

Bericht über die Arbeit des Tageszentrums für Alzheimer Kranke in Wetzlar

von Bettina Rath, Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e. V.

Im Januar 1990 gründete sich in Wetzlar eine Selbsthilfegruppe pflegender Angehöriger von Alzheimer Kranken. Bald wurde klar, dass alle, oft schon seit Jahren, einen „36 Stunden Tag“ hatten, sich überfordert, erschöpft und verzweifelt fühlten und dringend Entlastung und Hilfe brauchten. So bemühte sich die Gruppe um Mittel für den Aufbau eines Tageszentrums für Alzheimer Kranke. Im Januar 1993 konnte das „Tageszentrum am Geiersberg“ in Wetzlar Dank einer dreijährigen Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eröffnet werden.

Die Gäste des Tageszentrums

Das Tageszentrum hat 10 Plätze. Sie sind z. Zt. mit 18 Alzheimer Kranken belegt, die sich laut ärztlicher Diagnose im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit befinden. Die Kranken haben in der Regel zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Tageszentrum folgende Verhaltensprobleme in ihrer häuslichen Umgebung:

- Bei ca. 50 % eine starke motorische Unruhe, bei einigen Weglauftendenzen von ihrem Zuhause.
- Alle sind unfähig auf Hilfestellungen und verbale Aufforderungen angemessen zu reagieren, z. B. beim Toilettengang oder der morgendlichen Hygiene. Angehörige berichten, daß sie morgens manchmal 2 - 3 Stunden mit den Kranken ringen, bis Waschen und Anziehen geschafft sind.
- Fast alle sind inkontinent, viele signalisieren allerdings den Harndrang durch Nesteln, Rockhochziehen o. ä.
- Bei fast allen Kranken tritt gelegentlich zum Teil heftiges aggressives Verhalten als Reaktion auf subjektiv erlebte Überforderungs-, Kränkungs- oder Einschränkungssituationen auf, bei einigen auch ohne äußerlich sichtbaren Auslöser.
- Ein Teil der Tageszentrumsgäste kann noch einzelne, kurze, für uns sinnvolle Sätze sprechen, die sich auf einfache Sachverhalte beziehen. Die Mehrzahl äußert sich mit nur teilweise bis gar nicht mehr verständlichen Wortkombinationen. Ein Teil kann nur noch stereotype Laute äußern. Die nonverbale Kommunikation ist bei allen gut ausgeprägt.
- Alle Tageszentrumsgäste benötigen Hilfe und Beaufsichtigung rund um die Uhr und können auch für kurze Zeit nicht alleine gelassen werden, da sie sich sonst selbst gefährden und ein Chaos in der Wohnung anrichten würden. Keiner kann „sinnvolle“ Aktivitäten ohne fremde Hilfe durchführen.

Die Ziele unserer Arbeit

Unsere Arbeit hat zwei Ziele:

1. Entlastung der pflegenden Angehörigen, die genauso wie die Kranken Opfer der Alzheimer Krankheit sind.
2. Beeinflussung des Krankheitsverlaufs mit dem Ziel, die persönliche Identität der Kranken bis zu ihrem Lebensende zu erhalten und dadurch das letzte Krankheitsstadium zu vermeiden oder erheblich zu verkürzen.

Entlastung der pflegenden Angehörigen

Lt. Rückert (Kuratorium Deutscher Altershilfe) ist das leistungsstärkste aber auch am meisten überlastete Unterstützungssystem für psychisch kranke ältere Menschen die Altersruhe. Von den 18 Gästen unseres Tageszentrums werden 16 von ihren Ehepartnern und nur 2 von ihren Töchtern versorgt. Diese Ehepartner sind überwiegend selbst schon alt und oft gebrechlich, aber sie schrecken, noch viel stärker als pflegende Kinder, davor zurück, den Alzheimer Kranken in ein Pflegeheim zu geben. Sie stimmen diesem Schritt erst zu, wenn sie kurz vor dem endgültigen Zusammenbruch stehen. Hier bietet das Tageszentrum eine gute Lösung, die ohne Schuldgefühle in Anspruch genommen werden kann. So dient es gleichermaßen den Kranken wie den versorgenden Ehepartnern. Wie lange sich ein Kranker im Tageszentrum aufhält, entscheiden die Angehörigen. Sie sind oft von Pflegeeinrichtungen mit dem Argument zurückgewiesen worden, der Kranke sei nicht tragbar. Diese Erfahrung soll sich bei uns nicht wiederholen. Das von vielen Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen vertretene integrative Konzept bedeutet, daß Alzheimer Kranke sich an die anderen Gäste anpassen müssen. Wenn sie das nicht können, werden sie abgewiesen.

Beeinflussung des Krankheitsverlaufs

Wir wollen durch milieu- und gestaltungstherapeutische Maßnahmen die aktive Anteilnahme der Kranken am Leben auf jeder Krankheitsstufe maximal fördern und immer wieder neu herstellen. Unsere bisherigen Erfahrungen deuten daraufhin, dass dadurch nicht nur die Fähigkeiten der Alzheimer Kranken länger erhalten bleiben, sondern auch das letzte Krankheitsstadium, das durch einen vollständigen Verlust der persönlichen Identität der Kranken und durch z. T. jahrelange Bettlägrigkeit gekennzeichnet ist, erheblich verkürzt, wenn nicht gar ganz vermieden werden kann. Somit bleibt eine möglichst hohe Lebensqualität bis zum Lebensende aufrechterhalten. Diese Erfahrungen werden bestätigt durch Fallschilderungen aus der Literatur und Berichte von anderen Alzheimer Gruppen.

Unser Betreuungskonzept

Unser Betreuungskonzept basiert auf dem milieutherapeutischen Ansatz. Wir versuchen, für die Kranken ein gleichermaßen schützendes wie stimulierendes Umfeld zu schaffen. Die Milieutherapie geht davon aus, daß das räumliche Umfeld der Kranken einen wichtigen Einfluss auf ihr Befinden hat und unter therapeutischen Gesichtspunkten gestaltet sein sollte. Weiterhin geht sie davon aus, dass in jeder zwischenmenschlichen Begegnung therapeutische Kräfte stecken, nicht nur in der gezielten therapeutischen Intervention.

Das räumliche Milieu

Unser Raumkonzept im Tageszentrum und im Garten trägt folgenden Erkenntnissen über die Alzheimer Krankheit Rechnung: Viele Alzheimer Kranke haben einen enormen Bewegungsdrang. Dieser dient der Abfuhr von inneren Spannungen und darf nicht eingeschränkt werden. Deshalb haben wir barrierefreie, ausreichend große Laufflächen im Innenbereich sowie einen „Laufgarten“, in dem sich die Kranken ohne Begleitung bewegen können. Die Laufwege im Tageszentrum und im Garten haben den Charakter von Endloswegen, da Alzheimer Kranke häufig an Flurenden oder in Sackgassen nicht umkehren können. Vielleicht zeigt sich hier ihr innerer Impuls, vorankommen zu wollen, während sich alles rückwärts entwickelt. Die Laufwege sind ausreichend breit, da es zu Aggressionen kommen kann, wenn sich mehrere Kranke begegnen.

Manche Kranke sind im Laufe des Tages durch die Gruppe überfordert und brauchen Nischen, in die sie sich zurückziehen können. Wir versuchen, ihnen diese Nischen im Tageszentrum und im Garten zu gestalten.

Der Toilettengang sowie die Reinigung bei unvorhergesehenem Einnässen oder Einkoten gestalten sich oft schwierig, da sich fast alle Kranken gegen Maßnahmen der Hygiene wehren. Deshalb ist ein großer Sanitärraum nötig, in dem zwei Pflegekräfte arbeiten können.

Da die Kranken viel Licht und Luft benötigen und in dunklen Zimmern leicht ängstlich oder aggressiv reagieren, sind die wichtigsten Räume groß, hell und übersichtlich. Für Kleingruppenaktivitäten nutzen wir intensiv den Wintergarten, der besonders hell und sonnig ist.

Der Fußboden darf nicht gemustert sein. Das räumliche Sehen der Alzheimer Kranken ist gestört. Sie werden durch Muster auf dem Fußboden beim Laufen verunsichert und steigen dann über Hindernisse, die es gar nicht gibt. In unserem Tageszentrum hat sich ein Parkettfußboden bewährt.

Die Wohnküche ist Mittelpunkt des Tageszentrums und von allen anderen Räumen gut einsehbar. Alzheimer Kranke verstehen oft Aufforderungen zu bestimmten Tätigkeiten nicht. Deshalb werden bei uns viele Aktivitäten so angeboten, dass sie einen eigenen Aufforderungscharakter besitzen. So können sich die Kranken jeweils von alleine dazugesellen. Die Mitarbeiterinnen bereiten täglich mit den Kranken gemeinsam in der Wohnküche das Mittagessen vor und essen mit ihnen. Hierbei werden alle Sinne der Kranken angesprochen. Es riecht gut und jeder kann nach eigenem Vermögen mithelfen, sei es auch nur, die Schüssel zu halten, in der etwas angerührt wird.

Ein besonderer Ruheraum ist nach unserer Erfahrung nur für wenige Tagesgäste notwendig. Einige Kranke liegen mittags für unterschiedlich lange Zeit auf einem Liegesessel im Wohnzimmer und sind dadurch nicht von der Gruppe ausgeschlossen.

Für die Ergotherapie haben wir eine extra Raum eingerichtet. Dies war erforderlich, da die Kranken bei der Therapie in den gemeinschaftlich genutzten Räumen zu sehr abgelenkt werden. Aus Platzgründen befindet sich dieser Raum leider außerhalb der Wohnung des Tageszentrums.

Unsere schöne, wohnliche Inneneinrichtung trägt wesentlich zur Atmosphäre des Tageszentrums bei. Die Räume befinden sich in einem wunderschönen Haus aus der Jahrhundertwende. Die 160 m² große Wohnung im Erdgeschoss ist gemütlich und zugleich etwas vornehmer eingerichtet, als die meisten Kranken es von zu Hause gewohnt sind. Da Alzheimer Kranke auf grund des Zerbrechens ihrer inneren Struktur sehr stark auf Außenreize reagieren, verleitet diese Umgebung eher zu entsprechend angemessenem Verhalten. Es kommt allerdings auch vor, dass einzelne Kranke einen Sitzhocker mit der Toilette verwechseln und versuchen, ihr Geschäft darauf zu verrichten. Für die Wände wurde die Farbe Altrosa gewählt. Diese soll eine positive Wirkung auf die Kranken haben.

Das zwischenmenschliche Milieu

Voraussetzung für die Arbeit im Tageszentrum ist die tiefe Achtung der Menschenwürde jedes einzelnen Alzheimer Kranken sowie Interesse und Sympathie für verwirrte alte Menschen.

Wichtiger als spezielle Fähigkeiten einzelner Mitarbeiterinnen oder Therapeutinnen, so unsere Erfahrung, ist die Kooperationsfähigkeit und die Kooperationsbereitschaft im Team. Mit der Auflösung der geistigen Fähigkeiten geht bei den Alzheimer Kranken eine hohe Sensibilität für Atmosphäre und emotionale Stimmungen einher. Die Kranken reagieren sofort mit erhöhter Unruhe, Angst und Aggressivität auf Spannungen innerhalb des Teams.

Eine akzeptierende Atmosphäre

Wichtigste Aufgabe des Betreuungsteams ist es, eine angstvermeidende, akzeptierende Atmosphäre zu schaffen und aktivitätsanregende Situationen herzustellen, die das Selbstbewusstsein der Kranken stärken und ihre Teilhabe am Leben fördern. Die Alzheimer Kranken leben in einer ständigen existenziellen Bedrohung. Sie sind alleine völlig hilflos. Ihre Identität löst sich langsam auf, und sie kämpfen um jeden Rest ihrer Selbstachtung und Selbstbestimmung. Wir akzeptieren all ihr abweichendes Verhalten, z. B. mit Hut und Mantel am Mittagstisch zu sitzen. Wir versuchen, die Kranken nie spüren zu lassen, wenn sie etwas nicht können, nicht wissen oder falsch machen.

Darüber hinaus versuchen wir, den Kranken unsere Wertschätzung zu zeigen, indem wir ihren Mitteilungen aufmerksam zuhören, auch wenn sie für uns kaum zu entschlüsseln sind. Dabei bemühen wir uns im Sinne der „Validation“, vor allem auf die Gefühlsebene einzugehen. Dies ist auch noch bei einem völligen Sprachzerfall möglich. Wir verbalisieren dann die in Gestik, Mimik, Körperhaltung und Tonfall sichtbar werdenden gefühlsmäßigen Botschaften, z. B. Aufregung, Ängstlichkeit, Freude, Überraschung oder Verzweiflung. Die Kranken können ihr eigenes Verhalten nicht mehr kontrollieren. Sie reagieren häufig überaus heftig, da sie im Unterschied zu uns nicht mehr entscheiden und bewusst steuern können, ob sie einen Gefühlsimpuls nach außen zeigen oder ihn vielleicht lieber unterdrücken sollten, oder nur abgeschwächt herauslassen.

Wir respektieren die völlig unrealistische Selbstwahrnehmung und die maßlose Überschätzung der eigenen Fähigkeiten. Hier sind psychische Schutzmechanismen wirksam, die einen letzten Rest an Selbstachtung ermöglichen. Die Selbstachtung der Kranken stärken wir auch durch Wertschätzung ihres Äußeren. So kommt z. B. eine Kosmetikerin und behandelt alle Frauen und Männer mit Cremes, Make up, After Chave etc. Dies wird von den Kranken mit großer Befriedigung angenommen, und sie genießen das Streicheln und Berührtwerden.

Um Verstehen zu ermöglichen, erfragen wir bei Neuaufnahmen ausführlich die Biographie. Besonders intensiv erkundigen wir uns nach den ersten 30 Lebensjahren, nach den Namen von Geschwistern, Kose- und Rufnamen und traumatischen Erlebnissen. Die Kranken befinden sich subjektiv häufig in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter. Es ist überaus wichtig zu wissen, wie alt die Kranken in ihrer eigenen Vorstellung jeweils im gegebenen Moment sind und wie ihre Lebenssituation aus ihrer Perspektive aussieht. Z. B. ist die 85-jährige Alzheimer-Kranke mit einem feshen jungen Mann verheiratet, dessen Bild sie genau vor sich sieht, und nicht mit dem alten Mann, der neben ihr sitzt und behauptet, ihr Ehemann zu sein. Die Kranken klammern sich verzweifelt an die Reste ihrer Identität, die ihnen durch die Erinnerunginseln aus ihrem Altgedächtnis noch geblieben sind. So müssen sie sofort zur Arbeit oder ganz dringend nach Hause, um die kleinen Kinder zu versorgen. Wir versuchen nicht, sie von dieser „fixen Idee“ abzubrin-

gen und an unserer Realität zu orientieren, sondern akzeptieren sie in ihrer Wirklichkeit und gehen ernsthaft darauf ein.

Wir achten darauf, die Kranken nicht zu überfordern. So stellen wir keine Fragen, die sie voraussichtlich nicht beantworten können, z. B. „Wie viel Kinder haben Sie?“. Wir haben festgestellt, daß die Kranken die Atmosphäre im Supermarkt als bedrohlich erleben und mit Angst und Unruhe reagieren, während sie das Einkaufen auf dem Wochenmarkt anregend und positiv erfahren. Wir beobachten, daß auch unruhige und aggressive Kranke bei einem Gottesdienst oder dem Besuch in einer Kirche ruhiger werden und sich von der feierlichen Stimmung gefangen nehmen lassen.

Unser Tageszentrum hat eine Eingangstür, welche die Kranken nicht alleine öffnen können. Dies dient nicht dazu, sie einzusperren. Wir halten es für notwendig, weil bei offenen Türen eine ständige Atmosphäre von Kontrolle und Aufpassen entstehen würde und keine Atmosphäre von Ruhe und Gelassenheit. Wenn Kranke uns signalisieren, dass sie das Tageszentrum verlassen wollen, kommt eine Mitarbeiterin oder ein Zivi diesem Wunsch nach und begleitet die Kranken. Unsere Gäste kommen gerne ins Tageszentrum, kommunizieren auf eine für uns oft unverständliche Weise intensiv miteinander, auch in längeren „Gesprächen“. Sie beziehen sich zärtlich und fürsorglich, manchmal auch ärgerlich aufeinander und genießen den Kontakt zu den anderen Kranken, auch wenn sie sich gegenseitig nicht wiedererkennen. Wir haben den Eindruck, dass sie froh sind, nicht ausschließlich mit Gesunden, sondern auch mit ihresgleichen zu tun zu haben.

Anregende Aktivitäten

Wir regen die Kranken an mit Singen, Ballspielen, einfachen Werk- und Bastelarbeiten, Blumen-Stecken, rhythmischen Bewegungen, Tanzen, dem Einsatz von großen bunten Luftballons, einfachen Spielen wie Kegeln, großen Wurfspielen, Spaziergängen in die Altstadt, Ausflügen, hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, Arbeiten in Hof und Garten und anderem mehr. Musik ist der Königsweg zu den Kranken, sowohl aktiv wie auch zuhörend. Es ist wichtig, genau die Vorlieben jedes einzelnen Kranken zu kennen, z. B. Marschmusik oder Flötenmusik von Mozart. Bei uns wird viel gesungen, auch beim Kochen und beim Toilettengang, und oft ist es hilfreich, unruhigen Kranken vertraute Lieder vorzusingen oder eine von ihnen geliebte Musik auf dem Klavier oder Kassettenrekorder vorzuspielen. Dem Betreuungsteam helfen ein Musiktherapeut und eine Ergotherapeutin, die gestaltungstherapeutisch und erlebniszentriert arbeitet.

Bei den Aktivitäten wird bewusst darauf geachtet, möglichst alle fünf Sinne, die ja häufig noch intakt sind, anzusprechen. Hierzu eignet sich im Sommer unser Garten mit den Blumen, blühenden Sträuchern und stark duftenden Kräutern besonders gut. Auch das Fühlen und Anfassen von verschiedenen Materialien wecken Aufmerksamkeit und angenehme Gefühle.

Bei einigen Aktivitäten ist es wichtig zu wissen, dass sich viele Fähigkeiten in genau der Reihenfolge zurückbilden, in der sie früher erlernt wurden. Auch eine Aktivität, die sich auf dem Fähigkeitsniveau eines zweijährigen Kindes befindet, z. B. Holzklötze aufeinanderzulegen oder auf einem Musikinstrument herumzuklopfen, kann für die Kranken befriedigend sein. Diese Handlungen werden von uns wertgeschätzt, und wir gehen mit den Kranken so um, als hätten sie sie erwachsenengerecht erbracht. Manchmal ist es für uns hilfreich, als Vergleichsmaßstab nicht den gesunden Menschen zu sehen, sondern einen Apalliker, und bei diesem Vergleich über alt die Fähigkeiten zu staunen, die die Alzheimer-Kranken auch im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit noch haben. So haben wir festgestellt, dass Kranke mit dem Betrachten von Dias mit allgemeinen Motiven überfordert sind und gar nicht hinschauen, sich aber sehr wohl über Dias freuen, auf denen sie sich selbst ganz groß auf der Leinwand sehen können.

Rituale

Fixpunkte der Tagesgestaltung sind Rituale, die täglich wiederkehren. Morgens wird jeder Tagesgast einzeln empfangen und begrüßt. Bei den Schwierigkeiten der Kranken, aus dem Bus zu klettern, können die Mitarbeiterinnen schon die Tagesbefindlichkeit feststellen und den Tagesplan flexibel darauf abstimmen. Nach dem gemeinsamen Frühstück stellt eine Mitarbeiterin jeden einzelnen Tagesgast mit Namen vor, spricht diesen direkt an und bezieht sich auf Besonderheiten wie ein schönes Kleidungsstück, die Frisur, Schmuck o. ä. Dies dient nicht dazu, die Namen zu lernen - das wäre eine viel zu hohe und unsinnige Anforderung -, sondern dazu, jeden einzelnen mit Aufmerksamkeit zu bedenken und willkommen zu heißen. Seit nunmehr einem Jahr wird sodann jeden Morgen dasselbe Begrüßungslied gesungen,

und dieses Lied singen inzwischen alle Kranken mit, auch die, die es anfangs gar nicht mehr konnten. Danach kommt ein jahreszeitlich passendes „Monatslied“, evtl. weitere Lieder oder Bewegung mit Musik. Auch das Mittagessen wird durch ein immer gleiches Lied eingeleitet und abgeschlossen.

Einige Prinzipien der Betreuung

Unsere Aktivitätsangebote sind handlungs- nicht ergebnisorientiert. Wir alle sind es gewohnt, eine Tätigkeit nach ihrem Ergebnis zu bewerten. Bei unserer Arbeit haben wir festgestellt, dass das Ergebnis häufig (nicht immer!) unwichtig für die Kranken ist, und nur wir den Wunsch haben, ein schönes Produkt in Händen zu halten. Die Handlung selbst muss den Kranken subjektiv sinnvoll erscheinen. Orientierung geben uns die Kranken selber, und es ist wichtig zu schauen, was sie tun. Ein Beispiel: Eine Alzheimer Kranke nimmt ein Körbchen mit Wäscheklammern, geht in den Garten und steckt die Wäscheklammern in ganz regelmäßigen Abständen von ca. 10 cm in einer Reihe in die Erde. Dann nimmt sie eine Gießkanne und wässert, betrachtet ihr Werk und ist sehr zufrieden, oder: Es werden Memory-Karten auf den Tisch gelegt. Einige bauen einen Turm damit, andere suchen jeweils zwei gleiche passende Karten heraus - je nach Krankheitsstadium unterschiedlich - und alle Aktionen sind gleichermaßen wertvoll, werden von uns aufgegriffen, wertgeschätzt und weitergeführt. Gleichzeitig ist es immer wieder verblüffend festzustellen, daß die Kranken oft über Einzelfähigkeiten verfügen, die in vollständigem Kontrast zu ihrem Krankheitsbild stehen, z. B. noch gut Klavier vom Notenblatt oder sehr geschickt Tischtennis spielen können.

Wir versuchen, die Aktivität mit den Augen der Kranken zu betrachten, zum Beispiel Ballspielen. Die Betreuerin spielt Ball mit Frau W., eine scheinbar wenig anspruchsvolle Tätigkeit. Frau W. lacht, reagiert, beobachtet den Ball, ist aufmerksam und wach. Sonst verhält sie sich stereotyp, monoton, teilweise auch aggressiv. Sobald das Ballspielen aufhört, ist sie wieder stereotyp, spricht immer dieselben Wörter, ist aber nicht mehr aggressiv. Diese Aktivität muss von den Mitarbeiterinnen genauso ernst genommen und konzentriert durchgeführt werden, wie zum Beispiel eine Seidenmalerei. Dabei kommt es überhaupt nicht darauf an, ob und wie gut Frau W. den Ball wirft und fängt, sondern nur, ob sie aufmerksam ist und sich über ihre Aktivität freut. Es entsteht ein positives Selbstgefühl und in dem Spiel blitzt ihre ganz eigene Persönlichkeit plötzlich wieder auf, die Unverkennbarkeit ihres Lachens und ihrer lebendigen Augen.

Wir verwerfen den Trainingsgedanken

Wir sehen in einem Realitäts-Orientierungstraining, einem Gedächtnistraining und in einem funktionellen Training die große Gefahr, die Kranken in eine Schülerrolle zu drängen. Allzu leicht werden sie mit leistungsbezogenen Verhaltenserwartungen konfrontiert, auf die die Kranken mit Verunsicherung reagieren. Der Nutzen dieser Trainings konnte bisher nicht nachgewiesen werden, wohl aber kommt es in der Pflegepraxis immer wieder zu entwürdigenden Situationen. Wie beschämend ist es z.B., einen Kamm gezeigt zu bekommen, und gefragt zu werden, was das ist und was man damit tut. Kranke, die diese Frage nicht beantworten können, wissen sehr wohl, daß eigentlich jedes Kind die richtige Antwort wüßte. Kranke, die diese Frage beantworten können, sind empört darüber, wie man ihnen eine so dämliche Frage stellen kann.

Wir stärken das Selbstbewusstsein

Statt eines Trainings versuchen wir, Situationen zu schaffen, die es den Dementen gestatten, ohne Misserfolgserlebnisse aktiv zu sein. Wir übernehmen dabei die Rolle eines Hilfs-Ichs, und zwar möglichst so, dass die Kranken nicht merken, wenn ihnen geholfen wird. Ein Beispiel: Bei einem Esstraining kann es leicht geschehen, dass die Kranken durch sprachliche Anweisungen „dirigiert“ werden, die sie oft nicht einmal verstehen. Als Hilfs-Ich gebe ich, für die Kranken möglichst unbemerkt, eine winzige Hilfestellung in dem Moment, in dem sie nicht mehr allein weiterkommen. Um möglichst wenig eingreifen zu müssen, gestalte ich die Situation so, dass die Kranken weder über- noch unterfordert sind. Z.B. lege ich nur das Besteck hin, welches sie gerade benötigen. Vor allem bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten ist es wichtig, die Frauen unbemerkt und ohne sprachliche Korrekturen zu unterstützen, da sie unabhängig von ihrem tatsächlichen Vermögen von sich das Bild haben, ihre Arbeit gut und richtig auszuführen.

Alzheimer Kranke unterliegen verblüffend starken Leistungsschwankungen. Unser Ziel ist die Stärkung des Selbstbewusstseins und nicht eine kontinuierlich fortschreitende Leistungsverbesserung, nicht einmal auf einer noch so kleinen geriatrischen Meßlatte. Dadurch ist es leichter zu akzeptieren, dass die Kranken an einem Tag fast alleine essen können und am nächsten Tag sehr intensiv unser Hilfs-Ich benötigen. Unsere Erfahrung zeigt, dass Alzheimer Kranke

auf dieser stützenden Grundlage u.U. unerwartete Fähigkeiten zeigen, z.B. plötzlich fast alleine essen, auch wenn sie dies lange nicht mehr konnten.

Wir heben das Zeitkontinuum auf

Die Zeitkontinuität ist bei den Kranken aufgehoben zugunsten des Augenblicks. Das bedeutet, daß sich die Betreuerinnen jeden Tag neu auf den jeweiligen Zustand der Kranken einstellen müssen. Das Wohlbefinden der Kranken hängt nicht von der Entwicklung ihrer Krankheit auf dem Zeitkontinuum ab - je weiter fortschreitend um so schlechter -, sondern von der Summe der täglichen positiven oder negativen Erlebnisse.

Bewältigung schwieriger Situationen

Statt auf die Kranken einzureden, ist es besser sie abzulenken, um spontane, nicht durch den Verstand gesteuerte Bewegungsmuster zu ermöglichen. Alzheimer Kranke können ihr Verhalten nicht mehr durch einen Handlungsentwurf oder Plan steuern. Deswegen führt eine Anweisung oft zu einer Hemmung und nicht zu einer Förderung von ansonsten durchaus gekanntem, spontanem Verhalten. Dinge gemeinsam mit den Kranken tun ist deshalb besser als Anleiten. Wenn ich etwas von den Kranken möchte, muss ich sie von vorne auf gleicher Augenhöhe anschauen, in kurzen Sätzen deutlich sprechen und den Kranken viel Zeit für ihre Reaktion lassen. Wenn ich die Kranken von hinten oder von der Seite anfasse oder an spreche, erschrecken sie leicht.

Durch einen Wechsel des Ich-Zustands kann ich eine neue Situation schaffen, z.B. eine Ehefrau versucht verzweifelt 1 1/2 Stunden lang, ihren alzheimerkranken Mann dazu zu bringen, daß er sich von ihr duschen lässt. Schließlich bricht sie weinend vor ihm zusammen. Der Mann reagiert plötzlich besorgt, tröstet sie und lässt sich anstandslos unter die Dusche führen.

Statt zu beharren, sollte man besser eine Situation neu beginnen, z.B. hinausgehen und nach einiger Zeit wieder herein kommen. Ein Beispiel: Frau S. wird gebeten, sich an den Tisch zu setzen, da alle mit dem Essen anfangen wollen. Sie reagiert nicht, sondern läuft weiter umher. Eine Minute später geht die Mitarbeiterin fröhlich auf Frau S. zu, so als hätte sie sie noch nie angesprochen und sagt mit freundlichem Ton: „Frau S., das Essen ist fertig, wir können anfangen, kommen Sie doch mit mir.“ Frau S. geht anstandslos mit.

Es ist nicht gut, die Kranken in Situationen zu bringen, in denen sie sich zwischen mehreren Alternativen entscheiden müssen, und ich evtl. korrigierend eingreifen muss.

Der Umgang mit Unruhe und Aggressivität ist schwierig und erfordert eine Suche nach den Ursachen, z.B. Überforderung durch Lärm, zu viele Geräuschquellen, zu viele Menschen, zu hohe Anforderungen, Kränkung der Autonomie, Verkennung der Realität, oder auch eine leichte Erkältung, die die Kranken schon völlig aus ihrer so schmalen Bahn werfen kann. U.U. ist es auch ein gutes Gefühl für die Kranken, Zorn und Wut über alle Missgeschicke nicht ohnmächtig gegen sich selbst zu richten, sondern gegen die Umwelt. Wir machen die Erfahrung, dass Kranke, die in ihrer Ehe eher in der untergeordneten, angepassten Rolle waren, heftige aggressive Reaktionen zeigen, die für ihre Ehepartner völlig ungewohnt, neu und natürlich sehr schwer zu verkraften sind. Im Tageszentrum ergeben sich dann Übertragungssituationen auf die Mitarbeiterinnen, aber auch auf andere Tageszentrumsgäste. Manchmal setzen wir aus diesem Grund zwei Kranke eine Zeitlang so an den Tisch, daß sie sich gegenseitig nicht direkt sehen können.

Es ist hilfreich, in die Rolle der Kranken zu schlüpfen und aus ihrer Logik heraus zu argumentieren.

Ein Beispiel: Frau T. wischt den großen Tisch in der Wohnküche ab und hört nicht mehr damit auf. Der Tisch muß gedeckt werden, weil das Essen fertig ist, aber Frau T. ist nicht dazu zu bewegen, mit dem Tischabwischen aufzuhören. Kein Argument wie: „Das Essen wird kalt“ o.ä. fruchtet. Dann sagt eine Mitarbeiterin: „Ach du lieber Gott, die Spüle ist ja auch noch ganz dreckig, die muß ja auch noch abgewischt werden.“ Frau T. geht mit zur Spüle und wischt dort weiter, während der Tisch gedeckt werden kann.

Was ist Erfolg, was ist Misserfolg?

Als Erfolg erleben wir es wenn es uns gelingt, Situationen zu schaffen, in denen die Kranken

- sich in ihrer persönlichen Identität positiv erleben
- auf eine für sie selber sinnvolle Weise handeln können
- sie sich wohl fühlen.

Wir glauben, dass wir mit jeder von den Kranken als gut erlebten Aktivität die Zeit des letzten Krankheitsstadiums verkürzen. Die Summe solcher „Erfolge“ macht einen guten Tag und ein gutes Leben für die Kranken bis hin zu ihrem Lebensende.

Als Misserfolg erleben wir es, wenn es uns nicht gelingt,

- die Kranken aus einer angstbesetzten, hektischen, panischen Reaktion herauszuführen,
- sich immer wiederholenden, verzweifelten monotone Handlungen oder Redewendungen zu öffnen,
- notwendige Hygienemaßnahmen ohne eine Kränkung der Selbstachtung durchzuführen,
- für die Kranken geeignete Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen.

Natürlich erleben wir in unserer Arbeit auch Misserfolge.

Unsere Personalsituation

Das Team beginnt seine Arbeit morgens mit einer 3/4-stündigen Besprechung. Wir haben einen Personalschlüssel von 1 zu 3, einschließlich Leitung, d.h. 31/2 Stellen sind besetzt mit 2 Altenpflegerinnen und 2 Krankenschwestern. Alle beteiligen sich an allen hauswirtschaftlichen Verrichtungen, da dies zum Therapiekonzept gehört. Nur das Putzen übernimmt eine Reinigungskraft. Der Anteil an pflegerischen Tätigkeiten ist höher als wir erwartet hatten, u.a. bedingt durch Toilettengänge u.ä. Spaziergänge außerhalb des Tageszentrumsgeländes sind nur mit einer 1:1 Betreuung möglich. Die Kranken laufen unterschiedlich schnell, manchmal fast im Dauerlauf, und die Begleitpersonen sind gezwungen, sich ihrem jeweiligen Tempo und evtl. auch der Richtung, die sie einschlagen, anzupassen. Bei den meisten Kranken ist es nicht möglich, Zivildienstleistende alleine ohne erfahrene Mitarbeiterinnen mit den Kranken loszuschicken. Da zwei ehemalige pflegende Angehörige regelmäßig im Tageszentrum mitarbeiten, können wir recht häufig mit einigen Tagesgästen in das nahegelegene Altstadtzentrum, an die Lahn zum Entenfüttern und einmal in der Woche auf den Wochenmarkt gehen.

Die Zusammenarbeit mit den pflegenden Angehörigen

Für jeden Kranken gibt es ein Übergabeheft für den Kontakt zwischen Angehörigen und Mitarbeiterinnen, das täglich über unsere Busfahrer hin- und hergereicht wird und alle wichtigen Ereignisse des Tages bzw. der Nacht enthält. Seit kurzer Zeit bieten wir auch am ersten Wochenende im Monat eine Betreuung im Tageszentrum an.

Unsere Ergotherapeutin, die über eine niedergelassene Praxis abrechnet, geht auch zu Kranken, die bei uns auf der Warteliste stehen, nach Hause. Sie ist der Lichtpunkt vieler verzweifelter und vereinsamter Pflegebeziehungen. Wir bieten in den Räumen des Tageszentrums einmal im Monat eine offene Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige an, bei der abwechselnd ein Erfahrungsaustausch und ein Fachvortrag stattfinden. Für die Angehörigen der im Tageszentrum Betreuten findet darüber hinaus einmal monatlich ein Angehörigentreffen statt. Die Angehörigen haben hier Gelegenheit, in Ruhe mit den Mitarbeiterinnen sprechen zu können. Um den intensiven Kontakt zu den Angehörigen zu pflegen, veranstalten wir gemeinsame Tagesausflüge, an denen die Angehörigen zusammen mit den Kranken teilnehmen.

Ärztliche Begleitung

Wir arbeiten eng mit dem nächstgelegenen psychiatrischen Krankenhaus zusammen. Diese Hilfestellung hat sich für uns als unverzichtbar erwiesen. Ein Gerontopsychiater führt in unserem Tageszentrum alle 14 Tage eine Visite durch. Mit jedem neu aufgenommenen Kranken und den Angehörigen führt er ein Erstgespräch im Tageszentrum und bei Bedarf eine gründliche Untersuchung in der Ambulanz des Krankenhauses durch. Bei auftretenden akuten Problemen können sich die Angehörigen und die Mitarbeiterinnen an die Ambulanz wenden. Im Krankenhaus ist die Möglichkeit der stationären Unterbringung gegeben, wobei die Behandlung durch den gleichen Arzt erfolgt. Diese fachärztliche Betreuung ist eine ganz enorme Hilfe für unsere Arbeit und für die Angehörigen.

Vernetzung

In dem Haus des Alzheimer Tageszentrums befinden sich noch eine Sozialstation, eine Hilfezentrale für ältere, behinderte und kranke Menschen, die eine spezielle Alzheimer Beratung für Angehörige anbietet, eine Betreuungsstelle für allein zu Hause lebende psychisch kranke ältere Menschen und eine Krankenwohnung mit der Möglichkeit der Krankenhausnachsorge und der Urlaubspflege. Die Krankenwohnung wird von unseren Angehörigen für den Urlaub intensiv und gerne genutzt, da die Alzheimer-Kranken sich tagsüber in der für sie gewohnten Umgebung des Tageszentrums auf halten können und dadurch die Trennung von den Angehörigen leichter verkraften. Zudem kennen die Mitarbeiterinnen des Tageszentrums alle Eigenheiten der Kranken und können dem Pflorgeteam der Krankenwohnung bei auftretenden Problemen wichtige Informationen geben. Durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Bereiche haben wir ein Betreuungsnetz entwickelt, welches Alzheimer-Kranke und deren Angehörige in verschiedenen Lebenssituationen stützen und begleiten kann.

Ein äußerst lehrreiches 58-minütiges Video über die Arbeit des Tageszentrums für Alzheimer Kranke in Wetzlar kann preiswert käuflich erworben werden bei:

Tageszentrum für Alzheimer Kranke in Wetzlar

©Frau Bettina Rath

Geiersberg 15

35578 Wetzlar

Tel.: 06441/43742

FAX: 06441/43813