

Fachhochschule  
Münster University of  
Applied Sciences



# **Interaktion und Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen**

**10-Minuten-Aktivierung  
Basale Stimulation**

## Inhalt

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG (J. BÖHM).....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>DEMENZ UND IHRE AUSWIRKUNGEN (J. BÖHM) .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>INTERAKTION UND KOMMUNIKATION MIT DEMENZIELL ERKRANKTEN MENSCHEN (I. ALTHOFF).....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>10- MINUTEN-AKTIVIERUNG (J. BÖHM) .....</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>BASALE STIMULATION (I. ALTHOFF) .....</b>	<b>12</b>
<b>5.1</b>	<b>Definition und Konzept .....</b>	<b>12</b>
<b>5.2</b>	<b>Berührung, Wahrnehmung und Wahrnehmungsbereiche .....</b>	<b>13</b>
5.2.1	Somatische Wahrnehmung .....	13
5.2.2	Vestibuläre Wahrnehmung .....	14
5.2.3	Vibratorische Wahrnehmung.....	14
5.2.4	Olfaktorische Wahrnehmung.....	15
5.2.5	Auditive Wahrnehmung .....	16
5.2.6	Taktil-haptische Wahrnehmung .....	16
5.2.7	Visuelle Wahrnehmung .....	16
<b>6</b>	<b>FAZIT (I. ALTHOFF &amp; J. BÖHM).....</b>	<b>18</b>
<b>7</b>	<b>LITERATUR UND QUELLEN (I. ALTHOFF &amp; J. BÖHM).....</b>	<b>19</b>
	<b>ERKLÄRUNG ZUR SCHRIFTLICHEN ARBEIT .....</b>	<b>20</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1 Entwicklung der Zahl von Demenzkranken (65 Jahre und älter) in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2050 bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten .....	4
--	---

# 1 Einleitung

Der demographische Wandel und seine Folgen sind in aller Munde. Für angehende Pflegemanager und andere Berufsgruppen im Bereich der Pflege und der Betreuung ist er Richtungsweisend für langfristige, strategische Entscheidungen. Im Rahmen der Wahlvertiefung haben Studierende des Bachelorstudiengangs *Pflege- und Gesundheitsmanagements* der Fachhochschule Münster die Möglichkeit, sich zu spezialisieren und ihre Interessen zu vertiefen.

Die Autoren dieser Arbeit, die im fünften Semester Pflege- und Gesundheitsmanagement studieren, haben sich ganz bewusst für die Wahlvertiefung *Umgang mit herausforderndem Verhalten bei demenziell erkrankten Menschen* entschieden. Vorausberechnungen belegen, dass die Menschen immer älter werden. Dadurch ist zu erwarten, dass auch immer mehr Menschen an einer Demenz erkranken. Die Versorgung und Betreuung im ambulanten und stationären Bereich ist für alle Beteiligte, sowohl für Professionelle als auch für Angehörige und Laien, eine Herausforderung. Die Belastung nimmt im Laufe der Zeit und mit fortschreitendem Verlauf der Erkrankung zu.

Um dieser Herausforderung gewachsen zu sein und für verschiedene Situationen Lösungsstrategien zu entwickeln, ist es notwendig, sich mit dem Thema Demenz, besonders auch mit dem Empfinden demenziell erkrankter Menschen, aber vor allem auch mit Kommunikationsmöglichkeiten, auseinander zu setzen. Grundvoraussetzung ist, Verständnis für verwirrte und orientierungslose Menschen zu haben und Wege und Möglichkeiten zu kennen, um Strukturen zu schaffen, in denen Ängste abgebaut und Vertrauen aufgebaut werden kann. So ist gewährleistet, dass in schwierigen Situationen adäquat reagiert wird. Die Wahlvertiefung gibt hier einen umfassenden Einblick.

Mit fortgeschrittenem Verlauf der Demenzerkrankung nimmt die Kommunikationsfähigkeit des Betroffenen immer weiter ab. Die bewusste, verbale Kommunikation wird immer weniger. Für Personen, die mit demenziell erkrankten Menschen zusammenarbeiten, ist es daher wichtig, vielseitige Möglichkeiten der nonverbalen Kommunikation und Interaktion mit demenziell erkrankten Menschen zu kennen.

Die folgende Arbeit stellt zunächst in Kapitel 2 das Krankheitsbild Demenz vor. In Kapitel 4 und 5 werden die 10-Minuten Aktivierung und die Basale Stimulation als Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeit vorgestellt. Das Fazit in Kapitel 6 rundet die Arbeit ab. Die zugehörige Powerpointpräsentation gibt vertiefende Informationen und praxisbezogene Anwendungsbeispiele.

In der folgenden Arbeit wird zum besseren Leseverständnis nur das männliche Genus verwendet. Dies schließt das weibliche Genus mit ein.

## 2 Demenz und ihre Auswirkungen

Mitarbeiter im Bereich des Gesundheitswesens kommen schon seit vielen Jahren nicht mehr ohne den Begriff Demenz und die vielen verschiedenen Formen der Demenz aus.

Kirchhefer beschreibt die Demenz als „... eine überwiegend im Alter auftretende Persönlichkeitsveränderung, die mit einem fortschreitenden Verlust von intellektuellen, kognitiven und geistigen Fähigkeiten einhergeht“ (Kirchhefer, 2005, S.39). Um den Rahmen der Arbeit nicht zu überschreiten, wird hier nur ein kurzer Einstieg in das Thema gegeben. Die Ursachen und die verschiedenen Formen werden dabei nicht näher erläutert. Es geht vielmehr um die Veränderungen die dem Betroffenen widerfahren und wie sich dadurch die Welt des Erkrankten aber auch die Welt der Pflegenden und Betreuenden verändert. Die Herausforderungen und die Schwierigkeiten die mit dieser Erkrankung einhergehen stehen im Vordergrund.

Die aufgeführte Tabelle 2.1 (vgl. Weyer, 2005, S. 24) zeigt, dass mit einer Zunahme der demenziell erkrankten Menschen zu rechnen ist.

**Tabelle 2.1 Entwicklung der Zahl von Demenzkranken (65 Jahre und älter) in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2050 bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten**

Jahr	Demenzkranke (in 1000)
2000	935
2010	1165
2020	1415
2030	1690
2040	1920
2050	2290

(modifiziert nach Weyer, 2005, S.24)

Pflegende und Betreuende im ambulanten und stationären Bereich werden immer häufiger mit dem Thema Demenz konfrontiert. So sind etwa 60% der Heimbewohner von dieser Erkrankung betroffen. Im Jahr 2006 waren es etwa 400.000 demenzkranke Menschen, die in Alten- und Pflegeheimen versorgt wurden (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006, Kapitel 1.2.4).

Demenzerkrankungen verlaufen fortschreitend. Zu Beginn sind meist nur leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen zu beobachten. Oft kompensieren die Betroffenen dies und versuchen ihre Schwächen zu verstecken. Mit fortlaufender Zeit nimmt die Anzahl der Symp-

tome jedoch zu und es fällt den Betroffenen zunehmend schwerer diese zu verbergen. Exemplarisch werden hier die häufigsten Symptome erwähnt (vgl. Kirchhefer, 2005, S.39):

- Störung von Merkfähigkeit und Gedächtnis
- Beeinträchtigung des Denkvermögens
- Beeinträchtigung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Orientierungsstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Auffassungsstörungen
- Affektstörungen (Affektlabilität, Depression, Affektarmut)
- Antriebsminderung
- Formale Denkstörungen (Verlangsamung, Verarmung, Weitschweifigkeit)
- Neuropsychologische Symptome (Aphasie, Apraxie)
- Verhaltensstörungen.

Daraus ergeben sich einige Herausforderungen wie

- Erhöhter Hilfebedarf bei den ATL`s
- Erhöhtes Gefahrenpotenzial (z.B. Sturz, Orientierungslosigkeit)
- Abwehrendes, ablehnendes Verhalten
- Verzögerte Reaktion
- „Schwer zu erreichen“
- „Leben in ihrer eigenen Welt“
- Eingeschränkte Kommunikation

für die Pflegenden und Betreuenden. Dies können die Autoren dieser Arbeit aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung festhalten.

### 3 Interaktion und Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen

Um die Pflege und Betreuung demenziell erkrankter Menschen zu optimieren, schrieb das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung ein Forschungsvorhaben aus: Es wurde eine Expertengruppe gegründet, die nach ausführlicher Literatur- und Quellenrecherche Empfehlungen formuliert, „welche pflegerischen Interventionsmaßnahmen erfolgreich dazu beitragen, die Pflegequalität für Demenzkranke mit Verhaltensauffälligkeiten zu verbessern“ (Rahmenempfehlung, 2006, S.5). Als Ergebnis ist die *Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* herausgegeben worden. In der vorliegenden Arbeit wird der Schwerpunkt auf die Interaktion und Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen gelegt, da der Rahmen der Arbeit es nicht erlaubt, alle Maßnahmen vorzustellen.

Die Interaktion und Kommunikation mit demenziell erkrankten Menschen gestaltet sich in vielen Situationen als schwierig und stellt für Pflegende und Betreuende häufig eine große Herausforderung dar. Die Interaktion und Kommunikation ist sowohl durch kognitive Einschränkungen aber auch durch den häufigen Verlust der verbalen Sprache erschwert.

Um mit erkrankten Menschen in Interaktion treten zu können ist es wichtig, den Betroffenen umfassend und ganzheitlich zu sehen und ihn mit seiner Erkrankung so zu akzeptieren, wie er ist. Das humanistische Menschenbild, wie es auch in der Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe dargestellt wird (vgl. Rahmenempfehlung, 2006, S.27), beschreibt diese Grundhaltung. Die Würden des einzelnen Menschen und ein respektvoller Umgang, sowie die Akzeptanz von Schwächen sind die Grundlagen des humanistischen Menschenbildes und für die Interaktion mit demenziell erkrankten Menschen die Grundvoraussetzung.

Die erwähnte Rahmenempfehlung sieht die „Kernelemente der Pflege in der Unterstützung des Alltags und in der Unterstützung bei dem Streben nach Wohlbefinden“ (Rahmenempfehlung, 2006, S.32). Besonders die Unterstützung bei dem Streben nach Wohlbefinden stellt eine Herausforderung dar, da demenziell erkrankte Menschen ihre Wünsche und Bedürfnisse oft nicht mehr adäquat äußern können. Um diese und die vermeintliche Gefühlslage trotzdem erkennen oder errahnen zu können, ist eine gute Beziehung und Vertrauensbasis von großer Bedeutung. „Nur in einer echten, einfühlsamen und akzeptierenden Beziehung ist ein auf Wohlbefinden und Lebensqualität ausgerichteter Alltag möglich“ (Rahmenempfehlung, 2006, S. 33). Um diesem Anspruch Folge zu leisten, ist es, neben der Grundhaltung der einzelnen Pflegeperson, wichtig,

verschiedene Konzepte, Assessments, Therapien und Interaktionsformen zu kennen und diese gezielt anwenden zu können.

Des Weiteren stellt die genannte Rahmenempfehlung viele verschiedene Handlungsvorschläge zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen vor und begründet deren Sinnhaftigkeit. Der Stand der Forschung zu jeder Empfehlung gibt aktuelle pflegewissenschaftliche Informationen. Auf Grund des begrenzten Umfangs der Arbeit können an dieser Stelle nur zwei Empfehlungen vorgestellt werden: *Empfehlung 4* der Rahmenempfehlung befasst sich mit der *Erinnerungspflege* und der *Gruppenaktivierung* (vgl. Rahmenempfehlung, 2006, S.93-94). Die dort beschriebenen Grundgedanken sind in Kapitel 4 dieser Arbeit, welches sich mit der 10-Minuten-Aktivierung befasst, aufgegriffen worden. Die *Empfehlung 5: Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen* (vgl. Rahmenempfehlung, 2006, S. 102) ist in Kapitel 5 dieser Arbeit aufgegriffen worden, in dem die Basale Stimulation näher erläutert wird.

## 4 10- Minuten-Aktivierung

Die 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg stellt eine Aktivierungsform für demenziell erkrankte Menschen dar und dient zusätzlich der Kommunikation und Interaktion.

Ihr liegen folgende Konzeptideen zu Grunde:

- Kurze, gezielte Aktivierung mit bekannten Gegenständen
  - ➔ Erinnerungen wecken
- Therapeutische Betreuung
  - ➔ Erhalt von Körpergefühl und Beweglichkeit
- Alltagskompetenzen
  - ➔ Förderung der visuellen, taktil-haptischen Wahrnehmung
- Setzen von Schlüsselreizen
  - ➔ Förderung der Kommunikation durch Erinnerungsreisen
- Selbstverwirklichung
  - ➔ bestätigen alter Rollen und der Ich-Identität.

(vgl. Höwler, 2004)

Diese Maßnahme ist speziell auf die Bedürfnisse von demenziell erkrankten Menschen angepasst. Im Rahmen der 10-Minuten-Aktivierung werden Einzelpersonen oder auch kleine Personengruppen gezielt etwa 10 Minuten aktiviert. Dabei werden z. B. Themenboxen zu einem bestimmten Thema genutzt um Erinnerungen wachzurufen. Altbekannte Gegenstände und Gerüche können Empfindungen wecken. Diese Form der Kommunikation und Interaktion lässt sich gut in den Alltag integrieren, da die Durchführung wenig Vorbereitung braucht und in einigen Schritten durchzuführen ist, wie die folgende Auflistung zeigt:

- Gruppe zusammenstellen/ Person auswählen
  - Box bereitstellen
  - Bewohner begrüßen
  - Gedankengänge frei äußern lassen
  - Nach Erinnerungen fragen
  - Zur Bewegung anregen
  - Gedächtnisfragen stellen
  - Bewohner verabschieden
  - Wichtige Informationen weitergeben und dokumentieren
- (vgl. Reif, n.d.)



Dabei kann, je nach Schweregrad der Erkrankung, die Intensität individuell abgestimmt werden. Bei Gruppenaktivierungen ist darauf zu achten, alle beteiligten Personen mit einzubeziehen und niemanden zu überfordern oder zu unterfordern.

Es gibt viele verschiedene Variationen zur 10-Minuten-Aktivierung. Es können auch Lieder, Gedichte, Sprüche und einfache Bewegungsübungen integriert werden. Das folgende Beispiel zum Thema *Küche* haben die Autoren gewählt um exemplarisch aufzuzeigen, welche Möglichkeiten es im Rahmen der 10-Minuten-Aktivierung gibt. Dies kann selbstverständlich auf andere Bereiche übertragen werden.

- **Inhalt:** Topf, Löffel, Schneebesen, Topflappen, Kaffeefilter, Pfannenwender, Dose mit Kaffeepulver, Teebeutel
- **Wahrnehmung:** Wie fühlt es sich an? Wie sieht es aus? Wie riecht es?
- **Erinnerung:** Wer hat bei Ihnen gekocht? Was essen Sie am liebsten? Gab es sonntags besondere Gerichte?
- **Bewegung:** mit Löffel im Topf rühren, Topflappen über Kopf heben, seitlich weitergeben
- **Kognition:** Begriffe von A-Z zum Thema Küche/kochen, Sprichwörter zum Thema Küche/kochen

Abschließend ist zu sagen, dass es 10 gute Gründe für die 10-Minuten-Aktivierung gibt. Diese werden im Folgenden aufgelistet und kurz erläutert. Sie machen deutlich, wie sinnvoll und effektiv diese Methode ist:

1. **Kurze Dauer, gut integrierbar**  
→ jederzeit einsetzbar
2. **Einmalig längere, dann sehr kurze Vorbereitungszeit**  
→ kann immer wieder genutzt werden, geringe Kosten, vielseitig einsetzbar
3. **Spontan, keine lange Planung notwendig**  
→ kleine Zeitfenster können intensiv genutzt werden
4. **Nur kurze Konzentrationsspanne notwendig**  
→ abgestimmt auf Bedürfnisse und Leistungsfähigkeit des Betroffenen
5. **Vielfältige Themen**  
→ fast jedes Thema geeignet, individuell auf den Betroffenen abgestimmt
6. **Biographieorientiert**  
→ individuell und informationsreich
7. **Flexibel in der Umsetzung**  
→ spontane Anpassung an Situation/Gruppe möglich

### 8. Ressourcenorientiert (Fähigkeiten nicht Defiziten)

→ Selbstbestärkung des Betroffenen

### 9. Einzel-oder Gruppenaktivierung

→ je nach Bedürfnissen/Vorlieben des Betroffenen

### 10. Variabel nach Krankheitsstadium (keine Über-/Unterforderung)

→ in allen Krankheitsstadien einsetzbar, fördert bei Bettlägerigen die Wahrnehmung (vgl. Mallek, n.d., Internet).

Den Anspruch, den die *Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* an die Erinnerungspflege stellt, erfüllt die 10-Minuten-Aktivierung. Ziel ist nicht, wie bei manchen Konzepten zur Biographiearbeit, systematisch die Lebensgeschichte zu erörtern, sondern vielmehr das Selbstwertgefühl des Betroffenen zu stärken. „Sich erinnern ist für ältere Menschen eine Möglichkeit, auf ihr Leben zurück zu blicken, dadurch Identität aufrechtzuerhalten, Freude zu erleben und sozial-und alltagsgeschichtliches Wissen fortzuschreiben“ (Rahmenempfehlung, 2006, S. 94).

Im Rahmen der 10-Minuten-Aktivierung wird in Einzel- oder Gruppenaktivierung hierfür ein Rahmen geschaffen, indem Lebensthemen angesprochen werden, zu denen alle Teilnehmer einen Erinnerungsbezug haben und der meist mit positiven Emotionen verbunden ist.

Die Rahmenempfehlung zeigt folgende Grenzen und Potentiale der Erinnerungspflege auf:

- „Einige Menschen erinnern sich nicht gerne und haben kein Interesse an der Vergangenheit - dieses gilt es zu respektieren.
- Die Auswahl der Erinnerungsthemen (primär nicht konfliktreich) orientiert sich an den Teilnehmer/innen und am Ziel, positive Gefühle zu erzeugen.
- Erinnerungen können über sinnlich-wahrnehmbare Zugänge gefördert werden: Gegenstände, Erinnerungsstücke, Fotos, Bilder, Film, Musik, Bücher, Materialien (Naturmaterialien wie Gras, Schnee, Laub usw. oder Stoffe, Knöpfe etc.).
- Bei Erinnerungsaktivitäten kann die Gestaltung der räumlichen Umgebung unterstützen (z. B. Erinnerungszimmer).
- Die Umsetzung von Erinnerungsaktivitäten erfolgt durch Mitarbeiter/innen, die sich sowohl ein entsprechendes Wissen zur Prozessgestaltung erworben haben, als auch Qualifikationen einbringen, die im intrapersonellen Bereich liegen.
- Beobachtungen, die bei der Aktivierung von Erinnerungen gemacht werden und die für weitere Beteiligte wichtige Informationen beinhalten, brauchen eine Form der Dokumentation bzw. eine Schnittstelle, die den Informationstransfer gewährleistet.
- Es ist möglich, dass bei Erinnerungsaktivierungen unbeabsichtigt negative Emotionen ausgelöst werden, die eine Depressivität oder Verzweiflung, Wut oder Ärger einleiten.

→ Pflegende benötigen Handlungssicherheit und Hilfestellung, wenn die Erinnerungspflege bei Menschen mit Demenz eine Krise auslöst“ (Rahmenempfehlung, 2006, S. 96).  
Pflegekräften, Therapeuten und Betreuern, die die 10-Minuten-Aktivierung durchführen, sollten diese Grenzen und Potentiale bekannt sein, um eine adäquate und sinnvolle Aktivierung durchführen zu können.

## 5 Basale Stimulation

Bei bewusstseins eingeschränkten Menschen, denen eine verbale Kommunikation aus verschiedenen Gründen nicht mehr möglich ist, gibt es verschiedene Maßnahmen, um mit ihnen zu interagieren und mit ihnen in Beziehung zu treten. Eine Möglichkeit ist die Basale Stimulation.

### 5.1 Definition und Konzept

„Basale Stimulation bedeutet, für bestimmte Zeit einen Weg zusammen zu gehen. Basale Stimulation erwächst aus der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Sie ist eine bestimmte Form von Pflegebewusstsein, aus dem heraus basal stimulierende Pflege angeboten wird. Basale Stimulation ist keine erlernbare Technik. Sie ist nicht von einem Patienten zum nächsten übertragbar. Auch ergibt die Summe bestimmter Maßnahmen keine Basale Stimulation. Wir sprechen hier vielmehr von dem Anbieten individueller Wahrnehmungserfahrungen, über deren Wirkung und weitere Entwicklung der Patient entscheidet“ (Nydahl & Bartoszek, 2008, S. 1).

Unter der Basalen Stimulation versteht man die ganzheitliche Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche und die Anregung primärer Körper- und Bewegungserfahrungen. Ziel ist es, die Entwicklungspotentiale des Menschen zu fördern. Es ist ein Konzept, das der Persönlichkeitsförderung von wahrnehmungsgestörten Menschen dienen soll.

Dieses wachstums- und entwicklungsorientierte Förderkonzept wurde bereits 1975 durch Prof. Dr. Andreas Fröhlich entwickelt. Ursprünglich hatte der Sonderpädagoge es für schwerbehinderte Kinder erarbeitet. Fröhlich ist der Ansicht, dass selbst schwerstwahrnehmungsgestörte Kinder in der Lage sind, Anregungen wahrzunehmen. Diese Wahrnehmungen sind für Außensiehende oft nicht zu erkennen, laut Fröhlich aber eindeutig vorhanden. Die Reize, die gegeben werden, müssen eindeutig sein, da sie die Kinder ansonsten irritieren können. Die Stimuli werden in Form von Berührungen und Bewegungen gesetzt. Dadurch werden basale Sinne (z. B. somatisch, taktil) angesprochen. Grundsätzlich ist es wichtig, dass im Vorfeld der Basalen Stimulation die biographische Anamnese ausführlich erhoben wird. Darauf aufbauend muss eine individuelle Pflegeplanung erstellt werden (vgl. Rahmenempfehlung, 2006, S. 105-106). Nur so ist sichergestellt, dass die Reize an bereits vorhandene und bekannte Erfahrungen anknüpfen können und es zu einer positiven Reaktion seitens der Kinder kommen kann. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass die Erkrankten auf dieser Erfahrung aufbauen können (vgl. Nydahl & Bartoszek, 2008, S. 3). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Patient zu Beginn der Basalen Stimulation präzise Informationen zu sich selbst und seiner Umwelt erhalten soll. Dadurch werden seine Selbst- und seine Körperwahrnehmung gefördert. Erst zu einem späteren Zeit-

punkt werden dann gezielt die verschiedenen Sinne einbezogen (vgl. Rahmenempfehlung, 2006, S. 105).

1980 integrierten Christel Bienstein, Krankenschwester und Diplompädagogin, und Prof. Dr. Andreas Fröhlich das Konzept in die Krankenpflege. Schnell kamen sie zu der Erkenntnis, dass das Konzept der Basalen Stimulation auch bei wahrnehmungsgestörten Erwachsenen angewendet werden kann. Besondere Erfolge können bei bewusstseinsbeeinträchtigten, beatmeten, desorientierten oder sterbenden Patienten verzeichnet werden, ebenso auch bei an Morbus Alzheimer und an Schlaganfall erkrankten Menschen (vgl. Nydahl & Bartoszek, 2008, S.3).

## **5.2 Berührung, Wahrnehmung und Wahrnehmungsbereiche**

Für den Umgang mit demenziell Erkrankten, aber auch generell mit kognitiveingeschränkten Menschen, ist die somatische Wahrnehmung, die für die Haut- und Körpererfahrung steht, von besonderer Bedeutung. Ebenso wichtig ist die vestibuläre Wahrnehmung, die die Lage- und Bewegungserfahrung mit einbezieht. Die vibratorische Stimulation schließt die Empfindung kleinster Bewegungen mit ein. Bei der oralen Wahrnehmung handelt es sich um jegliche Empfindungen, die sich um die Geschmacks- und Geruchserfahrungen drehen und bei der akustischen Wahrnehmung werden Hörerfahrungen zu Grunde gelegt. Die visuelle Erfahrung beinhaltet die Sehfähigkeit und die somit erworbenen Erfahrungen.

Berührungen spielen allgemein in der Pflege eine große Rolle. In der Basalen Stimulation nehmen sie einen besonderen Stellenwert ein. Für Menschen, die unter Wahrnehmungsstörungen leiden, ist es wichtig, dass sie mit einer Initialberührung begrüßt werden und die tägliche Pflege damit begonnen und abgeschlossen wird. Eine Initialberührung kann beispielsweise das Anfassen der rechten Schulter mit angemessenem Druck sein. So erkennt der Patient, dass er angesprochen wird und eine Handlung folgt.

Im Folgenden werden die verschiedenen Wahrnehmungsbereiche der Basalen Stimulation, die das pflegerische Handeln beeinflussen, genauer erläutert. Alle Arten der Wahrnehmung werden bereits pränatal angelegt und sind als Grunderfahrung anzusehen, die das weitere Leben prägen.

### **5.2.1 Somatische Wahrnehmung**

Unter der somatischen Wahrnehmung lassen sich die Oberflächensensibilität, also Empfindungen der Körperoberfläche und die Tiefensensibilität (Empfindungen aus dem Körperinneren) zusammenfassen. Die Tiefensensibilität beinhaltet die Empfindungen von Muskeln und Gelenken, vor allem die Bewegung und Kraft, die von ihnen ausgehen, und ist eng mit dem visuellen System verknüpft. Durch die somatische Wahrnehmung ist der Körper in der Lage beispielsweise Druck- und Temperaturveränderungen zu registrieren. „Fröhlich (1998) hebt in diesem Zu-

sammenhang die Bedeutung der Haut [...] als Begrenzung, aber auch als Kontaktfläche zur Umwelt hervor“ (Nydahl & Bartoszek, 2008, S. 8).

### **5.2.2 Vestibuläre Wahrnehmung**

Laut Definition zielt die vestibuläre Stimulation auf die Förderung des Gleichgewichts ab. Sie dient der Orientierung im Raum und fördert die Wahrnehmung von Bewegungen, sowie Lageveränderungen (vgl. Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 67). Außerdem gibt es Informationen darüber, wie schnell sich der Mensch und in welche Richtung er sich bewegt. „Die vestibuläre Wahrnehmung ist das grundlegende Bezugssystem, um optische Informationen sinnvoll zu verarbeiten“ (Nydahl & Bartoszek, 2008, S. 9).

Wenn vestibuläre Reize gesetzt werden, ist es wichtig, diese langsam auszuführen. Der Gleichgewichtssinn adaptiert sich schnell an die Umwelt. Daher kann es zu Schwindel und Übelkeit führen, wenn der Patient beispielsweise zu schnell von einer liegenden in eine sitzende Position gebracht wird.

### **5.2.3 Vibratorische Wahrnehmung**

Unter der vibratorischen Stimulation versteht man die körperliche Wahrnehmung von Vibrationen und die durch Schwingungen hervorgerufen wird. Ziel dieser Methode ist es, dem Patienten seine Körpertiefe und –fülle bewusst zu machen (vgl. Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 9). Häufig wird in diesem Zusammenhang das so genannte Vibraxgerät eingesetzt, welches ursprünglich zur Sekretlockerung in der Pneumonieprophylaxe entwickelt wurde. In der Basalen Stimulation spielt es in sofern eine Rolle, als das dadurch die Röhrenknochen die erzeugte Vibration in den ganzen Körper verteilen (vgl. Schott, Voigt, Friederich & Küpper, 1999, Internet). Vibrationen rufen im Körper eine rhythmische Empfindung hervor, unter anderem auch beim Laufen oder Sprechen. Dadurch wird die Aufmerksamkeit geweckt und „ermöglicht ein Hineinhorchen in uns selbst. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vibratorisches Erleben im Zusammenspiel mit unserer somatischen und vestibulären Wahrnehmung die Grundlage für unser Körper-Ich bildet“ (Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 9).

Bei der vibratorischen Wahrnehmung ist es wichtig, auf Kontraindikationen zu achten. Bei einem Schlaganfall oder einer Lungenembolie darf das Vibraxgerät nicht direkt auf der Haut angewendet werden. Es besteht jedoch die Möglichkeit das Vibraxgerät auf die Matratze zu legen oder eine elektrische Zahnbürste zu benutzen, denn dadurch werden ebenfalls Schwingungen ausgelöst.

## 5.2.4 Olfaktorische Wahrnehmung

Die olfaktorische Stimulation, auch orale Wahrnehmung genannt, spielt für fast alle Menschen eine zentrale Rolle. In unserem Kulturkreis handelt es sich dabei nicht nur um die Nahrungsaufnahme, es hat viel mehr etwas mit Gemütlichkeit, Wohlbefinden und gesellschaftlichen Aspekten zu tun. Der Geschmackssinn ist in der Lage mit Chemorezeptoren auf der Zunge verschiedene Geschmacksrichtungen (süß, sauer, bitter, salzig, aber auch pikant, würzig und herzhaft) wahrzunehmen. Eine intensive Geschmackswahrnehmung entsteht jedoch erst, wenn die freigesetzten Aromastoffe zu den Riechzellen in der Nasenschleimhaut vordringen und es zu einem Zusammenspiel von Geschmacks- und Geruchsempfinden kommt (vgl. Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 10). Jeder Mensch hat eine eigene Auffassung, was er gut schmecken und riechen kann. Es handelt sich hierbei, wie bei allen anderen Arten der Wahrnehmung ebenfalls, um eine rein subjektive Empfindung. Dabei kommt es immer auch auf den biographischen Hintergrund an und darauf, in welcher Situation sich der Mensch befindet.

Diese Erkenntnisse können in die tägliche Pflege von bewusstseinsingeschränkten Patienten integriert werden. Durch eine ausführliche Anamnese kann die Mundpflege beispielsweise mit dem Lieblingsgetränk des Betroffenen durchgeführt werden. Dadurch werden bereits durchlebte Erfahrungen hervorgerufen und das hat in den meisten Fällen einen positiven Einfluss auf das Befinden der Patienten.

Durch die orale Stimulation kann der Erkrankte sowohl Informationen über seinen Körper und seine Umwelt erhalten, aber auch Befriedigung und Lust erleben. Besonders geeignet sind jegliche Mittel, die den Speichelfluss anregen, da es dadurch zu einer nachhaltigen Wirkung kommt. An die Mundpflege im Rahmen der Basalen Stimulation kann sich ein Ausstreichen der Wangen anschließen, damit dem Patienten sein Körpergefühl bewusst gemacht werden kann. So kann beispielsweise der Wangenbereich vom Wangenknochen aus zu den Lippen ausgestrichen werden (vgl. Schott et al., 1999, Internet). Wichtig ist, auf die Körpersprache des Erkrankten zu achten. Zeigt er jegliche Zeichen der Ablehnung (Kopf wegrehen, konfuse Armbewegungen), sollte die Maßnahme abgebrochen und zu einem anderen Zeitpunkt erneut wiederholt werden. Dadurch wird dem Patienten sein Mund und damit der zentrale Ort der Nahrungsaufnahme deutlich gemacht. Sinnvoll ist es, an die Maßnahmen die Nahrungsaufnahme anzuschließen, da sich der Patient durch diese Stimulation völlig auf seinen Mund konzentriert.

Die Autoren dieser Arbeit haben die hier exemplarisch dargestellte Maßnahme der oralen Stimulation in ihrem beruflichen Alltag bereits häufig angewendet und besonders bei dementen und intensivpflichtigen Patienten gute Erfahrungen gemacht.

### **5.2.5 Auditive Wahrnehmung**

Die auditive Wahrnehmung erfolgt über eine gewisse Entfernung hinweg und galt ursprünglich als Warnsignal und sicherte dem Menschen so das Überleben, da er auch im Schlaf erhalten bleibt. Der Hörsinn ist der letzte Sinn, den der Mensch bis zu seinem Tod behält. Er ist nicht willentlich steuerbar.

Mit Hilfe von Musik können Erinnerungen und Emotionen hervorgerufen werden. Aus ihrer beruflichen Erfahrung können die Autoren dieser Arbeit folgendes Beispiel erläutern: Spielt man einem an Demenz erkrankten Menschen ein Lied aus seiner Kindheit oder Jugend vor, so erinnert sich der Erkrankte nicht nur an das Lied. Die Erinnerungen, die der Patient mit diesem Lied verknüpft, rufen auch Erinnerungen an Orte und Personen aus der damaligen Zeit hervor. Häufig kommt es vor, dass Patienten, die unter einer Aphasie leiden, in der Lage sind, Lieder aus ihrer Jugend zu singen.

### **5.2.6 Taktil-haptische Wahrnehmung**

Die taktil-haptische Wahrnehmung erfolgt größtenteils über spezielle Mechanorezeptoren, die sich in besonders großer Anzahl in den Fingerkuppen und Lippen befinden. Diese Form der Wahrnehmung wird durch die visuelle und auditive Wahrnehmung verstärkt. Der Tast- und Greifsinn macht es wahrnehmungsbeeinträchtigten Personen, wie z. B. an Demenz erkrankten Menschen möglich, ihre Umwelt durch das Abtasten und Ergreifen von Gegenständen zu erfassen, zu erkennen und zu differenzieren (vgl. Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 11). Gegenstände, die dem Betroffenen bekannt vorkommen, rufen Erinnerungen an den Gegenstand hervor. Dadurch soll dem Patienten aber auch bewusst gemacht werden, welcher sensible Bereich seine Haut, besonders seine Finger, darstellt. Viele charakteristische Gegenstände, wie beispielsweise eine Zahnbürste, geben Informationen über ihren Verwendungszweck. Intuitiv versuchen die meisten Patienten sich die Zähne zu putzen, da dieses vertraute Gefühl in ihnen geweckt wird. Zähne putzen hat die Bedeutung eines Rituals. Es wird morgens und abends im Badezimmer durchgeführt. Die Zahnbürste gibt den wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen also nicht nur Informationen zur Art der Verwendung, sondern gibt auch Auskunft über den Ort und die Zeit, zu der der Betroffene dieser Tätigkeit nachgeht.

### **5.2.7 Visuelle Wahrnehmung**

Die visuelle Wahrnehmung stellt den dominantesten aller Sinne dar. Für kognitiv eingeschränkte Menschen bedeutet sehen nicht zwingend erkennen. Es handelt sich hierbei um eine sehr komplexe Wahrnehmung und läuft in verschiedenen Stufen ab: Zu Beginn kommt es zu der Differenzierung zwischen hellen und dunklen Kontrasten. Daran schließt sich das Erkennen auf



eine Distanz von ca. 10-15 cm an und wird gefolgt von dem Erkennen eigener Körperteile bis hin zu der Wahrnehmung von Umrissen in ca. 1-2 m Entfernung. Im Anschluss daran können Farben erkannt und unterschiedliche Konturen und Personen, sowie Gegenstände differenziert werden (vgl. Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 11-12).

„Visuelle Reize werden über Fotorezeptoren in drei kortikalen Zentren verarbeitet:

- Zunächst werden Formen, Bewegungen, Entfernung, Kontraste und Farben als dreidimensionale Bilder erkannt (primäres Sehzentrum).
- Dann folgt das Erkennen auf der Basis von Erfahrungen und Erlerntem (sekundäres Sehzentrum), das schließlich mit dem Erinnerten verknüpft wird (tertiäres Sehzentrum)“ (Nydahl & Bartoszek, 1998, S. 12).

Auf Grund von diesem Wissen, lassen sich viele Grundsätze für die Umgebungsgestaltung demenziell beeinträchtigter Menschen ableiten: Im direkten Umfeld des Patienten (1-2 m) müssen klare Strukturen erkennbar sein. Für den Patienten relevante Informationen, wie beispielsweise Namensschilder des Personals oder Beschriftung der Toiletten sollten in hell-dunkel-Kontrasten erfolgen. Das Zimmer des Patienten kann zusätzlich durch ein ausreichend großes Foto von dem Patienten selbst an der Tür räumliche Orientierung und einen Wiedererkennungswert geben.

Abschließend lässt sich sagen, dass alle Formen der Wahrnehmung in den Alltag integriert werden. Zunächst sollte sich die Basale Stimulation auf einen Bereich beschränken, um den Patienten nicht zu überfordern. Beantwortet der Betroffene einen gesetzten Reiz über längere Zeit positiv, so kann der Stimulus erweitert werden. Es kann ein neuer Bereich oder ein neuer Reiz aus dem gleichen Bereich hinzugefügt werden. Wichtig ist, dass dies in einem auf den Patienten abgestimmten Zeitrahmen geschieht.

Erfolgt auf einen Stimulus eine negative Reaktion, so sollte dieser Reiz sofort unterbrochen und ein neuer Versuch gestartet werden (vgl. Schott et al., 1999, Internet).

## 6 Fazit

Das Thema Demenz und die Interaktions- sowie Kommunikationsmöglichkeiten mit demenziell erkrankten Menschen ist für die Autoren dieser Arbeit schon immer ein wichtiges und bedeutendes Thema gewesen. Durch die intensive Literatur- und Quellenrecherche ist das Wissen weiter vertieft worden. Neue Erkenntnisse konnten gewonnen werden und haben den Wissenshorizont der Verfasser dieser Arbeit erweitert. Die Auseinandersetzung mit der vermutlichen Gefühlslage von demenziell erkrankten Menschen und die Möglichkeiten, diese Menschen in ihrer Wahrnehmung zu erreichen und mit ihnen zu interagieren, ist für die Studierenden nach wie vor ein spannendes und faszinierendes Thema. Im Rahmen ihrer beruflichen Erfahrung konnten sie viele Situationen miterleben, in denen demenziell erkrankte Menschen mit ihren noch verbliebenen Fähigkeiten überraschten. Dies nun begründet zu wissen und zu erkennen, wie diese auch in einem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenzerkrankung gefördert werden können, bereichert nun den Wissenshorizont der Autoren. Die gezielte Förderung und Interaktion mit demenziell erkrankten Menschen, gibt einen Rahmen, in dem die Betroffenen Vertrauen aufbauen können. Dadurch können Ängste reduziert werden, herausforderndes Verhalten kann sich im Optimalfall reduzieren. Dadurch entspannt sich das Miteinander zwischen den Bewohnern aber auch zwischen Bewohner und Personal. Dies wirkt sich positiv auf die Wohn- und Pflegeatmosphäre aus. Die *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe* bietet eine umfassende Grundlage mit verschiedenen Möglichkeiten und Ansätzen. Durch weiterführende Literatur können die einzelnen Möglichkeiten und Ansätze, die nur kurz vorgestellt wurden, individuell erarbeitet und das Wissen kann vertieft werden.

## 7 Literatur und Quellen

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2006). *Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege*. Witten
- Gesundheitsberichterstattung (2006). Demenz Kapitel 1.2.4 Gesundheit in Deutschland.[Internet]. Verfügbar unter: [http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gasts&p\\_aid=&p\\_knoten=FID&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=10408:Demenz](http://www.gbebund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gasts&p_aid=&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=10408:Demenz) [02.01.2012]
- Höwler, E. (2004). *Gerontopsychiatrische Pflege - Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege* (2. Auflage). Hannover: Schlütersche
- Kirchhefer, R. (2005) *Psychiatrie und Neurologie* (3.Auflage). München: Urban & Fischer
- Mallek, N.(n.d.). *Mal-alt-werden* [Internet]. Verfügbar unter: <http://mal-alt-werden.de/10-gute-grunde-fur-die-10-minuten-aktivierung> [28.12.2011]
- Nydahl, P. & Bartoszek, G. (2008). *Basale Stimulation – Neue Wege in der Pflege Schwerstkranker* (5. Auflage). München: Urban & Fischer
- Schmidt-Hackenberg, U. (1996). *Wahrnehmen und Motivieren: die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter*. Hannover : Vincentz
- Schott, D., Voigt, D., Friederich, M. & Küpper, M. (1999). *Basale Stimulation – Umsetzung eines Konzepts* [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.intensivcareunit.de/download/basti1.pdf> [05.01.2012]
- Weyer, S. (2007). Altersdemenz. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 28*. Berlin: Robert Koch-Institut

## Erklärung zur schriftlichen Arbeit

Ich, Isabel Althoff (Matrikelnummer 633098), erkläre hiermit, dass ich meinen Beitrag zur vorliegenden Gruppenarbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; das gleiche gilt für die von dem auf dem Titelblatt der genannten Autoren gemeinsam verfassten Teile. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum und Unterschrift

Ich, Jenny Böhm (Matrikelnummer 647325), erkläre hiermit, dass ich meinen Beitrag zur vorliegenden Gruppenarbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; das gleiche gilt für die von dem auf dem Titelblatt der genannten Autoren gemeinsam verfassten Teile. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum und Unterschrift