

# Einleitung

Unsere Arbeit mit Menschen mit Demenz ist ein fortlaufender Prozess der Entwicklung. Sie wirft Fragen auf, führt zu Antworten, anderen neuen Fragen. Eine zentrale Frage, die uns in unserer Praxis begleitet, ist die nach dem Weshalb und Warum. Warum zeigt unser Gegenüber in der konkreten Situation ein gewisses Verhalten? Weshalb reagieren Menschen mit Demenz innerhalb der Begegnung auf ein bestimmtes Begegnungsangebot so und nicht anders? Und warum kommt es dabei in manchen Situationen zur Verkennung unserer Handlungsabsichten durch den Anderen?

Wenn es uns nicht gelingt, die tiefer liegenden Ursachen von bestimmten Verhaltensäußerungen zu ergründen, können wir unsere Fragen anders stellen. Statt zu fragen »Warum«, können wir nach dem »Was« fragen, nach dem »Wann« und dem »Wie«.

*Was* löst eine bestimmte Reaktion und Verhaltensweise bei meinem Gegenüber aus? *Wann*, an welchem Punkt und in welcher situativen Konstellation kommt es in der Interaktion zu verkennenden Reaktionen oder eskalierenden Situationsentwicklungen? *Wie* gelange ich mit dem Anderen in Kontakt, *wie* erreiche ich ihn in der Interaktion und Begegnung?

Während uns das »Warum« dabei mitunter auch zu irrtümlichen Annahmen und zu vorschnellen vielleicht falschen Schlussfolgerungen führen mag, sind die Antworten auf die Frage nach bestimmten situativen Bedingungen, Auslösern und Faktoren in der konkreten Praxis und Interaktion manchmal womöglich leichter überprüfbar.

So erhalten wir auf unsere Frage nach dem Wie eines interaktiven Verlaufs im konkreten Falle vielleicht mitunter eher praktische Antworten und Erkenntnisse für die eigene Arbeit, als bei unserem Versuch,

den letztendlichen Grund für die Handlungsweisen des Anderen und für dessen Reaktionen auf uns zu erfahren.

Dennoch kommen wir nicht umhin, nach den Ursachen von Verhalten zu fragen, dabei ist es wichtig für uns, das darin Mitgeteilte zu entschlüsseln und die darin zum Ausdruck kommenden Bedürfnisse und Emotionen wahrzunehmen und zu erkennen.

Ausgangspunkt des begegnungsorientierten Ansatzes war zunächst die im Rahmen der täglichen Arbeit innerhalb eines stationären gerontopsychiatrischen Settings von einer Gruppe von Pflegenden verspürte Notwendigkeit, die bestehende Praxis in der Alltagsbegleitung und Pflege im eigenen Bereich kritisch zu hinterfragen.

Wir begannen damit, das von uns in der täglichen Arbeit und Interaktion mit den bei uns lebenden Menschen mit Demenz Wahrgenommene und Erprobte und die dabei gewonnenen Erfahrungswerte systematischer, als das bislang geschehen war, innerhalb unseres Teams zu besprechen und gemeinsam zu reflektieren.

Wollten wir dabei von einer eher funktional ausgerichteten »Basisversorgung« der auf unserem Bereich untergebrachten Bewohner\*innen hin zu einer individuellen Begleitung der bei uns lebenden Menschen mit Demenz gelangen, mussten wir die entsprechenden stationären Arbeitsroutinen und Abläufe anpassen und individualisieren und uns zugleich die Frage stellen, welche pflegerischen Maßnahmen, in welchem Umfang und wann dabei wirklich »zwingend« erforderlich waren und welche nicht.

Wollten wir den bisherigen Einsatz von Psychopharmaka zur Verhaltensmodifikation der bei uns lebenden Menschen reduzieren und im gleichen Zuge die Häufigkeit des Auftretens sogenannter situativer Verkennungen insbesondere dort, wo diese mit Gewalt einhergingen, reduzieren, mussten wir zunächst deren situativen Ursachen und Erscheinungsformen auf den Grund gehen.

Häufig lasen wir in den Epikrisen der von uns neu aufgenommenen Bewohner\*innen von »fremdaggressiven« und »herausfordernden« Verhaltensweisen, ohne dabei jedoch nachvollziehbare und für uns Aufschluss gebenden Hinweise auf deren jeweilige situative Entstehung, deren auslösende Momente und darauf, was sich eigentlich in der Interaktion ganz konkret wirklich abgespielt hatte, zu finden.

Hatte sich ein vorausgegangener Vorfall in der Häuslichkeit abgespielt und nicht innerhalb einer Pflegeeinrichtung, gab es dazu häufig keine pflegefachlich begründete Einschätzung des Beobachteten und Geschehenen, sondern ausschließlich den Bericht und die darin enthaltene Darstellung und Version der Ereignisse der Person, die die Einweisung selbst veranlasst hatte.

Diese »fremdaggressiven« und nicht selten im Rahmen von Pflegemaßnahmen aufgetretenen Verhaltensweisen wiederum, waren dann oftmals Anlass und Auslöser gewesen, für eine daraufhin eingeleitete klinische Einweisung und die nachfolgende, an den stationären Klinikaufenthalt anschließende Überleitung auf unseren geschlossenen gerontopsychiatrischen Wohnbereich, auch wenn die Unterbringung dort mit einem selbstgefährdendem Verhalten begründet und auf Basis dessen veranlasst worden war.

Selbstgefährdendes Verhalten kann in diesem Zusammenhang beispielsweise bedeuten, sich aufgrund eingeschränkten Orientierungsvermögens und der damit einhergehenden mangelnden Fähigkeit, Risiken »adäquat« einzuschätzen, im Alltag mit hoher Wahrscheinlichkeit selbst in Gefahr zu bringen.

Solche »selbstgefährdenden« Verhaltensweisen konnten sich dabei mitunter auch in direktem Zusammenhang mit der vorangegangenen Einweisung in die Klinik entwickeln, deren Anlass ja zunächst ein »fremdgefährdendes« Verhalten gewesen war.

Dies geschah etwa dann, wenn die eingewiesene Person, nur im Schlafanzug oder Nachthemd bekleidet, im Rahmen einer »Hinlauftendenz« versucht hatte, die Klinik zu verlassen, um von dort aus »nach Hause zu gehen«, oder aber auch zu einem anderen Ziel zu gelangen und im Zuge dessen nicht witterungsgerecht gekleidet außerhalb der Station draußen aufgefunden wurde.

Auf der anderen Seite konnte sich auch ein »fremdgefährdendes« oder »fremdaggressives« Verhalten im Laufe des Krankenhausaufenthaltes entwickeln und dort festgestellt werden, dem ein »selbstgefährdendes« Verhalten in der Häuslichkeit vorausgegangen war. Dies geschah etwa dann, wenn eine Person in der Häuslichkeit oder innerhalb einer Pflegeeinrichtung bei akutem Delir keine Flüssigkeit oder lebensnotwendige Medikamente mehr zu sich genommen hatte und nach Ein-

weisung in die Klinik bei den medizinischen oder pflegerischen Maßnahmen verkennend und körperlich abwehrend reagiert hatte.

Die Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus enthielt in solchen Fällen zumeist Psychopharmaka mit sedierender Wirkung, wie etwa Risperidon, dies mitunter auch in hoch angesetzter Dosierung.

Vor diesem Hintergrund war es mitunter schwer und nur eingeschränkt möglich gewesen, bei der Aufnahme einen wirklichen Eindruck von den neu bei uns eingezogenen Menschen in ihren jeweiligen individuellen Bedürfnissen und Mitteilungsmöglichkeiten zu gewinnen.

Wir entschlossen uns dazu, die vorhandenen Informationen zur Person, ihre Diagnosen und Krankengeschichte, oder das, was uns von ihrer Biografie und Vergangenheit her bekannt wurde, und uns mögliche Anknüpfungspunkte in der Interaktion bieten konnte, in die Arbeit miteinzubeziehen. Unser Hauptaugenmerk aber galt zunächst einmal dem konkreten und gegenwärtigen Menschen, der uns jetzt gegenüber stand, und nicht demjenigen, der er möglicherweise früher gewesen sein könnte.

Eine klassische Informationssammlung und Anamnese und die damit verbundene Position des Beobachtens und Dokumentierens rückte dabei für uns mehr und mehr in den Hintergrund. An ihre Stelle trat vielmehr eine wahrnehmende Erprobung von möglichen Interaktionen, Fähigkeiten und Begegnungsangeboten und ein neues an den dabei für uns erfahrbar gewordenen Bedürfnissen orientiertes »Assessment«.

Dabei ging es uns weniger um das Sammeln und Dokumentieren von Daten, als vielmehr darum, einen Zugang zu finden, der es uns erlaubte, auch in diesem frühen Zeitpunkt bereits mit dem Anderen in Beziehung zu treten und die pflegerische Versorgung und Begleitung im Rahmen der Begegnung zu organisieren.

Nach einer Zeit der Eingewöhnung und einer schrittweisen Anpassung und Reduzierung der Medikation zeigte sich oftmals dann ein ganz anderes Bild als am Anfang und Aufnahmetag.

Zu unserer damaligen obligatorischen Aufnahmeroutine hatte unter anderem auch die Durchführung eines Minimal Status Tests (MMST) zur Ermittlung des kognitiven Leistungsvermögens und die Erfassung sogenannter »herausfordernder« Verhaltensweisen anhand der Cohen-Mansfield-Skala gehört.

Dabei stellten wir fest, dass die anfänglich, nach den ersten Tagen nach Aufnahme im Minimental-Test ermittelten Werte, oftmals deutlich von den späteren, bei einer Wiederholung des Tests etwa nach sechs Wochen, erzielten Resultate abwichen, die nach einer Zeit der Eingewöhnung und der schrittweisen Reduzierung der Psychopharmaka-Medikation häufig deutlich »besser« ausfielen.

Zugleich aber wurde uns in der täglichen Praxis in zunehmendem Maße klar, dass die auf diese Weise ermittelten Testergebnisse uns aus pflegerischer Sicht kaum darüber Aufschluss geben konnten, an welchen Punkten genau Unterstützungsbedarfe, oder konkrete Ressourcen, bestanden.

Die Erfahrung zeigte uns zudem, dass das Vorliegen eines dabei erzielten geringen »Scores« wenig über den möglichen Grad der Selbständigkeit eines Menschen in bestimmten Alltagshandlungen, wie der Nahrungsaufnahme, Körperpflege oder räumlichen Orientierung, aussagte. Er erlaubte uns weder eine verlässliche Voraussage über einen aktuellen notwendigen Bedarf an pflegerischer Begleitung, noch darüber, inwieweit sich die zu uns gekommene Person innerhalb des Bereiches, nach einer gewissen Orientierungsphase und Zeit, wiederkehrende Abläufe und Alltagsrituale würde einprägen oder sich auf dem Wohnbereich würde selbständig bewegen und den Weg in ihr Zimmer alleine zurückfinden können.

Zugleich aber bestand hier das Risiko, dass Vorhandensein individueller Handlungsmöglichkeiten und vorhandener Potentiale in der Selbstsorge nicht mehr wahrzunehmen und im Rahmen der Interaktion wirklich auszuloten, wenn das Resultat eines solchen Assessments eine negative Einschätzung und Prognose bedeutete.

Gleiches galt im Zusammenhang mit der von uns routinemäßig vorgenommenen Erfassung herausfordernder Verhaltensweisen anhand der dafür vorgegebenen Skala. Diese barg die Gefahr bestimmte Verhaltensweisen eines Menschen in der Interaktion als persönliche Eigenschaften und Verhaltensmerkmale zu betrachten, und nicht erst einmal als Handlungen und Reaktionen innerhalb eines interaktiven Kontextes.

Ein auf diese Weise vermitteltes Bild und ein darauf basierendes pflegerisches Handeln aber konnte, im negativen Falle, dazu führen, eben diese Verhaltensweisen beim Anderen ungewollt selbst erst auszulösen.

Zudem konnte uns eine solchermaßen vorgenommene Erfassung »herausfordernder« Verhaltensweisen weder Aufschluss über deren situative Entstehung, deren auslösende Faktoren und die ihnen zu Grunde liegenden Bedürfnisse und Emotionen verschaffen, noch entsprechende Hinweise für unseren möglichen Umgang mit diesen geben.

Auch eine mögliche Zuordnung von bestimmten Verhaltensweisen und kognitiven Fähigkeiten in bestimmte Entwicklungsstufen oder Stadien eines dementiellen Verlaufes, eine leichte und beginnende oder mittelschwere, fortgeschrittene oder schwere Demenz, im Rahmen der Aufnahmeanamnese erschien uns in der praktischen Arbeit wenig hilfreich.

So zeigte sich für uns, dass bestimmte kognitive Merkmale und »Verhaltensmuster«, die als Charakteristika unterschiedlicher Entwicklungsgrade einer Demenz galten, sich in der Praxis nicht selten innerhalb einer einzigen Person überschneiden konnten und somit parallel zueinander auftraten.

Auch hier erschien uns eine so vorgenommene Typisierung und Zuordnung letzten Endes wenig aussagekräftig und für unsere eigenen praktischen Fragestellungen letztlich kaum relevant, in denen es weniger darum ging, »kognitive Leistungen« zu bewerten und bestimmte Verhaltensweisen statistisch zu erfassen, sondern vielmehr darum, die im Rahmen der Interaktion und der unterschiedlichen Verhaltensäußerungen darin zum Ausdruck kommenden Mitteilungen und Bedürfnisse des Anderen wahrzunehmen und zu verstehen.

Zugleich aber mussten wir, auch um situative Verkennungen zu vermeiden, in der Interaktion ebenso für den Anderen wahrnehmbar und »lesbar« sein. Dies aber konnte nicht aus einer äußeren Position der Beobachtung und Bewertung heraus geschehen, sondern nur aus der Interaktion und Begegnung selbst heraus.

Für die konkrete Praxis schienen dabei dreierlei Dinge erforderlich: Erstens galt es, sich von früheren und gewohnten defizitorientierten und bewertenden Betrachtungsweisen und den damit verbundenen Interpretationen und Zuordnungen von Verhalten zu lösen.

Um Missverständnisse innerhalb der Kommunikation des Teams selbst zu vermeiden, galt es zweitens sicher zu stellen, dass wir über das Gleiche redeten und nicht aneinander vorbei, wenn wir bestimmte

Worte gebrauchten oder manche davon bei ihrer Verwendung in »Anführungszeichen« setzten.

Nicht zuletzt aber ging es drittens darum, selbst bereit zu sein, unsere eigene Arbeit und die dabei gewonnenen Erfahrungen transparent zu machen und gemeinsam zu reflektieren, insbesondere was die mögliche Deutung des von uns in der situativen Wahrnehmung Erlebten betraf.

Dabei wurde auch klar, dass ein unreflektiertes Verdrängen der subjektiven Anteile unseres Wahrnehmens und Erlebens, als vermeintliche unprofessionelle Herangehensweise und Haltung von Pflegenden, zugleich umgekehrt schnell zur »Objektivierung« eigener subjektiver Wahrnehmungen führen kann.

Ein Verhalten, das wir selber als störend empfinden, kann auf diese Weise in der eigenen Interpretation und Einschätzung zur »Verhaltensstörung« des Anderen, eines das wir als aggressiv wahrnehmen zur »Fremdaggressivität« werden.

Eine Lösung der vorhandenen Probleme in der Kommunikation und Verständigung mit dem Anderen wird infolge dessen womöglich nicht mehr dort gesucht werden, wo diese aufgetreten und entstanden sind, in der Interaktion selbst, sondern außerhalb dessen, etwa durch eine medikamentöse Intervention.

Die Verkennung der eigenen Subjektivität in der Interaktion und Wahrnehmung führt auf diese Weise zugleich auch zur Verkennung des Anderen.

Die Bereitschaft, einen Menschen in seinen Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten einzuschränken, etwa durch die Gabe von Sedativa, wird eine andere und größere sein, wenn wir seine Verhaltensäußerungen als gestört oder aber als fremdaggressiv bewerten, anstatt sie zunächst einmal als Handlungen und Reaktionen innerhalb eines bestimmten interaktiven Kontextes zu betrachten.

So spiegelt die Form, in der wir über etwas zu reden gewohnt sind, nicht allein unsere Wahrnehmung und unser Denken wider, sie bestimmt immer auch unsere eigene soziale Praxis.

Ob wir in unserer Arbeit, wie es früher noch üblich war und mitunter auch heute noch ist, von Demenzkranken, von Dementen oder aber stattdessen von Menschen mit Demenz sprechen, ist dabei keineswegs beliebig oder bloß eine Frage der Form. Es ist Ausdruck unserer Einstel-

lungen und der darauf basierenden Haltung und wird so immer auch die Art und Weise bestimmen, in der wir Menschen mit Demenz wahrnehmen und begegnen.

# In Begegnungen lernen

Am Beginn der Begegnung steht die eigene Wahrnehmung und das Wahrgenommene durch den Anderen. Wir nehmen aufeinander Bezug. Das gemeinsame »In-Beziehung-Treten« zueinander bildet dabei den Ausgangspunkt und die Basis für die spätere Interaktion und die Kommunikation unserer gegenseitigen Begegnungsangebote. Erleben wir die Verständigung mit dem Anderen als schwierig, greifen wir in der Interaktion und Begegnung gern auf vertraute und von uns schon erprobte Handlungsmuster zurück.

Hilft uns unsere eigene Erfahrung in der konkreten Situation nicht weiter, werden wir womöglich versuchen, uns im weiteren Verlauf anhand einer bestimmten für den situativen Umgang mit Menschen mit Demenz entwickelten Methode zu orientieren. Dies mag in manchen Situationen hilfreich sein, in anderen nicht.

Gehen wir schon von vorneherein mit der Erwartung in die Situation und Begegnung, dass der situative Verlauf eine negative oder eskalierende Entwicklung nehmen wird, wächst damit die Wahrscheinlichkeit, dass dies im Rahmen einer sogenannten »selbsterfüllenden Prophezeiung« vielleicht tatsächlich so eintreten wird.

Legen wir uns im Vorfeld bereits auf eine bestimmte Handlungsweise fest, anhand derer wir auf das Begegnungsangebot des Anderen reagieren wollen, und die uns dabei helfen soll, in der Situation einen bestimmten Halt zu finden und in dieser navigieren zu können, laufen wir Gefahr, das Verhalten des Anderen und die darin zum Ausdruck kommenden Bedürfnisse einseitig zu interpretieren und zu überlesen. Wir werden womöglich Schwierigkeiten haben, mit spontanen und von uns nicht vorhergesehenen situativen Entwicklungen umzugehen.

Wird uns dann in der Interaktion mit dem Anderen klar, dass uns weder die eigene Erfahrung noch die von uns erlernte Methode in einer bestimmten Situation weiterhelfen und tragen, können wir in dieser nicht mehr authentisch handeln und fortfahren, sondern fühlen uns unecht in der Interaktion.

Die von uns verspürte Unstimmigkeit und das damit verbundene Gefühl des »Falschen« ist für den Anderen oftmals wahrnehmbar. Beides wird unsere situative Beziehung und damit auch den weiteren situativen Verlauf der Begegnung wahrscheinlich in negativer Weise beeinflussen.

Wir selbst aber werden aus der von uns erlebten und gescheiterten Interaktion und Beziehungsaufnahme zum Anderen womöglich den Schluss ziehen, dass die von uns verwendete Methodik, anhand derer wir uns zu orientieren versucht haben, in der Praxis »nicht funktioniert«, und falls doch, dann nur von Fall zu Fall.

Es kann sein, dass uns diese Schlussfolgerung zu der Ansicht gelangen lässt, dass vorhandene Ansätze und Modelle für die Interaktion und Arbeit mit Menschen mit Demenz letztlich doch eher »Theorie« und nicht so wie erwartet wirklich umsetzbar seien und wir im Zuge dessen wieder zu unserer früheren »intuitiven« Praxis zurückkehren.

Der begegnungsorientierte Ansatz sieht personenzentrierte, validierende, milieu- oder biografieorientierte Ansätze und Methoden, um nur einige wichtige und bekannte an dieser Stelle zu nennen, als zentrale Bestandteile und Bausteine in der Arbeit und Begegnung mit Menschen mit Demenz. Ihr jeweiliger »Einsatz« in der Interaktion und Begegnung sollte dabei jedoch immer situationsbezogen erfolgen und dabei für beide Seiten authentisch erfahrbar sein.



Die Beziehungsaufnahme und Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist keine einseitige. Unsere eigenen Begegnungsangebote treffen auf die des Anderen. Im Zentrum steht im begegnungsorientierten Ansatz nicht das Handeln für unser Gegenüber, sondern das gemeinsame Handeln mit ihm.

Geraten wir dabei selbst an Grenzen, suchen wir nach geeigneten Lösungen, neuen Handlungs- und Verständigungsebenen, einer möglichen Handhabe für den richtigen Umgang.