, die in Struktur und Funktion spezifisch auf das Verarbeitungs- und Beeinflussungsvermögen dieser Personengruppe ausgerichtet sind. Sie sind somit nicht alltäglich oder universell, sondern eindeutig demenzorientiert gestaltet.

Mehrere Interaktionsstrategien sind von den Pflegekräften angeführt worden, die in der Regel nicht im mitmenschlichen Kontakt des Alltags außerhalb der Heime zur Anwendung gelangen:

### Ablenkung mittels Aktivierung biographischen Geschehens

Erinnerungen haben mit zunehmendem Alter eine immer größere Bedeutung, denn sie sind Lebensbilanz, Orientierungsrahmen und psychische Stütze in einem. Sie geben Halt und sind der Inhalt, über den alte Menschen nachdenken und nachsinnen.

Auch Demenzkranke sind für Erinnerungen und das Nachsinnen vergangener Lebensabschnitte empfänglich und aufgrund ihres teils noch intakten Langzeitgedächtnisses hierzu auch noch fähig. Dieses Vermögen alter Menschen kann nun bei Demenzkranken zusätzlich zur Ablenkung von den als unangenehm empfundenen Pflegeinteraktionen herangezogen werden.

Durch das Gespräch über vergangene Phasen seines Lebens richtet sich nämlich die äußerst begrenzte Aufmerksamkeit des Demenzkranken auf diese lebensgeschichtlichen Ereignisse, über die er zu erzählen und zu berichten weiß. Hierüber vergisst er die unmittelbare Gegenwart der Pflegeinteraktion (Lind 2003).

*Beispiel:*

*Eine Pflegekraft weiß um den früheren beruflichen Kontext einer demenzkranken Bewohnerin (Hutmacherin mit eigenem Geschäft), die sich meist aus einem Schamgefühl nicht pflegen lassen möchte. Bevor die Pflegekraft mit der Pflege beginnt, wird die Bewohnerin mit ihrer Vergangenheit konfrontiert, indem die Mitarbeiterin ihr fast schon ritualisiert immer dieselben Fragen über ihre Tätigkeit und ihr Geschäft (Hutmoden, Kunden, Umsatz etc.) stellt. Während die Bewohnerin enthusiastisch über ihr Leben berichtet, wird sie gleichzeitig gewaschen und an- oder ausgezogen, ohne dass sie sich dagegen sträubt.*

### «Mitgehen» bei Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Bei Fehlwahrnehmungen, Halluzinationen und wahnhaften Verkennungen handelt es sich oft um bedrohliche psychotische Akutkrisen, die einer unmittelbaren und effektiven Behandlung bedürfen.

Besonders wenn paranoide Elemente (Verfolgungswahn) und andere lebensbedrohliche Inhalte das Erleben des Demenzkranken bestimmen, die meist mit Anzeichen einer drohenden physischen Dekompensation verbunden sind, haben sich die Strategien des „Mitgehens und Mitwirkens“ bewährt.

Wenn sich jemand in großer Gefahr befindet, vielleicht sogar in Lebensgefahr, dann ist der Gesamtorganismus auf dieses Ereignis, physisch und psychisch ausgerichtet. Fühlen und Denken sind nur auf die Lösung dieses Problems zentriert. Die Kernreaktionen in einer lebensbedrohlichen Situation sind Angreifen oder Flüchten. Eine Verhaltensdisposition, die wir als Primaten mit den anderen Tierarten teilen.

Wenn nun ein alter und gebrechlicher Mensch, der sich seiner Hilflosigkeit bewusst ist, sich einer solchen Gefährdung ausgesetzt fühlt, ist er doppelt betroffen. Denn er kann aufgrund seiner körperlichen Hinfälligkeit weder angreifen noch flüchten. Er empfindet die existentielle Bedrohung und weiß gleichzeitig, dass er sich selbst nicht zu helfen vermag. Panik, Verzweiflung und tief greifende Furcht sind die Reaktionen auf dieses Gewahrwerden der eigenen Lage.

In einer solchen Akutkrise für den Demenzkranken gilt der Grundsatz, dass ein massiver psychophysischer Einbruch wie eine wahnhafte Verkennung mit lebensbedrohlichen Inhalten

nur durch eine massive Intervention behoben werden kann. Wenn das ganze Bewusstsein nur auf diese für den Betroffenen reale Gefahr hin ausgerichtet ist, können nur umfangreiche und überzeugende Impulse dieses Bewusstsein wiederum verändern.

Ist nun ein Demenzkranker davon überzeugt, dass ein fremder und bedrohlich wirkender Mann in seinem Zimmer steht oder ein gefährliches Tier in der Ecke hockt, dann sieht er die Gefahr. Für den Kranken ist die Bedrohung physisch präsent. Dass es sich nur um eine optische Halluzination handelt, wird ihm nicht bewusst. Ein verbaler Hinweis wird in der Regel den Betroffenen auf der Bewusstseinssebene nicht erreichen, denn er ist zu stark von diesem Geschehen eingebunden, geradezu gefesselt.

Die in der Praxis bewährte Strategie und von den Pflegekräften intuitiv entwickelte Konzeption des „Mitgehens und Mitwirkens“ zur Lösung dieser Krisensituation besteht aus folgenden Elementen:

- die optischen Halluzinationen werden unwidersprochen von den Pflegekräften als Realität wahrgenommen und akzeptiert.
- Gedanklich versetzen sich die Pflegekräfte in die Lage der verängstigten Demenzkranken und entwickeln spontan ein Lösungskonzept.
- Das Lösungsmoment besteht aus der unmittelbaren Entfernung der Angst einflößenden Elemente aus dem Lebensbereich der Betroffenen.

Anhand von zwei konkreten Beispielen aus dem Heimbereich in Deutschland soll dieses Vorgehen veranschaulicht werden:

*Eine im Bett liegende Bewohnerin sieht einen fremden Mann im Zimmer neben dem Schrank. Die Pflegemitarbeiterin schreit den imaginären Mann an „Mach Dich raus“, öffnet die Tür, scheucht ihn raus und schließt demonstrativ die Tür. Die Bewohnerin ist daraufhin beruhigt.*

*Eine Bewohnerin sitzt vor Angst erstarrt in ihrem Bett und flüstert völlig verängstigt der hereinkommenden Pflegekraft zu, dass Marmeladentiere unter ihrem Bett wären. Die Pflegekraft öffnet daraufhin die Balkontür, greift sich einen Besen und scheucht die „Marmeladentiere“ auf den Balkon und schließt anschließend die Balkontür. Die Bewohnerin ist sichtlich erleichtert.*

Dieses Vorgehen – die Entfernung der Gefahren Elemente – besitzt ein einziges Kriterium hinsichtlich seiner Effektivität: Es muss für die Demenzkranken überzeugend sein, genau so intensiv und anschaulich wie die Angst machende Halluzination, die es zu beseitigen gilt.

Daher muss das Auftreten der Pflegekräfte regelrecht den Charakter einer Inszenierung annehmen. Es gilt ein Stück Lebenswelt zu gestalten, die den Betroffenen Hoffnung und Rettung verheißen.

Auf der Ebene der Wahrnehmung von Reizen bedeutet dieser Vorgang das Verdrängen eines negativen Bewusstseinsinhaltes (die wahnhafte Verkennung) durch einen neuen, für den Demenzkranken positiven Impuls oder Bewusstseinsinhalt. Dazu muss er dieselbe Qualität an Sinneseindrücken, Anschaulichkeit und Intensität besitzen. Andernfalls würde er nicht in das Bewusstsein der Betroffenen dringen.

Definiert man Bewusstsein als das Produkt von Kurzzeitgedächtnis und Aufmerksamkeit, dann gilt es vordringlich und möglichst rasch, die Aufmerksamkeit der Demenzkranken in der Krise eines Wahnes auf ein neues Geschehen zu lenken.

Konzentriert sich der Angesprochene auf die neuen Impulse, vergisst er umgehend die ihn vorher bedrohenden Eindrücke und sein Bewusstsein wird nun folgend von den positiven Elementen bestimmt. Das bedeutet Ablenkung im eigentlichen Sinne.

Die Intensität wird vor allem durch das überzeugende Handeln der Pflegekräfte hervorgerufen. Durch ihr anschauliches Wirken, teils mit Utensilien, erhält das ganze Geschehen eine sinnliche Verdichtung, die an eine Theateraufführung erinnert. Der Demenzkranke ist mitgerissen, überzeugt und dadurch auch aus der krisenhaften Situation herausgeführt.

## Das Modell des demenzspezifischen Präsenzmilieus

### Das labile Gleichgewicht Demenzkranker

Die Erfassung und Bewältigung der Sinneseindrücke im Alltag erfordert neben den intakten Sinnesorganen ein gesundes und damit auch funktionsfähiges Gehirn. Bereits geringe Beeinträchtigungen wie z. B. Schlafentzug oder Medikamenteneinnahme beeinträchtigen die Funktion des geistigen Leistungsvermögens. Wenn nun ganze Bereiche des Gehirns aufgrund krankhafter Abbauprozesse ausfallen oder nur noch zu Minimal- und Fehlleistungen fähig sind, wird einem klar, wie gering dann das noch verbliebene geistige Vermögen zur Bewältigung der Sinneseindrücke sein muss.

Nicht mehr zu bewältigende Einflüsse der Umwelt führen bei Demenzkranken zu

- Verwirrung, Desorientierung (Raum, Zeit, Situation u. a.)
- Angst, Furcht
- krankhafte Eigenwelten (Fehlwahrnehmung, Halluzination, Wahn u. a.)
- krankhaftes Welterfassen (Zeitverschränkung).

Diese demenzspezifischen Zustände, die u. a. auch mit dem Verlust des Realitätsfilters durch die Degeneration bestimmter Areale im Temporallappen erklärt werden können, bilden die Eigenweltlichkeit der Betroffenen, die von Nicht-Demenzkranken kaum oder nur sehr schwer nachvollzogen werden kann.

Das Unvermögen der angemessenen Verarbeitung der Außenreize führt zu diesem gestörten Erfassen der Umwelt. Diese extreme Fragilität in der Unterscheidung von Realität und Realitätsverlusten kann als ein labiles Gleichgewicht aufgefasst werden.

Konkret bedeutet dies für den Demenzkranken, dass es keiner großen Einwirkungen bedarf, damit sich ein Wechsel von der Realwelt, die sie mit uns Nicht-Demenzkranken teilen, in demenzspezifische Zustände des Realitätsverlustes vollzieht.

- Gründe für einen Verlust der realen Bezüge und ein Umkippen in eine Eigenweltlichkeit sind u. a.
- Überstress bei der Körperpflege
- Fehlwahrnehmungen
- Reizarmut: Alleinsein, Isolation
- Träume, Erinnerungen
- mangelnde Anregungen und Einbindung
- Langeweile.

Demenzkranken sind somit ständig der Gefahr ausgesetzt, durch irgendeinen inneren oder äußeren Impuls die Eingebundenheit in die realen Bezüge der sozialen und räumlichen Umwelt zu

verlieren. Mit der Folge, durch diesen Verlust des Realbezuges in bedrohliche und belastende Befindlichkeiten und auch Eigenwelten zu geraten.

Für Pflegekräfte ist es von großer Bedeutung, den Sachverhalt einer ständigen Gefahr des Realitätsverlustes Demenzkranker zu kennen. Das Wissen um die Labilität dieses Realitätsbezuges bietet Gelegenheit und Chancen, den Betroffenen wirksame Hilfestellung und Begleitung zum Verbleib in den unbelasteten Gegenwartsbezügen zu geben.

Es muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Realitätsverluste und die Realitätsverzerrungen schwerwiegende Krankheitssymptome der Demenz sind, die für die Betroffenen meist mit Leid und Pein verbunden sind. Die „Eigenwelten“ des Wahns, der Halluzination oder der Zeitverschränkung sind Produkte eines kranken Hirns mit all seinen Funktionsstörungen. Es handelt sich hierbei keineswegs um einen bewussten und willentlichen Rückzug aus der „Gegenwart, um überleben zu können“, wie Naomi Feil fälschlicherweise ausführt (Feil 2000).

### In der Nähe sein

Erfahrungen der Pflegekräfte, die von einschlägigen Untersuchungen bestätigt werden, weisen darauf hin, dass die physische Nähe der Pflegekräfte eine beruhigende und Geborgenheit vermittelnde Wirkung bei den Demenzkranken hervorruft.

Es ist oft beobachtet worden, dass Bewohner ihre Pflegekräfte bei der Verrichtung pflegeferner Handlungen wie Dokumentation, Medizin stellen oder Telefonate führen beobachten und teilweise hierbei auch versuchen, Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Dies geschieht u. a. durch Winken, Ansprechen, Berühren und Streicheln.

Dieses Verhalten kann dahingehend interpretiert werden, dass es für die recht hilflosen und unselbstständigen Bewohner von großer Bedeutung ist, ihre Haupt Bezugspersonen im Nahbereich zu erleben. Die Erfahrung, diese wichtigen Personen sehen, hören und eventuell auch berühren zu können, vermittelt ihnen die Gewissheit, nicht allein und damit ungeschützt zu sein.

Es wird berichtet, dass Demenzkranke manchmal besonders stark verunsichert und verängstigt sind. Die Pflegekräfte spüren intuitiv, dass sie in dieser Verfassung das Gefühl von Schutz, Geborgenheit und Eingebundenheit vermitteln sollten, damit die Demenzkranken wieder ins psychophysische Gleichgewicht gelangen können.

Folgende Erfahrungen konnten in den Heimen gemacht werden:

*Wenn mehrere Bewohner äußerst ängstlich und unsicher sind, hat es sich bewährt, sie in einen Kreis zusammensetzen und ihnen etwas vorzulesen. Dieses Erleben von Gemeinschaft und Zuwendung hat eine beruhigende Wirkung.*

*In einem ähnlichen Fall mit mehreren verängstigten und verunsicherten Bewohnern haben Pflegekräfte spontan angefangen zu singen. Der Gesang vertrauter Lieder von nahe stehenden Personen erzeugte ein Gefühl von Geborgenheit und beruhigte die Betroffenen.*

### Beruhigen durch Körperkontakt

Pflegekräfte spüren in bestimmten Situationen intuitiv, dass manchmal nicht Worte, sondern Körperkontakt den verängstigten und verunsicherten Bewohner zu beruhigen vermag, wie folgende Erfahrung zeigt:

*Eine Bewohnerin steht unruhig neben der Pflegekraft und fragt nach der Mutter. Diese umfasst die Bewohnerin, zieht sie an sich und wiegt sie langsam hin und her. Die Bewohnerin wird daraufhin ruhig und fragt nicht mehr nach der Mutter.*

### Das Präsenzmilieu

Einen nicht unbeträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit verbringen die Pflegekräfte mit so genannten bewohnerfernen Handlungen wie Dokumentation, Organisation und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. In der Regel geschieht dies in den entsprechenden Funktionsräumen (Pflegestützpunkt, Stationsküche, Wäschekammer etc.). Hierdurch wird der Kontakt „Pflegekraft-Bewohner“ auf die aktiven Interaktionen, die meist von den Pflegekräften ausgehen, beschränkt. Dies hat zur Folge, dass die Bewohner sich häufig verloren und alleingelassen fühlen und sich auf die Suche nach Schutz und Geborgenheit machen.

Das Präsenzmilieu hingegen erweitert die Kontakthäufigkeit beträchtlich, indem es die passiven Kontakte dergestalt fördert, dass die Mitarbeiter von den Bewohnern bei ihren nicht-pflegerischen Tätigkeiten gehört, gesehen und manchmal auch berührt werden können.

Das Konzept lautet: bewohnerferne Tätigkeiten möglichst bewohnernah auszuführen. Vom Raumprogramm her bedeutet dies, dass die Funktionsräume in die Gemeinschaftsflächen eingliedert werden oder direkt an sie angrenzen.

Raumkonzepte für ein Präsenzmilieu sind:

- Der Pflegestützpunkt ist direkt in den zentralen Gemeinschaftsraum integriert und vielleicht nur durch einen Tresen von diesem getrennt.
- Die Stationsküche ist ebenfalls Bestandteil dieser Gemeinschaftsflächen, so dass alle Mahlzeitenvorbereitungen in Gegenwart der Bewohner durchgeführt werden können.
- Auch Wäsche- und Materiallager lassen sich in diesen Bereich eingliedern, so dass z. B. die Bewohner beim Ein- und Ausräumen nicht nur zusehen, sondern vielleicht auch noch kleinere Hilfestellungen leisten können.

Bei konsequenter Umsetzung dieser Milieustruktur kann erreicht werden, dass tagsüber „Leben“ auf dem Wohnbereich zu erfahren ist. Durch die starke Überschneidung und fast schon Deckung von Wohn- und Arbeitsmilieu wird die erforderliche sensorische und soziale Stimulierung der Bewohnerschaft deutlich gesteigert und verstetigt.

### Fehlentwicklungen und Gefahren

Zum Leidwesen der Demenzkranken sowie der Pflegekräfte und anderer Betreuer muss festgestellt werden, dass ein stetiges Auseinanderdriften zwischen der Pflege einschließlich ihrer theoretischen Konzeptbildung und der Forschung zu beobachten ist. Konkret bedeutet dies, dass die Konzepte der Pflege tendenziell immer weniger Bezug auf die aktuellen neurowissenschaftlichen Erkenntnisse nehmen.

Schlimmer noch ist der gegenwärtig zu beobachtende Trend der bewussten Abgrenzung von neueren Forschungsergebnissen.

Diese Bemühungen der bewussten Abkapselung lassen sich an folgenden Phänomenen aufzeigen:



- Ablehnung der Demenz als Krankheit und Infragestellung der hirneuropathologischen Forschung (Entpathologisierung der Demenz) sowie Kritik am so genannten (psychiatrischen) „Standardparadigma“ der Demenzforschung (Kitwood 2000; Morton 2002)
- Entwicklung neuer Konzepte mit eigenen Terminologien jenseits des Standes der international anerkannten Demenzforschung: „Aufarbeitungsphasen“, „Stadien der Desorientierung“, „Bedrohtes Ich“ und „Versunkenes Ich“ (Feil 2000, Schindler 2003)
- Interpretation der Verwirrheitszustände Demenzkranker als „Kompensation“ oder als mögliche „Selbsthilfeversuche“ (Grond 2003)
- Erwartungshaltungen, die die Abbauprozesse und die damit verbundene Irreversibilität der Alzheimer-Demenz verneinen: „Remenz statt Demenz“ (Maciejewski et al. 2001) und „mit Liebe ... Abbauprozesse im Gehirn aufhalten“ (Schaller 2003)

Die zunehmende Anzahl unterschiedlicher Interventionsformen für Demenzkranke ohne ein einheitlich wissenschaftliches Fundament muss unweigerlich zu Verwirrungen bei allen Beteiligten führen:

- Pflegekräften fehlt angesichts widersprüchlicher Konzepte der gemeinsame pflegepraktische Rahmen zur Beobachtung, Beurteilung und Behandlung der demenzkranken Bewohner.
- Die Kommunikation innerhalb der Pflegeteams sowie zwischen Pflegekräften, Ärzten und anderen Helfergruppen wird bei voneinander abweichenden Terminologien und Einschätzungen (z. B. Demenz als Krankheit oder bloße Verarbeitungsphase) deutlich erschwert.
- Die Hauptleidtragenden, die Demenzkranken, sind hilflos verschiedensten Interventionsformen ausgesetzt, deren Wirksamkeit bisher noch nicht nachgewiesen worden ist.
- Psychotische Akutkrisen bei wahnhaften Verkennungen werden negiert mit der Gefahr einer physischen Dekompensation. So bestreitet Naomi Feil die Existenz von Halluzinationen und Wahnzuständen mit teils paranoiden Inhalten bei Demenzkranken, denn ihrer Meinung nach wissen die Bewohner „tief unten, auf der Ebene des Unbewussten“, dass es sich um bloße Trugbilder und Einbildungen handelt (Feil 2000).

So unwahrscheinlich es auf den ersten Blick auch scheinen mag, so kann man doch feststellen, dass die Auseinandersetzung mit der Demenzpflege sowie der Umgang mit den Verwirren selbst in eine Phase der Verwirrung geraten sind.

Die vielfältigen Modelle der Intervention existieren größtenteils ohne einen verbindlichen wissenschaftlichen Standard nebeneinander. Dies führt unweigerlich zu mitunter esoterisch und subkulturell anmutenden Formen der Abkapselung.

Der bereits erreichte Zustand im Durcheinander der Demenzpflege lässt sich plastisch mit der biblischen Legende vom Turmbau zu Babel beschreiben: Alle reden miteinander, aber keiner versteht mehr den anderen.

## Fazit und Ausblick

Es konnte anhand von verschiedenen Aspekten des Verhaltens Demenzkranker als auch Pflegenden plausibel gemacht werden, welchen Stellenwert neurowissenschaftliche Erkenntnisse bei der Erklärung und Fundierung zwischenmenschlicher Interaktionen und Reaktionsweisen besitzen. Die Neurowissenschaften erhalten auch für die Pflege und Betreuung Demenzkranker die Funktion eines Erklärungszusammenhanges, der erst die Schaffung eines reflektierten und empirisch überprüfbaren Handlungskonzeptes pflegerischer Interaktionen ermöglicht. Auf der anderen Seite bedeutet dies auch, dass sich Pflegemodelle erst auf der Grundlage der Neurowissenschaften aus dem Dunstkreis der verschiedenen vorwissenschaftlichen Theorien wie u. a. Mäeutik, Validation und dem Kitwood'schen Konzept lösen können, die eine angemessene Demenzpflege durch fehlende Effektivität und Effizienz eher behindern.

Pflegende haben ein Anrecht auf den aktuellen Stand der Forschung in den Neurowissenschaften, damit sie ihr Handeln und ihre Reflexionen in eine praxisnahe Konzeption einzubinden vermögen. Damit dies vielleicht schon in absehbarer Zeit geschehen kann, sind auch die Vertreter dieser Forschungsrichtungen aufgefordert, ihre Erkenntnisse für diese Klientelgruppen zu popularisieren und zu verdeutlichen.

## Literatur:

- Boetsch, T., Stübner, S. & Auer, S. (2003). Klinisches Bild, Verlauf und Prognose (mit Fallbeispielen). In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hrsg.): Alzheimer-Demenz (73 – 98). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1997). Die Biologie des menschlichen Verhaltens (3., überarbeitete Auflage). München: Piper.
- Feil, N. (2000). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Grond, E. (2003). Pflege Demenzkranker (2., vollständig überarbeitete Auflage). Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hrsg.) (2003): Alzheimer-Demenz. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heuser, I. & Anghelescu, I. (2003). Kognitives Altern und Demenz-Erkrankungen. Bremen: Uni-Med Verlag.
- Kitwood, T. (2000) Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.
- Lind, S. (2003). Demenzkranke Menschen pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern: Verlag Hans Huber.
- Maciejewski, B., Sowinski, C., Besselmann, K. et al. (2001) Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Matura, S. (2002). Die Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses auf Hirnebene. Bios: 15 (2), 202 – 212.
- Morton, I. (2002). Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ratey, J.J. (2001). Das menschliche Gehirn. Eine Gebrauchsanweisung. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Roth, G. (2003). Fühlen, Denken, Handeln (neue, vollständig überarbeitete Ausgabe). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Roth, G. (2004). Persönliche Mitteilung.
- Pritzel, M., Brand, M. & Markowitsch, H. J. (2003): Gehirn und Verhalten. Heidelberg: Spektrum Verlag.
- Sachweh, S. (2000). „Schätzle hinsitze!“. Kommunikation in der Altenpflege (2., durchgesehene Auflage), Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Schaller, A. (2003) Umgang mit chronisch verwirrten Menschen. Leitfaden und Ratgeber für die tägliche Praxis. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.
- Schindler, U. (Hrsg.) (2003). Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag. Hannover: Vincentz Verlag.
- Welzer, H. & Markowitsch, H. J. (2001). Umriss einer interdisziplinären Gedächtnisforschung. Psychologische Rundschau: 52 (2), 205 – 214.
- Weyerer, S., Hönig, Th., Schäufele, M. & Zimmer, A. (2000). Demenzkranke in Einrichtungen der voll- und teilstationären Altenhilfe. In: Sozialministerium Baden-Württemberg (Hrsg.): Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen (1 – 58). Stuttgart: Eigenverlag.