

Konzeption

Soziale Therapie

Christine Thormann
Ulla Doum-Ackermann



Ausflug Teuterhof

Letzte Überarbeitung: Januar 2011

1. Einleitung	4
2. Grundlagen der therapeutischen Haltung	5
2.1 Betreuungs- und Beziehungsgestaltung	5
2.2 Die kommunikative oder validierende Haltung	6
2.3 Die biographische Haltung	6
2.4 Die selbstreflektierende Haltung	7
2.5 Sozialtherapeutische Zielformulierungen	8
3. Rahmenbedingungen	9
3.1 Die Milieugestaltung	9
3.2 Die Biographiearbeit	10
3.3 Die Angehörigen	11
3.3.1 Mitarbeiterinnen und Team	11
3.3.2 Team, Zusammenarbeit mit anderen Bereichen unseres Hauses	13
3.3.3 Schüler, Praktikanten, Zivis	13
3.4 Zusätzliche Betreuungsangebote nach § 87 b SGB XI	14
4. Gruppenangebote	14
4.1 Das Gedächtnistraining	14
4.2 Das therapeutische Dienstagsfrühstück:	15
4.3 Das kreative Arbeiten	16
4.4 Das therapeutische Kochen	17
4.5 Die Seniorengymnastik	17
4.6 Musiktherapie in der Gruppe	19
4.7 Ausflug in das nähere Umland	21
4.8 Tiergestützte Therapie in der Gruppe	21
4.9 Spiele	22
4.10 Märchen und Geschichten	23
4.11 Der Kaffeeklatsch	23

4.12 Die Abendrunde.....	23
4.13 Die 10-Minuten-Aktivierung.....	24
5. Individuelle Angebote	24
5.1 Die Begleitung in der Eingewöhnungsphase	24
5.2 Konflikt- und Krisenbewältigung.....	26
5.3 Frühstückstherapie	28
5.4 Spaziergang und Terrassenbesuch.....	29
5.5 Einzelbetreuung im Zimmer und am Bett	29
5.5.1 Tiergestützte Therapie im Zimmer oder am Bett	30
5.5.2 Die Basale Stimulation.....	31
5.6 Religion und Glauben.....	33
5.7 Sterbebegleitung	34
6. Brauchtumspflege und kulturelle Angebote.....	35
6.1 Brauchtum im Frühling	36
6.2 Brauchtum im Sommer	36
6.3 Brauchtum im Herbst	37
6.4 Brauchtum im Winter	37
6.5 Besondere sportliche oder kulturelle Ereignisse auf der Filmleinwand.....	38
7. Gemeinwesenarbeit	38
7.1 Der Kontakt nach Außen.....	38
8. Literaturverzeichnis.....	40

1. Einleitung

Die Aufgaben und Anforderungen an die soziale Therapie und Betreuung haben sich in den letzten Jahren grundlegend verändert.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung und ihrer vorrangigen Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in ihrer eigenen Häuslichkeit, ziehen diese sehr spät und in weit fortgeschrittenerem Stadium der Pflegebedürftigkeit auf der Pflegestation ein. Hinzu kommt, dass der Anteil der Bewohner und Bewohnerinnen mit geistigen und psychischen Veränderungen in den vergangenen Jahren stark angestiegen ist mit weiter steigender Tendenz.

Die Veränderungen der Bewohnerstruktur fordert ein Umdenken in Bezug auf Rahmenstrukturen und personelle Ausstattung. Sie erfordert veränderte Konzepte für die Pflege, die Therapie und die Betreuung. Neue differenzierte Leistungsangebote, die den besonderen Anforderungen und Bedürfnissen dieses Bewohnerkreises gerecht werden, sind gefordert. Dies bedeutet in der praktischen Arbeit, sich an den Bedürfnissen von „alt gewordenen Menschen“ zu orientieren, gleichzeitig aber auch mit individuellen Angeboten, den Menschen mit Demenz zu begegnen. Dabei geht es darum, Unterstützung bei den Lebensaktivitäten zu geben, die nicht mehr selbst wahrgenommen bzw. durchgeführt werden können. Die Betreuung und Begleitung orientiert sich nicht an den Defiziten, sondern an noch vorhandenen Ressourcen, die gezielt in die täglichen Handlungen einbezogen werden.

Bei den derzeit stattfindenden Gruppenangeboten vermischen sich die Teilnehmer aus beiden Bereichen. Das stellt besondere Anforderungen an uns, an die Vorbereitung und die Durchführung der Angebote. Eine zunehmende Tendenz zu individuellen Einzelangeboten ist zu erkennen und fordert einen höheren Personaleinsatz.

Die weiteren Ausführungen informieren über die therapeutische und soziale Arbeit im Seniorenwohn- und Sozialzentrum am Amselweg.

Das Arbeitsfeld umfasst zwei Pflegestationen mit insgesamt 61 Bewohnern und Bewohnerinnen. Um das Lesen zu vereinfachen, sprechen wir im weiteren Text von den Bewohnerinnen, meinen aber stets auch die männlichen Bewohner. Wir treffen Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen, mit verschiedenen Persönlichkeitsmustern und sehr individuellen Lebensgeschichten. Die primäre Aufgabe des sozialtherapeutischen Dienstes liegt zunächst darin, die Bewohnerin nach dem Einzug zu begleiten, sie in das bestehende Gefüge einzubinden und dabei zu unterstützen, neue soziale Bindungen zu knüpfen. Die Überarbeitung: Januar 2011

Pflege bestehender Bindungen, z.B. zu Angehörigen, Bekannten, Nachbarn etc. ist ebenso wichtig und notwendig.

Die tägliche Arbeit in diesem Spannungsfeld erfordert ein hohes Maß an Professionalität und sozialer Kompetenz

2. Grundlagen der therapeutischen Haltung

2.1 Betreuungs- und Beziehungsgestaltung

Die eigenen Gefühle sind der wichtigste Ansatzpunkt für die Entwicklung einer angemessenen, professionellen Grundhaltung im Umgang mit Menschen die an einer psychiatrischen Erkrankung/Veränderung leiden. Durch die eigene Selbstwahrnehmung ist es möglich, den alten und/oder kranken Menschen besser zu verstehen, da fast alle Gefühle, nachempfunden werden können. Den alten Menschen zu verstehen beinhaltet das Bemühen, ihn anders sein zu lassen und ihn so zu akzeptieren, wie er ist.

Eine wesentliche Grundhaltung liegt darin, nicht nur auf die kranken Aspekte und Defizite in der Persönlichkeit zu schauen, sondern auf die Ressourcen, die manchmal auch verschüttet sein können. Die Bewohnerin ist mehr als das, was sich durch ihre Erkrankung nach außen zeigt. Die Lebensgeschichte, die Erfahrungen und die Persönlichkeit gilt es zu entdecken und in den Betreuungs- und Beziehungsprozess mit einzubinden. Die Frage wie Menschen gesund bleiben, soll Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheit und Risikofaktoren haben. „Ein ressourcenorientiertes Denken veranlasst zur Berücksichtigung der ganzen Person mit ihrer Lebensgeschichte, sowie zur Beachtung des gesamten Systems, in dem die Person lebt.“ (A. Antonovsky, Begriff der Salutogenese¹) Hieran schließt sich wie selbstverständlich der Begriff der „Autonomie“ an, d. h., auch auf der Pflegestation ein selbstbestimmtes Leben zu führen, das die Ressource „selbständiges Handeln und Leben“ weitestgehend unterstützt und nur dort Hilfe anbietet wo dies erforderlich bzw. erfragt wird.

Auf der Beziehungsebene zwischen alter Mensch und Betreuungsperson entwickelt sich im günstigsten Fall ein Verhältnis des Vertrauens, der Sicherheit und der Geborgenheit. Es entsteht ein Prozess der Interaktion, die einerseits getragen ist von Achtung, Akzeptanz, Wertschätzung, Schutz, Kongruenz (Echtheit) und Nähe-Distanz. Andererseits ist es für eine professionelle Betreuung unerlässlich das eigene „Tun“ auf der Grundlage des

¹ Die Salutogenese fragt danach, wie Gesundheit entsteht, warum und wie Menschen gesund bleiben. Dies hat Vorrang vor der Frage nach den Ursachen von Krankheiten und Risikofaktoren.
Überarbeitung: Januar 2011

Pflegeprozesses (Informationen, Bewertung, Ziele, Planung, Durchführung, Wirksamkeit) zu reflektieren. Ein lösungsorientiertes, systematisches Arbeiten wird dann für die Bewohnerin im Pflege- und Betreuungsteam gefördert.²

Die Beziehungsebene orientiert sich an folgenden Grundhaltungen, die sich auf die Betreuung aller Bewohnerinnen, insbesondere aber auf Menschen mit Demenz, bezieht:

1. kommunikative- oder validierende Haltung
2. biographische Haltung
3. selbstreflektierende Haltung

2.2 Die kommunikative oder validierende Haltung

Es ist nicht möglich nicht zu kommunizieren. Der Mensch verfügt über sehr vielfältige Möglichkeiten sich seiner sozialen Umwelt zu vermitteln. In unserer Einrichtung möchten wir uns an die Methode nach Nicole Richard und Naomi Feil anlehnen. Validation orientiert sich ganz konkret und ganz nah an der persönlichen und von der Bewohnerin subjektiv erlebten Lebenssituation. Es kann übersetzt werden mit „wertschätzen, annehmen, akzeptieren“. Menschen mit Demenz ziehen sich aus den verschiedensten Gründen zunehmend in die Vergangenheit, in ihre eigene, innere Welt zurück. Die Erlebnisse, Personen, Gerüche, Geräusche und Szenen aus der Vergangenheit werden bei Menschen mit Demenz im „Hier und Jetzt“ lebendig, spürbar und als Realität erlebt. Die Erlebnisse sind in der Regel mit hohen Gefühlsanteilen verknüpft. Wichtig bei dieser Methode ist es, dass hinter einer Äußerung oder Handlung liegende Gefühl (Angst, Trauer, Wut) zu erkennen und zu verstehen. Dieses Gefühl wird von der Betreuungsperson zugelassen, angenommen und wertgeschätzt.³ In einem weiteren Schritt wird dieses Gefühl bestätigt. Das schafft Vertrauen, Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke. Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her.

Grundsätzlich vermieden werden Korrektur, Konfrontation, in die Realität zurück holen, gegen den Widerstand arbeiten, Diskussion oder Erziehungsmaßnahmen.

2.3 Die biographische Haltung

Vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte und der aktuellen Lebenssituation ist das Handeln der Menschen mit Demenz sinnvoll. Sie kombinieren aktuelle Gefühle mit alten

² siehe Konzeption: Mitarbeiterinnen und Team: Seite 12 und 13

³ siehe Konzeption: Konfliktbewältigung: Seite 25

Überarbeitung: Januar 2011

Erlebnissen und umgekehrt. Biographiearbeit ist in erster Linie eine Haltung der Offenheit gegenüber dem Leben und der Geschichte des einzelnen Menschen. Durch das Interesse an seinem Leben erfährt er eine Wertschätzung. Es entsteht ein Dialog. So kann auch die Betreuungsperson aus ihrem Leben erzählen und sich interessiert auf das Leben des anderen, den sie betreut, konzentrieren. Es kann gegenseitiges Vertrauen wachsen.⁴

2.4 Die selbstreflektierende Haltung

Eine möglichst professionelle Beziehungsgestaltung setzt voraus, dass sich die Mitarbeiterinnen der Sozialen Therapie mit den eigenen Grundhaltungen gegenüber den Bewohnerinnen auseinandersetzen. Das heißt, dass wir uns reflektierend auseinandersetzen müssen und wollen mit Grundwerten wie:

- Würde des Menschen
- Menschenbild / Pflegeleitbild
- Selbstbestimmung und Selbständigkeit
- Individualität
- Normalität

Um eine Beziehung nach diesen Grundwerten zu gestalten, finden regelmäßig Reflexionsgespräche zwischen den einzelnen MitarbeiterInnen und dem Gesamtteam statt. Von großer Bedeutung ist eine eigenverantwortliche Selbstreflexion. Im Arbeitsalltag sind deshalb Fragen und deren Beantwortung zum Hinterfragen des eigenen Handelns wichtig wie z. B.:

- Wie notwendig sind meine Maßnahmen im Hier und Jetzt wirklich?
- Was ist normal?
- Wie gehe ich mit meiner Macht professionell um, wenn ich alte Menschen betreue, ihre Handlungen analysiere?
- Respektiere ich autonome Entscheidungen?
- Nehme ich Supervision oder Fort- und Weiterbildungen wahr?

Eine professionelle Haltung ist immer auch eine kritische Auseinandersetzung: „mit mir - dem Team - den Angehörigen – dem pflegebedürftigen Menschen“. Bei dieser Reihenfolge gibt es keine Rangordnung.

⁴ siehe Konzeption: Biographiearbeit: Seite 10
Überarbeitung: Januar 2011

Bindeglied zwischen der Sozialen Therapie und der Bewohnerin sind die Angehörigen. Denn oft sind es die Angehörigen, die uns wichtige biographische Informationen, Vorlieben und Gewohnheiten im Leben des Bewohners geben, wenn diese es (vielleicht) nicht mehr können. Oberstes Ziel ist es die Förderung der Lebensqualität zu sichern, deshalb möchten wir unseren Bewohnern „soviel Normalität wie möglich“ in unserem Haus geben. Das heißt, dass wir versuchen uns ganz nah an den Ressourcen des (meistens nur noch vorhandenen) Langzeitgedächtnisses zu orientieren. Durch die erworbenen biographischen Hintergrundkenntnisse des Bewohners können wir ihm vertraute Tätigkeiten d.h. Normalität anbieten, wie Hauswirtschaft (Kochen, Spülen, Stauben, Handtücher falten) oder in der Freizeit, in der früher oft und gerne gesungen wurde und somit an das Heute anschließen.

2.5 Sozialtherapeutische Zielformulierungen

Wir gehen den letzten Lebensabschnitt mit den Bewohnerinnen gemeinsam. Dabei gibt es grundlegende Ziele, die unser Handeln und unsere Haltung bestimmen.

Die aufgeführten Ziele gelten für alle sozialtherapeutischen Angebote, die nachfolgend beschrieben werden. In der Reihenfolge liegt keine Wertung, es ist kein Ziel wichtiger als das andere:

- Autonomie und Selbstbestimmung
- Selbständige Lebensführung
- Wertschätzung der Person
- Sicherheit und Geborgenheit
- Bewältigung von Lebenskrisen
- Mobilitätstraining und Koordination bestimmter Bewegungsabläufe
- Individuelle Bedürfnisse der Person berücksichtigen
- Ressourcenorientiert arbeiten
- Biographisch arbeiten
- Soziale Kompetenzen, wie Offenheit und Toleranz unterstützen
- Soziale Kontakte und Integration fördern
- Verbale und nonverbale Kommunikation erhalten
- Gefühle respektieren, wertschätzen und annehmen
- Wahrnehmung sensibilisieren
- Orientierung erhalten und verbessern

3. Rahmenbedingungen

3.1 Die Milieugestaltung

Es heißt im Volksmund „einen alten Baum verpflanzt man nicht“.

In unserer Zeit ist es nicht immer zu vermeiden, einen alten Menschen zu „verpflanzen“, heißt, ihn z. B. in einer Pflegeeinrichtung unterzubringen. Es ist immer ein bedeutender Einschnitt, eine enorme Veränderung für den Betroffenen und sein Umfeld. Anstelle der vertrauten Umgebung ist alles fremd, fremde Menschen versorgen ihn und der Tagesrhythmus ist verändert. Angst und Unsicherheit, sowie Orientierungslosigkeit sind die Folgen.

Leidet dieser Mensch auch noch an einer Demenz, sind Anpassungsschwierigkeiten zu erwarten, alltägliche Anforderungen können nicht mehr alleine bewältigt werden.

Daher sollte die Umgebung an die Menschen, ihre Fähigkeiten und Bedürfnisse angepasst werden.

Über die Sinne nimmt der Mensch seine Umwelt wahr und tritt mit ihr in Beziehung. Ist die Umwelt stimulierend und anregend, gibt es gute Hilfen zur Orientierung und feste Bezugspersonen, dann kann der Mensch sich geschützt und geborgen fühlen. Eine klare Tagesstruktur, die individuelle Gewohnheiten aufgreift, unterstützt die Zufriedenheit und das Wohlbefinden.

Die baulichen Gegebenheiten, sowie das Bezugspflegesystem und die Organisationsstruktur sind beschrieben im „Pflege- und Betreuungskonzept für dementiell veränderte Bewohner und Bewohnerinnen“, Seite 7 - 15.⁵

Hinzuzufügen ist, dass der sozialtherapeutische Dienst stationsübergreifend arbeitet, also auf beiden Pflegestationen präsent ist und über alle Bewohnerinnen informiert sein muss. Eine Mitarbeiterin ist für eine Station und deren Bewohnerinnen zuständig. Diese Aufteilung ist allerdings nicht immer strikt einzuhalten, da es immer wieder Bewohnerinnen gibt, die sich ihre Ansprechpartnerin selbst auswählen, d.h. freie Wahl haben, unabhängig davon, auf welcher Station sie leben.

In Bezug auf die Angebotsstruktur achten wir auf Kontinuität, was Raum, Zeit und Person betrifft.

Zur Orientierung greifen wir Feste und Brauchtum in unserer Arbeit auf und dekorieren die Wohnbereiche entsprechend der Jahreszeit.

⁵ siehe Pflege- und Betreuungskonzept für dementiell veränderte Bewohner und Bewohnerinnen, Seniorenwohn- und Sozialzentrum, Stolberg, Amselweg
Überarbeitung: Januar 2011

Eine, den Bedürfnissen der Bewohnerinnen, angepasste Umgebung soll Quellen der Überforderung abbauen und Sicherheit und Geborgenheit ausstrahlen. In einer fördernden Umgebung kann Selbständigkeit erhalten und das Selbstwertgefühl gestärkt werden.

3.2 Die Biographiearbeit

Menschen haben unterschiedliche biographische Erfahrungen und zeigen unterschiedliche Verhaltensweisen, die ihnen aus ihren Lebensepochen vertraut sind. Wer um 1900 geboren ist, kennt noch das Kaiserreich, während nachfolgende Jahrgänge eher geprägt wurden von der Weimarer Republik. Die Jahrgänge von 1920 bis 1930 sind beeinflusst durch den ersten Weltkrieg und den Wiederaufbau. Die Menschen, die den zweiten Weltkrieg und die Zeit Adolf Hitlers erlebt haben, haben andere Wertvorstellungen und Normen. Geburtsjahrgänge bis 1950 sind ins Wirtschaftswunder hinein geboren und wurden überall gebraucht.

Dies sind einige Beispiele für verschiedene Lebenszusammenhänge. Bestimmte Verhaltensweisen, bestimmte Denk- und Handlungsgewohnheiten sind entstanden aufgrund von zeitgeschichtlichen, politischen und kulturellen Entwicklungen, die Menschen völlig unterschiedlich erlebt haben können und daher unterschiedlich bewerten.

Dies bedeutet, dass nicht die reinen Lebenslaufdaten wichtig für die Biographie sind, sondern die subjektive Bedeutung bestimmter Ereignisse für den einzelnen alten Menschen.

Das Wissen um die Lebensgeschichte des Einzelnen und seinen historischen Kontext, seine Erfahrungen und Gewohnheiten, verändert meine Einstellung und Wahrnehmung dem Menschen gegenüber. Es entsteht eine zwischenmenschliche Beziehung auf der Basis von Vertrauen und Verständnis.

Biographiedaten können positiv genutzt werden zur Ablenkung und Beruhigung in Krisensituationen oder zur Wertschätzung und Bestätigung. Sie können uns helfen, speziell bei Menschen mit Demenz, einen Zugang zu ihrer Welt zu finden, die meist in der Vergangenheit liegt, aber die Gegenwart überlagert.

Biographiedaten werden auf verschiedene Weise erhoben. Einmal gibt es einen eigens hierfür entworfenen Biographiebogen, der bei der Aufnahme den Angehörigen mitgegeben wird. Er ersetzt nicht das persönliche Gespräch mit der Bewohnerin und den Angehörigen. Alle Informationen, die die Bewohnerin uns anvertraut, sind autobiographische Daten. Es sind oft intime, sehr persönliche Informationen, die ohne Einverständnis der Bewohnerin nicht weiter gegeben werden sollen und dürfen.⁶

⁶ siehe Konzeption: Die biographische Haltung, Seite 7
Überarbeitung: Januar 2011

3.3 Die Angehörigen

Mit dem Heimeinzug geben die Angehörigen die Verantwortung für die Pflege und Betreuung an fremde Personen ab.

Anstatt nun Entlastung zu verspüren, erleben sie oftmals plötzlich eine große Leere. Die Pflege selbst nicht mehr zu schaffen, wird sehr oft als eigenes Versagen gewertet.

Die Angehörigen haben häufig ein schlechtes Gewissen, das Gefühl des Abschiebens und entwickeln Schuldgefühle.

Der Heimalltag mit seinen Handlungsroutinen und Sachzwängen ist für Angehörige nicht immer nachvollziehbar. Häufig sind die Informationen nicht ausreichend oder lückenhaft. Es entstehen Spannungen. Die Angehörigen fühlen sich häufig ausgegrenzt, empfinden sich als Störenfriede.

Doch die Angehörigen sind für die Bewohnerin, vor allem für den Menschen mit Demenz, enorm wichtig. Sie sind das emotionale Bindeglied zu seiner Vergangenheit. Sie verkörpern ein Stück seiner Identität, verfügen über das Wissen seiner Entwicklungsgeschichte. Sie besitzen den Schlüssel zu Ihrer Vergangenheit.

Daher ist es notwendig, sie in unsere Arbeit einzubeziehen. Dies kann geschehen, indem wir uns Zeit nehmen, ihre Fragen zu beantworten. Wichtig ist auch, Rückzugsmöglichkeiten für ein ungestörtes privates Gespräch anbieten zu können. Die Angehörigen unterstützen unsere Arbeit, indem sie bei Festen und Feiern erscheinen oder uns auf Ausflügen begleiten.

Für uns Pflegenden sind sie die Vermittler biographischen Wissens, wenn die Bewohnerin uns nichts mehr erzählen kann.

Sie sind außerdem die kritische Beurteilungsinstanz in Bezug auf die Qualität unserer Pflege und Betreuung und können uns helfen, unsere Arbeit zu überprüfen und zu verbessern.

Um die Angehörigenarbeit zu intensivieren, planen wir nach der Aufnahme persönliche Gespräche, um Ziele, Fragen, Wünsche und Bedürfnisse an uns zu erfahren. Auf diese Weise lernen wir die Angehörigen besser kennen, unsere Arbeit wird transparenter und der weitere Kontakt erleichtert. Wir bitten die Angehörigen uns einen Biografiebogen auszufüllen.

Der Wunsch, die Angehörigen in unsere Arbeit mehr einzubinden, hat uns veranlasst, zweimal im Jahr zu einem Angehörigenabend einzuladen. Diese Möglichkeit des Austausches wird seitens der Angehörigen jedoch nur mäßig in Anspruch genommen.

3.3.1 Mitarbeiterinnen und Team

Der sozialtherapeutische Dienst ist mit 1,5 Stellen besetzt, aufgeteilt in eine Vollzeitstelle und eine Halbzeitstelle. Die Stellen sind besetzt durch zwei Diplom Sozialpädagoginnen mit

Überarbeitung: Januar 2011

unterschiedlichen Zusatzqualifikationen, die sich gegenseitig ergänzen. Innerhalb der langjährigen Berufstätigkeit kristallisieren sich somit verschiedene Schwerpunkte heraus, die durch die Zusatzausbildungen erworben worden sind:

- Kreativitätstherapeutin (EAG / Fritz Perls Institut)
- Gerontopsychiatrie
- Musik und Rhythmik
- Reiki Grad II
- Sitztanzleiterin

Fort- und Weiterbildungen in den Bereichen:

- Validation
- Basale Stimulation
- Gedächtnistraining
- Kinästhetik
- Sterbebegleitung
- Bobath
- Snoezelen
- 10 Minuten – Aktivierung

Weiterhin wurden zum 01.10.2008 im Rahmen der zusätzlichen Betreuung nach §87 b SGB XI zwei Mitarbeiterinnen mit einem Stellenumfang von jeweils 75 % eingestellt. Beide Mitarbeiterinnen haben eine Qualifizierungsmaßnahme zur Betreuung von Menschen mit Demenz erfolgreich abgeschlossen.

Um die Bewohnerinnen bestmöglichst betreuen und begleiten zu können, halten wir es für zwingend notwendig uns ständig fachlich mit der Thematik und Problematik alter Menschen auseinander zu setzen. Deshalb befinden wir uns berufsbegleitend immer wieder in Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen um unser berufliches Handeln einerseits den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse anzupassen und andererseits unser persönliches Handlungsfeld zu erweitern bzw. zu hinterfragen.

So verstanden, erleben wir uns als therapeutisches Team, in dem Zusammenarbeit, gegenseitiges Stützen in Krisensituationen, Reflexion der täglichen Arbeit, gegenseitige Vertretung in Urlaubszeiten, zum Alltag dazu gehört. Dies wirkt sich positiv auf die Arbeit mit den Bewohnerinnen aus. Die Angebote werden gerne aufgegriffen.

3.3.2 Team, Zusammenarbeit mit anderen Bereichen unseres Hauses

Für die bestmögliche Pflege und Betreuung unserer Bewohnerinnen ist das Team von großer Bedeutung weil sich der Umgang miteinander auf die Betreuung auswirkt.

Wir arbeiten mit folgenden Bereichen zusammen:

- Pflegedienst, Wohnbereichsleitung, PDL
- Hauswirtschaft
- Verwaltung
- Technischer Dienst

Im Team ergänzen sich die Fähigkeiten der einzelnen Gruppen miteinander. Es wird gemeinsam für den gleichen Zweck und die gleichen Ziele gearbeitet. Abläufe und Aufgabenverteilungen werden selbstverantwortlich übernommen.

Schnittstellen zwischen Pflege und Therapie sind:

- Übergabeprotokolle
- Dienstübergaben
- Fallbesprechungen
- Informeller Austausch
- Unterstützung seitens der Kolleginnen/Kollegen bei großen Festen im Haus oder Veranstaltungen außerhalb des Hauses
- Gemeinsame Aktivitäten in privater Atmosphäre wie z.B. gemeinsames Grillen, Essen gehen etc.

Für die Kollegen und Kolleginnen besteht darüber hinaus die Möglichkeit sich die Inhalte der verschiedenen Angebote anzuschauen (Transparenz).

3.3.3 Schüler und Praktikanten

Um unsere Arbeit nach außen hin transparent zu gestalten, ist es uns sehr wichtig Schüler und Praktikanten anzuleiten. Schüler und Praktikanten kommen von unterschiedlichen Schulformen:

- Haupt-, Realschule, Gymnasium

- Fachschulen für Altenpflege
- Fachhochschule für Soziale Arbeit

Schwerpunktmäßig versuchen wir den jungen Menschen einen fachgerechten und sensiblen Umgang mit alten und kranken Menschen zu vermitteln.

3.4 Zusätzliche Betreuungsangebote nach § 87 b SGB XI

Mit der Reform des Pflegeversicherungsgesetzes im Jahr 2008, wurde vom Gesetzgeber u.a. eine Verbesserung der Betreuungssituation von Menschen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, z. B. von Menschen mit Demenz, angestrebt. Die Möglichkeit von zusätzlichen Betreuungsangeboten für diese Personengruppe wird in unserem Haus seit dem 01.10.2008 praktisch umgesetzt.

Die Betreuungsangebote orientieren sich an der Biografie sowie den Interessen und Ressourcen der jeweiligen Bewohnerinnen. Hierbei kann es sich sowohl um Gruppenangebote, wie z. B. das therapeutische Kochen, die Abendrunde und die 10-Minuten-Aktivierung, als auch um individuelle Angebote im Rahmen einer Einzelbetreuung handeln. Die entsprechenden Angebote sind in den nachfolgenden Kapiteln dieses Konzeptes beschrieben und sind Bestandteil der individuellen Pflegeplanung.

4. Gruppenangebote

Aus einer Vielzahl von Gruppenangeboten kann ausgewählt werden. In den ungeraden Kalenderwochen finden an 5 von 7 Tagen Gruppenangebote statt und an den geraden Kalenderwochen sogar an 6 von 7 Tagen. (siehe Wochenplan)

4.1 Das Gedächtnistraining

Vergesslichkeit ist keine Frage des Alters oder ein gottgegebenes Schicksal. Zunehmende Vergesslichkeit, Konzentrationsmangel oder Störung der Wortfindung sind Ausdruck einer gestörten Gehirntätigkeit. Diese Störung beeinträchtigt die aktive Lebensgestaltung, die Kommunikation und die Beziehung zur Umwelt.

Mit Eintritt in den Ruhestand kommt es häufig vor, dass der ältere Mensch seine geistigen und körperlichen Funktionen verkümmern lässt.

Ein gezieltes Training dieser Funktionen aber ermöglicht auch noch dem älteren Menschen das Lernen. Den Beweis dafür liefern die Senioren, die noch im Alter z. B. den Umgang mit einem Computer oder eine neue Fremdsprache erlernen.

In erster Linie wird durch das Gedächtnistraining das Kurzzeitgedächtnis beeinflusst. Es ist die erste Anlaufstation aller Informationen, die wir aufnehmen.

Entscheidend für die Leistung unseres Gedächtnisses ist die Arbeitsgeschwindigkeit (Zeitspanne des Erkennens, Denkens und Handelns) und die Gegenwartsdauer (Zeitspanne, in der die Information gegenwärtig ist). Das Training des Kurzzeitspeichers hat eine höhere Leistungsfähigkeit des Gehirns zur Folge und beeinflusst somit auch den Langzeitspeicher, unser eigentliches Gedächtnis.

Trainiert werden folgende Bereiche:

- Wahrnehmung
- Konzentration
- Merkfähigkeit, Erinnerungsvermögen
- Formulierung, Wortflüssigkeit

Auf die Veränderung der Bewohnerstruktur eingehend, hat sich im Laufe der Jahre auch das Angebot Gedächtnistraining verändert.

Die Themenwahl folgt dem Jahresverlauf, die Aufgaben werden gemeinsam gelöst und stehen häufig in Bezug zu vertrauten Alltagsaktivitäten, vertrauten Personen oder Gegenständen und vertrauten Gerüchen, sodass Ressourcen der Teilnehmer aktiviert werden.

Neben dem Training kognitiver Fähigkeiten, werden auch Emotionen frei, die von der Gruppe aufgefangen und getragen werden. Das Trainieren in der Gruppe bietet die Möglichkeit für gegenseitige Anerkennung und Wertschätzung, für Geborgenheit und Schutz. Es entsteht ein Wir-Bewusstsein, das sich in gemeinsamen Handlungen, einer erhöhten Aufmerksamkeitsspanne und Äußerungen des Wohlbefindens ausdrückt.

4.2 Das therapeutische Dienstagsfrühstück:

Diese Form der Frühstückstherapie wird regelmäßig 1 x in der Woche angeboten. Hierbei handelt es sich um eine geschlossene Gruppe. Die Gruppe besteht derzeit aus 8 Bewohnerinnen, die stationsübergreifend im Therapieraum zusammentrifft. In einer lockeren familiären Atmosphäre, vorstellbar wie das frühere Sonntagsfrühstück, soll Zeit für ein gemeinsames Gespräch sein, z. B. verschiedene Lebenserinnerungen oder Gedichte zu verschiedenen Themen. Auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse kann hier besonders gut

eingegangen werden. Angesprochen werden vor allem Bewohnerinnen, die körperlich und geistig in der Lage sind entweder selbständig oder mit Hilfestellung:

- den Tisch hübsch zu decken,
- das Frühstück (Kaffee und Eier kochen) gemeinsam zuzubereiten,
- gemütlich zusammen zu frühstücken
(bei schönem Wetter, im Sommer, auf der Terrasse),
- den Tisch abzuräumen und abzuwischen

4.3 Das kreative Arbeiten

Die heutige Seniorengeneration kennt den Begriff Freizeit kaum. Ein so breit gefächertes Freizeitangebot, wie wir es heute kennen, gab es in früheren Zeiten nicht. Basteln, Malen und Kunstgestaltung ist oft nur aus dem Schulunterricht bekannt und häufig mit negativen Erfahrungen verknüpft durch die Beurteilung von Lehrern und Eltern.

Die Seniorinnen von heute kennen sich gut aus mit Handarbeiten und Nähen. Auf diese Ressourcen können wir jedoch meist nicht zurückgreifen, da die nötige Feinmotorik und Sehkraft fehlen.

Daher hat es sich bewährt, jahreszeitlich orientierte Bastelangebote zu machen oder Dekorationen zu Festen, Feier- oder Brauchtumstagen (z.B. Weihnachten, Ostern, Karneval, St. Martin etc.) herzustellen.

Die gestellte Aufgabe kann alleine oder gemeinsam mit anderen Teilnehmerinnen gelöst werden, sodass sich Teilnehmer mit unterschiedlichen Fähigkeiten sinnvoll ergänzen können. Jede Teilnehmerin trägt nach ihren Möglichkeiten zum Gelingen der gestellten Aufgabe bei. Alltagsprobleme und Sorgen treten für eine Weile in den Hintergrund.

Wenn dann die selbst hergestellten Dekorationen die Wände oder Tische schmücken und bewundert werden, erfüllt es die Teilnehmerinnen mit Stolz und die Anerkennung tut gut und motiviert für die nächste Aufgabe.

Während des Arbeitens gibt es stets auch Gelegenheit, sich zu unterhalten. Eine lockere, gemütliche Atmosphäre entsteht auch durch den Einsatz von ausgewählter Musik im Hintergrund, die nicht selten zum Mitsingen animiert.

Das kreative Arbeiten gewinnt auf diese Weise an Bedeutung, weil es freie Zeit sinnvoll ausfüllt und zur aktiven Lebensgestaltung beiträgt.

4.4 Das therapeutische Kochen

In unserer Einrichtung findet das Kochen seit dem 01.10.08 regelmäßig 4x in der Woche von 10:00 Uhr bis ca. 13:00 Uhr statt (vorher: 1x wöchentlich mittwochs). Die Bewohnerinnen unserer Stationen zeigen sehr viel Interesse am Kochen. Hier wird im Besonderen die Eigeninitiative und Eigenverantwortung angesprochen. Es wird nicht nur die geistige Aktivität und ein aktives Mitmachen, sondern auch die Möglichkeit der Mitgestaltung aufgegriffen, einerseits wird am eigenen Erfahrungsschatz angeknüpft, andererseits ist es stark ressourcenorientiert.

Da das Kochen so viel Resonanz findet, haben wir die Kochgruppe nach stationären Bereichen geteilt. Praktisch sieht das so aus, dass jeweils im Wohnbereich I und im Wohnbereich II gemeinsam gekocht wird. Der Vorteil dabei ist, dass die jeweilige Bewohnergruppe, die in einem Bereich wohnt, sich näher kennen lernt. Zudem sind alle Personen des Bereiches angesprochen, auch die, die die Kartoffeln nicht mehr schälen können weil sie es motorisch oder wegen ihrer Demenzerkrankung nicht mehr können. Die Gruppengröße beträgt in der Regel 8 Bewohnerinnen. Es werden individuelle „Wunschgerichte“ verschiedener Art gekocht. Einen speziellen Speiseplan hierfür hat unsere Hauswirtschaftsleitung, Frau Strauch, zusammengestellt, die zusammen mit einer Mitarbeiterin der sozialen Therapie (Betreuungskraft nach § 87 b SGB XI) das Kochangebot durchführt. Hier kann auch entsprechend der Jahreszeit z.B. ein Spargelgericht im Frühling oder Muscheln im Herbst Berücksichtigung finden. Bei der Zubereitung der Speisen wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, wie früher gekocht wurde. Da von unseren Senioren besonders gerne Hausmannskost der „alten Art“ gegessen wird, stehen selten moderne Gerichte auf dem Speiseplan. So wird das Gemüse z. B. immer sehr gar gekocht und meistens in einer Mehlschwitze geschwenkt. Während der Zubereitung des Essens entsteht in der Kochgruppe eine häusliche Atmosphäre in der gemeinsam erzählt und gelacht wird. Natürlich gehören hier auch das Spülen und Abtrocknen des Geschirrs, das Decken des Tisches, die Tischdekoration und das anschließende gemeinsame Essen dazu.

4.5 Die Seniorengymnastik

Die Seniorengymnastik ist eine spezielle Art des Turnens, die besonders die biologische Verfassung und die Bedürfnisse des älteren Menschen berücksichtigt. Es handelt sich hierbei um ein, speziell auf Senioren, zugeschnittenes Bewegungsprogramm.

Die Seniorengymnastik ist eine Maßnahme gegen Bewegungsmangel und seine Folgen, wie beispielsweise:

Überarbeitung: Januar 2011

- Muskelschwund, (Muskeln, Bänder und Sehnen werden unelastisch und reißen leicht bei Belastung)
- Gelenkversteifung
- Wirbelsäulenschäden
- Haltungsverfall
- Sturzgefahr bei unkoordiniertem Gang oder verlangsamtes Reaktionsvermögen
- Schnelle Ermüdbarkeit
- Durchblutungsstörungen
- Appetitlosigkeit
- Verstopfung
- Resignation, Gleichgültigkeit,
- Depressive Verstimmung

Die nachlassende Elastizität des Bewegungsapparates, die wachsende Unsicherheit im motorischen Verhalten, die rasche körperliche Ermüdung, die geringere Belastbarkeit und die Häufung körperlicher Beschwerden sind natürliche Alterserscheinungen des Menschen und werden durch Bewegungsmangel verstärkt und begünstigt.

Die Aufgabe der Gymnastik liegt darin, Alterserscheinungen durch gezieltes Üben zu mildern und das Bewegungsgefühl zu schulen. Die durch die Bewegung verbesserte Durchblutung der Muskeln und Organe, führt zu einer besseren Sauerstoffversorgung im Gehirn.

Der Unterschied zur Krankengymnastik liegt darin, dass keine gezielte Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates erfolgt.

Die Seniorengymnastik ist eine Bewegungsform, deren Übungen entsprechend dosiert, bis ins hohe Alter und auch bei Behinderungen ausgeführt werden können.

Die methodischen Grundsätze sind:

- vom Leichten zum Schweren
- von Bekanntem zu Neuem
- Spaß haben an der Bewegung
- Intensität und Tempo der Übungen bestimmt jede Teilnehmerin selbst

Geübt wird einmal in der Woche in der Gruppe. Die Übungen werden im Sitzen ausgeführt. Angeboten werden Übungen für alle Körperregionen.

- Lockerungs-, Dehn- und Kräftigungsübungen

- Koordinations- und Reaktionsübungen
- Übungen gegen Haltungsschäden
- Spielerische Übungen
- Rhythmische Übungen zur Musik

Die Bedeutung der Bewegung ergibt sich aus ihrer Wirkung auf:

- Die Erhaltung und Verbesserung der Funktionstüchtigkeit des Bewegungs- und Haltungsapparates (z.B. Muskelkraft, Elastizität der Muskeln, Bänder und Sehnen, Beweglichkeit der Gelenke)
- Die Verbesserung der Atmung, Herz, Kreislauf und Stoffwechsel werden in ihrer Tätigkeit angeregt, der Sauerstoffgehalt wird erhöht.
- Die Geschicklichkeit durch das Trainieren von Koordination und Reaktion
- Die Verbesserung der Grundstimmung, z.B. durch die Freude an kleinsten Fortschritten, das Gewinnen von Selbstvertrauen und der Aktivierung des eigenen Willens. Seele und Geist werden durch das körperliche Training positiv beeinflusst.

Intensiviert werden können bestimmte Übungen durch die Benutzung von Handgeräten, wie Bällen, Tüchern, Seilen, Bändern, Säckchen, Noppenringen etc. Zum Abschluss einer Übungsstunde werden kleinere Spiele eingesetzt, wie z.B. Kegeln, das Spiel mit einem Wasserball, Ringe werfen etc. Neben der Erhaltung der Beweglichkeit und der Kraft, ist die Seniorengymnastik auch Freude an der Bewegung. Die Begeisterung für rhythmische und harmonische Bewegungen finden wir in jedem Lebensalter. Die Seniorengymnastik kann daher gut unterstützt und ergänzt werden durch die Kombination mit Elementen aus dem Bereich des Sitztanzes.

Durch die verbesserte Bewegungsfähigkeit stellt sich mehr Selbstvertrauen ein. Die Gruppengymnastik macht Freude, fördert die Gemeinschaft und verdrängt die Einsamkeit.

4.6 Musiktherapie in der Gruppe

Musik spricht in erster Linie zuerst den Menschen an, nicht den pflegebedürftigen alten Menschen. Die Auswahl und Verknüpfung der Musikinhalte ermöglichen es, einen therapeutischen Prozess anzuregen und zu gestalten. Wer interessiert ist, kann 1x pro Woche, freitags, im Zeitraum von 10:30 Uhr bis ca. 12:00 Uhr an der Musikstunde teilnehmen.

Typische Eigenschaften von Musik	Unterstützungspotentiale
Musik ist emotionalisierend	<ul style="list-style-type: none"> • Anknüpfen an Altes, • Erhalten, Aktivieren emotionaler Fähigkeiten • Symbole für Stimmungen finden (Weihnachtslieder = Familie = Geborgenheit)
Musik ist ordnend, strukturierend	<ul style="list-style-type: none"> • Synchronisation von Handlungen, Bewegungen, z.B. beim Sitztanz • Koordination von Reizen (hören, singen, bewegen) • strukturiert emotionale Fähigkeiten
Musik ist erinnerungsauslösend	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützen und Aktivieren des Altgedächtnisses • Bewältigungsstrategien entdecken, wiederentdecken, Handlungsstrategien reaktivieren • Ist Träger von Situation + Emotion und verbindet beides miteinander, sie wird Symbol für das Gefühl in der Situation • Scheint resistent zu sein gegen Formen des Vergessens
Musik motiviert zur Kreativität	<ul style="list-style-type: none"> • Mut Neues auszuprobieren, zu experimentieren (Orff'sches Instrumentarium) • Neue Ausdrucksformen finden • Vertrauen zu sich selbst finden
Musik wirkt verbindend und fördert Interaktion	<ul style="list-style-type: none"> • Erleben von Zugehörigkeit • Erleben von Einzelaktionen und Interaktionen • Suche nach vertrauter Umgebung, • generations - spezifische Formen von Gemeinschaft finden z.B. Singen
Musik ist bewegungsfördernd	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der Erinnerung und

	<p>Emotionalität mit biographisch relevanter Musik (innerlich = Meditation) (äußerlich = Tanz)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichung von Körperkontakt
--	---

Es kristallisieren sich drei große Schwerpunkte, die auf inhaltlicher Ebene in der Musiktherapie auf der Pflegestation zur Anwendung kommen, heraus:

1. das gesungene Lied, mit und ohne Instrumentenbegleitung
2. die zuhörende - aufnehmende Form (rezeptive Form), mit und ohne Medium
3. das aktive Spiel auf Orff'schen Instrumenten, die Improvisation

4.7 Ausflug in das nähere Umland

Im Frühjahr und Sommer werden für die Bewohnerinnen verschiedene Ausflüge organisiert. Die Überlegungen werden zusammen mit den Bewohnerinnen getätigt. In den vergangenen Jahren zählte hierzu beispielsweise ein Museumsbesuch im Zinkhütter Hof oder ins Ludwig Forum, mit anschließendem kreativem Input. Aber auch Picknick im Wald, oder Spaziergang durch den Tierpark. Für unsere Bewohnerinnen ist es immer wichtig anschließend irgendwo in ein Lokal einzukehren.

4.8 Tiergestützte Therapie in der Gruppe

Allgemein steht das Tier nicht selber als Therapeut, sondern dient als Mittler. Es ist der Schlüssel (Türöffner) für (eventuelle) weitere Therapien. Sie versteht sich als Ergänzung bereits vorhandener Therapien, wobei die Kommunikation und Interaktion zwischen Mensch und Tier im Vordergrund stehen. Im Idealfall werden Impulse und Reaktionen positiv ausgelöst, die zum Wohlempfinden der momentanen Situation beitragen. Tiere bringen Freude und Leben ins Haus und tragen zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie können nicht die zwischenmenschlichen Kontakte ersetzen, aber sie können wesentlich zur Verbesserung des Wohlempfindens im Alter beitragen.

Im Januar 2001 wurde bei den Bewohnerinnen eine Befragung über die Anschaffung von Tieren auf der Station durchgeführt. Diese Befragung ergab, dass die meisten Bewohnerinnen gerne mit Vögel zusammenleben würden. Daraufhin wurden auf beiden Stationen Vögel angeschafft, die im direkten Kontakt zu den Bewohnerinnen leben. Um Infektionsquellen zu minimieren werden regelmäßig entsprechende Hygienemaßnahmen und eine

verantwortungsvolle Gesundheitsfürsorge für die Vögel und eine tiergerechte Haltung gewährleistet.

Menschen, die eine positive Grundeinstellung zu Hunden haben können ein anderes Angebot wahrnehmen. Auf unserer Station kommt wöchentlich, im Wechsel zwischen Gruppe und Zimmerarbeit, der Hund „Anton“ in Begleitung seiner Hundeführerin. Besonders geeignet sind Bewohnerinnen die an Demenz erkrankt sind und/oder kaum noch einen Zugang zur Außenwelt haben. Sie fühlen sich hiervon besonders angesprochen. Da die Kommunikation mit dem Tier auf gefühlsbetonter, emotionaler Ebene abläuft, werden sie dann richtig aufmerksam, lachen während der Zeit mit dem Hund und erzählen später oftmals was sie erlebt haben. Es sind Kontakte, die manchmal über den Moment hinaus erhalten bleiben. Die tiergestützte Therapie wird durch die Mitarbeiterinnen der Pflege und der Hundeführerin begleitet.⁷

4.9 Spiele

- **Verschiedene Gesellschaftsspiele**

In unregelmäßigen Zeitabständen finden Spielvormittage oder -nachmittage statt. Die Generation unserer Bewohnerinnen haben früher oft im Kreise ihrer Familie gespielt. Hier kann an Altes angeknüpft werden, was auch mit Begeisterung von den Senioren angenommen wird. Neben Spielen wie Memory, Vertellekes, Damals, Kniffel, Mühle Karten etc.. werden einige beliebte Spiele in unregelmäßigen Abständen angeboten. Diese sollen nun kurz beschrieben werden:

- **Bingo**

Bingo ist ein sehr beliebtes Glücksspiel. Dieses Spiel gibt der Bewohnerin die Möglichkeit locker und zwanglos in entspannter Runde zusammen zu kommen. Das gemeinsame Erlebnis bringt Freude und Spaß miteinander. Zudem kommen die Bewohnerinnen miteinander ins Gespräch oder können sich gegenseitig Hilfestellung beim Suchen der Zahlen geben. Die Spielrunde trifft sich durch vorherige Ankündigung im Therapieraum der Station I oder bei schönem Wetter auf der Terrasse. Angehörige und Freunde sind herzlich willkommen.

- **Mensch ärgere dich nicht**

Ein beliebtes und sehr bekanntes Würfelspiel. Auch Menschen mit Demenz können dieses Spiel mit Hilfestellung noch lange spielen.

⁷ Weitere Ausführungen hierzu Konzeption: Tiergestützte Therapie im Zimmer, Seite 29
Überarbeitung: Januar 2011

- **Kegeln**

Zur Zeit gibt es nur Kegelfreundinnen. Der beliebte Sport wird im Galleriegeschoss der Station II nach vorheriger Ankündigung gespielt. Ein farbiger Streifen auf dem Fußboden ist unsere Kegelbahn. Rechts und links der Bahn sitzen die Teilnehmerinnen. Die Siegerin wird Kegelkönigin und erhält einen Wanderpokal (den sie beim nächsten Kegeln wieder zur Verfügung stellen muss) und ein kleines Fläschchen Sekt. Anschließend wird auf das Wohl der Siegerin angestoßen.

4.10 Märchen und Geschichten

Hier treffen sich Bewohnerinnen die gerne „Phantastisches“ aus der Märchen- und Geschichtenwelt hören. Der Tisch wird hierfür „Märchenhaft“ geschmückt. Zu Beginn des Nachmittags wird gemeinsam mit den Bewohnerinnen eine Geschichte oder ein Märchen ausgesucht. Anschließend findet ein gemeinsamer Gesprächsaustausch in der Gruppe statt, bei dem Erinnerungen verknüpft werden können.

4.11 Der Kaffeeklatsch

Seit kurzer Zeit entwickelt sich der gemeinsame Kaffeeklatsch als ein Höhepunkt der Station. Die Senioren nehmen dieses Angebot besonders gerne an. Vor ein paar Jahren noch hatten wir diesen Programmpunkt herausgenommen, weil die Bewohnerinnen kein Interesse daran hatten. Der Kaffeeklatsch beginnt damit, dass am Vormittag der Kuchen, den die Bewohnerinnen sich vorher ausgesucht haben, selber gebacken wird. Ab 14:30 Uhr wird sich im Therapieraum getroffen. Der Nachmittag wird von uns offen gestaltet, d.h. dass die Bewohnerinnen und deren Gesprächsthemen im Mittelpunkt stehen. Manchmal wird an diesem Nachmittag gesungen, manchmal werden zukünftige Aktionswünsche besprochen und diskutiert.

4.12 Die Abendrunde

Seit dem 01.10.2008 wird eine Abendrunde angeboten, die im Therapieraum des Wohnbereiches I stattfindet. In einer überschaubaren Gruppe (max. 12 Teilnehmerinnen) haben die Bewohnerinnen die Möglichkeit, den Tag „ausklingen“ zu lassen. Neben Vorlesen oder Singen bekannter Lieder, können auch Gespräche dazu beitragen, dass der Tag harmonisch endet. Hierbei wird von den Mitarbeiterinnen darauf geachtet, dass keine „aufwühlenden“ Themen, wie z. B. Kriegserlebnisse in der Gruppe ausgiebig besprochen werden. Die Zusammensetzung der Gruppe ist nicht kontinuierlich gleich. Die Überarbeitung: Januar 2011

Bewohnerinnen werden vielmehr täglich neu eingeladen und entscheiden selbst, ob sie teilnehmen möchten oder nicht. Mittlerweile hat sich ein fester Teilnehmerkreis herausgebildet. Die Abendrunde wird seitens der Bewohnerinnen sehr gut angenommen.

4.13 Die 10-Minuten-Aktivierung

Speziell für Bewohnerinnen mit Demenz, aber auch anderen psychischen Störungen, eignet sich die 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg. Menschen mit Demenz sind nicht in der Lage, sich zielorientiert zu beschäftigen. Sie können ihren Tag nicht selbst strukturieren und planen. Sie ziehen sich mehr und mehr zurück und viele Aktivierungsangebote greifen nicht mehr. Doch jeder Mensch hat einen Anspruch auf die Pflege der gesamten Person. Der biografische Ansatz der 10-Minuten-Aktivierung unterstützt uns dabei. Menschen mit Demenz reagieren auf Schlüsselreize, positiv wie negativ.

Schlüsselreize können wir in der individuellen Lebensgeschichte finden.

In einer kurzen, nicht überfordernden Sequenz, werden vorhandene Ressourcen regelmäßig gefördert. Hierfür werden mit Hilfe von bekannten Alltagsgegenständen Erinnerungen abgerufen und im Gespräch ins Hier und Jetzt transportiert. Mit diesen Gegenständen können aber auch Bewegungsübungen durchgeführt werden. Die Bewegung der Finger, der Hände, des ganzen Körpers sind wichtig für die Tätigkeit des Gehirns. Durch diese Form der Kurzaktivierung wird das Selbstwertgefühl der Betroffenen gestärkt und die Bewohnerinnen werden wert geschätzt. Bewohner und Mitarbeiter profitieren davon im normalen Zeitrahmen ihrer Arbeit. Der Kontakt zwischen Bewohnern und Mitarbeitern verändert sich. Die Arbeit bekommt eine andere Qualität.

Seit dem 01.09.2009 wird in beiden Wohnbereichen der Pflegestation fast täglich die 10-Minuten-Aktivierung angeboten.

5. Individuelle Angebote

5.1 Die Begleitung in der Eingewöhnungsphase

Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung erfolgt meist dann, wenn der Hilfebedarf die familiären oder gesellschaftlichen Hilfsressourcen (Angehörige, Nachbarn, ambulante Dienste) überschreitet.

Nur in wenigen Ausnahmefällen ist es das Ergebnis selbst bestimmter und freier Überlegungen und Entscheidungen der Betroffenen. Der Wechsel aus der vertrauten häuslichen Umgebung erfolgt häufig direkt nach einem Krankenhausaufenthalt. Deshalb ist es

Überarbeitung: Januar 2011

in den seltensten Fällen möglich, vor dem Heimeinzug noch mal in die eigene Wohnung zurück zu kehren, um dort die persönlichen Dinge selbst zu ordnen oder gar „Abschied zu nehmen“. Der Heimeinzug kann nicht ausreichend vorbereitet werden, da er plötzlich innerhalb von wenigen Tagen erfolgt. Eine freie Wahl des Heimes ist selten möglich. Die Betroffenen kommen in ein Wohn- und Lebensgefüge, welches sie sich nicht ausgesucht haben. Menschen mit verschiedenen sozialen und kulturellen Hintergründen, mit vielschichtigen Lebensgeschichten und mit unterschiedlichen physischen und psychischen Beeinträchtigungen treffen aufeinander und es kommt nicht selten zu Disharmonien. Der Heimeinzug ist eine einschneidende Veränderung. Die Bewohnerinnen geben ihre Unabhängigkeit, ihre Mündigkeit und ihre Eigenverantwortung ab und erhalten als Gegenleistung die Sicherheit, versorgt zu werden. Die Beschränkungen beginnen zwar tatsächlich schon eine zeitlang vor dem Heimeinzug, erreichen aber mit dem Umzug eine gravierende Verschärfung und Endgültigkeit. Neue Heimbewohnerinnen können daher in den ersten Wochen nach der Heimaufnahme in eine persönliche Lebenskrise geraten. Sie sind häufig unsicher, unglücklich und ängstlich, erleben schmerzlich:

- den Verlust ihrer körperlichen Unversehrtheit durch Krankheit und Pflegebedürftigkeit;
- den Verlust der Wohnung, ihrer Einrichtung und des gewachsenen Lebensstils;
- den Verlust der bisherigen Rollen und Verantwortlichkeiten;
- den Verlust der Kontrolle über den eigenen Tagesablauf;
- den Verlust bzw. die Einschränkung der Privatsphäre;
- die Einschränkung gewachsener sozialer Kontakte.

In der Belastungssituation der ersten Wochen treten häufig Orientierungsschwierigkeiten auf. Manche Bewohnerinnen zeigen Anzeichen einer Depression oder Resignation.

In dieser Zeit brauchen die Bewohnerinnen sehr viel Unterstützung und Hilfe. Sie brauchen Hilfe von ihren Angehörigen, feste Bezugspersonen in der Pflegeeinrichtung, die vom Tag der Heimaufnahme an für sie da sind. Sehr positiv wirkt sich auch die Unterstützung von Mitbewohnerinnen aus. Der Bewohnerbeirat kann unterstützend tätig werden. Ziel ist es, dass die Bewohnerinnen sich in der neuen Umgebung wohl fühlen und ihre gewohnte Lebensqualität behalten. Im Rahmen der persönlichen und institutionellen Ressourcen, sollen die Bewohnerinnen ihre neue Wohn- und Lebenssituation aktiv mitgestalten können, z. B., durch das Mitbringen eigener Möbel, Bilder, Fotos, Gardinen, Lampen etc. Es werden biographische Daten gesammelt. In persönlichen Gesprächen werden Vorlieben, Interessen,

Gewohnheiten und Hobbys ermittelt und in den Pflege- und Betreuungsprozess einbezogen. Der kommunikative Prozess schafft mehr Transparenz bezüglich der Heimstruktur (in Abläufe, Zuständigkeiten) und ermöglicht mehr Flexibilität im Umgang mit den Bewohnerinnen.

Das schnelle Einbinden der neuen Bewohnerinnen in geeignete therapeutische Angebote fördert die Integration und beugt Vereinsamung vor.

Körperliche Beeinträchtigungen können mit entsprechenden Hilfsmitteln gemildert werden und die Selbsthilfekräfte werden aktiviert.

Diese Integrationshilfen können die neue Situation meistern helfen und das Leben im Heim sinnvoll und lebenswert machen.

Nach Ablauf von 6 Wochen wird geprüft, ob die Eingewöhnung in den Wohnbereich erfolgt ist. Falls weitere Maßnahmen erforderlich sind, werden diese geplant und ein neuer Kontrolltermin festgelegt. (siehe Handbuch Pflegedienst C 1.9 – Auswertung Eingewöhnungsphase)

5.2 Konflikt- und Krisenbewältigung

Wichtige Ereignisse wie Tod oder Verlust des Partners, schwere Krankheit, Schmerzen, Verlust der Wohnung mitsamt seiner Ausstattung, tägliche Annahme von Hilfe, Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und / oder Trauer können individuelle Konflikte oder Krisen auslösen. Ob Krisen in Phasen (E. Kübler-Ross) oder individuell überwunden werden oder ab wann eine dauerhafte Verschlechterung eintritt, ist empirisch noch nicht belegt. (Krisenintervention S. 37⁸) Es sind nicht wenige Menschen, die auf neue Krisen / Konflikte immer wieder aufs Neue verletzlich und mit Kränkung reagieren. Andere dagegen zeigen eine erstaunlich dauerhafte Resistenz.

In Anlehnung an die Salutogenese von Antonovsky, die im Gegensatz zur Pathogenese steht, sind wichtige Erkenntnisse gewonnen worden, an die wir gerne anknüpfen wollen.⁹

In erster Linie ist es für uns in Zusammenarbeit mit der Bewohnerin wichtig, den Konflikt / die Krise zu verstehen, sie zu ordnen und zu strukturieren um eine klare Vorstellung zu bekommen. Die erste Handlung besteht darin, in die möglicherweise hochgespannte Atmosphäre etwas Ruhe zu bringen. Das heißt, dass die Bewohnerin zunächst ihren Gefühlen „Luft verschaffen“ kann, sich ausweint, der Enttäuschung, Kränkung, Trauer, Wut, und/oder

⁸ Krisenintervention in der Psychiatrie, Ulrich Schnyder/Jean-Daniel Davant

⁹ siehe Konzeption: Betreuungs- und Beziehungsgestaltung und kommunikative- und validierende Haltung
Seite 5 und 6

Überarbeitung: Januar 2011

Schuld auf individuelle Weise Ausdruck verleiht. In einer vertrauensvollen, wertfreien Atmosphäre ist es wichtig, die Bewohnerin in ihrem emotionalen Ausdruck anzunehmen.¹⁰

An zweiter Stelle steht die Frage, was ist eigentlich los? In den meisten Fällen geht es um:

- Beziehungskonflikte
stattgefundene Verluste, das Gefühl abgeschoben zu sein, Kontakt zu Angehörigen,
- Die eigene Erkrankung, der Konflikt sich in der letzten Lebensphase zu befinden
- Materielle Konfliktbereiche
Trennung von zu Hause und von geliebten Dingen. Das Vermögen wird oder ist aufgebraucht, was bleibt ist ein kleines Taschengeld und die Aussage „Ich hab nichts mehr, ich bin nichts mehr“

Als Unterstützung dient hierbei das Erfragen individueller, biographischer Lebensdaten¹¹, die oft verständlich machen, weshalb das aktuelle Ereignis oder das in der Vergangenheit liegende Ereignis, das jedoch im „Hier und Jetzt“ nun aktuell geworden ist, die Bewohnerin in einen so tiefen Konflikt oder eine Krise stürzen kann.

Danach steht die Frage nach der Bewältigungsfähigkeit und Möglichkeit. Hier werden individuelle interne Ressourcen: (z.B. praktische Fähigkeiten, ethische - religiöse Werte, die Fähigkeit schwierige Lebensumstände zu ertragen und zu meistern) und externe Ressourcen: (zwischenmenschliche Beziehungen) die bei dem Konflikt helfen können erarbeitet. Im Gespräch wird erforscht, was in früheren schwierigen Situationen geholfen hat. Wo, wie, womit, mit wem Hilfe erlangt wurde (Bewältigungsstrategien) und ob dies auch auf die jetzige Situation übertragbar scheint. Hilfreich und wichtig ist diesbezüglich Echtheit, Verlässlichkeit, Ehrlichkeit im Kontakt, aber auch Sicherheit, Angenommen sein und Wertfreiheit im Umgang zu leben.

Bewohnerinnen die an einer Demenz erkrankt sind bedürfen einer Konfliktbewältigung, die zunehmend durch die Betreuerin übernommen wird. Da der verbale Spielraum immer kleiner wird und die geäußerten Gefühle in der wahrgenommenen Resonanz durch die Betreuungsperson in kurzen Sätzen validiert werden kann, fühlt sich die Person angenommen, akzeptiert und wertgeschätzt.¹²

¹⁰ siehe Fußnote 9

¹¹ siehe Konzeption: die biographischen Haltung Seite 7, die Biographiearbeit Seite 10

¹² siehe Konzeption: die kommunikative- und validierende Haltung Seite 6

Überarbeitung: Januar 2011

5.3 Frühstückstherapie

Ein großer Teil der Bewohnerinnen nimmt die Mahlzeiten in der Gemeinschaft im Tagesraum ein. Es sind dadurch feste Tischgemeinschaften entstanden und die einzelne Bewohnerin ist Teil eines lebendigen sozialen Gefüges. Die Mahlzeiten strukturieren einen großen Teil des Tages.

Es gehört zur persönlichen Lebensgestaltung, aus einem vielfältigen Angebot an Speisen und Getränken, jeden Tag auszuwählen. Wir legen großen Wert darauf, dass unsere Bewohnerinnen selbst bestimmen, was sie essen und trinken möchten. Doch diese Wahl zu treffen wird für viele Bewohnerinnen zunehmend schwieriger und für Menschen mit Demenz irgendwann unmöglich.

Über die geistige Auseinandersetzung mit dem Frühstück, kommt die Kommunikation in Gang. Es entwickeln sich kleine Unterhaltungen, die bei der Wahl des Frühstücks beginnen und über das Wetter draußen oder den Besuch der Tochter am Vortag enden. Nicht selten geschieht es, dass plötzlich die ganze Tischgemeinschaft ins Gespräch miteinander kommt. Ein weiterer Aspekt der Frühstückstherapie ist das selbständige Schmieren des Brotes oder Brötchens und die selbständige Nahrungsaufnahme. Die Zeit, in der die Bewohnerin aktiv mit ihrem Frühstück beschäftigt ist, ist eine sinnvoll ausgefüllte Zeit.

Der alte Mensch isst und trinkt weniger. Mangelnde Bewegung, fehlende körperliche Anstrengungen, aber auch Appetitlosigkeit und/oder das fortgeschrittene Stadium der Demenz beeinträchtigen sein Ess- und Trinkverhalten. Es ist erforderlich, ihn immer wieder zum Essen und Trinken zu animieren. Nur wo es unbedingt erforderlich ist, bieten wir Hilfe an, jedoch nur soviel Hilfe wie nötig ist, so dass die Bewohnerin wieder in die Lage versetzt wird, die Anforderungen des Frühstücks selbständig zu meistern. Oft sind es Kleinigkeiten, wie z.B. ein Plastikbecher anstelle einer Porzellantasse oder eine Griffverstärkung am Besteck, die dies ermöglichen.

Selbständigkeit und Eigenverantwortung sollen erhalten bleiben solange es geht. Wie viel Hilfe benötigt wird, kann von Tag zu Tag anders sein. Dies erfordert einen individuellen, flexiblen Umgang mit den Bewohnerinnen.

Das Frühstück bietet die Möglichkeit der Orientierung in Bezug auf die Person und die Zeit. Jede Bewohnerin wird im Tagesraum mit einem „Guten Morgen“ begrüßt und mit ihrem Namen angesprochen. Im Gespräch wird die Mahlzeit „Frühstück“ besonders betont. Im weiteren Verlauf wird die Bewohnerin auf Therapieangebote aufmerksam gemacht und zum Mitmachen motiviert.

Die Frühstückstherapie wird von den Bewohnerinnen positiv aufgenommen. Sie fühlen sich wohl und ihr Selbstvertrauen wird gestärkt. Die Atmosphäre im Tagsraum ist vorwiegend ruhig und entspannt.

5.4 Spaziergang und Terrassenbesuch

Bei schönem Wetter fällt das planmäßige Programm des Tages aus und die Bewohnerinnen gehen nach draußen auf die Terrasse oder werden nach draußen begleitet. Dabei wird darauf geachtet, dass alle Bewohnerinnen der Station, die an diesem Tag mobilisiert werden können gefragt werden, ob sie nach draußen oder in den Garten gehen möchten. Leider besteht die Möglichkeit möglichst viele unserer Bewohnerinnen auf die Terrasse zu begleiten nicht sehr häufig, da die Witterungsverhältnisse und die körperliche Empfindlichkeit im Alter es oft nicht zulassen.

Einige Gruppenangebote wie z.B. Gedächtnistraining und Musik können auch auf der Terrasse stattfinden.

Individuell kann auch ein Spaziergang im Garten oder ins nähere Umfeld angeboten werden. Mobile Bewohnerinnen, die noch ausreichend orientiert sind, gehen alleine, andere gehen in Begleitung der Betreuungsperson.

5.5 Einzelbetreuung

Die Einzelbetreuung ist immer ein individuelles Angebot. Sie richtet sich an eine Person die entweder bettlägerig ist oder sich sehr stark aus dem sozialen Leben zurück gezogen hat oder eine Persönlichkeit hat, die sich unter keinen Umständen in der Gemeinschaft wohlfühlt.

In Gesprächen und durch aktives Zuhören ist es hilfreich erinnerungsträchtige Orte, Situationen, Gegebenheiten in das Hier und Jetzt zu holen. Dabei sind innere Berührungen, Körperkontakte, Gestik und Mimik, Blickkontakte, Zulächeln immer ein gegenseitiger Prozess der geprägt ist von Vertrauen, Sicherheit und Geborgenheit. Nähe durch Berührung ist eine Art der Kommunikation, die gerade dann, wenn eine verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, sehr hilfreich ist. Situationen der Einsamkeit, der Angst, der Trauer, der Wut, des Schmerzes, der Hilflosigkeit bedürfen gerade dann einer vertrauten ZuhörerIn.

Gefühle dieser Art werden Ernst genommen und dürfen sein. Gemeinsam kann dann nach kleinen Brücken oder nach Ritualen und Trost gesucht werden. Diese können Hilfe geben, zumindest für einen kurzen Zeitraum. Rituale wirken dann, wenn sie oft wiederholt werden.

Die Bewohnerinnen werden 3-5 x pro Woche am Bett besucht und erhalten dort eine

Kurzaktivierung nach Wunsch.

Überarbeitung: Januar 2011

Durch den Einsatz der beiden Zusatzkräfte (seit dem 01.10.2008) für die Betreuung von Bewohnerinnen mit eingeschränkten Alltagskompetenzen, ist es möglich, dass dieser Bewohnerkreis zusätzliche individuelle Einzelangebote erhalten kann. Bei diesen Angeboten handelt es sich u.a. um Vorlesen, das Ansehen von Fotoalben, einen Spaziergang oder ein Gespräch. Wichtig dabei ist, dass die Bewohnerin die ungeteilte Aufmerksamkeit und Zuwendung der Betreuungsperson erhält. Die Einzelangebote werden in der Pflegeplanung der jeweiligen Bewohnerin näher beschrieben.

Zusätzliche Maßnahmen in der Einzelbetreuung sind:

- Aromatherapie (verschiedene Düfte und Duftlampe)
- Musikangebot mit verschiedenen CD`s
- Wandposter mit verschiedenen Motiven / Bildern
- Fotokiste mit eigenen Fotos oder anderen kleinen Dingen
- Hilfsmittelbeschaffung (Hörgerät, Brille, Gehhilfen usw.)
- Bekleidungsbeihilfen (Beantragung, Besorgung der Kleidung usw.)
- Postverkehr
- Einkäufe (Süßigkeiten, Zigaretten, Obst usw.)
- Verwaltung des Barbetrages
- gerichtliche Betreuungen begleiten (Kontakt halten, Beantragung usw.)
- Geburtstage vorbereiten (Kaffeetisch für Feier, Blumenschale usw.)

5.5.1 Tiergestützte Therapie im Zimmer oder am Bett

Bei der Einzelbetreuung geht es in erster Linie um den intensiven Kontakt mit dem Hund und der anwesenden Person, die meistens bettlägerig ist. Die Förderung des psychosozialen Wohlbefindens steht hierbei an erster Stelle, aber auch die Förderung der allgemeinen Mobilität. Menschen, die an Demenz erkrankt sind und bei denen der Hund in der Biographie eine große Rolle gespielt hat, sprechen darauf besonders gut an. Die tiergestützte Therapie wird verstärkt von den Mitarbeiterinnen der Pflege und der Hundeführerin begleitet und findet ab Okt. 2007 im 14 - tägigen Rhythmus statt.¹³

¹³ weitere Ausführungen Konzeption: tiergestützte Therapie in der Gruppe Seite 22
Überarbeitung: Januar 2011

5.5.2 Die Basale Stimulation

Für Menschen im hohen Alter oder mit Krankheitsbildern wie Demenz, Depression, Krebs oder neurologischen Erkrankungen ist es wichtig, die Sinne positiv zu stimulieren, denn bei reduzierten oder fehlenden Wahrnehmungs-, Bewegungs-, und Kommunikationsmöglichkeiten drohen Beziehungsverlust und Isolation. Insbesondere die Bewegungsarmut führt durch Fehlen von ständig neuen Reizen zu Orientierungslosigkeit: „der Mensch verliert sich selbst in seiner Umwelt“. Die Eigenaktivität schwächt sich immer mehr, sie geraten in Gefahr auch die letzten Reste ihrer Orientierung zu verlieren, weil sie durch den reduzierten Informationsfluss in einem homogenen (gleichbleibenden) Feld leben. Durch die Gewöhnung an diesen Zustand entstehen Missempfindungen, die zu Orientierungslosigkeit und Identitätskrisen führen können.

In diesem Zusammenhang sind auch stereotype Verhaltensweisen von verwirrten Menschen zu verstehen. Weil sie nicht mehr genug Informationen von der Außenwelt erhalten, oder das Gehirn nicht mehr dazu in der Lage ist Informationen aus der Umwelt entsprechend zu verarbeiten, versuchen die Menschen durch Autostimulation wie Nesteln an der Bettdecke, Zähneknirschen, Brummen, Schaukeln, Reiben und Kratzen an der eigenen Haut, ihrem Wahrnehmungssystem selbst Reize zuzuführen. Dies ist als ein Versuch zur Selbsthilfe zu verstehen, um dem eigenen Körper Informationen aus der Umwelt zu geben. Diese Muster laufen monoton ab, sind manchmal selbstschädigend und als Hilfeschrei des alten Menschen anzusehen, der unter einer sensorischen Deprivation (Mangel, Verlust) leidet.

Stimulierende Sinnesbereiche sind:

- Olfaktorische Stimulation, (über den Geruchssinn)

Vier grundlegende Gerüche unterscheiden sich: Nahrungs-, Natur-, Heimat-, -Menschengeruch, die sich in der Regel mit Erinnerungen verbinden. Bei Anregung durch bekannte Gerüche kann vermehrt Interesse geweckt werden.

- Orale Stimulation, (über den Geschmackssinn)

Bei Menschen die keine Nahrung mehr zu sich nehmen können, werden die Lippen, die Zähne, der Gaumen und die Zunge regelmäßig mit einem Mullgazetupfer oder Mullkompressen getränkt und mit bekannten Geschmacksträgern (Bier, Fruchtsaft, Kaffee, Butter, Bouillon, Coca-Cola) ausgestrichen. Dies führt zu erhöhter Mundaktivität wie Schmatzen und Kauen bis hin zu verbesserten Schluckreflexen.

- Auditive Stimulation, (über den Gehörsinn)

Töne, Klänge, Geräusche, Stimmen, Musik das alles gehört in diesen Bereich. Wichtig ist hierbei, dass nicht ungefiltert und ständig irgendwelche Geräusche auf die Bewohnerin hernieder prasseln. Sie verfällt dann in ein „auditives Rauschen“. Wohl dosiert kann dies jedoch zu Entspannung und Geborgenheit führen.

- Visuelle Stimulation (über den Sehsinn)

Mobile, wechselnde Bilder mit leicht erkennbaren Motiven, Fotos aus dem persönlichen Bereich. Bunte Stoffbahnen über das Bett hängen. Den alten Menschen nach Möglichkeit bis zuletzt zeitweise in den Rollstuhl oder in einen Therapiestuhl setzen und die Bewohnerin in eine andere Umgebung fahren.

- Taktil-haptische Stimulation, (über den Tastsinn)

Der Mensch begreift seine Umwelt förmlich mit den Händen.

Beispiele: beim morgendlichen Waschen durch den Einsatz von einem Schwamm, einer Bürste, durch ein weiches Tuch – verschiedene Berührungsqualitäten. Objekte, die sich in Form, Größe und Oberflächenbeschaffenheit unterscheiden, in die Hand geben. Verschiedene Materialien z.B. Wärmflasche, Stein, Wollknäuel, Bürsten, ein Stück Holz, Knöpfe oder Erbsen (in Kissen eingenäht) Noppenball zur Berührung zur Verfügung stellen.

- der propriozeptive Sinn (Wahrnehmungen aus dem eigenen Körper),
der kinästhetische Sinn (Bewegungsempfindungen): in der Eigenbewegung und der Veränderung von Körperstellung und Raumlage

Der Schwerpunkt liegt auf dem Prinzip: „weniger ist mehr“.

Bei der somatischen Stimulation (Soma = Körper) ist die menschliche Haut Mittler. Sie grenzt den Menschen gegen die Umwelt ab, ermöglicht gleichzeitig jedoch unmittelbare Kontakte. Der Mensch erlebt seinen Körper primär durch Berührung.

Es gibt verschiedene Berührungsmöglichkeiten:

- die Berührungen können variabel in Dauer, Ort und Qualität sein
- sie sind eindeutig, sowie mit konstantem Druck, mit flach aufgelegter Hand und werden mit Ruhe ausgeübt
- dabei wird die ganze Hand benutzt
- die Berührung von Haut zu Haut ermöglicht den zwischenmenschlichen Kontakt

- einen Kissenbezug mit Erbsen füllen und zunähen, den Kissenbezug über die Bew. rollen

Eigene Körperpflegemittel, Rasierwasser, Blumen, ätherische Öle, Essensdüfte, Parfüm z.B. (Uralt-Lavendel Kölnisch Wasser) wirken vertraut.

Viele Bewohnerinnen sind nicht in der Lage zu schnüffeln. Mit Hilfe eines Aromasteins können ätherische Öle im Zimmer verteilt werden und somit die Bewohnerin erreichen.

Die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist hierbei unterstützend und ermöglicht gleichzeitig ein biographisches Arbeiten.

5.6 Religion und Glauben

In unserer christlichen Tradition gibt die Religion dem Leben Sinn. In der Begleitung unserer Bewohnerinnen auf den beiden Stationen möchten wir den religiösen Bedürfnissen und Wünschen nachkommen. Durch die Umsetzung von Ritualen kann die Religion für unsere Bewohnerinnen als Ressource genutzt werden. Glaube vermittelt zudem ein Gefühl der Hoffnung, des Angenommenwerdens, gibt Orientierung, Vertrauen und Trost.

Es liegt in unserem Bestreben, dass die Bewohnerin Religion und Glaube aktiv leben kann.

Wir verstehen die Suche nach Glauben, Spiritualität, Ritualen als Ausdruck gelebten Lebens und wollen dieses auch bei Pflegebedürftigkeit unterstützen, begleiten und fördern.

Anknüpfungspunkte finden sich bei uns:

- in der Musiktherapie, beim Singen religiöser Lieder;
- im Gedächtnistraining, mit Themen wie Hochzeit, Kindtaufe, Erstkommunion, Konfirmation, Sterben und Tod,
- bei Einzelkontakten am Bett der Bewohnerin, wobei ein Gebet gesprochen werden kann.
- bei kirchlichen Festen wie Ostern oder kirchliche Feiertage,
- im Ruf des Priesters zur Krankensalbung oder zu einem Glaubensgespräch.

Zusätzlich besteht für unsere Bewohnerinnen die Möglichkeit regelmäßig die Messe zu besuchen. Einmal pro Woche mittwochs um 9:00 Uhr ist katholischer Gottesdienst, jede 2. Woche samstags um 16.30 Uhr ist evangelisches Abendmahl im Konferenzraum.

Bewohnerinnen die aktiv an der Messe teilnehmen möchten, können dorthin begleitet bzw später von dort wieder abgeholt werden.

Es besteht zusätzlich die Möglichkeit die Kommunion auf Station zu erhalten.

BewohnerInnen die diese Möglichkeit nicht mehr nutzen können (z.B. weil sie im Bett verbleiben müssen), können auf Wunsch den Priester der entsprechenden Religionszugehörigkeit in ihrem Zimmer empfangen.

Bewohnerinnen anderer Religionsgemeinschaften werden auch entsprechend ihres religiösen Wunsches unterstützt und gefördert.¹⁴

5.7 Sterbebegleitung

Sterbende zu begleiten ist einer der sensibelsten Bereiche in der Arbeit mit pflege- und hilfsbedürftigen Menschen. In die Sterbebegleitung werden alle Berufsgruppen (sozialer Dienst, Pflege, WBL, PDL, Küche, Pfarrer, Arzt) berufsübergreifend einbezogen. Der religiöse und ethische Anspruch eines Sterbenden steht im Vordergrund und wird den individuellen Vorstellungen entsprechend verwirklicht.

In der allgemeinen Vorbereitung der Bewohnerin und deren Angehörige auf die Sterbesituation werden individuelle Wünsche thematisiert, auf Wunsch Hilfestellungen bei der Patientenverfügung angeboten und Bestattungswünsche besprochen. Dies geschieht einerseits bei den alltäglichen Kontakten, in gezielten Einzelgesprächen und andererseits in allgemeinen Gesprächskreisen oder bei einem konkreten Anlass, weil eine Bewohnerin verstorben ist.

Konkrete Willensäußerungen einer Bewohnerin sind in der Sterbebegleitung sehr hilfreich. Sie geben uns Sicherheit und machen eine Begleitung in der Sterbephase und das Eingehen auf Wünsche einfacher und geben Sinn. Auf die Bedürfnisse Sterbender wie z.B. Linderung der Schmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Atemnot, Durst auf körperlicher Ebene und Nähe, soziale Kontakte, Kommunikation mittels der Körpersprache durch Hautkontakte, Gefühle der Angst, wird in Absprache mit allen Beteiligten nach bestem Wissen eingegangen. Die Signale der Bewohnerin nicht alleine sein zu wollen werden berücksichtigt.

Hier ist auch der „Umgang mit der Wahrheit“ angesiedelt, die nicht in einem einmaligen Ereignis geschehen darf, sondern ist ein Prozess der kleinen Schritte, dessen Ablauf sich an der individuellen Persönlichkeit des sterbenden Menschen orientiert und in der täglichen Interaktion geschieht.

Ebenfalls auf Wunsch der Sterbenden oder der Angehörigen wird der Raum gestaltet. Hierzu gibt es in beiden Wohnbereichen je eine sogenannte Verabschiedungsbox, deren Inhalt im Mitarbeiterteam erarbeitet wurde. So kann das Kreuz oder auf Wunsch ein anderes religiöses

¹⁴ siehe Konzeption: Sterbebegleitung, Seite 33
Überarbeitung: Januar 2011

Symbol auf dem Nachttisch stehen und eine Kerze im Beisein angezündet werden, Blumen werden in Sichtweite gestellt, Düfte aus der Aromatherapie verbreitet, individuelle (meist ruhige) Musik und eine Salzkristalleuchte sind bei Bedarf im Zimmer. Die Angehörigen werden informiert und auf Wunsch ins Zimmer begleitet und in die Sterbebegleitung aktiv mit einbezogen, ein Gesprächsangebot wird gemacht, Kaffee gekocht o.ä..

Der Pfarrer wird informiert um auf Wunsch die Krankensalbung zu geben oder ein Glaubensgespräch anzubieten.¹⁵

Nach Erkennen des Todes geschieht die anschließende Versorgung des Leichnams so weit wie möglich in Ruhe und in einem würdigen Abschied nehmen. Dazu gehört die Information an die Angehörigen und an die Kolleginnen/Kollegen in der Pflege oder an andere Bereiche des Hauses indem die Verstorbene zuletzt gewohnt hat. Dies geschieht darum, weil es aus unserer Sicht wichtig ist, dass auch wir uns in Ruhe von der Bewohnerin verabschieden können. Es ist wichtig sich persönlich für die eigene emotionale Befindlichkeit Zeit zu lassen, zu verweilen und in der Erinnerung sich des gemeinsamen Weges zu besinnen.

Die Angehörigen erhalten das Angebot der Unterstützung beim Gang ins Zimmer oder in einem anschließenden Gespräch. Die religiösen Vorstellungen der Verstorbenen werden berücksichtigt.

Ein großes Anliegen in der Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege besteht darin, die Verstorbene auf ihrem letzten Weg zum Grab zu begleiten. Die Angehörigen der Verstorbenen werden deshalb darum gebeten, uns den Termin der Beerdigung mitzuteilen. Eine Mitarbeiterin bereitet sich für diesen letzten Gang, entweder zum kirchlichen Gottesdienst oder für die Begleitung bei der Beerdigung, vor.

Manchmal lässt der berufliche Alltag nicht immer eine persönliche Begleitung zu.

Die Wohnbereichsleitungen der beiden Stationen bekunden in persönlichen Worten in einem Beileidsschreiben die Anteilnahme Hauses.

(siehe auch: Pflegekonzept unter der AEDL „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen“)

6. Brauchtumspflege und kulturelle Angebote

Unter Brauchtum und Tradition wird in der Regel die Überlieferung von Sitten und Gebräuche einer Kultur und einer Gruppe verstanden. Tradition ist in dieser Hinsicht das kulturelle Erbe, das von einer Generation zur nächsten weitergegeben wird. Hierzu zählen

¹⁵ siehe Konzeption: Religion und Glauben Seite 32
Überarbeitung: Januar 2011

handwerkliche Kunst ebenso wie Rituale, moralische Regeln oder Speiseregeln. Daher ist das, was traditionell ist „das allgemein Übliche, das Gewohnte“, oder mit anderen Worten gesagt, häufig gebraucht im Sinne von „es ist seit langer Zeit üblich, dass...“. Gerade bei alten Menschen wirken Bräuche, die sie ihr Leben lang begangen haben, stabilisierend. Hier können sie das Vergangene aufrecht erhalten oder daran anknüpfen. Alte Traditionen zu pflegen, dienen der Sinnfindung, gibt Identität und ist integrationsfördernd. Sie vereinen Menschen miteinander und wirken gemeinschaftsbildend. Besonders bei Menschen die an Demenz erkrankt sind haben Bräuche und ihre Wirkung einen symbolischen Charakter. Sie sind plötzlich so stark erinnerungsträchtig darin verbunden, dass sie sich darin wiedererkennen.

In unserem Stationsleben finden im Jahreskreis immer wiederkehrende, regelmäßige kulturelle Bräuche statt, deren Ablauf zeremonienhaft, nach alt bekannter Gewohnheit, den Bewohnerinnen angeboten werden. Zusätzlich gibt es außerdem Angebote, die sich aus dem eigenen Stationsalltag heraus neu entwickelt haben und für uns zur Tradition geworden sind.

6.1 Brauchtum im Frühling:

- 1. April: Aprilscherze machen ihre Runde
- die Eisheiligen und ihre Bedeutung
- Palmzweige zu Palmsonntag
- Ostern, Ostereier, Dekorationen zum Fest
- Mai: Traditionelles Frühlingsfest beider Stationen im Foyer, dazu Maibowle mit Erdbeeren, selbst gebackenen Kuchen, Birkenzweige mit bunten Bändern, manchmal wird der Maikönig mit seiner Maikönigin ausgerufen.
- Muttertag: alle Frauen erhalten ein kleines Präsent
- Vatertag: alle Männer erhalten ein kleines Präsent
- auf dem Speisezettel steht Spargel mit Soße Hollandaise, Schinken, Erdbeeren

6.2 Brauchtum im Sommer

- Grillabend auf der Südterrasse, mit Musik
- Sommerfest des Hauses
- auf dem Speisezettel steht Gegrilltes mit Kartoffelsalat und Eis. Bei schönem Wetter wird auf der Terrasse gemeinsam gegessen.

- verschiedene Ausflüge in den nahegelegenen Wald mit Kaffeetrinken, Museumsbesuch, Stadtbummel mit Eiskaffeebesuch. o.ä.

6.3 Brauchtum im Herbst:

- 11. Nov. St. Martin, Dekorationen zum Fest.
- die Kinder aus zwei verschiedenen Kindergärten kommen zu Besuch, singen Martinslieder und zeigen ihre selbst gebastelten Laternen.
- Martinskegeln auf Station 2. Die Kegelkönigin erhält den Wanderpokal. Ein selbstgebackener Weckmann wird geteilt.
- Erntedankfest: Auf dem Speisezettel steht: Obstsalat, selbst gemachte Reibekuchen, Apfelkompott
- Dekorationen zum Herbst: Drachen, Korn, Kastanien usw.

6.4 Brauchtum im Winter:

- In der Vorweihnachtszeit ist eine besondere Stimmung in unserem Haus. Besonders aufwendige Dekorationen auf beiden Stationen und im Foyer lassen die Zeit sehr besinnlich werden.
- Spezielle Bräuche sind: der Weihnachtsbasar mit dem Weihnachtsmarkt, Christollen Kaffee und Glühwein, verschiedene Weihnachtsfeiern auf der Station und im Foyer des Hauses, verschiedene Konzerte in unserem Hause, Chorkonzert der Stolberger Männerchöre in der Stadthalle, Weihnachtskonzert in der Pfarrkirche St. Hermann-Josef.
- Auf dem Speisezettel in der Vorweihnachtszeit stehen selbstgebackene Plätzchen und ein Weihnachtsmenu nach Wahl.
- Auf dem Speisezettel zur Winterzeit stehen Gerichte wie: Sauerkraut, Wirsing, Rosenkohl
- Karneval: die fünfte Jahreszeit beginnt, traditionelle große Sitzung im Foyer, mit abwechslungsreichem Programm, viel Musik und guter Laune. Dazu wird das Foyer und die beiden Pflegestationen karnevalistisch geschmückt, Bewohnerinnen und Mitarbeiterinnen verkleiden sich nach freier Auswahl.
- Besuch des Seniorenkarnevals in Büsbach
- Altweiberkarneval auf den Stationen
- auf dem Speisezettel stehen fettgebackene Quarkbällchen

6.5 Besondere sportliche oder kulturelle Ereignisse auf der Filmleinwand

Zu besonderen Anlässen wie z.B. der Fußballweltmeisterschaft in Deutschland 2006, oder der Reitweltmeisterschaft in Aachen 2006 wird im Therapieraum das Fernsehprogramm auf die große Leinwand projiziert. Viele Bewohnerinnen begeistern sich stark für sportliche Großveranstaltungen, sie haben in ihrem Leben eine große Leidenschaft dafür entwickelt und möchten dies auch im Alter mit Begeisterung leben. Hier besteht die Möglichkeit gemeinsam mit anderen den Nachmittag oder Abend zu verbringen.

Kinozeit im Tagesraum der Station I. Angesagt sind alte Filme von Heinz Rühmann, Romy Schneider oder Erich Kästner. Wer Spaß hat ist eingeladen. Im Tagesraum sind die Sitzplätze wie im Kino angeordnet. Eis, Popkorn, Kaffee und eine freundliche Platzanweiserin regeln die Wünsche der Kinobesucherinnen. Hierfür sind die MitarbeiterInnen aus der Pflege federführend aktiv.

7. Gemeinwesenarbeit

Im Mittelpunkt all unserer Bestrebungen steht der alte Mensch als Person. Er ist eingebunden in ein soziales Netzwerk.

Das Seniorenwohn- und Sozialzentrum liegt im Stadtteil Stolberg-Liester und ist Teil der Kirchengemeinde St. Hermann-Josef.

In unmittelbarer Nähe gibt es mehrere Kindergärten und Schulen.

Im Haus selbst treffen sich viele Aktivgruppen und es gibt zahlreiche Veranstaltungen im Jahresverlauf.

7.1 Der Kontakt nach Außen

Um das Leben unserer Bewohnerinnen so normal wie möglich zu gestalten, nutzen wir jede Möglichkeit, um Kontakt zur Außenwelt aufzunehmen.

Zu St. Martin besuchen uns zum Beispiel die Kinder des Kindergartens mit ihren selbst gebastelten Laternen und singen für unsere Bewohnerinnen die altbekannten Martinslieder.

In den umliegenden Schulen wird im Unterricht gelegentlich das Leben im Alter thematisiert.

Die Kinder kommen, um zu erfahren, wie die Bewohnerinnen im Seniorenzentrum leben und was sie bewegt. Schüler der Hauptschule, des Gymnasiums absolvieren Praktika bei uns.

Wir unterhalten Kontakte zu den Altenpflegeschulen und zur Katholischen Fachhochschule Aachen und leiten Praktikanten dieser Schulen an.

Wir erhalten Unterstützung von einigen Ehrenamtlern, die Bewohnerinnen besuchen, ihnen vorlesen oder mit ihnen spazieren gehen. Einige von ihnen bereichern unsere Feste mit musikalischen Darbietungen.

Die Kontaktaufnahme zur Hospizgruppe in Stolberg ist erfolgt.

8. Literaturverzeichnis

Internet: www.vincentz-net.de
www.alzheimer-forum.de
www.wikipedia.de

Eckhard Lade: Ratgeber Altenarbeit, Das aktuelle Handbuch für Altenhilfe, Pflege und Betreuung, Fachverlag für Altenarbeit

Qualitätshandbuch: Leben mit Demenz, Kuratorium deutsche Altershilfe, Wilhelmine-Lübke-Stiftung e. V.

Dr. phil. Sven Lind: Umgang mit Demenz, Wissenschaftliche Grundlagen und praktische Methoden, Paul-Lempp-Stiftung

Ulrich Schnyder / Jean-Daniel Sauvant: Krisenintervention in der Psychiatrie

Wirsing: Psychologisches Wissen für Altenpflegeberufe, 5. Auflage, Psychologie Verlag

Tilman Leptihn: Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie, 2. Auflage, Verlag Schlütersche

Sterbende begleiten, Dienstleistungsstandard und Konzept der Diakonie in Düsseldorf

Ute Schmidt-Hackenberg: Wahrnehmen und Motivieren
Die 10-Minuten-Aktivierung für die Begleitung Hochbetagter, Hannover: Vincentz 1996