

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

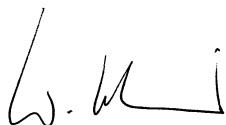
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit empfiehlt diese Bachelor-Arbeit besonders zur Lektüre!

Diese Bachelor-Arbeit erscheint in der Edition Soziothek

Die Ausgabe der Edition Soziothek kann bei der Edition Soziothek gekauft oder in einer Bibliothek ausgeliehen werden.



Demenz & Aktivierung?

Zukunftsperspektive der Soziokulturellen Animation
und der Sozialarbeit



Er wurde alt
und vergass
was ist

Er wurde alt
und wusste
nur noch
was früher gewesen

Er wurde alt
und vergass
was früher gewesen

Er wurde alt
und vergass
vorgestern
sich selbst

Er wurde jung
jetzt da er
auch das Vergessen
vergass

Kurt Marti

Bachelorarbeit von Stefanie Tresp und Katrin Seidner

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
August 2008

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
1.1 Ausgangslage	2
1.2 Motivation.....	3
1.3 Fragestellungen und leitende Annahmen	3
1.4 Ziel.....	4
1.5 Methode	4
1.6 Aufbau der Bachelorarbeit.....	5
2. Normativer Bezugsrahmen	6
2.1 Demenz	6
2.2 Grundlagen bio-psycho-sozialer Fähigkeiten von Menschen mit Demenz....	8
2.3 Zahlen und Fakten	11
2.3.1 Demographische Entwicklung.....	11
2.3.2 Demenzerkrankung und Versorgung	12
3. Theoretischer Bezugsrahmen	15
3.1 Soziale Arbeit als Profession.....	15
3.2 Zentrale Aspekte der Sozialarbeit für die Arbeit mit älteren Menschen	17
3.3 Zentrale Aspekte der Soziokulturellen Animation für die Arbeit mit älteren Menschen	19
3.4 Betreuungskonzepte	24
3.5 Handlungsmodelle.....	26
3.6 Aktivierung.....	28
3.6.1 Aktivierung in der Soziokulturellen Animation	31
3.6.2 Aktivierung in der Sozialarbeit	33
3.6.3 Aktivierungstherapie.....	35
3.6.4 Erkenntnisse	36
4. Methodisches Vorgehen	37
4.1 Stichprobe	37
4.2 Erhebung und Aufbereitung durch Beobachtung	39
4.3 Erhebung und Aufbereitung durch Interviews	40
4.4 Auswertungsmethode: Grounded Theory	41
5. Forschungsergebnisse	43
6. Diskussion	51
7. Schlussfolgerungen für die Praxis	57
7.1 Schlussfolgerungen für beide Professionen	57
7.2 Folgerungen für die Soziokulturelle Animation.....	61
7.3 Folgerungen für die Sozialarbeit	65
7.4 Schlusswort.....	68
8. Danksagung	70
9. Quellenverzeichnis	71
10. Anhang	

Verfasserinnen der einzelnen Kapitel:

Stefanie Tresp: Kapitel 2.1, 2.2, 3.3, 3.5, 3.6, 3.6.1, 3.6.3, 7.2

Katrin Seidner: Kapitel 2.3, 3.1, 3.2, 3.4, 3.6.2, 4, 7.3

Gemeinsam: Kapitel 1, 3.6.4, 5, 6, 7.1, 7.4, 8

1. Einleitung

Die Sozialarbeit (SA) und die Soziokulturelle Animation (SKA) hat sich im Bereich der Altenarbeit noch nicht richtig integrieren können. Bisher beschäftigte sich die Soziale Arbeit im Altenbereich vor allem in der Beratung und Betreuung von Betroffenen und Angehörigen. Wie die demographische Entwicklung zeigt, wird es immer mehr Seniorinnen/Senioren geben und damit immer mehr Menschen, die an Demenz leiden werden. Die sozialen Berufe müssen sich den laufenden gesellschaftlichen Veränderungen anpassen und sich stetig weiter entwickeln. Mit dieser Arbeit wollen wir zu neuen Erkenntnissen gelangen, die zu einer Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit im Berufsfeld mit Menschen mit Demenz beitragen sollen. Erste Einblicke und Feststellungen haben vorerst eine Betroffenheit ausgelöst, danach unser Interesse, unseren Einsatz und unsere Überzeugung für die Idee der Aktivierung im Demenzbereich zunehmend gestärkt. Bei ersten Gesprächen mit Personen im beruflichen und persönlichen Kontext zur Frage, ob Aktivierung bei Menschen mit Demenz noch nötig oder möglich sei, stiessen wir auf ambivalente Äusserungen. Das Fragezeichen im Titel *Demenz und Aktivierung?* wurde bewusst gesetzt. Es soll diese Diskrepanz verdeutlichen und sich wenn möglich bis zur letzten Seite der Arbeit auflösen.

1.1 Ausgangslage

Bereits heute gehört ein Sechstel aller EinwohnerInnen in der Schweiz zur älteren Generation, d.h. 65 Jahre und mehr. Schon in den vergangenen Jahren hat sich die Altersstruktur verändert, und sie wird sich auch in Zukunft noch mehr zum Alter hin verschieben. Aufgrund des Geburtenrückgangs und der erhöhten Lebenserwartung wird der Anteil der älteren Bevölkerung in der Schweiz steigen, vor allem die Zahl der über 80jährigen. (Bundesamt für Statistik, 2006a) Die Bekämpfung und Prävention degenerativer Krankheiten, Fortschritte in der bio-medizinischen Forschung und der Gentechnologie sowie die allgemein besseren Arbeits- und Lebensbedingungen ermöglichen eine zunehmende Lebenserwartung.

Die demographische Alterung stellt für unsere Gesellschaft in Zukunft eine Herausforderung dar, speziell im Hinblick auf den Arbeitsmarkt, die Gesundheitskosten und die Sozialwerke. Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird voraussichtlich hohe Kosten verursachen. Die gesundheitliche und soziale Situation von älteren Menschen wird in den Vordergrund rücken. (Avenir Suisse, 2006)

Im Alter ist Demenz die häufigste Erkrankung. Im Jahr 2007 lebten gemäss der Schweizerischen Alzheimervereinigung 98'000 Personen, die an einer Form von Demenz litten. Mit steigendem Alter erhöht sich auch das Risiko an Demenz zu erkranken. Pro Jahr gibt es in der Schweiz ca. 4000 Neuerkrankungen im Alter von 90+ und ca. 1400 Neuerkrankungen im Alter von 65-69 Jahren. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2007)

Falls Unterstützung durch Angehörige zur Verfügung steht, können Menschen mit Demenz noch einige Jahre zu Hause leben. Die Betreuung von Personen mit mittelschwerer und schwerer Demenz ist jedoch sehr anspruchsvoll, weshalb sich für viele eine stationäre Betreuungsform und somit ein Heimeintritt aufdrängt. In der Schweiz verfügen nur ca. 18% aller Altersheime über eine Spezialabteilung für Demenzkranke. Wegen der hohen Nachfrage sind diese Abteilungen meist ausgelastet. (GFS Bern, 2004) Der Umgang mit an Demenz erkrankten Personen

erfordert Kenntnisse über die Erkrankung. Hier bestehen noch Wissensdefizite bei vielen Betreuungspersonen. Eine adäquate Behandlung und Betreuung von demenz-erkrankten Personen kann also nicht in jedem Heim sichergestellt werden.

Wegen ihrer eingeschränkten Fähigkeiten ist es schwierig, Personen mit Demenz adäquat und ressourcenstärkend zu aktivieren. Aktiv sein, sich bewegen und sinnvoll beschäftigen zu können, entspricht einem Grundbedürfnis des Menschen. In der Schweiz gibt es mittlerweile einige Alters- und Pflegeheime, die den Bedarf erkannt haben und spezielle Aktivitäten anbieten. Viele Heime sind jedoch nach wie vor nicht auf die hohe Anzahl betroffener Personen und somit auch nicht auf den hohen Betreuungsaufwand vorbereitet. Menschen mit demenzieller Erkrankung bedürfen eines hohen Betreuungs- und Pflegeaufwandes, was eine zunehmende Arbeitsbelastung für das Pflegepersonal bedeutet. Die PflegerInnen leiden vermehrt unter emotionaler Erschöpfung und körperlichen Beschwerden. (Saup, 2004, S. 44-46, 100-121)

Hier könnte die Soziale Arbeit ansetzen:

- Das Pflegepersonal entlasten
- Den Menschen mit Demenz eine optimale Betreuung und Aktivierung sicher stellen

1.2 Motivation

Aufgrund vorliegender Fakten zur demographischen Entwicklung in der Schweiz zeigt sich, dass der Arbeit und der Auseinandersetzung mit älteren Menschen ein immer grösserer Stellenwert beigemessen werden muss. Laut der Schweizerischen Alzheimervereinigung ist der Bedarf an Diagnose-, Betreuungs-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten bis heute nicht gedeckt und wird weiter ansteigen. Zudem ist die Finanzierung nicht gesichert und das Ausmass der gesellschaftlichen Herausforderung noch nicht bekannt. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2008, S.3) Es ist entscheidend, dass die SKA und die SA den Bereich des Alters als weiteres wichtiges Berufsfeld erschliessen. Wir möchten mit unserer Arbeit dazu beitragen, dass sich die SKA und SA dank unserer Forschungsergebnisse und unserer Theoriebildung in diesem Bereich besser abstützen können. In unserer bisherigen Ausbildung wurde das Thema Alter nur am Rande behandelt. Wir haben jedoch ein persönliches und fachliches Interesse daran, mehr über dieses Arbeitsfeld zu erfahren. Wir schätzen den Umgang mit älteren Menschen und sind fasziniert von ihrem Erfahrungsschatz. Unsere Arbeit, die uns ermöglicht, fortwährend mehr über diesen Lebensabschnitt und seine Ausprägungen zu erfahren, motiviert uns zusätzlich.

1.3 Fragestellungen und leitende Annahmen

Wir wollen herausfinden, wie die Soziale Arbeit im Umgang mit Personen mit Demenz in einem Altersheim eingebunden werden kann. Zudem wollen wir erfahren, welche ressourcenaktivierenden und -erhaltenden Angebote es bereits gibt. Aufgrund unserer bisherigen Kenntnisse gehen wir von den folgenden leitenden Annahmen aus.

- Die verbleibenden bio-psycho-sozialen Ressourcen von Menschen mit Demenz werden durch gezielte Methoden gestärkt, was zu einer möglichst selbständigen, aktiven und angenehmen Lebensgestaltung beiträgt.

- Obwohl die eingeschränkten Möglichkeiten von Menschen mit Demenz eine aktivierende Arbeit und partizipative Methoden von vorneherein auszuschliessen scheinen, kann die SKA einen Beitrag zu ressourcenerhaltenden Aktivierungsmethoden leisten.
- Der Umgang mit an Demenz erkrankten Personen ist für Angehörige und Betreuungspersonen eine grosse Herausforderung. Die SA kann dabei eine beratende und unterstützende Funktion übernehmen.

Um die leitenden Annahmen überprüfen zu können, müssen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

1. Was ist Demenz?
2. Was gibt es für ressourcenerhaltende Aktivierungsangebote für Menschen mit Demenz?
3. Was bewirken diese Aktivierungsangebote bei den Betroffenen?
4. Wie kann die SKA und die SA in Heimen mit an Demenz erkrankten Personen mit ressourcenerhaltenden Aktivierungsangeboten eingebunden werden?

1.4 Ziel

Die Beschreibung in der Ausgangslage zeigt, dass das Thema Demenz immer mehr an Bedeutung gewinnt und ein neues Tätigkeitsfeld der SKA und der SA sein könnte. Grundsätzliches Ziel ist es, die formulierten Fragestellungen anhand von Literatur, theoretischem Wissen sowie Interviews und Beobachtungen zu beantworten. Zusätzlich wurde für diese Bachelorarbeit folgendes Ziel formuliert:

Ziel ist, Erkenntnisse im Umgang mit Menschen mit einer Demenz zu gewinnen und ressourcenerhaltende Aktivierungsangebote kennen zu lernen, welche die SKA und SA in Zusammenarbeit mit dem Fachpersonal in Heimen anwenden und das Pflegepersonal entlasten könnte.

Diese Arbeit richtet sich neben Professionellen aus der Sozialen Arbeit an Personen im Pflege- und Betreuungsbereich. Sie soll einen Anstoss geben, herkömmliche Pflegemuster im institutionellen Alltag zu überdenken und zu neuen Anregungen animieren.

1.5 Methode

Um das Ziel dieser Arbeit zu erreichen, benötigen wir neben theoretischem Wissen auch Kenntnisse aus der Praxis. Als Ergänzung zur Literaturrecherche führen wir eine qualitative Forschung durch. Als Methode dient die Grounded Theory, welche eine offene, umfassende und praxisnahe Forschung ermöglicht und entsprechende Erkenntnisse liefert.

Die Daten werden in erster Linie anhand von Beobachtungen erhoben. Die Beobachtungen sind teilnehmend, unstrukturiert und offen. Wir werden Altersheime, welche anhand verschiedener Kriterien ausgesucht wurden, besuchen und dort Interaktionen beobachten. Die Ergebnisse werden schriftlich dokumentiert. Im Anschluss an die Beobachtungen werden wir mit den für die Aktivierung zuständigen Personen Leitfadeninterviews durchführen, um offene Fragen zu den Beobachtungssequenzen zu klären. Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen und anschliessend paraphrasiert.

Gemäss der Grounded Theory werden die vorliegenden Protokolle in einer ersten Phase kodiert. In einer zweiten Phase werden daraus Kategorien gebildet. Eine dieser

Kategorien wird in einem dritten Schritt ausgebaut und damit zur Kernkategorie bzw. zur Kernaussage bestimmt.

Wir wollen die Methoden der Beobachtung und des qualitativen Interviews vereinen, um möglichst offen in diesem neuen Arbeitsfeld forschen zu können. Daher scheint uns die Forschungsmethode Grounded Theory, bei der mehrere Verfahren zur Datengewinnung eingesetzt werden können, für diese Arbeit als die umfassendste und geeignetste. (Metzger, 2008a)

1.6 Aufbau der Bachelorarbeit

Die vorliegende Bachelorarbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Nach der Einleitung wird im 2. Kapitel *Normativer Bezugsrahmen* auf die Fragestellung „Was ist Demenz?“ eingegangen und der Begriff bzw. die Krankheit definiert. In diesem Zusammenhang werden die bio-psycho-sozialen Fähigkeiten von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung erläutert. Wie sich die Bevölkerung in der Schweiz in Bezug auf das Alter und somit auch in Bezug auf demenzielle Erkrankungen entwickeln wird, beschreibt das Kapitel 2.3 *Zahlen und Fakten*.

Das 3. Kapitel *Theoretischer Bezugsrahmen* beschreibt die Soziale Arbeit als Profession und die Soziale Altenarbeit. Zentrale Aspekte für die Arbeit mit älteren Menschen in der SA sowie der SKA werden anschliessend aufgezeigt. Es werden Betreuungskonzepte und Handlungsmodelle erklärt, welche im Umgang mit älteren Menschen bzw. mit Menschen mit Demenz von zentraler Bedeutung sind. Der Begriff Aktivierung wird aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und erste Erkenntnisse werden festgehalten. Dieses Kapitel beantwortet die Frage: „Was gibt es für ressourcenerhaltende Aktivierungsangebote für Menschen mit Demenz?“.

Das 4. Kapitel befasst sich mit dem *Methodischen Vorgehen*. Die Forschungsmethode, die Stichprobe, Erhebung und Auswertung der Daten werden beschrieben.

Die *Forschungsergebnisse* der erhobenen Daten aus den Beobachtungen und Interviews sind im 5. Kapitel ersichtlich. In diesem und im folgenden Kapitel wird die Frage „Was bewirken die Aktivierungsangebote bei den Betroffenen?“ beantwortet.

Im 6. Kapitel *Diskussion* werden die Forschungsergebnisse mit den beschriebenen Theorien ergänzt und diskutiert.

Aus den Theorien und den Forschungsergebnissen werden im 7. Kapitel *Schlussfolgerungen* für die SA und die SKA bezüglich der Aktivierung von Menschen mit Demenz abgeleitet. Auf die Frage „Wie kann die SKA und die SA in Heimen mit an Demenz erkrankten Personen mit ressourcenerhaltenden Aktivierungsangeboten eingebunden werden?“ wird in diesem Kapitel eingegangen. Es wird zudem Bezug auf die Fragestellungen und die leitenden Annahmen genommen.

2. Normativer Bezugsrahmen

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Fakten und Grundkenntnisse über Demenz erläutert. In Fachliteratur und Pflege stösst man auf eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffe, welche alle Personen bezeichnen, die an einem demenziellen Symptom erkrankt sind. In dieser Arbeit sollen unter Menschen mit einer Demenz alle an einer demenziellen Erkrankung leidenden Personen verstanden werden, im Wissen, dass damit eine höchst heterogene Gruppe bezeichnet wird. Es wird bewusst darauf verzichtet, von Demenzkranken zu schreiben, denn der Mensch als Individuum mit einer Erkrankung soll im Vordergrund stehen und nicht das Krankheitssymptom.

2.1 Demenz

Demenz ist ein Übergriff für eine neurologische Krankheit, welche viele Ursachen haben kann. Demenz alleine ist keine vollständige Diagnose, denn darunter werden mehr als fünfzig Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen beschrieben. (Bell & Troxel, 2004a, S.84) Folgende Symptome sind bei Menschen mit einer Demenz festzustellen: Kognitive Störungen (Orientierungslosigkeit, Sprachschwierigkeiten), funktionelle Störungen (Gangstörungen, Inkontinenz), Verhaltensstörungen (Halluzinationen, Depression, Angst), Antriebsstörungen (Hyperaktivität, Apathie, Aggression). Bis in fortgeschrittene Stadien äussert sich diese Erkrankung des Gehirns vor allem durch Verhaltenssymptome. Hinsichtlich Verlauf und Symptome weisen die verschiedenen Formen zwar markante Unterschiede auf, doch gibt es viele Gemeinsamkeiten. (Sifton, 2008, S.116) Demenz-Erkrankungen führen zum langsamen Abbau der geistigen Fähigkeiten, welche durch die fortschreitende Zerstörung des Gehirns verursacht werden. Verluste des Erinnerungsvermögens zusammen mit anderen Funktionsstörungen des Gehirns tragen zum zunehmenden Abbau der Selbständigkeit bei. Die häufigste Form der Demenz ist Alzheimer. Neben dem zunehmenden Verlust von Gehirnzellen findet bei Alzheimer ein gleichzeitiger Abbau von körpereigenen chemischen Substanzen statt, die den Austausch von Informationen unter den Gehirnzellen gewährleisten. Die vaskuläre Demenz, welche durch eine Verkettung kleiner Hirnschläge verursacht wird, ist die zweithäufigste Form. Zusätzlich ist eine Vielzahl anderer Demenzformen bekannt. Oft liegen Mischformen vor. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2005a, S.4-5)

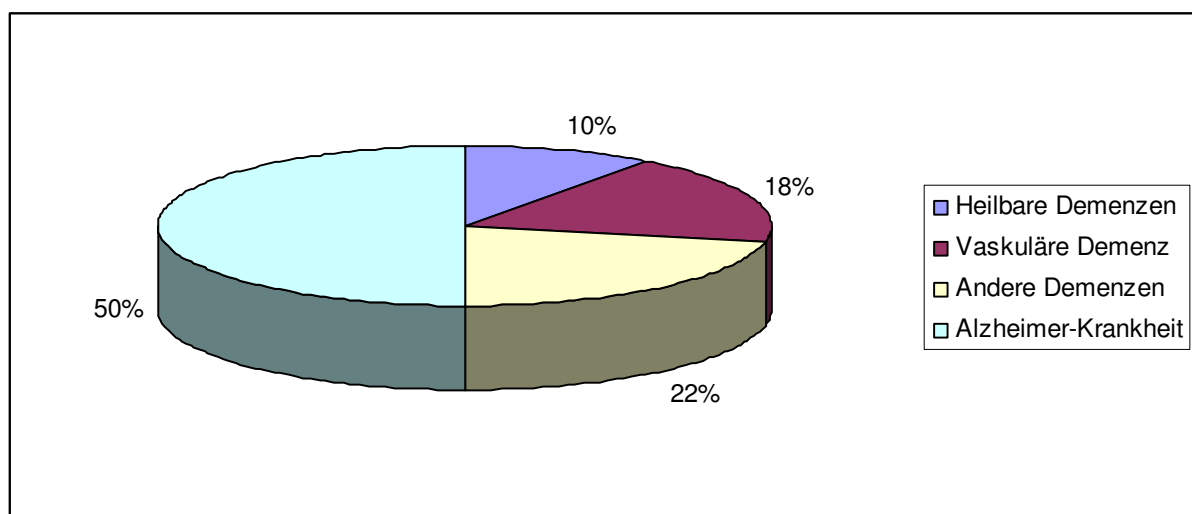


Diagramm 1: Demenzformen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2005a, S.5)

Bestimmte Demenzerkrankungen sind heilbar. Sie sind die Folgen von körperlichen und psychischen Krankheiten und gehen nicht mit einer definitiven Schädigung des Gehirns einher. Beispielsweise können durch eine nachteilige Wechselwirkung verschiedener Medikamente Symptome einer Demenz verursacht werden. Ein Mangel an Vitamin B12, Funktionsstörungen der Schilddrüse sowie eine Depression können auch Auslöser für eine reversible Demenz sein. Durch gezielten Einsatz von Medikamenten und Anpassungen der Lebensumstände können diese Formen oft vollständig geheilt werden. (Bell & Troxel, 2004a, S. 88)

Eine Demenz beginnt schleichend. Persönlichkeitsveränderungen mit Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen werden zuerst wahrgenommen. Zudem treten Schwierigkeiten beim Planen oder Organisieren von Alltäglichem auf und die Hobbys werden immer mehr vernachlässigt. Bemerken die Erkrankten die zunehmenden Veränderungen, schämen sie sich und streiten sie ab. Dies führt zu Konflikten und Missverständnissen mit Angehörigen, denn es fehlt an Verständnis für das merkwürdige Benehmen. Da von aussen keine Krankheitssymptome zu erkennen sind, entsteht Wut, Angst und Unsicherheit im ganzen Umfeld der Patientinnen/ Patienten. Eine Abklärung an einer Memory-Klinik beendet die Unsicherheiten aller Betroffenen, auch wenn die Diagnose nicht erfreulich sein sollte. (SozialAktuell, 2007, S. 16) Eine Memory-Klinik ist ein Abklärungszentrum, in welchem man sich bei Verdacht auf Demenz untersuchen lassen kann. In solchen Kliniken arbeiten interdisziplinäre Spezialisten wie Neurologinnen/Neurologen, Neuropsychologinnen/Neuropsychologen, PsychiaterInnen und Radiologinnen/Radiologen zusammen. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2003b, S.7) Nach einer Diagnose eröffnen sich neue Perspektiven, denn jetzt kann aktiv etwas getan werden und Streitigkeiten verlaufen weniger dramatisch, da die Ursache für das merkwürdige Benehmen bekannt ist. (SozialAktuell, 2007, S.16) Die langsam zunehmenden Gedächtnisstörungen sind das schmerzlichste Zeichen der Krankheit, denn der Verlust von Erinnerungen ist kränkend und führt zum Selbstverlust. Den Betroffenen fehlt ihre eigene Geschichte, sodass sie zusehends in einer Dauergegenwart leben müssen. (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S.7)

Die Ursachen einer Demenz-Erkrankung sind noch ungeklärt. Die Wissenschaft ist sich aber in folgenden Punkten einig: Die verschiedenen Typen der Demenz haben jeweils unterschiedliche Ursachen. Zudem gibt es eine Reihe von Risikofaktoren, welche mit der einzigartigen genetischen Ausstattung eines Menschen zusammenwirken. Der grösste Risikofaktor für die Entwicklung der Krankheit ist das Alter. Demenzerkrankungen erfassen alle Schichten der Gesellschaft und sind weder von Geschlecht noch von kultureller Zugehörigkeit oder geographischer Lage abhängig. (Sifton, 2008, S.135-137)

Momentan gibt es keine therapeutischen Mittel, um dem Abbau durch Demenz entgegen zu wirken. Die Behandlung beschränkt sich auf eine mögliche Prophylaxe bei frühzeitiger Erkennung der Krankheit und auf eine Stabilisierung und Verbesserung der Symptome. (Held & Ermini-Fünfschilling, 2004, S.4)

Jeder Mensch ist einmalig und daher gibt es keine allgemein gültige Beschreibung einer Person mit Demenz, obwohl das Krankheitsbild einer Demenz gewisse generelle Kennzeichen aufweist. Demenz kann als Prozess beschrieben werden, der verschiedene Phasen und Krankheitsstufen beinhaltet. Die Symptome variieren von Mensch zu Mensch erheblich. Zudem können sie auch bei ein und derselben Person von einer Stunde zur nächsten stark schwanken. Daher ist es schwierig, eine Person mit einer demenziellen Erkrankung nach Schweregrad der Erkrankung einzustufen und eine definitive Zuordnung kann dazu führen, dass ein Mensch über- bzw. unterfordert wird. Es ist entscheidend, sich immer wieder aufs Neue den individuellen Stärken und Schwächen der Person bewusst zu werden und sich bei Pflege und Aktivierung danach zu richten. Wichtig ist auch die durch diverse Studien

fundierte Erkenntnis, dass Verhaltenssymptome durch unterstützende Betreuung erheblich gemildert werden können. Im Wissen um die Vielfalt der Symptomentwicklungen werden im Kapitel 2.2 die generellen Merkmale der verschiedenen Krankheitsstadien und die daraus resultierenden Fähigkeiten der Erkrankten erläutert. Generell lässt sich sagen, dass der Verlust der Fertigkeiten in umgekehrter Reihenfolge zum Erwerb im Säuglingsalter oder in der Kindheit eintreten. In den meisten Fällen führt die Krankheit innerhalb von sieben bis acht Jahren zum Tod. (Sifton, 2008, S.119-132)

2.2 Grundlagen bio-psycho-sozialer Fähigkeiten von Menschen mit Demenz

Erfolgreiche Beschäftigung oder Aktivierung ist nur dann möglich, wenn geklärt ist, über welche Fähigkeiten jemand noch verfügt. Neuropsychologische Grundkenntnisse über den Krankheitsverlauf sind die Voraussetzung dazu und werden daher im Folgenden erläutert. (Held & Fünfschillig, 2004, S.7)

Gedächtnisfunktionen sind zeitlich und inhaltlich unterschiedlich.

- Das **sensorische Gedächtnis** nimmt Bilder, Töne und Gerüche wahr. Wird diesem Reiz Bedeutung zugeschrieben oder Aufmerksamkeit geschenkt, wandert er innert Sekunden zum Kurzzeitgedächtnis, welches Teil unserer geistigen Gegenwart ist.
- Das **Kurzzeitgedächtnis** speichert und verarbeitet Informationen für höchstens eine Minute und ein Grossteil unwichtiger Neuinformationen geht gleich wieder vergessen.
- Das **Langzeitgedächtnis** ist der Speicher für alle Emotionen, Fertigkeiten, Wörter, Erfahrungen usw., welche aus dem sensorischen und dem Kurzzeitgedächtnis übertragen wurden. Das Langzeitgedächtnis kann nochmals in zwei Funktionen unterteilt werden: Das *episodische Gedächtnis* speichert persönliche autobiographische Erinnerungen. Das *semantische Gedächtnis* besteht aus erlerntem Wissen.
- Im **prozeduralen Gedächtnis** werden motorische und geistige Fertigkeiten gespeichert, wie Radfahren, abwaschen oder auswendig gelernte Gedichte aufsagen.

(Held & Fünfschillig, 2004, S.8)

Im Verlauf einer demenziellen Erkrankung werden zuerst das episodische sowie das Kurzzeitgedächtnis betroffen. Wenig später ist auch das semantische Gedächtnis beeinträchtigt, während das prozedurale Gedächtnis und früh erlerntes semantisches Wissen noch lange erhalten bleiben, was in der Aktivierung und Betreuung Demenzbetroffener genutzt werden kann. (Held & Fünfschillig, 2004, S.10)

Bei der Arbeit mit Menschen, die an Demenz leiden, hat es sich bewährt, eine Einteilung in drei Verlaufsstadien oder Schweregrade vorzunehmen, nämlich in frühes, mittleres und spätes Stadium (Grond, 2003, S.37). Institutionen handhaben die Einteilungen in Schweregrade der Erkrankten differenziert. Gewisse trennen die BewohnerInnen klar nach den Schweregrade andere legen Wert auf eine Durchmischung. In Fachbüchern über Demenz sind verschiedene Modelle dazu anzutreffen, welche sich aber alle auf ein phasenweises Prinzip stützen.

Im gerontopsychiatrischen Krankenhaus „Sonnweid“ in Wetzikon sowie im Pflegezentrum Seeblick in Stäfa, welches in dieser Arbeit als Forschungsort gewählt wurde, wird das dreistufige Konzept über die verschiedenen Krankheitsstadien Drei-Welten-Modell genannt. Das Modell wurde von Dr. Christoph Held entwickelt und basiert darauf, dass die Patientinnen/Patienten mit einer Demenz im Verlauf der Krankheit drei grundsätzlich verschiedene Erlebniswelten durchlaufen. (Held & Fünfschillig, 2004, S.109)

Es folgt eine Zusammenstellung der Hauptmerkmale der einzelnen Krankheitsphasen nach dem Drei-Welten-Modell:

leichte Demenz	Verhaltensauffälligkeiten	Vermeiden von
<ul style="list-style-type: none"> • Erleben des Alltags als dauernde Erfolglosigkeit • Defizite werden bewusst wahrgenommen • Satzbau verändert • Gedächtnislücken 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • Trauer • Kränkung • Rückzug • Misstrauen/ Wut • Schuldzuweisungen 	<ul style="list-style-type: none"> • abstrakten Themen • Belehrungen • komplizierten Fragen • Sprechen über Betroffene in Anwesenheit Dritter • komplizierten Abläufen

mittelschwere Demenz	Verhaltensauffälligkeiten	Vermeiden von
<ul style="list-style-type: none"> • unkoordinierte Bewegungsabläufe • zielloses Herumirren • Kommunikation eingeschränkt • schwierige Fragestellungen überfordern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gefühlsausbrüche: Fröhlichkeit – Trauer • Aggression • Apathie • Toilettengänge können kaum mehr selbständig ausgeführt werden 	<ul style="list-style-type: none"> • einengende Massnahmen • ungeniessbare oder giftige Gegenstände • Helfen durch: Trost, Zuspruch, Toleranz, Ziellosigkeit zulassen

schwere Demenz	Vermeiden von	Helfen durch
<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von: Sprache, Gestik, Mimik, Körpergefühl • Gleichgewichts- und Orientierungsstörungen • unkoordinierte Bewegungsabläufe 	<ul style="list-style-type: none"> • lauten Geräuschen • schnellen Bewegungen • Unruhe • meditative Musik: besser Musik mit klarem Rhythmus • Liebesentzug 	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzerfassung und Behandlung • Schutz vor Reizüberflutung • Verbliebenes fördern • täglich kurze Mobilisation • Umgebungsgestaltung

Tabelle 1: Krankheitsphasen (Pro Senectute, 2008, S. 1-7)

Leichte Demenz: Kranke mit einer beginnenden dementiven Persönlichkeitsveränderung sind bezüglich ihrer Leistungsfähigkeit schwer einzuschätzen und sie selbst nehmen die Veränderungen kaum wahr. Angehörige jedoch stellen die zunehmende Vergesslichkeit und die Verstimmungszustände fest. Mit fortschreitender Krankheit beginnen auch die Kranken zu spüren, dass sie nicht mehr mithalten können. Werden sie darauf angesprochen, können sie gereizt, misstrauisch oder wütend reagieren. Darauf sollte mit Nachsicht und Verständnis reagiert werden, denn sonst besteht die Gefahr, dass sich die erkrankte Person immer mehr zurückzieht. (Isermann, 1997 /6, S.120) In frühen Phasen der Demenz können unter Anleitung noch die meisten Alltagsarbeiten bewältigt werden, während planerische

und organisatorische Arbeiten, wie zum Beispiel einkaufen, überfordern. Mitarbeit im Haushalt, beispielsweise abtrocknen oder im Garten helfen, ist therapeutisch wertvoll, und es gibt den Erkrankten das Gefühl des Gebrauchtwerdens und der Zugehörigkeit. Soziale Aktivitäten, wie ins Restaurant gehen oder Ausflüge machen, können überfordern und rufen neue Misserfolge hervor. Die erste Phase wird meist als dauernde Erfolglosigkeit wahrgenommen, was zu Rückzug und Depressionen führen kann. (Held & Fünfschillig, 2004, S. 48)

Mittelschwere Demenz: Im weiter fortgeschrittenen Stadium des dementiven Abbaus muss mit viel Verständnis und Geduld auf die Kranken eingegangen werden. Die Personen sind zwar körperlich fit, doch geistig verwirrt. Namen vertrauter Personen werden vergessen, Alltagsfunktionen vernachlässigt, das Zeitgefühl geht immer mehr verloren und die Kranken verhalten sich öfters sozial auffällig. Es fehlt zunehmend an Willensantrieb, denn das erwünschte Verhalten kann nicht in die Tat umgesetzt werden, da der Gedankengang dazu nicht behalten wird. Hilfen bei der Strukturierung des Tages und bei der Erledigung von Alltagsarbeiten sind zu geben, wobei auf alte Gewohnheiten Rücksicht genommen werden sollte. Damit die Person mit einer Demenz so lange wie möglich selbständig bleibt, darf sie nicht überfordert, aber durch zuviel Hilfe auch nicht unterfordert werden. (Isermann, 1997⁶, S.121)

Schwere Demenz: Die Kranken brauchen fürsorgliche Pflege rund um die Uhr. Die Überweisung in ein Pflegeheim ist in dieser Phase meist unumgänglich. Dabei soll darauf geachtet werden, dass vertraute Gegenstände und Erinnerungsstücke mitgenommen werden können. Auch im dementen Zustand sollten die Kranken, wenn möglich, angezogen werden und zu kleinen Spaziergängen und Aufgaben angehalten werden. Sind die Patientinnen/Patienten bettlägerig geworden, sollte zum Beispiel die Möglichkeit bestehen, vertraute Musik zu hören. Die Betroffenen sind weiterhin sehr sensibel für atmosphärische Stimmungen oder Gefühle, die durch den Tonfall, den Blick und den Körperkontakt übermittelt werden. Im Endstadium der Krankheit werden die Betroffenen unfähig wahrzunehmen, zu denken, zu sprechen oder sich zu bewegen. (Isermann, 1997⁶, S.121)

Restliche Fähigkeiten erhalten und nutzen

Im Folgenden wird darauf eingegangen, welche Fähigkeiten bei Demenz noch lange erhalten bleiben und wie diese genutzt werden können.

Persönliche Angewohnheiten und das Routinegedächtnis bleiben noch lange erhalten. Viele Betroffene werden gefühlsvoller und zeigen Zuneigungen spontaner als früher, denn das emotionale Bewusstsein und Gedächtnis sind noch vorhanden. Manche werden bei fortschreitender Erkrankung sogar ausgeglichener und fröhlicher. Soziale Fertigkeiten, Humor und Geselligkeit sind nach wie vor sehr wichtig. Personen mit einer Demenz verfügen noch lange über das sensorische Bewusstsein und über motorische Fähigkeiten. Auch das Musikverständnis und das Langzeitgedächtnis sind lange vorhanden. (Sifton, 2008, S.146) Wenn es um Emotionen geht, erweisen sich Menschen mit Demenz geradezu als kompetent, denn der Gefühlskanal bleibt lange offen und kann sich sogar weiterentwickeln. Auch wenn die Kranken vielleicht nicht mehr den logischen Inhalt des Gesagten verstehen, fühlen sie, wie etwas Gesagtes gemeint ist. Nonverbale Signale werden ganz genau registriert. Es fällt schwer sich die Welt eines Menschen mit Demenz vorzustellen, denn Logik und Verstand treten in den Hintergrund, aber Empfindungen werden dafür immer wichtiger. Oft ist ihre Gefühlswelt aber geprägt durch Angst, Trauer, Wut und Enttäuschungen. Mit einer einfühlsamen, optimalen Betreuung und Aktivierung gelingt es, Gefühle wie Zufriedenheit, Freude und Humor wieder zu wecken und

sogar zu verstärken. Die Kranken haben zwar ihre rationalen, kognitiven Handlungsmöglichkeiten verloren, doch geblieben sind die emotionalen Grundbedürfnisse, die Gefühlswelten und der Gefühlsausdruck. Dies stellt die Ebene dar, auf der die Betroffenen zu erreichen sind. (Weinfelder, 2004, S. 57)

Allgemein lässt sich sagen: Auch wenn ihre kognitiven Fähigkeiten stark herabgesetzt sind, haben demenzkranke Menschen doch nach wie vor emotionale Bedürfnisse. Der Wunsch nach Anerkennung und dem Gefühl des Gebrauchtwerdens ist hoch. Daher ist es entscheidend, Aktivitäten den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Kranken anzupassen und darauf zu achten, dass die jeweilige Beschäftigung als sinnvoll erachtet wird. Im besten Fall werden dabei alle fünf Sinne angeregt, um möglichst viel Erhaltenes zu fördern. Denn Fähigkeiten, die verloren gegangen sind, können nicht wieder erworben werden. Die Therapie-Massnahmen müssen dem fortschreitenden Demenzprozess und den wandelnden Bedürfnissen angepasst werden. (Gatz & Schäfer, 2004, S.11)

Im mittleren und im fortgeschrittenen Stadium nehmen die Fähigkeiten der Betroffenen, mit einer Beschäftigung zu beginnen und sich auf diese während einer gewissen Zeit zu konzentrieren, stetig ab. Einige Heime sind deshalb dazu übergegangen, bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz zwar nur kurze, dafür umso häufigere Aktivierungen durchzuführen. Diese Aktivitäten sollen das Wecken von Erinnerungen und semantischem Wissen (Sprichwörter, Singen) bewirken. Dem Drang nach Bewegung oder Gestaltung soll nachgegangen und die Sinne sollen angeregt werden. (Held & Fünfschillig, 2004, S. 50)

Im Kapitel 3 wird genauer auf verschiedene Betreuungskonzepte und Handlungsmodelle sowie Aktivierungsmöglichkeiten eingegangen. Als nächstes werden die wichtigsten Zahlen und Fakten zum Thema Alter und Demenz aufgezeigt.

2.3 Zahlen und Fakten

2.3.1 Demographische Entwicklung

Das Bundesamt für Statistik hat anhand von drei Szenarien die Entwicklung der Bevölkerung bis in das Jahr 2050 aufgezeigt. Im nachfolgenden werden die Zahlen des Referenzszenarios (mittleres Szenario) genannt, welches auf der Fortsetzung der Entwicklung der letzten Jahre basiert und am plausibelsten erscheint.

Gemäss diesem Ausblick wird der Anteil an Personen im Pensionsalter (65 Jahre und älter) um 12% auf 28% steigen. Es wird angenommen, dass die Lebenserwartung steigen wird, was zu einer Zunahme der über 80jährigen führt. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von 4% auf 12% steigen. (Bundesamt für Statistik, 2006a) Die Lebenserwartung in der Schweiz ist im weltweiten Vergleich heute schon eine der höchsten. Bei den Frauen beträgt sie 83,7 Jahre, bei den Männern 78,6 Jahre. Forschung, Bekämpfung und Prävention führen vor allem bei hoch betagten Menschen zu einer erhöhten Lebenserwartung. Bis im Jahr 2050 kann von einer Lebenserwartung der Frauen mit 89,5 Jahren und bei den Männern mit 85,0 Jahren gerechnet werden. (Bundesamt für Statistik, 2006b, S. 5) Die nachfolgende Grafik zeigt die Bevölkerungsentwicklung anhand der Bevölkerungspyramide auf.

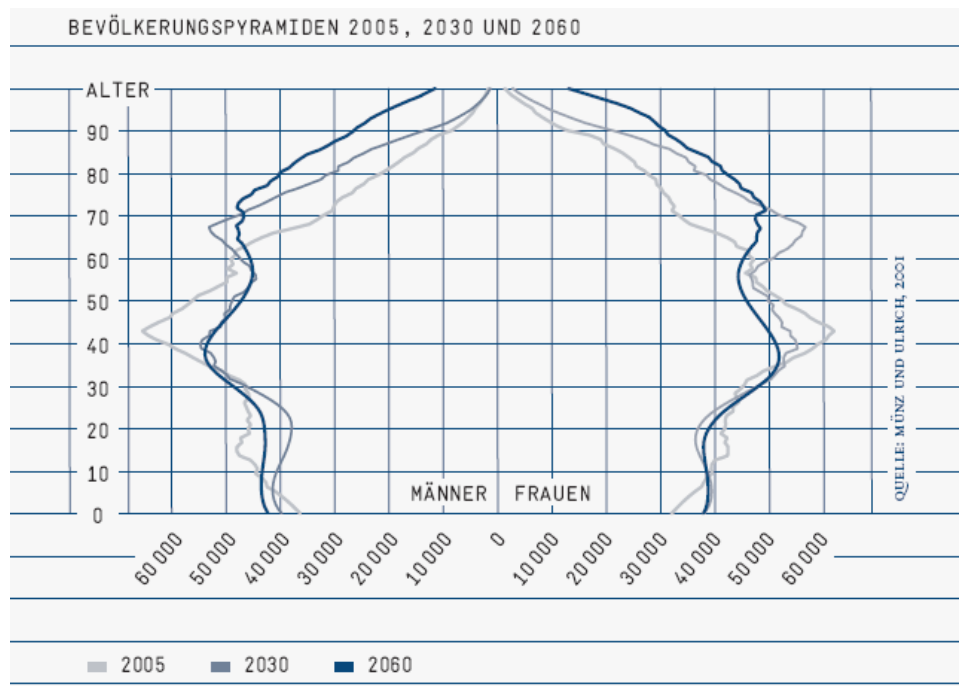


Abbildung 1: Bevölkerungspyramiden (Avenir Suisse, 2006)

Ein weiterer Faktor für die Alterung ist die frühere Geburtenentwicklung. Die Alterung der geburtenstarken Jahrgänge, welche selber wenige Kinder hatten, wird die demografische Alterung beschleunigen. Das heisst, in einer ersten Phase wird es mehr erwerbsfähige Personen im Alter von 45 bis 64 Jahren geben als Personen unter 45 Jahren. In einer zweiten und dritten Phase wird somit die Anzahl der Personen im Rentenalter und der Hochbetagten steigen. (Höpflinger, 2007, S. 4). Nicht zu vergessen ist jedoch, dass auch Personen im Rentenalter noch sehr aktiv und produktiv sind und somit wenig Betreuung brauchen. Höpflinger spricht hier von der Verjüngung des Alters. Die heutige Generation der älteren Menschen fühlt sich jünger und ist deshalb auch aktiver. Der Anteil der älteren oder betagten Menschen, die inaktiv und passiv sind, ist gesunken (Höpflinger, 2007, S. 9 -11). Und doch hat die demografische Alterung einen Einfluss auf das Gesundheitswesen. Die Anfälligkeit für chronische Krankheiten, Behinderungen und hirnorganische Störungen wie Demenzerkrankungen erhöht sich mit steigendem Alter. (Höpflinger, 2007, S. 13)

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Veränderung der Altersstruktur in der Bevölkerung dazu führt, dass die gesundheitliche und soziale Situation von älteren Menschen immer mehr von Bedeutung und zur gesellschaftlichen Herausforderung wird. Fragen zur Beschäftigung, Betreuung, Autonomie und Integration dieser Personen werden zukünftig im Vordergrund stehen. (Bundesamt für Statistik, 2006b, S. 9) Die Alterung der Bevölkerung wird erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsdienstleistungen sowie die Hilfs- und Pflegeeinrichtungen für ältere Menschen haben. (Avenir Suisse, 2006, S. 7)

2.3.2 Demenzerkrankung und Versorgung

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Demenz zu erkranken. Bei Personen ab 90 Jahren sind jährlich etwa knapp 4'000 Neuerkrankungen zu verzeichnen, bei den 65-69jährigen sind dies etwa 1'400. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2007) Aufgrund des Altersanstiegs in der Bevölkerung wird auch die Anzahl an Demenzerkrankungen weiter steigen. Es wird damit gerechnet, dass im Jahr 2040 in der

Schweiz rund 150'000 Personen an Demenz erkrankt sein werden. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2005b)

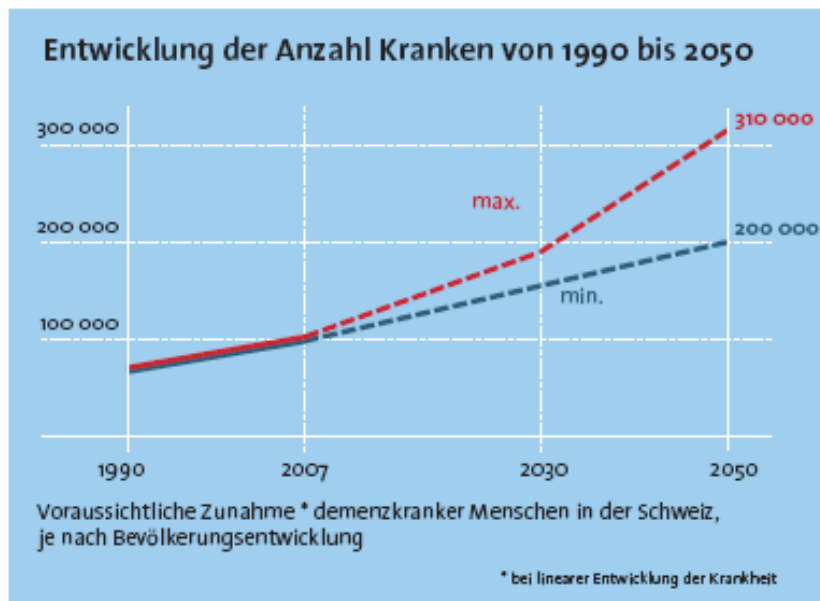


Abbildung 2: Entwicklung Demenzerkrankung (Schweizerische Alzheimervereinigung, o.D.)

Zurzeit liegen keine aktuellen Zahlen zu den an Demenz erkrankten Personen in der Schweiz vor. Im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung hat das Forschungsinstitut gfs.bern im Jahr 2004 eine Studie zum Thema „Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz“ durchgeführt. Da seitdem keine neue Erhebung vorgenommen wurde, haben die Studienergebnisse noch Gültigkeit. Aus der Befragung ging hervor, dass rund 61'000 Personen mit einer demenziellen Erkrankung erfasst sind. Davon haben 30'000 eine Diagnose und bei den restlichen 31'000 besteht ein Verdacht auf die Erkrankung. (gfs.bern, 2004, S. 4)

Gemäss der Ärztebefragung leben 49% der Menschen mit Demenz in einer Institution. Dabei handelt es sich um Patientinnen/Patienten mit einer Demenzdiagnose und solche mit Demenzverdacht. (gfs.bern, 2004, S. 5)

Rund ein Viertel der von Demenz Betroffenen werden medikamentös behandelt. Die nicht-medikamentöse Behandlung wie Gedächtnistraining, Mal-, Gesprächs- oder Musiktherapie werden lediglich bei einem Fünftel der Patientinnen/Patienten angewandt. Diese Behandlungsformen gibt es vor allem in Heimen, weshalb Personen, die noch zu Hause leben einen schlechteren Zugang zu solchen Therapien haben. (gfs.bern, 2004, S. 5)

Lediglich 18% der 596 befragten Heime verfügen über eine Spezialabteilung für Personen mit Demenz. Die Hochrechnung hat gezeigt, dass gesamtschweizerisch 3'400 bis 4'700 Plätze in Spezialabteilungen zur Verfügung stehen, was bedeutet, dass nur jede siebte an Demenz erkrankte Person die Möglichkeit auf einen solchen Platz hat. 24% der befragten Institutionen bieten keine demenzgerechte Strukturen wie Spezialabteilung, Wohngemeinschaft, gesicherter Garten oder Tagesstruktur. (gfs.bern, 2004, S. 5-6)

Obwohl die Studie viele Ergebnisse hervorbrachte, gibt es immer noch wenige Kenntnisse über die Verbreitung von Demenz in der Schweiz. Dies liegt vor allem daran, dass nicht alle an Demenz erkrankten Personen medizinisch erfasst sind. Die Studie zeigt jedoch auf, dass in der Versorgung von Betroffenen noch erhebliche Lücken bestehen. Spezialangebote und Tagesstrukturen für Personen mit einer demenziellen Erkrankung bieten nur wenige Heime an und meist sind diese Angebote ausgelastet.

In diesem Zusammenhang darf auch die Situation der Angehörigen nicht ausser Acht gelassen werden. Viele Menschen mit Demenz leben zu Hause, was dank der Unterstützung von Angehörigen möglich ist. Jedoch bezahlen diese häufig mit ihrer eigenen Gesundheit. Untersuchungen haben gezeigt, dass 44% der Angehörigen an Ängsten, 20% an Depressionen und zwischen 44% bis 70% an körperlichen Gesundheitsproblemen leiden. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der finanzielle Aufwand für die Betreuung von Menschen mit Demenz. In der Schweiz werden die Kosten für die Versorgung einer betroffenen Person auf Fr. 65'000.- pro Jahr geschätzt. Die Angehörigen finanzieren dabei den grössten Teil. (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2003a, S. 3-4)

3. Theoretischer Bezugsrahmen

Dieses Kapitel beschreibt die Soziale Arbeit als Profession und die Grundlagen der Altenarbeit. Zentrale Aspekte der SA und SKA für die Arbeit mit älteren Menschen werden aufgezeigt. Relevante Betreuungskonzepte und Handlungsmodelle für den Umgang mit Menschen mit Demenz folgen darauf. Der Begriff Aktivierung wird im Hinblick auf verschiedene Modelle und Professionen erläutert und erste Erkenntnisse daraus abgeleitet.

3.1 Soziale Arbeit als Profession

In der Deutschschweiz bezeichnet der Begriff Soziale Arbeit die drei Berufsfelder Sozialarbeit, soziokulturelle Animation und Sozialpädagogik. Sie orientieren sich an der Definition und den Prinzipien der Sozialen Arbeit.

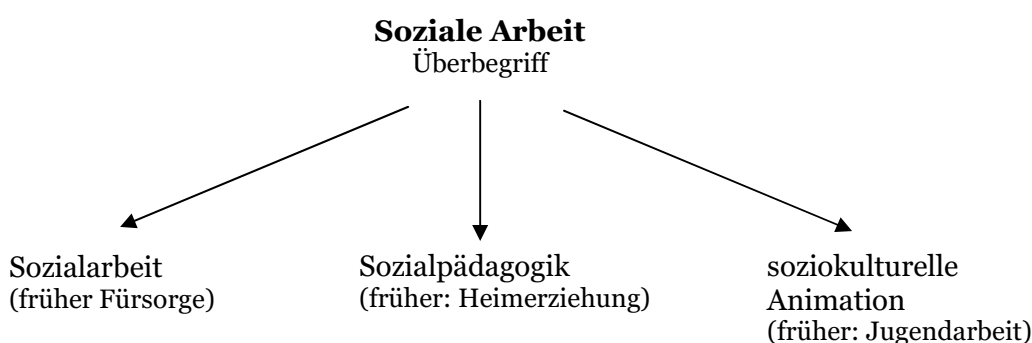


Abbildung 3: Soziale Arbeit (Prelicz, 2005, S. 2)

Die International Federation of Social Workers definiert die Soziale Arbeit folgendermassen:

„Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen, um ihr Wohlbefinden zu heben. Unter Nutzung von Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme vermittelt Soziale Arbeit am Punkt, wo Menschen und ihre sozialen Umfelder aufeinander einwirken. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für die Soziale Arbeit fundamental.“ (IFSW, 2000, S. 1)

Die Aufgabe der Professionellen ist es, die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität jeder Person zu stützen. Das heisst, Professionelle haben den Auftrag, die Selbstbestimmung ihrer Klientinnen/Klienten zu achten, die Beteiligung zu fördern, jede Person ganzheitlich zu behandeln und deren Stärken zu erkennen und zu entwickeln. In Bezug auf die Gesellschaft sind die Professionellen der Sozialen Arbeit dazu verpflichtet, die soziale Gerechtigkeit zu fördern, indem sie Diskriminierungen, ungerechte Politik und Praktiken zurückweisen sowie Ressourcen gerecht verteilen. (IFSW, 2006, 2-3)

Die Soziale Arbeit verfolgt ein Tripelmandat. Sie arbeitet im Auftrag der Klientin/des Klienten, im Auftrag der Gesellschaft sowie im Auftrag der Profession. Dieses Tripelmandat erfordert Beziehungs-, Motivations-, Verhandlungs- und Mediationskompetenzen zwischen den Anliegen der Klientinnen/Klienten und denen der Gesellschaft zu vermitteln. Zudem erfordert die Profession die Kenntnis von Methoden und

Handlungstheorien, um soziale Probleme zu lindern oder diesen vorzubeugen. Dieses Tripelmandat legitimiert Sozialarbeitende Situationen und Probleme zu beschreiben, zu bewerten und die entsprechende Vorgehensweise zu wählen. Zudem sind sie in der Lage, Aufträge anzunehmen oder zu verweigern oder, bei gravierenden Problemen, von sich aus tätig zu werden. (Staub-Bernasconi, 2007, S. 6 -7)

Grundkenntnisse über den Lebensabschnitt Alter und die Soziale Altenarbeit sind die Voraussetzung, um anschliessend spezifisch auf die Arbeit mit Menschen mit Demenz eingehen zu können. Nachfolgend werden diese erläutert.

Soziale Altenarbeit

Die Literatur zur Sozialen Altenarbeit kommt vor allem aus Deutschland, weshalb diese als Grundlage genommen wird. In Deutschland werden unter dem Begriff Soziale Arbeit die beiden Professionen Sozialarbeit und Sozialpädagogik verstanden. Die Soziokulturelle Animation wird nicht ausdrücklich genannt, da sie in der Sozialarbeit beinhaltet ist. In der Altenarbeit sind mit Sozialarbeitenden alle drei Professionen gemeint.

Die bisherige Altenarbeit setzte dann ein, wenn sich eine Hilfsbedürftigkeit im Alter zeigte. Heute werden Menschen älter und sind auch im Alter noch aktiv. Die Altersphase betrifft somit eine immer grössere Zeitspanne und gestaltet sich individueller. Bisher war das Bild des Alters eher defizitorientiert. Heute wird der Prozess des Alterns aus einer ressourcenorientierten, ganzheitlichen Sichtweise betrachtet. (Kraus, 2003, S. 35)

Soziale Altenarbeit kann in der offenen Altenarbeit (z.B. Bildungs- und Freizeitangebote), in ambulanten Diensten (z.B. Beratungsstellen für materielle und psychosoziale Anliegen) oder in der stationären Altenhilfe (z.B. Alters- und Pflegeheime, Tagesstätten, Gerontopsychiatrien) stattfinden. (Kraus, 2003, S. 33) Dabei werden vor allem die Methoden Einzelhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit angewandt. Die *Einzelhilfe* in der Sozialen Arbeit geschieht in erster Linie über Beratung. Bei der *Gruppenarbeit* geht es vor allem um die Begegnung und Aktivierung der Seniorinnen/Senioren. Die *Gemeinwesenarbeit* beinhaltet unter anderem die Organisation und Durchführung von Aktivitäten in Stadtteilen und Gemeinden sowie die Interessenvertretung von Seniorinnen/Senioren. (Weinhart, 2007, S. 41-54)

Kompetenzen, Anforderungen

Das Alter ist eine heterogene Phase, die von den vitalen und aktiven bis hin zu den kranken und gebrechlichen älteren Menschen reicht. Die Soziale Arbeit im Alter hat demzufolge mit einer Vielfalt von unterschiedlichen Lebenssituationen, Lebensstilen und Lebensperspektiven zu tun. Für die Sozialarbeitenden bedeutet dies, dass sie ihre Arbeit situativ und den Lebensrealitäten der älteren Menschen anpassen müssen. (Zeman, 1996, S. 48-49)

Um soziale Altenarbeit ausführen zu können, bedarf es gewissen persönlichen Grundvoraussetzungen sowie instrumentellen, reflexiven und sozialen Kompetenzen. Aufgrund von unterschiedlichen Umfragen bei der Adressatenschaft und den Anstellungsträgern wurden die folgenden meistgenannten persönlichen Grundvoraussetzungen erwähnt: Ambiguitätstoleranz (Frustrationstoleranz), Empathie, Belastbarkeit, Selbständigkeit und Teamfähigkeit. Zu den instrumentellen Kompetenzen gehören Rechtswissen, Methodenkompetenz, Verwaltungs- und Organisationskompetenz, Selbstmanagement und konzeptionelle Kompetenzen. Das

Bewusstsein über die eigene Haltung zum Altwerden und über die Werte und Normen gegenüber alten Menschen gehören zu den reflexiven Kompetenzen, während bei den sozialen die Kommunikations- und Vermittlungskompetenzen zentral sind. (Weinhart, 2007, S. 158-170)

Die Arbeit mit älteren Menschen ist mit besonderen Anforderungen verbunden. Zeman beschreibt vier Aspekte, an welchen sich Sozialarbeitende in der Altenarbeit orientieren können:

- **Autonomie:** Die Sozialarbeitenden orientieren sich an der Selbstbestimmung der Klientinnen/Klienten. Dabei besteht jedoch eine Diskrepanz zwischen dem subjektiven Wohlbefinden und den objektiven Lebensbedingungen. Die Soziale Arbeit balanciert diese Diskrepanz aus.
- **Lebenswelt:** Die Aktivitäten sollen sinnvoll sein und der Normalität der Lebenssituation entsprechen. Deshalb ist es für die Soziale Altenarbeit wichtig, die Lebenswelt und Lebensrealität der Klientinnen/Klienten zu kennen.
- **Biografie:** Um einen adäquaten Umgang zu gewährleisten, ist die individuelle Lebensgeschichte bei der Betreuung und Unterstützung zu berücksichtigen.
- **Kompetenz:** Ältere Menschen sollen nicht die Behandelten sein, sondern ihren Fähigkeiten entsprechend selber handeln können. Dazu gehört die Reflexion über die vorhandenen Ressourcen und Unterstützung von Sozialarbeitenden in der Alltagsbewältigung. (Zeman, 1998, S. 313-318, in Zippel & Kraus, 2003, S. 39-40)

Soziale Netzwerke

Für Gisela Thiele sind bei der sozialen Arbeit mit alten Menschen die sozialen Netzwerke zentral. Diese seien in jedem Lebensalter wichtig für die psychische Gesundheit, besonders aber im Alter. Thiele zählt vier Ansatzpunkte für die Förderung und Erhaltung sozialer Netzwerke auf:

- Unterstützung von existierenden Netzwerken, z.B. Wiedereingliederung in das Gemeinwesen
- Neuschaffung künstlicher Netzwerke, z.B. Selbsthilfeaktivitäten von älteren Menschen und Angehörigen in Form von Selbsthilfegruppen fördern
- Nachbarschafts- und Gemeindeunterstützungsprogramme z.B. vorhandene Gruppen mit professionellen Versorgungsnetzen verknüpfen
- sozialökologische Sicherung von sozialen Netzwerken, z.B. Erhaltung und Förderung der Nachbarschaftsnetze

Die Professionellen der Sozialen Arbeit verfügen über entsprechende Kompetenzen, um auf diesen unterschiedlichen Ebenen intervenieren zu können. (Thiele, 2001, S. 55)

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Der Auftrag an Sozialarbeitende in der Altenarbeit beinhaltet, sich für die Selbstbestimmung der älteren Menschen einzusetzen und die Integration in die Gemeinschaft zu fördern. Dazu müssen sie die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Biografien der älteren Menschen, deren persönlichen und öffentlichen Netzwerke sowie die Interessen der Gesellschaft gegenüber den älteren Menschen kennen. (Kraus, 2003, S. 39)

3.2 Zentrale Aspekte der Sozialarbeit für die Arbeit mit älteren Menschen

Professionelle der Sozialarbeit sind vor allem in Sozialdiensten, spezialisierten sozialen Institutionen, Einrichtungen im Gesundheitswesen und im Straf- und Massnahmenvollzug tätig. Die wichtigsten Tätigkeitsfelder befinden sowohl in der

wirtschaftlichen und persönlichen Sozialhilfe als auch in den spezifischen Aufgaben der spezialisierten Institutionen. (Puhl & Maas, 1997, S. 185) Dementsprechend sind die Adressatinnen/Adressaten der Sozialarbeit sehr unterschiedlich. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass sich die Sozialarbeit an Menschen richtet, die sich in einer schwierigen Situation befinden, welche sie nicht mehr aus eigener Kraft bewältigen können. Ältere Menschen, Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen können somit auch zur Adressatenschaft gehören.

Ein Hauptwerkzeug der Sozialarbeit ist die Kommunikation. Die sozialarbeiterische Beratung basiert vor allem auf der systemischen Sichtweise und dem ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz. Dieser Ansatz ermöglicht einen ganzheitlichen Blick unter Einbezug des Umfelds. Bei der ressourcenorientierten Beratung geht es darum, Ressourcen der Klientinnen/Klienten zu erfassen, zu stärken und nötigenfalls zu erschliessen. Das Ziel bei dieser Arbeit ist, die Klientinnen/Klienten auf ihre Ressourcen hinzuweisen und sie zu unterstützen, wieder autonom und unabhängig zu werden. (Weber, 2003, S. 10-24) Carl Rogers hebt mit dem personenzentrierten Konzept hervor, dass nicht die Sozialarbeitenden, sondern die Klientinnen/Klienten selbst Veränderungen bewirken können. Dabei ist es wichtig, das Individuum mit seinen Fähigkeiten und nicht das Problem oder Defizite ins Zentrum zu stellen. (Solèr & Brusa, 2006) Mit systemischen und lösungsorientierten Fragestellungen werden in der sozialarbeiterischen Beratung Informationen eingeholt, das Gespräch gelenkt und Denkprozesse aktiviert. Es ist wichtig, die Fragen an die Situation und den kognitiven Fähigkeiten der Klientinnen/ Klienten anzupassen. (Weber, 2003, S. 33-38). Es wird versucht, in Problemsituationen einen positiven Rückkoppelungsprozess in Gang zu bringen. Gemeint ist, sich auch in schwierigen Zeiten an positive Erlebnisse zu erinnern, das so genannte Coping. (Weber, 2003, S. 20-24) Die nachfolgende Abbildung zeigt die unterschiedlichen Aufgaben und Funktionen der sozialarbeiterischen Beratung.

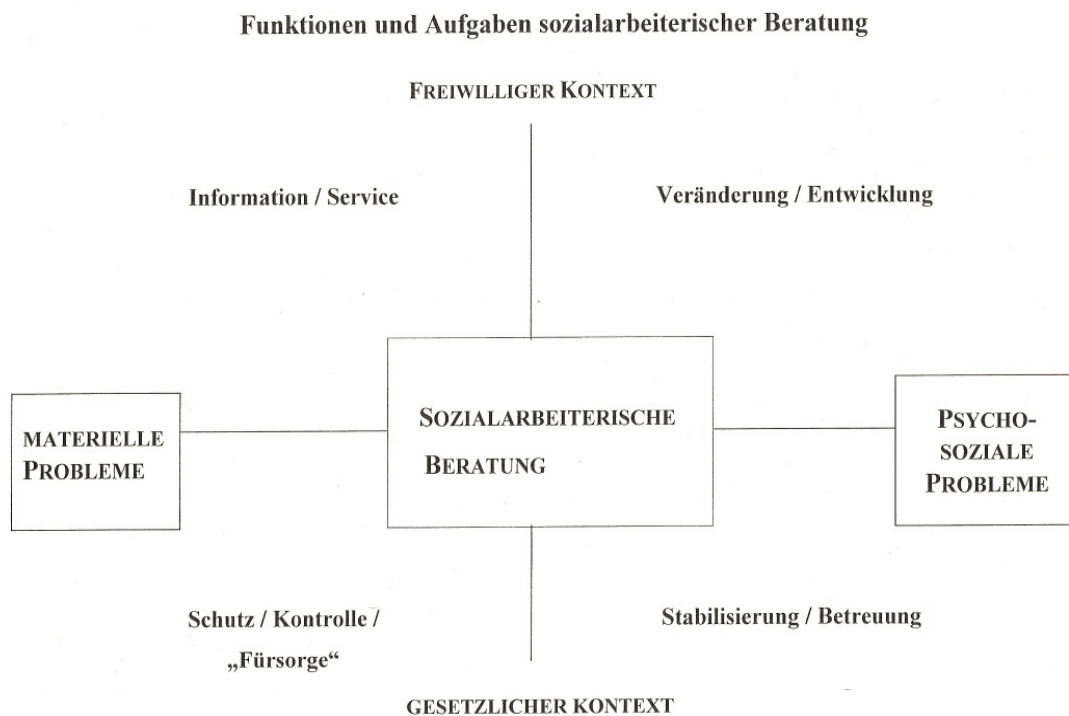


Abbildung 4: Funktionen und Aufgaben sozialarbeiterischer Beratung (Kunz, 2008)

Dieses Modell dient dazu, die mit den Klientinnen/Klienten erarbeiteten Aufträge zu verorten und Hilfestellungen daraus abzuleiten.

Zu den vier Funktionen:

- Die Funktion *Information/Service* bietet Orientierungs-, Planungs- und Entscheidungshilfen an. Die Aufgaben der Beratenden in dieser Funktion sind unter anderem das Erschliessen von Ressourcen, Informieren und Abklären sowie Geltendmachen von Ansprüchen.
- Bei der *Veränderung/Entwicklung* unterstützt die beratende Person die Klientinnen/Klienten beim Problemlösungsprozess, erschliesst interne Ressourcen und arbeitet alternative Handlungsmöglichkeiten aus.
- *Schutz/Kontrolle/Fürsorge* beinhaltet sowohl fördern wie auch fordern. Sozialarbeitende unterstützen und schützen einerseits die Klientinnen/Klienten, andererseits verfolgen sie die Interessen der Behörden, indem sie die Klientinnen/Klienten kontrollieren und, falls nötig, sanktionieren.
- Die Funktion *Stabilisierung/Begleitung* dient den Alltags-, Erziehungs- und Überlebenshilfen. Die beratende Person ist als BetreuerIn, BegleiterIn und KoordinatorIn tätig und unterstützt die Klientinnen/Klienten bei der Alltagsbewältigung. (Kunz, 2008)

Sozialarbeiterische Beratung von älteren Menschen, Menschen mit Demenz und deren Angehörigen kann im *freiwilligen* oder *gesetzlichen* Kontext erfolgen. Beim gesetzlichen Kontext handelt es sich vor allem um vormundschaftliche Massnahmen. Themen wie Wohnsituation, Pflege/Betreuung, Erhaltung der Lebensqualität, Freizeitgestaltung, Finanzen, Ansprüche aus Sozialversicherungen/Krankenkasse sind in beiden Kontexten zentral. Somit sind Sozialarbeitende in der Altenarbeit in allen vier Funktionen tätig.

Die Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz ist jedoch differenzierter zu betrachten. Je nach Stadium der Erkrankung verfügen die Betroffenen über mehr oder weniger kognitive Fähigkeiten. Bei mittleren und schweren Erkrankungen wären Beratungen nur noch bedingt möglich, weshalb Gespräche in solchen Fällen auch mit Angehörigen oder dem Pflegepersonal zu führen wären. Menschen mit einer mittleren oder schweren Demenzerkrankung leben oft in einer Institution, Sozialarbeitende könnten somit nebst dem ambulanten auch im stationären Rahmen tätig sein.

3.3 Zentrale Aspekte der Soziokulturellen Animation für die Arbeit mit älteren Menschen

Das Wirkungsfeld der SKA orientiert sich am gesellschaftlichen Wandel. Die daraus resultierenden Bewältigungsaufgaben bilden den Grundstein neuer Tätigkeitsfelder für die SKA. Da die Aufgaben immer in die gesellschaftliche Entwicklung eingelagert sind, muss sich das Berufsfeld selbst einem laufenden Veränderungsprozess unterziehen. (Moser et al., 1999, S.13-14) Im Hinblick auf die demographische Entwicklung der Schweiz, die in Kapitel 2.3 beschrieben wurde, zeigt sich, dass die Arbeit mit älteren Menschen ein potenzielles neues Arbeitsfeld sein könnte. Die SKA verfügt über ein breites Repertoire an Handlungsansätzen, welche sich auf die Altenarbeit abstimmen liessen. In diesem Kapitel werden deshalb die verschiedenen Handlungsmodelle dargestellt und die Grundzüge der SKA erläutert.

Da sich die SKA in ständigem Wandel befindet, kann keine abschliessende Definition für diesen Beruf dargelegt werden. Im deutschen Raum konnte aber unter anderem das folgende Resultat festgehalten werden:

„Soziokulturelle Animation ist eine soziale Aktion, welche sich in verschiedenen Aktivitäten ausdrückt, abhängig von den sozialen, kulturellen und politischen Bedingungen und Möglichkeiten der betroffenen Bevölkerung. Diese Aktion zielt darauf ab, die betroffenen Gruppen zu strukturieren und zu aktivieren, um die von diesen Gruppen beabsichtigten sozialen Veränderungen zu erreichen. Die Teilnahme beruht auf Freiwilligkeit, und die Aktion findet auf der Basis demokratischer Strukturen statt. Die Mittel der Aktion sind Methoden der aktivierenden Pädagogik, welche die Mitbeteiligung stimulieren.“ (Moser et al., 1999, S.20)

Der Ursprung des Berufs liegt in Frankreich und in den Niederlanden. Zunächst wurde in der Romandie vor allem in der Jugendarbeit versucht, die Ideen der Animation durchzusetzen. (Moser et al., 1999, S. 47) Doch mittlerweile haben sich die Zielgruppen der SKA erweitert.

Die Adressatenschaft der Soziokulturellen Animation

Die SKA geht von den Bedürfnissen aller Menschen nach Entwicklung und Entfaltung von Kompetenzen wie Kommunikation, Kreativität und nach der Teilnahme und Mitgestaltung des Lebens aus. Die SKA greift Minderprivilegierungen in verschiedenen Richtungen auf, zum Beispiel im Verhältnis der Generationen oder der Geschlechter. Grundsätzlich gehören alle Menschen zu den Adressaten der SKA, die durch ein Minus an Befriedigung ihrer Bedürfnisse betroffen sind. (Moser et al., 1999, S. 206-207)

Im Grundlagenbuch der SKA wird die Zielgruppe der älteren Menschen als Adressatenschaft explizit erwähnt. Die Autoren schreiben, dass diese Gruppe erst spät ins Blickfeld der Animation geraten sei. Die Gruppe der älteren Menschen könne man mit derjenigen von Kindern und Jugendlichen vergleichen, denn oft seien sie in ihrem persönlichen Bewegungsbereich eingeschränkt und ihr Zugang zur Mitgestaltung des Lebens sei nicht immer gewährleistet. Oft würden ihre Bedürfnisse nicht wirklich wahrgenommen und ihr Einflussbereich sei beschränkt. Die SKA verfügt über angemessene Ansätze, um ältere Menschen mit ihren Bedürfnissen zu unterstützen und sie so weit wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu lassen. (Moser et al., 1999, S. 209) Dabei kommen vor allem zwei mögliche Arbeitsmethoden in Frage:

Gemeinwesenorientierte Aktivitäten unterscheiden sich je nach Trägerschaft und können folgende Tätigkeiten beinhalten:

- Organisation und Auswertung von Aktionen und Positionen zur sozialen Situation in Stadtteilen und Gemeinden
- Förderung des ehrenamtlichen Engagements und Interessenvertretung von Seniorinnen/Senioren
- Bildungsangebote und Informationsveranstaltungen für Seniorinnen/Senioren, deren Angehörige und Interessierte
- Anregung zu generationenübergreifenden Begegnungen
- Erstellen von Positionspapieren für die kommunale Sozialplanung zur Evaluierung des altersspezifischen Hilfsbedarfs

(Weinhart, 2007, S. 41)

Die *Gruppenarbeit* mit älteren Menschen hatte ihren Ursprung in den stationären Einrichtungen. Heute findet sie in unterschiedlichen Settings statt:

- offene Begegnungskreise in der Heim-, Kurzzeit- und Tagespflege (niederschwellig)
- sozial-therapeutische Gruppenarbeit mit Menschen mit demenziellen Erkrankungen in Heimen, Kurzzeit- und Tagespflege
- therapiewirksame Gruppenarbeit zur Aktivierung von PflegeheimbewohnerInnen
- Gruppenarbeit von und mit Seniorinnen/Senioren in kommunalen Begegnungsstätten

(Weinhart, 2007, S. 51)

Ein Handlungsmodell der Soziokulturellen Animation

Die SKA agiert aus vier verschiedenen Interventionenpositionen (**A**nimatorIn, **K**onzeptorIn, **O**rganisatorIn, **M**ediatorIn), was in der folgenden Grafik ersichtlich ist. Unter Intervention wird in diesem Kontext ein theoriebezogenes, absichtvolles Dazwischentreten in ein soziokulturelles Geschehen verstanden mit dem Ziel, eine bestimmte Veränderung zu bewirken. (Moser et al, 1999, S. 126) Nach Moser et al. (1999) nimmt die Animation je nach angestrebtem Ziel eine andere Position ein, wobei der Animationsaufgabe eine zentrale Interventionsposition zukommt. Allen Interventionspositionen gleich ist, dass dem Intervenieren eine Beobachtung voraus geht. (Moser et al., 1999, S. 121-122)

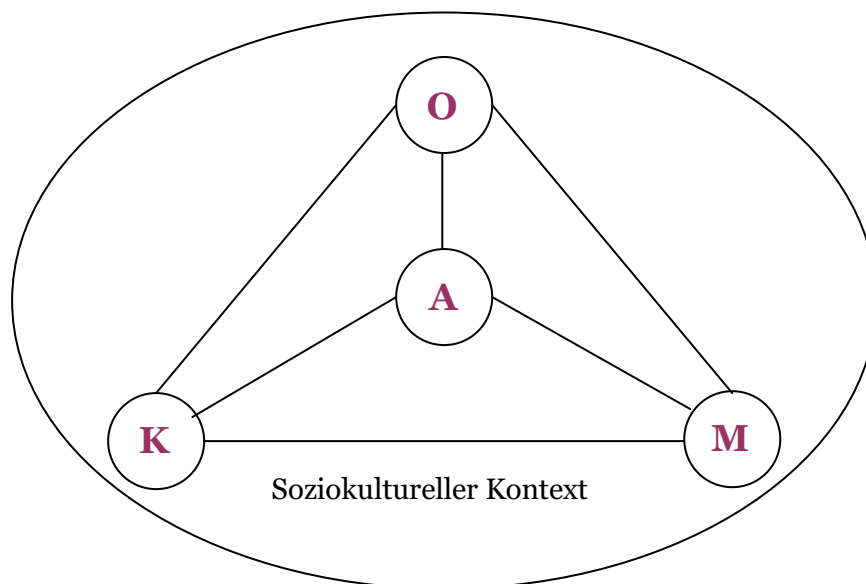


Abbildung 5: Soziokultureller Kontext (Moser et al. 1999, S.122)

Jede Interventionsposition beinhaltet verschiedene Methoden und die Animatorinnen/Animatoren nehmen entsprechende Rollen ein. In der folgenden Tabelle werden zu jeder Position das Mittel, der Zweck und das Ziel beschrieben.

Interventionsposition	Methode/ Mittel	Zweck	Ziel
A nimatorIn	animieren beteiligen erleichtern	Aktivierung	Selbständigkeit
K onzeptorIn	erforschen	Konzeption Transformation	Selbstvergewisserung
O rganisatorIn	unterstützen	Produktion & Aktion	Selbstorganisation
M ediatorIn	vermitteln	Mediation Medikation	Selbständigkeit

Tabelle 2: Interventionspositionen (Moser et al. 1999, S.123)

Diese Interventionspositionen sind als Kernkompetenzen der SKA zu verstehen und werden nachfolgend genauer erläutert. Es werden Bezüge zur Altenarbeit oder Aktivierung genannt.

Interventionsposition AnimatorIn

Wie in der Abbildung 5 ersichtlich, handelt es sich bei der AnimatorIn um die Drehscheibenposition, in welcher das Ziel die Selbständigkeit der Adressaten ist. Die Animatoren/Animatorinnen sollen die Beteiligung erleichtern und die Betroffenen sollen befähigt werden, selbst aktiv zu werden. Nach Spierts (1998) ist das Mittel dazu das Animieren, welches er als ermuntern, initiieren, beseelen und beleben beschreibt (Spierts, 1998, S.230).

Unweigerlich mit dem Animieren im Zusammenhang steht das Arrangieren. Zuerst müssen entsprechende „Settings“ geschaffen werden, um Begegnungen oder Zugänge zu ermöglichen. Dies kann beispielsweise eine institutionelle Grundgegebenheit sein, wie ein Raum für Aktivitäten in einem Altersheim oder ein Gemeinschaftszentrum. Arrangieren bezieht sich auf das Herstellen von Bedingungen und Möglichkeiten und soll klar durchdacht und vorbereitet werden, immer mit einem klar definierten Ziel vor Augen. Alle Überlegungen, die zu einer Situation gemacht werden, sind als arrangieren zu verstehen. (Moser et al., 1999, S. 131)

In Bezug auf die Aktivierung bei Menschen mit einer Demenz kommt dieser Interventionsposition die zentrale Bedeutung zu, denn ein Ziel der Aktivierung ist, die Betroffenen zur Selbständigkeit zu animieren, um noch vorhandene Ressourcen so lange wie möglich zu erhalten. Entsprechende Arrangements zur Förderung der Selbständigkeit können durch die SKA geschaffen werden.

Interventionsposition OrganisatorIn

Bei der Organisationsposition geht es darum, die Adressatinnen/Adressaten zur Selbstorganisation anzuregen und sie dabei angemessen zu unterstützen. Dabei sollen sie so weit wie möglich selber aktiv werden und Angebote oder Projekte planen, durchführen und auswerten. Von den Professionellen werden vorab eine Situationsanalyse und eine Bedürfnisabklärung durchgeführt, denn ein Grundsatz der Animation verlangt, dass Projekte nur dann realisiert werden, wenn sie auch einem Bedürfnis der Adressatenschaft entsprechen. (Moser et al., 1999, S. 136-143) Der durch Marcel Spierts geprägte Begriff der „aktiven Zurückhaltung“ ist bei dieser Interventionsposition von Wichtigkeit. Dabei geht es um den schwierigen Balanceakt zwischen zuviel und zuwenig Struktur. Ein Zuviel an Struktur und Unterstützung

kann Selbständigkeit und Selbstorganisation verhindern, ein Zuwenig jedoch kann zu Überforderung führen. (Moser et al., 1999, S.141)

Menschen mit einer Demenz können sich nicht mehr selber organisieren, daher kommt dieser Position weniger Bedeutung zu. Es ist aber entscheidend, ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und die Aktivierung darauf auszurichten. In der Aktivierung oder auch im Alltag mit Menschen mit Demenz kommt man laufend mit dem Thema der Über- bzw. Unterforderung in Kontakt. Es gilt, diesen schwierigen Balanceakt jeden Tag aufs Neue zu bewältigen.

Interventionsposition MediatorIn

Mediation ist ein Konfliktlöseverfahren, in welchem vor allem das Informieren und Beraten angewandt werden. Dabei soll zwischen verschiedenen Interessen, Anforderungen und Ansprüchen einerseits und den Wünschen und Bedürfnissen andererseits vermittelt werden. (Moser et al., 1999, S. 145-146) Von Spierts (1998) wird diese Position auch als intermediäre Position beschrieben, denn die Animatorinnen/Animatoren vermitteln dabei zwischen Lebenswelten und Systemen. Konkret geht es darum, zwischen Menschen, Bevölkerung und Behörden oder zwischen Gruppen und Instanzen zu vermitteln. (Spierts, 1998, S.89)

Auch dieser Interventionsposition kommt in der Aktivierung von Menschen mit Demenz eher weniger Bedeutung zu. Es kann aber durchaus vorkommen, dass zwischen den Betagten und der Heimleitung, der Familie oder anderen wichtigen Instanzen vermittelt werden muss.

Interventionsposition KonzeptorIn

Die Konzeption erfolgt durch das Analysieren und Forschen im Kontext des Umfeldes und im öffentlichen Raum. Daraus werden gezielte Arbeitsstrategien zur Steuerung der zu bewältigenden Aufgaben abgeleitet und Konzepte zur Umsetzung erstellt. Diese Konzepte ermöglichen es den Animatorinnen/Animatoren, die Arbeit zu steuern, zu überprüfen und gegen Aussen zu legitimieren. Ebenfalls gehören zu dieser Interventionsposition die Planung, die Durchführung und die Evaluation. (Moser et al., 1999, S. 154-157)

Auch diese Position steht nicht im Vordergrund, doch kann sie durchaus zur Anwendung kommen, wenn neue Ideen zur Aktivierung gefragt sind. Wichtig ist dabei, die Betroffenen mit ihrem familiären und geografischen Umfeld mit einzu-beziehen.

Diese vier Kompetenzen zeichnen die Professionellen bei ihrer Tätigkeit aus. Zudem sind in der SKA die Prinzipien der freiwilligen Teilnahme, der Nachhaltigkeit sowie der Partizipation zentral, welche im Kapitel 3.6.1 beschrieben werden.

Einem Bericht im SozialAktuell zufolge, werden in der Schweiz seit Beginn der 70er-Jahre Animatorinnen/Animatoren ausgebildet, und dieser junge Beruf ist noch nicht in weiten Kreisen verankert. In der Ausbildung werden die Studierenden ermuntert, ein eigenes Berufsverständnis zu entwickeln, welches sie dazu befähigen soll, eigene Mandate zu suchen und sich neue Berufsfelder zu erschliessen. (Hangartner, 2006, S. 14)

Die Aktivierung von Menschen mit einer Demenz könnte nach Betrachtung der Grundzüge der SKA ein solches neues Berufsfeld darstellen.

3.4 Betreuungskonzepte

Alters- und Pflegeheime arbeiten nach Konzepten, welche die optimale Betreuung der BewohnerInnen gewährleisten sollen. Ein Leitbild im Umgang mit Menschen mit Demenz ist für das Pflegepersonal eine Unterstützung. Bei diesen Konzepten geht es einerseits um die körperliche und therapeutische und andererseits um die psychische und seelische Pflege. Im Kontext unserer Arbeit sind vor allem Konzepte zur psychischen und seelischen Pflege von Bedeutung. Nachfolgend werden das Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm sowie der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood erläutert. Beide wurden speziell für Menschen mit Demenz entwickelt und werden in Heimen, in welchen die Forschung durchgeführt wurde, angewandt. Dabei steht der Mensch als Individuum mit seinen Bedürfnissen im Vordergrund. Auch bei der Aktivierung von Menschen mit Demenz sind deren Bedürfnisse richtungsweisend, weshalb wir die erwähnten Pflegemodelle aufzeigen.

Personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood

Hier ist es vorerst wichtig, den Begriff des Personseins zu verdeutlichen. Tom Kitwood definiert das Personsein als einen Stand oder Status. Dieser Stand wird Menschen im Kontext von Beziehungen und sozialem Sein von anderen verliehen und beinhaltet Anerkennung, Respekt und Vertrauen. Um zu definieren, welche Personen im Begriff Personsein eingeschlossen sind, nennt Kitwood zwei Kriterien: Autonomie und Rationalität. Erfüllt eine Person diese beiden Kriterien nicht, ist sie aus dem Kreis der Personen ausgeschlossen, was zu Diskriminierungen führen kann. Dazu gehören auch Personen mit schweren Behinderungen und Demenz. (Kitwood, 2000, S. 27-28)

Der Verlauf der Demenzerkrankung wurde nur mit neurologischen Prozessen in Verbindung gebracht. Dass der Abbau der körperlichen und vor allem kognitiven Fähigkeiten auch durch eine schlechte soziale und psychische Behandlung beeinflusst werden kann, wurde ausser Acht gelassen. Kitwood nennt hier den Begriff von der „malignen, bösartigen Sozialpsychologie“. Dieser Begriff beschreibt die Einstellungen, Handlungen und Nachlässigkeit des Pflegepersonals im Umgang mit Menschen mit Demenz, welche das Personsein schädigen und das körperliche Wohlbefinden untergraben. (Kitwood, 2000, 73-79) Der Personenzentrierte Ansatz von Kitwood will dem vorbeugen und das Personsein von Menschen mit Demenz erhalten. Die Entwicklung in den letzten Jahren ging bereits in diese Richtung. Realitätsorientierung, Validation, Erinnerungs- und Biografiearbeit sind Beispiele von Therapieformen, die in Pflegeheimen eingesetzt werden, um das Personsein von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung anzuerkennen. (Kitwood, 2000, 85-88) Die aufgezählten Therapieformen werden nachfolgend in diesem und in den Kapiteln 3.5, 3.6 erläutert.

Alle Menschen haben ihre individuellen Bedürfnisse, welche sie als Individuum ausmachen. Aus Sicht von Kitwood haben Menschen mit Demenz fünf sich beeinflussende Bedürfnisse, die sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe vereinen: Trost, primäre Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung, Identität. Menschen mit Demenz sind jedoch aufgrund ihrer Erkrankung oft nicht mehr in der Lage, selber die Initiative zu ergreifen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen. (Kitwood, 2000, 121-125)

Beim Umgang mit Menschen mit Demenz in Pflegeheimen, darf auch die Organisationsstruktur nicht ausser Acht gelassen werden. Die Arbeitsweise der Angestellten hängt stark vom Führungsstil ihrer Vorgesetzten ab. Das Personal mit seinen individuellen Ressourcen und Fertigkeiten benötigt einen gewissen Freiraum,

um motiviert arbeiten zu können. Gleichzeitig werden von Organisationen Grenzen vorgegeben, um Standards zu wahren. (Kitwood, 2000, 151)

Psychographisches Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm

Allgemeine Pflegemodelle stützen sich häufig auf die ärztliche Diagnose ab und behandeln somit die Erkrankung und nicht den Menschen. Ein häufiges Problem liegt darin, dass das Pflegepersonal eine andere Vorstellung davon hat, wie man sich wäscht, sich anzieht und sich beschäftigt und diese nicht mit der Biografie der alten Menschen übereinstimmt. Ältere Menschen reagieren langsamer auf eine Aufforderung; sie haben eine längere Adaptionszeit. Dadurch werden den Betroffenen vom Pflegepersonal Aufgaben abgenommen, die sie noch selber hätten ausführen können. Oft bestimmt das Pflegepersonal, was noch in der Eigenständigkeit und der Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen/Patienten liegt und es wird zuwenig auf ihre wirklichen Fähigkeiten eingegangen. Solchen Pflegemethoden, die zu einem Abbau der Selbständigkeit beitragen, will das Pflegemodell von Böhm vorbeugen. (Prell, 2002, 2-3)

Das Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm verfolgt zwei Ziele: die Belebung der Betroffenen sowie die Belebung der Pflegenden. Die Selbständigkeit der Menschen mit Demenz soll möglichst lange gefördert und erhalten werden. Dabei geht es nicht um die körperliche Pflege, sondern um das selbständige Denken, Fühlen und Entscheiden. Beim Pflegepersonal soll das Modell eine erhöhte Arbeitszufriedenheit bewirken und dadurch die Gesundheit fördern. (Prell, 2002, S. 1-2)

Böhm geht davon aus, dass wenn bei Menschen mit Demenz der geistige Abbau beginnt, diese in die Prägungsphänomene der ersten 25 bis 30 Jahren zurückfallen. Das heisst, alles was sie bis zum 30. Altersjahr erlebt haben, erlangt wieder mehr Bedeutung. Um das Verhalten der Personen mit einer demenziellen Erkrankung besser verstehen zu können, muss ihre Biografie bekannt sein. Das Gefühlsleben, alte Gewohnheiten und persönliche Lebensbewältigungsstrategien, sogenannte Copings, werden beim Pflegemodell nach Böhm berücksichtigt. (Prell, 2002, S. 2)

Wie schon im Kapitel 2.2 erwähnt wurde, fallen Menschen im Alter in eine frühere Entwicklungsstufe zurück. Böhm unterscheidet sieben solcher Entwicklungsstufen, in welchen sich ein Mensch befinden kann. In der Pflege ist es wichtig, die Menschen entsprechend einzustufen, um sie zu verstehen und sie adäquat fördern und betreuen zu können. Böhms sieben Entwicklungsstufen reichen vom Erwachsenenalter bis zum Säugling. Das Pflegepersonal sollte über die regionale Geschichtsprägung Bescheid wissen. Auch Humor und das Sprechen im Dialekt sind zentral. (Prell, 2002, S. 4-6)

Die Biografiearbeit spielt beim Pflegemodell von Böhm eine grosse Rolle. Dabei geht es jedoch nicht um Daten sondern um Geschichten des Lebens, Verhaltensmuster, Lebensbewältigungsstrategien, Befindlichkeit und Gefühle. Die Biografien werden über Gespräche eruiert, wobei berücksichtigt werden muss, in welcher Stufe sich die Betroffenen befinden. (Prell, 2002, S. 7)

Die Erhebung der Biografie sowie die Betreuung laut dieses Modells sind umfassend, zeitaufwändig und erfordern eine Zusatzausbildung des Pflegepersonals. Nebst der körperlichen Pflege sind die Erarbeitung der Biografie für jede Patientin/jeden Patienten und danach die Eruiierung und Durchführung der daraus abgeleiteten Betreuungsform zu leisten.

3.5 Handlungsmodelle

In allen Institutionen, welche sich für diese Forschungsarbeit zu Verfügung gestellt haben, sind die Begriffe Validation und Milieutherapie elementar. Die Grundzüge dieser Modelle werden daher in diesem Kapitel erläutert.

Validation

Für die Pflege und den Umgang mit desorientierten, älteren Menschen ist die Anwendung dieses Kommunikationskonzeptes, das von Naomi Feil entwickelt wurde, von entscheidender Bedeutung. Validation kann die Betroffenen unterstützen, sich ihren Gefühlen, Zielen und Möglichkeiten bewusst zu werden. Sie ist für eine angemessene Aktivierung richtungsweisend. Die Lehrsätze der Gesprächstherapie des Psychologen Carl Rogers, die auf den drei Elementen Empathie, Wertschätzung und Kongruenz aufbauen sind Voraussetzung für die Grundhaltung der Validation (Grond, 2003⁴, S. 55).

Validation ist eine Entwicklungstheorie für alte desorientierte Menschen. Den theoretischen Annahmen der Validation liegen die behavioristischen, analytischen und humanistischen Grundprinzipien der Psychologie zugrunde. Laut Abraham Maslow ist jeder Mensch als einzigartiges Individuum zu verstehen. Bei der Arbeit mit demenzbetroffenen Menschen ist es entscheidend, den Menschen als Individuum mit einer eigenen Vergangenheit wahrzunehmen und nicht nur sein Krankheits-symptom mit seinen Auswirkungen. Die Betroffenen haben starke Emotionen, scheinen die Gefühle des Gegenübers intensiv wahrzunehmen und genau zu merken, wenn man sie anlügt. Laut Naomi Feil gebe es immer einen bestimmten Grund für das Verhalten von desorientierten alten Menschen. Das Problem liege nur darin, dass wir uns zu wenig Zeit nehmen oder zu wenig Einfühlungsvermögen aufbringen würden, um diese Welt zu verstehen. (Feil, 1999⁵, S. 12)

Wenn die Gegenwart immer unklarer und verschwommener wahrgenommen wird, verbleiben die Betroffenen mehr und mehr in ihrer inneren Welt. Sie versuchen, ihre eigene Würde wieder herzustellen, indem sie in eine Vergangenheit zurückkehren, in der sie noch jemand waren, in der sie geliebt und gebraucht wurden. Die gegenwärtige Realität vermag nicht zu befriedigen, denn sie wird als dauernde Erfolglosigkeit empfunden. Der Mensch braucht Stimulierung, um zu überleben und daher stimulieren sich Menschen mit einer Demenz mit ihren eigenen Erinnerungen. Ihre Bedürfnisse können sie teilweise aufgrund der Erkrankung nicht im „Hier und Jetzt“ kommunizieren, also machen sie dies mit Personen und Gefühlen aus der Vergangenheit. Oft fällt es Aussenstehenden schwer, diese Äusserungen zu verstehen. Da die logische, erlernte Sprache schwindet, drücken sie ihre Gefühle oft durch Bewegungen und durch früh erlernte Sprachmuster aus. Durch Stimulierung der Gegenwart kann eine klare frühere Erinnerung mit Bildern und Emotionen wiederbelebt werden. (Feil, 1999⁵, S. 26-27)

Bei der Validation geht es nun darum, die Gefühle von Menschen mit einer Demenz anzuerkennen und ihnen zu vermitteln, dass ihre Emotionen wahr sind. Ein hohes Mass an Einfühlungsvermögen ist erforderlich, um in die Welt der Personen vorzudringen. Eine Vertrauensbasis muss geschaffen werden, welche den Betroffenen Sicherheit gibt, ihr Selbstwertgefühl wieder herstellt und ihren Stress minimiert. Validations-AnwenderInnen sollen die Signale ihrer Patientinnen/Patienten auf-fangen und diese in Worte kleiden können. Validation hat das Lösen von unaus-getragenen Konflikten aus der Vergangenheit wie auch eine Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation zum Ziel. (Feil, 1999⁵, S. 11)

Die Techniken sind Nebensache. Man muss anerkennen, dass der Rückzug in die Vergangenheit ein normaler Bestandteil des Alters ist und, dass sich die Lebensziele in diesem Lebensabschnitt erheblich verändern können. Es ist wichtig, nicht zu urteilen, ehrlich zu sein, sich auf das Tempo des Gegenübers einzulassen. Die betroffene Person braucht ein vertrauensvolles, empathisches Gegenüber, welches Gefühle respektiert und diese als wahr erachtet. (Feil, 1999⁵, S. 35-36)

Verschiedene Forschungen beweisen, dass sich das Verhalten von Menschen mit einer Demenz in vielerlei Hinsicht verbessern lässt, wenn die Betroffenen nach den Prinzipien der Validation betreut werden. Die Veränderungen erfolgen langsam und fluktuieren von Tag zu Tag, doch es findet eine nachhaltige Besserung statt. Beobachtbare Resultate wie verminderte Inkontinenz, Abnahme des störenden Verhaltens (schreien, schlagen), verstärkte soziale Kontakte und allgemeine Zufriedenheit mit sich und der Aussenwelt wurden festgestellt. (Feil, 1999⁵, S. 40)

Milieuthérapie

Professor Dr. Edgar Heim ist der Gründer der Milieuthérapie. Er übernahm im Jahre 1968 die Leitung der Psychiatrischen Klinik Schlössli nahe Zürich. Er stellte sich die Aufgabe, den sozialpsychiatrischen Gesichtspunkten Aufmerksamkeit zu widmen und die ganze Klinik zu einem Instrument der Therapie zu machen. Im Bereich der Sozialpsychiatrie entstand die Einsicht, dass das Umfeld als wichtiger Faktor erkannt und genutzt werden sollte. Zudem wurde festgestellt, welchen hohen Einfluss das Verhalten der Pflegenden, die Gestaltung des Tagesablaufs und die Umgebung auf die Patientinnen/Patienten hat. Das Milieu sollte neu den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden, wobei unterschiedliche Patientengruppen ganz unterschiedliche Ansprüche aufwiesen. (Heim, 1985, S. 1-9)

Folgende Prinzipien wurden als therapeutische Wirkfaktoren verstanden, welche für alle Milieus gelten:

- Kommunikation
- soziales Lernen
- Gemeinschaftsleben
- Partizipation

Nach diesen Prinzipien sollte das Milieu gestaltet und das Miteinander gefördert werden. Therapie sollte nun etwas Soziales, Partnerschaftliches und nichts Hierarchisches mehr sein. (Heim, 1985, S. 13-23)

Diese Therapieform, welche ihre Anfänge in der Psychiatrie hatte, wird heute auch in Altersheimen und besonders bei desorientierten alten Menschen angewandt. Sie erfordert konstante, einfühlsame, biografisch arbeitende Bezugspersonen, die bereit sind, den Tagesablauf und die Umgebung im Heim den individuellen Bedürfnissen der Bewohner anzupassen. Der Lebensraum soll wohnlich und persönlich gestaltet werden. Die Autonomie und die Selbstbestimmung sollen gefördert werden, indem barrierefreie Wege und räumliche Orientierungshilfen geschaffen werden, beispielsweise durch gutes Licht, farbige Symbole und Bilder an Türen als Wegmarkierung. Zur zeitlichen Orientierung eignen sich grosse Kalender, Uhren, Tagesstruktur mit konstanten Zeiten für Essen, Training, Ruhe. Die Persönlichkeit der Betroffenen sollte gestärkt werden, indem sie die Möglichkeit erhalten, ihre Zimmerecke mit vertrauten Möbeln, Bildern und Erinnerungsstücken auszustatten. Die Anwendung dieser Prinzipien erleichtert den Menschen mit Demenz die Orientierung, wodurch Defizite ausgeglichen werden können und der Zugang zu den verbleibenden Ressourcen ermöglicht wird. (Grond, 2003², S. 61)

3.6 Aktivierung

Im folgenden Kapitel soll der Begriff der Aktivierung von verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Den Lesern/Leserinnen wird näher gebracht, welche Bedeutung die Aktivierung in einem Heim mit Menschen mit Demenz haben kann. Der Aktivierungsbegriff wird aus der Perspektive der SKA und der SA betrachtet. Es folgen die Erläuterungen zum Beruf der AktivierungstherapeutInnen. Nach der allseitigen Betrachtung des Begriffs werden Erkenntnisse daraus abgeleitet.

Aktivierung im Altersheim

Bei der Aktivierung in einem Altersheim geht es um die Lebensqualität und Würde des alten Menschen. Ihr Lebensraum soll so anregend und vielfältig wie möglich gestaltet werden. Das Anliegen der Aktivierung ist nicht die Lebensverlängerung, sondern die Erhaltung der Fähigkeiten und Zuwendungen, die das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden trotz vieler Behinderungen verbessern. (Tschan, 1999², S. 17)

Carol Bowlby Sifton stellt in ihrem Buch Forschungsergebnisse dar, wie Menschen mit Demenz, die eine sinnvolle Beschäftigung haben, wesentlich zufriedener sind und weniger Verhaltensauffälligkeiten aufweisen. Gewisse Demenzsymptome lassen sich sogar nachweislich durch Beschäftigung reduzieren. (Sifton, 2008, S. 254)

In einer Metapher ausgedrückt, kann eine aktivierende Grundhaltung folgendermassen verstanden werden:

*„Man soll sich nicht ärgern,
dass der Rosenstrauch Dornen trägt,
sondern sich freuen,
dass der Dornenstrauch Rosen trägt.“
(Arab. Sprichwort, in Tschan, 1999², S. 18)*

Eine aktivierende Grundhaltung in einer Institution bringt herkömmliche Pflegemuster ins Wanken, beispielsweise die Angewohnheit des Pflegepersonals, den HeimbewohnerInnen alles Anstrengende abzunehmen. Doch dies ist für die BewohnerInnen nicht förderlich, weil wichtige, noch vorhandene Fähigkeiten so nach und nach verloren gehen. Eine aktivierende Grundhaltung zeigt sich in der individuellen Förderung der Fähigkeiten, sodass die Selbständigkeit erhalten bleibt. Unterstützende Massnahmen sollen individuell angemessen sein. Es ist eine Frage der Wahrnehmung, des gegenseitigen Vertrauens und des Fachwissens zu spüren, wann der/die HeimbewohnerIn unter- bzw. überfordert ist. (Tschan, 1999², S. 18-19)

Bei der Aktivierung geht es nicht darum, die BewohnerInnen einfach irgendwie zu beschäftigen, denn dies kann für die Betroffenen entwürdigend wirken. Ziel ist es, Aktivitäten zu finden, die der Gegenwart einen Sinn geben. Nicht das grosse und attraktive Angebot steht im Vordergrund, sondern das Stillen von allgemein menschlichen Bedürfnissen nach Anerkennung, Bestätigung und Zuwendung. (Held & Fünfschillig, 2004, S. 47-48)

Einige Grundsätze der Aktivierung:

- Die Kunst der Aktivierung liegt nicht darin, was getan wird, sondern wie es getan wird.
- Aktivitäten sollen individualisiert werden und sich auf frühere bzw. verbleibende Interessen und Fähigkeiten beziehen.
- Aktivitäten sollen auf Erwachsene ausgerichtet sein.

- Aktivitäten sollen die fünf Sinne anregen.
- Aktivitäten sollen freiwillig sein.
- Aktivitäten sind überall.

(Bell & Troxel, 2004b, S. 152)

Aktivierung kann nicht nur in einer angeleiteten Aktivierungslektion stattfinden. HeimbewohnerInnen, wenn immer möglich in die Haus- oder Gartenarbeiten einzubeziehen, kann dazu beitragen, dass sie sich wieder nützlich und gebraucht fühlen. Es gibt viele kleine Arbeiten im Haushalt, die durch die BewohnerInnen ausgeführt werden könnten. Eine desorientierte, motorisch unruhige Bewohnerin könnte die Fensterbänke abstauben oder die Balkonblumen giessen und so in ihrer Unruhe einen Sinn finden. Ein Lob für die erledigte Arbeit sollte immer unmittelbar nach der Verrichtung folgen und ist für das Selbstbewusstsein des- oder derjenigen elementar. (Tschan, 1999², S. 35) Der Einbezug der BewohnerInnen in Alltagsarbeiten ist jedoch noch in wenigen Heimen Realität.

In den meisten Heimen werden Gruppenaktivitäten angeboten. Jede Gruppenaktivität kann eine therapeutische Auswirkung haben. Sie ist aber nicht mit der Aktivierungstherapie gleich zu setzen. Um den Unterschied deutlich zu machen, wird im Kapitel 3.6.3 die Arbeit der Aktivierungstherapeutinnen/Aktivierungstherapeuten geschildert.

Mit Gruppenaktivitäten soll dem Bedürfnis des Menschen nach sozialem Austausch, Kontakten und geselligem Beisammensein nachgekommen werden. Ausgehend von den Bedürfnissen, Ressourcen und Interessen der BewohnerInnen sollten Gruppenaktivitäten fest in den Tages- bzw. Wochenplan eingebunden werden, denn feste Strukturen sind für Menschen mit einer Demenz sehr wichtig. Den Gemeinschaftssinn fördern und die HeimbewohnerInnen einander näher bringen, ist nur in der Gruppe möglich. Bei der Gruppenaktivierung geht es primär um die soziale Komponente, wobei nicht ein Produkt, sondern der Prozess im Vordergrund steht. Auf spielerische Art kann der Vereinsamung entgegengewirkt, Beziehungen ermöglicht und Vertrauen geschaffen werden. Auch werden die Kommunikationsfähigkeit und der Humor gefördert. Auf vielfältige Weise können Gedächtnisanregungen eingeflochten und die körperliche Bewegungsfähigkeit stimuliert werden. (Tschan, 1999², S. 40-41)

Eine Aktivität kann noch so gut geplant und vorbereitet werden; wenn die TeilnehmerInnen nicht mitwirken wollen, ist alles nutzlos. Veränderungen oder neue Aufgaben können Menschen mit Demenz Angst machen. Weigern sie sich, an einer Aktivität teilzunehmen, dann meist aus Angst vor dem Unbekannten, dem Versagen und weniger aus Desinteresse. Vermutlich versuchen sie so, ihre Selbstachtung und Würde zu schützen. Durch liebevolle, geduldige Aufforderungen, durch Hinweise auf Erfolgserlebnisse und wie hilfreich und wichtig ihre Teilnahme wäre, kann die Person motiviert werden. (Sifton, 2008, S. 273)

Wichtig ist aber auch, zu akzeptieren, wenn ein Mensch seine Ruhe haben will. Menschen mit einer Demenz besitzen die Fähigkeit, einfach dazusein, sich im eigenen Innenleben einzurichten und sich dabei vollständig zufrieden zu fühlen. Empfindet die Person ihren momentanen Zustand als befriedigend und ausgefüllt, sollte sie nicht unnötig gestört werden. Es entspricht einer hohen Anforderung, echte Zufriedenheit von einer durch Inaktivität hervorgerufener Langeweile zu unterscheiden. (Sifton, 2008, S. 269)

Eine demenzielle Erkrankung ist, wie im Kapitel 2.2 erwähnt wurde, als bio-psycho-sozialer Prozess zu verstehen. Dementsprechend gibt es unterschiedliche therapeutische Ansätze, welche alle dasselbe Ziel verfolgen: den Verlauf einer Demenz verzögern und zum Wohlergehen der Betroffenen beitragen. Neben medikamentösen Therapien gibt es eine Vielzahl an nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden, die für die Sozialarbeitenden relevant sind. Diese werden nachfolgend zu Kapitel 3.4 und 3.5 ergänzend erläutert.

Aktivierungsangebote

Psychosoziale Behandlungen spielen bei Demenz eine wichtige Rolle. Dabei werden sowohl Verfahren angewandt die auf das Individuum zielen als auch Strategien, welche das Umfeld miteinbeziehen. Es gibt zahlreiche Bücher und Materialien zur Aktivierung von Menschen mit Demenz. Dieses Behandlungsmaterial vollumfänglich vorzustellen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Es werden hier einige der wichtigsten Therapiemassnahmen aufgelistet:

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und die American Geriatrics Society and Psychiatry Academy schlagen folgende fundierte sozial-psychologische Therapieansätze vor:

- *Gedächtnistraining, Erinnerungstherapie ET*

Durch Gedächtnistrainings werden nebst der Merkfähigkeit die Aufmerksamkeit, das Identitätsgefühl, das logische Denken, die Konzentration sowie die Psychomotorik der Betroffenen gefördert. Dabei kann auf spielerische Art Gedächtnisstörungen entgegengewirkt werden, zum Beispiel mittels Bild- und Tonspielen, Rätseln, Sprichwörtern, Biografiearbeit usw.

- *Realitätsorientierungstraining (ROT)*

Das vorwiegend in Gruppen durchgeführte ROT soll den Menschen mit Demenz unterstützen, sich besser im Alltag zurecht zu finden und ihn möglichst lange vor einer zunehmenden Desorientierung bewahren. Das ROT-Programm ist ein 24-Stundenkonzept, in welches das Institutionspersonal wie auch das familiäre Umfeld einbezogen werden. Das ROT-Programm erfordert eine bestimmte Umfeldgestaltung. Ähnlich wie bei der Milieuthherapie werden durch farbige Symbole, grosse Uhren, usw. Orientierungshilfen geschaffen. Desorientierte Menschen laufen Gefahr, in die Isolation abzugleiten, darum werden zusätzliche Gruppenaktivitäten durchgeführt. Im ROT-Programm können auch Haushaltstrainings (z.B. gemeinsames Einkaufen und Kochen) und Selbsthilfetrainings (z.B. Übungen zum Waschen und Ausziehen) eingebaut werden.

- *Bewegungstherapie*

Nachweislich wirken sich körperliche Aktivitäten auch positiv auf die Hirnleistungen aus. Daher stellt die Bewegungstherapie eine wichtige Säule in der Demenzbehandlung dar, wobei sie sowohl als Einzelbehandlung als auch im Rahmen einer Gruppengymnastik erfolgen kann. Bei der Gruppenzusammenstellung ist auf ein ähnliches Leistungsniveau zu achten, um Über- oder Unterforderung zu vermeiden. Als motivationsfördernd hat sich die Verwendung von weichen, gut sichtbaren und griffigen Gegenständen erwiesen. Meist werden die verschiedenen Bewegungsübungen im Sitzen durchgeführt. Der Einsatz von Musik oder das Singen altbekannter Lieder wird die Bewegungsfreude zusätzlich steigern.

- *Kreative Therapie*

Ausgehend von den Interessen der Betroffenen können hier eine Reihe von möglichen kreativen Mitteln zum Einsatz kommen wie Malen, Basteln, Töpfern, usw. Es geht darum, dass sich die Betroffenen mit Dingen beschäftigen können, die sie

selbst für sinnvoll halten und die ihnen Freude bereiten. Das Ziel ist die Stärkung ihres Selbstwert- und Identitätsgefühls.

(Füsgen, 2001⁴, S. 147-161)

Es folgt nun eine Definition des Aktivierungsbegriffs im Berufsfeld der SKA und der SA.

3.6.1 Aktivierung in der Soziokulturellen Animation

Wie im Kapitel 3.2 beschrieben, kann keine allgemein gültige Definition der SKA gegeben werden, doch bei allen Begriffsbestimmungen geht es um die Aktivierung von Individuen und Gruppen. Der Begriff Aktivierung ist für die SKA von zentraler Bedeutung und sie verfügt über zahlreiche Methoden zu deren Umsetzung. Dieses Kapitel stellt die Bestrebungen der SKA dar, die Aktivierung methodisch umzusetzen.

In empirischen Studien wurde festgestellt, dass ein enger Zusammenhang zwischen dem Grad der Aktivitäten von Menschen und deren Lebenszufriedenheit besteht. Das Fortsetzen und Weiterentwickeln von sozialen Beziehungen erhöht die Lebenszufriedenheit. Doch gerade Menschen im höheren Alter verlieren immer mehr Bezugspersonen, was zu Krisen führen kann. Die Studien haben ergeben, dass gezielte Aktivitäten diese Verluste kompensieren und die alten Menschen wieder zu mehr Lebenszufriedenheit und neuen sozialen Kontakten führen können. (Schroeter & Prah, 1999, S. 104)

Es gibt zwei Perspektiven, die in der SKA punkto Aktivierung eingenommen werden: Die erste Perspektive setzt ihre Untersuchung beim gesellschaftlichen Wandel an. Sie sieht das Individuum in einer Situation der Orientierungslosigkeit und Überforderung. Es kann dann nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Die Animation will dazu beitragen, dass es diesem Menschen wieder vermehrt möglich wird, sich zu orientieren und sein Leben aktiv mitzugestalten. Die SKA ist überzeugt, dass dafür gemeinschaftliches Handeln unerlässlich ist. (Moser et al., 1999, S. 24-25) Menschen mit Demenz können, durch ihre Krankheit, vermehrt an Orientierungslosigkeit leiden. Ausgehend von den Bedürfnissen der Betroffenen, könnte es Aufgabe der SKA sein, ihnen Partizipationschancen zu ermöglichen und sie wieder vermehrt in die Gesellschaft zu integrieren.

Die zweite Perspektive setzt bei der Gestaltung der Freizeit an. Ziel ist eine sinnvolle Nutzung dieser Zeit. Diese Nutzung kann vorerst auf einen individuellen Gewinn ausgerichtet sein und danach eine Steigerung der Lebensqualität hervorrufen, indem die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen zum Zuge kommen. Die SKA zielt aber schlussendlich darauf ab, diesen individuellen Nutzen auch auf die Gemeinschaft auszuweiten. Die SKA verfügt über eine Reihe von Strategien und Kompetenzen, die auf eine inhaltliche Gestaltung von Freizeitsituationen für Gruppen ausgerichtet sind. (Moser et al., 1999, S. 25-31) Menschen, die in einem Alters- oder Pflegeheim wohnen, haben viel freie Zeit. Es geht darum, diese Zeit bedürfnisgerecht zu gestalten, sodass ihr Wohlbefinden und ihre Selbständigkeit gefördert werden. Erst einmal sollen sie zur aktiven Teilnahme angeregt werden, was zu einer lustvolleren und selbstständigeren Lebensgestaltung beitragen und das gemeinsame Erleben fördern wird. Gelingt es, die Betroffenen zu animieren, könnten sich die positiven Effekte auf die anderen HeimbewohnerInnen, das Pflegepersonal sowie das gesamte Umfeld auswirken.

Um das Berufsverständnis der SKA in Bezug zur Aktivierung verständlicher zu machen, sollen folgende Begriffe erklärt werden:

- ***agogische Beziehung***

Dieser durch Spierts (1998) geprägte Begriff beschreibt die spezielle Beziehung, welche in der SKA entsteht. Sie unterscheidet sich von einer privaten Beziehung, da der/die Soziokulturelle AnimatorIn in doppelter Hinsicht verpflichtet ist. Der/die Soziokulturelle ArbeiterIn hat eine institutionelle Verantwortung und daher eine ganz andere Position, als die TeilnehmerInnen oder Freiwilligen. Andererseits ist der/die AnimatorIn aber auch den TeilnehmerInnen gegenüber verpflichtet, und eine partnerschaftliche Beziehung zu ihnen ist elementar für die Zusammenarbeit.

Der Begriff Partnerschaft ist für Spierts (1998) passend, um das Charakteristische der agogischen Beziehung definieren zu können. Die an einer Partnerschaft Beteiligten verkehren sowohl vertraulich als auch distanziert miteinander. Distanz ist in der agogischen Beziehung ein wesentlicher Bestandteil, um die TeilnehmerInnen so selbständig wie möglich walten zu lassen. In einer solchen Partnerschaft wird die Individualität nur gerade dort zum Thema gemacht, wo es für die vereinbarten Ziele relevant ist. Eine agogische Beziehung ist zeitlich beschränkt und thematisch gebunden. Respekt und Grosszügigkeit sind die Grundlagen, um Dialoge zu beginnen, gegenseitiges Lernen zu ermöglichen und beidseitiges Vertrauen aufbauen zu können. Die Adressatinnen/Adressaten sollen möglichst viele eigene Erfahrungen einbringen können. Daher strebt die SKA eine frühe Partizipation der Zielgruppe an. (Spierts, 1998, S. 119) Die Voraussetzung, um überhaupt mit älteren Menschen arbeiten zu können, ist ein vertrauensvolles Verhältnis im Sinne einer partnerschaftlichen Beziehung. Die Grundzüge dieser Haltung finden auch in der Aktivierung von Menschen mit Demenz Anwendung, doch muss in diesem Bereich stark auf das Individuum eingegangen werden und eine frühe Partizipation ist kaum mehr möglich.

- ***Partizipation***

Partizipation ist ein Schlüsselbegriff in der Animation. Nach Moser et al. (1999) gibt es fünf verschiedene Stufen von Partizipationsmöglichkeiten. Die Stufen 1 (Information) und 2 (Mitsprache) werden als unechte Beteiligungsformen definiert, da auf diesen Stufen noch keine Entscheidungskompetenzen zugesprochen werden. In den weiteren Stufen 3 (Mitentscheidung), 4 (Mitbeteiligung & Realisierung), 5 (Kontrolle) bekommen die Beteiligten immer mehr Verantwortung zugesprochen. Das oberste Ziel der Interventionsposition des/der Animatoren/Animatorinnen ist die Selbständigkeit der Beteiligten. Daher soll eine Gruppe so begleitet werden, dass sie schlussendlich die Kontrolle selbst übernehmen kann. (Moser et al., 1999, S. 109-114) Bei Menschen mit einer Demenz werden sich die Partizipationsmöglichkeiten hauptsächlich auf den Stufen 1 und 2 bewegen. Ein Zuviel an Entscheidungs- und Handlungskompetenzen könnte die Erkrankten rasch überfordern. Die Betroffenen aber so viel wie möglich selber entscheiden und mitbestimmen zu lassen, soll immer Ziel der professionellen Aktivierung sein. Die Selbstständigkeit zu fördern stellt, mit allen Zielgruppen, ein Endzweck der SKA dar.

- ***Freiwilligkeit***

Eine Teilnahme an einer Aktivität muss immer auf Freiwilligkeit basieren. Um Adressatinnen/Adressaten zu motivieren, muss von ihrer Seite ein Interesse oder eine Betroffenheit für ein gewisses Thema vorhanden sein. Erst diese gewährleisten eine freiwillige Partizipation. Der/die AnimatorIn muss also die Bedürfnisse und Interessen der Adressatenschaft genau kennen und entsprechende Angebote

konzipieren. (Moser et al., 1999, S. 110-112) Die Teilnahme an einer Aktivität darf auch im institutionellen Rahmen niemals erzwungen werden. Kann eine Person sich kaum mehr artikulieren, muss herausgefunden werden, getreu der Prinzipien der Validation und mit dem Einbezug der Biografie, durch welche Angebote oder Themen sich der- oder diejenige animieren liesse.

Die Suche nach Anerkennung, nach Prestige, der Wunsch nützlich zu sein und für andere etwas tun zu können entspricht einem Grundbedürfnis des Menschen (Gillet, 1998, S. 119). Auch oder gerade Menschen, die körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, haben ein vermehrtes Bedürfnis nach Selbstachtung und Achtung durch andere. Menschen mit Demenz verlieren den eigenen, inneren Antrieb. Auch können sie logische Handlungsschritte, die zu einem gewünschten Resultat führen, nicht mehr behalten; jedoch behalten sie durchaus die erwähnten Bedürfnisse. Es ist entscheidend, Menschen mit Demenz so weit wie nötig zu befähigen, sich sinnvoll zu beschäftigen. Durch die Umsetzung der beschriebenen animatorischen Leitgedanken werden diese Ziele erreichbar.

3.6.2 Aktivierung in der Sozialarbeit

Anders als bei der SKA findet die Aktivierung der SA in der Beratung statt, wobei es sich um das Erschliessen von Ressourcen und Erhalten von Netzwerken handelt. Wie Klientinnen/Klienten in der SA aktiviert werden können, wird nachfolgend beschrieben.

Die Umsetzung der Aktivierung in der SA erfolgt hauptsächlich über Kommunikation in Beratungsgesprächen, wobei von der systemischen Sichtweise und dem ressourcen- und lösungsorientierten Ansatz ausgegangen wird (vgl. Kapitel 3.2). Wie in der Abbildung in Kapitel 3.2 ersichtlich, hat die SA unterschiedliche Aufgaben und Funktionen, in welchen sie mehr oder weniger aktivierend sein kann.

Im Zusammenhang mit der Aktivierung von Menschen mit Demenz wird davon ausgegangen, dass die Beratung im freiwilligen Kontext stattfindet, somit wären Sozialarbeitenden vorwiegend im Bereich *Information/Service* und *Veränderung/Entwicklung* tätig. Die Aktivierung bei der Funktion *Information/Service* zeigt sich vor allem in der Erschliessung von externen materiellen Ressourcen. Dabei kann es sich beispielsweise um die Geltendmachung von finanziellen Ansprüchen, vermitteln von Pflegeplätzen oder um die Abklärung rechtlicher Aspekte handeln. Bei der *Veränderung/Entwicklung* werden die Angehörigen und Betroffenen beim Problemlösungsprozess unterstützt und beraten. Bedürfnisse klären, Ressourcen ermitteln und Hilfestellung im Umgang mit der Krankheit bieten, könnten hier zentrale Aufgaben sein.

Empowerment

Empowerment nennt sich der Entwicklungsprozess, in welchem Menschen an Kraft und Ressourcen gewinnen, um wieder autonom zu sein und sich in ihrem Leben wieder zurecht zu finden. Das Konzept des Empowerments findet in der SA häufige Anwendung und hat sich für die Aktivierung der Klientinnen/Klienten bewährt. Der Begriff kann unterschiedlich definiert werden. Norbert Herriger erklärt Empowerment anhand von vier Zugängen. Im Zusammenhang mit der Aktivierung von Menschen mit Demenz ist für die SA der transitive Zugang relevant. (Herriger, 1997, S. 11-12)

Im Mittelpunkt der transitiven Betrachtung stehen Personen, die andere in ihrer Hilflosigkeit unterstützen, ermutigen und zur Selbstbestimmung animieren. Sie stellen den Menschen Ressourcen zur Verfügung, auf welche bei Bedarf zurückgegriffen werden kann. (Herriger, 1997, S. 15) Im Demenzbereich könnten die Sozialarbeitenden die Betroffenen sowie die Angehörigen auf ihre Ressourcen aufmerksam machen und ihnen Hilfestellungen zur bedürfnisgerechten Lebensgestaltung vermitteln.

Oft fühlen sich Klientinnen/Klienten macht- und hilflos, wenn sie zur Beratung kommen. Herriger spricht hier von der biographischen Nullpunkt-Erfahrung. Den Klientinnen/Klienten fehlt es an Autonomie und Selbstbestimmung. Hier setzt der Empowerment-Prozess an. (Herriger, 1997, S. 52) Es gibt unterschiedliche Werkzeuge und Methoden, einen solchen Prozess in Gang zu setzen. Herriger nennt bezüglich der Einzelfallhilfe zwei wichtige Werkzeuge:

Case Management

Menschen in belastenden Situationen haben meist mehrere Probleme und die dazu benötigten Hilfsmittel in ihrem alltäglichen Aktionsraum sind oft schon ausgeschöpft. So bleibt ihnen in dieser Situation auch der Zugang zu externen Ressourcen verwehrt oder sie haben keine Kenntnisse darüber. Die Komplexität der Probleme und die Unübersichtlichkeit der Hilffsysteme verlangen nach einem Unterstützungsmanagement. Heute spricht man vom Case Management. Die Sozialarbeitenden übernehmen die Aufgabe der Case ManagerInnen und sind für die Koordination und Organisation zuständig. (Herriger, 1997, S. 91) Bei Menschen mit Demenz sind häufig nebst den Angehörigen weitere Personen oder Institutionen involviert. Sozialarbeitende könnten hier die zentralen Ansprechpersonen sein, die das System überblicken und koordinieren.

Biografiearbeit

Ein zweites wichtiges Werkzeug im Empowerment-Prozess ist die Arbeit an der Biografie. Herriger beschreibt drei Methoden. Die *Erinnerungsarbeit und das biographische Lernen* wagen einen Blick zurück. Beim *biographischen Dialog und der Kontextualisierung von Lebensentwürfen* wird die Gegenwart betrachtet. Der *Kompetenzdialog* befasst sich schliesslich mit der Zukunft. Der Blick in die Vergangenheit wird hier ausgelassen. Es geht darum, Möglichkeiten zu konstruieren, wie der Mensch in Zukunft autonom sein Leben arrangieren und kontrollieren kann. (Herriger, 1997, S. 97)

Bei Menschen mit Demenz sind Erinnerungen aus der Kinder- und Jugendzeit noch am stärksten vorhanden, weshalb hier die Erinnerungsarbeit zur Anwendung kommt. Günter Kreuzpaintner definiert die Biografiearbeit bzw. Erinnerungsarbeit im Demenzbereich als die Erfassung und Auseinandersetzung mit der Lebensbeschreibung von Menschen, um sie für die Gestaltung des Pflege- und Beziehungsprozesses zu verwenden. Die Biografie ist eine Sammlung von Daten, Fakten und Ereignissen, die einen Menschen in seinem Leben prägten. (Kreuzpaintner, 2004, S. 9) Dazu dienen Informationen aus dem historischen Alltag, dem Alltagsgedächtnis, der Lebensgeschichte und dem sozialen Netzwerk (Kreuzpaintner, 2004, S. 20, 24). Die Ziele der Biografiearbeit sind unter anderem eine Vertrauensbasis zu schaffen, die Menschen besser verstehen zu können, individuelle und passende Lösungsansätze zu finden und eine verbesserte, gezielte Pflege und Beschäftigung zu gewährleisten (Kreuzpaintner, 2004, S. 16). Die Biografiearbeit mit Menschen mit Demenz ist wichtig, weil ihr Langzeitgedächtnis noch am aktivsten ist. Um einen geeigneten Umgang mit den Betroffenen zu finden, sind Kenntnisse über die Lebensgeschichte

von grosser Bedeutung. Sozialarbeitende wären aufgrund ihrer Kompetenzen in der Lage, die Biografie zu erarbeiten und daraus mögliche Handlungsansätze abzuleiten.

3.6.3 Aktivierungstherapie

In zwei von fünf Institutionen, die während des Forschungsprozesses besucht wurden, führten Aktivierungstherapeutinnen verschiedene Aktivitäten mit den BewohnerInnen aus. Durch Beobachtung der Arbeitsprozesse und anschliessenden Interviews entstand ein Einblick in die Arbeitswelt der Aktivierungstherapie. Die Arbeit dieser Berufsgruppe weist in vielerlei Hinsicht Ähnlichkeit mit der der SKA auf. Im Folgenden wird definiert, wie Aktivierungstherapeutinnen/Aktivierungstherapeuten arbeiten und welche Ziele sie verfolgen.

Laut der Informationsbroschüre der Höheren Fachschule für Aktivierungstherapie tragen die Fachleute dieser Berufsgruppe dazu bei, die Lebensqualität von kranken oder behinderten Erwachsenen sowie von Betagten in Heimen zu verbessern, indem sie die körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten dieser Menschen gezielt unterstützen und fördern. Fachleute der Aktivierungstherapie informieren sich über die Betroffenen und gestalten individuelle Therapieprogramme, je nach vorhandenen Interessen und Möglichkeiten. Die Klientinnen/Klienten sollen Abwechslung und Gemeinschaft erleben und Orientierung im Sinne einer Tages- und Wochenstruktur erhalten. (Laufbahnberatung Gesundheitsberufe, ohne Datum, S. 2)

Die Aktivierungstherapeutinnen/Aktivierungstherapeuten in Altersheimen machen sich vorerst mit den Biografien, Diagnosen und Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen vertraut. Danach arbeiten sie einen individuellen Behandlungsplan mit definierten Zielen über einen bestimmten Zeitraum aus. Den Inhalt des Behandlungsplans besprechen sie wenn möglich mit den BewohnerInnen und/oder mit den Angehörigen. Die Ziele, Mittel, Strukturen, usw. werden im Laufe der Behandlung evaluiert und angepasst. Neben der Kommunikation stehen den Therapeutinnen/Therapeuten eine Vielzahl an spielerischen, musischen und handwerklichen Mitteln zur Verfügung.

Die wesentlichen Ziele der Aktivierungstherapie sind: Erhalten und Fördern von noch vorhandenen Fähigkeiten sowie Begleiten im Heimalltag. (Tschan, 1999², S. 84-86)

Allgemein ist Aktivierungstherapie eine zeitlich strukturierte, zielgerichtete und kontinuierliche Massnahme. Die aktivierungstherapeutischen Ziele können laut Elvira Tschan aber nur dann zum Tragen kommen, wenn auch das Pflegepersonal eine aktivierende Grundhaltung einnimmt. Zudem betont Tschan die Relevanz der interdisziplinären Zusammenarbeit, um gegenseitige Ressourcen zu nutzen. (Tschan, 1999², S. 84)

Die Aktivierung hat einen therapeutischen Ansatz, mit klar festgelegten Zielsetzungen und Behandlungsprozessen.

Laut Daniela Loehler Zweifel, einer Soziokulturellen Animatorin die in der Aktivierung im Alters- und Pflegeheim Hofmatt arbeitet, liegt der Unterschied der zur Aktivierungstherapie in der anderen Vorgehensweise und Haltung. Frau Loehler bespricht mit dem Pflegepersonal, welche Ressourcen bei den Betroffenen erhalten sind und wie diese gefördert werden können. Ihre wichtigsten Aufgaben in dieser Position bestehen darin, bei der Bewohnerschaft den Aktivierungs- und Betreuungsbedarf abzuklären, die dafür nötigen Ressourcen bereitzustellen und die geeigneten Mitarbeitenden (u.a. AktivierungstherapeutInnen) und Freiwillige zu rekrutieren, um

diesem Bedarf gerecht zu werden. Zudem ist Frau Loehler auch im Bildungsbereich und an diversen in- und externen Projekten aktiv beteiligt, wobei die Projektarbeit im Vordergrund steht. Bei der soziokulturellen Arbeit geht es nicht um das Erreichen von therapeutischen Zielen, sondern darum den Menschen zu beteiligen, ihn an der Gemeinschaft teilhaben zu lassen und ihm Freude zu bereiten. Die BewohnerInnen sollen angeregt werden am Aktivierungsangebot teilzunehmen, dabei entscheiden sie selber, welche Interessen sie pflegen möchten. (Interview vom 27. Mai 2008)

3.6.4 Erkenntnisse

Aus der zusammenhängenden Betrachtung der Betreuungskonzepten und Handlungsmodelle, der Aktivierung im Allgemeinen sowie aus der Sicht der SA und der SKA können erste Einsichten bezüglich der Aktivierung von Menschen mit Demenz abgeleitet werden.

Bei der Arbeit mit Menschen und speziell mit Menschen mit Demenz ist die Aktivierung elementar. Sie beugt der Isolation vor, indem Menschen in eine Gemeinschaft integriert werden; sie bietet Beschäftigung und fördert den Erhalt der aktuellen Fähigkeiten.

Erwin Böhm geht in seinem Pflegemodell von dem Zitat aus „Vor den Beinen muss die Seele bewegt werden“ (Prell, 2002). Das bedeutet, bevor man Menschen überhaupt aktivieren kann, bedarf es an psychischer Zufriedenheit und emotionalem Wohlbefinden. Gerade für Menschen mit Demenz sind aufgrund ihrer abnehmenden Fähigkeiten Emotionen, Anerkennung und das Gefühl von Gebraucht werden wichtig. In der Anwendung der erwähnten Betreuungskonzepte und Handlungsmodelle (Kapitel 3.4 und 3.5) werden auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen wie auch ihr Wohlbefinden gefördert und erhalten. Es sind also nicht in erster Linie medikamentöse Therapien, welche sich positiv auf die Demenzerkrankung auswirken, sondern es geht darum, den Menschen als Ganzes zu sehen und seinen bio-psycho-sozialen Bedürfnissen mit verschiedenen Behandlungsmethoden gerecht zu werden. Die Basis für eine erfolgreiche Aktivierung ist demzufolge ein ganzheitliches Pflegekonzept.

Verfolgt das Pflegepersonal eine aktivierende Grundhaltung und arbeitet nach den erwähnten Modellen, wirkt sich dies positiv auf die Zufriedenheit der BewohnerInnen sowie des Pflegepersonals aus und kann den Arbeitsalltag angenehmer gestalten.

Die Aktivierung wird von Personen aus unterschiedlichen Berufsrichtungen (z.B. Aktivierungs- oder Maltherapie, Pflege, SKA) durchgeführt. Die Grund- und Handlungsansätze der SKA sowie der Aktivierungstherapie sind vor allem in Bezug auf die konkreten Aktivierungsangebote ähnlich und eignen sich im Umgang mit Menschen mit Demenz (vgl. Kapitel 3.6.1, 3.6.3). Laut des Lebensweltorientierten Ansatzes bei der SKA bezieht diese das Umfeld der Betroffenen mit ein und ihre Tätigkeit geht somit über die Aktivierungsangebote hinaus. Im Vergleich sind Sozialarbeitende weniger mit aktivierenden Massnahmen und Beschäftigung im erwähnten Sinne tätig (vgl. Kapitel 3.6.2). Sie verfolgen aber ebenfalls einen systemischen Ansatz und legen bei der Arbeit mit demenzkranken Menschen den Fokus mehr auf die Aktivierung des Umfeldes und auf die Angehörigenarbeit.

Nach der Auswertung der Forschungsergebnisse können umfassende Erkenntnisse abgeleitet werden, welche im Kapitel *Schlussfolgerungen* erläutert werden.

4. Methodisches Vorgehen

Für die Erreichung des Ziels und die Beantwortung der Fragestellungen (vgl. Kapitel 1.3, 1.4) sind nebst theoretischem Wissen auch Kenntnisse über den Umgang in der Praxis notwendig. Um Erkenntnisse aus der Praxis zu erhalten, wird eine qualitative Forschung durchgeführt. Im Gegensatz zu quantitativen Forschungsmethoden ermöglicht die qualitative Forschung mehr Offenheit und Flexibilität. Die Strukturierung der Beobachtung kann an den jeweiligen Beobachtungsort und an die beobachtete Sequenz angepasst werden. Interviewfragen können je nach InterviewpartnerIn anders formuliert und von diesen frei beantwortet werden, da sie sich nicht an vorgegebene Fragebögen orientieren. (Niebuhr & Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V., 2004, S. 11)

In dieser Bachelorarbeit wird als Methode die Grounded Theory angewendet, welche einen umfassenden sozialwissenschaftlichen Erkenntnis- und Forschungsprozess ermöglicht. Zur Datenerhebung können mehrere Verfahren dienen, um ein ganzheitliches Ergebnis zu erhalten. Im Rahmen dieser Arbeit werden in unterschiedlichen Altersheimen Beobachtungen und Interviews durchgeführt, die umfassende Informationen liefern. Der Schwerpunkt der Datenerhebung liegt bei den Beobachtungen. Nachfolgend werden die Stichproben, die Datenerfassung sowie die Datenauswertung nach der Methode der Grounded Theory erläutert.

4.1 Stichprobe

Bei der Forschungsmethode Grounded Theory wird die induktive Stichprobenziehung verwendet. Dabei wird die Stichprobe nicht zu Beginn festgelegt, sondern während der Untersuchungsphase stetig erweitert, um wieder zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. Die neu hinzugekommenen Untersuchungseinheiten sollen sich dabei von den vorherigen unterscheiden. (Metzger, 2008b) Bei dieser in der Deutschschweiz durchgeführten Forschung wurden Unterscheidungen bezüglich den folgenden Kriterien gemacht:

- Pflegemodellen: Nach welchen Grundsätzen arbeitet das Personal?
- Spezialisierung: Besteht eine Wohngruppe für Menschen mit Demenz? Ist das gesamte Heim auf Menschen mit Demenz spezialisiert? Wird keine Unterscheidung gemacht?
- Örtlichkeit: unterschiedliche Kantone in der Deutschschweiz
- Zuständigkeit: Wer führt die Aktivierungsangebote aus?
- Häufigkeit und Art der Aktivierung: Wie oft und welche Aktivierungsangebote werden durchgeführt?

Folgende Institutionen wurden nach der beschriebenen Stichprobe ausgewählt:

Wohnheim Sonnenberg, Winterthur ZH

Seit Januar 2007 hat sich das ehemalige Alters- und Pflegeheim zu einem Wohnheim für Menschen mit Demenz spezialisiert. Zum Zeitpunkt der Forschung befindet sich das Heim noch in der Übergangsphase, weshalb erst fünf Personen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz und eine Person mit einer schweren Demenz dort leben. Insgesamt bietet das Wohnheim Platz für 15 BewohnerInnen. Das Pflegepersonal arbeitet nach den Handlungsmodellen der Milieutherapie, der Validation (vgl. Kapitel 3.5) und der Kienästhetik und lässt sich regelmässig zum Thema Demenz und dem Umgang mit Betroffenen weiterbilden. Die BewohnerInnen erhalten eine ganzheitliche, individuelle und bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung. Das

Aktivierungsangebot findet einmal wöchentlich statt. Nebenbei werden teilnehmende Aktivitäten z.B. im Haushalt gefördert. Für die Aktivierung ist eine ehemalige Kindergärtnerin zuständig, welche sich im Bereich Aktivierung weitergebildet hat. (Wohnheim Sonnenberg, o.D.)

Seniorenzentrum Sunneziel, Meggen LU

Das Seniorenzentrum Sunneziel ist ein Alters- und Pflegeheim für ältere Menschen mit Wohnsitz in Meggen. Das Leitbild des Seniorenzentrum Sunneziel hält fest, dass die BewohnerInnen mit ihren individuellen Bedürfnissen im Mittelpunkt stehen. Selbstbestimmung, Förderung und Erhaltung der Selbstkompetenz wie auch grösstmögliche Selbständigkeit stehen an oberster Stelle. Für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung besteht die betreute Wohngruppe „Rosegarte“. Die neun BewohnerInnen befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung. Das Pflegepersonal der Wohngruppe hält sich bei ihrer Arbeit an das psychographische Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm (vgl. Kapitel 3.4). Alle Betreuungspersonen haben beruflich einen pflegerischen Hintergrund und haben eine auf Demenz und eine, nach dem Pflegemodell von Böhm spezialisierte Ausbildung genossen bzw. werden diese noch machen. Sie sind sowohl für die Pflege wie auch für die Aktivierung verantwortlich. (Seniorenzentrum Sunneziel, o.D.)

Alters- und Pflegeheim Hofmatt, Münchenstein BL

Im Alters- und Pflegeheim Hofmatt leben, aufgeteilt in sieben Wohngruppen, 124 BewohnerInnen mit unterschiedlichem Betreuungs- und Pflegebedarf. Auch der Grad der Demenzerkrankungen unterscheidet sich, wobei in den Wohngruppen keine Trennung stattfindet. Es gibt eine Wohngruppe „rot“, die speziell für weglaufgefährdete Menschen und solche mit einer schweren Demenz konzipiert wurde. Ein Team von vier Personen führt die Aktivierungsangebote durch. Die Leiterin dieses Teams, Daniela Loehler Zweifel, ist soziokulturelle Animatorin. Ihr Aufgabenbereich erstreckt sich über Aktivierungsangebote, Bedarfsabklärungen bei den BewohnerInnen, Koordination der Freiwilligenarbeit sowie verschiedene Projekte zur internen und externen Zusammenarbeit. Die anderen Teammitglieder haben unterschiedliche berufliche Hintergründe: Bewegungspädagogin und Lehrerin für musikalische Früherziehung, Werklehrerin, Kunsttherapeutin. Es finden jährlich ca. 100 kleinere bis grössere Veranstaltungen statt. Wöchentlich werden Aktivierungen (Musik, Bewegung, singen, malen, Ausflüge etc.) für Gruppen wie auch für einzelne Personen angeboten. In der Hofmatt hat die Aktivierung einen hohen Stellenwert. Die Förderung und der Erhalt der Selbständigkeit, der Fertigkeiten und Fähigkeiten sind dabei zentral. Die BewohnerInnen werden in ihrer Einzigartigkeit respektiert, wertgeschätzt und in ihrer Selbstbestimmung unterstützt. (Alters- und Pflegeheim Hofmatt, o.D)

Pflegezentrum Seeblick, Stäfa ZH

Das Pflegezentrum Seeblick hat sich auf Menschen mit Demenz spezialisiert und arbeitet nach dem Drei-Weltenmodell entwickelt von Dr. Christoph Held. (vgl. Kapitel 2.2) Validation, basale Stimulation und Kienästhetik werden dabei angewendet. Auch wird grossen Wert auf eine phasengerechte Milieugestaltung gelegt. Es werden drei Stufen der demenziellen Erkrankungen unterschieden. Im Pflegezentrum Seeblick leben vor allem Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Demenz. Für Personen mit einer mittelschweren Erkrankung besteht eine weglaufgeschützte Wohneinheit und eine Wohngruppe. Menschen mit einer schweren Erkrankung leben in der geschlossenen Wohneinheit. Die Aktivierungsangebote werden am Grad der Erkrankung angepasst. Alltagsaktivitäten wie Spaziergänge, spielen, Gespräche führen werden vom Team „Pflege und Betreuung“

durchgeführt. Die Aktivierungstherapie, welche täglich stattfindet, wird von ausgebildeten Aktivierungstherapeutinnen durchgeführt. (Pflegezentrum Seeblick, o.D.)

Alterszentrum Adlergarten, Winterthur ZH

Das Alterszentrum Adlergarten bietet den Bedürfnissen der BewohnerInnen entsprechende Wohnformen an. Für Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wurde eine spezielle, geschützte Wohngruppe eingerichtet, die 14 Personen Platz und viel Bewegungsfreiheit bietet. Die BewohnerInnen befinden sich in unterschiedlichen Stadien der Erkrankung. Das Personal hält sich an die Prinzipien der Milieuthherapie und vertritt eine aktivierende Grundhaltung. Bei der Betreuung der Betroffenen gilt es vor allem, ihre individuell noch vorhandenen Gedächtnis- und Denkfunktionen zu fördern, Beschäftigung anzubieten und ihre Bedürfnisse und Fähigkeiten anzuerkennen. Der ganze Tag wird als Aktivierung gesehen und alle Pflegenden führen Aktivitäten durch. Zusätzlich einmal pro Woche behandelt eine Therapeutin die BewohnerInnen mit einer gezielten Aktivierung. (Alterszentrum Adlergarten, o.D.)

4.2 Erhebung und Aufbereitung durch Beobachtung

Um möglichst nahe an der Praxis zu forschen und den Aufgabenbereich der Aktivierungsfachpersonen in den Institutionen erfassen zu können, ist die Methode der Beobachtung angezeigt. Dabei können die Handlungen und das Verhalten direkt miterlebt werden. Die Aktivierungsangebote der Altersheime, die Arbeitsmethoden des Fachpersonals, die Reaktionen der BewohnerInnen sowie die Frequenz ihrer Teilnahme an den Aktivierungsangeboten werden erhoben. Sämtliche Beobachtungen enthalten unweigerlich subjektive Wahrnehmungen der beobachtenden Personen. Da jedoch keine Prozesse, sondern nur die beobachteten Handlungen festgehalten und im Anschluss Gespräche mit den Aktivierungstherapeutinnen geführt werden, können die Auswirkungen der subjektiven Wahrnehmungen relativiert werden.

Beobachtungen können unterschiedlich vorgenommen werden und sind gemäss den Dimensionen Systematik, Offenheit und Teilnahme zu unterscheiden (Atteslander, 1995, S. 114 in Reichmuth & Emmenegger, 2008, S. 1).

Bei strukturierten Beobachtungen werden einzelne Aspekte gezielt beobachtet, wohingegen die unstrukturierte Variante unvoreingenommener und offener stattfindet (Flick, 1996, S. 153 & 159 in Reichmuth & Emmenegger, 2008, S. 1). In diesem Forschungskontext soll die Beobachtung Aufschluss über die Aktivierungsangebote für Menschen mit Demenz in Altersheimen geben, wobei die Aufmerksamkeit nicht eingeschränkt sein sollte. Aus diesem Grund wird die Beobachtung unsystematisch durchgeführt und lediglich von den folgenden zwei Fragen geleitet:

- Was wird vom Pflegepersonal bzw. von Aktivierungstherapeutinnen bezüglich Aktivierung gemacht?
- Wie wirkt diese Aktivierung bei den Betroffenen?

Bei einer offenen Beobachtung werden die beobachteten Personen im Voraus informiert. Die verdeckte Beobachtung findet ohne Information statt und wird vor allem dann angewandt, wenn eine offene Beobachtung sich auf die Verhaltensweise der beteiligten Personen störend und einschränkend auswirken würde. (Atteslander, 1995, S. 109; Flick, 1996, S. 152-153 in Reichmuth & Emmenegger, 2008, S. 1) Eine verdeckte Beobachtung in einem Altersheim bzw. in einer Wohngruppe ist aufgrund

des Settings kaum möglich. Zudem geht es bei dieser Forschungsarbeit nicht um die Bewertung des Aktivierungsangebotes oder dessen Qualität. Dadurch kann weitgehend ausgeschlossen werden, dass sich das Personal anders verhält. Für die BewohnerInnen sind Besuche nichts Ungewöhnliches. Deshalb kann angenommen werden, dass sie sich ihrer Tagesverfassung entsprechend verhalten. Aus diesem Grund wird die Beobachtung offen gelegt und das Vorgehen gegenüber dem Personal klar kommuniziert.

Eine teilnehmende oder nicht-teilnehmende Beobachtung ist davon abhängig, inwieweit die beobachtenden Personen zum aktiven Teil des beobachteten Feldes werden. Bei der nicht-teilnehmenden Beobachtung wird auf jegliche Intervention verzichtet. (Atteslander, 1995, S. 115; Flick, 1996, S. 153 in Reichmuth & Emmenegger, 2008, S. 1) Um die Wirkung der Aktivitäten und die Teilnahme der Betroffenen genau beobachten zu können, ist es wichtig, möglichst nahe dabei zu sein. Daher finden Beobachtungen über den ganzen Tag verteilt statt. Jedoch beeinflusst die teilnehmende Beobachtung den Ablauf der Aktivitäten nicht.

Die Beobachtungen in den erwähnten Heimen dauern jeweils zwei Tage. Für jede Institution wird ein Dokument erstellt, in welchem die beobachteten Sequenzen schriftlich festgehalten werden. Im Anhang Nr. 2 sind diese Sequenzen aufgelistet.

4.3 Erhebung und Aufbereitung durch Interviews

Durch Beobachtungen lassen sich die Hintergründe der Aktivierung nicht erkennen. Die Fragestellungen in Kapitel 1.3 zielen nicht nur auf die Art der Angebote ab sondern auch auf die Wirkung und die Absichten einer Aktivität. Zur Ergänzung und für ein ganzheitliches Resultat sind somit weiterführende Interviews mit den für die Aktivierung zuständigen Personen notwendig. In Form von Leitfadeninterviews werden die fehlenden Informationen erschlossen.

Allgemein werden mit Demenzbetroffenen, Pflegepersonal und aktivierenden Personen Gespräche geführt. Bewusst wurde auf die Befragung von Angehörigen verzichtet. Dieses Themenfeld wird bereits in einer anderen Bachelorarbeit behandelt. Der Fokus dieser Arbeit richtet sich auf die Aktivierung mit Menschen mit Demenz und daher sind Interviews mit Angehörigen für die Beantwortung der Fragestellungen nicht unbedingt erforderlich. Die Angehörigenarbeit in diesem Bereich hat aber einen hohen Stellenwert und in den Schlussfolgerungen wird darauf Bezug genommen.

Leitfadeninterviews bieten eine grössere Offenheit als Fragebögen, sind aber strukturierter als ein narratives Interview. Ein Leitfaden beinhaltet Fragen, die gewährleisten, dass gewisse Themenbereiche angesprochen werden. Ihre Formulierung erleichtert es der interviewten Person, frei und offen zu erzählen. Diese Leitfragen werden durch Stütz- oder Nachfragen ergänzt, um noch eventuell fehlende, konkretere Antworten zu erhalten. (StremLOW, 2006, S. 1-2)

Die Leitfadeninterviews in dieser Forschung werden gestützt auf die vorangegangenen Beobachtungen (vgl. Kapitel 4.2) durchgeführt und beziehen sich auf die beobachteten Sequenzen. Die Leitfragen der Interviews entsprechen somit auch denen der Beobachtung:

- Was wird vom Pflegepersonal bzw. von Aktivierungstherapeutinnen bezüglich Aktivierung gemacht?
- Wie wirkt diese Aktivierung bei den Betroffenen?
- Wie arbeiten die für die Aktivierung Zuständigen und mit welcher Zielsetzung?

Da sich die Beobachtungssequenzen stark voneinander unterscheiden können und in jeder Institution unterschiedlich stattfinden, kann für die Stützfragen kein allgemeingültiger Fragebogen erstellt werden. Diese Fragen werden den jeweiligen Aktivierungsangeboten und Sequenzen angepasst.

Die Interviews werden auf Tonband aufgenommen, anschliessend paraphrasiert und in das bereits in 4.2 erwähnte Dokument der einzelnen Institutionen eingefügt. Ein Beispiel eines solchen Dokumentes befindet sich im Anhang Nr. 3.

4.4 Auswertungsmethode: Grounded Theory

Die Grounded Theory wurde in den 60er Jahren von Anselm Strauss und Barney Glaser entwickelt. Der Begriff Grounded Theory ins Deutsche zu übersetzen erweist sich als schwierig, da sich die Fachleute darüber nicht einig sind. Am häufigsten wird der Begriff mit „gegenstandsbezogene Theorie“ übersetzt, welche auch das Resultat der Forschungsmethode darstellt. (Strübing, 2008, S. 7 & 13) Diese Theorie entsteht aus der Verbindung von recherchierten bereits bestehenden Theorien sowie den Ergebnissen und Erkenntnissen aus der Datenerhebung und ist somit nicht als abschliessende oder formale Theorie zu bezeichnen. (Strübing, 2008, S. 14 & 15) Die Datenerhebung kann anhand unterschiedlicher Verfahren erfolgen. Im Unterschied zu anderen Forschungsmethoden können bei der Grounded Theory die Schritte der Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung parallel verlaufen und immer wieder neu angepasst werden. (Strübing, 2008, S. 15)

Die Auswertung der empirischen Daten mit der Grounded-Theory-Methode erfolgt über ein mehrstufiges Verfahren, welches Strauss und Glaser als Kodieren bezeichnen. Die Leitidee dieses Konzeptes ist das ständige Vergleichen der Daten. Damit können Gemeinsamkeiten und Unterschiede der erhobenen Daten erkannt und theoretische Konzepte der Kategorien generiert werden. Strauss hat dazu einen dreistufigen Kodierprozess entwickelt. (Glaser & Strauss, 1998, in Strübing, 2008, S. 18-20) Im Anhang 3 und 4 lassen sich die Dokumente zu den einzelnen Stufen finden und im folgenden Kapitel 5 werden die Ergebnisse des Kodierprozesses erläutert. Nachfolgend wird das Auswertungsverfahren dargestellt:

Offenes Kodieren

Beim offenen Kodieren geht es darum, einzelne Textteile der Protokolle aus den Beobachtungen und Interviews mit Codes zu versehen. Als Hilfestellung beim Kodieren können theoriegenerierende Fragestellungen dienen, die Aufschluss über die Art, den Grund, die Verantwortlichkeit etc. der Aktivierungsangebote und der Befindlichkeit der Teilnehmenden geben. Zusätzlich werden Erkenntnisse und Hypothesen formuliert und erste Gemeinsamkeiten und Differenzierungen herausgearbeitet. Diese Thesen werden auf Memokarten festgehalten und mit relevanten Theorien und Fachwissen aus Literatur, Internet und Praxis ergänzt. (Schallberger, 2005, S. 30)

Axiales Kodieren

Die entstandenen Codes, Erkenntnisse und Vergleiche werden beim axialen Kodieren in Kategorien zusammengefasst, sogenannte Achsenkategorien. Diesen Achsenkategorien werden Eigenschaften, Ursachen und Konsequenzen zugeschrieben. (Böhm, 2005, S. 479, in Metzger, 2008a, S. 2 & 3) Im Kapitel Forschungsergebnisse werden die Achsenkategorien aufgelistet und konkret beschrieben.

Selektives Kodieren

Beim selektiven Kodieren werden schliesslich die Kategorien bezüglich der Eignung zur Bildung einer Kernkategorie überprüft. Diese Kernkategorie steht im Zentrum der gegenstands begründeten Theorie und bildet somit das Resultat des Forschungsprozesses. (Metzger, 2008a, S. 3) Die Kernkategorie, welche aus dem Forschungsprozess dieser Arbeit entstanden ist, wird im Kommenden erläutert.

5. Forschungsergebnisse

Das Ziel dieser Forschungsmethode ist die Bildung einer Kernkategorie, die sich zum Schluss als entscheidende Kategorie in Bezug auf die Aktivierung bei Menschen mit Demenz herauskristallisiert. Sie fasst die Erkenntnisse der Forschung zusammen und erläutert die zentralen Aspekte der Aktivierung bei Menschen mit Demenz. Daraus wird die gegenstandsbegründete These abgeleitet. Die Daten werden anhand von Beobachtungen und Interviews in fünf Alters- und Pflegeheimen erhoben und ausgewertet. Nach der Kodierung der gewonnenen Datenmenge, werden Kategorien und Achsenkategorien gebildet, wobei das erworbene Wissen aus dem Literatur- und Internetstudium miteinbezogen wird. In diesem Kapitel sollen nun die wichtigsten Achsenkategorien mit den dazugehörigen Kategorien erläutert und begründet werden. Es wird dargestellt und begründet, wie die Kernkategorie gebildet und ausgewählt wird.

Es werden sieben Achsenkategorien gebildet. Diese setzen sich aus verschiedenen Kategorien und deren Codes zusammen, die sich thematisch und kontextbedingt verbinden lassen. Im Anhang Nr. 4 findet sich eine Liste, in welcher die Achsenkategorien mit den Kategorien und Codes aufgeführt sind. Von den sieben Achsenkategorien werden die fünf haltvollsten mit den dazugehörigen Kategorien nachfolgend genauer vorgestellt. Die kommende Tabelle zeigt eine Übersicht:

Achsenkategorien	Kategorien
nicht-medikamentöse Therapieformen	<ul style="list-style-type: none"> • musische Aktivitäten • Gedächtnistraining • körperliche Aktivitäten
Wohlbefinden	<ul style="list-style-type: none"> • emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit • Förderung des Gemeinschaftssinns • Hilfsmittel und Orientierungshilfen • Körperwahrnehmung • Sinneserfahrungen in der Natur
Individualität	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme • Über- und Unterforderung • Individualität
bedürfnisorientiertes Arbeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Arbeitsweise an Leistungsniveau • Verhalten und Arbeitsweise der aktivierenden Person (AP)
Selbständigkeit und Selbstwert	<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsaktivität • innere Uhr • Tagesstruktur

Tabelle 3: Achsenkategorien und Kategorien

• **nicht-medikamentöse Therapieformen**

Unter dieser Achsenkategorie lassen sich die Kategorien *musische Aktivitäten*, *Gedächtnistraining* und *körperliche Aktivitäten* einordnen.

Zu den *musischen Aktivitäten* können folgende Erkenntnisse festgehalten werden: Musik ruft Emotionen und Erinnerungen wach und ist speziell bei Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wichtig, da sie oft den Zugang dazu verloren haben.

Frau Szostek berichtet, dass die BewohnerInnen trotz Wortfindungsstörungen Lieder aus der Kinder- oder Jugendzeit noch auswendig singen können (Interview vom 11. Juni 2008). Nebst dem Wachrütteln von Erinnerungen an den Text löst das Singen von Liedern auch Assoziationen aus. Es stellt Verbindungen zur Kindheit und Jugend her. Bilder aus der Vergangenheit steigen auf und teils werden diese auch erzählt. Neben diesem positiven kognitiven und emotionalen Teil kann beobachtet werden, dass Singen den Beteiligten offensichtlich Spass macht und es die Geselligkeit fördert. (Beobachtungen vom 30. Mai und 11. Juni 2008)

Beim *Gedächtnistraining* im Alterszentrum Adlergarten nennt die aktivierende Person (Frau Szostek, Beobachtung vom 11. Juni 2008) den Anfang eines Sprichworts und lässt den Text von der Gruppe vervollständigen. Rasch und scheinbar ohne nachzudenken, können viele Teilnehmenden das Ende des Sprichworts aufsagen. „Früh erlerntes Wissen, wie Gedichte und Reime aufsagen sowie das Langzeitgedächtnis sind noch lange erhalten und können in kognitiven Trainings genutzt werden“, so Frau Baumann, die in der Aktivierung im Alterszentrum Adlergarten arbeitet. Trainings bei denen sich die Betroffenen konzentrieren müssen, rät die Befragte weiter, sollten immer in geschlossenen, ruhigen Räumen stattfinden, denn Menschen mit Demenz liessen sich schnell ablenken, hätten Mühe sich zu konzentrieren, und es könne zu einer Reizüberflutung kommen. Wenn möglich sollten alle fünf Sinne angesprochen werden. Eine immer gleiche Anfangs- und Endsequenz helfe den Teilnehmenden, sich zu situieren und bringe Struktur ins Training. (Interview vom 12. Juni 2008)

Wir erfahren, dass *körperliche Aktivitäten* für viele Menschen mit Demenz enorm wichtig seien, da sie oft von einer inneren Unruhe geplagt würden. Dieser Unruhe könne durch Bewegung und Beschäftigung entgegengewirkt werden. Offensichtlich sind viele BewohnerInnen körperlich noch fit und verspüren den Drang, sich zu bewegen. Im Alterszentrum Adlergarten spielt sich diese kleine Szene ab: Eine Frau will am Nachmittag spazieren gehen, doch hat das Pflegepersonal gerade keine Zeit. Die Seniorin wird wütend. Schliesslich findet sich eine Begleitung für sie. Sie beruhigt sich sofort wieder, macht sich zufrieden mit der Pflegerin auf den Weg und scheint ihren emotionalen Ausbruch sogleich vergessen zu haben. „Es ist sehr wichtig, auf den starken Bewegungsdrang der BewohnerInnen einzugehen, sonst könnten sie Unruhe auf der ganzen Abteilung auslösen“, kommentiert Frau Baumann. „Spaziergänge werden von den SeniorInnen sehr geschätzt und regen sie in vielfältiger Weise an“. (Beobachtung und Interview vom 12. Juni 2008)

In vier der untersuchten Institutionen werden auch „Turnstunden“ angeboten, in denen die körperliche Betätigung gepflegt wird. „Bei Ballspiel, Stuhltanz, Bändertraining usw. werden neben dem Körpertraining und der Körperwahrnehmung auch die Gemeinsamkeit und die Sozialkompetenz gefördert, da sich die Teilnehmenden immer wieder gegenseitig unterstützen müssen“, erklärt Margrit Giger, welche die Turnstunden in der Hofmatt durchführt. Es sei daher entscheidend, sich vorher die Sitzordnung zu überlegen. So könne das Selbstbewusstsein der helfenden älteren Person gefördert werden. (Interview vom 28. Mai 2008) Gemäss Frau Ambühl sei das Wiederholen von Übungen auch für die Erfolgserlebnisse und das Selbstwertgefühl der Betroffenen förderlich (Interview vom 10. Juni 2008). In einer Turnstunde im Pflegezentrum Seeblick wird beobachtet, wie die SeniorInnen, die sonst sehr unruhig sind und mit welchen kaum kommuniziert werden kann, aufblühen und Freude zeigen (Beobachtung vom 10. Juni 2008).

- **Wohlbefinden**

Emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit, Förderung des Gemeinschaftssinns, Hilfsmittel und Orientierungshilfen, Körperwahrnehmung sowie Sinneserfahrungen in der Natur sind Kategorien, die sich unter die Achsenkategorie *Wohlbefinden* einordnen.

Lachen, Spass und Freude sind Ausdrücke der *emotionalen Zufriedenheit und Befindlichkeit*. Bei vielen Aktivitäten sind sie zu beobachten. Vor allem beim Singen, Tanzen und Turnen herrscht eine angenehme Atmosphäre und die BewohnerInnen lachen viel. In einem Interview erläutert das Pflegepersonal vom Seniorenzentrum Sunneziel: „Für Menschen mit Demenz sind Wertschätzung und Anerkennung wichtig. Je mehr ihre Fähigkeiten abnehmen, desto eindeutiger müssen sie das Gefühl des Gebrauchtwerdens erfahren, damit ihr Selbstbewusstsein erhalten bleibt“. (Interview vom 14. Mai 2008)

Die Beobachtung vom 14. Mai 2008 in der Wohngruppe „Rosegarte“ zeigt, wie motiviert die BewohnerInnen im Haushalt mithelfen, wenn sie merken, dass ihre Hilfe benötigt wird und sie im Anschluss dafür eine kleine Belohnung erhalten. Wenn keine Aktivitäten stattfinden und die BewohnerInnen ohne Beschäftigung am Tisch sitzen, wird die Stimmung leicht gereizt, und es entstehen eher kleine Streitereien.

Ältere Menschen und speziell Menschen mit Demenz ziehen sich oft aus dem sozialen Umfeld zurück und verlieren somit wichtige Kontakte. In vier von fünf Heimen, in welchen Beobachtungen durchgeführt wurden, gibt es nebst Einzel- auch geplante Gruppenaktivitäten, was zur *Förderung des Gemeinschaftssinns* beiträgt. Im Pflegezentrum Seeblick wird stark darauf geachtet, dass immer dieselben Personen an den jeweiligen Aktivitäten teilnehmen. Dadurch werde Vertrauen unter den Teilnehmenden geschaffen, und es entstehe ein Gruppengefühl. (Interview vom 10. Juni 2008). Die Teilnehmenden unterstützen sich gegenseitig, sie unterhalten sich ohne Inputs der Aktivierungstherapeutin oder gehen gemeinsam spazieren (Beobachtung vom 10. und 18. Juni 2008). Dies ist bei der Beobachtung in der Wohngruppe „Rosegarte“ vom 14. und 19. Mai 2008 weniger ersichtlich, obwohl dort die BewohnerInnen zusammen leben und es nur wenig Wechsel gibt. Im Gegensatz zu den anderen Heimen finden dort keine regelmässig geplanten Gruppenaktivitäten statt.

Menschen mit Demenz haben aufgrund ihrer Erkrankung Schwierigkeiten, sich zu orientieren. *Hilfsmittel und Orientierungshilfen* dienen ihnen, sich in der Umgebung zu recht finden und sich in ihrem Lebensraum wohl zu fühlen. In allen Heimen finden sich solche Orientierungshilfen, z.B. sind Räume mit unterschiedlichen Farben markiert, sind Liedertexte in vergrößerter Schrift gedruckt, das Lottospiel besteht aus einfacheren und vergrößerten Zahlen, Einrichtungsgegenstände stammen aus früheren Zeiten, persönliche Bilder zieren die Wände, etc. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008).

Gerade im mittleren und schweren Stadium der Erkrankung kann die Kommunikation mit Menschen mit Demenz erschwert sein und die *Körperwahrnehmung* wird wichtiger. Die Aktivierungstherapeutin aus dem Pflegezentrum Seeblick erwähnt im Interview vom 10. Juni 2008, dass der Körperkontakt bei Kommunikationsschwierigkeiten helfe, den Zugang zu den BewohnerInnen herzustellen. In allen Heimen ist zu sehen, wie das Pflegepersonal und die aktivierenden Personen die BewohnerInnen kurz berühren oder an der Hand halten (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008).

Die erwähnte Körperwahrnehmung kann auch über *Sinneserfahrungen* stattfinden. Im Alterszentrum Adlergarten sowie im Alters- und Pflegeheim Hofmatt werden während der Spaziergänge Blumen und Pflanzen gesammelt; die BewohnerInnen können sie anfassen und ihren Duft riechen. So werden ihre Sinne angeregt und ihre Erinnerungen geweckt. (Beobachtungen vom 25. Mai und 12. Juni 2008)

- **Individualität**

Unter diese Achsenkategorie fallen *Teilnahme, Über- und Unterforderung* und *Individualität*.

Daniela Loehler nimmt in ihren Aktivierungsstunden die Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen auf und versucht, diese umzusetzen. Sie bilden den Grundstein für eine aktive, lustvolle und freiwillige *Teilnahme*. Bei D. Loehlers Arbeit kann vermehrt beobachtet werden, wie angeregt die BewohnerInnen wirken. Sie reden und lachen viel und können sich und ihre Vorlieben einbringen. (Beobachtungen und Interview vom 27. Mai 2008)

Menschen mit einer Demenz seien stark wetterfühliger oder hätten Schmerzen, die sie nicht äussern könnten. Diese Schmerzen würden oft zu ihrer mentalen Abwesenheit beitragen. Es müsse versucht werden, hinter die Gründe der Teilnahmslosigkeit zu kommen und das Pflegepersonal darüber in Kenntnis zu setzen. Es soll aber auch akzeptiert werden, wenn jemand einfach nur dabei sein möchte. Das Gemeinschaftsgefühl und die sozialen Kontakte seien entscheidend und nicht nur die aktive *Teilnahme*. (Interview und Beobachtung vom 11. Juni 2008)

Aktivierungsangebote können zu *Über- oder Unterforderung* der Teilnehmenden führen, was negative Auswirkungen zur Folge haben kann. Im Alterszentrum Adlergarten wird eine Betagte wütend, als es ihr zweimal nicht gelingt, einen Reifen über den Tisch zu rollen. „Die Frustrationstoleranz ist bei vielen Menschen mit einer Demenz niedrig“, erklärt Frau Szostek. (Beobachtungen und Interview vom 11. Juni 2008) Bei einem Spaziergang mit vier HeimbewohnerInnen im Alters- und Pflegeheim Hoffmatt wird ein Teilnehmer ärgerlich. Es wird untereinander geredet und gelacht und gleichzeitig stellt ihm jemand Fragen, die er nicht beantworten kann. Er wird nervös, entfernt sich von der Gruppe und will sofort ins Heim zurück. Diesem Bedürfnis wird umgehend nachgegeben, sodass er sich wieder beruhigt. (Beobachtung vom 27. Mai 2008)

Übergangene Bedürfnisse und Anliegen können auch Aggression und gewaltvolle Ausbrüche auslösen. Wie in der Achsenkategorie *nicht-medikamentöse Therapieformen* unter *körperlichen Aktivitäten* beschrieben wurde, können Menschen mit Demenz aggressiv reagieren, wenn ihre Forderungen nicht ernst genommen werden. Im Seniorenzentrum Sunneziel wird beobachtet, wie eine Bewohnerin eine Pflegerin in den Arm kneift, als diese sie zum Tisch begleiten will (Beobachtung vom 14. Mai 2008).

„Die *Individualität* jedes Menschen mit Demenz zu respektieren und anzuerkennen, ist entscheidend für eine gelungene Aktivierung“, lautet die Überzeugung aller befragten aktivierenden Personen. Die Biografie, Lieblingsbeschäftigungen, Fähigkeiten und Ressourcen der Teilnehmenden eines Aktivierungsangebotes zu kennen, sei elementar. Die Themen oder Unternehmungen sollen den individuellen Interessen und Wünschen der BewohnerInnen wenn immer möglich angepasst werden. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008) Frau Loehler wendet folgenden Grundsatz in ihrem Arbeitsalltag an: „Soviel Sicherheit wie nötig, soviel Individualität wie möglich, soviel Aktivierung wie erwünscht.“ (Interview vom 27. Mai 2008)

- **Bedürfnisorientiertes Arbeiten**

Die Kategorien *Anpassung der Arbeitsweise an Leistungsniveau* und *Verhalten und Arbeitsweise der aktivierenden Person (AP)* gehören zu dieser Achsenkategorie.

Wie bereits erwähnt, finden die Aktivierungen oft in Gruppen statt, wobei die Teilnehmenden sich nicht immer im selben Stadium der Erkrankung befinden. Die *Anpassung der Arbeitsweise an das Leistungsniveau* ist bei den aktivierenden Personen zu beobachten. Sie alle erklären ruhig und mit einfachen Worten, was in der folgenden Aktivierung gemacht wird. Bei Unklarheiten werden die Erklärungen wiederholt und Hilfestellung geboten je nach Fertigkeiten der Einzelnen. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008)

In allen Heimen kann festgestellt werden, dass sich viele BewohnerInnen nicht selber beschäftigen können oder wollen; ihnen fehlt der Antrieb. Sie brauchen Anregungen und Aufforderungen. Der aktivierenden Person gelingt es, die meisten BewohnerInnen zu einer Beschäftigung zu motivieren und zu animieren. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008)

Der Umgang mit Menschen mit Demenz ist eine grosse Herausforderung. Ursula Ambühl erwähnt im Interview vom 10. Juni 2008, dass sie sich jeden Tag auf die Verfassung und die Stimmung der BewohnerInnen neu einstellen und dementsprechend ihr *Verhalten und ihre Arbeitsweise* anpassen müsse. Neben einer geduldigen, einführenden und ruhigen Arbeitsweise achten die aktivierenden Personen darauf, dass niemand zu kurz kommt, und dass alle miteinbezogen werden. Sie gehen auf Bedürfnisse und Ideen der Teilnehmenden ein. Wenn kein Aktivierungsangebot stattfindet, nimmt sich das Personal für die einzelnen BewohnerInnen Zeit. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008) Diese Arbeitsweise sei jedoch nicht immer einfach. Gerade an Tagen, an welchen es etwas chaotischer und laut sei, müsse das Personal bestimmender vorgehen und die BewohnerInnen zur Ruhe ermahnen. (Interview vom 10. Juni 2008). Mehrere InterviewpartnerInnen bestätigen, wie wichtig es sei, auf die Neigungen, auf die Stimmung und auf die Tagesverfassung der BewohnerInnen Rücksicht zu nehmen. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008) Daniela Loehler verwendet beispielsweise einen Aktivitätenwagen mit unterschiedlichen Gegenständen, die sie bei der Aktivierung zur Auswahl bereitstellt. Am Beobachtungstag wollen die BewohnerInnen allerdings nicht mit diesen Gegenständen arbeiten, sondern bevorzugen einen Spaziergang, woraufhin die Gruppe spazieren geht. (Beobachtung vom 27. Mai 2008)

Bei Gruppenaktivitäten sind Themen zu finden, bei welchen möglichst alle mitreden und mitmachen können. Es konnte beobachtet werden, dass bei Themen wie Geografie, Herkunft, Dialekt, Natur und Märchen die meisten Teilnehmenden mitsprechen, oder dass sie über das Thema einen Bezug zu ihrer früheren Lebensphase herstellen können. Allgemein wecken ältere Gegenstände und Bilder häufiger Erinnerungen an frühere Zeiten. Bei der Interessengruppe im Pflegezentrum Seeblick beispielsweise, stellt die Aktivierungstherapeutin einen Korb auf den Tisch und fragt, was man hinein tun könnte. Eine Frau erinnert sich an das Märchen vom Rotkäppchen, worauf sich die Gruppe über Märchen unterhält. (Beobachtung vom 18. Juni 2008) Allgemein kann gesagt werden, dass *bedürfnisorientiertes Arbeiten* für eine erfolgreiche Aktivierung zentral ist.

- **Selbständigkeit und Selbstwert**

Zur Achsenkategorie Selbständigkeit und Selbstwert gehören die Kategorien *Alltagsaktivität, innere Uhr und Tagesstruktur*.

Die *Selbständigkeit und der Selbstwert* der BewohnerInnen kann durch den Einbezug in *Alltagsaktivitäten* wie putzen, abstauben, eigenständiges eingiessen der Getränke usw. gefördert werden. Hilfreich ist es, wenn das Pflegepersonal wie im Adlergarten in Winterthur mit den Betagten zusammen am selben Tisch ihr Essen zu sich nimmt. So können die HeimbewohnerInnen „abschauen“, was man mit dem Essen auf dem Teller macht, denn mit zunehmender Demenz kann es vorkommen, dass die zum Essen notwendigen Handlungen vergessen gehen. Die Mithilfe in der Hausarbeit verleiht den demenzkranken Menschen das Gefühl gebraucht zu werden. Ihr Selbstwert wird dadurch gesteigert und die sinnvolle Beschäftigung trägt zur allgemeinen Zufriedenheit bei. (Beobachtung vom 11. Juni 2008) Im Seniorenzentrum Sunneziel ist dies öfters zu beobachten. Das Pflegepersonal bittet um Hilfe für die unterschiedlichsten Hausarbeiten und die BewohnerInnen erledigen diese mit Freude. (Beobachtung vom 14. und 19. Mai 2008)

Bei der Datenerhebung im Alterszentrum Adlergarten schaut eine Frau ab 11.30h ständig auf die Uhr, wird immer nervöser und sagt, sie müsse nun aber wirklich nach Hause, um für ihre Kinder zu kochen. Frau Baumann, die Leiterin dieser Aktivierungsstunde, erklärt dies habe mit der *inneren Uhr* der Betagten zu tun. So werde eine Frau, die ihr Leben lang mittags für ihre Familie gekocht habe, den Drang, dies hier auch tun zu müssen nicht mehr los. Die Aktivierung müsse auf solche zeitlichen Gegebenheiten eingehen und sich danach ausrichten. Für kognitive Aktivitäten sei der Morgen am geeignetsten. Zwischen 14 und 16 Uhr seien die Betroffenen körperlich am aktivsten. Sie wollen hinaus oder „nach Hause“. Diesem Bedürfnis soll Rechnung getragen werden. Bei einem Spaziergang könne die Begleitperson möglicherweise über die emotionalen Empfindungen, die ein „nach Hause“ bedeute, eingehen. (Beobachtung und Interview vom 12. Juni 2008)

Eine feste *Tagesstruktur* sei für einen Mensch mit Demenz sehr wichtig, da die immer unklarer werdende Umwelt zunehmend Verwirrung auslöse. Ein klarer Zeitrahmen ver helfe zur besseren Orientierung und trage zur allgemeinen Selbständigkeit bei. Durch Routine werde Sicherheit vermittelt. Die *Tagesstruktur* richtet sich meist nach den Essens- und Ruhezeiten. (Interview und Beobachtungen vom 12. Juni 2008)

Zusammenfassung der wichtigsten Aussagen der einzelnen Achsenkategorien

- *nicht-medikamentöse Therapieformen*

Mit musischen Aktivitäten und Gedächtnistrainings können die verbleibenden Fähigkeiten der HeimbewohnerInnen gezielt genutzt werden. Ein fundiertes Wissen über die Leistungsfähigkeit von Menschen mit Demenz und allgemeine Kenntnisse über die Erkrankung und ihre unterschiedlichen Stadien sind elementare Voraussetzungen für die Anwendung dieser Therapieformen. Das Bedürfnis nach körperlichen Aktivitäten von Menschen mit Demenz ist bei einigen stark ausgeprägt. Die Aktivierung sollte darauf ausgerichtet werden. Bei allen nicht-medikamentösen Therapieformen ist es entscheidend, jede/r PatientIn genau und umfassend zu kennen. So kann das Programm individuell angepasst, das Interesse und die Freude der Beteiligten gewährleistet werden, was das eigentliche Ziel jeder Aktivität darstellt.

- *Wohlbefinden*

Ausdrücke von Freude und Wohlbefinden sind bei vielen Aktivitäten zu beobachten. Wenn die BewohnerInnen einer Beschäftigung nachgehen können, sind sie zufriedener, ausgeglichener, friedlicher. Die Betroffenen können sich nützlich machen, was ihnen das Gefühl des Gebrauchtwerdens gibt und ihr Selbstbewusstsein stärkt. Die Selbständigkeit der HeimbewohnerInnen wird durch Orientierungshilfen verlängert; sie tragen in hohem Masse zu ihrem Wohlergehen bei. Das bewusste Pflegen von Körperkontakten stellt einen wichtigen Baustein in der Arbeit mit demenzkranken Menschen dar, besonders in der akuten Phase, in der die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist. Aktivitäten, besonders Gruppenaktivitäten erleichtern das Zusammenleben und fördern den Gemeinschaftssinn.

- *Individualität*

Die Individualität jedes einzelnen muss respektiert werden. Die Bedürfnisse und Anliegen der Menschen mit Demenz aufnehmen und darauf eingehen ist in der Pflege und Aktivierung zentral. Unterlassungen können negative Auswirkungen auf die Person und somit auf das ganze Umfeld haben. Menschen mit Demenz können sehr heftig reagieren, wenn ihre Begehren nicht ernst genommen werden. Aktivitäten sollen daher immer den individuellen Wünschen und Interessen der BewohnerInnen angepasst werden.

- *Bedürfnisorientiertes Arbeiten*

Wie oben erwähnt, hat die aktivierende Person ihr Verhalten und ihre Arbeitsweise nach den Neigungen und dem Leistungsniveau der Betroffenen auszurichten. Gute Kenntnisse über die einzelnen BewohnerInnen sind unbedingt erforderlich. Das Leistungsniveau und die Anliegen von Menschen mit Demenz können von Tag zu Tag stark variieren und sind eine besondere Herausforderung für das Pflegepersonal, das diesen Schwankungen mit einem äusserst flexiblen Verhalten begegnen muss. Im Allgemeinen sind Geduld, Ruhe und Einfühlungsvermögen gefragt. Humor kann den Zugang zu den Betroffenen zusätzlich erleichtern.

- *Selbständigkeit und Selbstwert*

Alltagsaktivitäten und ein klar strukturierter Tagesablauf sind für Menschen mit Demenz eine wichtige Stütze. Sie helfen ihnen, sich zu orientieren und ihr Selbstwertgefühl sowie die Selbständigkeit zu erhalten. Um die Tagesstruktur optimal auf die HeimbewohnerInnen auszurichten, soll Rücksicht auf eingespielte Verhaltensmuster oder an tageszeitgebundene körperliche oder psychische Bedürfnisse genommen werden.

Kernkategorie

Anhand der beiden Kriterien Häufigkeit und Konnektivität wird die Kernkategorie ausgewählt. Es gilt, jene Kategorie als Kernkategorie zu bestimmen, welche am häufigsten vorkommt und die mit möglichst vielen Kategorien verbunden werden kann. Zudem stellt sich die Frage: Was ist das Zentralste bei der Aktivierung mit Menschen mit einer Demenz? Die Kernkategorie soll prägnant die Zusammenhänge zu den anderen wichtigen Kategorien aufzeigen. (Metzger, 2008a, S.3-4)

In der Aktivierung mit Menschen mit Demenz geht es nicht um Leistung und/oder um die Steigerung der Fähigkeiten, sondern darum, das Wohlbefinden und die emotionale Zufriedenheit der Betroffenen zu erhöhen. Bei verschiedenen Aktivitäten konnte dies beobachtet werden. Zudem bestätigten Aussagen der befragten Personen diesen Grundsatz. (Beobachtungen und Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008)

Die Kategorie *emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit* bietet sich daher als bedeutende Kategorie an. Nun wird diese Kategorie mit möglichst vielen Kategorien verbunden.

Alle Unternehmungen, die zur *Förderung des Gemeinschaftssinn* beitragen, wie Gruppenaktivitäten, Ausflüge, gemeinsame Diskussionen, usw. tragen, laut den Aussagen der Befragten, zur *emotionalen Zufriedenheit* bei. Durch das Anbringen von *Orientierungshilfen* im Wohnumfeld kann die Selbständigkeit der BewohnerInnen gefördert werden. *Hilfsmittel*, wie vergrößerte Schriften bei Spielen ermöglichen eine vereinfachte Anwendung, was schnellere Erfolgserlebnisse ermöglicht. Gegenseitige Berührungen, Massagen und das Reizen von Sinnen tragen zur *Körperwahrnehmung* bei und wirken sich positiv auf die allgemeine *Befindlichkeit* aus. Alle Kategorien der Achsenkategorie *Wohlbefinden* lassen sich nach Auswertung der Forschungsergebnisse mit der Kernkategorie verbinden.

Bei der Betrachtung der folgenden Achsenkategorien wird ersichtlich, dass auch hier Verbindungen zur Kategorie *emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit* hergestellt werden können.

Die aktivierenden Personen betonen die Relevanz des *bedürfnisorientierten Arbeitens*. Ihre *Arbeitsweise* passen sie dem Leistungsniveau der Betroffenen an, um eine *Über- oder Unterforderung* zu vermeiden. Somit kann gewährleistet werden, dass Spass und Erfolgserlebnisse im Vordergrund der Aktivierung stehen.

Laut der erhobenen Daten, haben alle *nicht-medikamentösen Therapieformen* zum Ziel, die *emotionale Zufriedenheit* zu fördern und vorhandene Fähigkeiten systematisch zu unterstützen.

Erst die Würdigung und Nutzung der *Individualität*, erlaubt eine Ausrichtung des Aktivierungsprogramms auf die Wünsche der Beteiligten und trägt zu ihrer aktiven *Teilnahme* bei. Die Handlungsgrundsätze der Kategorien der Achsenkategorie *Individualität* bewirken, dass die individuellen Bedürfnisse respektiert und sich die BewohnerInnen ernst genommen und geachtet fühlen.

Wie in den untersuchten Institutionen festgestellt wird, trägt die Erhaltung der *Selbständigkeit und des Selbstwertgefühls* nachweislich zur *emotionalen Zufriedenheit* der BewohnerInnen bei.

Es stellt sich also heraus, dass sich alle Kategorien in irgendeiner Form um die *emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit* der Menschen mit Demenz drehen. Zudem werden die Codes dieser Kategorie und somit die Kategorie selbst in allen Interviews häufig genannt und in den Beobachtungsprotokollen wiederholt notiert. Die Auswertung der Beobachtungen und speziell der Interviews macht deutlich, dass in der Aktivierung von Menschen mit Demenz die emotionale Zufriedenheit von zentraler Bedeutung ist. In diesem Lebensabschnitt sollen sich alle Bemühungen darauf ausrichten, die Lebensqualität und die Würde der älteren Menschen zu erhalten. Dadurch kann negativen Verhaltensauffälligkeiten vorgebeugt werden, die Betroffenen sind zufriedener und das Pflegepersonal wird bei ihrer Arbeit entlastet. Aus diesen Gründen stellt für uns die Kategorie *emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit* die Kernkategorie dar, woraus die folgende gegenstandsbezogene These abgeleitet werden kann:

„Ziel der Aktivierung ist, das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden von Menschen mit Demenz möglichst lange zu erhalten, was sich sowohl auf die Betroffenen wie auch auf ihr Umfeld positiv auswirkt.“

In Kapitel 6 werden die Forschungsergebnisse mit den in Kapiteln 2 und 3 dargestellten Fakten und Theorien verglichen.

6. Diskussion

Die wichtigsten Aussagen der einzelnen Achsenkategorien werden nun mit theoretischem Fachwissen angereichert, Vergleiche gezogen und diskutiert. Daraus wird ein erstes Fazit aus der Kernkategorie abgeleitet. Die im 5. Kapitel entwickelte gegenstandsbezogene These baut nur auf Aussagen und Beobachtungen der Forschung auf. Diese soll anhand von Wissen aus Literatur und Internet überprüft werden.

- ***nicht-medikamentöse Therapieformen***

Aus den Forschungsergebnissen geht hervor, dass nicht-medikamentöse Therapieformen zur Erhaltung der verbleibenden Fähigkeiten beitragen, wobei diese individuell auf die Betroffenen abgestimmt sein sollten. Gatz und Schäfer bestätigen diese Erkenntnis (vgl. Kapitel 2.2). Sie erwähnen, dass Menschen mit Demenz trotz ihrer Erkrankung emotionale Bedürfnisse wie Anerkennung und das Gefühl des Gebrauchtwerdens haben. Die Therapien sollten den Bedürfnissen und dem Stadium der Erkrankung angepasst werden. Auch das Drei-Welten-Modell von Dr. Christoph Held geht von einem ähnlichen Ansatz aus. Die drei Stadien erfassen die noch vorhandenen Fähigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten und leiten daraus Handlungen ab, welche vermieden werden sollten bzw. förderlich sind. Die Aktivierung wird dementsprechend angepasst. (vgl. Kapitel 2.2) Obwohl das Drei-Welten-Modell explizit nur im Pflegezentrum Seeblick angewendet wird, sind gewisse Ansätze auch in den anderen Institutionen erkennbar. In den Beobachtungen und Interviews wird offenkundig, dass Krankheitsstadien überall unterschieden werden und bei der Aktivierung stark auf die Fähigkeiten der Betroffenen Rücksicht genommen wird. (Beobachtungen und Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008)

Meist befinden sich Menschen mit Demenz, welche in einer Institution leben, bereits in einem mittleren bis fortgeschrittenen Stadium ihrer Krankheit. Held und Fünfschilling sind der Ansicht, dass in dieser Phase die Aktivierung eher kurz, aber umso häufiger stattfinden sollte. Das Wecken von Erinnerungen, Bewegung und Gestaltung sollten hier bei der Aktivierung im Vordergrund stehen. (vgl. Kapitel 2.2) Diesem Ansatz entsprechen auch die im Kapitel 3.6 aufgeführten Vorschläge betreffend sozial-psychologischen Therapieansätzen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und der American Geriatrics Society and Psychiatry Academy. In vielen Situationen kann beobachtet werden, dass die Betroffenen wenig Ausdauer haben. Das Pflegepersonal und die aktivierenden Personen passen ihre Arbeitsweise dementsprechend an. Gedächtnistraining, Spaziergänge oder Basteln werden in allen Institutionen regelmässig durchgeführt. Die Dauer ist unterschiedlich, beträgt jedoch maximal 90 Minuten. (Beobachtungen und Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008)

In allen besuchten Institutionen ist die Trennung oder Durchmischung der verschiedenen Krankheitsstadien ein Thema. Die Meinungen der befragten Personen gehen dabei auseinander. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008) Der Vorteil bei einer Durchmischung liegt darin, dass die Personen mit einer leichten/mittelschweren Demenz die TeilnehmerInnen mit einer schweren Erkrankung unterstützen können. Dadurch kann das Gruppengefühl gestärkt werden. Allerdings werden Menschen im Anfangsstadium dabei mit dem Verlauf der Krankheit direkt konfrontiert, was zu Ängsten und Überforderungen führen kann. Für die aktivierende Person stellt es eine grosse Herausforderung dar, bei der Aktivierung den Fähigkeiten aller TeilnehmerInnen gerecht zu werden. Bei einer homogenen Gruppe ist dies weniger der Fall. Bei einer Trennung der Stadien ist es schwierig, eine Zuteilung vorzunehmen, und eine Fehleinteilung kann zu einer Unter- oder Überforderung

führen. Im Hinblick auf die Aktivierung wird klar, dass eine Durchmischung der Stadien eine bedürfnis- und ressourcenorientierte Beschäftigung erschwert und weniger auf die einzelnen Personen eingegangen werden kann.

In den meisten Interviews wird hervorgehoben, dass Kenntnisse zur Biografie, über Interessen, Ressourcen und Fertigkeiten der Personen bei der Aktivierung wichtig seien. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008) Für Zeman ist dies in der Sozialen Altenarbeit allgemein ein zentraler Aspekt für einen adäquaten Umgang mit den Betroffenen (vgl. Kapitel 3.1). Auch beim psychographischen Pflegemodell nach Professor Erwin Böhm, welches im Seniorenzentrum Sunneziel Anwendung findet, ist eine vorgängige gründliche Biografiearbeit unerlässlich, um über Verhaltensmuster, Gefühle und Bewältigungsstrategien der Patientinnen/Patienten Bescheid zu wissen. (vgl. Kapitel 3.4)

- **Wohlbefinden**

Die Forschungsergebnisse lassen erkennen: Wegen ihrer abnehmenden Fähigkeiten, nehmen Gefühle und Emotionen bei Menschen mit Demenz einen höheren Stellenwert ein, weshalb dem Wohlbefinden besonders Rechnung getragen werden muss. Eine gezielte, adäquate Aktivierung kann dazu beitragen.

Bei fortschreitender Demenz nimmt der Willensantrieb zunehmend ab, (vgl. Kapitel 2.2) umso wichtiger wird eine aktivierende Person, die die Betroffenen zu einer Beschäftigung motiviert. Auch Elvira Tschan weist auf den Zusammenhang zwischen Aktivierung und seelischem Wohlbefinden hin (vgl. Kapitel 3.6). Dass sich Aktivitäten förderlich auf den Gemeinschaftssinn und somit auch auf das Wohlbefinden auswirken, wird im Vergleich der Wohngruppe „Rosegarte“ mit dem Pflegezentrum Seeblick deutlich. Im „Rosegarte“ finden keine regelmässige, geplanten Gruppenaktivitäten wie im Seeblick statt. Die BewohnerInnen dieser Wohngruppe kommunizieren, ohne Aufforderung, nur wenig miteinander. Im Sunneziel hingegen unterhalten sich die Betagten untereinander, Kontakte werden gepflegt, und sie unterstützen sich gegenseitig, auch in Abwesenheit der Aktivierungstherapeutin.

Durch die Anwendung der Prinzipien der Validation kann der Zugang zu Menschen mit Demenz erleichtert werden (vgl. Kapitel 3.5). Dieses Kommunikationskonzept erfordert viel Einfühlungsvermögen des Personals. Durch den Einsatz der Validation fällt es dem Pflegepersonal leichter die Patientinnen/Patienten mit ihrer eigenen Vergangenheit wahrzunehmen. Obwohl nicht alle Institutionen ausdrücklich damit arbeiten, ist doch bei allen aktivierenden Personen zu hören und zu sehen, wie sie auf die Gefühle der BewohnerInnen eingehen und die Kommunikation entsprechend anpassen. Tschan sieht als weitere Voraussetzung für eine gelungene Aktivierung die aktivierende Grundhaltung des Pflegepersonals. (vgl. Kapitel 3.6) Wie im Kapitel 2.2 erwähnt, führen Selbständigkeit, Anerkennung und des Gefühl des Gebrauchtwerdens zu Zufriedenheit. In dieser Hinsicht sollte beim Pflegepersonal ein Umdenken stattfinden, denn die Untersuchungen machen deutlich, dass diese aktivierende Grundhaltung noch nicht in allen besuchten Institutionen eingenommen wird.

Im Kapitel 3.5 wird Professor Dr. Edgar Heim erwähnt. Er stellte fest, dass das Umfeld und das Verhalten der Pflegenden bei einer Therapie wichtige Faktoren sind und zum Wohlbefinden beitragen. Die aus der Psychiatrie entstandene Milieuthherapie wird auch im Umgang mit Menschen mit Demenz angewendet und ist in allen beobachteten Institutionen zu erkennen: Der Tagesablauf wie auch die Umgebung werden den Bedürfnissen der BewohnerInnen angepasst. Orientierungshilfen wie regelmässige Essenszeiten, Tür- und Namensschilder, farbliche Akzente etc. helfen den BewohnerInnen, sich zeitlich und in ihrem Umfeld zurecht zu finden.

(Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008) Ähnlich aufgebaut ist das Realitätsorientierungstraining (ROT). Dieses Programm erfordert ebenfalls eine bestimmte Umweltgestaltung. Im Unterschied zur Milieuthherapie wird zusätzlich Wert auf Gruppenaktivitäten gelegt, um der Isolation vorzubeugen. (vgl. Kapitel 3.5) Gruppenaktivitäten werden vor allem dann durchgeführt, wenn, nebst dem Pflegepersonal, speziell eine Person für die Aktivierung angestellt ist.

Das Sichzurückziehen und nicht an Aktivitäten teilnehmen zu akzeptieren ist, gemäss Sifton, auch bei Menschen mit Demenz wichtig. Ruhe und Zeit für sich zu haben, trägt ebenfalls zur Zufriedenheit bei. (vgl. Kapitel 3.6) Die aktivierende Person sollte daher die Balance zwischen Aktivierung und freiwilligem Rückzug finden. In den Beobachtungen und Interviews werden unterschiedliche Verhaltensweisen ersichtlich. Im Pflegezentrum Seeblick wird beispielsweise versucht, die BewohnerInnen, wenn immer möglich, zu den Aktivierungen zu animieren, wohingegen im Seniorenzentrum Sunneziel das Lustprinzip vorherrscht.

- **Individualität**

Das Eingehen auf die individuellen Fähigkeiten und Interessen der Menschen mit Demenz ist zentral und wird bei unseren Forschungsarbeiten deutlich erkennbar.

Obwohl meist eine Unterteilung in Stadien stattfindet, können die sich im selben Stadium befindenden Menschen, unterschiedliche Krankheitsbilder aufweisen. Eine individuelle Anpassung von Aktivierung und Pflege muss entsprechend erfolgen. (vgl. Kapitel 2.1) Alle Resultate der Erfassungen in den besuchten Institutionen weisen ebenfalls darauf hin.

Der im Kapitel 3.4 beschriebene Personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood zielt klar darauf ab, das Personsein und somit die Individualität zu erhalten. Für ihn findet der Abbau der Fähigkeiten von Menschen mit Demenz nicht nur aufgrund neurologischer Prozesse, sondern auch aufgrund schlechter sozialer und psychischer Behandlung statt. Daraus ist zu folgern, dass zum Erhalt der Lebensqualität von Menschen mit Demenz die Achtung der Individualität sowie die Anwendung von psycho-sozialen Therapieformen förderlich sind. Therapieformen wie Realitätsorientierungstraining, Milieuthherapie, Validation, Gedächtnistraining etc. werden in den beobachteten Institutionen angewendet (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008).

Das Drei-Welten-Modell weist klar daraufhin, dass sich Menschen mit Demenz vor allem im leichten und mittelschweren Stadium ihrer Defizite bewusst sind. Werden sie bei der Beschäftigung und Aktivierung darauf aufmerksam gemacht, kann dies Wut, Frustration und Aggression auslösen. (vgl. Kapitel 2.2) Obwohl die aktivierenden Personen solche Hinweise zu vermeiden versuchen, werden die Teilnehmenden in einzelnen Situationen mit ihren Defiziten konfrontiert. (Beobachtung vom 14. und 27. Mai 2008)

Gemäss Ausführungen im Kapitel 3.6, kann die Angst vor dem Versagen ein Grund für die BewohnerInnen sein, die Teilnahme an einer Aktivierung zu verweigern. Die aktivierende Person hat sich solchen Abwehrhaltungen anzupassen. Die folgende Beobachtung schildert einen solchen Konflikt: Bei der Tanzstunde im Seniorenzentrum Sunneziel weigert sich ein Mann, trotz Aufforderung des Pflegepersonals und einer Bewohnerin, zu tanzen. Als er seine Meinung ändert und doch auf die Tanzfläche geht, kann er in der Schrittfolge nicht mithalten, wird wütend und setzt sich wieder auf seinen Platz. Um ihn nicht erneut zu überfordern, vermeidet das Pflegepersonal eine weitere Aufforderung zum Tanzen. (Beobachtung vom 14. Mai 2008)

Beim psychographischen Pflegemodell von Böhm ist die Biografie der Menschen mit Demenz zentral, um daraus Interessen, Stärken und Schwächen zu erfahren. So kann die Pflege und Aktivierung den BewohnerInnen angepasst und Überforderungen oder

Reizüberflutungen vorgebeugt werden. Zudem unterscheidet Böhm unterschiedliche Entwicklungsstufen, in welchen er die noch vorhandenen Fähigkeiten der Betroffenen beschreibt. (vgl. Kapitel 3.4) Die Bedeutung der Biografiearbeit ist in allen besuchten Institutionen ersichtlich. Im Seniorenzentrum Sunneziel wird nach Böhm's Pflegemodell gearbeitet. Dabei werden die Biografien sowie Lebensbewältigungsstrategien erhoben, um daraus geeignete Hinweise für die Aktivierung oder auch Strategien zur Bewältigung schwieriger Situationen auszuarbeiten.

- **Bedürfnisorientiertes Arbeiten**

Aus den, in den Kapiteln 3.4 und 3.5 beschriebenen Betreuungskonzepten und Handlungsmodellen geht hervor, dass die Betreuung und Aktivierung von Menschen mit Demenz vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie auf die Bedürfnisse, Interessen und Ressourcen der Betroffenen ausgerichtet sind. Es braucht dazu fundierte Kenntnisse über die einzelne Person und ihre Vergangenheit. Da Menschen mit Demenz Aufforderungen nicht mehr so schnell verstehen und umsetzen können, sollte die aktivierende Person ruhig und geduldig vorgehen. Es bedarf oft einer mehrmaligen, genauen Erklärung, bis einfache Handlungsabläufe ausgeführt werden können.

Aktivierende Personen sind für eine anregende Gestaltung des Lebensraums der BewohnerInnen und für ein sinnvolles, adäquates Beschäftigungsangebot zuständig. Wie Held und Fünfschilling beschreiben, steht bei der Aktivierung nicht das attraktive Angebot im Vordergrund. Das Eingehen auf Bedürfnisse, Zuwendung geben und Anerkennung äussern sind die entscheidenden Faktoren. (vgl. Kapitel 3.6) Von der aktivierenden Person wird ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und Spontaneität verlangt. Aussagen in den Interviews bestätigen dieses Anforderungsprofil. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008)

Die Grundsätze der Aktivierung von Bell und Troxel sind von den aktivierenden Personen soweit wie möglich einzuhalten. Unter anderem geht es darum, die Beschäftigung auf *Erwachsene auszurichten, die Sinne anzuregen, Fähigkeiten anzusprechen und die Aktivierung in den Alltag einzubeziehen*. (vgl. Kapitel 3.6) Demenz wird häufig mit einem Verlust von Fertigkeiten zurück bis ins Säuglingsalter beschrieben (vgl. Kapitel 2.1). Es wurde beobachtet, dass die Beschäftigungen nicht immer auf Erwachsene ausgerichtet sind. Gerade bei Personen mit schwerer Demenz werden häufig Kinderspielzeuge verwendet, was den Theorien von Bell und Troxel widerspricht. Die Beobachtungen zeigen jedoch, dass die Betroffenen z.B. beim Zusammensetzen von Duplos oder beim Spielen mit Puppen ausdauernd und zufrieden sind. Verschiedene Personen machen Puppen oder Stofftiere zu ihren ständigen Begleitern. (Beobachtung vom 14. Mai, 10. und 12. Juni 2008) Der Einbezug in den Alltag wird bereits als Aktivierung bewertet: Kleine Aufgaben in der Küche, im Garten, die Post holen, Zeitung lesen etc. würden den BewohnerInnen das befriedigende Gefühl vermitteln, nützlich zu sein und mitwirken zu können. Zusätzlich können Aktivierungsangebote, wie im Kapitel 3.6 beschrieben, gezielt das Gedächtnis, die Bewegung und die Kreativität fördern.

Die Aktivierung wird in den beobachteten Institutionen ganz unterschiedlich umgesetzt. In einigen Institutionen werden täglich wenige Aktivierungsstunden durchgeführt, ansonsten sind die BewohnerInnen sich selbst überlassen. Andere Institutionen integrieren die Aktivierung in den Alltag und binden die Menschen mit Demenz laufend in verschiedene Aktivitäten ein. Zeitlich unabhängig können diese BewohnerInnen entscheiden, ob sie bei Unternehmungen mitmachen, sich an Diskussionen beteiligen oder nicht. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008) Der Aktivierungsgrad hängt also nicht nur von den aktivierenden Personen, sondern auch stark von der Organisationsstruktur und der Haltung der jeweiligen Institution ab.

Ein weiterer Unterschied besteht in der Ausbildung der aktivierenden Personen, diese reichen von PflegerIn, über Kindergärtnerin, Soziokulturelle Animatorin bis zur Aktivierungstherapeutin. (Interviews vom 30. April bis 18. Juni 2008) Vor allem müssen umfassende Kenntnisse über Demenz, Betreuungs- und Handlungsmodellen sowie über mögliche Aktivierungsangebote vorhanden sein und eine ressourcenorientierte, ganzheitliche Sichtweise eingenommen werden. Im 7. Kapitel Schlussfolgerungen wird ausführlicher darauf eingegangen.

- **Selbständigkeit und Selbstwert**

Orientierung kann zur Erhaltung der Selbständigkeit und des Selbstwertgefühls beitragen. Die Prinzipien „Kommunikation, soziales Lernen, Gemeinschaftsleben und Partizipation“ der Milieuthherapie eignen sich dazu. Ihr Ziel ist, die Autonomie und Selbstbestimmung der Menschen mit Demenz zu fördern. (vgl. Kapitel 3.5) Das bereits erwähnte Realitätsorientierungstraining ist ähnlich aufgebaut, schliesst jedoch noch Gruppenaktivitäten mit ein (vgl. Kapitel 3.6). Ein strukturierter Tagesablauf ist Bestandteil beider Konzepte. Die besuchten Institutionen arbeiten mit milieutheraeutischen Ansätzen. Die Essenzeiten dienen in allen diesen Institutionen als zeitliche Orientierung, und es wird Wert auf gemeinsame Mahlzeiten gelegt. Das Essen gibt auch Anlass, Gespräche zu führen, soweit dies aufgrund der kognitiven Fähigkeiten noch möglich ist. In einigen Institutionen werden die BewohnerInnen in Alltagsaktivitäten integriert, und sie können soviel wie möglich selbständig erledigen. (Beobachtungen vom 30. April bis 18. Juni 2008) Ein geregelter Tagesablauf bewährt sich, weil er zur Orientierung und somit zur Selbständigkeit und Zufriedenheit von Menschen mit Demenz beiträgt. Die Biografie der einzelnen Personen wird miteinbezogen, indem frühere Gewohnheiten wenn möglich weitergeführt werden.

Fazit

Im Kapitel Forschungsergebnisse wird die Kategorie *emotionale Zufriedenheit und Befindlichkeit* zur Kernkategorie ernannt, da sie sich mit den meisten Kategorien verbinden lässt. Werden nun die Ergänzungen aus Theorie und Fachwissen betrachtet, kann festgestellt werden, dass sich auch diese mit der Kernkategorie verbinden lassen. Die Betreuungskonzepte, die Handlungsmodelle sowie die Aktivierungsangebote führen bei einer sinnvollen und passenden Anwendung zu Wohlbefinden.

Die beobachteten Institutionen arbeiten nach unterschiedlichen Ansätzen, erkennbar in der Form der Aktivierung, der Pflege, dem Grad der Demenzspezialisierung und der Durchmischung der Krankheitsstadien. Vor allem die Aktivierung unterscheidet sich in Bezug auf die Häufigkeit, die Dauer und das Setting. Jedoch ist immer die Erhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens der Menschen mit Demenz ihr wichtigstes Ziel.

Bei unserer Forschung konnten wir unterschiedliche Formen der Aktivierung und Betreuung beobachten. Wir sind der Meinung, dass keine als die Beste oder Schlechteste bezeichnet werden kann: alle weisen Vor- und Nachteile auf. Wir haben erkannt, wie wichtig es ist, im Aktivierungsprozess mit den Patientinnen/Patienten entsprechend ihrer Fähigkeiten zu arbeiten. Wir sind zur Überzeugung gelangt, dass eine aktivierende Person mit guten Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen nicht nur zum allgemeinen Wohlbefinden der BewohnerInnen beiträgt, sondern auch das Pflegepersonal erheblich entlastet.

„Ziel der Aktivierung ist, das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden von Menschen mit Demenz möglichst lange zu erhalten, was sich sowohl auf die Betroffenen wie auch auf ihr Umfeld positiv auswirkt.“

Zusammenfassend können wir sagen, dass diese, aus der Kernkategorie abgeleitete gegenstandsbezogene These sich bestätigt hat: Denn wir konnten sie durch Fachwissen über Demenz, durch Theorien zu Betreuungskonzepten und Handlungsmodellen, durch Betrachtung von Aktivierungsangeboten sowie durch unsere Forschungsergebnisse aus den Beobachtungen und Interviews überprüfen.

7. Schlussfolgerungen für die Praxis

Mit dieser Forschungsarbeit wurden zwei primäre Zielsetzungen angestrebt:

1. Es galt herauszufinden, welche ressourcenerhaltenden Aktivierungsangebote für Menschen mit Demenz bestehen, weshalb sie angewandt werden und was sie bei den Betroffenen bewirken. Diesen Fragen wurde in den Kapiteln 3, 5 und 6 nachgegangen und nun werden Schlussfolgerungen daraus gezogen.
2. „Wie kann die SKA und SA in Heimen mit an Demenz erkrankten Personen mit ressourcenerhaltenden Aktivierungsangeboten eingebunden werden?“ stellte die zweite zentrale Fragestellung dar. Auf diese soll im Folgenden eingegangen werden.

In diesem Kapitel werden nun die relevanten Schlüsse aufgezeigt. Ein gemeinsames Schlusswort rundet dieses Kapitel ab.

7.1 Schlussfolgerungen für beide Professionen

Zu Beginn dieser Bachelorarbeit wurde unter anderem folgende leitende Annahme getroffen: „Die verbleibenden bio-psycho-sozialen Ressourcen von Menschen mit Demenz werden durch gezielte Methoden gestärkt, was zu einer möglichst selbständigen, aktiven und angenehmen Lebensgestaltung beiträgt.“

Diese Annahme konnte im Laufe der Forschungsarbeit nur teilweise bestätigt werden. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Methoden, die alle zum Ziel haben, zu einer angenehmen Lebensgestaltung beizutragen. Diese Zielsetzung wird unseres Erachtens auch erfüllt. Dass diese Methoden zu einer selbständigen und aktiven Lebensgestaltung beitragen, ist unserer Meinung nach etwas zu hoch gegriffen: Die Selbständigkeit und Aktivität von Menschen mit Demenz kann durchaus unterstützt und gefördert werden, jedoch wird ein Mensch mit Demenzdiagnose nach und nach seine Selbständigkeit sowie seinen Wissensantrieb verlieren und daher kaum mehr von sich aus aktiv werden. Will man in diesem Arbeitsbereich tätig werden, muss man sich bewusst sein, dass eine aufbauende Arbeit kaum mehr möglich ist. Diese Menschen werden sich zurückentwickeln und früher oder später sterben. Dieses Faktums muss man sich gewahr werden und damit umgehen können.

Durch die Überprüfung der leitenden Annahme, durch Beobachtungen, Interviews und persönliche Begegnungen mit Betroffenen, sind wir zu neuen Erkenntnissen gelangt, woraufhin die gegenstandsbezogene These formuliert wurde:

„Ziel der Aktivierung ist, das körperliche, geistige und seelische Wohlbefinden von Menschen mit Demenz möglichst lange zu erhalten, was sich sowohl auf die Betroffenen wie auch auf ihr Umfeld positiv auswirkt.“

Neben dieser These erscheinen uns weitere Elemente als richtungsweisend für die Aktivierung in diesem Bereich. Im Vordergrund steht nicht die Erreichung eines therapeutischen Ziels, sondern die Zuwendung, das gemeinsame Erleben, die Begegnungen und die gegenseitige Akzeptanz. Was zählt, ist der erfüllende Moment, denn, was gestern war und morgen ist, kann kaum mehr nachvollzogen werden. In der Aktivierung sollte das Augenmerk auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen gerichtet werden. Eine ganzheitliche, am einzelnen Menschen orientierende Denkweise ist elementar. Der Mensch ist als Einheit aus Körper, Seele und Geist wahrzunehmen. Endzweck ist, durch eine Kombination von kognitiven, körperlichen, emotionalen, sinnlichen und spielerischen Aktivierungselementen die Betroffenen über möglichst viele Kanäle anzusprechen. Durch geeignete Aktivitäten soll den Betroffenen ihre Würde und ein Stück Lebensfreude zurückgegeben werden. Ihr Tun sollen sie als sinn- und lustvoll erleben. Es soll ihnen das Gefühl des

Gebrauchtwerdens geben und ihnen Selbstvertrauen und Lebensfreude vermitteln - trotz ihren zunehmenden Unzulänglichkeiten.

Wie unter Kapitel 5 und 6 beschrieben, konnten durch die Forschungsarbeit Einblicke in verschiedene Strukturen von Heimen und deren Aktivierungsformen gewonnen werden. Die Bewertung der Angebote, der Modelle oder der Grundsätze stand nicht im Vordergrund. Es konnte aber durchaus ein Aktivierungsgrundsatz gefunden werden, der unserer Denk- und Handlungsweise am meisten entspricht. Die in Kapitel 3.6 vorgestellte aktivierende Grundhaltung, die noch in wenigen Heimen Realität ist, erachten wir als sinnvoll, geeignet und adäquat, um Menschen mit Demenz optimal zu aktivieren. Diese Aktivierungsform soll die Patientinnen/Patienten wenn immer möglich in den Alltag und seine Verrichtungen integrieren. Das Verrichten von Hausarbeiten wie Handtücher zusammenlegen oder Geschirr abtrocknen sind Tätigkeiten, die oft gerne und mit Stolz verrichtet werden. Es ermöglicht Kontakt- und Kommunikationsmomente und erlaubt ein gemeinsames, realitätsnahes In-Beziehung-Treten zwischen Pflegenden und BewohnerInnen.

Die Umsetzung einer aktivierenden Grundhaltung erfordert eine Änderung der Haltung des Personals und der Heimleitung. Die Aktivierung würde sich dann nicht mehr nur auf einzelne Lektionen beschränken, und demzufolge würde sie besonders vom Pflegepersonal, ein grundlegendes Umdenken abverlangen. HeimbewohnerInnen beim Verrichten von Hausarbeiten anleiten und sie dabei unterstützen, erfordert eine andere Arbeitsweise und -einstellung als die selbständige Erledigung. Viele Handgriffe funktionieren bei Menschen mit Demenz nicht mehr reibungslos, daher wäre ein hohes Mass an Geduld seitens der PflegerInnen gefragt. Doch so könnte gewährleistet werden, dass Ressourcen so lange wie möglich erhalten bleiben. Veränderungen rufen oft Gefühle der Unsicherheit und Angst hervor. Eine Anpassung in Richtung Aktivierung des Pflegesystems könnte für die Professionellen in Alters- oder Pflegeheimen, die Angehörigen wie auch für die BewohnerInnen, die ja sehr sensibel auf Veränderungen reagieren, belastend sein. Strukturelle, festgefahrene Muster zu ändern oder anzupassen wäre eine umfassende herausfordernde Aufgabe, die von Professionellen aus dem Sozialen Bereich umgesetzt werden könnte.

An dieser Stelle wird zu den möglichen Handlungsfeldern im Bereich der Demenzbetreuung übergeleitet.

Arbeitsfeld: Menschen mit Demenz

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde durch das Aufzeigen der demographischen Entwicklung und der daraus resultierenden Alterung der Bevölkerung ein vermehrter Bedarf an Arbeitsplätzen in der Altenarbeit dokumentiert. Je älter die Menschen werden, umso grösser ist das Risiko einer Demenzerkrankung. Fragen zur Beschäftigung, Betreuung, Autonomie und Integration von Menschen mit Demenz werden zukünftig vermehrt im Vordergrund stehen. Zurzeit sind viele Institutionen noch nicht auf den Bedarf an Pflege- und Betreuungsplätzen für Menschen mit Demenz eingerichtet. Das Krankheitsbild Demenz verlangt einen hohen Betreuungsaufwand. Spezielle Kompetenzen für die Kommunikation und den Umgang mit diesen Patientinnen/Patienten sind gefragt. Das Pflegepersonal verfügt teilweise nicht über die dafür notwendige Ausbildung und kann überfordert sein.

Die Soziale Arbeit könnte das Pflegepersonal entlasten, indem gewisse Arbeiten ergänzend zur Pflege übernommen würden. Im Folgenden werden die, für dieses Arbeitsfeld relevanten Fähigkeiten und Kompetenzen von Sozialarbeitenden aufgezeigt. Die nötigen, zusätzlichen Qualifikationen werden daraus abgeleitet. Konkrete Handlungsvorschläge werden unterbreitet und fachlich begründet.

Kompetenzen der Professionen der Sozialarbeit und der Soziokulturellen Animation

- Die Achtung der Menschenrechte, welche auf den Prinzipien der Selbstbestimmung aufbauen, ist im sozialen Berufskontext von hoher Bedeutung. Die Achtung und Einhaltung dieser Grundsätze in jedem Kontext, auch im Heimalltag, ist Aufgabe der Professionellen unseres Berufsfeldes.
- Menschen mit Demenz gehören durch ihre Beeinträchtigungen zu einer Gruppe von Minderprivilegierten. Daher ist es die Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese zu unterstützen und ihnen zur bestmöglichen Lebensgestaltung zu verhelfen
- Das vernetzte, systemische Denken ist eine Stärke der Sozialarbeitenden. Gerade bei älteren Menschen sind die sozialen Netzwerke besonders wichtig, und es gilt, diese möglichst lange zu erhalten.
- Sozialarbeitende sind es gewohnt, ein Tripelmandat oder eine intermediäre Rolle einzunehmen. Es geht darum, zwischen Menschen, Institutionen und/oder Behörden zu vermitteln und Diskriminierungen zurückzuweisen. Diskriminierungen können auch in einem Heim vorkommen. Professionelle verfügen über Kenntnisse und Berufserfahrungen als VermittlerInnen zwischen verschiedenen Instanzen. Sie wissen, wie Bedürfnisse von Menschen in Heimen aufgenommen und adäquat an höheren Stellen angebracht werden und können gewährleisten, dass sich auch Menschen mit Demenz Gehör verschaffen und sie ihren letzten Lebensabschnitt in Würde und Zufriedenheit erleben dürfen.
- Eine Stärke ist das personenzentrierte, ressourcen- und bedürfnisorientierte Denken und Handeln, was bei der Arbeit mit Menschen mit Demenz eine der elementarsten Grundvoraussetzungen darstellt.
- Das Wissen punkto Kommunikation und Psychologie stellt eine weitere wichtige Ressource dar. Besonders bei Menschen mit Demenz, welche durch ihre Krankheit vermehrt Schwierigkeiten haben, sich klar zu äussern, ist eine einfühlsame, fachliche Kommunikationsfähigkeit gefragt. Erst dadurch können individuelle, bedürfnisgerechte Angebote für die Betroffenen geschaffen werden.

Zusätzliche Qualifikationen für die Arbeit mit Menschen mit Demenz

Das fachspezifische Wissen über das Krankheitsbild Demenz hat eine grosse Bedeutung für aktivierende Tätigkeiten im Demenzbereich. Für Aktivierungsangebote wie Turnstunden oder Malgruppe sind keine speziellen Ausbildungen in Gerontologie notwendig doch von Vorteil. Grundkenntnisse über das Alter im Allgemeinen sind erforderlich. Für die gezielte, fachspezifische Aktivierung von Menschen mit Demenz sind Weiterbildungs- bzw. Nachdiplomkurse nötig, wie sie beispielsweise vom Roten Kreuz angeboten werden. Es sind jedoch vor allem die sozialen und persönlichen Kompetenzen der Betreuenden, die wertschätzenden und einfühlsamen Interaktionen, die über die Güte der Aktivierung oder Pflege entscheiden. Folglich ist der Selbst- sowie der Sozialkompetenz der Betreuenden einen hohen Stellenwert beizumessen. Eine laufende Auseinandersetzung mit sich selbst sowie die Überprüfung bestehender Handlungs- und Arbeitsmuster sind in diesem Arbeitsfeld gefragt.

Konstante Beziehungsarbeit ist für diesen Arbeitsbereich unumgänglich. Es ist kaum möglich, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, wenn Kontakte mit den Betroffenen nur sporadisch oder in grösseren Abständen erfolgen.

Handlungsfelder

Wie im vorhergehenden Unterkapitel beschrieben, könnte die Umsetzung der aktivierenden Grundhaltung in Institutionen ein mögliches Handlungsfeld für Sozialarbeitende darstellen. Diese anspruchsvolle Tätigkeit würde nach hohen Sozial-

, Selbst-, Fach-, und Methodenkompetenzen verlangen. Es gilt, an den Schnittstellen zwischen BewohnerInnen, den Angehörigen, den Pflegepersonen, Ärzten/Ärztinnen, der Institution und Politik ein neues System zu vertreten, erstmalige Erfahrungen zu wagen und sich potenziellen Schwierigkeiten und Grenzen zu stellen. Hier wären vernetzt denkende Sozialarbeitende gefragt. Durch Abklärungen müssen Bedürfnisse des Einzelnen erhoben und weiter getragen werden, wobei Einfühlungsvermögen, Kommunikations- und Konfliktfähigkeit unerlässlich wären. Auch wäre ständige Transparenz über die Entwicklungen gefragt, damit sich niemand überfahren fühlen würde. Auf jeden Fall könnten die beschriebenen Aufgaben für Professionelle aus der Sozialen Arbeit ein interessantes, herausforderndes und ein, durch die demografische Entwicklung, zunehmend notwendiges, zwingendes Handlungsfeld sein.

Das personenzentrierte sowie das systemische Denken sind Kompetenzen der Sozialen Arbeit. In der Betreuung von Menschen mit Demenz ist der personenzentrierte Ansatz elementar und wird in allen befragten Institutionen umgesetzt. Aufgefallen ist, dass es aber häufig am systemischen Denken und Handeln mangelt.

Im Adlergarten betonen die Pflegenden zwar, wie wichtig es wäre, die Angehörigen vermehrt zu integrieren, doch fehle es ihnen an den nötigen Ressourcen. Es sei auch für die Familie wichtig, dass sie vermehrt informiert würde, wie sie helfen könnte, denn oft plage diese ein schlechtes Gewissen. (Interview vom 12. Juli 2008) Auch Daniela Loehler bekräftigt die Relevanz des ganzheitlichen Denkens, welche das Umfeld mit einbeziehen würde. (Interview vom 27. Mai 2008)

Auch dieser Bereich der Zusammenarbeit zwischen pflegenden Angehörigen, Pflegepersonen und Sozialarbeitenden könnte ein Arbeitsfeld für die Soziale Arbeit sein. Die Angehörigen könnten durch spezielle Kurse zum Thema und Umgang mit Demenz gefördert und in die Betreuung im Heimaltag integriert werden. Eine grosse Herausforderung wäre, das Laiensystem mit demjenigen der Professionellen zu verbinden.

Das Thema Demenz wird in Zukunft immer relevanter und verdient öffentliche Aufmerksamkeit. Wie die Studie des gfs.bern gezeigt hat, bestehen in der Schweiz erhebliche Lücken in der Versorgung von Demenzkranken. Bezüglich des Begriffs Demenz bestehen immer noch viele Vorurteile und Unkenntnisse in unserer Gesellschaft.

Die Soziale Arbeit müsste durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen mehr Aufmerksamkeit geschenkt würde. Gerade für Angehörige wäre es wichtig, Unterstützung von ausserhalb zu erhalten, da sie sich mit ihren Ängsten und Sorgen oft alleine gelassen fühlen. Die Schweizerische Alzheimervereinigung hat diesen Bedarf vor circa 20 Jahren erkannt und ihren Verein ins Leben gerufen. Der Verein engagiert sich für die Anliegen der Erkrankten und deren Angehörige, organisiert Veranstaltungen und bringt das Thema an die Öffentlichkeit. Die Soziale Arbeit könnte hier anknüpfen, indem weitere Angebote geschaffen und für eine vernetztere und breiter abgestützte Versorgung geschaffen würden.

Da, gemäss Kapitel 2.3.2, viele Menschen mit Demenz zu Hause leben, scheint klar, dass die Angehörigen stark belastet sind. Hier sollten Angehörigengruppen oder Stellen, an die sie sich mit ihren Bedürfnissen wenden könnten, aufgebaut werden. Auch müssten ambulante Aktivierungs- und/oder Entlastungsangebote ausgebaut werden. Die Soziale Arbeit verfügt über etliche Kompetenzen wie Kommunikations-, Vernetzungs-, Organisations- und Koordinationsfähigkeit usw., welche für diese Arbeit vonnöten sind.

Neben der Alzheimervereinigung bestehen noch andere Projekte und Zusammenschlüsse im Bereich „Demenz“. Zudem ist eine Fülle an unterschiedlichen Unterbringungsformen für Menschen mit Demenz oder allgemein für ältere Menschen vorhanden. Für Familienmitglieder, welche durch die momentane Situation stark gefordert sind, kann die Frage, welches Angebot oder welcher Heimplatz geeignet wäre, eine zusätzliche Belastung darstellen. Zudem fällt es ihnen oft schwer, Hilfe überhaupt anzunehmen. Professionelle, die einen Überblick über diese Angebote hätten, wären eine grosse Entlastung. Gemeinwesenorientierte Sozialarbeitende, die sich auf Vernetzung verstehen, wären auch hier gefragt.

Grenzen des Handlungsfeldes

Durch die Forschungsarbeit wurde auch klar, wo die Grenzen der Sozialen Arbeit liegen. Bei Menschen im schweren oder finalen Stadium der Demenz ist die Soziale Arbeit am falschen Platz. Wie unter 2.2 beschrieben, leiden die Betroffenen in dieser Phase häufig unter totalem Sprachverlust und die motorischen Fähigkeiten sind kaum mehr vorhanden, denn ihr Gehirn kann den Körper nicht mehr steuern. Zum Schluss fallen Menschen mit Demenz ins Stadium der völligen Hilflosigkeit. Palliative, also schmerzlindernde und nicht mehr aktivierende Massnahmen sind hier gefragt. Hier kann die Soziale Arbeit mit ihren Handlungsgrundsätzen keinen Beitrag mehr leisten.

Im Folgenden wird konkret auf die beiden Professionen SKA und SA eingegangen.

7.2 Folgerungen für die Soziokulturelle Animation

Spezifisch für die SKA wurde nachstehende leitende Annahme formuliert: „Obwohl die eingeschränkten Möglichkeiten von Menschen mit Demenz eine aktivierende Arbeit und partizipative Methoden von vorneherein auszuschliessen scheinen, kann die SKA einen Beitrag zu ressourcenerhaltenden Aktivierungsmethoden leisten.“ Diese Annahme hat sich nach Abschluss der Forschung bestätigt.

Die Grundsätze des animatorischen Handelns lassen sich durchaus bei der Aktivierung von Menschen mit Demenz anwenden. Nur müssen Methoden, Modelle und Arbeitsweisen den entsprechenden Fähigkeiten und Möglichkeiten angepasst werden. Nach Betrachtung des Handlungsmodells der SKA im Kapitel 3.3 wird klar, dass der Interventionsposition Animation dabei eine zentrale Rolle zukommt. In dieser Interventionsposition geht es darum die Beteiligung der Betroffenen zu gewinnen, bzw. zu erleichtern mit dem Ziel, ihre Selbständigkeit zu fördern. Im Zusammenhang mit dieser Position steht das Arrangieren. Zuerst müssen entsprechende bedürfnisorientierte „Settings“ geschaffen werden, wie beispielsweise ein Raum für Aktivitäten, wo Begegnungen stattfinden können.

Kapitel 3.6.1 beschreibt, wie der Aktivierungsbegriff in der SKA definiert wird. Dabei werden zwei Perspektiven eingenommen. Bei der ersten geht es um die Unterstützung des Individuums, sich zu orientieren und an der Gesellschaft teilhaben zu können. Menschen mit Demenz können sich durch ihre Krankheit in Desorientierung verlieren. Die zunehmende Orientierungslosigkeit führt unter anderem zu einem allmählichen Rückzug in sich selbst. Daher sind animatorische Fähigkeiten gefragt, die dieser „Rückwärtsspirale“ entgegenwirken könnten. Die zweite Perspektive dreht sich um die Freizeitgestaltung. Das Ziel ist eine sinnvolle, gemeinschaftsorientierte, interessen- und bedürfnisgerechte Gestaltung der freien Zeit. HeimbewohnerInnen haben viel freie Zeit und diese sollte, wenn es denn ihrem

persönlichen Bedürfnis entspricht, genutzt werden. Durch einfühlsame Bedürfnisabklärungen können entsprechende Angebote arrangiert werden.

Ein wichtiges Prinzip der SKA ist die Freiwilligkeit. Ältere Menschen sind zumeist nur bedingt freiwillig im Heim. Es lässt sich einwenden, dass durch diese Tatsache eine freiwillige Teilnahme von vornherein ausgeschlossen sei. Die Vorstellung, in ein Alters- oder Pflegeheim gehen zu müssen, löst oft Trauer, Angst und Unsicherheit aus. Ich schätze, einerseits gibt es dafür viele, eher Individuum-immanente Gründe wie z.B. das Bewusstwerden, dass man zunehmend gebrechlich, hilfsbedürftig wird und der Tod unausweichlich näher kommt. Andererseits werden „Alter und Tod“ im Allgemeinen nicht gerne thematisiert und es herrschen in unserer Gesellschaft, in der Jugend, Schönheit und Fitness gross geschrieben werden, immer noch viele Vorurteile gegenüber Pflege- und Altersheimen. Ist ein Heimeintritt erstmals erfolgt, merken die Betagten bald, wie gut sie umsorgt werden und welche Entlastung eine Pflege und Betreuung sein kann. Daher schliesst sich das Prinzip der Freiwilligkeit in stationären Einrichtungen nicht aus. Menschen mit Demenz können durchaus entscheiden, ob sie an Aktivierungsangeboten teilhaben wollen oder nicht. Selbst wenn ihre Sprachfähigkeit eingeschränkt ist, können die BewohnerInnen durch teils heftige emotionale Reaktionen ihren Willen deutlich ausdrücken.

Mein persönliches Fazit, ob Aktivierung von Menschen mit Demenz im soziokulturellen Kontext möglich ist, kann ich mit einem klaren Ja beantworten. Aktivitäten sollen nicht der Aktivität halber durchgeführt werden, sondern sich mit der momentanen Stimmung, den momentanen Anliegen der BewohnerInnen befassen: Sei es nun der Drang nach Bewegungen oder Gestaltung, sei es die Lust zu weinen, zu lachen, zu reden oder sei es der Wunsch einfach nur dazusitzen und zuzuschauen. Im Gegensatz zu anderen soziokulturellen Projekten, in denen etwas Bestimmtes zu entstehen hat oder klar definierte Ziele angestrebt werden, geht es in dieser Aktivierung darum, für die Betroffenen und ihre Bedürfnisse dazusein, sie zu animieren, am Leben teilzuhaben, sich auszutauschen und ihre Zeit mit anderen zu teilen. Die Aktivierung hat neben der Befriedigung menschlicher und persönlicher Bedürfnisse eine sinnvolle Alltagsgestaltung zum vorrangigen Auftrag. Ich vertrete die in Kapitel 3.6 beschriebene aktivierende Grundhaltung. Es geht darum, das Personal in Institutionen von diesem Gedanken zu überzeugen und sie zu schulen. Eine solche Berufsaufgabe würde ich gerne übernehmen. Ich bin zur Überzeugung gelangt: Eine funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen der SKA, SA, dem Pflegepersonal, den Ärzten/Ärztinnen und der Heimleitung ist eine der grundlegenden Voraussetzungen für das Wohlergehen von BewohnerInnen.

Im Bereich der Pflege und Aktivierung in Alters- und Pflegeheimen kann meines Erachtens noch viel getan werden. In Institutionen bräuchte es vermehrt Personen, die sich auf ressourcenorientiertes, vernetztes und personenzentriertes Handeln verstehen. Mit folgendem Zitat von Werner Sprenger möchte ich zum nächsten Unterkapitel überleiten: „Wege entstehen, indem wir sie gehen.“

Handlungsfelder

Daniela Loehler ist, unserem Wissen nach, die einzige Soziokulturelle Animatorin in der Deutschschweiz, die in einem Pflege- oder Altersheim in der Aktivierung tätig ist. In der Romandie sieht die Situation anders aus. Dort ist die SKA schon länger in der Altenarbeit und auch in stationären Einrichtungen aktiv. Für mich waren die Beobachtungen der Aktivierungen und die anschliessenden Erklärungen über die genauen Funktionen und Absichten der Arbeit von Frau Loehler, Leiterin der Aktivierung, sehr aufschlussreich (vgl. Kapitel 3.6.3). Daher werde ich im Beschrieb der möglichen Handlungsfelder auf sie Bezug nehmen.

Aktivierende Grundhaltung

Die im vorherigen Unterkapitel 7.1 beschriebene Umsetzung der aktivierenden Grundhaltung wird im Pflege- und Altersheim Hofmatt auf der Wohngruppe „rot“ in ähnlicher Weise umzusetzen versucht. In der Demenzstation Hofmatt soll die Aktivierung gefördert werden. Daniela Loehler wurde beauftragt, während eines Tages in der Demenzabteilung die Pflegenden bei ihrer Arbeit zu beobachten, um ihnen aufzuzeigen, wie sie mehr Beteiligung und Aktivierung im Heimalltag einbauen könnten. Das Personal soll diesbezüglich sensibilisiert und geschult werden, um ressourcenorientiert zu arbeiten und zu einer sinnvollen und partizipativen Alltagsgestaltung beizutragen. (Interview vom 27. Mai 2008) Ähnlich diesem Muster könnte ein konkretes Handlungsfeld für die SKA entstehen: Die SKA würde somit in einer Beraterfunktion agieren, um das Personal im animatorischen und aktivierenden Handeln anzuleiten.

Sozialraumanalyse

Professionelle der SKA sind im gemeinwesenorientierten, vernetzten Denken geschult. Um sich Grundkenntnisse über die kulturellen, sozialen, geschichtlichen und politischen Gegebenheiten eines gewissen Wohnbezirks und deren Bevölkerung zu beschaffen, verfügen sie beispielsweise über das Instrument der Sozialraumanalyse. Neben der Biografie sind Kenntnisse über die frühere Heimat von Menschen mit Demenz für die Pflege und Aktivierung entscheidend. Daraus lässt sich ableiten, dass die SKA auch in diesem Bereich in einer Abklärungs- bzw. Beraterfunktion tätig werden könnte. Das Pflegepersonal könnte entlastet werden, indem SKA-Professionelle sie über den Background der BewohnerInnen unterrichten würden. Eine optimale Betreuung, die auf dem Wissen über die individuelle Lebensgeschichte aufbaut, kann den Pflegealltag für die Betroffenen und die Dienstleistenden wesentlich bedürfnisgerechter und daher reibungsloser, angenehmer gestalten.

Gruppenaktivitäten

Die Aktivierung in Gruppen könnte ein weiteres Handlungsfeld der SKA sein. Mit Gruppenaktivitäten wird beabsichtigt, den Austausch unter den HeimbewohnerInnen zu fördern und zu intensivieren und somit der Vereinsamung entgegenzuwirken. Dem Bedürfnis des Menschen nach sozialem Austausch und nach menschlichen Kontakten soll nachgegangen werden, wobei der Fokus auf Kenntnisse, Interessen, Fähigkeiten und Gefühle der BewohnerInnen gerichtet werden soll. Die soziale Komponente, die Förderung der Gemeinschaft, in welcher Menschen sich näher kommen, sind Aufgaben der SKA. Professionelle wissen, wie sie Menschen zu gemeinsamen Aktivitäten motivieren und dem Einzelnen verhelfen können, sich daran zu beteiligen.

Freiwilligenarbeit

Der Einbezug von Freiwilligen in den Heimalltag kann den Menschen mit Demenz Abwechslung und Freude bringen. Die Förderung der Freiwilligenarbeit ist zurzeit ein wichtiges Thema in der SKA und gehört zu ihrem Aufgabenbereich. Die demographische Entwicklung zeigt, dass es in Zukunft immer mehr RentnerInnen geben wird, die noch aktiv im Leben stehen. Ihre Ressourcen sollen genutzt werden. In stationären Einrichtungen gibt es ein hohes Kontingent an Arbeiten, die von Freiwilligen übernommen werden könnten. In vielen Heimen gibt es freiwillig Helfende, die sich den Betagten annehmen. Oft bestehen aber keine klaren Strukturen, und die Helfenden wissen nicht, an wen sie sich bei anfallenden Problemen wenden sollen. Dies kann soweit führen, dass sich Freiwillige aus ihrem Engagement zurückziehen, weil sie sich überfordert und/ oder sich alleine gelassen fühlen. Im Alters- und Pflegeheim Hofmatt wurde die Freiwilligenarbeit professio-

nalisiert. Als Koordinatorin dieses Bereichs hat Frau Loehler ein Freiwilligenhandbuch entwickelt, das Klarheit über Rechte, Pflichten und Aufgabenbereiche schafft. Die Rekrutierung, Begleitung und Schulung der Nicht-Professionellen sind zusätzliche Aufgaben in ihrer Funktion. (Interview vom 27. Mai 2008) Durch genaue Strukturen, Richtlinien und Tätigkeitsfelder können Unsicherheiten und Kompetenzübertretungen verhindert werden, weshalb eine Professionalisierung der Freiwilligenarbeit für alle Beteiligten von grossem Vorteil wäre. Die Weiterentwicklung in diesem Bereich kann dazu beitragen, dass sich mehr Freiwillige für ein Engagement melden. Soziokulturelle Animatoren/Animatorinnen sollten sich in zunehmenden Mass dem Aufbau der Freiwilligenarbeit mit älteren Menschen widmen, denn dieses Handlungsfeld birgt im Hinblick auf die gesellschaftlichen Entwicklungen ein hohes Zukunftspotenzial.

Vernetzung

Professionelle der SKA sind es gewohnt, sich mit verschiedenen Gruppen, Vereinen, Institutionen, usw. zu vernetzen. In verschiedenen Heimen wurde das Anliegen vernommen, sich gegen aussen zu öffnen. Erweiterte Kontakte mit Leuten aus der Umgebung sind für alle Beteiligten anregend. In gewissen Heimen bestehen schon Kontakte zu nahe gelegenen Wohnsiedlungen sowie zu Schulen; auch sind Veranstaltungen in diesen Heimen öffentlich. (Interviews und Beobachtungen vom 30. Mai bis 11. Juni 2008) Leider entspricht diese Situation noch lange nicht dem üblichen Standard. Eine der wichtigsten Methode der SKA ist die Projektarbeit. Projekte haben einen einmaligen und zeitlich beschränkten Charakter und eignen sich daher, vermehrt Menschen aus der Umgebung in ein Heim einzubeziehen, denn für befristete, einzelne Verpflichtungen oder Anlässe lassen sich eher Leute motivieren. Es könnten verschiedene Projekte und Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit Schulen, Dorfvereinen, Pfarrämtern, Sportvereinen usw. durchgeführt werden, bei denen ungezwungene Begegnungen zwischen Generationen entstehen.

Das nächste Handlungsfeld schliesst sich thematisch am oberen an. Das systemische, vernetzte Denken und Handeln von Soziokulturellen Animatoren/Animatorinnen schliesst Familienmitglieder und nahe Bekannte mit ein. Angehörige sollten viel mehr in Entscheidungen und in Anlässe der Heime usw. einbezogen werden. Es könnte auch von grossem Wert sein, die Familienmitglieder auf verbleibende Ressourcen von Menschen mit Demenz aufmerksam zu machen und ihnen aufzuzeigen, welchen Nutzen sich eventuell aus der Krankheit ziehen liesse.

Fazit

Unter Kapitel 3.6.3 wurde die Aktivierungstherapie vorgestellt. Es ist nicht das Ziel, dass die SKA diese Berufsgruppe in stationären Einrichtungen ablösen soll. Beide Berufe haben ihre speziellen, eigenen Stärken, jedoch könnten sie sich bestens ergänzen und voneinander profitieren. Die komplexen Strukturen in Institutionen fordern klar eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit weiterem Fachpersonal heraus.

In der Deutschschweiz hat sich die SKA im Bereich Alter noch nicht durchgesetzt. Es findet aber, wie aktuellen Zeitungsberichten zu entnehmen ist, ein Umdenken in Wirtschaft, Politik und Sozialwesen statt. An der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit wird erst seit diesem Jahr ein einziges Modul zum Thema Alter angeboten. Für eine Berufsgruppe, die sich stark an gesellschaftlichen Entwicklungen orientieren soll, finde ich diese Tatsache fragwürdig. Nach meiner Auffassung stellt die Gruppe der Senioren/Seniorinnen und der Menschen mit Demenz ein spannendes, vielseitiges und besonders wichtiges Berufsfeld dar. Durch diese Forschungsarbeit haben sich für

mich neue Wege aufgetan. Schon immer hatte ich eine spezielle Affinität zu älteren Menschen. Die Tage, die wir durch die Beobachtungen in Heimen verbringen durften, waren für mich unglaublich eindrücklich, intensiv und erfüllend. Ich hatte von Anfang an einen guten Zugang zu den Menschen mit Demenz. Eine Frau hielt mich, als ich mich verabschieden wollte, an der Hand und fragte wiederholt: „Wann chömed Sie dänn wieder? Mir zwei händ's so schön gha mitenand. Gälled Sie, Sie chömed bald wieder?“

Ich habe festgestellt, dass ich wohl noch lernen müsste, mich deutlicher abzugrenzen, wenn ich in diesem Bereich tätig werden will. In den intensiven, schönen Begegnungen während dieser Forschungsarbeit wurden mir meine neuen Berufsziele bewusst.

Die Arbeit mit Menschen mit Demenz unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von der Arbeit mit anderen Zielgruppen. In Gedächtnis- und Körpertrainings sind nur ganz kleine Erfolge zu verzeichnen. Mit diesen winzigen Schritten muss man sich begnügen - es gilt, diese gebührend erkennen, anerkennen und schätzen zu können. Umso beeindruckender war es für mich, erleben zu dürfen, wie ehrlich, gefühlsvoll, feinfühlig und direkt viele dieser Menschen sind. Menschen mit Demenz geben ganz klar zu verstehen, ob sie jemanden mögen oder nicht. Gewinnt man jedoch ihr Lachen für sich, ist dieses spontan, ehrlich und voller Gefühle.

7.3 Folgerungen für die Sozialarbeit

Aus der Literaturrecherche und den Forschungserkenntnissen wurde deutlich, dass die Aktivierung bei Menschen mit Demenz dazu beiträgt, ihre Lebensqualität zu erhalten und ihr Wohlbefinden zu stärken. Dazu dienen angeleitete Lektionen in Gedächtnistraining, Bewegung und Kreativität, aber auch der Einbezug in Alltagsaktivitäten.

Die Berufstheorien und die Praxis der SKA zeigen auf, welche Bedeutung die Aktivierung für diese Profession hat. Die SKA bringt viele der notwendigen Kompetenzen mit, um Aktivierungsangebote mit Menschen mit Demenz durchzuführen. Betrachtet man den im Kapitel 3.6.2 beschriebene Aktivierungsbegriff in der SA so wird deutlich, dass diese nicht über die Handlungsmodelle, Methoden und Kenntnisse verfügt, um solche Angebote durchzuführen.

Das bedeutet allerdings nicht, dass das Arbeitsfeld mit Demenzbetroffenen nicht auch eine Zukunftsperspektive für die SA sein kann. Zum Wohlergehen von Menschen mit Demenz tragen bio-psycho-soziale Behandlungsmethoden bei. Somit kann auch die SA miteinbezogen werden kann. Im Kapitel 3.6.2 wurde beschrieben, dass die Aktivierung in der SA vor allem in der system-, lösungs- und ressourcenorientierten Beratung oder durch das Konzept des Empowerments stattfindet und sich auf die Ressourcen und die sozialen Netzwerke bezieht. Was dies für die SA im Bereich Demenz nun konkret bedeutet, wird nachfolgend erläutert.

Handlungsfelder

Biografiearbeit

Bezüglich einer adäquaten Aktivierung wurde deutlich, dass Kenntnisse zu den Biografien der Teilnehmenden unerlässlich sind. Zudem eignen sich biografische Methoden, die Identität der Betroffenen aufrecht zu erhalten. Beim Pflegemodell von Böhm (vgl. Kapitel 3.4) sowie beim Konzept des Empowerments in der SA (vgl. Kapitel 3.6.2) ist die Biografiearbeit ein wichtiges Instrument. Hier könnte die SA im Handlungsfeld von Demenzerkrankungen ansetzen.

Die Professionellen der SA arbeiten mit systemischen und lösungsorientierten Fragestellungen. Sie verfügen somit über die nötige fachliche und methodische Kompetenz, die Biografien der Menschen mit Demenz zu erarbeiten.

In der sozialen Beratung wird oftmals mit dem sogenannten Coping gearbeitet. Dabei werden die Klientinnen/Klienten angeregt, sich an vorgängig schwierige Situationen und die entsprechende Bewältigungsstrategien zu erinnern. (vgl. Kapitel 3.6.2) Mit den aus den Biografien erhaltenen Informationen wird ähnlich vorgegangen. Menschen mit Demenz erinnern sich noch an frühere Lebenssituationen, jedoch können sie diese nicht mehr mit der Gegenwart verknüpfen. Deshalb übernehmen die Sozialarbeitenden die Aufgabe, mögliche frühere Lebensbewältigungsstrategien zu erkennen und daraus Handlungen im Umgang mit den Betroffenen abzuleiten. Eine solche Vorgehensweise könnte dem Betreuungs- und Pflegepersonal helfen, in schwierigen Situationen adäquat zu agieren.

Trotz ihrer Erkrankung sind Menschen mit Demenz Expertinnen/Experten für ihr Leben. Sie benötigen zwar Unterstützung bei der Lebensbewältigung, kennen jedoch ihre Bedürfnisse und noch vorhandenen Fähigkeiten am besten. Wenn die Kommunikation mit den Betroffenen nicht mehr möglich ist, sind ihre Angehörigen bei der Eruiierung der Daten beizuziehen.

Am psychographischen Pflegemodell von Böhm wird kritisiert, dass die Erhebung der Biografie und die Betreuung der BewohnerInnen mit einem grossen Zeitaufwand verbunden seien. Aus der vorhergehenden Erläuterung ergibt sich, dass Sozialarbeitende über das nötige Wissen und die Kompetenzen für die Biografiearbeit verfügen; sie könnten also das Pflegepersonal entlasten.

Angehörigenarbeit

Die SA verfolgt eine ganzheitliche Sichtweise, weshalb sie das Umfeld der Klientinnen/Klienten mit einbezieht.

Gemäss der Schweizerischen Alzheimervereinigung hat die aufwendige Betreuung von Menschen mit Demenz bei ihren Angehörigen häufig körperliche und psychische Gesundheitsprobleme zur Folge (vgl. Kapitel 2.3.2). Persönlich mitzuerleben, wie ein Familienmitglied an Demenz erkrankt, wirkt auch emotional sehr belastend und kann Krisensituationen auslösen. Zum Wohlbefinden der Betroffenen und ihrer Angehörigen muss somit auch die Betreuung letzterer gewährleistet werden.

Häufig besteht bei den Angehörigen Unwissen sowohl über die Krankheit als auch über den Umgang mit dem Kranken. Sozialarbeitende bringen die nötigen Methoden- und Sozialkompetenzen mit, um die Angehörigen bei ihrer herausfordernden Arbeit zu begleiten, zu beraten und zu unterstützen. Konkret könnten Sozialarbeitende dabei folgende Aufgaben übernehmen (keine abschliessende Aufzählung):

- psychosoziale Beratung
- Information über die Krankheit und Umgang mit Menschen mit Demenz
- Auskünfte erteilen und Vermittlung von ambulanten Betreuungs- und Aktivierungsangeboten
- Entwicklung von Entlastungsangeboten für Angehörige (z.B. Selbsthilfegruppen)
- Beratung und Mithilfe bei Platzierungen in eine Institution
- rechtliche und finanzielle Beratung

Unterstützung Pflegepersonal

Die verschiedenen Demenzerkrankungen verhindern ein einheitliches Pflege- und Betreuungsmodell. Eine erfolgreiche Aktivierung setzt das Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten voraus. Die zeitliche Kapazität lässt dies häufig nicht zu, weshalb es dem Pflegepersonal kaum möglich ist, sich intensiv mit den einzelnen BewohnerInnen auseinander zu setzen und ihre Verhaltensweise kennen zu lernen. Vermehrt leiden auch PflegerInnen unter emotionaler Erschöpfung und körperlicher Belastung. Sozialarbeitende, welche ihre Tätigkeit direkt in Heimen ausübten, könnten zur Entlastung und Zufriedenheit des Pflege-

personals beitragen, indem sie beispielsweise Beratungen durchführten. Ziel dabei wäre: Die PflegerInnen könnten sich auf die Pflege konzentrieren und sich mehr Zeit für die BewohnerInnen nehmen.

Eine häufig in der SA angewandte Methode ist die Supervision, welche ebenfalls der Überlastung des Pflegepersonals vorbeugen könnte. Die Verhaltensweise der einzelnen BewohnerInnen würden gemeinsam besprochen und ein mögliches Vorgehen daraus abgeleitet. Die Supervision würde dem Pflegepersonal verhelfen, sich besser vorzubereiten, um sich in den unterschiedlichsten Situationen angemessener verhalten zu können. Zudem bietet sie ein Gefäss, um Probleme anzusprechen und unter professioneller Leitung zu klären.

Soziale Netzwerke

Für die psychische Gesundheit sind soziale Netzwerke von grosser Bedeutung. (vgl. Kapitel 3.1) Menschen mit Demenz benötigen Unterstützung, um ihre Beziehungen erhalten zu können. Sozialarbeitende hätten die Aufgabe, für die Nachhaltigkeit der sozialen Netzwerke von Menschen mit Demenz zu sorgen. Durch Vermittlung von angemessenen Hilfsangeboten könnte ein stabiles Umfeld erstellt werden, welches der Sicherung der gewohnten Lebenssituation diene.

Menschen, die vor ihrer Erkrankung wenig soziale Kontakte hatten, konnten sich kein Helfernetz aufbauen. Hier könnte die SA Unterstützung bieten und die Nachbarschaft oder Gemeinde als Versorgungsnetz erschliessen. Auch haben Sozialarbeitende die Übersicht der regionalen Wohn- und Pflegeangebote, welche vermittelt werden könnten.

Case Management

Die Diagnose Demenz löst bei den Betroffenen und ihren Angehörigen mehrheitlich eine grosse Verunsicherung aus. Fragen und Probleme häufen sich. Nebst der erkrankten Person, ihren Verwandten und Bekannten sind der Hausarzt, evtl. Spezialisten, Fachstellen und Versicherungen involviert. Das Case Management könnte dienen, diese Komplexität zu überblicken. Case Management findet in der SA immer häufiger Anwendung. (vgl. Kapitel 3.6.2)

SozialarbeiterInnen wären dabei die zentralen Ansprechpersonen. Sie wären fallführend und dementsprechend immer auf dem neusten Stand. Sie hätten den Überblick über regionale Versorgungsstrukturen und Finanzierungsmöglichkeiten und verfügten über Koordinationsfähigkeit.

In erster Linie ist es Aufgabe der Case ManagerInnen, die Betroffenen und ihre Angehörigen im Hinblick auf das weitere Vorgehen zu beraten und zu begleiten. Sie ziehen bei ihrer Arbeit das ganze System mit ein: sie organisieren, planen, koordinieren und kontrollieren. Für Betroffene und ihre Angehörigen kann ein/e Case ManagerIn sehr entlastend und unterstützend wirken.

Stationäre und ambulante Altenhilfe

Bei den oben erwähnten Aufgaben der SA ist wichtig zu beachten, dass der Zugang zur Beratung, Unterstützung und Aktivierung für alle Betroffene, Angehörige und Interessierte gewährleistet ist. Deshalb kann die SA nicht nur im stationären Rahmen erfolgen. Gerade wenn man berücksichtigt, wie viele Betroffene noch zu Hause leben und von den Angehörigen betreut werden, braucht es spezialisierte Beratungsstellen. Im Gegensatz zur stationären Altenhilfe ist hier der Zugang zu Hilfeleistungen und Aktivierungsangeboten erschwert. Einerseits kommen Sozialarbeitende weniger in Kontakt mit Betroffenen und Angehörigen, andererseits brauchen diese mehr Überwindung, sich bei einer Beratungsstelle zu melden. Aus diesem Grund sollten solche spezialisierten Beratungsstellen in der Öffentlichkeit bekannt sein.

Im Hinblick auf den Erfolg und die Bedeutung von nicht-medikamentösen Therapien sollte auch Betroffenen, die nicht in einer Institution leben, der Zugang zu Aktivierungsangeboten ermöglicht und beispielsweise durch Triage vermittelt werden.

Fazit

In der Einleitung wurde für die SA die folgende leitende Annahme formuliert: „Der Umgang mit an Demenz erkrankten Personen ist für Angehörige und Betreuungspersonen eine grosse Herausforderung. Die Sozialarbeit kann dabei eine beratende und unterstützende Funktion übernehmen.“

Nach der Auswertung der Forschungsergebnisse kann diese Annahme klar bestätigt werden. Die Tatsache, dass die Literatur zur sozialen Altenarbeit vorwiegend aus Deutschland stammt, zeigt zudem auf, dass die SA in der Schweiz im Altersbereich noch wenig vertreten ist. Ich bin daher der Ansicht: Die Frage, ob Demenz ein zukünftiges Arbeitsfeld der SA sein könnte, kann durchaus mit Ja beantwortet werden.

SA im stationären Bereich erfordert nebst Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen auch die Fähigkeit, in einem interdisziplinären Team zu arbeiten. Sozialarbeitende müssen sich bewusst sein, dass die Eingliederung einer neuen Profession in einem Heim mit grösster Wahrscheinlichkeit vorerst auf erheblichen Widerstand stossen kann.

Diese Forschungsarbeit brachte mir neue Erkenntnisse bezüglich dem Thema „Alter und Demenz“. Ich wurde angeregt, über meine Haltung, meine Werte und Normen gegenüber älteren Menschen sowie dem Älterwerden nachzudenken. Durch die Gespräche mit den Menschen mit Demenz habe ich entdecken können, wie viel Wissen und Erfahrungen sie trotz ihrer Erkrankung mitbringen. Mir wurde bewusst, dass die Arbeit mit Menschen mit Demenz nicht unterschätzt werden darf. Sie erfordert umfassendes Wissen, vielseitige Kompetenzen, Spontaneität und viel Geduld. Ich fände es interessant und abwechslungsreich, in diesem Arbeitsfeld tätig zu sein. Gerade zum heutigen Zeitpunkt, in dem die SA noch kaum in Altersheimen zu finden ist, wäre die Entwicklung von entsprechenden Konzepten eine spannende Herausforderung.

7.4 Schlusswort

Das Fragezeichen im Titel dieser Arbeit hat sich während unserer Untersuchungen allmählich aufgelöst. Menschen mit Demenz können und sollen auf vielfältige Weise aktiviert werden. Eine ressourcenorientierte, systemische Aktivierung und Betreuung hat nicht nur für die Betroffenen selbst eine positive Auswirkung. Dieser Bogen lässt sich viel weiter spannen: auf die Angehörigen, das Pflegepersonal und letztendlich auf unsere gesamte Gesellschaft!

In diesem Zusammenhang stellen sich auch Fragen von ökonomischem Interesse: Durch die Umsetzung einer aktivierenden Grundhaltung in Institutionen liessen sich die Gesundheitskosten minimieren. Viele Alters- und Pflegeheime verwenden das BewohnerInnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA). Die Kosten für den Heimaufenthalt werden nach Betreuungs- und Pflegebedarf berechnet. Wenn den HeimbewohnerInnen alle alltäglichen kleinen Tätigkeiten abgenommen werden, nehmen sämtliche körperliche und mentale Fähigkeiten stetig ab. Dies erhöht den Pflegebedarf und somit die Kosten, die durch private Ersparnisse, Krankenkassen, kantonale Ergänzungsleistungen und die Invalidenversicherung beglichen werden müssen.

Wir konnten feststellen, dass eine aktivierende Denk- und Handlungsweise in Institutionen sinnvoll wäre, weil sie sich nachhaltig und auch ökonomisch auswirken könnte. Dieses Forschungsergebnis stellt eine entscheidende Erkenntnis dieser Arbeit dar.

Im Hinblick auf die hohen Kosten für einen Heimaufenthalt sollten die ambulanten Angebote und die Unterstützung von Angehörigen gefördert werden. Die SA und SKA wären also nicht nur stationär gefordert.

Eine weitere entscheidende Einsicht ist die Relevanz der ganzheitlichen Betrachtungsweise bei der Betreuung von Menschen mit Demenz. Den einzelnen Menschen mit seiner Geschichte, seinen Gefühlen und seinen Bedürfnissen zu kennen ist unumgänglich. Doch sollten die Sozialarbeitenden nicht nur den Erkrankten im Blick haben. Seine Familie, Freunde und das gesamte Umfeld müssen in das professionelle Handeln mit einbezogen werden.

Nach unserer Ansicht lassen sich Sozialarbeitende gut im Heimalltag integrieren. Doch ob aktivierende Personen, das Pflegepersonal, die Ärzteschaft, die Betroffenen und Angehörigen sowie die Allgemeinheit den Einbezug unseres Berufsfeldes als notwendig erachten, wurde durch unsere Forschung nicht beantwortet. Im Weiteren wäre interessant, wie sich die konkrete Umsetzung der interdisziplinären Zusammenarbeit gestalten könnte. Dies könnten spannende Themen für weiterführende Bachelorarbeiten sein, um zu einer Weiterentwicklung in diesem Arbeitsfeld beizutragen.

Die SKA und die SA könnten in Alters- und Pflegeheimen sowohl nebeneinander wirken, als sich auch gegenseitig unterstützen und ergänzen. Die SKA wäre dabei eher für die eigentliche Planung und Durchführung der Aktivitäten zuständig und die SA könnte für die Aktivierung im weiteren Sinne verantwortlich sein wie beispielsweise Beratungen, Biografie- und Angehörigenarbeit. Unsere Vision ist, dass die beiden Professionen einen festen Bestandteil im institutionellen Rahmen werden und sich für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen einsetzen können. Das Thema Demenz wird in der Öffentlichkeit durch gezielte Interventionen bekannter. Schafft es die Soziale Arbeit sich in diesem Feld klar zu positionieren, ihre Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, kann die Relevanz unseres Berufszweigs in diesem Bereich der Gesellschaft bewusst gemacht werden.

Unsere Bachelorarbeit hat uns umfassende Einblicke in einen für uns noch kaum bekannten Lebensbereich ermöglicht.

Wir möchten unserer Freude über die gewonnenen, vielfältigen, beruflichen und persönlichen Erkenntnisse und unserer Hoffnung, dass die SKA und die SA zukünftig zur ressourcenerhaltenden Aktivierung von demenzkranken Menschen beitragen können, Ausdruck verleihen.

8. Danksagung

Bedanken möchten wir uns bei allen Institutionen, die sich für unsere Forschungsarbeit zur Verfügung gestellt haben. Im Speziellen sind die Fachpersonen zu erwähnen, welche wir bei der aktivierenden Arbeit beobachten durften und die ihr Fachwissen für unsere Forschung zur Verfügung gestellt haben.

Marius Metzger danken wir für seine fundierte Beratung und Unterstützung während des Forschungsverlaufs. Sein hohes Engagement in den Unterrichtslektionen und in den Fachpoolstunden hat uns zusätzlich motiviert. Unseren Dank möchten wir auch Monika Denise für die inhaltliche Unterstützung in der Fachpoolstunde aussprechen. Zudem möchten wir allen Dozierenden danken, die durch ihre Wissensvermittlung während des Studiums unseren Wissensschatz erweitert haben.

9. Quellenverzeichnis

Bücher

- Bell, Virginia; Troxel, David (2004a). *Personenzentrierte Pflege bei Demenz. Das Best-Friends-Modell für Aus- und Weiterbildung*. München Basel: Ernst Reinhard Verlag
- Bell, Virginia; Troxel, David (2004b) *Richtig helfen bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende*. München: Ernst Reinhard Verlag
- Feil, Naomi (1999⁵). *Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen*. München: Ernst Reinhard Verlag
- Füsgen, Ingo (2001⁴). *Demenz. Praktischer Umgang mit Hirnleistungsstörungen*. München: Medizin Verlag GmbH
- Gatz, Sabine; Schäfer, Lioba (2002). *Themenorientierte Gruppenarbeit mit Demenzkranken. 24 aktivierende Stundenprogramme*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Gillet, Jean-Claude (1998) *Animation. Der Sinn der Aktion*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles
- Grond, Erich (2003²) *Pflege Demenzkranker*. Hannover: Brigitte Kunz Verlag
- Heim, Edgar (1985). *Praxis der Milieuthapie. Mit einem Geleitwort von W.Th.Winkler*. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer-Verlag
- Held, Christoph; Ermini-Fünfschilling, Doris (2004). *Das demenzgerechte Heim. Lebensraumgestaltung, Betreuung und Pflege für Menschen mit leichter, mittelschwerer und schwerer Alzheimerkrankheit*. Basel: Karger
- Herriger, Norbert (1997). *Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer GmbH
- Horst, Isermann (1997⁶). *Neurologie und Neurologische Krankenpflege*. Stuttgart Berlin Köln: Verlag W. Kohlhammer
- Kitwood, Tom (2000). *Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber
- Kraus, Sibylle (2003). Rolle und Selbstverständnis von Sozialarbeit in der Altenhilfe. In Zippel, Christian & Kraus, Sibylle (Hrsg.) (2003). *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie*. Berlin: Weissensee Verlag.
- Kreuzpaintner Günter (2004). Biographiearbeit, der Baustein zur Beziehungsarbeit. In Kreuzpaintner, Günter; Bauer, Rüdiger (Hrsg.) (2004). *Erzähl mir deine Geschichte. Biographiearbeit und Beziehungspflege in Altenhilfeeinrichtungen*. Unterostendorf: IBICURA
- Mathuse, Klaus (2003). Sozialarbeit und Angehörigenarbeit in der Gerontopsychiatrie. In Zippel, Christian, Kraus Sibylle (Hrsg.) (2003). *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie*. Berlin: Weissensee Verlag
- Moser, Heinz; Müller, Emanuel; Wettstein, Heinz & Willener, Alex (1999). *Sozikulturelle Animation. Grundfragen, Grundlagen, Grundsätze*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles
- Niebuhr, Maren; Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. (Hrsg.). *Interviews mit Demenzkranken: Wünsche, Bedürfnisse und Erwartungen aus Sicht der Betroffenen*. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe
- Puhl, Ria & Maas, Udo (Hrsg.) (1997). *Soziale Arbeit in Europa: Organisationsstrukturen, Arbeitsfelder und Methoden im Vergleich*. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Saup, Winfried; Eberhard, Angela; Huber, Rosemarie; Koch, Kristin (2004). *Demenzbewältigung im betreuten Seniorenwohnen*. Augsburg: Verlag für Gerontologie Alexander Möckl

- Schroeter, Klaus & Prahl, Hans-Werner (1999). *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe. Ein Lehrbusch für die Fach(hoch)schule*. Weinheim: Beltz
- Sifton, Carol Bowlby (2008). *Das Demenz-Buch. Ein „Wegbegleiter“ für Angehörige, Pflegende und Aktivierungstherapeuten*. Bern: Verlag Hans Huber
- Spierts, Marcel (1998). *Balancieren und Stimulieren*. Luzern: Verlag für Soziales und Kulturelles
- Strübing, Jörg (2008²). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Thiele, Gisela (2001). *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Handlungsorientiertes Grundwissen für Studium und Praxis*. Köln: Fortis Verlag GmbH
- Tschan, Elvira (1999²). *Aktivierung im Heim. Sinn, Ziele und praktische Anregungen*. Zürich: AGERE Verlag
- Weber, Esther (2003). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit in Luzern*. Luzern: interact
- Weidenfelder, Martin (2004). *Mit dem Vergessen leben: Demenz. Verwirrte alte Menschen einfühlsam verstehen und begleiten*. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH
- Weinhart, Thomas (2007). *Handlungskompetenzen sozialer Altenarbeit*. Regensburg: Roderer Verlag
- Wissmann, Peter (2003). Informations-, Beratungs- und Vermittlungsstellen für ältere Menschen. In Zippel, Christian, Kraus Sibylle (Hrsg.) (2003). *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie*. Berlin: Weissensee Verlag
- Zeman, Peter (1996) Altersbilder, soziale Arbeit und die Reflexivität des Alters. In Scheppe, Cornelia (Hrsg.) (1996). *Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter*. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Zippel, Christian, Kraus Sibylle (Hrsg.) (2003). *Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie*. Berlin: Weissensee Verlag

Broschüren, Skripte und Zeitschriften

- Avenir Suisse (2006). *Demographie: Was uns morgen erwartet. Globale Entwicklungen, Europäische Trends und die Alterung in der Schweiz*. Gefunden am 21. April 2008 unter http://www.avenir-suisse.ch/content/themen/fruehere-themen/alternde-gesellschaft/demographie-leporello/mainColumnParagraphs/o/document1/demogr_lepo_de_mod.pdf
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2006a). *Szenarien der Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005-2050, Altersstruktur der Wohnbevölkerung*. Neuenburg: BFS
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2006b). *Bevölkerungswachstum und demographische Alterung: ein Blick in die Zukunft*. Neuenburg: BFS
- Ermini-Fünfschilling, Doris (2007). Aspekte des Alters. *SozialAktuell*, Nr. 3, S.16-18
- GFS Bern (2004). *Erhebliche Unterversorgung. Studie „Verbreitung und Versorgung Demenzkranker in der Schweiz“*. Kurzbericht für die Schweizerische Alzheimervereinigung. Gefunden am 07 Mai 2008 unter <http://www.soziotrends.ch/pub/alzheimer.pdf>
- Hangartner, Gabi (2006). Neue Wege der soziokulturellen Animation. *SozialAktuell*, Nr. 9, S. 14.
- Höpflinger, Francois (2007). *Demografische Alterung – Hintergründe und Trends in der Schweiz*. Gefunden am 07. Mai 2008 unter <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Demografische-Alterung.pdf>

- IFSW International Federation of Social Workers (2000). *Definition of Social Work*. Gefunden am 15. Juni 2008 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/DefSozArbeitIFSWIASSW.pdf
- IFSW International Federation of Social Workers (2006). *Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien*. Gefunden am 15. Juni 2008 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/EthikprinzSozArbeitIFSW.pdf
- Kunz, Daniel (2008). *Modul 106 – Sozialarbeit und Soziale Sicherheit. Unterrichtszusammenfassung und Ausblick auf die sozialarbeiterische Beratung*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Laufbahnberatung Gesundheitsberufe (Hrsg.) (ohne Datum) *Information zu Beruf und Ausbildung. AktivierungstherapeutIn HF*. Zürich: Laufbahnberatung Gesundheitsberufe, S. 2-4.
- Metzger, Marius (2008a) *Ein pragmatischer Leitfaden zum Forschen mit der Grounded Theory*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Metzger, Marius (2008b). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Skript: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
- Prelicz-Huber, Katharina (2005). *Geschichte der Professionalisierung der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichtes Skript: Hochschule für Soziale Arbeit Luzern
- Prell, Markus (2002). *Das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Böhm*. Gefunden am 27. März 2008 unter http://www.pflegen-online.de/download/artikel_prell.pdf
- Pro Senectute (2008). *Vortrag: Drei-Welten-Modell*. Unveröffentlichtes Skript. Vortrag: Männedorf ZH
- Reichmuth, Judith; Emmenegger, Barbara (2008). *Beobachtung*. Unveröffentlichtes Skript: Hochschule Luzern Soziale Arbeit
- Schallberger, Peter (2005/2006). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Vorlesungsskript*. Gefunden am 07.07.2008 unter http://dsowidb.unibe.ch/studium/ws0506/downloads/quali_thema11.pdf
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (2007). *98'000 Personen mit Demenz leben heute in der Schweiz*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (2005a). *Alzheimer ... geht uns alle an*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (2005b). *Medienmitteilung. Steigende Zahlen: 24,3 Millionen Alzheimerkranke in der Welt*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (2003a). *Wegweiser für die Zukunft. Alzheimer und andere Demenzerkrankungen – eine Herausforderung für die ambulante und teilstationäre Versorgung*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (2003b). *Leben mit Demenz. Tipps für Angehörige und Betreuende*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.) (o.D.). *Immer mehr Menschen mit Demenz leben zu Hause*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung
- Solèr, Maria & Brusa, Elke (2006). *Personenzentrierte Gesprächsführung nach Carl Rogers*. Unveröffentlichtes Skript. Hochschule für Soziale Arbeit Luzern.
- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). *Vom beruflichen Doppel- zum professionellen Tripelmandat. Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit*. Gefunden am 15. Juni 2008 unter http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Vom_Doppel-_zum_Tripelmandat.pdf
- Stremlow, Jürgen (2006). *Kurzbescrieb Leitfadeninterview*. Unveröffentlichtes Skript: Hochschule für Soziale Arbeit Luzern

Elektronische Quellen

Alters- und Pflegeheim Hofmatt (ohne Datum). *Homepage des Alters- und Pflegeheims Hofmatt*. Gefunden am 28. April 2008 unter <http://www.hofmatt.ch/home/home.htm>

Alterszentrum Adlergarten (ohne Datum). *Homepage des Alterszentrums Adlergarten*. Gefunden am 28. April 2008 unter <http://www.soziales.winterthur.ch/default.asp?Thema=0&Rubrik=0&Gruppe=10&Seite=74>

Pflegezentrum Seeblick (ohne Datum). *Homepage des Pflegezentrums Seeblick*. Gefunden am 28. April 2008 unter http://www.stadt-zuerich.ch/internet/pzz/home/unsere_pflegezentren/pz_seeblick.html

Seniorenzentrum Sunneziel (ohne Datum). *Homepage des Seniorenzentrums Sunneziel*. Gefunden am 28. April 2008 unter <http://www.sunneziel.ch/>

Wohnheim Sonnenberg (ohne Datum). *Homepage des Wohnheims Sonnenberg*. Gefunden am 28. April 2008 unter <http://www.huelfsgesellschaft.ch/wohnheim.php>

10. Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang 1	Bilder-, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	S. 1
Anhang 2	Beobachtete Sequenzen	S. 2
Anhang 3	Beispiel Dokumentation	S. 4
Anhang 4	Liste Codes, Kategorien und Achsenkategorien	S. 11

Anhang 1: Bilder-, Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Titelblatt	Pflege Betreuung (2006). <i>Homepage Pflege Betreuung</i> . Gefunden am 27. Mai 2008 unter http://www.pflege-betreuung.ch/demenz_alzheimer.php	
Tabelle 1	Krankheitsphasen	S. 9
Tabelle 2	Interventionspositionen	S. 22
Tabelle 3	Achsenkategorien und Kategorien	S. 43
Abbildung 1	Bevölkerungspyramiden	S. 12
Abbildung 2	Entwicklung Demenzerkrankung	S. 13
Abbildung 3	Soziale Arbeit	S. 15
Abbildung 4	Funktionen und Aufgaben sozialarbeiterischer Beratung	S. 18
Abbildung 5	Soziokultureller Kontext	S. 21
Diagramm 1	Demenzformen	S. 6

Anhang 2: Beobachtete Sequenzen

Wohnheim Sonnenberg, Winterthur ZH: 30. Mai 2008

Aktivierungsnachmittag (mit Frau Schwarz, ehemalige Kindergärtnerin, Zusatzausbildungen in Aktivierung)
Basteln und Singen

Seniorenzentrum Sunneziel, Meggen LU: 14. und 19. Mai 2008

- **individuelle Aktivitäten** (Pflegepersonal)
lesen, singen, im Garten arbeiten, spazieren
- **Alltagsaktivitäten** (Pflegepersonal)
Hilfe beim Kochen, aufräumen
- **Tanznachmittag** (Pflegepersonal)
Anlass für BewohnerInnen und Angehörige mit Live-Musik
- **gemeinsames Essen** (Pflegepersonal)
Frühstück, Mittagessen, Kaffee und Dessert, Abendessen

Alters- und Pflegeheim Hofmatt, Münchenstein BL: 27. und 28. Mai 2008

- **Gedächtnistraining** (Daniela Loehler Zweifle, Soziokulturelle Animatorin)
Erweiterungsbau, Natur
- **Aktivierung in Wohngruppe** (Frau Loehler)
Aktivierungswagen, Spaziergang, Blumen sammeln, Namen sagen → 5 Sinne ansprechen, Briefmarken, Diskussion Abendessen, Dialekte Schweiz
- **Turnen „beweglich durch den Alltag“** (Magrit Giger)
(sitzend im Kreis)
einturnen mit Musik, Gummibändertraining, Rosentanz, Schlussequenz mit Musik
- **Ausflug** (Barbara Reinhard, Maltherapeutin)

Pflegezentrum Seeblick, Stäfa ZH: 10. und 18. Juni 2008

- **Familientisch** (Aktivierungstherapeutin Ursula Ambühl)
gemeinsames Frühstück im Aktivierungsraum (immer dieselben Personen anwesend)
- **Insle-Gruppe** (Pflegepersonal)
Wohngruppe für Menschen mit schwerer Demenz
- **individuelle Aktivitäten im Aktivierungs-Raum** (Frau Ambühl)
lesen, singen, Bilder anschauen, basteln, Kreuzworträtsel lösen
- **Turnen** (Frau Ambühl)
Sitzend, im Kreis, einwärmen mit Musik, Fang- und Wurfübungen mit unterschiedlichen Bällen, Übungen mit Reifen, Entspannung mit Musik
- **Interessengruppe** (Frau Ambühl)
Gespräche zu unterschiedlichen Themen, passende Lieder dazu singen, Gegenstände herumreichen, Bilder anschauen

Alterszentrum Adlergarten, Winterthur ZH: 11. und 12. Juni 2008

- **Frühstück** (allg. Pflegepersonal)
gemeinsame Vorbereitung, gegenseitige Unterstützung beim Einschenken, Brot streichen, Abräumen etc.
- **Haushaltstraining** (allg. Pflegepersonal)
Tisch abräumen, begleiten beim Einkauf, Rüsten

- **Aktivierungstherapie** (mit Frau Szostek, Aktivierungstherapeutin)
Bilder anschauen, Realitätsorientierungstraining zu Aktualitäten,
Bewegung und Körpergefühl: Übungen mit Reifen, Massage mit
Noppenbällen, Musik
- **Spiele** (Pflegerin)
mit Bällen, mit Kegeln, Lotto
- **Gedächtnistraining** (Pflegerin)
Sprichwörter, Zeitung, Ratespiele
- **Spaziergang** (Pflegerin)

Anhang 3: Beispiel Dokumentation

Datenerhebung Pflegezentrum Seeblick, Stäfa

1. Name und Adresse der Einrichtung

Pflegezentrum Seeblick

Chessibülstrasse 23, 8712 Stäfa

Tel 044 927 31 11

Fax 044 927 31 10

E-Mail pflegezentrum.seeblick@zuerich.ch

Aktivierungstherapeutin

Ursula Ambühl

2. Typ, Standort und Einzugsgebiet der Einrichtung

Das Pflegezentrum Seeblick hat sich auf Menschen mit Demenz spezialisiert. Es werden drei Schweregrade unterschieden (leicht, mittel, schwer). Es besteht eine geschlossene Abteilung (Insle-Gruppe) speziell für Menschen mit einer schweren Demenz. Zusätzlich gibt es die weglaufgeschützte Wohneinheit und eine separate Wohngruppe Menschen mit mittelschwerer Demenz. Die meisten BewohnerInnen befinden sich im mittleren Stadium der Erkrankung. Das Einzugsgebiet beschränkt sich auf die Stadt Zürich.

- **Anzahl Bewohner:** 43 Personen → Offene Demenz-Wohngruppe (leicht) 6 Betten, Weglaufgeschützte Wohneinheit (mittel) 27 Betten, Weglaufgeschützte Wohneinheit (schwer) 9 Betten
- **Pflegegrundsätze/ Pflegemodelle:** Drei-Weltenmodell nach Dr. Christoph Held, phasengerechte Milieugestaltung, Validation, basale Stimulation, Kienästhetik

3. Trägerschaft: Stadt Zürich

4. Angebote der Einrichtung

Das Angebot richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung und beinhaltet Mithilfe bei der Tagesgestaltung, Alltagsaktivitäten, Tagesstrukturen/Gruppenaktivitäten (spazieren, Gespräche, vorlesen, ausfahren, singen, Musik hören, spielen, musizieren), Aktivierungstherapie (Bewegungsgruppe, Backgruppe, „Insle“-Gruppe, spielerisches Gedächtnistraining, Interessengruppe, Malgruppe, Einzelbetreuung) und Physiotherapie. Die Tagesstruktur/Gruppenaktivitäten übernimmt das Team Pflege und Betreuung und führt diese 3x täglich durch. Die Aktivierungstherapie wird von den Aktivierungstherapeutinnen durchgeführt.

Aktivierungsangebot (durchgeführt von unterschiedlichen Personen)	Programm Aktivierungstherapie
<ul style="list-style-type: none"> • Validationskreis, 2x wöchentlich • Gottesdienst, Do 10.15h • Kegelclub, Mi 16.15h-17.15h • Naturfreunde, Sa 16.15-17.15h • Turnverein, Di 15.15-16.45h • Sponti-Gruppe, So 16.15-17.15h • Literatur-Gruppe, Mo/Do 16.15-17.15h • Basale-Stimulation, Di/Fr 16.15-17.15h • Menügespräch, alle zwei Monate • Gesangsverein, Do 15.00h • Fyrabigclub, jeden Abend 18.30h • Malatelier, Mo 15.15h 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsgruppe: Körpererfahrung, motorisch-funktionelle Fähigkeiten (Di) • Spielerisches Gedächtnistraining: kognitive Fähigkeiten spielerisch nutzen, psychosoziale Ressourcen (Fr) • Malen: Ausdruck und Kommunikation mit Farben (Mo) • Interessengruppe: Spiele, Musik, singen, Geschichten, Gespräche, Tagesereignisse, Bilder anschauen (Mi) • „Insle“-Gruppe: Sinneserfahrung mit ruhigen Aktivitäten • Backen: Sinneserfahrungen, vertraute Tätigkeiten • Einzelbetreuung

Beobachtete Sequenz: Familientisch 10.06.08, 8.00h-ca. 10.30h

1. Was wird gemacht?

Im AT-Treffpunkt wird gemeinsam das Frühstück eingenommen. Es sind sieben BewohnerInnen anwesend, welche sich alle im mittleren Stadium der Erkrankung befinden. Die Aktivierungstherapeutin (AT) hilft nur denjenigen, die Mühe haben, sich das Brot selber zu streichen. Während die Leute frühstücken, unterhält sich die AT mit den einzelnen Personen über unterschiedliche Themen. Die AT berührt die BewohnerInnen immer wieder kurz (legt die Hand auf die Schultern, streicht ihnen über den Arm).

Als alle mit Essen und Getränken eingedeckt waren, habe ich mich kurz vorgestellt. Daraufhin lenkt die AT das Gespräch auf die Herkunft der BewohnerInnen. Wir sprechen von den Kantonen und den unterschiedlichen Dialekten.

Essen

Unterstützung

Gespräche
Berührung,
Körperkontakt

Dialekt

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Alle haben grossen Appetit. Es wird erzählt und gelacht am Tisch. Eine Bewohnerin sagt, dass sie sich hier sehr wohl fühlt. Die BewohnerInnen unterhalten sich auch untereinander ohne dazu aktiviert werden zu müssen.

Lachen
Wohl fühlen

3. Wie arbeitet die Aktivierungstherapeutin?

Arbeitet sehr ruhig, ist aufmerksam, geht auf die Wünsche der BewohnerInnen ein. Es herrscht „Sie-Kultur“

ruhig,
aufmerksam,
auf Wünsche
eingehen

Anschlussfragen an AT

4. Was hat die Aktivierungstherapeutin genau gemacht?

Die BewohnerInnen sollen möglichst selbständig sein. Deshalb wird nur dort geholfen, wo es wirklich nötig ist (z.B. bei Sehstörungen, Wahrnehmungsstörungen)

Selbständigkeit

5. Was wirkt wie bei BewohnerIn?

Es sei abhängig von der Stimmung der BewohnerInnen. Es könne sein, dass es sehr friedlich ist und die BewohnerInnen das Frühstück geniessen. Wenn aber auch nur eine Person verärgert sei, könne sich dies auf die ganze Gruppe auswirken.

Friedliche,
gespannte
Stimmung

Beobachtete Sequenz: Frühstück im Stubli 10.06.08

1. Was wird gemacht?

Die BewohnerInnen, die nicht am Familientisch teilnehmen, frühstücken gemeinsam im Stubli. Das Pflegepersonal bringt ihnen das Frühstück an den Tisch. Die BewohnerInnen werden jedoch wenig betreut. Zwischendurch schaut eine Betreuerin wieder nach dem Rechten.

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Alle frühstücken für sich. Die einen sind eingeschlafen. Die anderen sitzen einfach am Tisch. Gesprochen wird kaum.

Langeweile
ohne Aktivität

Beobachtete Sequenz: Insle-Gruppe (Personen mit schwerer Demenz) 10.06.08

1. Was wird gemacht?

Sechs BewohnerInnen halten sich allein in der Stube auf. Die anderen drei werden vom Pflegepersonal noch zu Recht gemacht und sind in ihren Zimmern. In der Stube läuft im Hintergrund Musik, zwei der Bewohnerinnen summen ein wenig mit. Eine Bewohnerin sitzt auf der Couch mit einer Puppe im Arm und behandelt sie wie ein Baby. Sie schaukelt die Puppe auf dem Arm, streichelt und küsst sie.

Musik

Puppe

Die anderen sitzen am Tisch und haben Kinderspielzeug vor sich (Duplo, Auto, „Chugelispiel“). Die Frau mit den Duplos vor sich, baut daraus verschiedene Türme und schaut vor allem darauf, dass die Farben übereinstimmen. Mit ihr kann man auch Gespräche führen. Eine halbe Stunde vor dem Mittagessen sitzen dann diejenigen, die das Mittagessen dort einnehmen, in der Stube. Eine Pflegerin ist dort, spricht mit den BewohnerInnen, gibt ihnen zu trinken und berührt sie.

Eine Bewohnerin sei sehr laut beim Essen, weshalb sie alleine in ihrem Zimmer isst, um die anderen nicht durcheinander zu bringen und zu stören

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Da diese BewohnerInnen an einer schweren Demenz leiden, ist es schwierig die Wirkung zu sehen. Zwei BewohnerInnen haben jedoch Freude an der Musik. Sie lächeln oft. Als die CD fertig ist, will eine Bewohnerin, dass diese nochmals laufen gelassen wird.

Beobachtete Sequenz: Malen, singen, lesen, basteln im AT-Raum (ca.10.30 – 12.00h)

1. Was wird gemacht?

Zwischen Frühstück und Mittagessen ist der AT-Raum durch die AT betreut und die Anwesenden können ihren Lieblingsbeschäftigungen nachgehen.

Eine Bewohnerin bemalt Dreiecke aus Jute, aus welchen dann Blätter für eine Sonnenblume gebastelt werden. Sie macht es sorgfältig und arbeitet selbständig. Die AT gibt nur wenige Anweisungen.

Ein Bewohner schaut ein Bildband über die Schweiz an. Er lässt sich Zeit, alle Bilder genau anzuschauen. Als ich ihn frage, ob er einige Orte auf den Bildern kennt, kann er mir nicht richtig Antwort geben. Gemäss AT sei Kommunikation mit ihm kaum mehr möglich.

Eine Bewohnerin liest Zeitung. Sie kann gut vorlesen und macht es auch gerne. Die AT lässt Musik laufen. Eine Bewohnerin singt mit. Sie kennt die Texte recht gut. Es ist auch ein Singbuch von der Pro Senectute vorhanden, aus welchem manchmal Lieder gesungen werden.

Die AT löst mit den BewohnerInnen Kreuzworträtsel. Einige Begriffe wissen sie sofort, bei anderen brauchen sie kleine Tipps z.B. der Anfangsbuchstabe.

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Alle BewohnerInnen scheinen sehr zufrieden zu sein. Es wird gelacht und geplaudert zwischendurch.

3. Wie arbeitet die Aktivierungstherapeutin?

Auch hier will sie die Selbständigkeit fördern. Sie gibt Bastelideen und macht Vorschläge, was die BewohnerInnen machen könnten. Sie animiert sie zu einer Beschäftigung. Die AT zeigt viel Geduld und Einfühlungsvermögen.

Anschlussfragen an AT

4. Was hat die Aktivierungstherapeutin genau gemacht?

Sie geht stark auf die Fähigkeiten und Interessen (in Bezug auf die Biografie) der BewohnerInnen ein. Die Frau, die gebastelt hat, sei früher Schneiderin gewesen und deshalb handwerklich noch recht begabt.

Die Frau, die Zeitung gelesen hat, sei früher Schauspielerin gewesen und könne von daher gut vorlesen und mache dies auch gerne.

Einer Bewohnerin sei Liebe und Beziehungen früher sehr wichtig gewesen. Sie singe deshalb gerne Lieder, in denen es um Liebe geht. Die AT lässt solche Lieder im Hintergrund laufen.

Kinderspielzeug
Gespräch
Berührungen

Ruhe

Freude
Lächeln

Malen, Basteln
Selbständigkeit

Bilder
anschauen

Zeitung lesen
Musik
Singen

Kreuzworträtsel
lösen

Zufriedenheit

Selbständigkeit
fördern
animieren
Geduld
Einfühlungsvermögen

Erinnerung
Biografie

5. Was wirkt wie bei BewohnerInnen?

Solange die BewohnerInnen nicht überfordert sind mit der Beschäftigung, seien sie sehr zufrieden und machen mit. Sie hätten jedoch keine lange Ausdauer. Die Frau, die gerne Liebeslieder singt, blühe bei diesen regelrecht auf.

Keine
Überforderung
Wenig Ausdauer
aufblühen

Beobachtete Sequenz: Kaffee Trinken in der Wohngruppe

1. Was wird gemacht?

Bevor der Kaffee und das Dessert serviert werden, machen drei Bewohnerinnen noch einen kurzen Spaziergang im Garten. Eine macht dies selbständig, die anderen beiden werden begleitet, da sie nicht mehr so gut auf den Beinen sind. Beim Kaffee und Dessert werden Gespräche geführt und die beiden Pflegerinnen geben laufend Inputs für neue Gesprächsthemen. Es wird sowohl über Aktualitäten (EM, tragischer Unfall im Nachbarort, Sturz eines Bewohners aus dem Pflegeheim) wie auch von früher gesprochen. Die Gruppe scheint kognitiv noch recht fit, da sie sich an viele Dinge erinnern können, die vor ein paar Tagen geschehen waren.

Essen und
Trinken
Spaziergang

Gespräche
Erinnerung

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Zwei Bewohnerinnen geht es an diesem Tag gesundheitlich nicht so gut. Diese halten sich bei den Gesprächen zurück. Die anderen sind sehr gesprächig, lachen zwischendurch. Es ist eine angenehme Atmosphäre.

Befindlichkeit
Zufriedenheit

Beobachtete Sequenz: Turnen 10.06.08, 15.15h – 16.45h

1. Was wird gemacht?

Am Nachmittag trifft sich die Bewegungsgruppe, heute nehmen 13 Personen daran teil. Alle sitzen im Kreis. Zum Aufwärmen marschieren wir im Takt zur Musik. Nicht alle TeilnehmerInnen machen mit. Dann wird ein grosser Gummiball mit den Füßen einander zugespielt. Danach wird dasselbe mit einem kleineren Ball gemacht. Jetzt können alle motiviert werden, mitzumachen. Ein Teilnehmer jongliert den Ball sogar auf dem Fuss. Dann werden Stäbe verteilt und Armübungen damit gemacht (von der einen Hand in die andere wechseln, hinter den Kopf nehmen etc.). Wieder machen alle mit. Die einen reagieren etwas später, wenn die Übungen wechseln. Die AT stellt einen Korb in die Mitte und die TeilnehmerInnen müssen die Stäbe in den Korb werfen. Nur drei treffen nicht beim ersten Mal. Danach folgt die Ballrunde. Die AT steht dabei in der Mitte und wirft den Teilnehmenden einen Ball zu. Diese müssen ihn fangen und wieder zurück werfen. Nach etwa fünf Runden wechselt die AT den Ball. Die Bälle werden immer kleiner und es wird immer schwieriger diese zu fangen. Selten muss die AT den Ball einer Person zweimal zu werfen, weil sie diesen nicht gefangen hat. Zwei können die kleinen Bälle sogar mit einer Hand fangen. Als letzte Übung müssen die Teilnehmenden „Hulahopp“-Reifen einander zu rollen. Es wird mit einem Reifen begonnen, mit der Zeit bringt die AT noch einen zweiten und dritten ins Spiel.

Musik
Bewegung
Motorik
Aktive
Teilnahme

Bälle

Reifen

2. Wie wirkte es bei BewohnerInnen?

Die Bewohnerinnen machen mit und haben richtig Spass daran. Es wird laut gelacht und gekichert, vor allem beim Spiel mit den Reifen. Es herrscht eine ausgelassene Stimmung. Einige können sich noch daran erinnern, dass sie die Ballrunde bereits letzte Woche gemacht haben. Und sie wissen auch, dass am Schluss das „Totemügerli“ (der ganz kleine Ball) kommt. Alle nahmen aktiv teil. Mit vereinzelt Personen ist Kommunikation sonst kaum mehr möglich, aber auch sie waren konzentriert und konnten alle Übungen gut mitmachen. Eine Teilnehmerin meinte sogar, sie sähe den einen Teilnehmer nur in dieser Turnstunde so fröhlich.

Spass, Lachen

Erinnerung
Aktive
Teilnahme

fröhlich

3. Wie arbeitet die Aktivierungstherapeutin?

Sie lässt den Leuten Zeit für die Übungen. Sie wählt Musik aus der Region, die den BewohnerInnen gefällt. Es sind einfache Übungen, die aber noch gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten verlangen. Sie versucht die zurückhaltenden Personen, zu motivieren, in dem sie z.B. den Ball oder Reifen auf diese Person zuspielt. Sie achtet darauf, dass alle miteinbezogen sind.

Zeit lassen

motivieren
alle einbeziehen

Anschlussfragen an AT

4. Was wirkt wie bei BewohnerInnen? (gemäss AT)

Die Leute haben Ausdauer, für 1,5 Stunden zu turnen. Sie haben grosse Freude daran. Die AT stellt auch eine positive Entwicklung fest. Zu Beginn konnten nicht alle die Bälle fangen und werfen oder hatten Mühe den Reifen zu Rollen. Mittlerweile können es alle. Der Erfolg, den die Teilnehmenden empfinden, wenn ihnen etwas gelungen ist, motiviert. Da es immer dieselben Teilnehmenden sind, habe sich ein Gruppengefühl gebildet. Es sei harmonisch und die Leute seien gut gelaunt.

Freude
Ausdauer

Erfolg

Gruppengefühl

Interview vom 10.06.08 mit Ursula Ambühl, Aktivierungstherapeutin

- Zu Beginn des Stellenantrittes hatte sie Schwierigkeiten, Vertrauen zu den BewohnerInnen zu gewinnen. Nun hat sie den Zugang gefunden, wobei der Umgang mit den BewohnerInnen noch herausfordernd ist.
- Bei der Aktivierungstherapie nehmen immer dieselben Personen teil. Je nach Angebot werden unterschiedliche Fähigkeiten und eine gewisse Selbständigkeit vorausgesetzt. Für die BewohnerInnen ist eine vertraute Gruppe wichtig, weshalb es wenig Wechsel gibt. Die Teilnehmenden werden beobachtet, um Veränderungen zu erkennen und je nach dem neue Gruppeneinteilungen zu machen.
- Die BewohnerInnen kommen nicht immer freiwillig in den Treff. Manchmal müssen sie dazu motiviert und angeleitet werden. Konnten sie zur Teilnahme bewogen werden, haben sie dann doch Freude.
- Biografiearbeit ist wichtig, um adäquat auf die einzelnen Personen einzugehen.
- Die Räume und Angebote sind für BesucherInnen offen. Angehörige sind jederzeit willkommen. Dadurch können sie auch sehen, was die BewohnerInnen machen.
- Überforderung bei der Beschäftigung ist zu vermeiden. Auf Defizite aufmerksam gemacht zu werden kann Wut, Frustration und Trauer auslösen.
- Für Menschen mit Demenz, die sich sprachlich nicht mehr ausdrücken können, ist der Körperkontakt wichtig.
- Der Kontakt unter den BewohnerInnen ist gut. Man sieht z.B. oft, dass sie zu zweit im Garten spazieren oder sich gegenseitig motivieren.
- Das Pflegezentrum Seeblick arbeitet nach dem 3-Welten-Modell und macht dementsprechend eine klare Unterscheidung zwischen den unterschiedlichen Stadien. Menschen in der 3. Welt würden sich kaum mehr verändern. Mit ihnen wird wenig draussen unternommen, da sie eher Ruhe und ihre gewohnte Umgebung benötigen. Diese Stufe kann mit der „Säuglings-Stufe“ verglichen werden. Deshalb gibt es in der Insle-Gruppe viel Kinderspielzeug und sie halten sich nur in ihren separaten Räumlichkeiten auf.
- Nebst der Beschäftigung muss die AT alle Beobachtungen des Tages notieren. Dies ist ein grosser administrativer Aufwand.
- AT ist eine dreijährige Ausbildung auf dem Niveau Höhere Fachschule. Früher waren es oft Hausfrauen, die diese Beschäftigungen durchführten. Ursula steht der Professionalisierung sehr positiv gegenüber, da Menschen im Alter eines professionellen Umgangs bedürfen.

Vertrauen

Konstante
Gruppe

Motivation

Biografie

Wut,
Frustration,
Trauer

Körperkontakt

Beobachtete Sequenz: Interessengruppe 18.06.08, 15.15h – 16.45h

1. Was wird gemacht?

Thema Gegenstände

Es sind 7 TeilnehmerInnen (6 Frauen, 1 Mann) anwesend. Die AT stellt zuerst einen Korb mit einer Gugelhopf-Form auf den Tisch und fragt, was man alles in diesen Korb hinein tun könnte. Daraufhin kommen die unterschiedlichsten Antworten: Fleisch, Süssigkeiten, Kuchen etc. Eine Bewohnerin erinnert sich an das Rotkäppchen. Die AT nimmt das Thema auf und es wird über das Märchen gesprochen. Danach singen sie das Lied „Es wott es Fraueli z Märli goh“. Die AT hatte im voraus die Texte gross kopiert, dass ihn alle gut lesen konnten. Die AT bringt immer wieder einen neuen Gegenstand in die Runde und stellt Fragen an die Gruppe dazu (ob sie diesen Gegenstand auch schon gebraucht hätten, was man damit macht etc). Es sind alte, sowie neue Gegenstände dabei, vor allem für den Haushalt und Werkzeuge (Kaffeemühle, Kaffeefilter, Passer-Vite, Halter zum Wollknäuel machen, Laubsäge, Ahle, Feile, Schmirgelpapier). Es ist aber immer nur ein Gegenstand auf dem Tisch und es wird nur über diesen gesprochen. Zweimal zeigt die AT Bilder, die zum Gegenstand passen. Zum Thema Kaffee liest sie eine kurze Geschichte vor. Gemeinsam wird wieder ein Lied gesungen.

Wenn jemand beim Singen die Strophe verpasst, zeigt sie auf dem Blatt, wo sie mit Singen sind.

Nach der Interessengruppe schlägt die AT einigen vor, noch nach draussen spazieren zu gehen.

2. Wie wirkt es bei BewohnerInnen?

Alle TeilnehmerInnen machen mit, die einen mehr, die anderen weniger aktiv. Wenn die AT eine Frage stellt, kommen die Antworten sehr schnell. Die Leute beginnen zu erzählen, was sie mit dem Gegenstand verbinden oder ob sie diesen selbst benutzt hatten oder vielleicht ihre Eltern. Sie erinnern sich meist sehr gut daran. Manchmal stellen auch die Teilnehmenden Fragen dazu. Ein Mann erzählt eher wenig, er ist aber die meiste Zeit am Summen.

Die Gruppe schaut jeweils, dass alle die Gegenstände einmal anfassen und anschauen können.

Die Bilder werden genau betrachtet, vielen fallen Details auf.

Singen gefällt allen sehr. Es singen alle mit (manche auch nur den Refrain) und zwischendurch wird gelacht. Die Lieder sind bekannt und einige können sie auswendig singen.

Beim Vorlesen hören alle aufmerksam zu und lachen an lustigen Stellen.

Es herrscht eine gemütliche, freudige Stimmung.

3. Wie arbeitet die Aktivierungstherapeutin?

Das Thema ist wie ein roter Faden durch den Nachmittag

Sie arbeitet sehr ruhig und geduldig. Sie lässt den TeilnehmerInnen Zeit die Bilder und Gegenstände anzuschauen und etwas dazu zu erzählen oder zu Fragen.

Damit alle etwas sagen, stellt sie die Fragen gezielt an die einzelnen Personen.

Sie wählt Themen aus, zu denen die TeilnehmerInnen Bezug haben.

Sie geht auf alle Antworten und Fragen der TeilnehmerInnen ein. Wenn sich daraus wieder ein neues Gesprächsthema gibt, nimmt sie dies auf.

Anschlussfragen an Aktivierungstherapeutin

4. Was wirkt wie bei BewohnerInnen?

Jede Interessengruppe ist anders. Manchmal sind die TeilnehmerInnen sehr gesprächig und manchmal weniger. Die Leute haben grosse Freude am Singen. Eine Teilnehmerin, die sonst eher ruhig ist und kaum spricht, meldet sich öfters in dieser Interessengruppe. Die Leute seien grundsätzlich fröhlich und aufgestellt. Mit Humor könne man gut mit ihnen umgehen.

Thema,
Gegenstände
Fragen

Märchen
singen

Assoziationen

Bilder
anschauen

Hilfestellung,
Orientierung

Aktive
Teilnahme

Erinnerung

Zusammenge-
hörigkeit

Lachen

Zusammenhang
Zeit lassen

Alle einbeziehen

Interessen,
Ideen
aufnehmen

Freude

Humor

Interview vom 18.06.08 mit Ursula Ambühl, Aktivierungstherapeutin

- Kenntnisse über die Biografie sind bei der Interessengruppe wichtig, um ein entsprechendes Thema zu finden. Die Leute müssen über das Thema sprechen können.
- Die AT formuliert Richtziele und Feinziele. Die Richtziele sind allgemein und betreffen die einzelnen Aktivitäten. Die Feinziele beziehen sich auf die einzelnen Personen und Aktivitäten.
- Richtziele Bewegung: Bewegung und frühere Aktivitäten weiterführen, Bedürfnis nach Bewegung befriedigen, Sinneserfahrung, Körperwahrnehmung, Gemeinschaft und Zugehörigkeit erfahren, gegenseitige Unterstützung, soziale Kontakte leben
- Richtziele Interessengruppe: Gemeinschaft und Zugehörigkeit erfahren, gegenseitige Unterstützung, soziale Kontakte leben, Interesse zeigen, vorhandenes Wissen einbeziehen, Erfahrungsaustausch
- Richtziele Gedächtnistraining: gegenseitige Unterstützung, soziale Kontakte leben, Sinnesorgane einbeziehen, Konzentration und Aufmerksamkeit üben, Wortfindung üben, üben zu ordnen und strukturieren, Fantasie verbal oder gestalterisch ausleben, Ressourcen und Wissen einbringen, geistige Fähigkeiten erhalten und fördern, sich gemeinsam den Herausforderungen stellen.
- Beispiele für Feinziele bei der Interessengruppe: Frau X vorlesen lassen, alle müssen mitreden, alle müssen mitsingen
- Die Themen und die Durchführung der unterschiedlichen Aktivitäten muss den Zielen entsprechend angepasst werden.
- Biografie und Humor sind zentral in der Aktivierung

Biografie

Richt- und Feinziele

Biografie, Humor

Anhang 4: Liste **Kodes**, **Kategorien** und Achsenkategorien

Anleitung zum Gebrauch:

- Die **Kodes** sind in den folgenden Tabellen blau und die **Kategorien** rot dargestellt.
- Die Striche hinter den einzelnen Kodes zeigen auf, wie häufig diese bei der Datenauswertung vorgekommen sind, z.B. Der Kode Freude ist fünf Mal vorgekommen.

Achsenkategorie: Wohlbefinden

emotionale Zufriedenheit, Befindlichkeit	Förderung Gemeinschafts- sinn	Hilfsmittel, Orientierungs- hilfen	Körper- wahrnehmung	Sinneserfahrung in der Natur
<ul style="list-style-type: none"> • Freude HHH • Lachen HHH III • lockere Stimmung • Freude am Essen III • Dankbarkeit II • Genuss • Entspannung • Wertschätzung • Zufriedenheit III • Wohlfühlen II • Langeweile ohne Aktivität • angenehme Atmosphäre • Spass III 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Kontakte • Gemeinschafts-Gefühl IIII • gemeinsame Unternehmung • Augenkontakt • Gemeinsamkeit II • Förderung Gemeinschafts-sinn III • Alle einbeziehen • Gruppengefühl II • Vertrauen III • konstante Gruppe III • gegenseitige Unterstützung • Teamwork II • Zusammenhalt • Verantwortungsgefühl • gegenseitige Anerkennung 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesehilfe • Orientierungshilfe IIII • Orientierung • Umgebungsgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperkontakt III • Berührungen (gegenseitig) • Körpergefühl • Massage (individuell/gegenseitig) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflanzen ansehen, riechen, sammeln, anfassen • Sinne • Sinnesaktivierung III • Aktualitäts-bezug III • Gartenarbeit • Spaziergang IIII

Achsenkategorie: Bedürfnisorientiertes Arbeiten

Anpassung der Arbeitsweise an Leistungsniveau	Verhalten, Arbeitsweise der aktivierenden Person
<ul style="list-style-type: none"> • erklären • langsam • wiederholen III • Geduld II • Hilfestellung • Validation 	<ul style="list-style-type: none"> • Einfühlungsvermögen II • Zeit nehmen III • ruhig • aufmerksam • geduldig II • auf Wünsche eingehen • Alle einbeziehen II • Humor • Hilfestellung, Unterstützung • Anweisung • Spontaneität • stimulieren, anregen, aktiv • roter Faden • Themen aufnehmen • Diskussion, reden III • Alle beteiligen • Stimmung aufnehmen • Aktivitäten an Stimmung und Tagesverfassung anpassen • Selbstinitiative, eigene Ideen der Betroffenen miteinbeziehen • animieren II • Motivation II • anregen • motivieren

Achsenkategorie: Nicht-medikamentöse Therapieformen

Gedächtnistraining	musische Aktivitäten	körperliche Aktivitäten
<ul style="list-style-type: none"> • Erinnerung IIII • Gedächtnistraining III • Aktualitätsbezug • Sprichwörter raten II • Lieder erkennen und mitsingen • auswendig singen • wiederholen • kognitive Arbeit • Realitätsorientierungstraining (ROT) • gleiche Anfang- und Schlusssequenz III • Gedicht • Kreuzworträtsel 	<ul style="list-style-type: none"> • singen HH • Stimmtraining • Atemübung • summen • Musik IIII • Lieder → Erinnerung • Musik hören 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewegungsdrang • Tanz II • Spaziergang • Körperliche Bewegung • Turnen II • Ballspiel • Reifen • Spiel II • Kegeln • spazieren III • Bewegung II • Koordination • Taktgefühl • Motorik • Aktivitätenwaagen, Gummibänder

Achsenkategorie: Individualität

Individualität	Über- und Unterforderung	Teilnahme
<ul style="list-style-type: none"> • Defizit • individuelle themenbezogene Gespräche • individuelle Aktivitäten • Ressourcenorientierung III • Lieblingsbeschäftigung • Fähigkeit II • Biografie III 	<ul style="list-style-type: none"> • Gewalt/ Aggression • Überforderung • fehlender Antrieb • Unzufriedenheit bei Langeweile • Defizite → Wut, Frustration • geringe Frustrationstoleranz II • Ärger • Ungeduld II 	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahmslos • aktive Teilnahme II • freiwillige Teilnahme III • Interesse II • Themen einbringen • Bedürfnisse • Mitgestaltung • Ressourcen-orientiert

Achsenkategorie: Selbständigkeit und Selbstwert

Alltagsaktivität	Innere Uhr	Tagesstruktur
<ul style="list-style-type: none"> • Alltagsaktivität • Selbständigkeit III • selbständige Körperpflege • sinnvolle und partizipative Alltagsgestaltung • Förderung Selbständigkeit III • Alltagsgestaltung III • Einkaufen • Essen und Trinken • (Ausflug, Weg ist Ziel, neue Eindrücke sammeln) 	<ul style="list-style-type: none"> • Unruhe abends • Aktivität der Tagesverfassung anpassen II • Massage • Abendspaziergang • vorlesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ruhezeiten • Regelmässige Essenszeiten III • Zeitplan Aktivierung • Routine • Orientierung II • Tagesstruktur III

Achsenkategorie: Bestätigung und Anerkennung

Selbstbestätigung	Selbstwert	Wertschätzung
<ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung III • Anerkennung III • Stolz 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrauchtwerden II • Selbstbewusstsein III 	<ul style="list-style-type: none"> • Belohnung • Danken III

Achsenkategorie: Aktivierungsmittel

Kreative Therapien	Lesen	Themen und Interessen	Bilder
<ul style="list-style-type: none"> • Gegenstände sammeln • Blumen pressen • Basteln II • Bild erstellen • malen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lesen • Vorlesen • lesen lassen • Zeitung lesen • Geschichten vorlesen 	<ul style="list-style-type: none"> • Geografie II • Film • Farben • Natur III • Dialekt II • Briefmarkensammlung • Märchen • Garten • Blumen • Gottesdienst • wühlen II 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilder anschauen • detaillierte Betrachtung • Assoziationen II • Erinnerungen