

**Umgang mit Menschen mit Demenz in der
Krankenpflegehelferausbildung im LTPS:**

**Reflexion zum bestehenden Curriculum im Hinblick
einer adäquaten Anpassung entsprechend den
aktuellen Anforderungen in der Pflegepraxis**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Corinne Bolmer

Warken, den 21. September 2018

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich für das Gelingen dieser Arbeit bedanken bei:

- den Pflegeleitungen der Pflegeheime ala Erpeldingen, Servior Diekirch und HPPA Redange und dem Praxisanleiter Servior Diekirch für ihre unkomplizierte und schnelle Bereitschaft, alle meine Fragen zu beantworten.
- den Auszubildenden des LTPS, die den Fragebogen schnell und sehr genau ausgefüllt haben und mir somit eine große Hilfe waren.
- Claudine Schockmel, die immer wieder meine blinden Flecken aufdecken konnte und mir stets konstruktive Rückmeldungen gegeben hat.
- und bei meinen Arbeitskollegen, die bereit waren, mir zuzuhören und mich zu unterstützen.

BOLMER Corinne

Candidate au Lycée Technique pour Professions de Santé
79, rue de Welscheid
L-9090 Warzen

Discipline: Santé

Betreuerin: Schockmel Claudine



**Umgang mit Menschen mit Demenz in der
Krankenpflegehelferausbildung im LTPS:**

**Reflexion zum bestehenden Curriculum im Hinblick einer
adäquaten Anpassung entsprechend den aktuellen
Anforderungen in der Pflegepraxis**

Zusammenfassung

Die Gesellschaft von heute wird immer älter. Somit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. Die Demenz hat unterschiedliche Ätiologien und Facetten. Dadurch sind auch die Pflege und die Pflegeplanung bei Demenzkranken individuell auszugestalten und daher sollten diese Aspekte auch in den Lehrplänen berücksichtigt werden.

Die Wissenschaft hat die verschiedenen Demenzen noch nicht bis ins Detail erforschen können. Somit ist auch die medizinische Behandlung begrenzt. Wo die medizinischen Therapien an ihre Grenzen kommen, spielt die Pflege eine umso wichtigere Rolle. In Pflegeheimen gibt es vielfältige Angebote mit dem Ziel, ein angstfreies und adäquates Umfeld für die Demenzkranken zu schaffen. Durch Interviews mit Pflegeleitungen sowie einem Praxisanleiter auf einer Demenzstation konnte eruiert werden, welche Pflegekonzepte, Modelle und Methoden in Hinblick auf die Demenz in der Praxis angewandt werden. Sehr viel Wert wird beispielsweise auf eine angepasste Kommunikation gelegt. Die Integrative Validation nach Nicole Richard ist ein Werkzeug, welches dem Demenzkranken Wertschätzung und Verständnis entgegenbringt und seine Individualität berücksichtigt. Auch die Biografiearbeit ist ein wichtiges Element, da der Demenzkranke und sein Verhalten durch Kenntnisse über sein Leben besser zu verstehen sind. Snoezelen, Kunst- und Musiktherapie helfen ebenfalls, den Demenzkranken zu bewegen – auf seelischer, aber auch körperlicher Ebene. Beispielsweise wird die „10-Minuten-Aktivierung“ in den Alltag eingebaut und kann als Türöffner wirken, durch den Interesse und Aufmerksamkeit bei Menschen mit Demenz geweckt werden kann. Das psychobiografische Modell nach Erwin Böhm bewegt zuerst die erkrankte Seele, das Krankheitsbild wird hintenangestellt.

Jede Demenz ist anders und jeder Mensch ist anders. Besonders für junge Auszubildende der Pflegehilfe, die kaum Praxiserfahrung haben, ist es schwierig, diese Erkrankung zu erfassen. Mittels der Interviews mit den Pflegeleitungen der Pflegeheime konnte neben den Pflegekonzepten,

Modellen und Methoden auch festgestellt werden, wo sie die Schwierigkeiten der jungen Auszubildenden sehen, wenn diese in Kontakt mit Demenzkranken kommen. Neben kleinen fachlichen Wissenslücken ist es hauptsächlich der Umgang bzw. die angepasste Kommunikation der Auszubildenden, die unbedingt zu fördern sind. Auch die Auszubildenden selbst erwähnten im Rahmen einer anonymen Befragung eine gewisse Unsicherheit im Umgang mit Demenzkranken und wünschen sich mehr Training in der Kommunikation.

Der Wunsch, nicht nur im letzten Ausbildungsjahr Kenntnisse über die Demenz und deren Umgang zu erhalten, besteht seitens der Auszubildenden und auch der Pflegeleitungen bzw. des Praxisanleiters. Diese Sichtweise wurde auch im fachlichen Austausch mit einer Lehrerkollegin, welche den Unterricht zur Demenz kennt, bestätigt.

Die Sachkompetenz kann weiter gestärkt werden, indem die Inhalte des Unterrichts an die Bedürfnisse der Pflegewelt angepasst werden. Jedoch besteht auch der Bedarf, die Selbst- und Sozialkompetenz durchgehend über die drei Ausbildungsjahre zu fördern und zu fordern, denn beide sind im Umgang mit Demenzkranken unabdingbar. Im Lernort Schule bestehen Möglichkeiten, die jungen Auszubildenden in ihrer Selbst- und Sozialkompetenz zu stärken, damit eine gute Kommunikation mit den Demenzkranken gelingen kann. Dazu werden punktuell Ideen erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	9
Die Problemstellung.....	9
Motivation	11
Vorgehensweise.....	12
1. Das Krankheitsbild Demenz.....	13
1.1. Das Demenzsyndrom	13
1.2. Akuter Verwirrheitszustand	14
1.3. Primäre und sekundäre Demenzen	15
1.4. Stadien der Demenz	16
2. Formen der Demenz	19
2.1. Alzheimer-Demenz.....	19
2.2. Vaskuläre Demenz.....	20
2.3. Lewy-Body Demenz.....	22
2.4. Frontotemporale Demenz	24
2.5. Wernicke-Korsakow-Demenz	25
3. Wichtigkeit und Möglichkeiten der Pflege	27
3.1. Realitäts-Orientierungs-Training.....	28
3.2. Kognitive Stimulation	29
3.3. 10-Minuten-Aktivierung.....	31
3.4. Biografiearbeit	32
3.5. Milieutherapie.....	34
3.6. Snoezelen.....	35
3.7. Kunst- und Musiktherapie	37
3.8. Die Kommunikationsmethode Validation	40
3.8.1. Validation nach Naomi Feil	41
3.8.2. Integrative Validation nach Nicole Richard	43
3.9. Selbsterhaltungstherapie	47
3.10. Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm	48
4. Praxisteil.....	55
4.1. Auswahl der Interviewpartner und Kontaktaufnahme.....	55
4.2. Umfrage unter den Auszubildenden vor dem Unterricht NUDEM.....	58
4.2.1. Die Zielgruppe	58
4.2.2. Der Kontakt mit Demenz im Praktikum.....	59
4.2.3. Thematisierung der Demenz <i>vor</i> dem Praktikum	59
4.2.4. Schwierigkeiten im Praktikum im Kontakt mit Demenz.....	60
4.2.5. Thematisierung der Demenz <i>nach</i> dem ersten Praktikum.....	61
4.2.6. Thematisierung Demenz im Curriculum innerhalb der dreijährigen Ausbildung aus Sicht der Auszubildenden.....	62
4.3. Umfrage unter den Auszubildende nach dem Unterricht NUDEM	63

4.3.1. Kenntnisse der Formen der Demenz aus dem theoretischen Unterricht und ENSPR.....	64
4.3.2. Kenntnisse der Pflegemodelle, -theorien, -konzepte oder Aktivitäten aus dem theoretischen Unterricht und ENSPR.....	64
4.3.3. Zeitpunkt Thematisierung Demenz	66
4.3.4. Bedarf der Auszubildenden im Unterricht zum Thema „Demenz“	67
5. Fördern und Fordern der Sozial- und Selbstkompetenz	69
6. Anregungen für die Implikation der Ergebnisse in das Curriculum.....	75
6.1. Blick auf die Module der dreijährigen Ausbildung.....	76
6.1.1. X0AS Fördern der Selbstkompetenz und Sozialkompetenz	77
6.1.2. X1AS Erster Kontakt mit Demenz	81
6.1.3. X2AS Menschen mit Demenz in schwierigen Situationen begleiten ..	86
6.2. Evaluierungsraster ENSPR.....	92
6.3. Fortbildung für Lehrkräfte	93
6.4. „Etwas andere“ Experten der Demenz.....	94
6.5. Unterrichtsunterlagen	95
7. Kritische Würdigung	99
8. Literaturverzeichnis	105
9. Anhang	111
9.1. Interview-Leitfaden responsable	111
9.2. Fragebogen Auszubildende	112
9.3. Fragen an Lehrende des LTPS	115
9.4. Evaluierungsraster – Kompetenzen	116

Einleitung

Die Problemstellung

Mit der gestiegenen Lebenserwartung der Gesellschaft hat auch die Anzahl der älteren Menschen in den Industrienationen im Laufe des letzten Jahrhunderts mehr und mehr zugenommen. In diesem Kontext steigt auch die Anzahl der Menschen mit Demenzerkrankungen. Ob nun Demenz eine „Krankheit“ ist oder nur ein Altersprozess, der wegen der hohen Lebenserwartung in der industrialisierten Welt immer häufiger auftritt, darüber sind sich die verschiedenen Wissenschaften nicht wirklich einig. In der Medizin ist ganz klar die Rede von Erkrankungen. Wird jedoch der Humanwissenschaft mehr Glaube geschenkt, so ist das Konzept der Demenz überlebt und es gibt nun mal eine ganze Reihe von Ausdrücken des Alterns und so seien die vermeintlichen Demenzerkrankungen eigentlich nur Zeichen des Alterns (vgl. Lambert 2018, S. 46).

Laut Alzheimer Report leiden zurzeit weltweit knapp 47 Millionen¹ Menschen an Demenz. Experten schätzen, dass diese Zahl bis zum Jahr 2050 auf etwa 131 Millionen Menschen² ansteigen wird. Nach Angaben des Info-Zenter Demenz Luxemburg leiden etwa 6000 bis 7000 Menschen in Luxemburg³ an Demenz, jedoch wird davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer höher ist, da es vermutlich Betroffene ohne ärztliche Diagnose oder Menschen gibt, die sich ihrer Erkrankung nicht bewusst sind.

In Luxemburg gibt es 13742⁴ Menschen, die bei der Pflegeversicherung in Luxemburg gemeldet sind. Davon sind neben Gelenkerkrankungen (23,8%) und Erkrankungen des Nervensystems (18,1%) die Demenzerkrankten mit 17,6% die drittgrößte Gruppe, welche die Pflegeversicherung in Anspruch nimmt (vgl. Ministère de la Sécurité sociale 2017, S. 105).

Mit der Zunahme der Lebenserwartung gelangen auch die Demenzerkrankungen immer mehr in den Fokus. Das Krankheitsbild

¹ Alzheimer Disease International Alzheimer Report 2016.

² ebd.

³ E-Mail-Kontakt mit Info-Zenter Demenz am 15.11.2017.

⁴ Ministère de la Sécurité sociale, Stand: Dezember 2016.

Demenz stellt die Gesellschaft auf verschiedenen Ebenen vor große Herausforderungen: Es werden mehr finanzielle, medizinische und pflegerische Ressourcen benötigt. Die medizinische Behandlung von Demenz ist aktuell nur begrenzt möglich, umso wichtiger ist daher der pflegerische Aspekt. Somit werden die Anforderungen an die Pflege immer komplexer.

Die Betreuung von Menschen mit Demenz stellt Pflegende im beruflichen Alltag oft vor große Herausforderungen. Daher ist eine dementsprechend ausgerichtete Ausbildung der Pflegenden von großer Wichtigkeit, damit diese die Anforderungen professionell bewältigen können. Gerade bei Demenzkranken besteht das Risiko, dass ihre noch bestehenden Kompetenzen schnell übersehen werden, weil es an einer adäquaten Auseinandersetzung mit der Komplexität dieser Erkrankung fehlt. Eine gelungene Demenzpflege kann nur dann erfolgen, wenn eine angemessene Vertiefung in dieses existentielle Thema gelingt, sei es für Betroffene und Angehörige, jedoch auch für angehende Pflegekräfte.

Neben der Medizin beschäftigt sich daher auch der pflegewissenschaftliche Bereich intensiv mit der Frage, was genau Demenz ist und wie eine qualitativ hochwertige Betreuung der Betroffenen gewährleistet werden kann. Dementsprechend gibt es ein breites Literaturangebot zum Thema Demenz und zahlreiche kreative und innovative Konzepte in der Demenzpflege.

Für eine Lehrkraft in der Pflege stellt sich die Frage, wie es angesichts des komplexen Literaturangebots und der Entwicklungen in der Pflege gelingen kann, den jungen Auszubildenden die entsprechenden Kompetenzen zu vermitteln. Damit dies bestmöglich gelingen kann, ist es unumgänglich, auch den aktuellen Stand der Praxis in den luxemburgischen Pflegeheimen, in denen Demenzkranke betreut werden, in die Recherchen der Arbeit einzubeziehen. Welche Betreuungskonzepte werden aktuell angewendet und welche aus der Literatur bekannten Konzepte finden mit welcher Begründung hingegen keine Anwendung?

Aus informellen Gesprächen mit Kollegen im beruflichen Alltag lässt sich auf eine gewisse Unzufriedenheit mit dem Unterrichtsstoff Demenz in der Ausbildung der Pflegehilfe schließen. Dies scheint unterschiedliche Ursachen zu haben. Die Kernaussage lautet oftmals, dass eine ausführliche Literaturrecherche und anschließende Überarbeitung der Unterrichtsinhalte und -skripte gewünscht sind und zwar in einem größeren Umfang, als es bei der normalen Unterrichtsvorbereitung nötig ist. Um hierzu detailliertere Informationen zu erhalten, wurden bei der Erstellung dieser Arbeit auch ein formales Interview mit einer Lehrkraft des LTPS⁵, welche den Unterricht über die Demenz kennt, per Mail-Kontakt geführt.

Auch Aussagen der Auszubildenden über ihre Erfahrungen in der Praxis sind in der Unterrichtsvorbereitung des Themas Demenz wichtig: Immer wieder sind Beschreibungen von Angst und Unsicherheit im Umgang mit Demenzkranken festzustellen. Somit stellt sich die Frage, ob der theoretische Unterricht praxisrelevant aufgebaut ist. Benötigt der Unterricht im schulischen Bereich eine Adaptation? Wenn ja, welche genau?

Motivation

Ziel dieser Arbeit ist es, neueste Erkenntnisse im Bereich der Pflege Demenzerkrankter zusammenzutragen. Dies beruht auf neuen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen, vor allem aber auf der Erfassung von Konzepten und Modellen in der Pflege von Demenzkranken. Des Weiteren wird auch die Pflegepraxis in die Recherchen einbezogen, mit dem Ziel, herauszufinden, welche Pflegekonzepte, -modelle und -methoden aktuell in der Praxis angewendet werden und welche Chancen auf Erfolg diese haben, oder ob sie eher als „unrealistisch“ erscheinen. Außerdem sollen die Bedürfnisse der Auszubildenden ebenfalls erfasst werden. Somit soll dargestellt werden, inwiefern der Unterricht Demenzpflege in der Ausbildung der Pflegehelfer im LTPS mit der Praxis und den aktuellen Erkenntnissen kohärent ist.

⁵ Lycée Technique pour Professions de Santé

Ziel dieser Arbeit ist es also, eine Grundlage zu schaffen, anhand der zu einem anderen Zeitpunkt das Unterrichtsmaterial bzw. Unterrichtunterlagen – falls notwendig – überarbeitet werden können. Dementsprechend soll diese Arbeit nach Möglichkeit in Zukunft dem Lehrpersonal im LTPS als Ressource und Denkanstoß zur Verfügung stehen.

In dieser Arbeit werden allerdings nicht einzelne Unterrichtsmethoden vorgestellt, denn jede Lehrkraft muss jeweils aufgrund der individuellen Zusammensetzung der Klasse und deren Heterogenität entscheiden, mit welcher Unterrichtsmethode das Thema erarbeitet werden soll.

Vorgehensweise

Die Arbeit setzt sich aus einer hermeneutischen Recherche zum Thema Demenz zusammen. Diese bezieht sich auf medizinische Aspekte und vor allem auf aktuelle Pflegekonzepte in der Betreuung von Demenzerkrankten. Neben der Literaturrecherche fließen auch persönlich geführte Interviews mit Pflegeleitungen und Pflegekräften aus der Praxis ein. Dies dient dazu, zu erforschen, welche Pflegemodelle, -methoden und -konzepte in der Praxis angewendet werden. Auch soll deutlich werden, mit welchen Schwierigkeiten Auszubildende und auch erfahrene Pflegekräfte in der Praxis immer wieder konfrontiert sind, um dies gegebenenfalls im Bereich des theoretischen Unterrichts zu thematisieren. Die Bedürfnisse und Gefühle der Auszubildenden sollen mit Hilfe eines anonymisierten Fragebogens ermittelt werden. Die Ansichten der Lehrer des LTPS, die bereits Erfahrungen mit dem Unterricht Demenz haben, werden mit einer Befragung per Mail erhoben und mit einbezogen. An die Ergebnisse anschließend, werden Möglichkeiten bzw. Vorschläge zur Einbringung der neuen Erkenntnisse in das Curriculum und in den Unterricht in der Krankenpflegehelferausbildung vorgestellt.

1. Das Krankheitsbild Demenz

Der Begriff „Demenz“ wird in der Gesellschaft nicht selten gleichgesetzt mit der Diagnose Morbus Alzheimer. Demenz ist ein Oberbegriff und beschreibt nicht nur Demenzen vom Alzheimer-Typ, sondern fasst übergreifend etwa 50 verschiedene Demenzerkrankungen zusammen. Jede Demenzerkrankung hat einen individuellen Verlauf mit eigenen Symptomen. Gemeinsam haben sie jedoch die Abnahme von kognitiven Fähigkeiten über eine längere Zeit.

Im Folgenden werden jene Demenzen näher erläutert, welche den Auszubildenden in der Praxis in den Pflegeheimen in Luxemburg hauptsächlich begegnen. Durch die Gespräche mit den Pflegeleitungen und dem Praxisanleiter wurde herausgearbeitet, welche Demenzen prioritär darzustellen sind. Laut der Pflegeleitung der Association Luxembourg Alzheimer (ala) hat sich die Verteilung der verschiedenen Demenzen verändert: Gab es vor etwa zehn Jahren noch mehr Bewohner mit der Diagnose Morbus Alzheimer im Pflegeheim in Erpeldingen, welches von der ala geleitet wird, so gibt es heute mehrere verschiedene Formen der Demenz in diesem Pflegeheim. Es gibt heute deutlich mehr Demenzen, welche in den psychiatrischen Bereich gehen (vgl. Halsdorf, ala, 2017).

In diesem Kapitel werden die allgemeinen Einteilungen und die wichtigsten Demenzformen so beschrieben, dass die Unterschiede deutlich werden und die Informationen für einen Leser aus dem Bereich Pflege nachvollziehbar sind. Da hier der Pflegebereich im Vordergrund steht und weniger der medizinische Teil, wird bei der Beschreibung auf biochemische Prozesse und histologische Veränderungen verzichtet. Der Fokus liegt auf den Symptomen und dem Verlauf der einzelnen Demenzen.

1.1. Das Demenzsyndrom

Wird vom dementiellen Syndrom gesprochen, liegt noch keine eindeutige Ursache der festgestellten Symptome vor. Das Demenzsyndrom ist keine eigenständige Diagnose, sondern das Zusammentreffen verschiedener Symptome, welche auf eine Demenz hinweisen können. Unabhängig von

der Ätiologie ist beim Demenzsyndrom festzustellen, dass das individuelle Leistungsniveau abfällt, sodass beim Betroffenen die Bewältigung von Alltag und/oder Beruf erschwert ist. Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen gehen über das normale, als alterstypisch akzeptierte Maß hinaus und halten mindestens sechs Monate an (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 9). Um ein dementielles Syndrom zu diagnostizieren, werden die Kriterien der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) berücksichtigt.

Merkmal	ICD-10-R
Gedächtnisstörung	Amnesie (objektivierbare Beeinträchtigung, v. a. beim Lernen neuer Informationen)
Andere kognitive Defizite	Urteilsfähigkeit, Denkvermögen
Störungen von Erleben und Verhalten	Störungen von Affektkontrolle, Antrieb oder Sozialverhalten (emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergröberung des Verhaltens)
Dauer	Mindestens 6 Monate
Ausschluss	Verwirrheitszustand

Förstl 2011, S. 5

Die genaue Ursache eines dementiellen Syndroms ist mit weiteren diagnostischen Verfahren zu klären. Sie kann neurodegenerativer⁶ Natur sein, wie etwa bei Morbus Alzheimer oder der Lewy-Body-Demenz⁷, aber auch vaskuläre Störungen⁸, wie z. B. ein Multi-Infarkt, können die Ursache für ein Demenzsyndrom sein.

1.2. Akuter Verwirrheitszustand

Der akute Verwirrheitszustand, welcher auch als Delir bezeichnet wird, ist von der Demenz abzugrenzen. Medikamente, Flüssigkeitsmangel, Infektionen oder sonstige körperliche Belastungen können Ursache psychopathologischer Veränderungen sein. Beim akuten Verwirrheitszustand handelt es sich um „akut auftretende, von einer

⁶ Alle Arten von Verfall im Nervensystem.

⁷ Nähere Erklärungen dazu im weiteren Verlauf der Arbeit.

⁸ Beeinträchtigungen im Gefäßsystem.

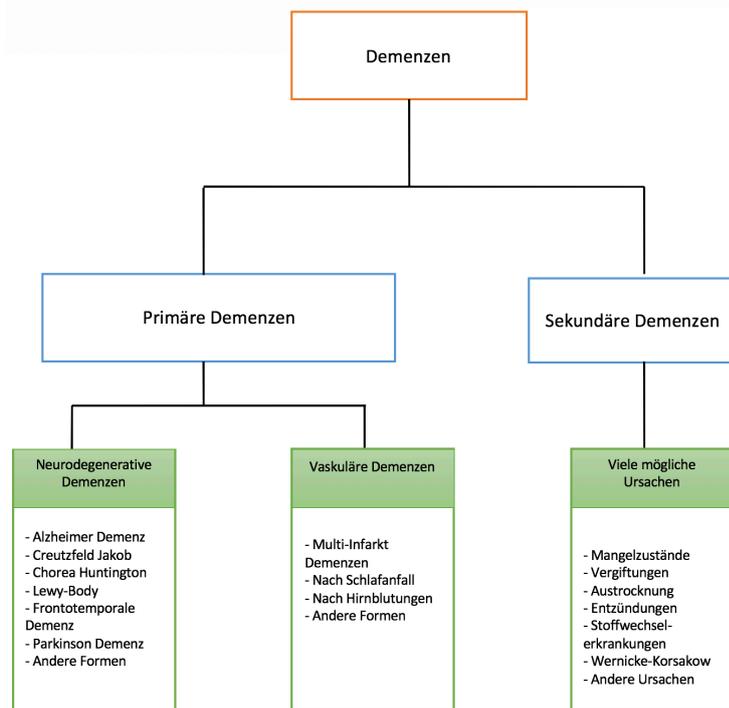
globalen kognitiven Beeinträchtigung begleitete Störungen“ (Förstl 2011, S. 192). Ein Verwirrheitszustand entsteht innerhalb einiger Stunden oder Tage.

	Demenz	Akuter Verwirrheitszustand
Beginn	Langsam, schleichend	Akut
Dauer	Jahre	Tage bis Wochen
Krankheitswahrnehmung	Keine Krankheitswahrnehmung	Nicht klärbar
Orientierung	Je nach Stadium zunehmend gestört	Stark gestört
Bewusstseinslage	Unauffällig	Wechselnd, teilweise getrübt
Gedächtnis	Deutlich Merkfähigkeit und Kurzzeitgedächtnis gestört	Deutlich gestört

Kastner & Löbach 2014, S. 48

1.3. Primäre und sekundäre Demenzen

Die neurodegenerativen Demenzen sowie die vaskulär bedingten Demenzen sind aufgrund ihrer Ursachen – welche sich vorwiegend oder vollständig im Gehirn abspielen – primäre Demenzen. Bei den sekundären Demenzen erfolgen die Prozesse nicht zerebral, sondern die Ursache lässt sich in anderen Organen finden, also außerhalb des Gehirns. Der größte Teil der sekundären Demenzen wird durch Medikamente, Alkohol oder Stoffwechselerkrankungen ausgelöst. Die meisten Ursachen der sekundären Demenzen sind im Gegensatz zur primären Demenz reversibel.



Primäre u. sekundäre Dementzen, Formen der Demenz (eigene Darstellung angelehnt an ala)

1.4. Stadien der Demenz

Da die Alzheimer-Demenz nach wie vor den größten Anteil an der Gesamtzahl der Demenzerkrankungen darstellt, wird der allgemeine Krankheitsverlauf anhand dieser dargestellt. Es gilt jedoch zu beachten, dass der beschriebene Verlauf sich nicht geradeswegs auf die anderen Demenzerkrankungen wie die Frontotemporale, Lewy-Body- und die Vaskuläre Demenz übertragen lassen. Auch wenn die Symptome der einzelnen Demenzerkrankungen offenbar regelhaft aufeinander folgen, können sie abhängig von der Form der Demenz „zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen Schweregraden auftreten“ (Kastner & Löbach 2014, S. 25). Zum Schluss der jeweiligen Krankheitsverläufe „verwischen die einzelnen Krankheitsbilder. Die Symptome lassen sich in diesem Stadium meist nicht mehr einem speziellen Krankheitsbild zuordnen“ (Kastner & Löbach 2014, S. 25).

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Stadien der Alzheimer-Demenz aufgeführt.

1. Stadium	2. Stadium	3. Stadium
<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Merkfähigkeit • Vertraute Dinge werden verlegt • Leistungsver schlechterung im Beruf und bei gesellschaftlichen Anlässen • Beeinträchtigungen werden nur im intensiven Gespräch erkennbar • Verabredungen werden vergessen • Fehlende Orientierung in unbekannter Umgebung • Wortfindungsstörungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Auswahl von Kleidungsstücken wird zunehmend schwerer • Probleme beim Einkaufen • Die Körperpflege wird vernachlässigt • Bei alltäglichen Dingen ist Hilfe notwendig • Psychische Symptome, z. B. Angst, Wahn • Sprachliche Auffälligkeiten, falsche Wortwahl 	<ul style="list-style-type: none"> • Verhaltensstörungen • Der Betroffene kann sich nicht mehr allein waschen bzw. ankleiden • Harninkontinenz • Stuhlinkontinenz • Gangstörung bis Bettlägerigkeit • Sprachverlust

Kastner & Löbach 2014, S. 26ff

2. Formen der Demenz

Es ist bislang nicht statistisch erfasst, wie viele Menschen in Luxemburg an welcher Demenzform leiden. Es gibt vor allem im hohen Alter auch Mischformen aus neurodegenerativen und vaskulären Demenzen. Laut der deutschen Alzheimer-Gesellschaft ist Morbus Alzheimer die am häufigsten auftretende Demenzform. Darauf folgen die Vaskuläre Demenz, die Lewy-Body-Demenz und die Frontotemporale Demenz.

Im Folgenden werden verschiedene Formen der Demenz vorgestellt. Die einzelnen Demenzen wurden einerseits anhand der in der Literatur beschriebenen Häufigkeit ihres Auftretens ausgewählt. Andererseits wurden diese Demenzen auch in den Interviews mit der Praxis erwähnt. Im aktuellen Skript der Auszubildenden im Unterricht zur Demenz sind derzeit Morbus Alzheimer und die Vaskuläre Demenz beschrieben. Da diese Arbeit unter anderem dazu dienen soll, zu recherchieren, welche Aktualisierungen in den Unterricht eingebracht werden sollen, erscheint eine Recherche zu verschiedenen Demenzformen sinnvoll.

2.1. Alzheimer-Demenz

Der Arzt Alois Alzheimer beschrieb 1906 erstmals das Krankheitsbild einer seiner Patientinnen. Er stellte eine Gedächtnisschwäche sowie Desorientierung und Halluzinationen fest. Die Obduktion des Gehirns der Verstorbenen ergab, dass die Hirnrinde dünner als normal war und Ablagerungen sowie Veränderungen der Neurofibrillen⁹ aufwies (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: „Alois Alzheimer“).

Die Ätiologie der Alzheimer-Demenz ist bis heute immer noch nicht vollständig erforscht, jedoch sind die Veränderungen im Gehirn inzwischen hinreichend beschrieben. Eiweißablagerungen, sogenannte amyloide Plaques, lagern sich an den Nervenzellen im Gehirn ab und es wird davon ausgegangen, dass diese zum Funktionsverlust bis hin zu Absterben der Gehirnzellen führen. Die Ausbreitung der Plaques über das gesamte Gehirn

⁹ Neurofibrillen: feinste Fäserchen im Zytoplasma der Nervenzellen und ihrer Fortsätze (vgl. Pschyrembel 2002).

verläuft langsam und beginnt im limbischen System, in der Region des Hippocampus und im Temporallappen (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 36). Außerdem wurde die Bildung von sogenannten neurofibrillären Bündeln¹⁰ festgestellt. Die verklebten Neurofibrillen führen, wie die amyloiden Plaques, zum Funktionsverlust der Nervenzellen (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 36). „Ob nun die amyloiden Plaques Krankheitsursache oder eventuell Reaktionen des Gehirns auf die Bildung der neurofibrillären Bündel sind, wird aktuell wissenschaftlich diskutiert“ (Kastner & Löbach 2014, S. 36).

Die Alzheimer-Demenz zählt zu den neurodegenerativen Demenzen. Sie beginnt langsam und schleichend und ist anfangs durch eine beeinträchtigte Merkfähigkeit für neue Informationen sowie Wortfindungsstörungen gekennzeichnet. Das beeinträchtigte Erinnern ist bei Morbus Alzheimer ein krankheitszeichnendes Symptom. Im Verlauf der Erkrankung treten Verhaltensstörungen sowie psychische Veränderungen auf. In der finalen Phase ist die Krankheit durch körperliche Einschränkungen wie etwa Gangstörungen u. Ä. bis hin zu Bettlägerigkeit gekennzeichnet.

Die Diskussion, ob für Morbus Alzheimer eine familiäre Disposition besteht, ist noch nicht abgeschlossen. Als Hauptrisikofaktor für die Alzheimer-Erkrankung wird in der Literatur das Alter beschrieben. Auch gibt es Hinweise, dass mikropathische Veränderungen und die Alzheimer-Erkrankung in Verbindung stehen könnten. Bisher ist noch keine Therapie entwickelt worden, die Alzheimer verhindern oder heilen kann.

2.2. Vaskuläre Demenz

Bei den Vaskulären Demenzen bezieht sich die Ursache ausschließlich auf pathologische Veränderungen der Blutgefäße im Gehirn. Bei der Diagnose einer Vaskulären Demenz stützt sich die Medizin auf drei Hauptkriterien: Es müssen ein demenzielles Syndrom sowie eine zerebrovaskuläre

¹⁰ Ebd.

Erkrankung vorliegen und beide Merkmale müssen zusätzlich in einem zeitlichen Zusammenhang stehen.

Die zerebrovaskulären Durchblutungsstörungen führen zu einer verminderten motorischen und/oder kognitiven Leistung. Die Ätiologie dieser atypischen Durchblutungsverhältnisse können arteriosklerotische Gefäßveränderungen sein, aber auch kardiovaskuläre Ursachen sind nicht auszuschließen. Abhängig von der Form der vaskulären Schädigung, wird die Vaskuläre Demenz in drei Hauptformen eingeteilt: „Die Multi-Infarkt-Demenz, die Demenz bei strategischen Einzelinfarkten und die subkortikale vaskuläre Demenz“ (Jahn & Werheid 2015, S. 24). Je nach Ausmaß der Durchblutungsstörungen ist die Demenz entsprechend ausgeprägt. Als Hauptrisikofaktoren gelten Hypertonie sowie Diabetes mellitus (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 38).

Die Vaskuläre Demenz beginnt im Vergleich zur Alzheimer-Demenz ohne spezifische vorherige Anzeichen. Der Zustand des Betroffenen verschlechtert sich stufenweise. Bedingt durch Läsionen im zentralen Nervensystem sind selektive neurologische Ausfälle zu beobachten. Diese Ausfälle zeigen sich unter anderem durch Aphasie oder ein eingeschränktes Gesichtsfeld. Der Zustand der Betroffenen kann sich für eine bestimmte Zeit stabilisieren oder gar verbessern. Jedoch bleibt stets das Risiko, dass der Zustand sich wieder verschlechtern kann.

Aufgrund der ähnlichen psychischen Symptome ist die Differenzierung zur Alzheimer-Demenz vor allem in der letzten Phase schwierig. In diesen Fällen wird von einer gemischten Demenz gesprochen. Allerdings treten neurologische Symptome wie Inkontinenz und motorische Einschränkungen bei der Vaskulären Demenz früher auf (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 39).

2.3. Lewy-Body Demenz

Die Lewy-Body-Demenz ist mit einem Anteil von 10% der Demenzkranken seltener als die Alzheimer-Demenz (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: „Die Lewy-Körperchen-Demenz“). In den medizinischen Nachschlagewerken wird sie vermehrt als die zweithäufigste neurodegenerative Form der Demenz beschrieben (vgl. Förstl & Kleinschmidt 2011, S. 87).

Seit 1989 ist bekannt, dass die Lewy-Körperchen¹¹ sich bei Patienten mit seniler oder arteriosklerotischer Demenz in der Großhirnrinde finden lassen. Dies ist auch der Fall, wenn die Betroffenen nicht unter Morbus Parkinson leiden. Der deutsche Neurologe Friedrich H. Lewy beschrieb 1912 die nach ihm benannten Lewy-Körperchen nur bei Patienten mit Morbus Parkinson. Zur damaligen Zeit konnte noch keine Parallele zwischen der Parkinson-Erkrankung und einer Demenz nachgewiesen werden. Dies gelang erst mit neuen modernen diagnostischen Verfahren. Daher wurden auch erst 1996 die Kriterien für die Diagnose einer Lewy-Body-Demenz erstellt und 2005 aktualisiert (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: „Die Lewy-Körperchen-Demenz“).

Auch wenn bisher keine Risikofaktoren für die Lewy-Body-Demenz bekannt sind, so konnte doch in einigen Fällen nachgewiesen werden, dass die Erkrankung Folge von Veränderungen im Erbgut ist. Hier lässt sich eine Parallele zu Morbus Parkinson finden: Die Gene, die aufgrund einer Veränderung im Erbgut die Lewy-Body-Demenz hervorrufen, sind dieselben Gene, die auch zur Parkinson-Krankheit führen.

In der medizinischen Literatur wird zwischen Demenz mit Lewy-Körperchen und Demenz bei Parkinson unterschieden. Die Symptomatik bei der Lewy-Body-Demenz ist deswegen speziell, weil sie der des Morbus Parkinson sehr ähnelt. Sie ist aber auch schwer von der Alzheimer-Demenz zu

¹¹ Intrazytoplasmatische Einschlüsse in bestimmten Nervenzellen des Gehirns (vgl. Pschyrembel 2002).

differenzieren, da manche Symptome mit denen der Alzheimer-Demenz deckungsgleich sind.

Die Demenz bei Parkinson tritt erst später auf: neben dem Abbau von Dopamin¹², kommt es auch zu Einschlüssen von Lewy-Körperchen im Mittelhirn. Die genaue Beschreibung der Unterschiede liegt nicht im Interesse dieser Arbeit und wird aus diesen Gründen nicht weiter ausgeführt.

Trotz allem ist die Lewy-Body-Demenz anhand typischer Symptome diagnostizierbar. Eindeutige Kriterien einer Lewy-Body-Demenz sind kognitive Defizite mit ständigem Wechsel. Vor allem die Aufmerksamkeit und Wachheit sind beeinträchtigt. Auch treten wiederkehrende optische Halluzinationen auf, welche die Betroffenen als so real beschreiben, dass sie zeitweise nicht zwischen Realität und Halluzination unterscheiden können. Das dritte Kriterium sind parkinsonähnliche Bewegungsstörungen, aufgrund derer wiederholte Stürze ein kennzeichnendes Symptom sind. Zum weiteren Diagnoseverlauf werden auch Nebenkriterien wie etwa Störungen in der REM-Schlafphase beachtet, d. h. die Träume werden deutlich „ausgelebt“ durch Sprechen, Schreien und Bewegungen, was für Anwesende sehr unangenehm sein kann. Auch kann es zu Kreislaufstörungen beim Aufstehen oder längerem Stehen, Depressionen, und/oder Urininkontinenz sowie plötzlichem Verlust des Bewusstseins für einige Minuten kommen. Das Sprachvermögen ist erst im späteren Verlauf beeinträchtigt. Ein weiteres Merkmal ist eine hohe Unverträglichkeit auf Neuroleptika. Bereits bei einer niedrigen Dosierung reagieren die Betroffenen mit starken Nebenwirkungen, vor allem mit Störungen in den Steuerungsvorgängen der Motorik, welche große Ähnlichkeit mit einem ausgeprägten Parkinson-Syndrom haben. Diese „neuroleptische Sensivität“ kann sich aber auch durch einen tagelang anhaltenden Tiefschlaf zeigen. Auch ist die Dichte der Dopamintransporter vermindert (vgl. Förstl & Kleinschmidt 2011, S. 90).

¹² Wichtiger Botenstoff im Nervensystem.

2.4. Frontotemporale Demenz

Die Frontotemporale Demenz (FTD), wird auch Pick-Krankheit oder Morbus Pick¹³ genannt. Der Neurologe Arnold Pick beschrieb erstmals um 1900 Atrophien in den Regionen der Hirnrinde. Später wurden durch histologische Untersuchungen weitere Fälle entdeckt und die Erkrankung wurde schließlich nach ihrem Entdecker Arnold Pick benannt.

Bei der FTD handelt es sich um eine Störung im Vorderhirnbereich, bei der es im Frontal- und im Temporallappen zu einem Nervenzelluntergang kommt. Die Ursache hierfür ist noch unbekannt.

Die Leitsymptome der Frontotemporalen Demenz sind eher weniger die kognitiven Defizite, sondern hauptsächlich die Veränderungen der Persönlichkeit und des sozialen Verhaltens. Im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz, welche typischerweise schleichend und im vorangeschrittenen Alter auftritt, kann die FTD bereits im Alter von 20 Jahren auftreten, wobei die meisten Erkrankungen zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr diagnostiziert werden. Die Erkrankung kann sehr schnell verlaufen, sodass vom ersten Symptom bis zum Tod manchmal nur zwei Jahre vergehen. Die Durchschnittsdauer der Erkrankung beträgt etwa acht Jahre (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: „Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit“).

Zu Beginn der Erkrankung wirken die Betroffenen sorglos und unkonzentriert, es kommt zu Antriebslosigkeit und Apathie. Die Erkrankten vernachlässigen ihre Pflichten und werden daher anfangs oft zuerst in ihrem beruflichen Umfeld auffällig, vor allem aufgrund mangelnden Engagements und Interesses. Auch privat fehlt es an Teilnahme, sodass Familie und Hobbys vernachlässigt werden. Manch Betroffener entwickelt sogar Aggressivität und Taktlosigkeit gegenüber seiner Umwelt. Der Betroffene ist enthemmt und es kann zur Nicht-Berücksichtigung von sozialen Normen kommen. Auffallend sind auch immer wiederkehrende Rituale und Verhaltensweisen. So zeigen einige Betroffene Heißhunger auf bestimmte Nahrungsmittel wie z. B. Süßes. Hinzu kommt ein gewisser Mangel an

¹³ Je nach Literatur wird Morbus Pick auch als eine Unterform der FTD beschrieben.

Körperhygiene. All diese Symptome werden vom Betroffenen als normal betrachtet, in der Regel fehlt die Einsicht, erkrankt zu sein.

Im weiteren Verlauf der FTD können Symptome wie stetig zunehmende Aphasie und eine deutliche Beeinträchtigung des Gedächtnisses hinzukommen. Die Betroffenen kommen dementsprechend immer weniger im Alltag zurecht, bis es im Endstadium der Erkrankung zu Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit kommt.

Die Diagnosestellung der FTD ist nicht einfach, da es durch die vorwiegend im Verhalten und in der Persönlichkeit auffallenden Symptome zur Verwechslung mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder Depressionen kommen kann. Auch das geringe Alter der Betroffenen führt oft dazu, dass nicht an eine Demenzerkrankung gedacht wird. Je weiter die Erkrankung fortgeschritten ist, umso schwieriger ist es, sie von der Alzheimer-Krankheit abzugrenzen.

2.5. Wernicke-Korsakow-Demenz

Die Wernicke-Enzephalopathie ist ein akuter lebensbedrohlicher Zustand, welcher durch Thiaminmangel hervorgerufen wird. Thiamin (Vitamin B1) ist nötig für die Verstoffwechslung von Kohlenhydraten und die Funktion der Nerven. Dieser Thiaminmangel wird meistens durch chronischen Alkoholabusus¹⁴ hervorgerufen. Übersteht der Betroffene die akute lebensbedrohliche Phase, kann daraus ein chronisch amnestisches Korsakow-Syndrom entstehen. Das Korsakow-Syndrom kann aber auch durch Tumore, Infarkte oder Entzündungsprozesse hervorgerufen werden.

In der Symptomatik fallen Desorientierung sowie anterograde und retrograde Amnesie sowie Störungen der Merkfähigkeit auf. Die Betroffenen versuchen die Gedächtnislücken und Orientierungsstörungen

¹⁴ „Alkoholkrank ist, wer länger als ein Jahr größere Mengen an Alkohol konsumiert, die Kontrolle über den Alkoholkonsum verloren hat und dadurch körperlich, psychisch und in seiner sozialen Stellung geschädigt ist (neben dieser Definition existieren noch andere, die jedoch auch die Komponenten Abhängigkeit *und* Schädigung umfassen)“ (Menche 2007, S. 1371).

mit Konfabulationen zu decken. Ihnen ist jedoch nicht klar, dass es sich bei ihren Geschichten um Unwahrheiten handelt. Das Korsakow-Syndrom ist ein Zeichen einer schweren und chronischen Schädigung überwiegend der Region des Gehirns, welche für das Gedächtnis und die Gefühlsregulation verantwortlich ist. Außenstehende können große Unterschiede in den Emotionen der Betroffenen wahrnehmen, von distanzlos bis extrem heiter. Diese Symptomatik bringt mit sich, dass die Erkrankten ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können. Auch ihr soziales Umfeld bleibt nicht mehr so wie es war. Durch die Einnahme von Vitamin B1 kann es je nach Situation zu einer leichten Verbesserung kommen (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft: „Korsakow-Syndrom“).

3. Wichtigkeit und Möglichkeiten der Pflege

Welche Rolle spielt die Pflege im Umgang mit Demenz? Angesichts der Tatsache, dass, wie bereits in der Einleitung beschrieben, die Demenzerkrankten die drittgrößte Gruppe bilden, welche die Pflegeversicherung in Anspruch nimmt, scheint es unumgänglich, Pflegekonzepte, Modelle und Methoden näher zu betrachten, die den Pflegekräften bei der Pflege Demenzkranker als Unterstützung dienen können. Pflegekräfte sind, vor allem im Pflegeheim, im ständigen Kontakt mit den Menschen mit Demenz, die besondere Aufmerksamkeit brauchen.

Ein weiterer Grund, warum die Pflege genauer in Betracht gezogen werden sollte, ist die Tatsache, dass die gegenwärtigen medizinischen Behandlungsmethoden den Verlauf von Demenzerkrankungen jeweils nur begrenzt beeinflussen können. Die Medikation kann die Progression der Erkrankungen etwas verlangsamen und auf verschiedene Symptome eingehen. Ist eine ganzheitliche Behandlung erwünscht, so müssen immer auch nicht-medikamentöse Alternativen miteinbezogen werden. Je mehr Wege genutzt werden, um zum Demenzkranken durchzudringen, umso größer sind die Chancen des Gelingens. Vor allem die Kommunikation mit Demenzkranken spielt in der Pflege eine wichtige, wenn nicht die wichtigste Rolle. Sie ist ein wichtiger Faktor, um eine Beziehung mit den Patienten aufzubauen zu können. Auch die Interviewpartner betonten, wie wichtig die Kommunikation bzw. die Beschäftigung mit Betroffenen ist. Deutlich wird das z. B. an der Aussage: „Die Schüler sind das beste Medikament“ (Praxisanleiter¹⁵ Servior Diekirch, 2017).

Diese Arbeit beschäftigt sich primär damit, das Theorie- und Praxisverhältnis zu analysieren, das heißt, Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten von Lernort Schule und Lernort Praxis festzustellen. Im Folgenden werden zwar verschiedene Pflegekonzepte, Modelle und Methoden vorgestellt, Ziel ist es jedoch nicht, diese im Detail zu

¹⁵ „Tuteur professionnel“ ist die Bezeichnung im LTPS für den Aide-soignant im Praktikum, welcher die Auszubildenden begleitet und bewertet. Der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit der Begriff „Praxisanleiter“ verwendet.

präsentieren und zu analysieren. Die hier vorgestellten Pflegekonzepte, Modelle und Methoden sind ausgewählt worden, da sie in den Unterlagen der Auszubildenden aufgeführt sind bzw. von den Pflegeleitern in den Interviews erwähnt wurden. So soll in einem nächsten Schritt mehr Kohärenz in den Unterricht zur Demenzpflege und ggf. in die Unterrichtsunterlagen eingebracht werden.

3.1. Realitäts-Orientierungs-Training

Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) ist in den Unterlagen der Auszubildenden aufgeführt. Allgemein ist es in der Praxis nicht geläufig, bzw. in keiner der besuchten Pflegeinstitutionen Pflegealltag und wurde von keiner der befragten Pflegeleitungen bzw. dem Praxisanleiter erwähnt.

Das Realitäts-Orientierungs-Programm wurde in den 1960er Jahren von den amerikanischen Psychiatern Taulbee & Folsom entwickelt. Ziel des ROT ist es, den Dementen durch Wiederholung und Fragestellungen zu Raum, Zeit und seiner Person in seiner zeitlichen, örtlichen und personalen Orientierung zu fördern und zu fordern. Es wird zwischen dem strukturierten Klassenraum-ROT und dem 24-Stunden-ROT unterschieden (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 77).

Das Klassenraum-ROT, welches auch als Gruppen-ROT bezeichnet wird, findet in kleinen Gruppen statt. Hier wird anhand von Kalendern, beschrifteten Fotos und Ähnlichem immer wieder ein Bezug zu Tag, Ort und Person gegeben. Dabei können sich leichte Verbesserungen in Kognition und Verhalten der Dementen zeigen (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 77).

Beim 24-Stunden-ROT erfolgt zwischen Pfleger und Demenzkranken wiederkehrend und in regelmäßigen Zeitabständen die Vermittlung von Informationen zur Orientierung. Der Pfleger hebt positive Momente hervor. In der Literatur wird diese Methode, so wie sie in den 1960er Jahren beschrieben wurde, jedoch als veraltet betrachtet: Wird der Demenzkranke immer wieder nach Zeit, Tag und seiner Person gefragt, so wird er zwar

immer wieder in die Realität geholt, jedoch kann das zu Verunsicherungen und Angst führen, da er immer wieder mit seinen Defiziten konfrontiert wird. Das Prinzip des ROT wurde daher mittlerweile von anderen kognitiv stimulierenden Konzepten überholt (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 77).

Heutzutage wird eher versucht, die Richtung einzuschlagen, dass die Pflegekraft sich auf den Demenzkranken einlässt und seine Realität annimmt. Obwohl das ROT in seinem ursprünglichen Sinne nicht mehr angewendet wird, sind in vielen Pflegeeinrichtungen punktuell Aspekte übernommen worden: So etwa Datum- und Zeitangaben, welche gut sichtbar für alle angebracht sind. Diese sind auch in der Milieuthherapie zu finden (die Milieuthherapie wird in Kapitel 3.5. vorgestellt).

3.2. Kognitive Stimulation

Aus dem ROT-Prinzip sind in der Folge alternative kognitive Stimulationsprogramme entstanden. Hier wird, wie bei ROT, auch dem kognitiven Training große Bedeutung zugemessen, aber in einem weniger rigiden Rahmen durchgeführt. Mittlerweile konnte wissenschaftlich¹⁶ nachgewiesen werden, dass sich die für die Betroffenen mit leichter bis mittelschwerer Demenz angenehmen Aktivitäten, welche auf die Stimulation der Kognition hinarbeiten, positiv auf die Lebensqualität auswirken. Diese Aktivitäten im angenehmen Rahmen können einzeln, aber auch in Gruppenprogrammen durchgeführt werden. Bei den Gruppenprogrammen finden innerhalb von sieben Wochen 14 Sitzungen von jeweils etwa 45 Minuten statt. Die Inhalte dieser Sitzungen sind breit gefächert. Die Teilnehmer können sich aktiv einbringen, daher ist es unabdingbar, dass ihre Kommunikation nicht beeinträchtigt ist und auch sonst keine schwerwiegenden körperlichen Einschränkungen vorliegen. Dies ist bei leichter bis mittelschwerer Demenz der Fall – die Betroffenen haben in der Regel noch eine normale Sprachbildung und ein normales Sprachverständnis.

¹⁶ Siehe die Studie von Spector et al. 2008.

Da jedoch eine Klientel mit uneingeschränkter Kommunikation in den hiesigen Pflegeheimen, in denen die Krankenpflegehelferschüler ihre Praktika machen, kaum bis gar nicht anzutreffen sind, wird auf die detaillierte Beschreibung dieser kognitiven Stimulierung hier verzichtet.

Den Begriff „kognitives Training“ lernen die Auszubildenden im Unterricht über Demenz kennen. Dieser Ausdruck ist auch in der Literatur zu finden. Kognitives Training hat zum Ziel „Gedächtnis, Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen, räumliche Orientierung oder Sprache“ (Jahn & Werheid 2015, S. 75) zu verbessern. Die Übungen werden einzeln oder in Gruppen durchgeführt. Zu beachten ist, dass es sich dabei um spezielle Programme handelt, welche nicht ausschließlich für Demenzkranke entwickelt worden sind¹⁷. Einige werden bei Demenzkranken angewendet, andere sind jedoch in ihrer Wirksamkeit umstritten, da sie auf Funktionen des Gedächtnisses aufbauen und diese bei Demenzkranken mehr oder weniger nicht mehr vorhanden sind (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 77).

Die Begriffe „kognitives Training“, „kognitive Stimulation“ oder „kognitive Anregung“ werden in der Literatur fast deckungsgleich verwendet, leichte Unterschiede gibt es trotzdem. Diese verschiedenen Begrifflichkeiten mit einem an sich ähnlichen Hintergrund, können Verwirrung stiften und es ist schwierig, in der Theorie genau das wiederzufinden, was in der Praxis oft vorzufinden ist: Demenzkranke werden aufgefordert, Quizze zu machen, oder Bingo u. Ä. zu spielen. Dies sind Aktivitäten, welche die Kognition stimulieren. Aus Sicht des Demenzkranken ist die genaue Bezeichnung nicht relevant, denn für ihn ist es ausschlaggebend, dass sich um ihn gekümmert wird.

¹⁷ Welche Personengruppen noch von diesen Programmen profitieren (können), wird nicht vom Autor des Buches erläutert.

3.3. 10-Minuten-Aktivierung

Die 10-Minuten-Aktivierung ist nicht in den Unterlagen der Auszubildenden beschrieben, wurde jedoch in den Interviews erwähnt: „(...) was als Nächstes wichtig ist, (...) das sind die Aktivitäten (...) wir haben 10-Minuten-Aktivitäten heute mit 13 Leuten (...) Tische decken, abwischen, stricken, Gespräche führen usw.“ (Praxisanleiter Servior Diekirch, 2017). Bei der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass diese Methode laut Ute Schmidt-Hackenberg, der Entwicklerin der 10-Minuten-Aktivierung, in vielen Ausbildungsstätten für Altenpflege sowie in Fort- und Weiterbildungen fester Bestandteil des Unterrichts ist. Auch wird sie in anderen europäischen Ländern mit Erfolg eingesetzt. Dies ist nachvollziehbar, denn diese Methode eignet sich hervorragend für den Alltag. Sie kann fast jederzeit zum Einsatz kommen und ist auch nicht nur ein Utensil für die Pflegenden, sondern ist auch für die Angehörigen umsetzbar (vgl. Schmidt-Hackenberg 2013, S. 7).

Die 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg zielt darauf, bei den Betroffenen mit sogenannten „Türöffnern“ Interesse und Aufmerksamkeit zu wecken. So kann eine Bohrmaschine ein Türöffner sein, wenn die Person viel mit diesem Handwerkzeug gearbeitet. Auch Nähmaterial, z. B. eine Nähmaschine, kann Demenzkranke wieder aktivieren. So können vertraute Handlungen bei den einzelnen Menschen wieder geweckt werden.

„Demente Menschen können von alledem, was sie über die Ohren aufnehmen, nur 20% hören. Gibt man zum Gehörten ein Bild, wird also das Sehen und Hören einbezogen, kann der Erkrankte immerhin 50% begreifen. Hören, Sehen und Anfassen ist der Inbegriff der ‚10-Minuten-Aktivierung‘. Nur der Einsatz von drei Sinnen ermöglicht einem Demenzkranken, 80% aufzunehmen. Hören, sehen, anfassen und selbst tun bedeutet 100% dabei sein“ (Schmidt-Hackenberg 2013, S. 38ff).

Das Pflorgeteam, oder eine festgelegte Person aus dem Team, sorgt dafür, dass Gegenstände, welche zur aktuellen Bewohnerschaft passen, gesammelt werden. Dies kann ein abgelegter alter Kochtopf vom Flohmarkt

sein, oder aber auch eine alte Bohrmaschine, die ein Teammitglied aus seinem Hobbyraum mitbringt. Diese Türöffner werden in einem Schrank auf der Station aufbewahrt, und zwar so, dass sie jederzeit zugänglich sind.

Die 10-Minuten-Aktivität kann individuell durchgeführt werden. Wird sie in einer Gruppe angewendet, so ist zu beachten, dass es kleine, homogene Gruppen sind, damit keine zu großen Differenzen bei den Fähigkeiten auftreten können und das individuelle Eingehen auf den Menschen nicht mehr gewährleistet ist. Wenn möglich, sollte dies in den Alltag der Pflege eingebracht werden und – wie der Name schon sagt – kurz gehalten und regelmäßig durchgeführt werden.

3.4. Biografiearbeit

Die Biografiearbeit ist in den Unterlagen der Auszubildenden zu finden, jedoch nicht als eigenes Kapitel, sondern in Verbindung mit dem psychobiographischen Pflegemodell nach Erwin Böhm.¹⁸ In der Praxis wird die Biografiearbeit von jedem Interviewpartner erwähnt und zwar unabhängig davon, ob das Pflegemodell nach Böhm wegweisend ist oder nicht. Biografiearbeit ist für alle Institutionen sehr wichtig und unumgänglich für eine gute Demenzpflege.

Menschen ohne kognitive Einschränkungen können leicht von Erlebnissen und Erfahrungen erzählen. Bei der Erkrankung Demenz ist dies nur noch begrenzt bis gar nicht mehr möglich. Wenn ein Mensch nichts (mehr) über sich erzählen kann, so fällt es Außenstehenden schwer, ihn individuell nach seinen persönlichen Bedürfnissen und Wünschen zu pflegen und auf ihn einzugehen. Daher ist es sinnvoll, sich mit dem „Inneren“ des Menschen zu beschäftigen: Biografiearbeit¹⁹ ermöglicht es den Pflegenden, einen Weg zum Inneren des Menschen zu finden und ihn somit besser verstehen zu können, vor allem in schwierigen Situationen. Die Biografiearbeit wurde allgemein in den Institutionen, in denen Interviews geführt wurden, als sehr

¹⁸ Siehe Kapitel 3.10.

¹⁹ Im angloamerikanischen Raum auch als „reminisce“ (reminiszieren) oder „memory work“ (Erinnerungsarbeit) bezeichnet.

wichtig empfunden, wenn es darum geht, Menschen mit Demenz zu betreuen und zu pflegen. In der Biografiearbeit geht es darum, das Leben (lat.: *bios*) des einzelnen Menschen darzustellen (lat.: *graphia*) (vgl. Höwler 2011, S. 33). Genauer bedeutet es, das subjektive Empfinden, die Entwicklung und den Lauf des individuellen Lebens fassbar zu machen. Nach Höwler ist der Mensch, so wie er heute ist, durch seine Erfahrungen, sein Erleben geprägt. Sie beschreibt Biografie als „eine Entwicklung über verschiedene Stufen“ (2011, S. 33), welche es im ersten, zweiten und (je nachdem) dritten Alter zu bewältigen gibt, beispielsweise der Eintritt in die Schule, Auszug aus dem Elternhaus und Aufbau eines eigenen Lebens wie etwa durch Heiraten, Familiengründung u. Ä.

Nur durch eine intensive Auseinandersetzung mit seiner Biografie kann der einzelne demente Mensch, so wie er heute ist, verstanden werden. Wird die Lebensgeschichte des Demenzkranken nicht berücksichtigt, so besteht die Gefahr, dass die Bedürfnisse des Menschen mit Demenz missverstanden oder gar nicht erkannt werden (vgl. Berendonk et al. 2011, S. 13).

Kenntnisse über die Biografie des Menschen mit Demenz hat für die Pflegenden den Vorteil, dass sie dies als Ressource nutzen können, um den Alltag des Erkrankten so zu gestalten, dass er sich wohlfühlt. Die noch vorhandenen Fähigkeiten des Menschen können einfacher identifiziert und besser gefördert und gefordert werden. Auch sind biografische Kenntnisse eine Hilfe, wenn es darum geht, Aktivitäten zu planen und durchzuführen, denn so können positive Gefühle und Freude beim Demenzkranken ausgelöst werden. Auch wenn die verbale Ausdrucksmöglichkeit je nach Stadium der Demenz nicht mehr gegeben ist und eine Verbesserung der Kognition nicht erreicht werden kann, so kann das „Erleben von Emotionen (...) erhalten bleiben und durch gezielte Förderung angeregt werden“ (Berendonk et al. 2011, S. 13).

Biografiearbeit kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden, dies zeigt die hermeneutische Literaturrecherche. Es gibt gute Nachschlagewerke, welche den Sinn, die Wichtigkeit und auch konkrete Maßnahmen zur Erarbeitung einer individuellen Biografie darstellen. Dies

hier genau zu beschreiben, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen und kann daher nicht eingebracht werden.

3.5. Milieuthherapie

Die Milieuthherapie ist in den Unterlagen der Auszubildenden kurz erwähnt. Den Interviewpartnern war der Begriff nicht geläufig, jedoch stellte sich heraus, dass einzelne Elemente wie beispielsweise das Gestalten des Umfeldes trotzdem vorhanden sind.

Es wird darauf geachtet, dass der Demenzkranke sich wohlfühlt, indem er sein Zimmer mit seinen persönlichen Möbeln gestalten kann. Der Gemeinschaftsraum wird so eingerichtet, dass es zur jeweiligen Generation passt. Vor allem die Interviewpartnerin von der Gruppe der Pflegeheime Homes pour Personnes âgées a.s.b.l. (HPPA), welches ein zertifiziertes Böhm-Haus ist, legt viel Wert auf das Konzept der Anpassung an den Bewohner. „Das ist wirklich wichtig, das ist ja der Hauptpunkt, den wir hier machen, den Bereich gestalten, aber auch im Kleinen das Zimmer so gestalten wie sie es zu Hause gewohnt sind“ (Pinto, HPPA, 2017).

Die Milieuthherapie stammt aus der Psychiatrie, findet jedoch mittlerweile auch im pflegerischen Bereich ihren Platz. Sie befasst sich mit mehreren Bereichen, welche immer in Verbindung miteinander gesetzt werden, nämlich:

- „den Betroffenen selbst,
- sein soziales Umfeld,
- seinen Wohn- und Lebensraum und die Betreuungsatmosphäre“ (Kastner & Löbach 2014, S. 75).

Ziel ist es, vorhandene Kompetenzen so zu fördern, dass der Betroffene seinen Alltag bewältigen kann. Der Betroffene soll angeregt und die „ansonsten brachliegenden Fähigkeiten“ (Förstl 2011, S. 313) sollen gefördert werden. Damit dies gelingen kann, muss ein für den Betroffenen bekanntes Umfeld kreiert werden. Dies betrifft auch Tageszeiten und -strukturen sowie das deutliche Kennzeichnen von Orten und Dingen (vgl.

Kopf & Rösler 2013, S. 839). Kastner & Löbach sehen es jedoch als schwierig an, das Milieu für den Demenzkranken ideal anpassen zu können. Schon ein neuer Bewohner oder Personalwechsel könnte keine Durchgängigkeit dieses Ansatzes garantieren (vgl. 2014, S. 76).

Ansätze der Milieuthherapie sind in der Praxis der Auszubildenden vorzufinden, auch wenn die Formulierung des Begriffes nicht geläufig ist. Es wird beispielsweise darauf geachtet, dass die Bewohner ihre Möbel mitbringen dürfen, gemeinsame Wohnräume sind mehr oder weniger angepasst eingerichtet. Das Personal versucht, jeden Bewohner individuell zu betreuen und ihn in seinen noch vorhandenen Fähigkeiten zu fördern. Möglicherweise sind das Spuren, die Erwin Böhm mit seinem psychobiografischen Modell in den 1990ern hinterlassen hat. Denn in diesem Modell ist unter anderem die Milieuthherapie beschrieben. Näheres zu diesem Pflegemodell ist in Kapitel 3.10. zu lesen.

3.6. Snoezelen

Die Methode des Snoezelen ist im Unterrichtsskript kurz beschrieben. Bis auf einen Interviewpartner, erwähnten alle das Snoezelen und betonten auch die Wichtigkeit. Snoezelen kann auch von einem Krankenpflegehelfer mit zusätzlicher Fortbildung ausgeführt werden. Es lohnt sich also, Recherchen zu dieser Option durchzuführen und sie im Unterricht näher zu besprechen.

Der Begriff „Snoezelen“ stammt aus dem Niederländischen und setzt sich aus den Begriffen „snuffeln“ – was so viel wie „riechen“ bedeutet – und „doezeln“ („ruhen“, „dösen“) zusammen. In den 1970er Jahren entstand das Snoezelen im Bereich der Betreuung von schwer geistig behinderten Menschen mit dem Ziel der sensomotorischen Stimulationen.²⁰ Dabei werden in angenehmer Atmosphäre mittels Licht-, Klang- und

²⁰Snoezelen wird oft mit basaler Stimulation in Verbindung gebracht. Jedoch gibt es klare Unterschiede: Während Snoezelen eher auf räumlich-atmosphärisch Ebene agiert und die Pflege *ergänzt*, ist die basale Stimulation eher auf den Körper bezogen und kann auch *während* der Pflege durchgeführt werden (vgl. Reuschenbach & Mallau 2005, S. 306).

Tonelementen sowie Aromen und Musik Sinnesempfindungen ausgelöst. Das Wohlbefinden soll dadurch erhöht und ungewolltes Verhalten reduziert werden. Die primären Reize werden in einer angenehmen und sicheren Umgebung stimuliert. Hierbei wird die olfaktorische, visuelle und auditive Wahrnehmung angesprochen. Welche Sinne gereizt werden, muss gut und individuell geplant werden. So können beispielsweise auch Menschen mit einem eingeschränkten Gehörsinn durch den Einsatz von Musik-Vibrationswasserbetten das Hören physisch wahrnehmen (vgl. Mertens: „Snoezelen (sprich ‚snuzelen‘“).

Seit den 1990er Jahren findet Snoezelen mehr und mehr Einzug in die Demenzpflege mit der Begründung, dass die kognitiven Fähigkeiten und die Kommunikation bei Demenzkranken, ähnlich wie bei Behinderten, mehr oder weniger eingeschränkt sind (vgl. Reuschenbach & Mallau 2005, S. 304).

Ob und wie der Demenzkranke das Snoezelen annimmt, ist von mehreren Faktoren abhängig: Wie fühlt der Mensch sich in der Einrichtung? Wie ist sein sozialer Kontakt zu den anderen Bewohnern und dem Personal bzw. zu Freunden und Familie? Wie ist sein Tag bisher gelaufen? Wie hat er geschlafen? Der Kontext, in dem sich der Demenzkranke befindet, ist zu beachten, denn laut Löding (2004) besteht auch die Möglichkeit, dass der Demente das Snoezelen ablehnt. Prinzipiell bewirkt Snoezelen Positives, wie etwa Entspannung oder Aktivierung. Es kann jedoch auch vorkommen, dass Snoezelen von Betroffenen vermieden oder abgelehnt wird, da es auch Ängste oder unangenehme Gefühle auslösen kann. Empfindet der Demenzkranke während des Snoezelens starke Gefühle, kann es auch zu Gefühlsausbrüchen wie Weinen oder Schluchzen kommen. Daher benötigt das Personal ausreichende Kenntnisse, um auch diese Situationen einschätzen und entsprechend reagieren zu können (vgl. Löding 2004, S. 100ff).

Das Einrichten eines Snoezel-Raumes für Demenzkranke bedarf einer sehr sorgfältigen Vorbereitung bzw. detaillierten Anamnese. Das bedeutet, dass im Vorfeld Informationen über den Demenzkranken gesammelt werden und auch sein momentanes Befinden berücksichtigt wird. Je nach Laune und Stimmung sind auch die Vorbereitung und Durchführung des Snoezelens unterschiedlich. Der Raum sollte nicht nur modernes Zubehör, sondern auch dem Dementen bekanntes Material wie etwa alte Stoffe, Kissen und Ähnliches enthalten, denn Altbekanntes gibt Demenzkranken das Gefühl von Geborgenheit. Der Raum und seine Einrichtung müssen individuell abgestimmt sein. Er sollte möglichst nicht mit Multimedia oder sonstigen Geräten und Gegenständen vollgestellt sein, um eine eventuelle Überforderung bzw. Reizüberflutung zu vermeiden (vgl. Mertens: „Snoezelen (sprich ‚snuzelen‘)“).

In den Pflegeheimen wird darauf geachtet, dass nur Personal, welches eine spezielle Fortbildung absolviert hat, mit Demenzkranken „snoezelt“.

3.7. Kunst- und Musiktherapie

Diese beiden Therapien sind in den Unterlagen erwähnt und werden auch in den Pflegeheimen, in denen die Auszubildenden ein Praktikum absolvieren, angewendet. Beispielsweise wird im Pflegeheim ala in Erpeldingen Musik als Medium benutzt, um die Menschen zu bewegen, sei es auf physischer oder emotionaler Ebene. Hier gibt es das Projekt „Rhythmik“, das von einer externen Musiktherapeutin geleitet wird.

Kunsttherapie erfordert eine spezielle Fortbildung. Sie wird oft von Ergotherapeuten oder auch von Personen mit anderen Berufsausbildungen im sozialen oder pflegerischen Bereich, die eine entsprechende Fortbildung absolviert haben, durchgeführt (vgl. Halsdorf, ala 2017). In allen Pflegeheimen werden Lieder gespielt oder gesungen, welche den Demenzkranken bekannt sind. Dies kann jedoch nicht als *Musiktherapie* bezeichnet werden. Hier handelt es sich eher um eine Aktivität, bei der Musik den Schwerpunkt bildet, denn nicht alle Krankenpflegehelfer, welche mit den Heimbewohnern Musik machen, haben eine entsprechende

therapeutische Ausbildung. Hier gilt es also, die Begriffe „Musik- und Kunsttherapie“ vorsichtig zu benutzen.

Die Musiktherapie, so beschreiben es Fischer & Glanzmann, gehört bei Demenzerkrankten zu den „mit Erfolg angewendeten kreativen psychotherapeutischen Verfahren bzw. solchen mit psychologischem Fundament“ (2016, S. 74). Erlebt ein Mensch Musik, so ist nachgewiesen, dass bestimmte Hirnareale in Aktion sind. Unter anderem werden auch Endorphine ausgeschüttet. Dies zeigt, dass Musik in unterschiedlichen Hirnarealen wirkt und die Kognition sowie die Emotionen beeinflussen. Bei Menschen mit Demenz lässt sich bis zu drei Tagen nach der musikalischen Intervention feststellen, dass die Betroffenen aufgrund der kognitiven und emotionalen Aktivität beispielsweise wacher und aufmerksamer sind. Ihre verbale Ausdrucksweise ist klarer und sie können sich besser orientieren. Ausdauer und Motivation werden so gestärkt (vgl. Fischer & Glanzmann 2016, S. 77ff). Es ist hierbei wichtig zu erwähnen, dass das Musikerleben bei Menschen mit Demenz besonders Erinnerungen an ihr vergangenes Leben wecken kann.

Singen, so beschreiben es Harms & Dreischulte, hat einen Einfluss auf die Stimmung: es kann nervöse Menschen beruhigen, aber auch aufmunternd wirken und die Menschen zu Bewegung animieren. Hierbei ist es wichtig, dass die Pflegekraft oder die zuständige Person für die Animation, die Stimmung des Erkrankten erkennt und auf seine Gefühle reagieren kann (vgl. 2007, S. 25).

Die Kunsttherapie ist ein Bereich der Psychotherapie und umfasst vielfältige Konzepte. Die Arbeit der Kunsttherapie kann allgemein wie folgt sein, ist jedoch bei Demenzerkrankten mit Abstrichen zu betrachten:

- „sich am Werk orientieren (,ich kann etwas herstellen‘),
- auf den Prozess der Gestaltung fokussieren (,ich führe aus‘ bzw. ,ich kann etwas/mich verwirklichen‘),
- die reflexive Ebene betonen (,ich verstehe mein Werk und ordne es ein‘) oder

- den Beziehungsaspekt beleuchten (,ich kann mich durch meine Gestaltung ausdrücken und mitteilen‘) (Martius & Marten 2014, S. 329).

Bei Demenzerkrankten können durch das aktive Gestalten kognitive Fähigkeiten unterstützt werden. Auch die emotionale Ebene wird auf diesem Weg stimuliert. Kunsttherapie ist eine Möglichkeit, dem Menschen mit Demenz Gelegenheit zu geben, sich auszudrücken. Beispielweise kann der Betroffene über eine Fotocollage seine Gefühle ausdrücken, ohne dass er sie verbalisieren muss. Die Kunsttherapeutin Ellen Stewart benutzt Fotocollagen, um Alzheimer-Erkrankte besser kennen zu lernen, um Geschichten zu erzählen und Bilder auszuwählen, die den Patienten besonders gefallen.²¹

Während des künstlerischen Gestaltens sind die Betroffenen im Hier und Jetzt und bekommen das Gefühl, die Kontrolle über das zu haben, was sie tun. Das Auswählen der Farben, der Fotos oder sonstigen Materials ist ihnen überlassen. Kunsttherapie ist Ausdruck ohne viele Worte, das ist der Gewinn der Kunsttherapie bei Demenz.

Ein weiterer Vorteil bei der Kunsttherapie ist es, dass es dabei kein richtig oder falsch gibt und kein Bild besser ist als das andere. Um die Betroffenen nicht zu überfordern, kann themenorientiert gearbeitet werden, wie etwa zu den Themen Ostern, Frühling, Weihnachten u. Ä. Desweiteren sollte sich das kunsttherapeutische Angebot unbedingt nach der Tagesverfassung des Betroffenen richten. So kann die Dauer zwischen 15 Minuten und einer Stunde betragen. Der Betroffene selbst ist der einzige, der bestimmt, was er gestalten möchte. Beschreibt er es oder lässt er es kommentarlos stehen, bleibt ihm überlassen (vgl. Spangenberg 2011, S. 53).

²¹ "Ellen Stewart (2004), an American art therapist in private practice, used collage and collage boxes with clients who suffered from Alzheimer's as a way to get to know her clients, tell stories and pick out images the clients liked" (Camartin 2012, S. 11.)

3.8. Die Kommunikationsmethode Validation

Die Validationstherapie ist ein kurzes Kapitel im Unterricht. Ihre wichtigsten Vertreterinnen Naomi Feil und Nicole Richard werden kurz erwähnt und anschließend vier Punkte zur Technik der Validation genannt. Insgesamt erscheint dies nicht ausreichend, verglichen mit den notwendigen kommunikativen Kompetenzen in der Praxis. Auch die befragte Lehrerkollegin wünschte sich mehr auf die Validation eingehen zu können. Vor allem die integrative Validation nach Nicole Richard sollte verstärkt zum Lerninhalt gemacht werden.

Die Interviewpartner aus der Pflegepraxis empfanden die Validation, neben der Biografiearbeit, als wichtiges Utensil in der Arbeit mit Demenzkranken. Vor allem der Praxisanleiter der Demenzstation im Pflegeheim Servior legt viel Wert darauf, dass die Krankenpflegehelfer dieses „Handwerkzeug“ mit auf den Weg bekommen und es in der Schule unterrichtet wird. Er beschreibt, dass bei vielen Auszubildenden oft Schwierigkeiten im Umgang bzw. in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz festzustellen ist. Situationen, in denen die Betroffenen nach ihrer Mutter fragen oder nach Hause wollen, lösen bei jungen Auszubildenden oftmals Unsicherheit aus. Für ihn ist „(...) die Validation, sich in ihre Welt versetzen“ eine gute Basis, mit Demenzkranken zu kommunizieren. „Damit kommen sie [die Auszubildenden] immer weiter. (...) Das Verständnis, sich in Welt zu versetzen, das ist das Allerwichtigste. Das ist natürlich schwierig für so [junge Auszubildende] von 18 Jahren. Aber sie sollen es wissen (...)“ (Praxisanleiter Servior Diekirch 2017).

Die Validation hat sich, obwohl bisher noch nicht ausreichend Evidenz vorliegt (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 83), in der Praxis als hilfreich erwiesen, wenn es um nichtpharmakologische Hilfsmaßnahmen zur Begleitung eines dementen Menschen geht.

Hier gilt es, die Biografie der Menschen zu kennen und dementsprechend zu validieren, das heißt, die Betroffenen in ihrem Erleben und Fühlen zu unterstützen. Die Validation ist ein wichtiges Instrument, um eine Brücke zu

den Demenzerkrankten bauen zu können, so sehen es auch die einzelnen Akteure in der Praxis. Daher erscheint es wichtig, näher auf die Validation einzugehen. In der Praxis sind zwei unterschiedliche Formen der Validation bekannt. Abhängig von Ausbildung und Arbeitsort wird von Validation nach Naomi Feil oder von Validation nach Nicole Richard gesprochen.

Allgemein beinhaltet das Prinzip der Validation eine Kommunikation, welche sich zum Schwerpunkt setzt, eher weniger den *Inhalt* einer Botschaft zu verstehen, sondern den *Gefühlen*, welche in einer Botschaft mitschwingen, das Hauptaugenmerk zu geben.

3.8.1. Validation nach Naomi Feil

Die US-amerikanische Gerontologin Naomi Feil entwickelte diese Methode basierend auf dem Konzept des humanistischen Menschenbildes. Feils Theorie geht davon aus, dass alte, desorientierte Menschen nicht mehr in der Lage sind, mit Verlusten und Konflikten aus der Vergangenheit zurecht zu kommen und deshalb immer wieder in die Vergangenheit zurückgehen (vgl. Erdmann & Schnepf 2016, S. 1185) und bis zu ihrem Lebensende versuchen, unerledigte Aufgaben und ungelöste innere Konflikte abschließen zu wollen. Naomi Feil ist der Überzeugung, dass diese negativen Gefühle, falls sie nicht beachtet werden, dazu führen, dass der demente Mensch sich mehr und mehr zurückzieht, da die negativen Gefühle immer vordergründig sind. Der Pflegekraft kommt dabei die Aufgabe zu, die Gefühle wahrzunehmen und zu versuchen, sie zu verbalisieren und zu unterstützen. Sie nimmt den Menschen ernst, zeigt Verständnis und urteilt nicht. Der Demente soll das Gefühl haben, nicht alleine zu sein und verstanden zu werden.

Feil nennt drei wichtige Elemente, die notwendig sind, damit Validation gelingen kann: Zuerst werden Informationen zum Demenzkranken gesammelt. Dies verläuft über verschiedene Wege: über die Kommunikation, die Beobachtung der körperlichen Eigenschaften sowie auch die Befragung der Angehörigen. Dies ist wichtig, denn je mehr die Pflegekraft weiß, umso einfacher gelingt die Validation und die Betroffenen

fühlen sich sicher. Die Interaktion nimmt zu und die Demenzkranken beginnen zu reden. Es ist darauf zu achten, dass die Pflegekraft die Fragen so formuliert, dass der Demenzkranke sie unabhängig von seiner Vergesslichkeit beantworten kann. Ein Beispiel einer guten Fragestellung wäre: „Waren Sie lange in diesem Haus?“ (Trenz 2012, S. 22). Der Demenzkranke kann diese Frage bejahen oder mit nein antworten. Unangenehme Gefühle würde wahrscheinlich die Frage: „Wie lange waren Sie in diesem Heim?“ (Trenz 2012, S. 22) auslösen. Dies kann der Betroffene nur sehr schwer beantworten, da er eine Zeitspanne angeben muss, welche er womöglich nicht einschätzen kann (vgl. Trenz 2012, S. 22).

Der zweite wichtige Punkt ist, dass die Pflegekraft stets daran denken muss, dass sich der Zustand des Demenzkranken im Laufe des Tages verändern kann, dass seine Bedürfnisse sich verändern. Daher muss die Validationstechnik immer wieder angepasst werden.

Der dritte zu beachtender Aspekt ist, dass immer wieder Kontakt zum Betroffenen aufgenommen und die Validationstechnik regelmäßig angewendet wird. Der einzelne Kontakt sollte zwischen fünf und 15 Minuten dauern, je nach Zustand des Betroffenen. Es zählt nicht die Dauer, sondern die Qualität einer Validation (vgl. Trenz 2012, S. 23).

Feils besondere Fragetechnik beinhaltet elf verschiedene Validationstechniken. Je nachdem, in welcher Phase sich der Betroffene befindet, wird die passende Technik ausgewählt. Diese im Detail zu beschreiben geht über den Rahmen dieser Arbeit hinaus, daher werden sie nicht weiter erläutert.

Die Validation kann immer und überall angewendet werden. Dabei ist zu beachten, dass sie in einem ruhigen Umfeld vorgenommen wird und die Pflegekraft sich voll und ganz auf dem Demenzkranken einlässt.

Die Methode der Validation kann die Lebensqualität des demenzkranken Menschen deutlich verbessern: Unter anderem werden Schreien und Schlagen weniger, die Sitzhaltung ist aufrechter. Auch das Gehen wird besser und die verbale und nonverbale Kommunikation werden deutlicher (vgl. Trenz 2012, S.21).

3.8.2. Integrative Validation nach Nicole Richard

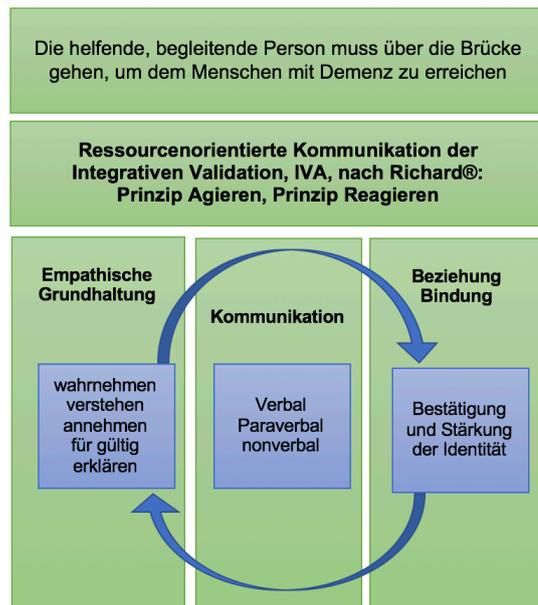
Die Integrative Validation nach Nicole Richard hat sich aus der Validation nach Naomi Feil entwickelt. Beide Kommunikationsmethoden haben, wie bereits erwähnt, als gemeinsame Grundhaltung die Wertschätzung und den Respekt gegenüber Menschen mit Demenz und deren Individualität.

Richards Methode basiert zusätzlich auf der Tatsache, dass Demenz ein rein organisches Versagen ist (vgl. Erdmann & Schnepf 2016, S. 1185). Diese Krankheitsprozesse sind jedoch für Richard nicht ausschlaggebend. Vielmehr orientiert sie sich an den Ressourcen des Menschen. Nach Nicole Richard erleben Menschen mit Demenz in ihrer Gegenwart Situationen, in denen sie sich überfordert fühlen und die sie aufgrund der kognitiven Einschränkungen nicht verarbeiten können. Diese Situationen gilt es zu erkennen und auf den Menschen einzugehen. Im Gegensatz zu Feil verzichtet Richard dabei weit möglichst auf Symboldeutung und Fragestellung. Richard ist es wichtig, dass dem Demenzkranken vermittelt wird, dass er einzigartig ist. Dabei ist es wichtig, eine gute Bindung aufbauen zu können, damit der Demenzkranke sich nicht alleine gelassen fühlt.

Die Integrative Validation nach Richard lässt sich, abhängig von der jeweiligen Situation, in zwei Prinzipien aufteilen:

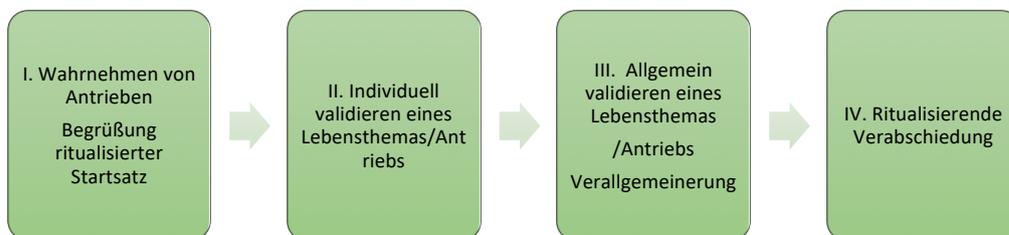
1. Die ritualisierende Begegnung – Prinzip Agieren. Hier geht es darum, in alltäglichen Situationen Kontakt herzustellen und die Identität zu stärken.
2. Kommunikation in Situationen, welche einer emotionalen Krise nahe sind, herausforderndes Verhalten – Prinzip Reagieren. Hier gilt es,

ganz gezielt auf die emotionale Erregung einzugehen (vgl. Richard 2016, S. 97).



Richard 2016, S. 67

Prinzip des Agierens – die ritualisierende Begegnung:



Richard 2016, S. 74

Es ist hierbei wichtig, dass ein Gespräch keinen gestellten, geplanten Charakter haben soll. Auch wenn es sich um eine bestimmte Technik handelt, ein Gespräch zu führen, so soll die Pflegekraft immer authentisch bleiben und in dem Moment für die Begegnung mit dem Demenzkranken bereit sein, denn das Gespräch soll ja in den normalen Alltag integriert sein.

Im ersten Schritt erfolgt die Begegnung. Hier ist Feingefühl gefordert. Die Pflegekraft ist aufmerksam gegenüber dem Demenzkranken in Hinblick auf seinen aktuellen Zustand und nimmt sein Erleben ohne Wertung an. Hier

wird ein Lebensthema des Menschen angesprochen, damit der erste Kontakt gelingt. Ein Startsatz für einen Hobbyfußballer könnte beispielsweise sein: „Der Fußballfan Herr Schmitz / Da sitzt der Fußballfan“ (Richard 2016, S. 74).

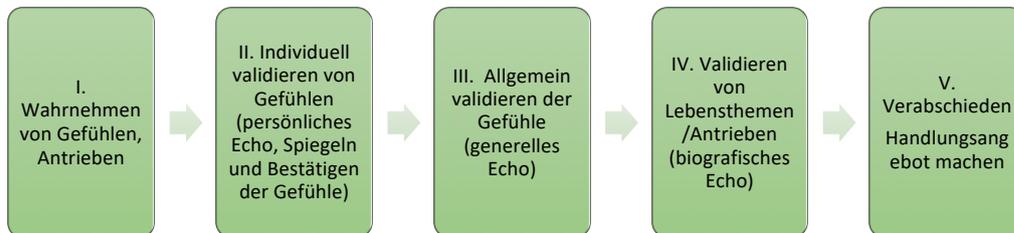
Im zweiten Schritt werden die Gefühle des Demenzkranken angenommen, sie werden validiert. Es erfolgt eine *Annäherung* an das Lebensthema und zwar individuell an den Demenzkranken angepasst. Hier werden „Schlüsselwörter“ (Richard 2016, S. 75) verwendet, welche mit dem Lebensthema in Verbindung stehen. So kann die „Tür“ zum Dementen geöffnet werden. Hierbei ist natürlich auch die Ideenvielfalt eines Pflgeteams gefragt. Um beim vorher erwähnten ehemaligen Hobbyfußballer zu bleiben, sind Beispiele für Schlüsselwörter: „Fan, Fußball, Tor, Spieler, Trikot, Libero, Ecke (...)“ (Richard 2016, S. 76). Eine individuelle Validierung eines Themas könnte lauten: „Fairer Kampf und Teamgeist – das ist Ihres“ (Richard 2016, S. 79).

In der dritten Etappe erfolgt eine allgemeine Wiederholung des Lebensthemas, ohne jedoch floskelhaft zu klingen. Dies hat zum Ziel, den Menschen „aus dem isolierten Selbsterleben ins *Wir* zu holen“ (Richard 2016, S. 77). So fühlt der Demente sich nicht alleine und erkennt, dass andere eine ähnliche Situation erleben oder kennen. Beispiele für eine allgemeine Validation wären: „Das Spiel wird auf dem Platz entschieden“ oder „Elf Freunde müsst ihr sein“ (Richard 2016, S. 77).

Im letzten Schritt erfolgt die Verabschiedung mit einem ritualisierten Satzsatz. Auch die Verabschiedung soll zum Lebensthema passen. Das ist deshalb so wichtig, damit die Begegnung auch positiv beendet werden kann. Ein Beispiel für eine positive Verabschiedung: „Ich werd’ auch wieder im Team gebraucht – die Pflicht ruft“ (Richard 2016, S. 79).

Prinzip des Reagierens:

Ist eine demenzkranke Person in einer sie überfordernden Situation, so schlägt Richard folgende grundlegende Prinzipien vor, die während des Kontaktes mit dem Demenzerkrankten zu beachten sind:



Richard 2016, S. 104

In Punkt I. geht es vorwiegend darum, sich in die aktuelle Situation des Demenzkranken hineinversetzen zu können. Es geht darum, zu erkennen, was er ausdrückt bzw. ausdrücken will: Wie ist seine Stimme? Was sagt seine Körperhaltung aus? Ist der Demenzkranke vielleicht ängstlich oder in Sorge? Ist er wütend? Es ist zu vermeiden, eine Wertung seiner Gefühle vornehmen oder diese gar korrigieren zu wollen. Auch ist es wichtig, herausfinden zu können, welchen Antrieb es für den Demenzkranken gegeben haben kann, dass er sich jetzt in dieser emotionsreichen Situation befindet. Ein Antrieb könnte eventuell sein, dass der Demenzkranke ein extremes Pflichtgefühl hat und meint, er müsse unbedingt eine bestimmte Aufgabe erledigen wie z. B. pünktlich um 12 Uhr das Mittagessen auf dem Tisch haben, weil die Kinder aus der Schule kommen.

In der zweiten Etappe werden die von der Pflegekraft wahrgenommenen Gefühle benannt. Richard nennt das das „persönliche Echo“, etwa: „Sie sind sehr in Sorge. Sie haben gar keine Ruhe mehr“ (Richard 2016, S. 105). So erhält der Demenzkranke die Botschaft, dass er mit seinen Gefühlen akzeptiert wird.

Anschließend wird ein generelles Echo gegeben mit dem Ziel, dem Dementen das Gefühl zu vermitteln, dass er mit dieser Emotion nicht alleine ist. So erhält er das Gefühl in das gemeinschaftliche Leben eingebunden zu sein, welches ihm ein positives Gefühl gibt. Die Pflegekraft kann

beispielsweise sagen: „Kleine Kinder, kleine Sorgen – große Kinder, große Sorgen“ (Richard 2016, S. 106).

Punkt IV.: Es wird ein biografisches Echo geben. Hier wird dem Demenzkranken gezeigt, dass er auch so akzeptiert ist, wie er sich selbst erlebt: Seine Identität wird gestärkt. Dabei kann von einem Lebensthema ausgegangen werden. *Das war noch immer so und es ist jetzt auch noch immer so.* „Dabei sind sie so zuverlässig. Dabei wissen Sie als Lehrerin, was Verantwortung heißt“ (Richard, 2016, S. 107).

Wie bei der ritualisierenden Begegnung soll auch hier ein Abschluss des Gespräches erfolgen. Dies kann auf zwei Arten realisiert werden: Es kann sich auf den Antrieb des Demenzkranken bezogen werden, etwa: „Die Pflicht ruft. Ich muss jetzt weiter“ (Richard 2016, S. 107). Es kann aber auch ein „Handlungsangebot“ (Richard 2016, S. 107) gemacht und wie folgt ausgedrückt werden: „Wollen wir mal gemeinsam nach dem Rechten sehen?“ (Richard 2016, S. 107). So kann die innere Unruhe in Aktivität umgewandelt und der Demenzkranke behutsam aus seiner ihn überfordernden Situation herausgeführt werden.

3.9. Selbsterhaltungstherapie

Die Selbsterhaltungstherapie (SET) nach Barbara Romero ist hier aufgelistet, da sie in den Unterlagen der Auszubildenden erwähnt wird. Sie ist dort nur sehr kurz beschrieben, und doch erschien es interessant, herauszufinden, ob sie in der Praxis bekannt ist. In den Interviews wurde die SET nicht explizit von den Interviewpartnern hervorgehoben. Der Begriff an sich war eher unbekannt, jedoch kannten alle Interviewpartner das grundlegende Konzept, die Autonomie der Bewohner solange es geht zu erhalten.

Die Selbsterhaltungstherapie wurde Ende der 1990er Jahre von der Psychologin Barbara Romero entwickelt. Es handelt sich um ein humanpsychologisches Konzept, dessen zentrale Aufgabe es ist, das soziale und materielle Umfeld des Demenzkranken an seine Bedürfnisse

anzupassen. Ziel ist es, das Selbst trotz Demenz solange es geht zu erhalten. Es trägt nämlich die Ansichtswiese, dass das Selbst durch die Demenzerkrankung bedroht ist.

Wichtige Elemente des SET sind eine positive Kommunikationsform, die adäquate Alltagsgestaltung sowie angepasste Aktivitäten, z. B. Musiktherapie, und Erinnerungsarbeit, welche in Einzel- oder Familiensitzungen oder in der Gruppe durchgeführt werden. Es wird darauf geachtet, dass der Betroffene zu keinem Moment über- oder unterfordert ist, damit dieser sein Selbstvertrauen behalten bzw. erlangen kann. Somit kann er unter Einbeziehung seiner noch erhaltenen Fähigkeiten am alltäglichen Leben teilnehmen (vgl. Romero: „Konzept“). Das SET wird stationär oder ambulant angewendet. Auch hat es den Ansatz, die Angehörigen zu entlasten, indem das SET ihnen beratende sowie psychoedukative Hilfestellungen gibt (vgl. Jahn & Werheid 2015, S. 80).

Die Selbsterhaltungstherapie ähnelt der Milieuthherapie (siehe 3.5.). Auch hier wird darauf geachtet, dass das Umfeld des Betroffenen solange und so gut wie möglich erhalten bleibt. Auch im folgenden Kapitel, dem psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm, wird eine ähnliche Haltung eingenommen. Leichte Unterschiede sind zu merken, dies mag daran liegen, dass die einzelnen Ansätze aus unterschiedlichen Disziplinen mit jeweils anderen Schwerpunkten stammen. Das Grundprinzip ist jedoch immer gleich: Die Umwelt des Betroffenen soll ihm angepasst sein.

3.10. Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm

Das Pflegemodell nach Erwin Böhm stellt aktuell in den Unterrichtsunterlagen das größte Kapitel dar. Dieses Pflegemodell wird nicht in allen Pflegehäusern angewandt. Es ist eine Zertifizierung erforderlich, damit sich ein Pflegeheim offiziell das Böhm-Konzept zuschreiben kann. Es handelt sich dabei um ein Zertifizierungsverfahren des Europäischen Netzwerks für psychobiographische Pflegeforschung (ENPP), bei dem verschiedene Ebenen wie etwa die Milieugestaltung, die Erhaltung der Normalität der Bewohner, die psychobiografische

Pflegequalität u. A., nach bestimmten Kriterien bewertet werden. Diese Qualitätssicherung erfolgt alle zwei Jahre (vgl. ENPP-Böhm Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: „Zertifizierung“).

Das Böhm-Konzept hielt in den 1980er und 1990er Jahren Einzug in die Pflegehäuser. Damals versuchten viele Pflegeheime in Luxemburg, dieses Pflegemodell in ihren Häusern zu etablieren. Aus nicht bekannten Gründen konnte sich dieses Konzept jedoch nicht in allen Pflegeheimen so durchsetzen, wie es das ENPP verlangt. So konnten bis heute nur die HPPA-Pflegeheime ihr Zertifikat behalten. Auch wenn andere Pflegeheime nicht (mehr) zertifiziert sind, kann jedoch punktuell festgestellt werden, dass das Böhm-Konzept seine Spuren hinterlassen hat: „(...) wir arbeiten auch biografisch. Das ist auch ganz sicher ein Teil, den wir Böhm zu verdanken haben, dass der überhaupt mal die Leute auf die Biografie aufmerksam gemacht hat“ (Halsdorf, ala, 2017).

Biografiearbeit ist mittlerweile aus keinem Pflegeheim mehr wegzudenken. Böhm arbeitete in verschiedenen Bereichen der Psychiatrie. So ist vorstellbar, dass zum Beispiel der Ansatz der Milieuthherapie ihn dazu veranlasst hat, dies mit in die Pflege der Demenzkranken einzubringen. Bei der Lektüre des psychobiografischen Pflegemodells nach Böhm fällt auf, dass es Ideen und Haltungen beinhaltet, welche bereits in vorherigen Kapiteln in ähnlicher Weise beschrieben wurden. Es ist jedoch schwierig herauszufinden, inwiefern Böhm sich an den oben beschriebenen Konzepten, Modellen und Methoden orientiert hat oder ob es umgekehrt war bzw. ist.

Erwin Böhm, Jahrgang 1940, ist ein österreichischer Krankenpfleger und Pflegeforscher. Er beschrieb während seiner Arbeit das psychobiografische Modell, welches nicht aus wissenschaftlich belegten Daten entstand, sondern vorwiegend erfahrungsgeprägt ist. Es stellt die Psyche und die Persönlichkeit eines Menschen in den Vordergrund und lernt vor allem zuerst, den Menschen mit Demenz zu verstehen. Es werden die individuellen Fähigkeiten berücksichtigt und gefördert, um so auch die

Pflege so einfach wie möglich ablaufen zu lassen. Denn je mehr ein Pfleger den Demenzkranken (aufgrund seiner Biografie) versteht, umso einfacher werden der Umgang mit ihm und seine Pflege. Böhm ist es wichtig, dass der Mensch „auflebt“ und die Seele der alten Menschen reaktiviert wird, damit diese wieder Lust am Leben erlangen (vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 105). Das Krankheitsbild rückt in den Hintergrund und die Erklärungen für das Verhalten des Dementen sind laut Böhm vorwiegend in der Biografie der einzelnen Menschen zu finden. Denn laut Böhm wird der Mensch durch das geprägt, was er in seinem Leben erfährt, wichtige Ereignisse in seinen ersten Lebensjahrzehnten tragen zu seinem Wesen im Alter bei, und Gefühle und Verhaltensmuster können sich im Alter verstärken. Damit also eine adäquate Pflege des Demenzkranken gewährleistet werden kann, verlangt Böhm, dass der Pfleger die „thymopsychische Biografie“ kennt und die individuelle Pflege daraus ableitet. Das bedeutet, dass für den Menschen wichtige Ereignisse oder Eckdaten, persönliche Lebenssicht oder sein Dialekt festgehalten werden, sozusagen die „regionale Prägung“ des Menschen, denn „der demenzkranke Mensch bleibt in seinem Gefühl, also seiner Thymopsyche erreichbar“ (ENPP-Böhm Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: „Zertifizierung“). Hat der Pfleger all diese Kenntnisse, so kann er dem Demenzkranken passende Impulse geben, da er an Gewohntes anknüpfen kann. Mit den richtigen „Schlüsselreize[n] kann die Lebensenergie wieder entfacht werden“ (ENPP-Böhm Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: „Zertifizierung“).

Wenn die Pflegekraft die Biografie und die regionale Prägung des alten Menschen kennt, so versteht sie auch, was der Demenzkranke als „Normalität“ empfindet und wie sie sich verhalten muss, um diese bestmöglich im Pflegealltag wieder herzustellen. „Eine Person, die sich ihr Leben lang nur einmal in der Woche gewaschen hat, versteht nicht, warum die Schwester will, dass sie nun täglich duscht“ (ENPP-Böhm Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: „Zertifizierung“). So soll das Pflegepersonal sich nicht nach seinen persönlichen Bedürfnissen und seiner Normalität richten, sondern ausschließlich nach der Individualität und den

Gewohnheiten des Dementen. Dazu gehört auch, dass der Demente das Gefühl hat, daheim zu sein. So ist auch die Milieugestaltung, welche bereits oben erwähnt wurde, ein Begriff im Böhm-Konzept. Der Grundgedanke besteht darin, die Umgebung so zu gestalten, dass der Betroffene sich sicher und wohlfühlt. Damit dies gelingt, muss in Erfahrung gebracht werden, wie der Bewohner beispielsweise früher gelebt hat. Die Struktur im Pflegeheim sollte so gut es geht an seine Gewohnheiten und Vorlieben angepasst werden (vgl. ENPP-Böhm Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: „Zertifizierung“).

Böhm unterscheidet in seinem Modell verschiedene Interaktionsstufen bzw. sieben Erreichbarkeitsstufen. Diese dienen den Pflegenden als Leitlinie, um herauszufinden, auf welcher Ebene der Betroffene sich befindet und auf welche Weise sie trotz allem zu ihm durchdringen können. Die Erreichbarkeitsstufen gehen vom Erwachsenenalter bis hin zum Säuglingsalter. Jede Stufe beschreibt eine bestimmte Phase, welche eine bestimmte Herangehensweise des Pflegenden verlangt. Die Stufen sind fließend, können ineinander übergehen und sind nicht als starre Elemente zu betrachten.

Erreichbarkeitsstufe	Merkmale	Verständigung /Brücke zum Betroffenen
Erreichbarkeitsstufe 1: Sozialisation	Erwachsenen-Stufe Gespräche auf kognitiver Basis noch möglich.	Der Pfleger kennt die individuellen Normen des Betroffenen sowie den damaligen Zeitgeist während seiner Sozialisation
Erreichbarkeitsstufe 2: Mutterwitz	Sehr leichter kognitiver Abbau ²² . Kennt noch Redewendungen aus seiner Zeit.	Direktes Reden, „kein Blatt vor den Mund nehmen“. Kommunikation welche auf dem Dialekt des Betroffenen beruht. Auch humorvolle

²² Laut GDS (Global Deterioration Scale) nach Reisberg. Diese „beschreibt (...) kognitive Leistungseinbußen (...). Neben Merkfähigkeit, Orientierung und Wortfindung, werden auch die Gedächtnisleistung und einzelne alltagspraktische Fähigkeiten beurteilt“ (Kastner & Löbach 2014, S. 59).

		Sprüche können den Betroffenen gut erreichen.
Erreichbarkeitsstufe 3: Seelische, soziale Grundbedürfnisse	Leichter kognitiver Abbau ²³ Der Betroffene begegnet im Alltag immer mehr Situationen, welche ihn irritieren und sein Selbstwertgefühl negativ beeinflussen.	Seelische und soziale Bedürfnisse gilt es zu befriedigen: dem Betroffenen das Gefühl geben akzeptiert zu sein, ihn bewusst beachten. Pflegende achten darauf, den Betroffenen nicht zu sehr zu überfordern.
Erreichbarkeitsstufe 4: Prägung / Kindheit	Mäßiger kognitiver Abbau ²⁴ Komplexe Aufgaben können nicht mehr durchgeführt werden, z. B. finanzielle Angelegenheiten regeln, Kochen, alleine Einkaufen. Fest verankerte Rituale, welche durch Wiederholungen erkennbar sind.	Die Wiederholungen der Rituale vermittelt Sicherheit, daher sollte das Pflegepersonal diese nicht „schlecht“ machen.
Erreichbarkeitsstufe 5: Höhere Antriebe	Mäßig schwerer kognitiver Abbau ²⁵ Betroffener kann nicht mehr eigenständig Kleidung auswählen, die Körperpflege wird vernachlässigt, weil der Betroffene nicht mehr daran denkt. Maßgeblich für das Verhalten sind Wünsche, Träume, sowie Grundbedürfnisse wie z. B. Hunger, Durst, Schlafen)	Um Zugang zum Betroffenen zu gelangen, sollte die Pflegeperson den Fokus auf diese Bedürfnisse legen, sowie sie mit einfach Worten besprechen. Keinen Bezug mehr zur Rationalität machen.
Erreichbarkeitsstufe 6: Intuition:	Schwerer kognitiver Abbau ²⁶	Verständigung über die Emotionen möglich: Pflegende

²³ Ebd.

²⁴ Ebd.

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd.

	<p>Kann sich aktuelles nicht mehr merken, Körperpflege kann er nicht mehr eigenständig durchführen, inkontinent.</p> <p>Teilnahme am Umfeld vorwiegend intuitiv.</p> <p>Reaktionen hauptsächlich auf der Gefühlsebene</p>	<p>können hier mit Symbolen, Traditionen, Ereignissen aus der Kindheit den Betroffenen erreichen: Gesänge, Gebete, usw.</p>
Erreichbarkeitsstufe 7: Urkommunikation	<p>Sehr schwerer kognitiver Abbau²⁷</p> <p>Verbale Kommunikation gelingt nicht mehr.</p> <p>Schwere körperliche Beeinträchtigung (keine Fähigkeiten mehr zu gehen und zu sitzen)</p>	<p>Kommunikation nonverbal über Berührungen, Geräusche, Gerüche, Mimik, usw. Über diese Wege den Betroffenen anregen, beruhigen und vermitteln, dass er nicht allein ist.</p>

(vgl. Kastner & Löbach 2014, S. 105ff)

Diese Erreichbarkeitsstufen können, wie bereits erwähnt, nicht unmittelbar auf einen dementen Menschen übertragen werden, sie können den Pflegenden, vor allem jungen Krankenpflegehelfern, jedoch Orientierung geben, sodass sie eine Vorstellung davon haben, wie sie reagieren könnten, je nachdem in welcher Phase der Demente sich befindet.

Obwohl Böhm nicht in allen Pflegeheimen die Leitlinie ist, erscheint es sinnvoll, dieses Modell weiterhin im Unterricht zu erwähnen, jedoch in einer anderen Form als es aktuell der Fall ist. Näheres dazu in Kapitel 7.

²⁷ Ebd.

4. Praxisteil

4.1. Auswahl der Interviewpartner und Kontaktaufnahme

Um den Praxisbezug in diese Arbeit miteinfließen lassen zu können, wurden persönliche Interviews mit Pflegeleitungen und Pflegekräften aus der Praxis geführt. Dies dient dazu, zu erforschen, welche Pflegemodelle, -methoden und -konzepte in der Praxis angewendet werden. Auch soll herausgearbeitet werden, auf welche Schwierigkeiten die Auszubildenden in der Praxis sowie später in ihrem Berufsleben immer wieder stoßen. Die Ergebnisse sollen helfen, in einem nächsten Schritt (nicht in dieser Arbeit), den theoretischen Unterricht optimal zu erarbeiten und/oder aufzuarbeiten, damit die Auszubildenden auf dem neuesten Stand und gut vorbereitet für die Praxiseinsätze sind.

Es war naheliegend, die Interviews dort zu führen, wo die Auszubildenden der Krankenpflegehilfe aus dem LTPS ihr Praktikum absolvieren. Ein weiteres Kriterium war, dass es sich um Pflegeinstitutionen handeln sollte, mit denen die Schule schon längeren Kontakt pflegt und mit denen eine gewisse Vertrauensbasis besteht. Dies war ein wichtiger Aspekt, denn es sollte nicht der Eindruck erweckt werden, die Interviews dienten einer Art Kontrolle und die Arbeit der Pflegeinstitutionen würde in Frage gestellt werden. Daher wurde im Vorfeld genau erläutert, welchen Kern und welches Ziel diese Interviews haben, und vor allem auch, was die Interviews nicht bezweckten.

Zu den Experten in der Praxis zählen drei Pflegeleitungen sowie ein Praxisanleiter. Diese werden im Zusammenhang mit ihrem Arbeitgeber im Folgenden vorgestellt.

Frau Halsdorf Michèle, Direktionsadjunktin des Pflegeheims der „Association Luxembourg Alzheimer“²⁸ in Erpeldingen bei der Sauer, war auf Anhieb bereit, sich für ein Interview zum Thema dieser Arbeit zur Verfügung zu stellen. Die ala ist ein Hilfs- und Pflegenetz, welches auf die

²⁸ Der besseren Lesbarkeit wegen wird „Association Luxembourg Alzheimer“ im weiteren Verlauf der Arbeit mit ala abgekürzt.

Betreuung demenzkranker Menschen spezialisiert ist. Die Vereinigung wurde 1987 gegründet und hat somit 30 Jahre Erfahrung mit demenzkranken Menschen. Sie bietet Betroffenen und Angehörigen in mehreren Bereichen passende Hilfe an: Beratung und Begleitung sowie Fortbildungen für Betreuende und professionelle Pflegekräfte aus dem Gesundheitswesen. Auch besteht die Möglichkeit der Tagesbetreuung sowie der stationären Pflege im Pflegeheim in Erpeldingen/Sauer. Die Mitarbeiter der ala sind auch immer gerne bereit, ihre Institution im Unterricht am LTPS vorzustellen. Dies gibt den Auszubildenden zusätzlichen Input im Bereich der Demenz. Somit war die ala der erste Ansprechpartner für diese Arbeit. Nach der Kontaktaufnahme mit der Direktionsadjunktin konnte das erste Interview geführt werden.

Servior ist ein großer Träger in Luxemburg, der viele Praktikumsstellen für die Auszubildenden vom LTPS zur Verfügung stellt. Es erschien sinnvoll, Näheres darüber zu erfahren, welche Arbeitsweisen bei Servior im Umgang mit Demenzkranken bestehen. Servior ist eine Organisationsstruktur mit 15 Häusern und 1650 Bewohnern, welche sich seit ihrer Namensgebung 2001 immer wieder vergrößert bzw. umstrukturiert hat (vgl. Servior: „Kennzahlen“). Als Vertreterinnen von Servior stellten sich Frau S., die Pflegedienstleiterin aus dem Servior Diekirch, und ihre Arbeitskollegin Frau Sch., Krankenschwester und Stationsleitung, zur Verfügung.

2005 wurde der erste Spatenstich für die Gruppe der Home pour personnes âgées Homes Pour Personnes Agées de la Congrégation des Franciscaines de la Miséricorde a.s.b.l. (HPPA) gemacht. Heute besteht die Gruppe aus sechs Pflegeheimen. Aufgrund der Anwendung des Pflegemodells nach Böhm und der Tatsache, dass auch hier viele Praktikumsplätze für den LTPS zur Verfügung stehen, wurde auch eine Pflegeleitung des Trägers HPPA zum Thema Demenz befragt. Hier fand das Interview mit Frau Lara Pinto, der Pflegedienstleiterin, im HPPA Redingen statt, wo sie unter anderem für die Auszubildenden verantwortlich ist. Auch hier war es kein Problem, Näheres über die Arbeitsphilosophie des HPPA zu erfahren.

Die Pflegeleitungen berichteten ausführlich über ihre Konzepte und somit war es möglich, einen ersten Vergleich zwischen der Praxis und dem Unterrichtsinhalt bzw. den im LTPS-Curriculum zur Krankenpflegehilfeausbildung beschriebenen Kompetenzen zu ziehen. Da das Lernen jedoch nicht nur in der Schule stattfindet, sondern auch in der Praxis, erschien es von vornherein sinnvoll, einen erfahrenen Krankenpflegehelfer, welcher auch die Fortbildung zum „Tuteur professionnel“ – Praxisanleiter – für den LTPS absolviert hat, zu befragen. Herr T., Altenpfleger bei Servior, war gerne bereit, meine Fragen zu beantworten. Er hat langjährige Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Demenz sowie auch in der Auszubildendenbetreuung.

Die Interviews fanden jeweils in den entsprechenden Häusern statt. Alle Interviews wurden nach Absprache mit den Befragten auf Tonband aufgenommen, damit keine Informationen verlorengehen konnten und um im Nachhinein ein genaues Transkript erstellen zu können. Auch erleichtert es die Aufnahme, sich auf den Interviewpartner zu konzentrieren, da es nicht notwendig war, schriftlichen Notizen zu machen. Die Interviews werden für keinen anderen Zweck genutzt und nach Fertigstellung dieser Arbeit gelöscht. Diese Informationen wurden auch den Interviewpartnern gegeben. Die Interviews verliefen in luxemburgischer bzw. deutscher Sprache und dauerten durchschnittlich etwa 30 Minuten.

Die Interviews erfolgten durch Leitfragen, welche im Vorfeld ausgearbeitet wurden. Die Interviews dienen dazu, die Experten selbst erzählen zu lassen. Deshalb setzt sich der Leitfragebogen hauptsächlich aus offenen Items zusammen. Des Weiteren haben persönliche Interviews, im Gegensatz zu Fragebögen in Papierform oder einer Onlinebefragung den Vorteil, dass bei etwaigen Unklarheiten nachgefragt werden kann. Auch können Haltung und Gefühle mitberücksichtigt werden (vgl. LoBiondo-Wood & Haber 2005, S. 477).

Die Interviews werden nicht separat in einem Kapitel erwähnt, sondern einzelne Aussagen zur passenden Problematik bzw. Thematik zitiert. So kann die Sichtweise der Praxis bei den jeweiligen Modellen und Aspekten nachvollzogen werden, was die Lesbarkeit dieser Arbeit erleichtert.

Die Bedürfnisse und Gefühle der Auszubildenden sollten mit Hilfe eines anonymisierten Fragebogens ermittelt werden (siehe nächstes Kapitel).

4.2. Umfrage unter den Auszubildenden vor dem Unterricht NUDEM²⁹

Natürlich müssen auch die Auszubildenden³⁰ mit in die Recherchen einbezogen werden, um ein umfassendes Bild zu erhalten. Das Zusammentragen des Befindens und der Meinung der Auszubildenden erfolgte über einen Fragebogen, welcher ihnen online zur Verfügung gestellt wurde. Dies hatte den Vorteil, dass auf diesem Weg mehrere Meinungen zusammengefasst werden können und dass die Auszubildenden den Fragebogen anonym ausfüllen konnten, ohne ein Gefühl der Unsicherheit oder Angst haben zu müssen, etwas „Falsches“ zu sagen. Die Entscheidung fiel gegen Interviews, da es unklar ist, ob diese dann auch ein „Abbild“ der ganzen Gruppe darstellen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragungen dargestellt. Es werden alle Fragen aufgelistet und erläutert, welche den Auszubildenden gestellt wurden, die sie auch größtenteils beantworteten.

4.2.1. Die Zielgruppe

Fast die Hälfte der Befragten waren 19 Jahre alt oder etwas älter. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten waren 18 Jahre alt oder jünger. Das junge Alter ist nicht zu vernachlässigen, wenn es darum geht, ältere Menschen zu pflegen. Immer wieder sind Auszubildende dabei, welche zu Beginn der Ausbildung erst 15 Jahre alt sind und erst im Laufe des Schuljahres 16

²⁹ Nursing D mence.

³⁰ Auszubildende im zweiten (X1AS) und dritten (X2AS) Ausbildungsjahr zur Krankenpflegehilfe.

Jahre alt werden. Dies kann eine Hemmschwelle im Umgang mit Dementen sein, muss es aber nicht.

Angeschrieben wurden 99 Auszubildende der Klasse X1AS³¹ des LTPS. Die frankophone Klasse X1AS wurde ausgenommen, da der Fragebogen nur auf Deutsch zur Verfügung stand. 42 Auszubildende haben den Onlinefragebogen ausgefüllt.

Die Auszubildenden der Klasse X1AS haben bereits ein Praktikum (ENSPR1 auf X0AS, das erste Ausbildungsjahr) absolviert, jedoch noch keinen Unterricht zum Thema Demenz erhalten. Hier erschien die Diskrepanz zwischen Praxis und Theorie am größten: Die Auszubildenden haben zum Zeitpunkt der Umfrage bereits Erfahrung in der Praxis gemacht und, wie es die Ergebnisse zeigen, Kontakt mit Demenzkranken gehabt. Jedoch reichen ihre praktische Erfahrung und ihr Wissen nicht aus, um einen adäquaten Umgang in Situationen mit Demenzkranken zu garantieren.

4.2.2. Der Kontakt mit Demenz im Praktikum

Die Frage, ob die Auszubildenden während ihres Praktikums Kontakt mit Menschen hatten, welche an Demenz erkrankt sind, bejahten 92,7%. Um welche Demenzform es sich hierbei handelt und welches Stadium diese Demenz hatte, wurde nicht erfragt, da es für die Auszubildenden schwierig oder unmöglich gewesen wäre, diese Fragen zu beantworten, da im ersten Ausbildungsjahr das Thema der Demenz nicht angesprochen wird, zumindest nicht explizit im Ausbildungsrahmen festgehalten ist.

4.2.3. Thematisierung der Demenz vor dem Praktikum

61% der Befragten gaben an, Erklärungen zur Demenz erhalten zu haben, bevor sie ins Praktikum gingen. Obwohl das Thema Demenz nicht explizit zu den Lerninhalten des ersten Ausbildungsjahres gehört, scheint es den Lehrkräften wichtig, den Auszubildenden diesbezüglich Informationen mit

³¹ Ab dem Schuljahr 2018/2019 erhalten die Klassen neue Bezeichnungen. Da diese Arbeit im Laufe des Schuljahres 2017/2018 entstanden ist, sind in dieser Arbeit nicht die aktuellen Bezeichnungen zu finden. (Die neuen Bezeichnungen sind wie folgt: X0AS = DP1AS, X1AS = DP2AS, X2AS = DP3AS).

auf den Weg zu geben. Auch während des Praktikums wurde über die Demenz gesprochen, sowohl seitens des Praxisanleiters als auch seitens der schulischen Begleiter. Dies haben 61% der Befragten bestätigt. Wie genau diese Erklärungen waren, konnte nicht festgestellt werden.

4.2.4. Schwierigkeiten im Praktikum im Kontakt mit Demenz

35 der 42 Befragten gaben an, Schwierigkeiten beim Kontakt mit Demenzkranken gehabt zu haben. Sie konnten ihre Schwierigkeiten dabei frei beschreiben, es gab keine vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, sondern es handelte sich um eine offene Frage. Dies war bewusst so gewählt, damit keine Beeinflussung entstehen konnte. Es zeigte sich, dass die größte Schwierigkeit in der Kommunikation besteht: Viele Auszubildende benutzten auch den Begriff „Kommunikation“, um zu erklären, was genau ihnen schwerfiel.

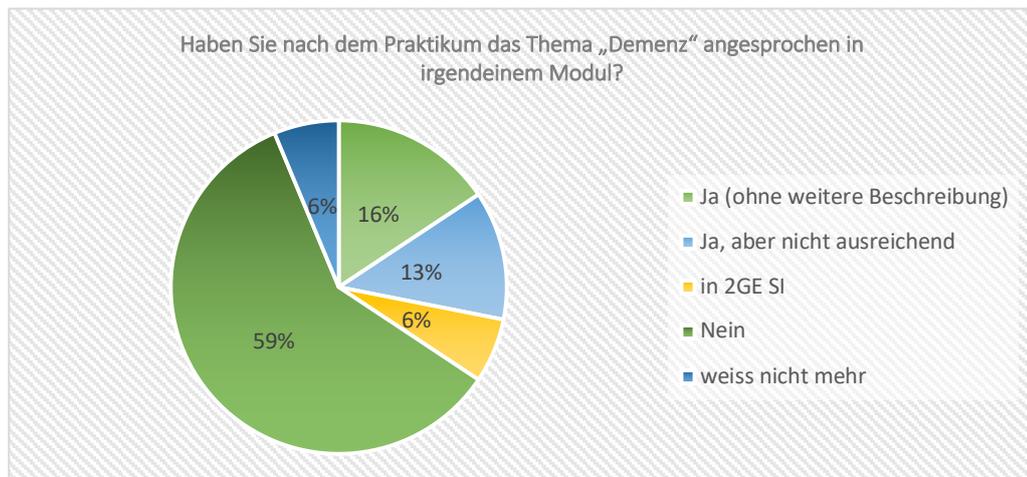
- „Mit ihnen zu kommunizieren.“³²
- „Mit denen zu kommunizieren, es hat mir schwer gefallen sie zu verstehen.“
- „Der Umgang weil man nichts über sie und ihre krankheit weiss.“
- „Einen gespräch mit Ihnen zu führen oder zu verstehen was sie sagen wollten.“

Andere Auszubildende gaben an, nicht zu wissen, wie sie damit umgehen sollen, wenn eine Person sich immer wieder wiederholt, oder wenn die Person gar nicht antwortet.

- „Mit ihnen zu sprechen da sie mir nicht antworten.“
- „Wie mit demente personen zu reden oder wie reagieren bei verschiedenen situationen wie z.B. sie wollen nach Hause und noch mehr situationen.“
- „Mir fiel es schwer, wenn sie mit mir redeten, was ich antworten könnte, ich war immer sehr aufmerksam, wenn sie mit mir redeten, doch ich wusste nie, ob ich jetzt, auf dies antworten sollte oder eher nicht. Denn jedesmal, redeten sie über dasselbe thema.“
- „Eine Antwort geben ohne die Person zu verletzen.“

³² Beim Zitieren der Aussagen der Auszubildenden wurde kein Korrekturlesen bzw. Verbesserungen der Rechtsschreibung vorgenommen, was die sprachliche Exaktheit betrifft. Dies trifft auf alle Zitate der Auszubildenden in der gesamten Arbeit zu.

4.2.5. Thematisierung der Demenz *nach* dem ersten Praktikum



32 Auszubildende antworteten auf die Frage, ob das Thema Demenz nach dem Praktikum in irgendeinem Modul angesprochen wurde. Dies verneinten 19 Auszubildende. Zwei gaben an sich nicht mehr zu erinnern. Vier gaben an, dass sie zwar nach dem Praktikum darüber gesprochen haben, jedoch empfanden sie dies nicht als ausreichend, um genug Kenntnisse zur Demenz zu bekommen.

- „Eine kleine Erklärung, was Demenz ist“
- „Ja, aber nicht viel um genügend Wissen über diese Erkrankung zu haben“
- „In jedem nur das Wichtigste für den Stage“

Fünf Auszubildende gaben an, dies nach dem Praktikum besprochen zu haben, aber aus der Antwort geht nicht hervor, wie genau dies besprochen wurde. Zwei davon gaben jedoch eine etwas konkretere Antwort:

- „Ja, viele Schüler erzählten, viele Beispiele die sie während des Praktikums hatten mit den Demenzkranken, wir teilten alle unsere Erfahrungen miteinander und diskutierten darüber im Modul PSYCH.“
- „Ja, in allen Fächern haben wir das oft besprochen.“

Zwei Auszubildende, welche vorher in der Klasse 2e G SI³³ waren, benannten die Fächer „Communication professionnelle“ sowie „Etapas de la vie“³⁴ und „Concepts de soins infirmiers“³⁵.

4.2.6. Thematisierung Demenz im Curriculum innerhalb der dreijährigen Ausbildung aus Sicht der Auszubildenden

Das Thema „Demenzranke Menschen pflegen“ steht im letzten Ausbildungsjahr auf dem Lehrprogramm, das heißt auf X2AS. Die Auszubildenden konnten angeben, in welchem Ausbildungsjahr ihrer Meinung nach das Thema Demenz im Lernort Schule thematisiert werden soll. Sie konnten ankreuzen, ob es entweder während den drei Ausbildungsjahren kontinuierlich thematisiert werden soll, oder im ersten und im zweiten Ausbildungsjahr, oder – so wie es aktuell vorgesehen ist – im letzten Ausbildungsjahr. Anschließend sollten sie ihre Antwort begründen.

29 der Befragten gaben an, es wichtig zu finden, das Thema Demenz ab dem ersten Ausbildungsjahr kennen zu lernen. Hier einige Auszüge aus den Begründungen, warum Demenz über die drei Ausbildungsjahre angesprochen werden sollte:

- „Weil im ENSPR1 kommen schüler manchmal trotzdem in kontakt mit Demente Personen, und dan nicht genau wissen wie reagieren, was tun in solche situationen. Und es wäre dan besser schon darüber zu reden in einer X0AS Klasse.“
- „Da man schon im ENSPR 1 mit Demenzerkrankten zu tun hat, wäre es hilfreich mehr über die Krankheit und den Umgang damit zu erfahren.“
- „Demenz ist hauptsächlich in unserer Arbeit zu finden. So sollten wir spezifisch und genau darüber aufgeklärt werden.“
- „Weil wir einfach nicht ausgebildet sin und es zu viele fehler machen können und das ist nicht verantwortungsbewusst seitens der schule und dem kotskt

³³ Deuxième générale, section infirmier: erstes Ausbildungsjahr in der Krankenpflege. Auszubildende dieser Klasse können in die Ausbildung zum Krankenpflegehelfer wechseln.

³⁴ Lehre über den gesunden alten Menschen.

³⁵ Pflegespezifische Themen.

auszuweichen im praktikum ist fast unmöglich weil es immer mehr pe gibt mit der krankheit.“

Einige nannten folgende Gründe, das Thema Demenz erst ab X1AS zu lehren:

- „In die X0AS ist schon alles só kompliziert in die X1 ist es schon einfacher.“
- „Ich bin der Meinung dass man im ersten ENSPR kein Kontakt mit Demenzerkrankten haben soll.“

Neun Personen gaben an, dass X2AS ausreicht. Diese gaben jedoch keine Begründung dafür an.

Auch waren Aussagen zu lesen, welche zeigen, dass es den jungen Menschen sehr bewusst ist, dass sie in ihrem Berufsleben mit Demenz konfrontiert sein werden:

- „Es ist ein sehr wichtiges thema , es verfolgt uns unser leben lang.“
- „Es ist besser sich von Anfang an mit dieser Krankheit zu beschäftigen, da man in diesem Beruf fast immer in Kontakt mit Alzheimer kommen wird.“

4.3. Umfrage unter den Auszubildende nach dem Unterricht NUDEM

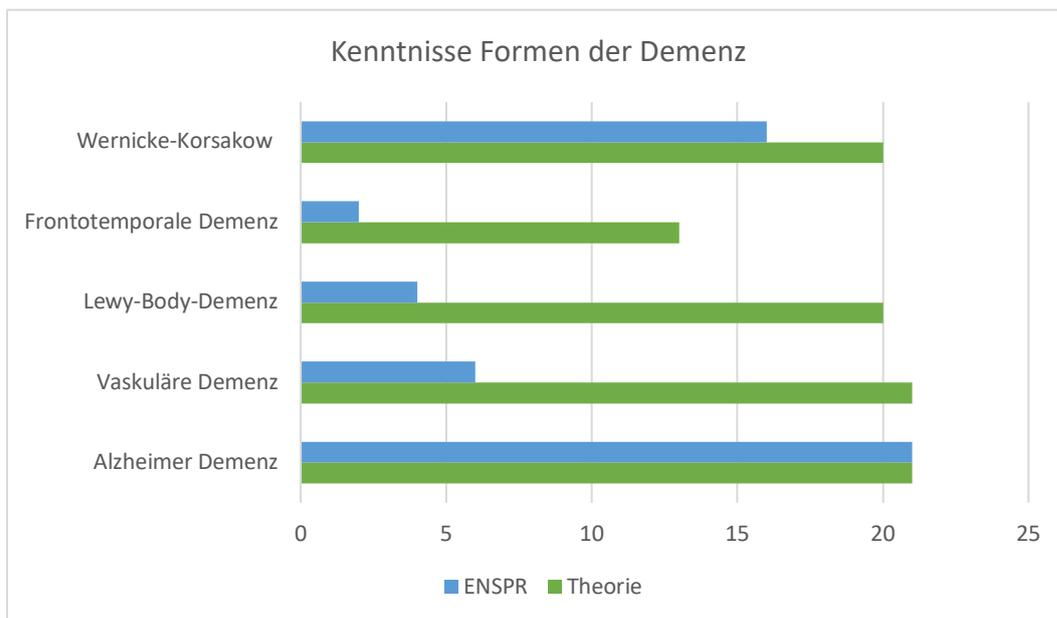
Die Auszubildenden im letzten Jahr (X2AS) werden im Zeitraum September bis Dezember über insgesamt acht Wochen mit sechs Unterrichtsstunden à 50 Minuten pro Woche zum Thema Demenz unterrichtet.

Es wurden 43 Auszubildende der Klasse X2AS gebeten, einen Onlinefragebogen auszufüllen, worauf 21 Auszubildende antworteten. Diese Befragung hatte zum Ziel, herauszufinden ob sich die Auszubildenden nach dem Unterricht zum Thema Demenz auf die Praxis mit Demenzkranken vorbereitet fühlen oder eher nicht. Auch konnten sie angeben, was ihrer Meinung nach im Unterricht fehlt bzw. möglicherweise zu viel ist. Diese Gruppe schien gut einschätzen zu können, in welchem Ausbildungsjahr der Unterricht Demenz begonnen werden sollte, da sie

schon mehrere Praxiseinsätze hinter sich haben und bald im Berufsleben sind.

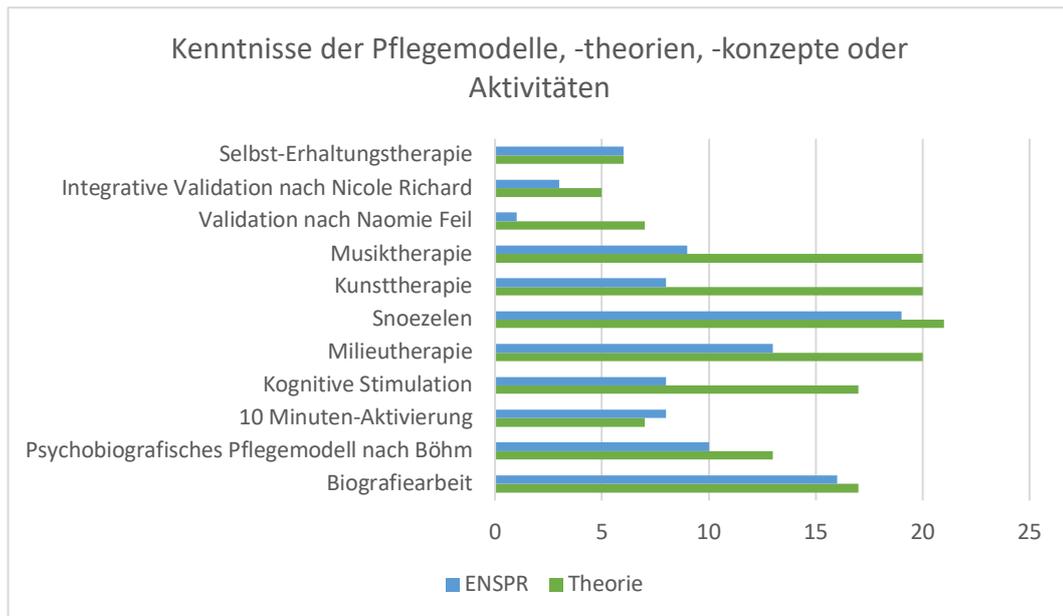
4.3.1. Kenntnisse der Formen der Demenz aus dem theoretischen Unterricht und ENSPR

Auf die Frage, welche Formen der Demenz die Auszubildenden wo kennengelernt haben, scheint die Schule der wichtigste Faktor zu sein.



4.3.2. Kenntnisse der Pflegemodelle, -theorien, -konzepte oder Aktivitäten aus dem theoretischen Unterricht und ENSPR

Auch was die Pflegemodelle, -theorien, -konzepte oder Aktivitäten mit Demenzkranken angeht, scheint der Unterricht, wenn auch etwas weniger prägnant, einen Grundstein zu legen.



15 von 21 Auszubildenden gaben an, sich nach dem Unterricht gut auf die Arbeit in der Praxis vorbereitet zu fühlen. Die Auszubildenden wurden gebeten, Gründe anzugeben, falls sie die Frage, ob sie sich ausreichend auf die Praxisarbeit vorbereitet und sicher fühlten, verneinten. Hier einige Aussagen:

- „Es ist schwer einen theoretischen Unterricht in die Praxis umzusetzen, da jeder Demenzkranke individuelle Probleme und Bedürfnisse hat.“
- „Ich fände es besser, wenn das Thema Demenz bereits im ersten Jahrgang unterrichtet werden würde, da man dann genauer auf die verschiedenen Demenzarten und das Thema an sich eingehen kann. den Kurs erst im letzten Jahrgang zu machen ist keine gute Idee, da das Schuljahrjahr sehr kurz ist, und man alles im Schnelldurchlauf lernt, weswegen man auf viele Interessante Themen gar nicht genau eingehen kann.“
- „Ich hätte mir noch mehr gewünscht, richtige Fallbeispiele zu hören und wie man in dieser Situation zu reagieren hat.“
- „Man versteht die Demenz besser, jedoch ist das Gelernte schwierig umzusetzen in der Praxis, man müsste mehr Beispiele machen.“

4.3.3. Zeitpunkt Thematisierung Demenz

Die Auszubildenden im letzten Ausbildungsjahr konnten (so wie die befragten Auszubildenden im zweiten Ausbildungsjahr) angeben, wann in der dreijährigen Ausbildungszeit ihrer Meinung nach das Thema Demenz in der Theorie thematisiert werden soll. Sie konnten wie ihre Kollegen ankreuzen, ob dies entweder während den drei Ausbildungsjahren kontinuierlich unterrichtet werden soll, oder im ersten und im zweiten Ausbildungsjahr, oder – so wie es aktuell vorgesehen ist – im letzten Ausbildungsjahr. Anschließend sollten auch sie ihre Antwort begründen.

Zehn von ihnen gaben ab, dass sie es bevorzugen würden, wenn das Thema Demenz bereits ab dem ersten Ausbildungsjahr Lehrstoff wäre.

- „Im ersten Praktikum wird man schon mit Demenzerkrankten konfrontiert, es ist unmöglich das zu vermeiden. Man sollte darauf vorbereitet werden und nicht ins kalte Wasser geworfen werden.“
- „Da man in jedem Praktikum einen Demenzerkrankten PE begegnet, deshalb finde ich es sinnvoll, wenn man schon im ersten Jahr der Ausbildung einen kleinen Einblick in das Fach NUDEM bekommt um somit verschiedene Verhaltensarten besser verstehen zu können.“
- „Ich finde es wichtig, dass das Thema Demenz schon auf den X0AS-Klassen angesprochen und unterrichtet wird, damit die Schüler des ersten Jahrganges besser fürs Praktikum vorbereitet sind. Es ist wichtig, dass sie bereits in diesem Jahrgang den richtigen Umgang mit demenzerkrankten Menschen lernen, um im Praktikum besser mit Situationen bezüglich der Demenzerkrankten umgehen zu können, um nicht zu erschrecken, wenn sie sich zum ersten Mal in einer solchen Situation befinden.“

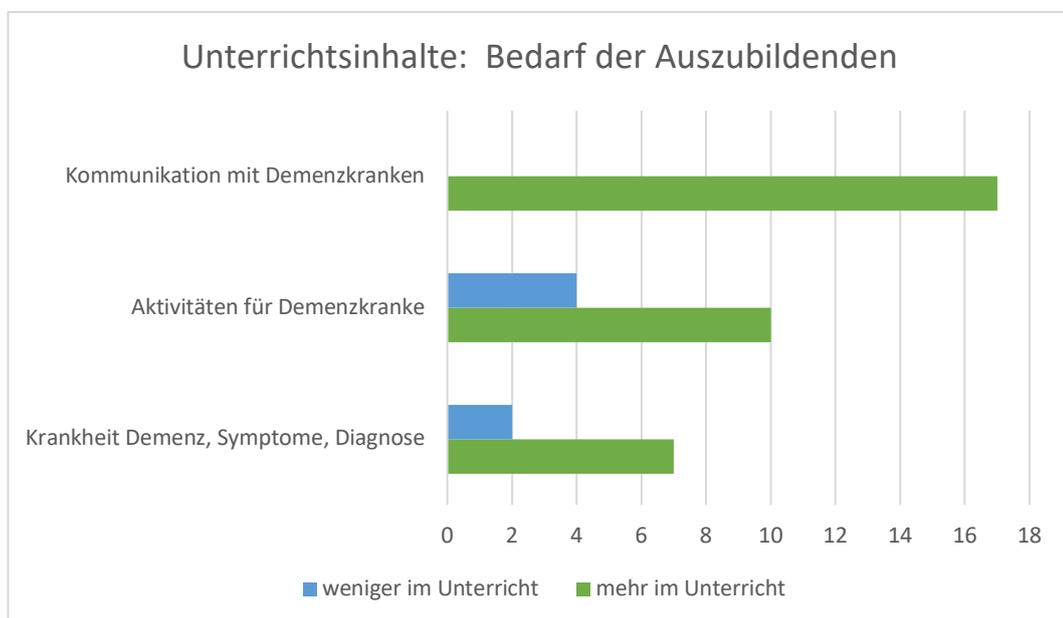
Elf von ihnen fanden das zweite und das dritte Jahr als ausreichend.

- „Ich glaube im ersten Jahr hilft das nicht viel, weil man nur einmal ins ENSPR geht. In den nächsten Jahren hilft das, weil wir mehr in Kontakt mit den Menschen sind und so schon eine Basis hat wie man reagieren soll.“

- „im ersten Jahr finde ich das Thema nicht passend, da man erst anfängt und nur ein Praktikum absolviert. Jedoch im zweiten Jahr hat man 2,5 Praktika wo man auch mehr in den einzelnen Praktika erlebt.“

Lediglich eine Person gab an, dass es ihrer Meinung nach ausreicht, das Thema Demenz erst im letzten Ausbildungsjahr zu thematisieren.

4.3.4. Bedarf der Auszubildenden im Unterricht zum Thema „Demenz“



Die Formen der Demenz und die verschiedenen Aktivitäten scheinen im Unterricht sinnvoll eingebracht zu sein. Es wird jedoch deutlich, dass den Auszubildenden mehr Input zur Kommunikation fehlt. Sie wünschen sich mehr konkrete Beispiele bzw. Übungsmöglichkeiten. Die Sachkompetenz (Krankheit, Demenz, Symptome, Diagnose) scheint hier leichte Veränderungen zu brauchen. Die Sozial- bzw. Selbstkompetenz sollte mehr Beachtung erfahren. Diese Ergebnisse machen also deutlich, dass es den Auszubildenden wichtig ist, Demenz zu kennen und auch damit umgehen zu können. Warum es sich lohnt, die Selbst- bzw. Sozialkompetenzen von Beginn der Ausbildung an zu fördern und zu fordern, wird in Kapitel 5 beschrieben. In Kapitel 6 werden konkrete Vorschläge gemacht, wie dieses besondere Fördern und Fordern im LTPS umgesetzt werden kann.

5. Fördern und Fordern der Sozial- und Selbstkompetenz

Im luxemburgischen Gesetz der Reform der beruflichen Ausbildung in Luxemburg (19. Dezember 2008) wird verlangt, dass im Curriculum der Ausbildung der Krankenpflegehelfer Kompetenzen beschrieben werden, welche zu erreichen sind. So also auch in dem Modul, das Menschen mit Demenz zu Inhalt hat.³⁶ Während der gesamten Ausbildung werden Sozial-, Selbst-, und Sachkompetenzen in den einzelnen Modulen thematisiert und gefördert. Bevor in Kapitel 6 einzelne Module näher betrachtet werden, erscheint es sinnvoll, erstmal zu klären, was genau unter dem Begriff „Kompetenz“ zu verstehen ist, und warum eine gute Pflege nur dann erfolgen kann, wenn alle Kompetenzen vorhanden sind.

Der Kompetenzbegriff wird in der Literatur vielfältig beschrieben. In der luxemburgischen Ausbildung werden die Kompetenzen wie folgt definiert: „Kompetenzen [sind] die Gesamtheit von Kenntnissen, Fertigkeiten und Einstellungen, die für die Ausübung eines Berufs oder Gewerbes erforderlich sind. Kompetentes Handeln ist demnach mehr als nur etwas wissen oder ausführen können“ (Frank & Euler 2015, S. 6).

Hundenborn beschreibt dieses „kompetente Handeln“ als eine „Handlungskompetenz, welche sich in den Dimensionen von Fachkompetenz, Personalkompetenz und Sozialkompetenz“ hervorhebt (2007, S. 28).

Folgend werden exemplarisch Definitionen aus der Literatur aufgeführt, um die Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede der Begrifflichkeiten darzustellen. Zum einen ist da die Beschreibung von Teilkompetenzen, wie das luxemburgische Kultusministerium (Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse) die Kompetenzen der Berufsausbildung sieht. Die zweite Definition stellt die Kompetenzen hinsichtlich der Pflegeausbildung nach Hundenborn vor.

³⁶ Die Kompetenzen werden konkret in diesem Kapitel sowie in Kapitel 6 beschrieben.

Sachkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens sachliche Aufgaben und Probleme zielorientiert, methodengeleitet und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen.
Sozialkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu gestalten und sich mit anderen verantwortungsbewusst auseinander zu setzen und zu verständigen. Hierzu gehört auch die Entwicklung sozialer Verantwortung und Solidarität.
Selbstkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, Anforderungen an die eigene Persönlichkeit zu klären und zu gestalten. Dazu zählen u.a. die Entwicklung der eigenen Lernkompetenz und die Entwicklung von Wertvorstellungen.

Frank & Euler 2015, S. 7

Fachkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens Aufgaben und Probleme zielorientiert, sachgerecht, methodengeleitete und selbstständig zu lösen und das Ergebnis zu beurteilen.
Sozialkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu leben und zu gestalten, Zuwendungen und Spannungen zu erfassen, zu verstehen sowie sich mit anderen rational und verantwortungsbewusst auseinanderzusetzen und zu verständigen
Personalkompetenz	Bereitschaft und Fähigkeit, als individuelle Persönlichkeit die Entwicklungschancen, Anforderungen und Einschränkungen in Familie, Beruf und öffentlichem Leben zu klären, zu durchdenken und zu beurteilen, eigene Begabungen zu entfalten sowie Lebenspläne zu fassen und fort zu entwickeln. Sie umfasst personale Eigenschaften wie Selbstständigkeit, Kritikfähigkeit, Selbstvertrauen, Zuverlässigkeit, Verantwortungs- und Pflichtbewusstsein (...).

Hundeborn 2007, S. 29

Trotz feiner Unterschiede ist den Definitionen gemein, dass es sich um eine Beschreibung von Fähigkeiten handelt, welche in der beruflichen Praxis notwendig sind. Kompetent sein heißt, mehr als nur ein gutes Sachverständnis zu haben. Um in der pflegerischen Praxis professionell handeln zu können, ergänzen sich die Teilkompetenzen wie

Sachkompetenz, Sozial- und Selbstkompetenz, welche folglich als Handlungskompetenz zusammengefasst werden.

Obwohl die häufig anzutreffenden Formen von Demenz sowie auch deren Symptome – also die fachlichen Grundlagen der Demenz – am Lernort Schule durch didaktische Vielfalt lernbar sind, bleibt die Erfahrung der Erkrankung Demenz in der Praxis sehr individuell. Dies kann möglicherweise zu einer gewissen Unsicherheit bei den Auszubildenden führen. So ist vielleicht die Sachkompetenz schon erreicht, die Selbst- bzw. Sozialkompetenz aber noch nicht. Die Praxis verlangt, dass die Pflegekraft sich ad hoc an spezielle Pflegesituationen anpassen kann, denn: „Kompetentes Handeln ist immer situationsbezogen – und jede Situation ist anders“ (Städeli et al. 2013, S. 9) und dies ist nur gegeben, wenn alle Kompetenzen gemeinsam vorhanden sind.

Die Auszubildenden gelangen während ihrer Praktika immer wieder in schwierige Situationen. Dies wird von den jungen Menschen selbst, aber auch von Experten aus der Praxis beschrieben: „(...) dass sie zitternd im Rapport³⁷ gesagt haben, ich habe ihn [den Bewohner] heute nicht geduscht, weil er hat geschrien. Und dann war von unserer Seite [Pflegeteam und -leitung] aus alles ok, das war gar kein Problem. Aber dann hatten sie Angst, dass sie ihre Arbeit nicht gemacht haben, obwohl sie es eigentlich richtig gemacht haben. Weil es wäre ja falsch gewesen, wenn sie gesagt hätten, ich habe ihn gut festgehalten und geduscht. Und das, das fehlt ihnen [den Auszubildenden] aber. Ihnen fehlt das Selbstbewusstsein das zu sagen, ich habe das jetzt so entschieden“ (Pinto, HPPA Redange, 2017).

Junge Menschen können nur dann in schwierigen Situationen klarkommen, wenn sie handlungsfähig sind. Dazu benötigen sie ausreichende Strategien, die ihnen helfen, auf ihre persönlichen Ressourcen zurückgreifen und die äußeren Gegebenheiten deuten zu können, um in der Situation entsprechend reagieren zu können (vgl. Monigl et al. 2011, S. 15). Dazu bedarf es der Fähigkeit zur Selbstreflexion, die sich wiederum durch

³⁷ Übergabebericht/Informationsaustausch zwischen zwei Schichtdiensten.

Förderung der Selbstkompetenz entfalten kann. Menschen ohne ausreichende Selbstkenntnis, die ihre persönlichen Fähigkeiten und Stärken nicht einschätzen können, fühlen sich in schwierigen Situationen, wie etwa im Umgang mit Menschen mit Demenz, möglicherweise überfordert oder hilflos (vgl. Monigl et al. 2011, S. 15). Es bedarf einer Entwicklung des eigenen Selbst, der Persönlichkeit, um eigenverantwortlich und sicher handeln zu können. Die Arbeit in der Praxis kann also trotz einer ausgeprägten Sachkompetenz nicht ohne eine ebenso ausgeprägte Selbst- bzw. Sozialkompetenz gelingen. Dies wird auch in der Praxis im Demenzbereich vom Praxisanleiter betont: „(...) wichtig ist, wie geht man an einen Bewohner ran, wie kommt man in Kontakt, man muss selber auch ein bisschen Ruhe haben (...) um mit dem Dementen zu arbeiten um die zu pflegen“ (Praxisanleiter Servior Diekirch, 2017).

Es gilt also, den jungen Auszubildenden beizubringen, dass auch ihre Haltung und ihr persönlicher Umgang mit der Erkrankung und der Person eine wichtige Rolle spielen, nicht nur die Fachkenntnisse. Denn auch die Einstellung zur Demenz und den Menschen ist eine wichtige Voraussetzung, um diese Menschen kompetent begleiten zu können. Doch gerade das ist schwierig zu lehren und zu lernen und später im Berufsleben auch umzusetzen. Aufgabe der Lehrenden des LTPS ist es, die „Entwicklung eines Selbst als rational handelnder, bedürftiger und sinnsuchender Mensch“ (Heffels 2008, S. 56) zu fördern, um die Auszubildenden auf die aktuellen und die sie in ihrem späteren Berufsleben erwartenden Anforderungen vorzubereiten. Das bedeutet für den Lehrenden, den Auszubildenden neben der Vermittlung der Sachkompetenzen auch zum „eigentätigen *Nachdenken* und *Nach-Empfinden*“ (Heffels 2008, S. 56) anzuregen. Vorschläge, wie dies gelingen kann, werden in Kapitel 6 erläutert.

Das Evaluierungsraster des Unterrichts „Pflege dementer Menschen“ beschreibt neben zwei Sachkompetenzen (SA1 & SA2) auch zwei Selbst- bzw. Sozialkompetenz (SZE1 & SZE2). Die Grundlage des fachlichen Wissens wird in Sachkompetenzen ausgedrückt:

SA1: „Der Auszubildende ist in der Lage, sein Wissen über die dementielle Erkrankung und die diesbezügliche Pflege kontinuierlich zu erweitern.“³⁸

SA2: „Der Auszubildende ist in der Lage, bei dementen Pflegeempfängern Probleme und Ressourcen zu erkennen.“

Die Fähigkeit, mit einem Demenzkranken passend zu kommunizieren und umzugehen, beschreibt die Selbst- bzw. Sozialkompetenz (SZE1) wie folgt:

„Der Auszubildende ist in der Lage, seine Kommunikation an den dementen Pflegeempfänger anzupassen.“

Ob diese nun genau eine Selbstkompetenz oder eine Sozialkompetenz ist, geht hieraus nicht hervor.

Die Kompetenz SZE2 beschreibt das Engagement für die Ausbildung. Dies wird durchgehend in allen Modulen über den gesamten Ausbildungszeitraum beschrieben. Da diese Kompetenz unabhängig vom Inhalt dieser Arbeit ist und in allen Modulen im Laufe der dreijährigen Ausbildung erwähnt ist, wird nicht weiter auf sie eingegangen.

Um also demenzkranke Menschen adäquat zu pflegen, scheint es mehr zu brauchen als eine gute Sachkompetenz. Die Selbst- bzw. Sozialkompetenz sind genauso wichtig, wenn nicht sogar wichtiger als die Sachkompetenz. Doch wie können diese Kompetenzen bestmöglich gefördert werden, damit die Pflege dementer Menschen professional ablaufen kann? Im Folgenden werden einige Handlungsvorschläge gemacht, mit Hilfe derer die Auszubildenden langsam, aber sicher individuelle Selbst- und Sozialkompetenzen entwickeln können, die sie dann in der Berufspraxis „leben“ können.

³⁸ Référentiel d'évaluation 2017/2018, NUDEM, X2AS.

6. Anregungen für die Implikation der Ergebnisse in das Curriculum

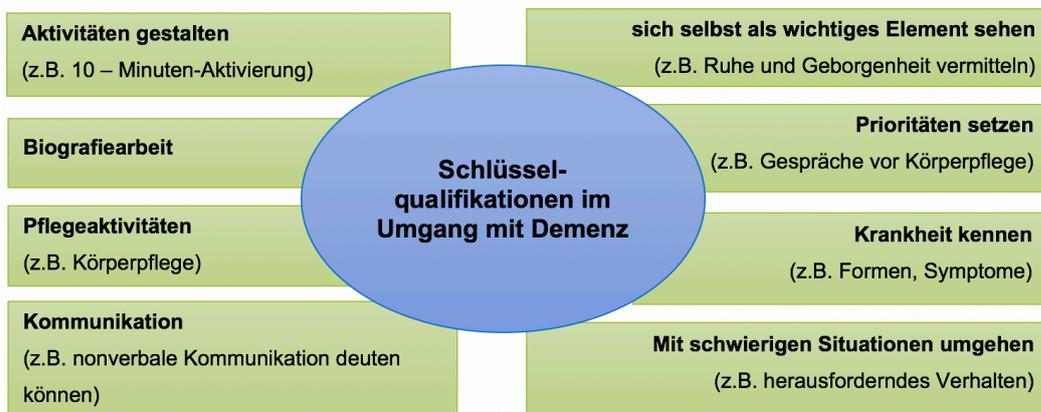
Die Literaturrecherche und die Ergebnisse aus den Fragebögen bzw. Interviews haben als Quintessenz ergeben, dass das Thema Demenz mit all seinen Facetten (Formen der Demenz, aber auch Aktivitäten und Kommunikation mit Menschen mit Demenz) rechtzeitig in der Ausbildung thematisiert werden muss. Obwohl die Interviewpartner wussten, dass es um das Thema Demenz in der Pflegeausbildung geht, war die wesentliche Aussage, dass die jungen Auszubildenden allgemein mehr Selbstsicherheit bzw. Sicherheit in der Kommunikation benötigen. „(...) bei den Krankenpflegehelfern denke ich wäre es nicht schlecht, es schon relativ frisch am Anfang zu machen, weil das brauchen sie ja auch als Arbeitsinstrument direkt eigentlich, weil es ja klar [ist], dass sie direkt ins Altenheim, Pflegeheim gehen“ (Pflegedienstleiterin Servior Diekirch, 2017).³⁹

Wie in Kapitel 4 beschrieben, besteht auch bei den Auszubildenden das Bedürfnis mehr, bzw. passende Kommunikationstechniken zu erlernen.

Nun stellt sich die Frage, wie diese Ergebnisse pädagogisch sinnvoll in das Curriculum übertragen werden können? Die Motivation ist groß, eine bestmögliche Kohärenz zwischen Praxis und Theorie herzustellen. Jedoch ist auch die Schule kein unbegrenztes Feld, in dem alles ermöglicht werden kann. Die Pflege umfasst viele verschiedene Themen, die innerhalb von drei Jahren Ausbildung nicht bis ins Detail gelehrt werden können. Ziel der schulischen Ausbildung ist es ja nicht, aus den Auszubildenden Experten auf allen Gebieten zu machen. Es geht eher darum, gute und professionelle Kenntnisse zu erwerben und das Bewusstsein dafür zu schärfen, sich selbst immer wieder – kontinuierlich im Berufsleben – Wissen aneignen zu müssen.

³⁹ Zur besseren Lesbarkeit werden weitere Aussagen der Interviewpartner zum passenden Moment im Fließtext erwähnt bzw. zitiert.

Um Vorschläge für das Curriculum auszuarbeiten, muss zunächst festgelegt werden, welche Fähigkeiten die Auszubildenden im Umgang mit Demenz benötigen. Die folgenden Schlüsselqualifikationen erschließen sich aus den Aussagen der Pflegeleitungen bzw. des Praxisanleiters von der Demenzstation und der Auszubildenden. Die Schlüsselqualifikationen, die in Verbindung mit der Selbst- und Sozialkompetenz stehen, sollten hervorgehoben werden, denn die Kommunikation ist, wie bereits erwähnt, ein wesentlicher Aspekt beim Thema Demenz.



Angelehnt an Kuckeland & Schneider 2010, S. 2ff.

Nachfolgend werden Vorschläge gemacht und Ideen präsentiert, welche durch die Auseinandersetzung mit den Äußerungen der Gesprächspartner und den Ergebnissen aus der Umfrage entstanden sind. Während der Zusammentragung der Vorschläge wurde berücksichtigt, dass die Inhalte je nach Ausbildungsjahr mehr oder weniger schwierig bzw. anspruchsvoll sind und aufeinander aufbauen können. Ziel dieser Vorschläge ist es, die Auszubildenden bestmöglich zu fördern und zu fordern und ihnen die nötige Sicherheit im Umgang mit demenzkranken Menschen zu vermitteln und sicherzustellen, dass Theorie und Praxisgegebenheiten stimmig sind.

6.1. Blick auf die Module der dreijährigen Ausbildung

In diesem Kapitel werden einzelne Module unter dem Aspekt der Stärkung von Sozial- und Selbst- sowie der Sachkompetenz Demenz analysiert. Die einzelnen Abschnitte entsprechen der Einteilung den Ausbildungsjahren.

Hieraus abgeleitete, konkrete Ideen für den Unterricht Demenz werden in den anschließenden Kapiteln dargestellt.

6.1.1. X0AS Fördern der Selbstkompetenz und Sozialkompetenz

Wie bereits in Kapitel 5 erwähnt, ist es für die berufliche Entfaltung sehr wichtig, dass die jungen Menschen Selbstvertrauen bzw. eine gestärkte Selbstkompetenz sowie Sozialkompetenz haben. Im ersten Ausbildungsjahr erscheinen die Module APPCO⁴⁰ (Gefühle und Körpersprache wahrnehmen und beobachten) und PSYCH⁴¹ (psychosoziale Bedürfnisse beobachten) geeignet, um ein sicheres Maß an Kommunikationsfähigkeit zu erlernen bzw. die Selbst- und Sozialkompetenz zu stärken.

Die Auszubildenden sollen die Wichtigkeit der verbalen Kommunikation kennenlernen, aber auch erfahren, welche Wertstellung die para- und die non-verbale Kommunikation einnimmt, und zwar unabhängig von Demenz. Im Modul APPCO lernen die Auszubildenden als einen Baustein der Kommunikation das Vier-Ohren-Modell nach Schulz von Thun sowie die Axiome Watzlawicks⁴² kennen. Das Vier-Ohren-Modell und die Axiome von Watzlawick können durchaus im ersten Ausbildungsjahr gelehrt werden. So erhalten die jungen Auszubildenden eine gute Basis für die Kommunikation im Alltag und mit den Pflegeempfängern.

Es ist jedoch schwierig, zu überprüfen, wie dies im Alltag umgesetzt wird. Die Aussage im Evaluierungsraster des Moduls APPCO „Er bemüht sich Regelverstöße in der Alltagskommunikation zu erkennen. Er bemüht sich die elementaren Regeln der Kommunikation anzuwenden“ kommt im Klassenzimmer mit einer Lehrkraft und beispielsweise 28 Auszubildenden⁴³ an ihre Grenzen. Dies erscheint eher dann „überprüfbar“ zu sein, wenn es sich um eine kleine Gruppe handelt. In einer Klasse mit 28 Auszubildenden

⁴⁰ **A**pprendre à **c**ommuniquer.

⁴¹ **P**sychoziale Bedürfnisse beobachten.

⁴² Evaluierungsraster mit den Kompetenzen sind im Anhang zu finden.

⁴³ Anzahl der Auszubildenden im Schuljahr 2017/2018 einer X0AS-Klasse, als das Modul APPCO unterrichtet wurde.

kann eine einzelne Lehrkraft individuelle Kompetenzen der Auszubildenden kaum bis gar nicht feststellen, da es immer „nur“ ein Klassenzimmer ist und eine konkrete, praxisnahe Situation schwierig zu realisieren ist. Bisher verläuft dies in den Unterrichtseinheiten mit einer Lehrkraft. Da Kommunikation immer mit dem Selbst eines Menschen zu tun hat und die jungen Auszubildenden teilweise noch unsicher sind, erscheint es sinnvoll, die Gesprächssimulationen in kleinen Gruppen zu üben. Kleine Gruppen haben den Vorteil, dass die Auszubildenden in einem sicheren, wertfreien Raum intensiv arbeiten können. Auch lernt der Auszubildende sich selbst besser kennen und kann auf die Individualität der einzelnen Gruppenmitglieder eingehen. Wie in Kapitel 5 beschrieben, beinhaltet die Sozialkompetenz auch die „Bereitschaft und Fähigkeit, soziale Beziehungen zu gestalten und sich mit anderen verantwortungsbewusst auseinander zu setzen und zu verständigen (...)“ (Frank & Euler 2015, S. 7). Diese persönlichen Prozesse zu realisieren, erscheint während einer „normalen“ Unterrichtsstunde im Plenum schwieriger.

Das Modul APPCO findet im Rahmen von 18 Wochen und mit vier Stunden à 50 Minuten die Woche statt. Im LTPS ist es gängige Praxis, zwei Unterrichtsstunden à 50 Minuten zusammenzufassen, also 100 Minuten Unterricht zu machen. Dies ist von Vorteil und kann wie folgt genutzt werden:

Vorschlag 1:

Im Modul APPCO werden die theoretischen Grundlagen nach wie vor von einer Lehrkraft gelehrt.

Um diese Grundlagen praktisch üben zu können, wird die Klasse X0AS in zwei Gruppen mit jeweils einer Lehrkraft eingeteilt. Üblicherweise wird dies in der Schule als „Labor“ bezeichnet.

Das bedeutet: eine Unterrichtseinheit (2x50 Minuten) Theorie und eine Unterrichtseinheit (2x50 Minuten) Labor.

So kann die Sachkompetenz (SA3) in eine Selbst- bzw. Sozialkompetenz umgewandelt werden (SZE).

Es kann jedoch auch das LTPS-Projekt der Simulation umgesetzt werden. Dieses Projekt wurde vor drei Jahren ins Leben gerufen. In der Simulation werden Pflegesituationen so praxisnah wie möglich dargestellt. So können die Auszubildenden in einem sicheren Rahmen ohne Bewertung „üben“ und durch konstruktive Reflektionsarbeit in einer kleinen Gruppe lernen.

Neben der Vermittlung von Kommunikationsgrundlagen, sollte ein zusätzlicher Schwerpunkt darauf liegen, die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu deuten, sich selbst kennenzulernen, denn dies ist die Grundlage guter Selbstkompetenz. Nur wenn diese aufgebaut ist, kann auch eine Beziehung zu anderen Menschen bzw. zu Demenzkranken aufgebaut werden.⁴⁴ Dies ist Teil des Moduls PSYCH, in welchem der Auszubildende lernt, wie sein Selbstbild entsteht und wie es beeinflusst wird. Auch soll er hier seine Stärken und Schwächen erkennen. Auch dies ist eine gute Grundlage, um später in schwierigen Situationen mit Demenzkranken umgehen zu können, denn wer sich selbst gut kennt, kann sicher auftreten und kommt in schwierigen Situationen (besser) zurecht.⁴⁵ Scheinbar einfache Situationen können die Auszubildenden schnell überfordern: „Das Problem ist, dass wir mit den Techniken anfangen und die Schüler sind so gruselig, wenn sie zu den Leuten kommen und sie wissen nicht einmal wie sie guten Tag sagen sollen, dann ist es fast egal wie sie sie waschen, weil sie sind dann so unnatürlich beim Waschen. Sie müssten das wirklich mehr am Anfang üben“ (Pinto, HPPA Redange, 2017).

Das Bewusstwerden des eigenen Selbstbilds und das Erkennen von eigenen Stärken und Schwächen (SZE2) kann in einer außerschulischen Aktivität angeregt werden. Ein Beispiel ist das Modul EQUIP⁴⁶ zum Teambuilding, das im Marienthal im zweiten Ausbildungsjahr genutzt wird und sehr gute Rückmeldungen erhält. Ähnliches wurde auch im ersten Ausbildungsjahr versucht: Mit Beginn des Schuljahrs 2017/2018 wurde ein zweitägiger Aufenthalt im Marienthal mit unterschiedlichen Aktivitäten

⁴⁴ Siehe Kapitel 5: Selbst- bzw. Personalkompetenz und Sozialkompetenz.

⁴⁵ Ebd.

⁴⁶ Im zweiten Ausbildungsjahr ist ein Modul zur Teamarbeit vorgesehen, da Teamarbeit in der Berufspraxis unverzichtbar ist.

organisiert, der zum Ziel hatte, dass die Klasse sich besser kennenlernt. Dieses Konzept ist grundsätzlich nicht zu vernachlässigen, der Schwerpunkt sollte jedoch eher darin bestehen, sich selbst zu erfahren und kennen zu lernen. Aktivitäten dieser Art sollten nicht von einer den Auszubildenden bekannten Lehrkraft, sondern eher von Experten organisiert werden. Hier kann auf die Hilfe bzw. den Input der LTPS-Dienste SEPAS⁴⁷ oder SEDU⁴⁸ zurückgegriffen werden. Das bedeutet nicht, dass diese Teammitglieder als Experten aktiv werden sollten, sondern eher, dass die Lehrkraft mit Hilfe von SEDU oder SEPAS Kontakte zu passenden Experten herstellt.

Die Kompetenz SZE1, welche Allgemeines über Lernmethoden und Lerntechniken aufführt, ist grundsätzlich in einer großen Gruppe gut zu besprechen. Geht es jedoch darum, individuelle Lernmethoden entdecken zu lassen bzw. festzulegen, so sind Einzelgespräche sinnvoll. Da der Service Educatif des LTPS sich mit Lernmethoden und Lerntechniken auskennt und diese regelmäßig mit Auszubildenden bearbeitet, stellt sich die Frage, ob es sinnvoll wäre, diese selektive Kompetenz aus dem Modul zu entfernen und hier den SEDU als Hauptakteur zu definieren. Daran knüpft die Frage an, ob es sinnvoll ist, dass eine Lehrkraft individuelle Lernmethoden und Techniken „abprüft“ oder ob es nicht sinnvoller wäre, den Auszubildenden Lerntechniken und Lernmethoden als pädagogische Unterstützung ohne „Abprüfcharakter“ anzubieten?

Auch können Überlegungen zu neuem oder zusätzlichem Unterrichtsmaterial zur Stärkung der Selbstkompetenz angestellt werden, wie beispielsweise dem „Trainingshandbuch zur Verbesserung der beruflichen Integration von Haupt- und Realschülern“. Somit hätte der Lehrende umfangreiches Material zur Verfügung, um die Kompetenzen zu fördern, welche für die berufliche Zukunft benötigt werden.⁴⁹

⁴⁷ Service psycho-social et d'accompagnement scolaires (psychologischer Dienst).

⁴⁸ Service éducatif (erzieherischer Dienst).

⁴⁹ Näheres siehe Kapitel 6.5

Vorschlag 2:

Einsetzen von (anderem, neuem) gezielten Unterrichtsmaterial⁵⁰ zur besseren Stärkung der Selbstkompetenz.

und / oder

durch ein Seminar mit externen Experten mehr Zeit gewinnen für die Stärkung der Selbstkompetenz durch Verlagerung der Kompetenz der Lerntechniken zu SEDU.

Das Thema Demenz im Zusammenhang mit dem ersten Praxiseinsatz sollte von der Klassenlehrerin im Rahmen der Vorbereitung des ersten Praxiseinsatzes thematisiert⁵¹ werden. Hier geht es nicht darum, dass die Auszubildenden alle Details der Demenzerkrankungen kennen. Dies zur Grundlage zu machen, würde die jungen Auszubildenden schnell an ihre persönlichen Grenzen bringen. Es geht eher darum, ihnen mögliche Unsicherheiten zu nehmen. Denn nach wie vor gehört der Einsatz bei Dementen nicht zum Inhalt des ersten Praktikumseinsatzes und das sollte, wenn möglich, auch so bleiben, auch wenn dies in der Praxis (leider) sehr schwierig zu realisieren ist.

6.1.2. X1AS Erster Kontakt mit Demenz

Im zweiten Ausbildungsjahr haben die Auszubildenden schon die Grundbasis der Pflege erlernt und Erfahrungen im Praktikum gemacht. Das bedeutet, dass sie möglicherweise auch während der Grundpflege bzw. Körperpflege mit einem demenzerkrankten Menschen in Kontakt sind. Nun geht es darum, diese Erfahrungen auch zu verarbeiten und zu verstehen, denn rechtzeitiges, adäquates Aufgreifen der Fragen bzw. neuer Input im Unterricht können eine kontinuierliche Sicherheit gewährleisten.

⁵⁰ Näheres siehe Kapitel 6.5

⁵¹ Ebd.

Nach Analyse der Module des zweiten Ausbildungsjahres erscheinen die Module GERON⁵² (den Alterungsprozess verstehen) sowie ECOAC⁵³ (aktiv zuhören) als passend, um das Thema Demenz bzw. die Kommunikation dazu aufzugreifen.

Im Modul GERON werden die Alterungsprozesse der Gesellschaft thematisiert. Dies impliziert auch die Frage: Und was ist mit Demenz? Eventuell kann durch das Vorziehen des Themas Demenz ins zweite Ausbildungsjahr die Sachkompetenz im letzten Ausbildungsjahr vertieft werden. Die Kompetenz SA1 (Verständnis für die spezifische Situation des alten Menschen in der Gesellschaft erweitern) kann dementsprechend leicht umformuliert werden, ohne dass es große Veränderungen im ganzen Curriculum gibt, was auch für die Lehrkraft des Moduls GERON mit wenig Aufwand zu tun hat. Somit kann ein erster Einstieg auf einfachem Niveau gewährleistet werden. Die aktuelle Kompetenz könnte um einen Indikator* ergänzt werden:

Vorschlag 3:

Kompetenz SA1: Der Auszubildende ist in der Lage, sein Verständnis für die spezifische Situation des alten Menschen in der Gesellschaft zu erweitern.

Indikator: Er beschreibt die aktuelle Bevölkerungspyramide. Er beschreibt die zukünftige Entwicklung der Pflegedienste und Strukturen sowie berufliche Perspektiven. Er beschreibt voraussichtliche Entwicklungen auf dem Gebiet der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Sozialversicherungen. Er beschreibt divergierende Bilder des alten Menschen.

neuer, zusätzlicher Indikator als Vorschlag:* **Er versteht die Bedeutung der Demenz in der Gesellschaft. Er beschreibt die wichtigen Elemente einer Demenz.

Standard: Die Beschreibungen sind größtenteils korrekt.

⁵² Gerontologie

⁵³ écoute active

Da die Biografiearbeit in der Praxis als wichtig empfunden wird, sollte sie im theoretischen Unterricht entsprechende Aufmerksamkeit erfahren. GERON scheint auch hier ein passendes Modul zu sein, da es sich ausschließlich mit dem alten Menschen und seinem Umfeld beschäftigt. So wie die Kompetenz SA2 (individuelle Ressourcen und Probleme des alten Menschen wahrnehmen) beschrieben ist, können die Ressourcen und Probleme gerade dann wahrgenommen werden, wenn eine Pflegekraft auch die Biografie eines Pflegeempfängers kennt (vor allem, wenn es darum geht, einen Demenzkranken so individuell und wertschätzend wie möglich zu pflegen).

Die Biografiearbeit benötigt natürlich auch einen etwas größeren zeitlichen Rahmen. Damit Zeit da ist, sich mit der Biografie zu beschäftigen, kann ein anderer Teil dieser Kompetenz „verlagert“ werden: Die sozialen Strukturen, welche prioritär gesunden und/oder kranken alten Menschen zur Verfügung stehen, könnten in das Modul FONUR⁵⁴ (Pflegekontexte kennen) verlegt werden (erstes Ausbildungsjahr). In diesem Modul lernen die Auszubildenden welche Pflegemodelle und Formen von Prävention, Gesundheit und Krankheit u. Ä. es gibt. Die sozialen Strukturen passen einerseits zum Modul FONUR, weil diese Aspekte durchaus im ersten Ausbildungsjahr zu verstehen sind. Andererseits können sich die Auszubildenden von vornherein ein Bild machen, was den älteren Menschen alles zur Verfügung steht.⁵⁵

So könnte die Kompetenz SA2 unter Hinzufügen der Biografiearbeit – unabhängig von Demenz – und Umschichten der „sozialen Strukturen, welche den alten Menschen zur Verfügung stehen“, wie folgt aussehen: Die aktuelle Kompetenz, um einen Indikator* bzw. Standard** ergänzen:

⁵⁴ Analyse les **fondements** du **nursing**, X0AS

⁵⁵ Module von X0AS sind im Vergleich zu den Modulen X1AS weniger kompakt und flexibler gestaltbar, sodass nach Erachten der Autorin im Modul FONUR zeitlich und inhaltlich die Möglichkeit besteht, etwas hinzuzufügen.

Vorschlag 4:

Kompetenz SA2: Der Auszubildende ist in der Lage, individuelle Ressourcen und Probleme des alten Menschen wahrzunehmen.

Indikator: Er nennt und erklärt altersspezifische Abweichungen im Rahmen der Bedürfnisse nach V. Henderson.

neuer, zusätzlicher Indikator als Vorschlag:* **Er versteht die Bedeutung der Biografiearbeit⁵⁶ und kennt die verschiedenen Methoden zur Erstellung einer Biografie.

Standard: Er beschreibt wesentliche körperliche und psychische Veränderungen im Alter.

Er beschreibt den Begriff der Multimorbidität.

***neuer, zusätzlicher Standard als Vorschlag:* **er versteht die wesentlichen Grundzüge der Biografiearbeit.**

Das Modul ECOAC kann, aufbauend auf APPCO, mit dem Schwerpunkt Kommunikation, ein zweiter Grundstein für die Förderung der Selbst- und Sozialkompetenz mit dem Ziel einer professionellen Kommunikation sein.

ECOAC wird über einen Zeitraum von 14 Wochen mit zwei Stunden à 50 Minuten pro Woche unterrichtet. Hier ist grundsätzlich zu überlegen, ob der Kommunikation als elementares Element der Pflege nicht mehr Unterrichtseinheiten pro Woche eingeräumt werden sollte.⁵⁷

Bei der Analyse der Kompetenz SA1 von ECOAC (Anwenden der Techniken des aktiven Zuhörens, um eine offene und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen) ist anzumerken, dass hier verlangt wird, dass der Auszubildende in „simulierten Situationen die Techniken des aktiven Zuhörens“⁵⁸ anwendet. Auch dies erscheint, wie bei APPCO, schwierig von

⁵⁶ Hier noch unabhängig von Demenz.

⁵⁷ Zwei Stunden hinzuzufügen hat natürlich einen Einfluss auf andere Module. Wird etwas hier hinzugefügt, heißt das, dass anderswo etwas wegfällt. (Hier müsste das ganze Curriculum mit allen Modulen analysiert werden. Dies ist im Rahmen dieser Arbeit unmöglich und überschreitet den Zweck dieser Arbeit).

⁵⁸ Evaluierungsraster / Standard: ECOAC.

einer einzelnen Lehrkraft in einer großen Gruppe bzw. in der Klasse umzusetzen.

Ob ein Auszubildender die Techniken des aktiven Zuhörens anwendet, ist vorwiegend durch praktische Übungen erkennbar und auch nur so, wenn überhaupt, kontrollierbar. Das Üben der Techniken des aktiven Zuhörens verwirklicht sich daher bestmöglich im kleinen und wertfreien Rahmen. Hier bedarf es also auch der Möglichkeit, eine zweite Lehrkraft einzusetzen. Auch hier können die Techniken des aktiven Zuhörens im Rahmen einer Simulation nachhaltig erarbeitet werden.

Vorschlag 5:

Im Modul ECOAC werden die theoretischen Grundlagen von einer Lehrkraft gelehrt.
(SA1)

Um diese Grundlagen praktisch üben zu können, wird die Klasse X1AS in zwei Gruppen mit jeweils einer Lehrkraft eingeteilt (Labor). (SA1+aktuelle SA2)

Vorstellbar wäre dann eine Unterrichtseinheit (2x50 Minuten) Theorie mit einer Lehrkraft und eine Unterrichtseinheit (2x50 Minuten) Labor mit zwei Lehrkräften pro Woche.

Wird die Beschreibung der Kompetenzen, wie sie in Kapitel 5 zu finden sind, berücksichtigt, so beschreibt die Kompetenz SA2 bei ECOAC (Rolle der Gefühle in der Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung) Items einer Sozial- bzw. Selbstkompetenz. Gefühle in einer großen Gruppe, in der großen Klasse, zu beschreiben erscheint für die Zielgruppe zum Zeitpunkt des zweiten Ausbildungsjahres als eine große Herausforderung und benötigt daher mehr, als „nur“ das Setting eines Klassenraums. Auch diese Kompetenz kann von den Auszubildenden eher erreicht werden, wenn es ermöglicht wird, seine Gefühle in einer kleinen Gruppe äußern, beschreiben und ggf. analysieren zu können.

Vorschlag 6:

Die Sachkompetenz SA2 kann in eine Selbst- bzw. Sozialkompetenz SZE umgewandelt werden, in Zusammenhang mit Vorschlag 5 (Labor).

6.1.3. X2AS Menschen mit Demenz in schwierigen Situationen begleiten

Im letzten Ausbildungsjahr hat der angehende Krankenpflegehelfer bereits viel Praxiserfahrung gewonnen. Einfache Pflegesituationen – ob nun Pflegaktivitäten oder Kommunikation betreffend – müssen zu diesem Zeitpunkt zu bewältigen sein. Nun geht es darum, auch schwierigere Situationen wie beispielsweise den Umgang mit Demenzkranken zu bewältigen oder zumindest professionell einschätzen zu können.

Der Unterricht zur Pflege von Menschen mit Demenz ist laut aktuellem Curriculum im letzten Ausbildungsjahr vorgesehen. Dieses Modul nennt sich NUDEM⁵⁹ (Pflege dementer Menschen). Hier ist eine Lernsituation beschrieben, die alle Kompetenzen beinhaltet. Das Modul wird in einem Zeitraum von acht Wochen mit sechs Stunden à 50 Minuten pro Woche unterrichtet.

Die erste Kompetenz SA1 lautet wie folgt: „Der Auszubildende ist in der Lage, sein Wissen über die dementielle Erkrankung und die diesbezügliche Pflege *kontinuierlich* zu erweitern.“ Es erscheint schwierig, zu „kontrollieren“ inwiefern der Auszubildende sein Wissen *kontinuierlich* erweitert. Bedeutet dies, dass er sich nach der Ausbildung bzw. im Berufsleben in Bezug zur Demenz weiterbildet? Oder kann davon ausgegangen werden, dass er schon in den anderen Ausbildungsjahren Unterricht zum Thema Demenz erhalten hat? Dies wird bestätigt durch die Sichtweise der befragten Lehrerkollegin. Sie erachtet eine kontinuierliche Wissenserweiterung als äußerst wichtig. Der Lehrplan ist jedoch nicht dementsprechend aufgebaut

⁵⁹ Nursing *démence*

und aktuell findet der Unterricht zu Demenz nicht in allen drei Ausbildungsjahren statt. Dies widerspricht dem Aspekt der kontinuierlichen Wissenserweiterung. Die Arbeitskollegin erachtet die Pflege von Demenzkranken als ein besonders wichtiges Thema – sie hält es für nicht sinnvoll, den Unterricht Demenz über einen kurzen Zeitraum und in konzentrierter Form im letzten Ausbildungsjahr stattfinden zu lassen.

Ein weiterer Punkt bei der Kompetenz SA1 ist die Formulierung zu den Indikatoren: „Er versteht die häufigsten anzutreffenden Formen der Demenz.“ Dies ist in Bezug zu den Ergebnissen aus der Praxis näher zu betrachten. Der Vorteil dieser eher offenen Formulierung ist, dass es der Lehrkraft eine große Flexibilität lässt und sie entscheiden kann, welche Demenzformen sie zu den häufigsten zählt. Wissend jedoch, dass es über 50 verschiedene Demenzformen gibt, lohnt es sich, hier genauer hinzuschauen und den aktuellen Unterrichtsinhalt mit Morbus Alzheimer und Vaskulärer Demenz um weitere Demenzen zu ergänzen. Denn lässt die Lehrkraft sich durch das aktuelle Unterrichtskript leiten, so besteht die Gefahr, dass der Auszubildende im Unterricht nicht die aktuellsten Formen der Demenz kennenlernt, sondern eher die klassischen, seit langem bekannten Demenzen. Um die Frage zu beantworten, was die häufigsten Demenzformen sind, waren die Interviews also sehr hilfreich. Auch in der aktuellen Fachliteratur wird betont, dass zu den häufigen Formen der Demenz neben Morbus Alzheimer auch die Lewy-Body-Demenz und die Frontotemporale Demenz zählen.

Ein weiterer Grund, mehrere Demenzen in den Unterrichtsinhalt aufzunehmen, sind Aussagen der Pflegeleitungen. In den Interviews wurde teilweise erwähnt, dass manche junge Auszubildenden nach Abschluss ihrer dreijährigen Ausbildung noch bestimmte Wissenslücken zu den verschiedenen Demenzformen haben. In der Praxis wird bemängelt, „(...) dass ihnen [den Auszubildenden] oft theoretisches Wissen fehlt, (...) viele Leute sagen, ja, aber die Praxis ist wichtig, ja die Praxis ist wichtig, das ist sehr wichtig. Aber wir merken aber auch dass es enorm wichtig ist, dass die Demenz auch von der Theorie her [verstanden wird] und das was noch

wichtiger ist, die verschiedenen Formen der Demenz wissen, weil mit (...) [einem] Bewohner mit einer Alzheimer-Demenz (...) gehe ich anders um als mit einem, der eine Korsakow-Demenz hat, und mit dem gehe wieder anders [um] wie einer der eine Lewy-Body Demenz hat weil das andere Symptome sind, die Krankheit zeigt sich anders, und das (das mangelnde Wissen) ist wirklich durchgehend, sei es bei allen Gesundheitsberuflern ein Riesenmangel“ (Halsdorf, 2017).

Vorschlag 7:

Um den Auszubildenden umfangreicheres Wissen zu den Formen der Demenz mit auf den Weg zu geben, damit den Lehrenden aber auch eine gewisse Flexibilität bleibt, wäre hier die Option, die Kompetenz SA1 so stehen zu lassen. Auch mit dem Hintergrund, dass die „häufigsten anzutreffenden Demenzen“ sich immer wieder verschieben.

aber

In den Lerninhalten bzw. Lernsituationen und im Unterrichtsmaterial können die verschiedenen, wichtigsten Demenzen jedoch aufgezählt werden: Alzheimer-Demenz, Lewy-Body-Demenz, Frontotemporale Demenz und Korsakow-Demenz.

Bei der Kompetenz SA2: „Der Auszubildende ist in der Lage, bei dementen Pflegeempfänger Probleme und Ressourcen zu erkennen“, ist es hilfreich, die spezifischen Probleme und Ressourcen bei Dementen etwas genauer zu bestimmen. Im Unterrichtsskript sind „klassische“ Pflegeprobleme (z. B. Sturzgefahr, Dehydratationsgefahr u. Ä.) aufgeführt, die natürlich ihre Daseinsberechtigung haben. Da die Auszubildenden diese aber schon erlernt und in der Praxis entsprechende Erfahrungen gemacht haben, könnte hier die Gelegenheit genutzt werden, den Fokus erneut auf die Biografiearbeit zu legen, diesmal jedoch im Zusammenhang mit Demenz, denn Probleme und Ressourcen sind nur zu erkennen, wenn der Mensch ganzheitlich betrachtet wird.

Da der Demenzkranke oft seine Bedürfnisse und Ressourcen nicht mehr äußern kann, ist es umso wichtiger, dass der Pflegende sich damit auseinandersetzt, auch, wenn dass er sie nur aus der Biografie erfahren kann. „Wichtig für mich ist immer, (...) das sind so vier fünf Stichpunkte die ich den Schülern immer mitgebe (...) Biografiearbeit, das ist das erste, das zweite ist Tagestruktur, kurz Aktivitäten (...)“ (Praxisanleiter Servior Diekirch, 2017). Auch in den anderen Pflegeinstitutionen wurde die Biografiearbeit als essentiell betrachtet.

Im Modul GERON im zweiten Ausbildungsjahr wurde die Biografiearbeit schon vorgestellt – jedoch unabhängig von Demenz. Nun besteht im letzten Ausbildungsjahr im Modul NUDEM die Möglichkeit, die Biografiearbeit im Zusammenhang mit dem Verhalten des Demenzkranken zu analysieren und die Methode der Biografiearbeit zu vertiefen. Die aktuelle Kompetenz, um einen Indikator* bzw. Standard** ergänzen:

Vorschlag 8:

Kompetenz SA2: Der Auszubildende ist in der Lage, bei dementen Pflegeempfängern Probleme und Ressourcen zu erkennen.

Indikator: Er beschreibt grundsätzliche Pflegeaspekte bei den häufigsten dementiellen Erkrankungen.

neuer, zusätzlicher Indikator als Vorschlag:* **der Auszubildende versteht den Zusammenhang zwischen Biografie und den Problemen und Ressourcen bei Menschen mit Demenz.

Standard: Er kann die wichtigsten Aspekte der Pflege ***neuer Standard als Vorschlag:* sowie der Biografiearbeit größtenteils korrekt beschreiben.

Bei Kompetenz SA3 (den Zustand des dementen Pflegeempfängers technisch korrekt dokumentieren) wird die Fachsprache verlangt. Einfachheitshalber kann die Fachsprache in die SA1 impliziert werden, denn die Beschreibung der Erkrankungen und Symptome erfordert immer Fachsprache und kann nicht ohne diese gelernt werden. So kann diese Kompetenz durch eine Sozialkompetenz ersetzt werden und neuer Inhalt eingebracht werden: Hier können die persönlichen und psychosozialen

Bedürfnisse in den Vordergrund gestellt und auf nichtmedikamentöse Therapiemöglichkeiten bzw. Pflegeaktivitäten eingegangen werden, so z. B. die 10-Minuten Aktivierung oder kognitives Training. Diese Themen wurden bisher in Kompetenz SA2 mitgelehrt bzw. abgeprüft. Da die Aktivitäten jedoch wichtig sind, können diese Aspekte eine eigene Kompetenz haben. Aktivitäten mit Menschen mit Demenz zu gestalten, erfordert immer auch eine zwischenmenschliche Beziehung, da dies individuell gestaltet wird und daher möglicherweise als Sozialkompetenz bezeichnet werden kann. Also könnte eine neue Kompetenz formuliert werden:

Vorschlag 9:

Kompetenz SZE1: Der Auszubildende führt Aktivitäten aus, welche dem Bewohner mit Demenz gerecht werden.

Indikator: Der Auszubildende informiert sich über eine zur Demenz passende Aktivität, bereitet sie vor und stellt sie der Klasse vor.

Standard: Die Aktivität ist in den wesentlichen Zügen nachvollziehbar.

Im letzten Ausbildungsjahr gibt es ein Modul mit sehr ähnlichen Inhalten: Im Modul OCCUP⁶⁰ (den alten Menschen beschäftigen) lernen die Auszubildenden, Aktivitäten mit Bewohnern zu organisieren, durchzuführen und zu evaluieren. Es ist vorstellbar, hier eine Verbindung zwischen beiden Modulen herzustellen: Denkbar wäre es, ein Labor zusammen mit der Lehrkraft OCCUP und der Lehrkraft NUDEM durchzuführen, um so erkennen zu können, welche Aktivitäten allgemein mit alten Menschen machbar sind und wo die Unterschiede zur Demenz liegen.

Die Kompetenz SZE1 verlangt, dass der Auszubildende seine Kommunikation an den dementen Pflegeempfänger anpasst. Dies ist eine sehr wichtige Kompetenz, welche auch unbedingt im Evaluierungsraster bleiben soll.

⁶⁰ Abgeleitet von **Occupation**

Die Auszubildenden betonten deutlich ihr Bedürfnis nach verstärktem Üben der Kommunikation mit Dementen. Auch in den einzelnen Interviews wurde mehrmals hervorgehoben, dass die Kommunikation bzw. die Methode der Validation wichtige Element in der Kommunikation mit den Dementen sind: „(...) nach Richards, das ist die integrative Validation. Weil die klassische Validation nach Naomi Feil (...) [ist] „für ganz viele Leute schwer zu verstehen, was damit gemeint ist. (...) aber die integrative Validation, das ist etwas, was die Leute zack zack in der Praxis umsetzen können. Wenn du das bis verstanden hast, dann geht das ganz schnell (...). Integrative Validation kannst Du im Krankenhaus, kannst Du draußen im Supermarkt, das kannst Du überall anwenden“ (Halsdorf, ala, 2017).

„Ich denke, für mich soll die Schule vermitteln: Theorie, was ist eine Demenz, die verschiedenen Konzepte kurz und ich denke, was ganz wichtig ist, ihnen ein Tool geben: Kommunikation (...). Weil Kommunikation ist das was sie überall gebrauchen können. Und das gibt ihnen [den Auszubildenden] eine Sicherheit (...)“ (Halsdorf, ala, 2017).

Die Integrative Validation nach Nicole Richard ist in der Praxis von den Pflegeleitungen und dem Praxisanleiter sehr erwünscht. Auszubildende erhalten damit einen „Leitfaden“ und es ist zu überlegen, ob die Integrative Validation nach Richard nicht auch in das Evaluierungsraster bzw. in die Beschreibung der Kompetenzen miteinbezogen werden kann. Wie im Modul APPCO, könnte die Validation in kleineren Gruppen im Labor geübt werden. Dabei wäre eine Lehrkraft für den theoretischen Teil zuständig, eine zweite Lehrkraft käme zum Labor dazu, um so im kleinen und sicheren Rahmen die Validation nach Nicole Richard zu üben.⁶¹ Wird die Kommunikation auf diese Weise gelehrt – mit größerem praktischen Anteil – werden sich die Auszubildenden der Wichtigkeit der Kommunikation in der Praxis deutlicher bewusst. Auch können in einer kleinen Gruppe verschiedene Szenarien erdacht und erprobt werden.

⁶¹ Hier sind auch die Lehrkräfte in der Pflicht, entsprechende Fortbildungen zu machen: siehe Kapitel 6.3

Vorschlag 11:

Kompetenz SZE2: Der Auszubildende ist in der Lage, seine Kommunikation an den dementen Pflegeempfänger anzupassen.

Indikator: Der Auszubildende wendet in Übungsgesprächen die Integrative Validation nach Nicole Richard an.

Standard: Grundlagen der Integrativen Validation sind vorhanden.

6.2. Evaluierungsraster ENSPR

Bislang ist es so, dass die Auszubildenden im Praktikum nicht *nicht* in Kontakt mit Demenzerkrankten sind. Die einzelnen Praxiseinsätze sind aufgrund der Verteilung von Demenzkranken in den einzelnen Pflegebereichen nicht eindeutig in die Bereiche Demenz und Bereich Nicht-Demenz einzuteilen. Eine derart perfekte Planung ist eine Utopie.

Außerdem ist es aktuell so, dass formal nicht sichergestellt ist, dass jeder Auszubildende während seiner dreijährigen Ausbildungszeit mindestens einen Praxiseinsatz im Bereich der spezialisierten Demenzpflege wie z.B. bei der ala oder in einer Tagesstätte (Foyer de jour) absolviert. Ein obligatorisches Praktikum im Demenzbereich wird auch von einer befragten Kollegin gewünscht. Dies könnte die Wichtigkeit der Pflege im Bereich Demenz stärker hervorheben. Es ist aber auch klar, dass verpflichtende Praxiseinsätze in der spezialisierten Demenzpflege einen erhöhten Organisationsaufwand für das LTPS bedeuten würden.

Weiterhin ist auch klar, dass weder die einzelnen Praxiseinsätze, noch die Gegebenheiten auf einer Station und schon gar nicht die Bewohner programmierbar und bis ins Detail planbar sind.

Es erscheint sinnvoll im Lehrplan einen Praxiseinsatz im Demenzbereich fest zu verankern, aber trotzdem die Kompetenzen, welche der Auszubildende im Umgang mit Demenzkranken zu erreichen hat, flexibel zu gestalten. Denn es kann nichts verlangt werden, was sich nicht zu 100% im Praxiseinsatz anbietet.

Eine bewusster Auseinandersetzung der Auszubildenden mit der Problematik Demenz könnte außerdem angeregt werden, wenn sie eine Beobachtungsarbeit bzw. einen Praktikumsbericht zum gegebenen Thema schreiben müssten.

Auch in einem Nachgespräch zum Praktikum auf der Station selbst kann ein Rahmen geschaffen werden, in dem der Auszubildende sich traut, das Erlebte zu reflektieren, ohne Angst vor der Bewertung zu haben. Es ist am Praxisanleiter und am schulischen Begleiter, den Auszubildenden in den schwierigen Situationen aufzufangen und ihn in seiner Wissensaneignung zu begleiten, was lobenswerterweise größtenteils schon passiert. Die Praxisanleiter könnten vielleicht noch mehr miteinbezogen werden, und zwar derart, dass sie berücksichtigen, dass das Thema Demenz aktuell erst im letzten Ausbildungsjahr unterrichtet wird. Idealerweise käme ein Auszubildender erst dann mit einem Demenzkranken in Kontakt, wenn er auch das passende Wissen dazu hat.

6.3. Fortbildung für Lehrkräfte

Aus den Gesprächen mit den Experten aus der Praxis wird deutlich, dass die Validation überall großgeschrieben wird. Kommunikation ist der wichtigste Faktor – das wichtigste Arbeitswerkzeug – im Umgang mit Demenzkranken. Dieses Werkzeug können und sollen die jungen Auszubildenden im LTPS so gut es geht erlernen. Da für die Kommunikation in der Integrativen Validation nach Richard fachliche Kenntnisse notwendig sind, ist es sinnvoll, dass auch die Lehrenden sich auf diesem Gebiet sicher fühlen. Validation ist in allen Pflegeinstitutionen wichtig und sehr gut angenommen, auch wenn nicht überall deutlich wird, ob nun nach Feil oder nach Richard validiert wird. ala bietet eine zweitägige Fortbildung zur Integrativen Validation nach Richard an. Dies ist eine gute Möglichkeit für die Lehrkräfte, tiefgehende Kenntnisse zu erhalten. Das bedeutet nicht, dass alle Lehrkräfte diese Fortbildung machen sollten. Ein bis zwei Lehrkräfte können als Experten und Multiplikatoren gelten. Auch können diese dann den Unterricht zur Demenz übernehmen, was auch für die notwendige Nachhaltigkeit sorgen würde. Sie können sich in das Thema

Demenz einarbeiten und sich auf dem aktuellen Stand halten. Alternativ kann der Unterricht zur Integrativen Validation von externen Experten gehalten werden.

Es gibt immer wieder Angebote für Fortbildungen zur Demenz. ala bietet ganzjährig Fortbildungen wie die bereits erwähnte „Integrative Validation nach Nicole Richard“ an. Auch „Malen in der Aktivierung von Menschen mit Demenz“ u.v.m. werden angeboten. Beim RBS – Center für Altersfragen, werden Fortbildungen zur „10-Minuten-Aktivierung“ nach Ute Schmidt-Hackenberg, oder „Schmerzen richtig erkennen und behandeln bei Menschen mit Demenz“ angeboten. Auch das Info-Zentrum Demenz hat Fortbildungen für Fachkräfte und Angehörige im Angebot.

Es gibt also in Luxemburg ein vielfältiges Angebot an Fortbildungen zum Thema Demenz. Da Lehrkräfte das Thema Demenz über mehrere Schuljahre unterrichten, stellen diese Fortbildungen eine gute Motivation und sinnvolle Ergänzung der Lehrtätigkeit dar.

6.4. „Etwas andere“ Experten der Demenz

Im aktuellen Unterrichtsmodul NUDEM werden die Krankheit Demenz sowie das Hilfs- und Pflegenetzwerk ala von einem Mitarbeiter der ala vorgestellt. Dies wird von den Auszubildenden gut angenommen und sollte weitergeführt werden. Diese Art von Vortrag in der Klasse kann noch weitergedacht bzw. dahingehend ausgebaut werden, einen Austausch mit Betroffenen zu ermöglichen. Diese Idee entstand im Oktober 2017 während eines von ala organisierten Vortrags mit dem Titel „Hei schwätzen d'Spezialisten vun der Demenz“. In diesem Vortrag schilderte Frau Rohra Helga, die im Alter von 54 Jahren die Diagnose Lewy-Body-Demenz erhielt, ihre Erfahrungen und Gefühle. Trotz ihrer Erkrankung reist sie zu Kongressen und spricht vor Fachleuten und in der Öffentlichkeit über ihre Erkrankung, damit nicht nur *über* die Demenzkranken gesprochen wird, sondern *mit* ihnen. Bisweilen kann sie dies noch gut – mit Hilfe vertrauter Personen – organisieren.

Bei diesem Vortrag waren auch Betroffene aus Luxemburg dabei, welche von ihrem Schicksal berichteten. Sie sind Mitglieder der „Unterstützten Selbsthilfegruppe für Menschen mit beginnender Demenz“, die ala anbietet. Hier kann vielleicht mit Betroffenen Kontakt aufgenommen werden und sie fragen ob es ihnen zusagt, in der Klasse, in einem kleinen Rahmen, von ihrer Erkrankung zu berichten. Dies hat den Vorteil, dass der Unterricht lebendig gestaltet werden kann, aber auch – und vor allem –, dass die Auszubildende die Demenz nicht nur theoretisch, sondern auch aus Sicht eines Betroffenen kennenlernen und eventuell Fragen stellen können, welche ein Lehrender (nur) theoretisch beantworten kann. Denn die meisten Auszubildenden bekommen das Anfangsstadium einer Demenz in ihren Praktika in der Regel eher weniger mit, da es in den Pflegeheimen vor allem Menschen im zweiten oder dritten Stadium der Demenz gibt. Dieser Austausch mit Demenzerkrankten im ersten Stadium kann dazu beitragen, dass den jungen Menschen bewusst wird, dass die Personen, welche sie pflegen, vor ihrer Erkrankung anders waren.

Eine weitere Idee ist es, dass die Auszubildenden der Krankenpflegehilfe und die Schüler bzw. Studenten der Krankenpflege zusammen eine Simulation durchführen. Auch ist vorstellbar, gemeinsame „Demenztage“ im LTPS zu organisieren, bei denen beide Gruppen sich austauschen können: Was wissen die Krankenpflegeschüler? Was können die Auszubildenden der Krankenpflegehilfe berichten?

6.5. Unterrichtsunterlagen

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es erstrebenswert ist – ohne die aktuellen Unterrichtsunterlagen kritisieren zu wollen – neues Material hinzuzufügen und anderes wegzulassen. Im Folgenden werden Änderungsvorschläge gemacht, die aufgrund des begrenzten Umfangs dieses Kapitels jedoch nur beispielhaft sein können.

Im ersten Ausbildungsjahr zum Modul PSYCH kann das Unterrichtsmaterial um folgendes Buch von Monigl et al. ergänzt werden: „Selbstkompetenzen bei Jugendlichen fördern. Das SMS-Trainingshandbuch zur Verbesserung

der beruflichen Integration von Haupt- und Realschülern“. Hier werden der Lehrkraft gute Anleitungen und Material zur Verfügung gestellt, mit denen die Auszubildenden lernen, ihre eigenen Stärken und Fähigkeiten wahrzunehmen. Auch können Bewerbungssituationen oder das adäquate Vorstellen in den verschiedenen Praktika trainiert werden. Auch könnte hier das Team vom SACCO mit einbezogen werden.

Wie bereits in Kapitel 6.1 erwähnt, sollte die Klassenlehrerin im ersten Ausbildungsjahr das Thema Demenz vor bzw. nach dem ersten Praxiseinsatz thematisieren. Dies kann anfangs auf eine einfache und humorvolle Weise ablaufen, da hier noch kein Detailwissen notwendig ist. Eine Kollegin hat dazu folgenden Vorschlag angegeben: **Keine Macht für Al Tsoy Ma. Ein Alzheimer-Comic Taschenbuch** Von Lambert Thibaut und Sabine Henry, Mabuse-Verlag; Auflage: 1., Aufl. (13. März 2013). Hier wird mittels Comic die Demenz einfach und klar dargestellt.

Die folgenden Vorschläge zu den Unterrichtsunterlagen zum Modul NUDEM wurden teilweise bereits in Verbindung mit dem Evaluierungsraster erwähnt, es handelt sich jedoch um Ideen für die Gestaltung des Unterrichtsinhalts an sich.

Die verschiedenen Formen der Erkrankungen sollten deutlicher dargestellt und auch in den Unterrichtsunterlagen erwähnt werden.

Wünschenswert ist es, der Integrativen Validation nach Nicole Richard mehr Gewicht zu geben. Diese wird aktuell nur kurz angedeutet, jedoch erscheint dieser Teil, gemessen an der Wichtigkeit in der Praxis, nicht ausreichend. So können den Lehrkräften hier auf dem gemeinsamen LTPS-Portal (one drive) Unterrichtsunterlagen zur Verfügung gestellt werden, mit Hilfe derer die Auszubildenden die Validation besser verstehen und erlernen können. Auch können die Lehrkräfte Fortbildungen zur Integrativen Validation absolvieren, um sie im Labor besser mit den Auszubildenden üben zu können.

Allgemein sollten die Aktivitäten mit Demenzkranken deutlicher und umfassender in die Unterlagen für die Auszubildenden eingebracht werden. Das heißt auch, dass eine Überarbeitung erforderlich ist. Beispielsweise ist die 10-Minuten-Aktivierung bisweilen nicht explizit im Unterricht zu finden. Da diese aber in der Praxis angewendet wird und die Zielgruppe diese Methode auch ohne Weiteres verstehen kann, sollte sie in den Unterricht integriert werden. Als Literatur zum Thema ist Ute Schmidt-Hackenberg's „10-Minutenaktivierung als Methode: Ergänzt um die Körpersprache der Dementen“ zu empfehlen.

Ein weiterer Literaturvorschlag zu Aktivitäten für Demenzkranke ist das Buch „Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren“ von Ingrid Kollak, das gute Anleitungen zu Aktivitäten für Menschen mit Demenz gibt. Dieses Buch sollte der Lehrkraft im Modul NUDEM als Ressource zur Verfügung stehen.

Das psychobiografische Modell nach Böhm sollte – auch nach Meinung der befragten Lehrerkollegin – nach wie vor im Unterricht vorkommen, jedoch in einer abgekürzten, vereinfachten Version. Auch wenn dieses Pflegemodell nicht in allen Pflegeinstitutionen angewendet wird, machen viele Auszubildende des LTPS im HPPA ihr Praktikum, wo dieses Modell Anwendung findet. Zu betonen ist jedoch, dass die Schule keine Böhm-Experten hervorbringen kann.⁶²

Das Realitäts-Orientierungs-Training (ROT) kann aus dem Skript entfernt werden, da dies so nicht mehr angewendet wird. Erwähnenswert ist es nur deswegen, damit erklärbar ist, worauf z. B. das kognitive Training beruht. Es ist in der Praxis nicht (mehr) geläufig und wird auch in der Literatur als veraltet beschrieben.

⁶² HPPA ermöglicht seinen neuen Mitarbeitern nach einer bestimmten Arbeitszeit eine Fortbildung, sodass alle Mitarbeiter nach dem Pflegemodell nach Böhm arbeiten können.

7. Kritische Würdigung

Im Folgenden werden einige Themen der Arbeit kritisch betrachtet. Hierbei fließen persönliche Meinungen und Ansichten der Autorin ein.

Während der Erstellung der Arbeit hat sich gezeigt, dass das Thema Demenz äußerst umfangreich ist. Daher bestand eine Herausforderung darin, sich während der Recherche auf das vorgegebene Thema zu fokussieren und nicht abzuweichen.

Bei der Analyse der Gruppe der Auszubildenden zeigt sich, dass diese in Bezug auf z. B. Alter, Vorbildung und Erfahrung sehr heterogen ist, besonders zu Beginn der Ausbildung. Diese Heterogenität kann dazu führen, dass vor allem die Module, die Kommunikationstechniken, Selbst- und Sozialkompetenz zum Inhalt haben, im ersten Jahr eine Herausforderung für das pädagogische Team darstellen können. Auch wenn die personalen Ressourcen auf Seiten des LTPS aktuell für das Einführen von Laborstunden mit zwei Lehrkräften in den oben erwähnten Modulen nicht ausreichend sind, so wäre es dennoch wünschenswert, dies umsetzen zu können, da vor allem diese Module entscheidend für die weitere Entwicklung der Auszubildenden sind und Schlüsselkompetenzen eines professionellen Handelns darstellen. Außerdem haben die Pflegehelfer oft sogar mehr und längeren Kontakt mit den Pflegebedürftigen als die Krankenpfleger. Im Gegensatz zu den Auszubildenden in der Krankenpflegehilfe ist für die Krankenpflegeschüler im Curriculum festgelegt, dass sie im Fach Kommunikation ergänzend zur Theorie Laborstunden haben, sodass sie in kleineren Gruppen mit jeweils einer Lehrkraft praktische Kommunikationsübungen durchführen können.

Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass die Auszubildenden sich wünschen, dass das Thema Demenz bereits im ersten Ausbildungsjahr unterrichtet wird. Dies scheint aufgrund der oben dargestellten Komplexität des Themas Demenz ein sinnvoller Ansatz zu sein, da das Thema Demenz so über einen längeren Zeitraum vermittelt werden kann und die Auszubildenden sich besser auf ihre Praxiseinsätze vorbereitet fühlen.

Dagegen spricht aus pflegepädagogischer Sicht, dass die Auszubildenden zu diesem Zeitpunkt der Ausbildung in der Regel noch keine Praxiserfahrung haben. Außerdem sind sie in dieser Ausbildungsphase oftmals noch sehr damit beschäftigt, ihre Rolle zu finden und sich mit dem Beruf Krankenpflegehelfer zu identifizieren. Hinzu kommt, dass die Auszubildenden sich zu diesem Zeitpunkt in einer entscheidenden Lebensphase befinden, nämlich dem Übergang in die Berufswelt. Dies kann bei manchen Auszubildenden schnell zu einem Gefühl der Überforderung führen, welches zusätzlich durch ein subjektiv als umfangreich empfundenes Curriculum verstärkt werden kann. Da alle diese Komponenten eine wichtige Rolle im Lehr-Lernprozess spielen, ist die Lehrkraft in dieser Phase der Ausbildung oftmals mehr als nur ein Wissensvermittler, sondern viel mehr ein Tutor für die Auszubildenden. Daher erscheint es letztendlich wenig sinnvoll, bereits im ersten Ausbildungsjahr der Krankenpflegehilfe das Thema Demenz in einer obligatorischen Kompetenz einzuführen. Aus Sicht der Autorin wäre die Belastung für die Auszubildenden zu groß und andere Inhalte wie z. B. Training der Kommunikation sollten in dieser Phase höhere Priorität genießen.

Die Autorin ist aber überzeugt, dass es auf jedem Fall sinnvoll ist, das Thema Demenz spätestens im zweiten Ausbildungsjahr einzuführen. Denn auch wenn die grundsätzlichen Symptome verschiedener Demenzerkrankungen relativ leicht vermittelt werden können, zeigt sich in der Praxis, wie individuell sich eine Demenz darstellen kann, sodass es für die Auszubildenden sogar im letzten Ausbildungsjahr sehr schwierig ist, mit Demenzkranken umzugehen. Dies zeigen die Ergebnisse der Auswertung der Fragebögen.

Die moderne Medizin ermöglicht es inzwischen, beim Verdacht auf eine Demenzerkrankung eine differenzierte Diagnose zu stellen. So kann heutzutage durch moderne diagnostische Verfahren und einer guten Anamnese differenziert werden, ob es sich um eine Lewy-Body-Demenz, eine Frontotemporale Demenz, eine andere Demenzform oder eine

Mischform handelt. In diesem Zusammenhang fiel bei der Analyse der Interviews mit den Pflegeleitungen eine Aussage besonders auf: Demnach nimmt die Anzahl der bisher üblichen Diagnosen der Alzheimer-Demenz ab und es werden immer mehr andere Demenzformen von den Ärzten diagnostiziert.⁶³ Diese Aussage stimmt mit den Ergebnissen der Literaturrecherche zu dieser Arbeit überein.

Somit stellt sich die Frage, ob die Unterscheidung der verschiedenen Demenzformen nicht auch für den Bereich der Pflege relevant ist. Grundsätzlich hält die Autorin es für unerlässlich, dass die Krankenpflegehelfer einen fundierten professionellen Wissensstand haben, um sich im interdisziplinären Team einbringen zu können. Allerdings stellt sich in der konkreten Pflegesituation dann wiederum die Frage, ob es einen Unterschied macht, einen Pflegeempfänger mit einer Alzheimer-Demenz oder einer anderen Demenzform zu betreuen. Wenn es verschiedene Demenzformen gibt, gibt es dann auch verschiedene Demenzformen-Pflegearten? Auf diese Fragestellung gibt es bisher weder in der Praxis noch in der Literatur eindeutige bzw. allgemein anerkannte Antworten. In den Interviews mit den Pflegeleitungen zeigte sich, dass die Praxis mit diesem Problem unterschiedlich umgeht. Es gibt sowohl Pflegeeinrichtungen, welche keine Unterscheidungen bei den Versorgungen der Demenzkranken machen, es gibt aber offenbar auch Einrichtungen, die versuchen, die Pflege an die Demenzform anzupassen. Grundsätzlich betonen aber alle Befragten, dass die Bewohner eine gute und individuelle Pflege erhalten sollen und die Demenzform im Zweifelsfall nicht differenziert betrachtet wird.

Lediglich Frau Halsdorf von der ala gab eine detaillierte Antwort, welche ich als Autorin dieser Arbeit und Pflegepädagogin gut nachvollziehen kann: Die Mitarbeiter der ala legen Wert darauf, dass die Auszubildenden die verschiedenen Formen der Demenz kennenlernen, damit sie das Verhalten der einzelnen Demenzerkrankten besser verstehen lernen und somit individuell auf sie eingehen können. Laut Frau Halsdorf wird die Form der

⁶³ Siehe Kapitel 1.

Demenz auch bei der Pflegeplanung berücksichtigt, da z.B. die Pflege eines Menschen mit Korsakow-Demenz anders gestaltet wird als z.B. die eines Menschen mit Alzheimer-Demenz.

Auch wenn die Medizin inzwischen in der Lage ist, Demenzerkrankungen differenziert zu diagnostizieren und verschiedene Pflegeheime ebenfalls versuchen, dies in die Praxis einzubeziehen, haben die Auszubildenden nach eigenen Aussagen oft das Problem, dass weiterhin nur die einfache Diagnose „Demenz“ in den Pflegeakten steht. Offenbar sind noch nicht alle Ärzte soweit, die verschiedenen Demenzformen zu diagnostizieren und zu dokumentieren. Aus ethischer Sicht ist es nachvollziehbar, wenn Mediziner nicht alle Patienten mit zusätzlichen diagnostischen Verfahren belasten wollen. Speziell für ältere Patienten scheint es unerheblich, welche Demenzformen sie haben, hingegen kann es für jüngere Betroffene eine wichtige Information darstellen.

Daher ist es auf der einen Seite verständlich, dass Pflegekräfte nicht motiviert sind, die Unterschiede verschiedener Demenzformen in der Praxis zu erkennen und einzuordnen, wenn dies nicht auch von ärztlicher Seite unterstützt und anerkannt wird. Auf der anderen Seite hat natürlich auch die Pflege die Verantwortung und den Anspruch, Einfluss auf die Ärzte nehmen und sich professionell mit pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen einzubringen.

Die befragten Pflegeleitungen waren alle der Meinung, dass die Auszubildenden nicht genug Wissen über Demenz in die Praxis mitbringen. Bei der Recherche und Beschreibung der Pflegemodelle, -methoden und -konzepte konnte festgestellt werden, dass es in der Praxis einige innovative Ansätze wie z. B. die 10-Minuten-Aktivierung oder die Integrative Validation nach Nicole Richard gibt. Die aktuellen Unterrichtsunterlagen bzw. Lernsituationen beinhalten diese nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße.

Hingegen enthalten die Unterlagen sehr viele Informationen zum psychobiografischen Pflegemodell von Erwin Böhm. Gemessen an der

Relevanz in der Praxis erscheint dies im Verhältnis zu anderen Themen überrepräsentiert. Das Pflegemodell von Böhm ist für sich allein schon so umfassend, dass es ein eigenes Modul bilden könnte. Nach Ansicht der Autorin sollte das Modell von Böhm wie bereits erwähnt allerdings nicht komplett entfallen, denn es beinhaltet wesentliche Grundideen für die pflegerische Versorgung von Demenzerkrankten wie etwa die Biografiearbeit oder die Milieuthérapie. Das psychobiografische Pflegemodell nach Böhm sollte auch gerade deshalb Unterrichtsinhalt bleiben, weil z. B. die von Böhm beschriebene Milieuthérapie und die „regionale Prägung“ inzwischen kritisch betrachtet werden. Grund hierfür ist vor allem die Weiterentwicklung der Gesellschaft. Nach Luxemburg eingewanderte Menschen werden hier alt und pflegebedürftig. Sie haben je nach Herkunftsland eine andere Sozialisation und Kultur als Pflegebedürftige luxemburgischer Herkunft. Die Gesellschaft ist heute sehr viel heterogener als zur Zeit der Entwicklung des Böhm'schen Pflegemodells. Dementsprechend scheint es äußerst schwierig, wenn nicht unmöglich, ein Milieu zu schaffen, welches alle Bedürfnisse und Wünsche der verschiedenen Pflegeempfänger befriedigen kann.

Aus dieser Arbeit geht hervor, dass Anforderungen in der Praxis und der aktuelle Unterrichtsinhalt nicht immer kohärent sind. Daher ist es wichtig, dass Schule und Praxis sich in Bezug auf Unterrichts- und Praxisinhalte noch enger abstimmen und bereits im zweiten Lehrjahr mit der Vermittlung des Themas Demenz begonnen wird. Die Autorin hofft, dass die Ergebnisse dieser Arbeit einen Anstoß geben kann, die Unterrichtsstruktur für den Bereich Demenz zu überarbeiten und so Praxis und Theorie enger zusammenbringen zu können.

Die Annahme, dass sich ein großer Teil der Auszubildenden im Umgang mit Demenzkranken unsicher fühlt, hat sich bestätigt. Dem entspricht der Wunsch der Auszubildenden nach Kommunikationstraining.

Ebenso hat sich bestätigt, dass der Unterricht zur Demenz überarbeitet werden sollte, um den aktuellen Anforderungen der Praxis zu entsprechen. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen den Lehrkräften und den Auszubildenden des LTPS zugutekommen. Sie stehen auch der Programmkommission zur Verfügung, um die gemachten Vorschläge zu bewerten und zu überlegen, inwiefern sie umgesetzt werden können.

8. Literaturverzeichnis

Fachliteratur:

FÖRSTL, H.; KLEINSCHMIDT, C.: *Demenz: Diagnose und Therapie*, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2011.

FÖRSTL, H.: *Demenzen in Theorie und Praxis*, 3. Aktualisierte und überarbeitete Auflage, Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2011.

HARMS, H.; DREISCHULTE, G.: *Musik erleben und gestalten mit alten Menschen*, 3. Auflage, Urban & Fischer, München, 2007.

HEFFELS, W. M.: *Lehren in der Sozialen Arbeit*, Klinkhardt Verlag, Bad Heilbrunn, 2008.

HÖWLER, E.: *Biografie und Demenz, Grundlagen und Konsequenzen im Umgang mit Herausforderndem Verhalten*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2011.

HUNDENBORN, G.: *Fallorientierte Didaktik in der Pflege, Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung*, 1. Auflage, Elsevier GmbH, München, 2007.

JAHN, T.; WERHEID, K.: *Demenzen*, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2015.

KASTNER, U.; LÖBACH, R.: *Handbuch Demenz*, 3. Auflage, Elsevier, München, 2014.

KOLLAK, I. (HRSG.): *Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren*. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2016.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J.: *Pflegeforschung: Methoden – Bewertung – Anwendung*, Urban & Fischer, München, 2005.

LÖDING, C.: *Snoezelen*, Urban & Fischer, München, 2004.

MECHE, N.: *Pflege Heute*, Urban & Fischer/Elsevier GmbH, München, 2007.

MONIGL, E.; AMEREIN, B.; STAHL-WAGNER,C.; BEHR, M.: *Selbstkompetenzen bei Jugendlichen fördern. Das SMS-Trainingsbuch zur Verbesserung der beruflichen Integration von Haupt- und Realschülern*, Hogrefe, Göttingen, 2011.

PSCHYREMBEL KLINISCHES WÖRTERBUCH, 259. Auflage, de Gruyter, Berlin/New York, 2002.

SCHMIDT-HACKENBERG, U.: *10-Minuten-Aktivierung als Methode. Ergänzt um die Körpersprache der Dementen*, Vincentz Network, Hannover, 2013.

RICHARD, N.: *Integrative Validation nach Richard, Menschen mit Demenz wertschätzend begegnen*, 2. Auflage, Institut für integrative Validation, Bollendorf, 2016.

SPANGENBERG, K.D.: *Farbe, Licht und Leben Kunsttherapie mit Senioren, Eine Dokumentation aus zehn Jahren kunsttherapeutischer Arbeit*, CENTAURUS Verlag & Media KG, 2011.

STÄDELI, C.; GRASSI, A.; OBRIST, W.; RHINER, K.: *Kompetenzorientiert unterrichten. Das AVIVA: Fünf Phasen guten Unterrichts*, hep verlag, Bern, 2013.

Artikel in Fachzeitschriften:

BERENDONK, C.; STANEK S.; SCHÖNIT, M.; KASPAR, M; KRUSE, A.: *Biographiearbeit in der stationären Langzeitpflege von Menschen mit Demenz, Potentiale des DEMIAN-Pflegekonzeptes*, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 44 (1), 2011, 13-18.

CAMARTIN, K. J.: *The Use of Art Therapy with Persons with Dementia*, The Canadian Art Therapy Association Journal 25 (2), 2012, 7-15.

ERDMANN, A., SCHNEPP, W.: *Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia*, A qualitative evaluation study, Dementia 15 (5), 2016, 1184-1204.

FISCHER, C.; GLANZMANN P. G.: *Psychologisch fundierte Musiktherapie bei Menschen mit Demenz*. In: Menschen mit Demenz durch Kunst und Kreativität aktivieren, I. Kollak (Hrsg.), Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg, 2016, 69-92.

KOPF, D.; RÖSLER, A.: *Demenz Diagnostik und Therapie*, Internist 54, 2013, 827-843.

KUCKELAND H.; SCHNEIDER K.: *Lernsituationen zum Thema „Umgang mit Menschen mit Demenz strukturieren“*, Unterricht Pflege 15 (1), 2010, 2-5.

LAMBERT, P.: *Alzheimer: diagnostic fourre-tout*, in: Les grands dossiers des sciences humaines 50 (mars-avril-mai), 2018, 46-47

MARTIUS, P.; MARTEN, D.: *Kunsttherapie, Grundlagen und Anwendungen*, Psychotherapeut 59, 2014, 329-343.

REUSCHENBACH, B.; MALLAU, A.: *Snoezelen bei Demenz: Disco im Altenheim oder sinnvolles therapeutisches Angebot?* Pflegezeitschrift 5 (58), 2005, 304-308.

SPECTOR, A.; WOODS, B.; ORRELL M.: *Cognitive Stimulation for the treatment of Alzheimer's disease*, Expert Review of Neurotherapeutics 8 (5), 2008, 751-757.

SPECTOR, A; ORRELL, M; DAVIES, S.; WOODS, B.: *Can reality orientation be rehabilitated? Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia*, Neuropsychological Rehabilitation 11 (3-4), 2001, 377-397.

TRENZ, P.S.: *Im Labyrinth der Vergesslichkeit, Validation nach Naomi Feil als Zugang zu Menschen mit Demenzerkrankung*, pro care 17 (1-2), 2012, 20-25.

Internetseiten:

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT E.V. *andere Demenzformen*, unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen.html> (abgerufen am 09.07.2018).

ENPP-BÖHM Bildung und Forschungsgesellschaft mbH: *Zertifizierung*, unter: <http://enpp-boehm.com/zertifizierung.htm> (abgerufen am 19.03.2018).

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT: *Alois Alzheimer*, unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit/alois-alzheimer.html> (abgerufen am 26.06.2018).

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT: *Die Lewy-Körperchen-Demenz*, unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/FactSheet14-2011_01.pdf (abgerufen am 26.06.2018).

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT: *Frontotemporale Demenz (Pick-Krankheit)*, unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/frontotemporale-demenz.html> (abgerufen am 26.06.2018).

DEUTSCHE ALZHEIMER GESELLSCHAFT: *Korsakow-Syndrom*, unter: <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/korsakow-syndrom.html> (abgerufen am 26.06.2018).

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR NEUROLOGIE (DGN), DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN): *Leitlinien Demenz*, 2016, unter:

https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/LL_2016/PDFs_Download/038013_LL_Demenzen_2016.pdf (abgerufen am 30.11.2017).

FRANK, I.; EULER, D.: *Reform der beruflichen Bildung im Großherzogtum Luxemburg Abschlussbericht*, Bundesinstitut für Berufsbildung, 2015, unter: https://www2.bibb.de/bibbtools/tools/dapro/data/documents/pdf/eb_40907.pdf (abgerufen am 26.06.2018).

INFO-ZENTER DEMENZ: *Info-Zenter Demenz*, unter: http://www.demenz.lu/online/www/nav_content/24/DEU/index.html (abgerufen am 30.11.2017).

MERTENS, K.: *Snoezelen (sprich, snuzelen)*, unter: <https://snoezelen-professional.com/de/snoezelen/definition-und-lehr-dvd> (abgerufen am 19.03.2018).

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE L'ENFANCE ET DE LA JEUNESSE: *Programme Formation professionnelle*, unter: <http://portal.education.lu/programmes/Programme-Formation-professionnelle>, 2017 (abgerufen am 26.06.2018).

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, INSPECTION GÉNÉRALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE: *Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2017*, unter: http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2017/rg_2017.pdf (abgerufen am 26.06.2018).

ROMERO, B.: *Konzept*, unter: <http://www.set-institut.de/> (abgerufen am 19.03.2018).

SERVIOR: *Kennzahlen*, unter: <http://www.servior.lu/servior/kennzahlen/> (abgerufen am 29.06.2018).

Expertengespräche bzw. Auszubildende:

HALSDORF, M.: Direktionsadjunktin MSS Erpeldingen, Verantwortliche Abteilung Betreuung, Association Alzheimer Luxembourg, 2017. Interview.

LEHRENDE LTPS Warzen, 2018, E-mail-Befragung.

PFLEGEDIENSTLEITERINNEN: Servior Diekirch, 2017. Interview.

PINTO, L.: Pflegedienstleiterin Home pour Personnes âgées (HPPA) Redange, 2017. Interview.

PRAXISANLEITER: Servior Diekirch, 2017, Interview.

Fragebögen:

Umfrage bei den Auszubildenden der Klassen X1AS, X2AS, LTPS Warzen & Valan, 2017 + 2018.

9. Anhang

9.1. Interview-Leitfaden responsible

Wie lange arbeiten Sie bereits im Demenzbereich?

Stellen Sie unerfahrene bzw. neu ausgebildete Schüler ein?

Wenn ja: AS, SI, oder beides?

Wenn junge Pfleger im Vorstellungsgespräch sind, stellen Sie Fragen zur Demenz?

Wenn ja: was stellen Sie fest?

Was fehlt Ihrer Meinung nach den Schülern, bzw. jungen Mitarbeitern was den Umgang mit Demenz erkrankten Menschen betrifft??

Was denken Sie, können die Schüler, bzw. jungen Mitarbeiter von vorne herein gut, was den Umgang mit Demenz erkrankten Menschen betrifft?

Folgende (Beispiele angeben) Konzepte sollen, laut Skript, im Unterricht besprochen werden. Welche davon empfinden Sie als wichtig? Welche könnten weggelassen werden?

- *Kunst- und Musiktherapie*
- *Milieuthérapie*
- *Selbsterhaltungstherapie*
- *Basale Stimulation*
- *(DCM: Demenz Care Mapping)*
- *Realitäts-Orientierungs-Training (ROT)*
- *Naomi Feil*
- *Nicole Richard*
- *Erwin Böhm (größter Teil im Unterricht)*

In unserem aktuellen Unterricht ist ein großer Teil das Konzept von „Erwin Böhm“. Arbeiten Sie damit?

Halten Sie es für wichtig, dass die Schüler die Medikation bei Demenz (besser) kennen?

Die integrative Validation nach Nicole Richard ist ein kleiner Teil im theoretischen Unterricht. Es wird auch nicht explizit in den zu evaluierenden Kompetenzen bei AS gefragt. Wie bewerten Sie das?

Der Unterricht Demenz erfolgt bei AS über die Gesamtausbildung im letzten Unterrichtsjahr und beträgt 48 Unterrichtseinheiten. Finden Sie das ausreichend?

9.2. Fragebogen Auszubildende

X1AS

Alter

Klasse

Geschlecht

Hatten Sie in Ihrem letzten Praktikum (ENSPR1 auf X0AS) Kontakt mit Menschen welche an Demenz erkrankt sind?

Wurde Ihnen, BEVOR Sie ins Praktikum gingen, Erklärungen gegeben über das Thema Demenz?

Wenn JA, haben Sie Rollenspiele dazu gemacht? Zum Beispiel im APPCO/PSYCH? Begründen Sie!

Hat Ihr Tuteur professionelle/scolaire WÄHREND dem Praktikum Ihnen Erklärungen gegeben zum Thema Demenz?

Finden Sie es wichtig, dass man Ihnen VOR dem Praktikum X0AS Erklärungen zum Thema Demenz gibt? Begründen Sie Ihre Antwort!

Falls Sie Kontakt mit Demenzerkrankten hatten, was fiel Ihnen schwer?

Haben Sie nach dem Praktikum das Thema „Demenz“ angesprochen in irgendeinem Modul?

Das Thema „demenzranke Menschen pflegen“ steht auf dem Lehrprogramm vom letzten Ausbildungsjahr, das heißt auf X2AS.

- Thema Demenz in den Klassen X0AS + X1AS + X2AS behandeln, so dass der angehende Pflegehelfer kontinuierlich ins Thema „Demenz“ eingeführt wird
- Thema Demenz in den Klassen X1AS + X2AS behandeln
- Thema Demenz in der Klasse X2AS behandeln

Begründen Sie Ihre Auswahl.

X2AS

Klasse

Welche dieser Pflegemodelle, -theorien, -konzepte oder Aktivitäten zum Thema Demenz kennen Sie durch den Unterricht (NUDEM) in der Schule?

- Biografiearbeit
- Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm
- 10-Minuten-Aktivierung
- Kognitive Stimulation
- Milieuthherapie
- Snoezelen
- Kunsttherapie
- Musiktherapie
- Validation nach Naomi Feil
- Integrative Validation nach Nicole Richard
- Selbsterhaltungstherapie

Welche dieser Pflegemodelle, -theorien, -konzepte oder Aktivitäten zum Thema Demenz kennen Sie durch den ENSPR?

- Biografiearbeit
- Psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm
- 10-Minuten-Aktivierung
- Kognitive Stimulation
- Milieuthherapie
- Snoezelen
- Kunsttherapie
- Musiktherapie
- Validation nach Naomi Feil
- Integrative Validation nach Nicole Richard
- Selbsterhaltungstherapie

Welche dieser Demenzen kennen Sie durch den Unterricht (NUDEM) in der Schule?

- Alzheimer-Demenz
- Vaskuläre Demenz
- Lewy-Body-Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Wernicke-Korsakow-Demenz

Welche dieser Demenzen kennen Sie durch den ENSPR?

- Alzheimer-Demenz
- Vaskuläre Demenz
- Lewy-Body-Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Wernicke-Korsakow-Demenz

Fühlen Sie sich nach dem NUDEM Unterricht vorbereitet für die Praxis (im Demenzbereich)?

- Ja
- Nein

Wenn Sie die vorherige Frage (Nr. 6) mit NEIN beantwortet haben, begründen Sie, warum!

Kreuzen Sie an, was Sie für angebracht empfinden:

- Thema Demenz in den Klassen X0AS + X1AS + X2AS behandeln, sodass der angehende Pflegehelfer kontinuierlich ins Thema „Demenz“ eingeführt wird
- Thema Demenz in den Klassen X1AS + X2AS behandeln
- Thema Demenz in der Klasse X2AS behandeln

Begründen Sie Ihre Antwort bei Frage 8:

Was sollte mehr unterrichtet werden im NUDEM?

- Krankheit Demenz, Symptome, Diagnose
- Aktivitäten für Demenzkranke
- Kommunikation mit Demenzkranken (z. B. Validation)
- Alles ist gut so wie es ist

Was sollte weniger unterrichtet werden im NUDEM?

- Krankheit Demenz, Symptome, Diagnose
- Aktivitäten für Demenzkranke
- Kommunikation mit Demenzkranken (z. B. Validation)
- Alles ist gut so wie es ist

Sonstige Bemerkungen.

9.3. Fragen an Lehrende des LTPS

1. Fehlt ein wichtiger Inhalt im Unterricht NUDEM?
Falls ja, was genau?
2. Gibt es einen Inhalt, den Sie als zu groß bzw. zu viel betrachten?
3. Ab welchem Ausbildungsjahr müssten die Auszubildenden Ihrer Meinung nach etwas zum Thema Demenz lernen?
4. Ist für Sie der theoretische Unterricht in der Schule und die Praxis kongruent
5. Wie erleben Sie die Auszubildenden im Praktikumseinsatz im Umgang mit Demenzkranken?
6. Allgemeine Frage: Sollen die Auszubildenden ihre Sozial- und Selbstkompetenzen in der Schule stärken können?

9.4. Evaluierungsraster – Kompetenzen

Evaluierungsraster ⁶⁴ APPCO				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende ist in der Lage, die physiologischen und pathologischen Strukturen der Sinnesorgane zu erklären.	Er erklärt die normale Funktion der Sinnesorgane. Er erklärt die Pathophysiologie der Sinnesorgane: grüner und grauer Star, Kurz- und Weitsichtigkeit, Sehbehinderung, Schwerhörigkeit, Tinnitus.	Er versteht wesentliche Funktionen der Sinnesorgane. Er definiert ein Krankheitsbild und nennt die wichtigsten Symptome, Ursachen und Therapien.
	SA2	Der Auszubildende ist in der Lage, zu einer spezifischen Situation Pflegemaßnahmen vorzuschlagen.	Er schlägt entsprechende Pflegemaßnahmen bei der Pflege eines sehbehinderten resp. Schwerhörigen Pflegeempfängers vor.	Er nennt die wichtigsten Prinzipien der Pflege bei Seh- oder Hörbehinderung.
	SA3	Der Auszubildende ist in der Lage, die Regeln zur Kommunikation anzuwenden.	Der Auszubildende ist in der Lage, mit Unterstützung eine Selbstbewertung bezüglich der Regeln der korrekten Kommunikation durchzuführen. Der Auszubildenden erklärt das 4-Ohren-Modell und die Axiome Watzlawicks.	Er bemüht sich die Regeln der Kommunikation in seinem schulischen Alltag anzuwenden. Er versteht das 4-Ohren-Modell und die Axiome Watzlawicks. Er bemüht sich Regelverstöße in der Alltagskommunikation zu erkennen. Er bemüht sich die elementaren Regeln der Kommunikation anzuwenden.
S	SA4	Der Auszubildende ist sich der Wichtigkeit von Nähe und Distanz in der zwischenmenschlichen Beziehung bewusst.	Er kann die Problematik von Nähe und Distanz aus persönlicher Sicht erläutern.	Er ist sich der Wichtigkeit von Nähe und Distanz in der beruflichen Situation bewusst.
S	SZE1	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung.	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet.

⁶⁴ Typ: Obligatorisch oder selektiv

Kat.: Sachkompetenz oder Sozial- bzw. Selbstkompetenz

SA: Sachkompetenz

SZE: Sozial-bzw. Selbstkompetenz

Sax: Sachkompetenz Nummer x aus der Modulbeschreibung

SZE: Sozial-bzw. Selbstkompetenz Nummer x aus der Modulbeschreibung

(MEN: Programme formation professionnelle 2017/2018/DAP/AS)

				Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				

Evaluierungsraster: PSYCH				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende ist in der Lage, den Einfluss von kulturellen, ethnischen und religiösen Besonderheiten auf die Krankenpflege zu erklären.	Er erklärt den Einfluss kultureller, ethnischer und religiöser Besonderheiten auf die Pflege. Er unterscheidet Zeichen von Abhängigkeit und Unabhängigkeit.	Er beschreibt Einflüsse kultureller, ethnischer und religiöser Besonderheiten auf die Pflege.
S	SZE1	Der Auszubildende kennt seine eigene Lernmethode und erkennt Lerntechniken, die ihm weiterhelfen.	Er ordnet die Lerntypen einer Lernmethode zu. Er teilt seine Lernmethode und seinen Lerntyp mit. Er unterscheidet lernfördernde und lernhemmende Faktoren.	Er ist sich seiner Lernsituation bewusst und offen für Unterstützungsangebote.
O	SZE2	Der Auszubildende ist sich bewusst, wie sein Selbstbild entsteht.	Er erläutert, welche Faktoren das Selbstbild beeinflussen. Er erkennt seine Stärken und Schwächen.	Er kann anhand von 3 Faktoren erläutern, wie das Selbstbild entsteht. Er kann 2 eigene Charakterstärken und -schwächen beschreiben.
S	SZE3	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet. Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				

Evaluierungsraster: GERON				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende ist in der Lage, sein Verständnis für die spezifische Situation des alten Menschen in der Gesellschaft zu erweitern.	Er beschreibt die aktuelle Bevölkerungspyramide. Er beschreibt die zukünftige Entwicklung der Pflegedienste und Strukturen sowie berufliche Perspektiven. Er beschreibt voraussichtliche Entwicklungen auf dem Gebiet der medizinisch-pflegerischen Versorgung und der Sozialversicherungen. Er beschreibt divergierende Bilder des alten Menschen.	Die Beschreibungen sind größtenteils korrekt.
	SA2	Der Auszubildende ist in der Lage, individuelle Ressourcen und	Er nennt und erklärt altersspezifische Abweichungen im Rahmen der Bedürfnisse nach V.	Er beschreibt wesentliche körperliche und psychische Veränderungen im Alter.

		Probleme des alten Menschen wahrzunehmen.	Henderson. Er erklärt allgemeinverständlich die Funktion von Seniorenwohnungen, Tagesstätten, Notrufdiensten, Heimpflegediensten sowie Altersheimen (CIPA) und Pflegeheimen.	Er beschreibt den Begriff der Multimorbidität. Er beschreibt die wesentlichen sozialen Strukturen, welche prioritär gesunden und/oder kranken alten Menschen zur Verfügung stehen.
	SA3	Der Auszubildende ist in der Lage, die Wohnung des alten Menschen, ihre Ausstattung, eventuelle Komfortmängel, Gefahrenquellen und verfügbare technische Mittel kritisch zu beurteilen.	Er beschreibt Gefahren durch Stolpern und Stürzen, scharfe, spitze und herunterfallende Gegenstände, mangelnde Sicht und Beleuchtung, Feuer sowie ungewolltes Eindringen. Er erklärt einfache mechanische und elektrische Hilfen für Kochen und Essen, Waschen und Anziehen, Bewegung und Freizeitbeschäftigung.	Die Beschreibungen sind größtenteils korrekt. Er nennt wesentliche Hilfsmittel.
S	SZE1	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung.	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet. Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				

Evaluierungsraster ECOAC				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende wendet die Techniken aktiven Zuhörens an, um eine offene und vertrauensvolle Beziehung aufzubauen.	Der Auszubildende wendet die Techniken an. Er hört zu. Er unterscheidet zwischen Ich- und Du-Botschaften. Er unterscheidet die verschiedenen Formen der Fragestellung. Er reformuliert die Aussagen des Gesprächspartners. Der Auszubildende beurteilt das Verhalten des Gesprächspartners. Er beobachtet die Körpersprache. Er hinterfragt seine Interpretation.	Der Auszubildende wendet in simulierten Situationen die Techniken aktiven Zuhörens größtenteils korrekt an. Er reflektiert seine Interpretationen weitgehend korrekt.
	SA2	Der Auszubildende erläutert die Rolle der Gefühle in der Gestaltung der zwischenmenschlichen Beziehung.	Er kann seine eigenen Gefühle beschreiben. Er zeigt respektvollen Umgang mit Anderen. Er erklärt die Bedeutung der für aktives Zuhören notwendigen menschlichen Einstellungen.	Er beschreibt Zusammenhänge von Gefühlen die in der Kommunikation wichtig sind.

S	SZE1	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung.	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet. Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				

Evaluierungsraster NUDEM				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende ist in der Lage, sein Wissen über die dementielle Erkrankung und die diesbezügliche Pflege kontinuierlich zu erweitern.	Er unterscheidet zwischen Desorientierung und Demenz. Er versteht die häufigsten anzutreffenden Formen von Demenz. Er beschreibt die charakteristischen Symptome von Demenz.	Die Erklärungen sind größtenteils korrekt.
O	SA2	Der Auszubildende ist in der Lage, bei dementen Pflegeempfänger Probleme und Ressourcen zu erkennen.	Er beschreibt grundsätzliche Pflegeaspekte bei den häufigsten dementiellen Erkrankungen.	Er kann die wichtigsten Aspekte der Pflege größtenteils korrekt beschreiben.
O	SA3	Der Auszubildende ist in der Lage, den Zustand des dementen Pflegeempfängers technisch korrekt zu dokumentieren.	Er benutzt die Fachsprache.	Er kennt die für sein Berufsbild wesentlichen Fachbegriffe in Bezug auf die dementielle Pathologie.
O	SZE1	Der Auszubildende ist in der Lage, seine Kommunikation an den dementen Pflegeempfänger anzupassen.	Er beschreibt die Kommunikation mit Dementen.	Er kennt wesentliche Aspekte der Kommunikation mit Dementen.
S	SZE2	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung.	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet. Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				

Evaluierungsraster OCCUP				
Typ	Kat	Kompetenzen	Indikatoren	Standards
O	SA1	Der Auszubildende ist in der Lage, unter Beachtung der Fähigkeiten, Gewohnheiten und Wünsche eines alten Menschen, die Durchführung einer Aktivität zu planen und zu bewerten.	Er plant eine angepasste Beschäftigungsmaßnahme. Er kennt Kriterien zur Beurteilung einer Maßnahme.	Er berücksichtigt weitgehend Planungskriterien. Er berücksichtigt weitgehend die Leistungsfähigkeit des Pflegeempfängers. Er kann Beurteilungskriterien benennen.

	SA2	Der Auszubildende ist in der Lage eine Beschäftigungsaktivität in der Klasse durchzuführen.	Er plant die Maßnahme. Er führt die Maßnahme durch. Er beurteilt die Maßnahmen.	Wesentliche Planungs- und Beurteilungskriterien sind berücksichtigt.
S	SZE1	Der Auszubildende zeigt Interesse an der Ausbildung.	Er beteiligt sich am Unterrichtsgeschehen.	Er ist größtenteils für den Unterricht vorbereitet. Er zeigt Interesse am Unterricht.
Anzahl der zu evaluierenden selektiven Kompetenzen: 1				