
Teilhabeorientierung durch (Re-) Aktivierungstechniken bei
Menschen mit Demenz im Kontext Sozialer Arbeit

Bachelorarbeit zu Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur

Verfasserin: Katharina Krabbes, geboren am 09.02.1986

Matrikelnummer: 22257

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Frederik Poppe

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Jens Borchert

Eingereicht am: 03.08.2018

Gliederung:

1. Einleitung	4
2. Demenz	7
2.1 Begriffsbestimmung und Symptome	7
2.2 Formen und Ursachen.....	8
2.3 Stadien des Verlaufes.....	12
3. Theorien und Ansätze der Sozialen Arbeit im Kontext mit Menschen mit Demenz	14
3.1 Möglichkeiten und Ziele von Interventionen.....	14
3.2 Das Konzept der Lebensweltorientierung.....	17
3.2.1 Grundlagen des Konzeptes	17
3.2.2 Zielsetzungen des Konzeptes im Kontext mit Menschen mit Demenz	17
3.2.3 Validation nach Feil – eine besondere Methode.....	18
3.3 Das Empowerment – Konzept.....	20
3.3.1 Grundlagen des Konzeptes	20
3.3.2 Zielsetzungen des Konzeptes im Kontext mit Menschen mit Demenz	21
4. Teilhabeorientierung durch künstlerisch- kulturelle (Re-) Aktivierungstechniken .	23
4.1 „TimeSlips“ – „Kreatives Geschichtenerfinden“	23
4.1.1 Konzept und Zielsetzung.....	23
4.1.2 Ablauf.....	25
4.2 „Alzpoetry“ – „Weckworte“	26
4.2.1 Konzept und Zielsetzung.....	26
4.2.2 Ablauf.....	28
4.3 Tanzangebote für Menschen mit Demenz.....	28
4.3.1 Angebote und Ziele.....	28
4.3.2 Die Initiative „Wir tanzen wieder! “	31

5. Diskussion über Möglichkeiten und Herausforderungen der (Re-) Aktivierungstechniken	33
5.1 Kritische Auseinandersetzung mit den (Re-) Aktivierungstechniken	33
5.2 Wirksamkeitsstudie - "MAKS"	36
5.3 Nachhaltigkeit von Aktivierungsverfahren	38
6. Fazit.....	41
7. Literaturverzeichnis	43
8. Selbstständigkeitserklärung.....	48

1. Einleitung

Etwa 1,6 Millionen Menschen in Deutschland sind an Demenz erkrankt. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2016, S. 3) Diese Zahl entspricht etwa zwei Prozent der Bevölkerung, was wiederum bedeutet, dass jeder Fünzigste bereits jetzt direkt von Demenz betroffen ist. Die Auswirkungen der Krankheit sind aber nicht nur für den Betroffenen spürbar, sondern auch für die Angehörigen und das soziale Umfeld. Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung, steigt die Zahl der Erkrankten stetig an. Durch die wachsende Zahl der Demenzerkrankten, erlangt diese Krankheit in der öffentlichen Diskussion immer mehr Aufmerksamkeit. Innerhalb dieser Diskussion wird aber überwiegend über die fortgeschrittenen Stadien berichtet, so dass für Patienten und Angehörige eine sehr düstere Zukunftsaussicht prognostiziert wird.

„Wenn die Rede von Demenz- oder Alzheimerkranken ist, haben viele Bilder von sehr alten Menschen vor Augen, die apathisch und kaum ansprechbar im Altenheim in einem Sessel sitzen oder im Winter in Nachthemd und Pantoffeln durch die Straßen irren.“ (Saxl 2014, S. 223)

Dies trägt zur anhaltenden Stigmatisierung und, aus Angst- und Schamgefühl seine Befürchtungen anderen gegenüber zu äußern, auch zur weiteren Tabuisierung bei und hilft weder den Betroffenen noch den Angehörigen. (vgl. Myskja 2014, S. 24; vgl. Stechl u.a. 2012, S. 23) Im frühen Demenzstadium sind diese Menschen aber noch in der Lage ihr Leben weitestgehend selbstständig zu führen und selbstbestimmt Entscheidungen für ihre Zukunft zu treffen. Es ist wichtig aufzuzeigen, dass Betroffene in jedem Stadium der Demenz, durch Aktivitäten, welche entsprechend ihren Kompetenzen und Bedürfnissen angepasst sind, an der Gesellschaft teilhaben können.

Demenz ist ein Sammelbegriff für Krankheiten, die bestimmte Funktionen des Gehirns betreffen. Die Symptome, der Verlauf sowie die Formen und Ursachen variieren und sind daher individuell zu betrachten und können nicht pauschal vorhergesagt werden. (vgl. Myskja 2014, S. 28-42)

Bei der Behandlung von Demenzpatienten ist eine wesentliche Erkenntnis der letzten Jahre, dass ein ganzheitlicher Ansatz die Betroffenen mehr unterstützt als die ausschließliche Gabe von Medikamenten oder gar chirurgische Eingriffe. Die Soziale Arbeit begleitet den ganzheitlichen Ansatz. Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist ein

besonderes Augenmerk auf die Möglichkeiten der Selbstbestimmung, auf die Unterstützungsmöglichkeiten der Demenzkranken in ihrer Lebenswelt, auf mögliche Be- und Überlastung der Angehörigen und auf verfügbare Ressourcen zu legen. Fachkräfte können und sollen viel mehr tun, als nur die Folgen der Benachteiligung auszugleichen. Sie sollen auf allen Ebenen, der Ausgrenzung der dementen Menschen aus sozialen Bezügen entgegenreten und sie unterstützen, möglichst selbstgesteuert, so aktiv und so lange wie möglich an gesellschaftlichen Aktivitäten zu partizipieren. (vgl. Jost 2013, S. 159 -169; vgl. Rieger u.a. 2014, S. 42 f.) Daraus resultierend ergibt sich die zentrale Frage: „Wie kann die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz gefördert werden und welche Methoden und Konzepte der Sozialen Arbeit können dabei unterstützen?“.

Eine Möglichkeit, Menschen mit Demenz in bestimmter Art und Weise zu (re-)aktivieren und so an der Gesellschaft teilhaben zu lassen, bieten künstlerisch-kulturelle Angebote. Die Anzahl an Angeboten erscheint recht groß, aber die künstlerisch- kulturelle Arbeit mit Menschen mit Demenz steht noch am Anfang. Viele kulturelle Einrichtungen sehen noch keine Notwendigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, sich dieser Zielgruppe zu widmen. Nicht selten sind es aber auch die eigenen Berührungspunkte vor Kunst und Kultur, die Pflegenden und Angehörigen davon abhalten, kreative Beschäftigungen zu versuchen. Auch im Pflegebereich ist der Einsatz solcher Mittel eher selten. Ausschlaggebend dafür ist häufig ein Mangel an Kapazität. Es fehlt an Zeit, Geld oder Wissen. Erschwerend kommt hinzu, dass nach wie vor ein Defizit an adäquaten Kulturangeboten für Menschen mit Demenz besteht. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 99 ff.; vgl. Nebauer u.a. o.J., www.demenz-service-westliches-ruhrgebiet.de)

Zu Beginn der Arbeit wird ausführlich auf das Krankheitsbild der Demenz eingegangen. Hierbei wird der Fokus auf die Vielfältigkeit und Verschiedenheit der Demenz, vor allem in Hinblick auf Formen und Verlauf, gelegt. Anschließend wird der Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt und es werden Konzepte und Methoden vorgestellt, die sich besonders für die Arbeit mit Menschen mit Demenz eignen. Im vierten Gliederungspunkt werden drei ausgewählte künstlerisch-kulturelle (Re-)Aktivierungstechniken vorgestellt und gezeigt wie diese die gesellschaftliche Teilhabe

von Demenzerkrankten fördern. Im Anschluss erfolgt eine kritische Auseinandersetzung mit den (Re-) Aktivierungstechniken, dabei wird der Punkt der gesellschaftlichen Teilhabeförderung im Mittelpunkt stehen. Der Fokus liegt bei diesem Punkt auch auf der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der (Re-) Aktivierungstechniken bei nicht- medikamentösen Therapien. Abschließend wird dargelegt, warum die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Demenz, hinsichtlich Entstigmatisierung und Enttabuisierung, sowohl für die Öffentlichkeit wichtig ist, als auch zur Identitätsstabilisierung für die Betroffenen, ein entscheidender Aspekt ist.

Als theoretischer Rahmen der Bachelorarbeit wird die Methode der Literaturanalyse verwendet. Dabei wird auf fachliche Literatur und wissenschaftliche Studien zurückgegriffen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

2. Demenz

2.1 Begriffsbestimmung und Symptome

Wörtlich übersetzt, bedeutet Demenz „ohne Sinn“ oder „ohne Verstand“, allerdings sind die Folgen viel komplexer als der bloße Verlust von Geistesfunktionen. (vgl. Myskja 2014, S. 20; vgl. Dörner u.a. 2002, S. 386) Daher ist die Übersetzung unzureichend. Demenz ist eher ein Sammelbegriff für Krankheiten, welche diverse Funktionen des Gehirns betreffen. Hauptsächlich sind dies Bereiche des Gehirns, die für Gedächtnis und Reflexion zuständig sind. (vgl. Myskja 2014, S. 24) Das Krankheitsbild variiert, Leitsymptom ist jedoch die Gedächtnisstörung. Merkfähigkeit und Frischgedächtnis sind eher betroffen als das Altgedächtnis. Es kommt zu einer Verlangsamung des Denkens, es engt sich zunehmend ein, so dass lediglich Bekanntes wiederholt und keine neuen Zusammenhänge geknüpft werden können. Die starke Beeinträchtigung der Merkfähigkeit bedingt die zunehmende Desorientiertheit. Hinzu kommen Sprachprobleme und Probleme bei der Ausführung gewohnter Tätigkeiten. Die Menschen unterliegen verstärkt Stimmungsschwankungen. Winzige Reize bringen sie zum Lachen, Weinen, zum Ausdruck von Angst, Zorn oder Wut, was sie im Nachhinein beschämt. Antriebsstörungen können sich in Form von Abstumpfung und Initiativlosigkeit, aber auch in Triebenthemmung, wie z.B. Kontrollverlust, gesteigerte und enthemmte Sexualwünsche, in Einnässen und dem Spielen mit oder Essen von Kot äußern. Mimik und Gestik verarmen, die Sprache wird monoton, Bewegungen werden steifer und Gefühlsausdrücke brauchen länger zum Entstehen und Vergehen. Letztendlich findet auch eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit statt. Sie verflacht, verarmt und wird auf einfachste Vollzüge eingeengt. Die Menschen ziehen sich aus Scham in die Isolation zurück und vereinsamen zunehmend. (vgl. Dörner u.a. 2002, S. 386 f.)

Die Demenz entwickelt sich schleichend, die Betroffenen bekommen jede Veränderung mit. Die Ausfälle werden mit der Zeit dominanter und betreffen immer mehr Lebensbereiche. Jede Funktion, die den Betroffenen nicht mehr zur Verfügung steht, zwingt sie, sich immer wieder mit ihrem verändernden Selbstbild auseinanderzusetzen. Trotz der Unabwendbarkeit der Krankheit, können Einstellungen und Handlungen der

Betroffenen und auch des sozialen Umfeldes dazu beitragen, den Verlauf zu verlangsamen und die Angst vor der Krankheit zu nehmen. (vgl. Myskja 2014, S. 22 f.)

2.2 Formen und Ursachen

Die Formen der Demenz bestimmen die Herangehensweise beziehungsweise die Interventionsmöglichkeiten, was eine frühzeitige und präzise Diagnose wichtig macht. Aber gerade dies erweist sich in der Praxis als schwierig, weil die Formen meist nicht scharf voneinander zu trennen sind. Hinzu kommt, dass die meisten Patienten sich erst spät mit ihren Befürchtungen an einen Arzt wenden, aus Angst vor der Diagnose und was diese für ihre Zukunft bedeutet. Die bekannteste und auch häufigste Demenzform ist die Alzheimerkrankheit, benannt nach dem deutschen Psychiater und Neuropathologen Alois Alzheimer (1864 – 1915). 60 % der an Demenz Erkrankten leiden an diesem Typus. Alzheimer befällt die Nervenverbindungen im Großhirn. Ausläufer der Nervenzellen werden zerstört und dadurch werden chemische Prozesse, die für die Kommunikation zwischen den Zellen notwendig sind, beeinträchtigt. Die Ursache dieses Vorgangs ist noch nicht bekannt. Medizinisch belegt ist, dass die Krankheit mit einer außergewöhnlich hohen Anzahl von Eiweißablagerungen im Gehirn einhergeht. Es gibt zwei Arten von Eiweißablagerungen. Den sogenannten Plaques, dies sind stärkeartige Ansammlungen, auch Amyloid- Ansammlungen genannt, und neurofibrilläre Knäuel oder Tangles. Allerdings wurden geringe Mengen der Ablagerungen auch bei Menschen gefunden, die nicht an Alzheimer erkrankt waren. Fest steht, dass das Absterben der Nervenzellen im Hippocampus beginnt, jenen Teil des Gehirns, mit dem neue Informationen aufgenommen werden und in dem eine Selektion dessen stattfindet, was ins Langzeitgedächtnis aufgenommen wird. Vom Hippocampus aus verbreitet sich die Krankheit über die anderen Teile des Gehirns. Es werden zwei Varianten des Alzheimer- Typus unterschieden. Treten erste Symptome bereits vor dem 65. Lebensjahr auf, spricht man von der frühen Variante, treten sie erst danach auf, von der späten Variante. Die frühe Form hat oft einen schnelleren Verlauf, ist aber äußerst selten. Erste Symptome sind häufig Vergesslichkeit und Wortfindungsschwierigkeiten. Bezeichnungen bis dahin bekannter Gegenstände

werden vergessen. Alltagswissen kann nicht mehr abgerufen werden. Dies ruft bei den Betroffenen Aggressionen und Frustrationen hervor. In der Folge fühlen sich Angehörige, aber auch Pflegekräfte gereizt, woraus viele schwierige und angespannte Situationen entstehen können. (vgl. Myskja 2014, S. 40 ff.; vgl. Buijssen 2008, S. 22 ff.)

Eine weitere Form der Demenz ist die vaskuläre Demenz oder auch Schlaganfall-Demenz genannt. Diese hat andere Ursachen als die Demenz des Typus Alzheimer. Die vaskuläre Demenz betrifft die Blutgefäße im Gehirn, in Form von Gefäßverschluss und Blutungen, dem sogenannten Hirnschlag und Hirnblutungen. Als Folgen verengen, versteifen und verkalken die Blutgefäße. Kleine Splitter können sich von der Gefäßwand lösen und in der Ader festsetzen. Dies kann zu Krämpfen in Gefäßen und zu einer Blutunterversorgung führen. Die vaskuläre Demenz kann ohne Vorwarnung ausbrechen und der Zustand kann sich durch weitere Hirnschläge rapide verschlechtern. Ca. 15 – 20 % der an Alzheimer erkrankten Menschen leiden auch an einer vaskulären Demenz. Je nachdem welcher Bereich des Gehirns betroffen ist und wie groß dieser Bereich ist, äußert sich die vaskuläre Demenz unterschiedlich. Die Betroffenen verlieren die Initiative, sie wirken passiv und teilnahmslos. Nach einem Infarkt folgt eine gewisse Verbesserung, der Zustand bleibt stabil bis zu den nächsten Infarkten. Anschließend kommt es wieder zu einer Verschlechterung des Zustandes. Nach einem Infarkt sind die Zellen im Zentrum des betroffenen Bereichs abgestorben. Zellen, die sich am Rand des betroffenen Gehirnareals befinden, können wieder zu neuen Funktionen belebt werden. Wichtig hierfür ist das Training bekannter Bewegungsabläufe, aber vor allem das Erlernen neuer Bewegungsabläufe. Unabhängig davon, welche Funktionen betroffen sind, lassen sich einige bis zu einem gewissen Grad wieder antrainieren. (vgl. Myskja 2014, S. 44 ff.)

5 bis 10 % der an Demenz Erkrankten leiden an der Frontotemporalen Demenz. Diese führt zu Schäden im Stirnlappen, dem Frontallappen und betrifft vorrangig Menschen zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr. Im Vordergrund stehen bei dieser Form zunächst Persönlichkeitsveränderungen, Verhaltensstörungen und Sprachschwierigkeiten. Hierzu gehören emotionale Abstumpfung, Antriebslosigkeit und mangelndes Vermögen, sich in Situationen und Emotionen anderer einfühlen zu können. Die Betroffenen benehmen sich dissozial, sie sind nur an der Befriedigung

eigener Bedürfnisse interessiert und wirken dadurch rücksichtslos. Typisch sind auch der soziale Rückzug, Passivität, die Vernachlässigung der körperlichen Hygiene und sich wiederholende und automatisierte Bewegungen. Die Krankheitseinsicht der Betroffenen ist eingeschränkt. Annäherungen des sozialen Umfeldes werden oft als negativ und bedrohlich empfunden. (vgl. Myskja 2014, S. 50 f.; vgl. Buijssen 2008, S. 27) Bei den Angehörigen führt diese Form der Demenz zu besonders starken Belastungen. Mehr als die Hälfte der pflegenden Angehörigen entwickeln eine depressive Störung, weil es schwer auszuhalten ist, mit einem Menschen zusammenzuleben, der durch Persönlichkeitsveränderungen immer fremder wird. Häufig zeigen die Erkrankten ein sozial unangepasstes Verhalten, dass durch Distanzlosigkeit, sexueller Enthemmung oder starken Emotionsausbrüchen gekennzeichnet ist. Betroffene dieser Demenzform benötigen mehr Rückzugsmöglichkeiten als Menschen mit anderen Demenzformen. (vgl. Jost 2013, S. 166 f.) Wichtig, aber genauso schwierig ist es, die Veränderungen im Verhalten als Teil der Krankheit zu sehen und nicht als Teil der Persönlichkeit des Betroffenen. (vgl. Myskja 2014, S. 52)

Die vierte relevante Form der Demenz, an der ca. 10 bis 15 % der Erkrankten leiden, ist die Lewy- Körperchen- Demenz. Sie ist gekennzeichnet durch die Ablagerung spezieller Proteine im Gehirn in Bereichen, die für das Denken und die Bewegung zuständig sind. Die Proteinablagerungen werden Lewy- Körperchen genannt, nach dem deutschen Arzt, Pathologen und Mitarbeiter von Alois Alzheimer, Friedrich Heinrich Lewy (1885 – 1950). Dieser beschrieb die Ablagerung das erste Mal 1912 nach der Obduktion verstorbener Parkinson- Demenz- Patienten. Die meisten Lewy- Körperchen- Demenz- Erkrankten haben ursprünglich eine Parkinson- Diagnose oder zeigen Symptome, die Parkinson ähneln. Die Diagnose wird vor dem Hintergrund der typischen Parkinson- Symptome gestellt, Steifheit der Arme und Beine, Trägheit der Bewegungen, periodisch auftretende Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Gedächtnislücken. Diese Variante der Demenz kann zu raschen Störungen in der Motorik führen, z.B. dem Kontrollverlust über Bewegungen der Gliedmaßen. Die Symptome ähneln denen von Alzheimer und Parkinson und können von Tag zu Tag, aber auch innerhalb eines Tages variieren. Bei den an der Lewy- Körperchen- Demenz Erkrankten treten die Symptome

schneller ein und die Gedächtnis- und Sprachstörungen sind stärkeren Schwankungen ausgesetzt. Sie betreffen vorrangig die Aufmerksamkeit, Wachheit und die Fähigkeit zu fokussieren. 93 % der Betroffenen haben visuelle und 50 % haben auditive Halluzinationen. Steifheit, Bewegungsstörungen und motorische Unruhen führen häufig zu Fehldiagnosen und damit zu Fehlbehandlungen. Die Betroffenen bekommen beruhigende Medikamente des Typs Neuroleptika, wobei diese Medikamente speziell die Nervenbahnen blockieren, die beim Lewy- Körperchen- Patienten aktiv sein sollten, sodass eine rasche Verschlechterung des Zustandes eintritt. (vgl. Myskja 2014, S. 54 ff.; vgl. Buijssen 2008, S.26)

Unabhängig von der Demenzform ist das Wichtigste, die Vorbeugung, beispielweise durch lebenslange körperliche und auch geistige Aktivitäten. Aber nicht nur vor Ausbruch der Krankheit sollte man präventiv tätig sein, sondern auch unmittelbar nach der Diagnose ist es wichtig, Angebote zu ergreifen, um der Krankheit entgegenwirken zu können. (vgl. Myskja 2014, S. 57- 61)

So verschieden die Formen der Krankheit sind, so unterschiedlich sind auch ihre Ursachen. Ein Zusammenwirken verschiedener biologischer, körperlicher und psychosozialer Faktoren wird für das Entstehen von Demenz nicht ausgeschlossen. (vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2016, www.deutsche-alzheimer.de)

Bei etwa 90 % der Menschen, die Demenzerscheinungen aufweisen, liegt die Ursache im Gehirn. Da es nicht möglich ist, das Gehirn ohne nachteilige gesundheitliche Folgen bei einem lebenden Menschen diesbezüglich zu untersuchen, ist es immer erst nach dem Tod möglich, mit Sicherheit zu sagen, ob die Ursache der Demenz im Gehirn lag oder nicht.

Auch körperliche Krankheiten können bei älteren Menschen Auslöser für Demenzerscheinungen sein. Grippe, Lungenentzündung, Blasenentzündungen oder der Gebrauch gewisser Medikamente können so zu einem verwirrten Zustand führen. Ebenso treten bei einer schlechten Durchblutung des Gehirns und bei einer unzureichenden Ernährung oder Flüssigkeitszufuhr häufig erhöhte Vergesslichkeit auf. Die körperlichen Ursachen können so, auch manchmal zeitlich begrenzt, Demenzerscheinungen hervorrufen.

Psychosoziale Probleme können ursächlich für Demenzercheinungen sein. Das Verlassen gewohnter sozialer Bezüge, beispielsweise durch Pensionierung, einen Umzug oder einen Krankenhausaufenthalt, kann den Verlust des inneren Gleichgewichts bedeuten und so die Verwirrtheit auslösen. Das anhaltende Auseinandersetzen mit der eigenen Sterblichkeit und schwere Schicksalsschläge, wie der Verlust des Partners oder eines Kindes, führen zu Trauer und Einsamkeit und können das Auftreten von Demenzercheinungen begünstigen. (vgl. Buijssen 2008, S. 21, 28 ff.)

2.3 Stadien des Verlaufes

Jeder Krankheitsverlauf ist individuell und kann nicht regulär vorhergesagt werden. Er kann sich über wenige Jahre bis zu zwanzig Jahren erstrecken. Der Verlauf wird in drei Stadien unterteilt.

Beim frühen Stadium, der leichten Demenz, entwickelt der Betroffene die Tendenz, Dinge, über die gerade gesprochen wurde oder Namen von neuen Bekannten zu vergessen. Die Demenzerkrankten wiederholen sich häufiger als gewohnt und verlegen öfter Gegenstände. Zunehmend kommt es in Gesprächen zu Wortfindungsschwierigkeiten, wodurch Betroffene Gespräche meiden und sich sozial zurückziehen. Das soziale Umfeld bemerkt dadurch die Veränderung zunächst nicht. Folglich kann vom ersten Auftreten der Symptome bis zur Diagnose eine große Zeitspanne vergehen. Apathie und Passivität sind die frühesten Anzeichen der Krankheit und führen häufig dazu, dass der Betroffene sich noch mehr isoliert. Dagegen werden manche aufbrausender und sind schneller reizbar. Einige Betroffene spüren den Verlust, andere die Steigerung der sexuellen Lust. Gerade im frühen Stadium nehmen die meisten Betroffenen die leichten Veränderungen wahr, sie haben noch Verfügungsgewalt über ihr eigenes Leben und können wichtige Entscheidungen über ihr zukünftiges Leben treffen. (vgl. Myskja 2014, S. 26 f.)

Im Unterschied zum frühen Stadium benötigt der Betroffene im mittleren Stadium bereits mehr Unterstützung, weil die Krankheit weiter voranschreitet. Beim mittleren Stadium wird von einer mittelschweren, moderaten Demenz gesprochen. Die

Betroffenen können zunehmend größere Probleme haben, sich zeitlich und örtlich, auch in gewohnten Umgebungen, zu orientieren, Gesagtes zu verstehen und sich präzise auszudrücken und an die Einnahme von Medikamenten zu denken. Sowohl die Aufmerksamkeit im Straßenverkehr, als auch das Erinnern an Verkehrsregeln und das Ziel, können das Autofahren erschweren. Den Überblick über die Finanzen zu behalten, fällt zunehmend schwerer. Daran zu denken, regelmäßig zu essen, Ofen und Herd oder andere Wärmequellen zu beaufsichtigen, sich regelmäßig zu waschen, fällt zunehmend schwerer. Bei einigen Betroffenen kann es bereits in diesem Stadium dazu kommen, dass der Unterschied zwischen Fantasie, Halluzination und Wirklichkeit immer durchlässiger wird. In diesem Stadium ist eine präzise Diagnose besonders wichtig, weil es für bestimmte Symptome auch andere Ursachen geben kann. (vgl. Myskja 2014, S. 27 f.)

Bei der schweren Demenz, dem späten Stadium, ist ein Leben alleine nicht mehr möglich. Die meisten Betroffenen sind auf einen festen Platz in einer Pflegeeinrichtung angewiesen, weil der Partner oder die Angehörigen die Pflege aus eigenen Kräften nicht mehr bewältigen können oder bereits verstorben sind. Auch Pflegedienste können eine Versorgung rund um die Uhr nicht gewährleisten. (vgl. Myskja 2014, S. 28) Im Endstadium zerfällt die Sprache vollständig, alternative Kommunikationsmöglichkeiten werden immer elementarer. Im Wesentlichen kann der Austausch über Blickkontakt, den Tonfall, bestimmte Melodien oder Berührungen erfolgen. (vgl. Jost 2013, S. 166) Entscheidend ist es aber, im ständigen Austausch mit dem Betroffenen zu bleiben und ihm geduldig, gegebenenfalls mehrfach, die Situation zu erläutern und genauso wichtig ist es, unterstützende Maßnahmen einzuleiten und durchzuführen. (vgl. Myskja 2014, S. 28 f.)

Bei der Behandlung von Demenzpatienten ist eine wesentliche Erkenntnis der letzten Jahre, dass ein ganzheitlicher Ansatz die Betroffenen mehr unterstützt als die ausschließliche Gabe von Medikamenten oder gar chirurgische Eingriffe.

Durch Konzepte wie dem Empowerment und der Lebensweltorientierung begleitet die Soziale Arbeit den ganzheitlichen Ansatz. (vgl. Myskja 2014, S. 42; vgl. Jost 2013, S. 166 ff.)

3. Theorien und Ansätze der Sozialen Arbeit im Kontext mit Menschen mit Demenz

Aufgaben der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der Arbeit mit Demenzerkrankten sind zunächst verschiedene Verwaltungsangelegenheiten, gerade auch um die Angehörigen zu entlasten. Die Klärung rechtlicher und finanzieller Aspekte, gegebenenfalls die Beantragung der Grundsicherung nach dem Sozialgesetzbuch XII, der Bezug von Wohngeld oder die Unterstützung bei der Beantragung von Rente sind entscheidende Punkte. Sozialarbeiter nehmen aber auch bei der Begleitung von Menschen mit Demenz verschiedene Aufgaben wahr. (vgl. Jost 2013, S. 169; vgl. Remmel- Faßbender u.a. 2014, S. 300 f.)

3.1 Möglichkeiten und Ziele von Interventionen

Im Frühstadium steht der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und eines gegenseitigen Verständnisses für die vielfältigen Veränderungen, die eine Demenz für alle Beteiligten mit sich bringt, im Vordergrund. Wichtig ist die Beratung, die ausführliche Aufklärung Betroffener und Angehöriger über die Krankheit und das Informieren und Vermitteln von Unterstützungsangeboten. Die Sozialarbeiter thematisieren die häusliche Situation und Versorgung und sprechen über mögliche Überforderungen und notwendige Entlastungen der Angehörigen. Gleichzeitig werden aber auch vorhandene Ressourcen der Betroffenen und deren Bedürfnisse identifiziert. Der Fokus sollte bei der Beratung auf Vorstellungen, Einstellungen und Ängsten gegenüber der Krankheit gelegt werden, um bestimmte unbewusste Verhaltensweisen und Denkmuster aufzudecken und abzubauen. Durch solche Verhaltensmuster kann das soziale Umfeld die Selbstschutzstrategien, die der Betroffene aufgebaut hat, untergraben und damit dem Betroffenen mehr schaden als unterstützen. Die Strategien dienen zur Emotionsregulierung und Selbstwerterhaltung, zum Widerstand gegen Stigmatisierung und zur Verteidigung der Autonomie. Folglich erhöhen die Betroffenen ihre Selbstschutzmechanismen, wie Widerstand und Verleugnung, sie ziehen sich verstärkt zurück. Dies wiederum erhöht die psychische Belastung für alle Beteiligten. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 39 f.) Aus Angst sich zu offenbaren oder weil sich

die Betroffenen im Frühstadium nicht krank fühlen, werden bestehende Angebote oftmals nicht oder erst sehr spät genutzt. Der Einsatz der verschiedenen Interventionen muss die jeweilige Lebenssituation und das jeweilige Krankheitsstadium berücksichtigen. Damit wird auch das Ausmaß der kognitiven Beeinträchtigungen des Betroffenen beachtet. Bei allen Interventionen gilt, dass sie individuell angewandt werden und die Betroffenen weder kognitiv noch emotional überfordert oder belastet werden. Sie sollen Erfolgserlebnisse ermöglichen und somit eine Erhöhung der Lebensqualität bewirken. Viele der einzelnen Interventionen, Ansätze und Konzepte lassen sich inhaltlich nicht strikt voneinander abgrenzen und haben ähnliche Bestandteile wie Empathie, Wertschätzung und Vertrauen als Grundlage für eine erfolgreiche Interaktion. Die Ansätze nutzen die Biografiearbeit als Basis zur Erfassung von Bedürfnissen, Ressourcen und als Quellen für Selbstvertrauen und Sicherheit. Entscheidend bei der Biografiearbeit ist, dass die Informationen tatsächlich und flexibel bei den individuellen Interaktionen eingesetzt werden. Eine reine Informationssammlung reicht nicht aus. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 82 ff.) Eine vielgenutzte Intervention ist die Erinnerungstherapie. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Gruppeninteraktion. Die Therapie nutzt Ressourcen des Altgedächtnisses durch Wiederbelebung bedeutsamer biografischer Ereignisse, die mit positiven Gefühlen verbunden sind. Dabei wird mit zunehmender Schwere der Demenz von der verbalen auf die nonverbale Ebene gewechselt. Mögliche Instrumente sind Fotos, Musik, Gegenstände oder körperliche Aktivitäten wie das Tanzen. Die Konfrontation mit Defiziten wird vermieden. Woods u.a. konnten durch Analyse von vier Studien zeigen, dass sich bei Nachfolgeveranstaltungen nach Beendigung der Interventionen eine positive Wirkung auf Kognition und Stimmung einstellte. Darüber hinaus ließ sich auch eine Entlastung der pflegenden Angehörigen nachweisen. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 91 f.) Ein weiteres Beispiel einer Interventionsmöglichkeit ist das Snoezelen. Dieses ist auf Aktivierung oder Beruhigung im fortgeschrittenen Stadium ausgerichtet. Es wurde bereits in den 1980er Jahren als Beschäftigungsangebot für schwerbehinderte Menschen entwickelt und hat zunehmend Einzug in die Betreuung von Menschen mit Demenz gefunden. Snoezelräume lassen sich vielfältig gestalten und sollen möglichst viele Sinne anregen. Dazu gehören Lichteffekte, Installationen, beispielsweise von Wind- oder Wasserspielen, Abspielgeräte für Musik oder andere Geräusche,

verschiedene Düfte, Tastgegenstände und unterschiedliche Materialien zum Sitzen oder Liegen. Nach einer Studie der Universität Utrecht hat Snoezelen einen positiven Effekt auf die Stimmung und auf problematisches, meist aggressives, Verhalten. Pflegeheimbewohner waren nach 18 Monaten Snoezelen weniger aggressiv, eher positiv gestimmt und kommunikationsfreudiger. Es zeigte sich eine Steigerung der Freude und Aktivität. Bei den Snoezelräumen soll für den Betroffenen eine Wohlfühlatmosphäre geschaffen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Reizüberflutung kommt und dass keine angsterzeugenden Stimuli wie abgedunkelte Räume, die zum Beispiel bei der Kriegsgeneration Assoziationen von Flugzeugangriffen und Bunkern hervorrufen können, zum Einsatz kommen. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 95 f.)

In fortgeschrittenen Stadien verschiebt sich der Fokus der Beratung zunehmend auf die pflegenden Bezugspersonen beziehungsweise das soziale Umfeld, weil der Betroffene immer mehr Unterstützung benötigt und seine Alltagskompetenzen häufig überschätzt. Ziel in dieser Phase ist die Vermittlung von Umgangsstrategien, die die Kommunikation erleichtern, Alltagskompetenzen fördern und herausfordernde Verhaltensweisen, wie Unruhe und Aggressivität, reduzieren sollen.

Die übergeordneten Ziele der Interventionen sind zum einen der möglichst lange Erhalt von Lebensqualität und Alltagskompetenzen. Durch die Aktivierung kognitiver Ressourcen, Stressreduktion und Stimmungsstabilisierung sowie Förderung einer möglichst selbständigen Lebensführung soll dieses Ziel erreicht werden. Zum anderen sollen die Belastungen für pflegende Angehörige reduziert werden. Hierbei ist auf die Unterscheidung zwischen demenzbedingten psychischen Belastungen und davon unabhängigen Belastungen zu achten. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 40)

Sozialarbeiter versuchen gemeinsam mit dem Betroffenen und dessen Angehörigen einer Ausgrenzung entgegenzuwirken. Sie unterstützen die Weiterentwicklung von Interventionen, die sich an der Biografie des Menschen mit Demenz und an seinen alltäglichen Lebensgewohnheiten orientieren. (vgl. Jost 2013, S. 170)

3.2 Das Konzept der Lebensweltorientierung

3.2.1 Grundlagen des Konzeptes

Das Konzept der Lebensweltorientierung nimmt den Alltag der Adressaten, also den Ort, an dem Probleme entstehen, wo das Leben stattfindet, wo die Adressaten selbst mehr oder minder angemessene Strategien der Lebensbewältigung praktizieren, als Ausgangspunkt sozialpädagogischen Handelns, in den Fokus. Die Art und Weise wie Probleme bearbeitet werden, ergeben sich auch aus der gesellschaftlichen Situation, den biografisch geprägten Erfahrungen und den normativen Ansprüchen. Alltag wird als Summe aus gelingender Alltagsbewältigung und Scheitern und aus pragmatischer Alltagsdeutung und Selbsttäuschung verstanden. Die Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, kritischen Bezug auf den Alltag des Klienten zu nehmen, (Selbst-) Täuschungen aufzudecken und Scheitern zu verhindern. Die Unterstützung erfolgt dabei unter dem Standpunkt, dass der Klient grundsätzlich fähig ist, sein eigenes Leben zu leben. Ziel ist die Gestaltung eines gelingenden Alltags.

Lebensweltorientierung setzt eher auf prozessuale Veränderungen, die sowohl die situative Lebenslage des Klienten berücksichtigen, als auch einer permanenten Aushandlung und Aktualisierung mit dem Klienten bedürfen. Der Sozialarbeiter muss, in Anerkennung der letztendlichen Entscheidungskompetenz des Klienten, dessen Autonomie respektieren. Das Handeln des Sozialarbeiters setzt sich daher mit der Komplexität des Alltags und seinen situativen Anforderungen auseinander. Zu ihrer Entlastung, um Verstehen zu sichern, das Handeln planbar und um Erfolge und Misserfolge kontrollierbar zu machen, bedürfen Sozialarbeiter einer methodischen Vorgehensweise. Das Konzept der Lebensweltorientierung ist ein flexibel nutzbares Instrument zur Analyse, Planung und Realisierung von Hilfe im Alltag. (vgl. Galuske 2013, S. 146- 149; vgl. Lambers 2015, S. 104 ff.)

3.2.2 Zielsetzungen des Konzeptes im Kontext mit Menschen mit Demenz

Bei Menschen mit Demenz sieht sich die Soziale Arbeit mit einer doppelten Herausforderung konfrontiert. Zum einen geht es darum, Routinen des Alltages in

Raum, Zeit und sozialen Bezügen aufrecht zu erhalten. Personen mit Demenz sollen nicht in isolierte, von vertrauten sozialräumlichen Bezügen abgekoppelte, Räume abgeschoben werden, um sie dort auf die unmittelbar notwendige körperliche Versorgung zu reduzieren. Vielmehr soll ihnen ein angstfreies Umfeld ermöglicht werden, in dem sie sich als Person mit Gestaltungsmöglichkeiten erfahren und Vertrautes aufrecht erhalten können. Zum anderen sind es gerade der erfahrene Raum, die erfahrene Zeit und die sozialen Bezüge, die Menschen mit Demenz zunehmend weniger als geteilte Erfahrung mit anderen erleben.

„Hier geht es um eine Gestaltung von Umfeld und Interaktionen, um so eine Stärkung des Person-Seins zu ermöglichen“. (Kitwood 2000 zitiert nach Karl 2016, S.196)

Durch Teilhabe der Menschen mit Demenz an der Gesellschaft kann ihnen ein Stück ihrer Identität wiedergegeben werden. (vgl. Myskja 2014, S. 53) Die Lebensweltorientierung greift hierbei auf Konzepte der angewandten Gerontologie zurück, die sowohl die interaktiv-kommunikative Ebene, beispielsweise bei der Validation, als auch die sozialräumliche und zivilgesellschaftliche Ebene berücksichtigt. Am Beispiel der Validation wird im nächsten Abschnitt deutlich, wie durch das Einlassen auf die Situationswahrnehmung der Menschen mit Demenz ein gemeinsamer Erfahrungsraum zwischen Menschen mit und ohne Demenz entstehen kann. Eine sozialräumliche Perspektive verwirklicht sich zum Beispiel bei offenen Angeboten für Menschen mit und ohne Demenz, die Teil einer ambulanten Versorgungsstruktur sind. Der Austausch und die Teilhabe an vielfältigen kulturellen Angeboten stehen im Vordergrund. Im Zusammenspiel von bürgerschaftlichen Engagement, familiärer Unterstützung und professioneller Hilfe soll ein akzeptierendes Umfeld geschaffen werden (vgl. Karl 2016, S. 196),

„das die Andersartigkeit der Demenz nicht als Exklusionsgrund nimmt, sondern als Teil einer ‚Gesellschaft der Verschiedenen‘ annimmt [...]“. (Wißmann 2010, S. 345)

3.2.3 Validation nach Feil – eine besondere Methode

In der Methode der Validation wird Einfühlungsvermögen verwendet, um in die Erlebniswelt der Menschen mit Demenz vorzudringen. Validation kann als Grundhaltung im Umgang mit Menschen mit Demenz verstanden werden. (vgl. Stechl

u.a. 2012, S. 93) Das Einfühlungsvermögen schafft Vertrauen, das wiederum Sicherheit schafft. Die Sicherheit schafft Stärke, welche das Selbstwertgefühl steigern und den Stress verringern soll. (vgl. Feil u.a. 2017, S. 15) Es soll eine Atmosphäre der Sicherheit, Geborgenheit und Sinnhaftigkeit geschaffen werden. Betreuungspersonen, auch Validationsanwender genannt, müssen die vorhandenen Emotionen ergründen, ihnen Raum geben und verbal oder nonverbal widerspiegeln. Dadurch verlieren die negativen Emotionen an Intensität. Validation bedeutet in diesem Kontext vor allem die Realität des Menschen mit Demenz inklusive der Normen und Regeln zu akzeptieren und die daraus resultierenden Handlungszwänge anzuerkennen. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 93) So validieren sie den Menschen und geben ihm seine Würde zurück. Manche Menschen mit Demenz ziehen sich nicht mehr in die Vergangenheit zurück, wenn sie sich in der Gegenwart als stark, geliebt und nützlich erfahren. Einige bleiben jedoch in der Vergangenheit. (vgl. Feil 2017, S.15)

Auch bei der Validation ist die Biografiearbeit essentiell, weil Menschen mit fortgeschrittener Demenz in ihrer Biografie zurückgehen und alte Rollen wieder neu entdecken. Sie meinen beispielsweise pünktlich am Arbeitsplatz erscheinen zu müssen oder nach Hause gehen zu müssen, um das Mittagessen für ihre Kinder vorzubereiten. Sie lassen sich nur zeitweise oder gar nicht von ihren Vorhaben abbringen. Das Nichtgelingen dieser Handlungen führt zu Unruhezuständen, Weglauftendenzen und intensiven Gefühlen von Verzweiflung, Angst, Wut und Ärger. Die Validationsanwender müssen die Bedürfnisse und somit auch die Motivation hinter dem Verhalten erkennen und die Situation aus Sicht des Betroffenen beurteilen, denn die gezeigten Gefühle sind echt und sollen auch als solche wertgeschätzt und akzeptiert werden. Dadurch kann die Validation bei der Deeskalation von Konfliktsituationen oder stark emotionalisierten Situationen helfen. (vgl. Stechl u.a. 2012, S. 94) Die Validation zielt darauf ab, dass Menschen mit Demenz möglichst lange in ihren eigenen Wohnungen bleiben können. Sie soll das Selbstwertgefühl wiederherstellen und Stress reduzieren. Validation soll dazu beitragen, dass unausgetragene Konflikte aus der Vergangenheit gelöst werden und chemische und physische Zwangsmittel verringert werden. Sie dient der Verbesserung der Kommunikation, des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens und soll einen Rückzug in die Isolation verhindern. (vgl. Feil u.a. 2017,

S. 15 f.) All diese Veränderungen erfolgen langsam und fluktuieren von Tag zu Tag, aber es findet eine anhaltende positive Veränderung statt. (vgl. Feil u.a. 2017, S. 56)

3.3 Das Empowerment- Konzept

3.3.1 Grundlagen des Konzeptes

Die Soziale Arbeit hat die Funktion, Menschen dabei zu unterstützen, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen so zu nutzen, dass sie soziale Problemlagen bewältigen oder gar verhindern können. In dieser, seit den Anfängen der privaten Armenfürsorge, bereits formulierten Haltung der „Hilfe zur Selbsthilfe“ tritt in der moderneren Sprache der Begriff Empowerment. (vgl. Lambers 2015, S.311) Der Begriff stammt aus dem Englischen und kann mit dem deutschen Worten „Ermächtigung“, „Bemächtigung“, „Antriebskraft“ und „Berechtigung“ übersetzt werden. (vgl. Becker u.a. 2014, S. 251) Seinen Ursprung hat das Empowerment in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung und weist Parallelen zur Befreiungspädagogik des brasilianischen Pädagogen Paulo Freire auf. (vgl. Lambers 2015, S. 311)

Bei Norbert Herriger, der Mitte der 1990er Jahre das Empowerment- Konzept in der Sozialen Arbeit bekannt machte, wird das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft, vor allem unter dem Aspekt von Individualisierungsprozessen in der modernen Gesellschaft, thematisiert. Darin heißt es, dass eine zunehmende Individualisierung zur Herauslösung aus traditionellen Milieus und auch Sicherheiten führe. Als Folge hat der Einzelne viele Lebensoptionen, aus denen er auswählen kann und muss, aber auch viele Risiken, Unsicherheiten und soziale Ungleichheiten, die er zu bewältigen hat. (vgl. Herriger 1997, S. 36 – 51)

Beim Empowerment-Konzept

„wird der Mensch nicht als hilfebedürftiges Mängelwesen betrachtet, sondern in der Möglichkeit, als kompetenter Akteur seiner eigenen Lebensgestaltung aufzutreten.“ (Lambers 2015, S. 313)

Um dies zu tun, muss und darf er Entscheidungen treffen. Eine zentrale Rolle spielen dabei die soziale Gerechtigkeit und gesellschaftliche Partizipation, denn nur im Austausch mit anderen erfährt der Mensch seine Selbstwirksamkeit.

Wissenschaftstheoretisch gesehen, ist Empowerment in der Sozialen Arbeit keine eigene Theorie, sondern das Ergebnis aus unterschiedlichen Theorieansätzen. Es finden sich unter anderem Elemente der Lebensweltorientierung nach Thiersch, der Biografisierung und Milieubildung nach Böhnisch und der Systemtheorie nach Luhmann. (vgl. Lambers 2015, S. 314)

3.3.2 Zielsetzungen des Konzeptes im Kontext mit Menschen mit Demenz

Die Soziale Arbeit hat das Ziel, die Menschen bei der Wahrnehmung ihrer eigenen Rechte und Interessen und der Übernahme von Selbstverantwortung zu unterstützen. Empowerment als Unterstützung zur Selbstermächtigung und Entfaltung von Selbstwirksamkeitserfahrungen wird somit zur Grundhaltung sozialarbeiterischen Handelns. Der Sozialarbeiter ist Wegweiser und Vermittler bei der Einbindung von Menschen in soziale Netzwerke. Er unterstützt und fördert die Erarbeitung und Eröffnung von Handlungsspielräumen, in denen Partizipation möglich wird. (vgl. Lambers 2015, S. 313)

Die Ziele der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Demenz können grob in vier Ebenen unterteilt werden. Auf der Individualebene geht es um die Mobilisierung, Organisation und Vernetzung von vorhandenen Alltagsressourcen bei Betroffenen. Das Entdecken und Nutzarmachen von Bewältigungsressourcen und Strategien spielen eine entscheidende Rolle. Der Aufbau, die Weiterentwicklung oder unterstützende Begleitung von lebensweltlichen Unterstützungsnetzwerken stehen auf der Ebene der sozialen Netzwerke im Vordergrund. Dadurch kann Solidarität gelebt und erlebt werden, zum Nutzen der einzelnen Mitglieder des jeweiligen Netzwerkes. Auf der institutionellen Ebene geht es um eine Reform der Verbände und Dienstleistungsbehörden im Sinne einer Öffnung dieser, um bürgerschaftliche Partizipation für Menschen mit Demenz möglich zu machen. Hinsichtlich der politischen Ebene steht die Entwicklung partizipativer Verfahren, wie beispielsweise Bürgerbeiräte und Ausschüsse im Stadtrat, im Mittelpunkt. Den Menschen mit Demenz werden als „Experten in eigener Sache“ Gestaltungsoptionen des Sozialraums und im Sozialraum ermöglicht.

Den Betroffenen wird, auch bei wachsendem Hilfe- und Pflegebedarf, Handlungsfähigkeit zugeschrieben. Der Sozialen Arbeit kommt dabei die Rolle zu, sich an Ressourcen und Kompetenzen des Menschen mit Demenz zu orientieren und so eine mögliche Stärkung des Betroffenen und seines sozialen Umfeldes in den Fokus zu nehmen. Allerdings ergibt sich daraus die Frage, in wieweit es dem einzelnen Menschen gelingt, seine vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen situationsadäquat, auch bei fortschreitender Krankheit, einzusetzen.

Im Verlauf der Krankheit wird das Nutzen der Kompetenzen durch das Eintreten von bestimmten Einflussfaktoren erschwert. Diese Einflussfaktoren können kritische Lebensereignisse, wie der Verlust des Partners, zunehmende Pflegebedürftigkeit, Umzug in eine Pflegeeinrichtung, aber auch geringere soziale Interaktionen sein. Das längere Wirken der Einflussfaktoren führt zu einem zunehmend negativ getönten Selbstbild und zu schwindendem Selbstvertrauen.

Das Konzept des Empowerment setzt genau dort an und versucht, über gezielte Interventionen, die Selbstwirksamkeit zu stärken und damit das Vertrauen des Menschen mit Demenz in sich und seine soziale Umwelt wiederherzustellen beziehungsweise aufrechtzuerhalten. (vgl. Becker u.a. 2014, S. 106 ff.; vgl. Rieger u.a. 2014, S. 43)

4. Teilhabeorientierung durch künstlerisch- kulturelle (Re-)

Aktivierungstechniken

Kulturangebote eignen sich sowohl für Menschen mit einer beginnenden als auch einer fortgeschrittenen Demenz. Frühbetroffene stehen in der Regel mitten im Leben, mit Familie, Freunden und teilweise auch noch im Berufsleben, wenn sie mit der Diagnose konfrontiert werden. Obwohl sie oftmals ihren Alltag noch sehr gut bewältigen können und sie, aufgrund der veränderten Situation, neue Perspektiven brauchen, lastet das Stigma der Krankheit schwer auf ihnen. Aus Angst zu versagen oder nicht mithalten zu können, schränken sie ihre Aktivitäten häufig ein. Dabei spricht vieles dafür, aktiv zu bleiben. (vgl. Nebauer u.a. o.J., www.demenz-service-westliches_ruhrgebiet.de) 2006 wurde an der University of Wisconsin Milwaukee, Center on Age & Community die Studie „Creative Expression and Dementia Care: Moving Forward in Research“ durchgeführt, mit dem Ergebnis, dass künstlerisch-kulturelle Aktivitäten und soziale Eingebundenheit Menschen mit Demenz, sowohl gesellschaftlich als auch körperlich, reaktivieren können. Soziale Isolation und das Fehlen neuer, z.T. auch stimulierender, Erfahrungen hingegen fördern den Abbau der noch vorhandenen Kompetenzen. Im Folgenden werden drei ausgewählte Angebote näher beschrieben. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 99 ff.)

4.1 „TimeSlips“ – „Kreatives Geschichtenerfinden“

4.1.1 Konzept und Zielsetzung

„TimeSlips“ ist eine Methode nach Anne Basting, bei der, auf der Grundlage von Bildern, Geschichten entwickelt werden. Seit 1998 werden damit Menschen im mittleren und fortgeschrittenen Stadium der Demenz unterstützt. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 123) In Deutschland fand das Projekt unter dem Namen „Kreatives Geschichtenerfinden“ im Herbst 2010 zum ersten Mal statt. Die Leitung übernahm Karin Wilkening, Professorin an der Fakultät Soziale Arbeit der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften in Wolfenbüttel. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 123; vgl. Müller u.a. 2017, S. 20) „TimeSlips“ arbeitet nach dem Motto: „Forget Memory – Try Imagination!“. Es geht dabei nicht um das Reaktivieren des bereits schwindenden

Erinnerungsvermögens, vielmehr geht es um das Aktivieren von Fantasie und Kreativität. Das Projekt arbeitet nicht biografieorientiert, sondern setzt auf das kreative Potenzial der Menschen mit Demenz, um zu zeigen, dass auch sie in der Lage sind Neues zu schaffen. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 123) Dadurch kann den Menschen mit Demenz ein Stück weit der Druck genommen werden, sich erinnern zu müssen. (vgl. Wilkening o.J.; www.dementia-und-art.de) Die Methode basiert auf acht Grundregeln. Die erste Regel besagt, dass alles Gesagte ernstgenommen und anerkannt wird. Gerade Menschen im frühen Stadium der Demenz fürchten sich davor, etwas Falsches zu sagen oder dass ihnen unterstellt wird, sie können die Realität nicht von ihren eigenen Vorstellungen unterscheiden. Diesen Befürchtungen begegnet die Methode mit Wertschätzung und der Akzeptanz alles Gesagten. Die zweite Regel besagt, dass „TimeSlips“ primär eine Gruppenaktivität ist. Dass für jeden Teilnehmenden eine akzeptierte soziale Rolle geschaffen werden soll, findet sich in Regel drei. Jeder Wortbeitrag trägt zur Entstehung der Geschichte bei und ist daher wichtig. Die Teilnehmenden erfahren sich als wertvolle Mitglieder einer Gruppe und dies stärkt das Gemeinschaftsgefühl. Der Gruppe zu vertrauen, geduldig zu sein, auch Pausen aushalten und akzeptieren können und als Prozessbegleiter nicht zu sehr in den Inhalt der Geschichte einzugreifen, besagen die nächsten drei Regeln. Die letzten beiden Regeln zielen eher auf die Einstellung aller Teilnehmenden ab. Der Entstehungsprozess der Geschichte soll genossen werden und man solle an die Kreativität und Entwicklung in jedem Altersabschnitt glauben. (vgl. Müller u.a. 2017, S. 21)

Identitätsstiftend zu wirken, die Verbesserung des Sprachvermögens, die Aktivierung der Kreativität, der Fantasie und der vorhandenen Ressourcen sowie eine intellektuelle Stimulation und soziale Integration sind Ziele, die bei der „TimeSlips“ – Methode verfolgt und verwirklicht werden sollen. Die Geschichte wird in der Gruppe entwickelt, jeder Wortbeitrag wird notiert und wertgeschätzt und trägt zur Entstehung der Geschichte bei. Dies stärkt sowohl die Kommunikation innerhalb der Gruppe als auch das kreative Gemeinschaftserlebnis. Die Persönlichkeit jedes Teilnehmenden wird durch ein positives Gruppenerlebnis gestärkt. Das übergeordnete Ziel der Methode ist

der Erhalt der Lebensqualität beziehungsweise eine Steigerung dieser. (vgl. Müller u.a. 2017, S.23)

4.1.2 Ablauf

In möglichst gleichbleibender Zusammensetzung kommt die Gruppe regelmäßig zusammen. Dieser Gruppe von Menschen, bestehend aus sechs bis zwölf Teilnehmenden, die alle an Demenz erkrankt sind, wird ein Startbild gezeigt. Dieses kann ein klassisches Kunstwerk, aber auch ein skurriles Bild, sein. Hierzu stellt der Moderator offene Fragen, die die Gefühle und Sinne der Teilnehmer anregen sollen, zum Beispiel „Was, würden Sie sagen, ist hier passiert?“, „Was meinen Sie, ist hier passiert?“ oder „Wie fühlt er sich?“. Der Moderator und die Prozessbegleiter oder Ermöglicher sind Teil eines unterstützenden Teams aus Pädagogen, Studierenden der Sozialen Arbeit sowie Auszubildende der Alten- und Heilerziehungspflege. Sie werden benötigt, um den Prozess durchführen zu können. Sie besetzen folgende Rollen: Fragesteller, Protokollant, Echoer und Nacherzähler. Die Antworten werden vom Protokollant im gleichen Wortlaut, wie sie gesagt wurden, notiert und zusammengefasst. Übernimmt der Protokollant gleichzeitig die Rolle des Nacherzählers, wiederholt er zusätzlich regelmäßig die Geschichte innerhalb des Verlaufs. Dabei ist es wichtig, laut zu sprechen, Blickkontakt herzustellen und zu versuchen die Gefühle der Teilnehmenden anzusprechen. Die Echoer werden bei denjenigen eingesetzt, die zu den passiveren Teilnehmenden der Gruppe gehören, um auch deren Aussage laut für die anderen wiederzugeben. Zu Beginn jeder Sitzung wird die Geschichte der vergangenen Woche wiederholt, um Erinnerungen zu wecken und am Ende jeder Sitzung muss auch über den Titel der Geschichte innerhalb der Gruppe diskutiert werden. Für die Durchführung der Methode ist ein unterstützendes Setting notwendig. Die Räumlichkeit sollte ausreichend Platz, eine ruhige Atmosphäre ohne Störungen von außen und gute Lichtverhältnisse bieten. Des Weiteren sollte das Bild ausreichend groß sein und genügend starke Kontraste ausweisen. Idealerweise sollten sich keine anderen, ablenkenden Bilder in der direkten Nähe befinden. Sehr abstrakte und kleine Gegenstände oder Personen sollten vermieden werden. Die ausgewählten Bilder werden im DIN A4- Format jedem Teilnehmenden einzeln präsentiert und sollen letztendlich zur Kreativität anregen. Die Sitzungen werden gefilmt, damit sie im

Nachgang analysiert und ausgewertet werden können. So kann der Stand jedes Teilnehmenden individuell bewertet und begutachtet werden. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 123; vgl. Müller u.a. 2017, S. 21 f.; vgl. Dontscheff 2017, www.regionalwolffenbuettel.de)

4.2 „Alzpoetry“ – „Weckworte“

Menschen mit Demenz sehen sich täglich mit ihren Defiziten konfrontiert. Umso wichtiger ist es, ihnen Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. Durch das Vortragen von Gedichten, mögen es klassische oder Gedichte aus der Kindheit sein, welche sie mitsprechen können, erkennen sie ihre Ressourcen. Diese Erfolgserlebnisse stärken das Selbstbewusstsein und verhelfen zu neuem Lebensmut. Das Projekt „Alzpoetry“ nutzt diesen Ansatz für sich. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 121)

4.2.1 Konzept und Zielsetzung

Begründer des Arbeitsansatzes des „Alzpoetry“ ist der amerikanische Schriftsteller Gary Glazner. Er arbeitete in den 90er Jahren in einem New Yorker Altenheim. Dabei stellte er fest, wie positiv demenzkranke Menschen auf Gedichte reagieren, besonders, wenn es sich um altbekannte Kindergedichte handelt. (vgl. Kohler 2012, www.litaffin.de) Das Alzheimer`s Poetry Project in den USA führt er seit 2004 durch, bei dem über Gedichte ein Zugang zu Menschen mit Demenz geschaffen wird. Seit 2009 übernahmen Slam Poeten und Germanisten, darunter auch Lars Ruppel, das Projekt in Deutschland und entwickelten es unter dem Namen „Weckworte“ weiter. Sie wurden dabei zunächst von Glazner als Mentor betreut. 2012 übernahm Ruppel die Gesamtleitung des Projektes in Deutschland. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 122) Bei „Weckworte“ handelt es sich nun um eine Kombination aus einfacher Dichtkunst mit Bewegung, Aufgaben, Musik und Geschichten erzählen. Menschen mit Demenz fällt es bereits ab dem mittelschweren Stadium der Krankheit schwer, neue Gedächtnisinhalte zu speichern, das Altgedächtnis ist hingegen bis zum schweren Stadium der Demenz nicht beeinträchtigt. Deshalb können sich an Demenz Erkrankte noch lange an Erlebnisse aus ihrer Kindheit und Jugend erinnern. (vgl. Müller; u.a. 2015, S. 68 f.) Daher kann „Weckworte“ Menschen auch im späten Stadium der Demenz mit

emotionalen, lustigen und ernsten Gedichten erreichen. Für eine Session werden verschiedene Gedichte ausgewählt. Diese sind zum Teil aus der Kindheit der Demenzerkrankten, aber auch unbekannte Gedichte aus der klassischen Literatur werden verwendet. Durch die Texte werden Emotionen, ein Lächeln oder auch Tränen hervorgerufen. Dabei wirken unterstützend sinnlich wahrnehmbare Requisiten. Bei Goethes „Heideröslein“ werden beispielsweise Rosen verteilt. Die Vortragsweise spielt eine ganz entscheidende Rolle. Gestik und Mimik unterstützen die Kontaktaufnahme zu den Menschen mit Demenz. Dabei ist es günstig, dass die Stühle im Kreis angeordnet werden und die Mitte des Stuhlkreises frei bleibt. So ist jederzeit eine direkte Kontaktaufnahme, sei es durch Berührungen oder durch das direkte Ansprechen eines Teilnehmenden, möglich. Es ist wichtig, sich beim Vortragen der Gedichte zu bewegen, Blickkontakt zu den Teilnehmenden zu halten und ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Idealerweise wird auch der Rhythmus des Gedichtes durch rhythmisches Mitschwingen der Arme übertragen oder sogar zur Nachahmung angeregt. Eine weitere Methode, die bei „Weckworte“ Anwendung findet, basiert auf der Technik „Call-and-Response“, was auf Deutsch so viel heißt wie „Ruf und Antwort“. Dabei trägt der Poet Zeile für Zeile das Gedicht vor und die Teilnehmenden werden aufgefordert die Zeilen nachzusprechen. Das soll dazu dienen Erinnerungen zu wecken. Gezielte Fragen unterstützen die Suche nach Erinnerungen und Bildern aus der Vergangenheit. „Was ist das Schönste, was Sie in ihrem Leben gesehen haben?“ ist eine solche Frage. Aus der Antwort heraus improvisieren die Poeten ein Gedicht, welches wiederum durch die Art der Vortragsweise Emotionen übermitteln soll. Die Menschen mit Demenz erkennen die Gedanken und Gefühle wieder. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 122; vgl. Müller u.a. 2015, S. 69 f.)

„Weckworte“ zielt darauf ab, „den Betroffenen ein würdiges und gutes Leben zu ermöglichen. Dazu gehört auch die intellektuelle und emotionale Begegnung auf Augenhöhe.“ (Ruppel o.J., www.larsruppel.de)

Des Weiteren führt das Projekt zu einer vermehrten Beteiligung der Teilnehmenden an Gesprächen. Es trägt zur Konzentrationsförderung und letztendlich, durch das Ermöglichen von Erfolgserlebnissen, auch zur Steigerung der Lebensqualität bei. (vgl. Müller u.a., S. 71)

4.2.2 Ablauf

In zweistündigen Workshops werden bis zu 20 Teilnehmenden, auch Jugendliche ab 14 Jahren, zu Gruppenleitern für „Weckworte“ - Sessions ausgebildet. Sie lernen das Vortragen klassischer Gedichte, sie zu artikulieren, Tempo und Dynamik anzupassen. Im Vordergrund stehen dabei die Begeisterung für Sprache, das spielerische Erfahren der eigenen darstellerischen Möglichkeiten und der Abbau von Berührungs- und Vortragsängsten. Unmittelbar nach der Schulung findet eine einstündige Anwendung für eine Gruppe von bis zu 15 Betroffenen in einer kooperierenden Pflegeeinrichtung statt. Diese direkte Anwendung ist obligatorisch, weil die reine theoretische Vermittlung keine nachhaltigen Lernerfolge für die Schulungsteilnehmer hätte. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 122; vgl. Ruppel o.J., www.larsruppel.de) Zu Beginn wird jeder Bewohner einzeln begrüßt und nach seinem Wohlbefinden befragt. Der Gruppenleiter, welcher von Session zu Session wechselt, führt durch die jeweilige Anwendung. In jeder Sitzung werden zehn bis vierzehn Gedichte rezitiert. Als Ritual gibt es ein festes Begrüßungslied oder –gedicht und ein festes Abschiedslied oder -gedicht, welches auch von den Bewohnern selbst ausgewählt werden kann.

Zur Dokumentation und zur eigenen Schulung werden die Sitzungen gefilmt. Damit kann nicht nur das eigene Verhalten im Nachgang reflektiert werden, sondern auch Reaktionen beim Vortragen der Gedichte und Fortschritte der einzelnen Bewohner können analysiert werden. (vgl. Müller u.a. 2015, S. 70 f.)

4.3 Tanzangebote für Menschen mit Demenz

4.3.1 Angebote und Ziele

Tanzen bietet dem Individuum die Möglichkeit, sich körperlich zu bewegen und emotional auszudrücken. Die Verbindung von fröhlicher Musik und ungezwungenen rhythmischen Bewegungen erzeugt gute Laune und körperliches Wohlbefinden. Neben der Bewegung und dem Ausdruck von Gefühlen erfüllt Tanzen aber noch weitere Funktionen. Zum einen dienen Gesellschaftstänze der Brauchtumsüberlieferung und tragen zur Geselligkeit bei. Aber auch im Hinblick auf die körperliche Gesundheit spielt Tanzen eine wichtige Rolle. Durch das rhythmische Bewegen zur Musik, wird die

eigene Kondition gesteigert und die eigene Fitness erhöht. Tanzen regt die Bewegung verschiedener Muskelpartien und den Stoffwechsel an und es steigert die Durchblutung. Tanzen bietet, nicht nur Menschen ohne, sondern vor allem Menschen mit Demenz, auf verschiedenen Wegen eine Bereicherung. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 144; vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2007, www.deutsche-alzheimer.de)

Den Grundstein für Tanzangebote für Menschen mit Demenz legte das 1997 in den Niederlanden eröffnete erste Alzheimer Café. Menschen mit Demenz, ihre Angehörigen und Freunde trafen sich, in entspannter Atmosphäre, um über ihren Umgang mit der Krankheit zu sprechen. Das Angebot wurde gut angenommen und kurze Zeit später erweitert. Im Vordergrund steht nun nicht mehr nur der Austausch über die Krankheit, sondern auch das Knüpfen sozialer Kontakte. Eine Sonderform bilden die Alzheimer Tanzcafés. Diese Tanzcafés werden von Pflegeeinrichtungen und Alzheimer Gesellschaften organisiert. Ehrenamtliche unterstützen die Veranstaltung. Sie stellen Kaffee und Kuchen bereit und betreuen die Besucher. Teilweise wird auch Livemusik gespielt. Die Tanzcafés werden überwiegend von Menschen mit Demenz besucht, die noch zu Hause betreut werden. Auch deren Angehörige nehmen das Angebot wahr. Die Tanzcafés finden, je nach Organisator, alle vierzehn Tage, monatlich oder vierteljährlich statt. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 144; vgl. Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2007, www.deutsche-alzheimer.de)

Mittlerweile gibt es viele Tanzangebote für Menschen mit Demenz. 2007 begann der Tanzlehrer Alexander Gipp vom Tanz- und Freizeitclub „Tausendfüßler e.V.“ damit eine Tanzgruppe, bestehend aus Menschen mit Demenz, in einem Pflegeheim in Mannheim zu leiten. Die Tänze orientieren sich an Gesellschaftstänzen, wurden aber durch Gipp an die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz angepasst, sodass jeder mitmachen kann. Aufgrund der großen Resonanz wurde das Angebot auch auf andere Pflegeeinrichtungen ausgeweitet. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 144 ff.) Auch Ronja White, die seit 2013 Tanzpädagogik an der Kunsthochschule ArtEZ in Arnheim (Niederlande) unterrichtet, choreografiert Tanztheaterstücke mit unterschiedlichen Altersgruppen und spezialisierte sich dabei auf den Tanz mit Menschen mit Demenz. (vgl. Tanzmoto Dance Company o.J., www.tanzmoto.com/ronja-white) Mit ihrem Programm besucht sie regelmäßig Altenpflegeheime und versucht durch Körperkontakt, rhythmische

Bewegungen auf Augenhöhe und spielerischer Annäherung, mittels Chiffontuch oder Luftballon, die Konzentrationsfähigkeit zu stärken und die Lebensfreude der Bewohner zu erhöhen. (vgl. Bauer-Söllner 2017, www.alzheimer-bw.de) Neben Stärkung der Motivation, des Selbstvertrauens, der Lebensfreude, der Kommunikation und der Empathie, kann regelmäßiges Tanzen bei Menschen mit Demenz das Gangbild, die Beweglichkeit, die Balance und Muskelkoordination nachweislich positiv beeinflussen und somit auch Stürzen vorbeugen. Darüber hinaus verringert es das Depressionsrisiko. Aufgrund dieser Erkenntnisse hat der Hamburger Theaterpädagoge Helmut Fuchs das Projekt „Tango Argentino für Senioren“ ins Leben gerufen. Tangomusik eignet sich besonders gut für einfachste gehende beziehungsweise wiegende Bewegungen, die das Gefühl von Tanzen vermitteln. Dadurch haben die Betroffenen ein Erfolgserlebnis und gewinnen an Lebensfreude. Zusammen mit seiner Partnerin veranstaltet Fuchs in Pflegeeinrichtungen zweistündige Tangoangebote, bei denen er zunächst etwas über den Tango erzählt, dann beginnt er mit seiner Partnerin etwas vorzuführen und anschließend fordern beide die Bewohner zum Tanz auf. Wichtig für die Teilnehmenden ist auch die Art der Musik. Helmut Fuchs wählt daher bekannte Lieder aus den 30er- und 40er- Jahren, weil diese im Altgedächtnis der Menschen mit Demenz noch gut gespeichert und abrufbar sind. Sie wecken Erinnerungen und Emotionen aus vergangenen Zeiten und sprechen die Menschen mit Demenz gut über die Gefühlsebene an. (vgl. Pawlik 2014, www.abendblatt.de; vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 144)

Das Feiern steht in unserer Gesellschaft für Leichtigkeit, Fröhlichkeit und Geselligkeit. Tanzen gehört, als Ausdruck von Glückseligkeit und Lebensfreude, dazu. Etwas anderes wird Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben oder Menschen, die an Demenz erkrankt sind, vorgelebt. Zwar gibt es auch Tanzangebote für sie, die wenigsten davon finden jedoch in einer passenden, stimmungsvollen Umgebung statt. Der Veranstaltungssaal einer Pflegeeinrichtung ist eben immer noch die Pflegeeinrichtung. Beim Tanzen als Programmpunkt eines durchstrukturierten Tages kommt nur selten die Stimmung auf, die auf einer Tanzfläche eines festlich geschmückten Saales außerhalb der Einrichtung aufkommen würde. Das Verlassen der Einrichtung, wenn auch nur für kurze Zeit, kann dazu beitragen, dass das Bedürfnis der Menschen mit

Demenz nach Normalität und nach Zugehörigkeit und Teilhabe an der Gesellschaft befriedigt werden kann.

4.3.2 Die Initiative „Wir tanzen wieder!“

Das Projekt bringt das Tanzen aus den Pflegeeinrichtungen wieder zurück in die Tanzschulen. Initiator, Ideengeber und Leiter der deutschlandweiten Initiative ist Stefan Kleinstück. 2005 verband der Leiter des Demenz- Service- Zentrums Region Köln und das südliche Rheinland seine private Tanzleidenschaft mit seinem Beruf. Die Tanzschule Stallnig- Nierhaus in Köln- Bayenthal ist von Beginn an als Kooperationspartner dabei. Mitinhaber und Tanzlehrer an der Tanzschule Stallnig- Nierhaus, Hans- Georg Stallnig, entwickelte das Tanzkonzept. 2007 fand der erste Tanztreff statt. Seither wurden weitere Tanzschulen in ganz Deutschland für das Angebot gewonnen.

Die 90-minütigen Veranstaltungen finden monatlich statt und richten sich, neben Menschen mit Demenz und deren Angehörige, auch an Menschen, die auf Gehhilfen, Rollatoren oder den Rollstuhl angewiesen sind und an Menschen, die einfach gerne tanzen möchten. Die Tanz- und Musikauswahl ist vielfältig. Nach dem Eröffnungswalzer folgen Tänze wie Cha- Cha- Cha, Samba, Foxtrott bis hin zu Swing und Rock 'n' Roll. Ergänzt wird das Ganze bewusst durch moderne Musikrichtungen wie Hip- Hop. Das Motto der Veranstaltung lautet: „begegnen, bewegen, berühren“, zu keinem Zeitpunkt geht es darum, dass Tanzschritte perfekt sitzen oder der Takt genauestens eingehalten wird oder gar um eine Form von Therapie. Es geht darum Freude, Spaß und Geselligkeit zu leben. Die Besucher der Veranstaltung kommen nicht zu Kaffee und Kuchen. Sie kommen auch nicht, um im Kreis sitzend zu schunkeln und in die Hände zu klatschen. Hier geht es um Bewegung, um Freude am und beim Tanzen, um das Wecken von Erinnerungen und um das Verstehen und Akzeptieren der Menschen, so wie sie sind oder wie sie es waren. Neben der Vermittlung von Freude am Tanzen, steht die Professionalität im Mittelpunkt. An allen Entwicklungen und Ideen arbeiten immer ausgewiesene Experten für Demenzerkrankungen und Experten für Tanzen und Tanzsport mit.

Einmal im Jahr findet ein Ball statt, bei dem auch Kinder- und Jugendtanzgruppen und deren Eltern, Bekannte und Verwandte dabei sind und ihr Können unter Beweis stellen. So kommt es auf natürliche und ungezwungene Weise zur Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz. Diese Art der Zusammenkunft schenkt den Menschen mit Demenz die Normalität und die barrierefreie Teilhabe an der Gesellschaft, die sonst nicht mehr möglich ist.

Tanzen hat, neben den medizinischen und wissenschaftlich belegbaren Trainingseffekten, auch eine positive Auswirkung auf die Koordinationsfähigkeit der Menschen mit Demenz. Das allgemeine Wohlbefinden wird gesteigert. (vgl. Pia Causa Köln GmbH 2018, www.wir-tanzen-wieder.de; vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 147)

Mit Bekanntgabe der Diagnose, steht bei den Betroffenen und bei den Angehörigen zumeist nur noch die Krankheit im Mittelpunkt. Die eigene soziale Identität geht verloren und wird durch eine Art Krankheitsbiografie ersetzt. (vgl. Bosshard u.a. 2013, S. 398 f.) Das Tanzen knüpft an den biografischen Begebenheiten der Menschen an und ist damit Teil einer aktiven Erinnerungsarbeit. Allein der Aspekt, dass sich Paare während eines Tanzes wieder als Mann und Frau fühlen und begegnen können, zeigt, dass die Musik, die intime Atmosphäre und die Bewegung vergessene Gefühle wieder aufleben lassen. In diesem Moment steht nicht die Krankheit im Vordergrund, sondern die Beziehung zum Gegenüber und die eigene Persönlichkeit.

Auf der Grundlage von „Wir tanzen wieder!“ gibt es seit 2014 das Projekt „Wir tanzen wieder! im Wohnquartier“. Mit Unterstützung des Bundesmodellprogramms „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ und gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend entstanden in Köln Dünwald und Höhenhaus zwei Modellstandorte für dieses Projekt. Das Ziel ist die kulturelle und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit und ohne Demenz als Mieter von Wohnanlagen der Wohnungswirtschaft im Stadtteil, auch Quartier genannt. Die Sensibilisierung und Aufklärung zum Thema Alter und speziell zum Thema Demenz steht dabei im Fokus. Die Aufklärungsarbeit erfolgt bei Tanzveranstaltungen in den Wohnanlagen mit professioneller tänzerischer und psychosozialer Unterstützung. Für die Bewohner entstehen dadurch neue Begegnungs- und Bewegungsräume, in denen sie ihr Leben so

aktiv und selbständig wie möglich verbringen können. (vgl. Pia Causa Köln GmbH 2018, www.wir-tanzen-wieder.de)

5. Diskussion über Möglichkeiten und Herausforderungen der (Re-) Aktivierungstechniken

5.1 Kritische Auseinandersetzung mit den (Re-) Aktivierungstechniken

Hinter dem Konzept „TimeSlips“ steht das Aktivieren der Fantasie und Kreativität. Es soll zeigen, welches kreative Potenzial noch bei Menschen mit Demenz vorhanden ist und dass auch sie in der Lage sind Neues zu erschaffen. Das Reaktivieren der bereits schwindenden Erinnerung steht nicht im Mittelpunkt, dies geschieht eher beiläufig. Durch das Filmen jeder Sitzung, wird die Entwicklung jedes Teilnehmers beobachtet und ausgewertet. Dadurch konnte festgestellt werden, dass das „Kreative Geschichtenerfinden“ die Freude und Aktivität der Teilnehmenden steigert und sich ihr Verhalten positiv verändert. Aufgrund der wertschätzenden und akzeptierenden Haltung, wird, von Sitzung zu Sitzung, der Glaube an die eigenen Fähigkeiten jedes Teilnehmenden gestärkt. „TimeSlips“ ist ein Gruppenangebot. Hierdurch wird die Kommunikation miteinander und die Beziehung der Teilnehmenden untereinander gestärkt und vertieft. Alle diese Teilaspekte führen dazu, dass die Lebensqualität der Menschen mit Demenz in den Pflegeeinrichtungen erhöht wird. (vgl. Müller u.a. 2017, S. 21 ff.) Und genau hier liegt das Problem. „TimeSlips“ findet in Pflegeeinrichtungen statt und die Teilnehmenden sind ausschließlich Bewohner und auch Pflegekräfte der Einrichtung. Das bedeutet, dass das Ziel der sozialen Integration nur bedingt erreicht wird. Einzelne Bewohner, die vorher recht zurückgezogen gelebt haben, integrieren sich zwar verstärkt in die Gruppe der anderen Pflegeheimbewohner, aber es bleibt alles auf die Einrichtung beschränkt. „TimeSlips“ ist daher als weiteres Freizeitangebot, um die Bewohner aus dem Alltag herauszuholen, gut geeignet. Um aber das Ziel der

kulturellen Teilhabe zu erreichen, bedarf es einer Weiterentwicklung beziehungsweise einer Erweiterung. Es gibt bereits Angebote, die auf dem Konzept „TimeSlips“ aufbauen und als Veranstaltungsort das Museum gewählt haben. Unter anderem finden im Herzog Anton Ulrich- Museum in Braunschweig, unter der Leitung von Diplom- Sozialpädagogin Simone Weiss, wöchentliche Angebote für Menschen mit Demenz statt. (vgl. Dontscheff 2017; www.regionalwolfenbuettel.de) Die Grundidee dabei ist, Menschen mit Demenz an öffentlichen Orten der Kultur teilhaben zu lassen und dort auch sichtbar zu machen. (vgl. Müller u.a. 2017, S. 21; vgl. Dontscheff 2017; www.regionalwolfenbuettel.de) Die Umsetzbarkeit eines solchen Museumsbesuchs kann für die Pflegeeinrichtung, in finanzieller Hinsicht wie auch in personeller Hinsicht, einen großen Aufwand bedeuten. Es muss ausreichend Pflegepersonal vorhanden sein, das die Gruppe ins Museum begleitet. Da aber nicht alle Pflegeheimbewohner auf einmal ins Museum gehen können, muss auch genügend Personal in der Einrichtung verbleiben. Dies stellt viele Einrichtungen vor organisatorische Herausforderungen, weil bereits jetzt zu wenig Pflegepersonal vorhanden ist. Sowohl der Eintritt ins Museum, die Fahrt zum Museum als auch die Führung durch eine pädagogische Fachkraft müssen finanziert werden. Für die Pflegeeinrichtung allein ist dies auf Dauer zu teuer. Hier kommt es auf eine Kooperation zwischen der Einrichtung, dem Museum und sozialen Trägern, Verbänden oder Stiftungen an. Wie beim „TimeSlips“- Konzept spielen Wertschätzung und Akzeptanz auch beim Konzept des „Alzpoetry“ eine entscheidende Rolle. Das Ziel des „Alzpoetry“ ist ein würdiges und gutes Leben in der Pflegeeinrichtung zu ermöglichen, hierzu gehören auch die intellektuelle und emotionale Begegnung auf Augenhöhe. Bei „Alzpoetry“ findet eine Vielzahl an Kommunikationsmöglichkeiten Anwendung. Im späten Stadium der Demenz, wo Kommunikation über Sprache nur noch bedingt möglich ist, werden unter anderem sinnlich wahrnehmbare Requisiten verwendet, um über Berührungen zu kommunizieren. Die Unterstützung findet aber auch durch Gestik, Mimik, Bewegungen im Raum und Rhythmus statt. (vgl. Nebauer u.a. 2012, S. 122; vgl. Müller u.a. 2015; S. 69 ff.) Das heißt „Alzpoetry“ eignet sich während des gesamten Verlaufs der Krankheit für Menschen mit Demenz, wohingegen „TimeSlips“ sich eher für das frühe und mittlere Stadium eignen, weil das gesamte Konzept auf Austausch mittels Sprache setzt. Bei „Alzpoetry“ wird mittels Gedichten und Liedern auf die Emotionen der

Teilnehmenden abgezielt, um dadurch Erinnerungen zu wecken. Diese Erinnerungen werden als Kommunikationsmittel eingesetzt, um so in Austausch mit den anderen zu kommen und neue Erlebnisse zu schaffen. Die Teilhabe an der Gemeinschaft wird dadurch gestärkt. Allerdings ist es, wie beim „TimeSlips“, lediglich die Gemeinschaft der Pflegeeinrichtung. Durch Verlegung an einen öffentlichen Ort und Öffnung auch für andere Teilnehmende, könnte eine gesellschaftliche Teilhabe erreicht werden. Ansonsten bleibt „Alzpoetry“, wie auch „TimeSlips“, ein gutes Freizeitangebot in einer Pflegeeinrichtung.

Tanzen trägt sowohl für Menschen mit als auch ohne Demenz zur Steigerung der Kondition und Verbesserung der Koordination bei. (vgl. Nebauer u.a. 2012; S. 144) 2008 hat die Studie „Dance and movement therapeutic methods in mangement of dementia: a randomized, controlled study“ bestätigt, dass das Erinnern an Schrittfolgen in Kombination mit Bewegung Gedächtnisstörungen vorbeugen und zu einem gewissen Teil auch verlangsamen kann.

Das Tanzen eignet sich auch für das späte Demenzstadium, weil die Kommunikation nicht über das gesprochene Wort stattfinden muss, sondern über Körpersprache, Bewegung und Berührung. Allerdings finden die Tanzangebote, ebenso wie bei den anderen beiden Techniken, hauptsächlich in Pflegeeinrichtungen oder aber in Tanzcafés statt, die sich meist in Gemeindesälen befinden. Neben den Menschen mit Demenz, kann das Angebot noch von Angehörigen und Pflegekräften als weitere Teilnehmende genutzt werden. Die Betroffenen bleiben unter sich und die gesellschaftliche Teilhabe wird nicht erreicht. Aufgrund dessen bleibt, wenn auch unbewusst, immer die Krankheit der Menschen im Fokus. (vgl. Pia Causa Köln GmbH 2018, www.wir-tanzen-wieder.de) Eine Weiterentwicklung der Tanzangebote kann in der Initiative „Wir tanzen wieder!“ gesehen werden. Die Initiative bringt das Tanzen aus den Pflegeeinrichtungen zurück in die Tanzschulen. In den Tanzschulen befinden sich Männer und Frauen jeden Alters sowie Kinder und Jugendliche. Dadurch kommt ganz selbstverständlich eine gesellschaftliche Eingebundenheit zustande. Bei den Veranstaltungen stehen die Aktivität, die Lebensfreude und die Begegnung als Mann und Frau beim Tanzen im Mittelpunkt und nicht die Krankheit. Es erfolgt eine

Konzentration auf das Tanzen und den damit verbundenen positiven Auswirkungen auf den Körper.

Der Hauptteil der Angebote an (Re-) Aktivierungstechniken findet nach wie vor für Menschen in Pflegeeinrichtungen statt. Die (Re-) Aktivierung kognitiver Fähigkeiten zielt auf eine Erhöhung der Selbstständigkeit und Aktivität ab. Bedarf es solcher kognitiver (Re-) Aktivierung noch, wenn der Lebensmittelpunkt bereits die Pflegeeinrichtung ist? Diese Frage kann eindeutig bejaht werden. Ein wichtiges Ziel der (Re-) Aktivierung ist zwar der Erhalt beziehungsweise die Erhöhung der Selbstständigkeit, aber es bedarf nicht nur kognitiver Fähigkeiten, sondern auch der Verbesserung der Stimmung und des Verhaltens. Die Steigerung der Lebensqualität für Menschen mit Demenz in den Pflegeeinrichtungen ist ein erstrebenswertes Ziel. Die vorgestellten (Re-) Aktivierungstechniken verfolgen und erreichen alle dieses Ziel. Da bei der Demenz jeder Mensch individuell betrachtet werden sollte, sollten auch die Ziele und Erfolge individuell, vor dem Hintergrund des Verlaufs der Krankheit, beurteilt werden. Für den einen ist das Verlassen der Zurückgezogenheit und das Kommunizieren mit anderen ein großer Erfolg und für den anderen die selbstständige und aktive Gestaltung seines Lebensalltages. Die Angebote finden regelmäßig statt, jedoch heißt regelmäßig einmal im Monat, einmal im Quartal oder neun Mal im Jahr. Wodurch sich die Nachhaltigkeit solcher (Re-) Aktivierungstechniken, auf die im Punkt 5.3 eingegangen wird, verringert.

Durch eine Öffnung und Verlagerung der Angebote in die Öffentlichkeit kann ein Beitrag zur Enttabuisierung und Entstigmatisierung der Krankheit Demenz und den davon Betroffenen erreicht werden. Man kann den Menschen ohne und mit Demenz die Angst vor der Krankheit nehmen und zeigen, dass ein aktives Leben trotz Demenz und mit Demenz möglich ist.

5.2 Wirksamkeitsstudie – „MAKS“

Wirksamkeit heißt bei Demenz, dass der Verlauf der Krankheit aufgehalten wird und sich der Zustand des Betroffenen nicht weiter verschlechtert. Die bisher existierenden Therapiemöglichkeiten wirken ausschließlich symptomatisch, das heißt sie mildern die

Krankheitszeichen. Bestenfalls wird ein Fortschreiten der Symptome für eine gewisse Zeit, maximal aber sechs Monate, aufgehalten. Das Forschungsprojekt „MAKS“ der Universitätsklinik Erlangen zusammen mit der Diakonie Neuendettelsau, erforschte die Wirkung eines multimodalen Förderungsprogramms für Menschen mit Demenz. „MAKS“ steht für eine Kombination aus motorischen, alltagspraktischen, kognitiven und spirituellen Aktivierungstherapien. (vgl. Gräßel o.J.; www.maks-aktiv.de; vgl. Luttermann o.J.; ebd.) Das oberste Untersuchungsziel war der Nachweis der Wirksamkeit einer exakt festgelegten, aus mehreren Komponenten bestehenden, nicht- medikamentösen Therapie auf die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten von Menschen mit Demenz. Die Überprüfung fand in der Umgebung von fünf Pflegeheimen der Diakonie Neuendettelsau statt. Um das Ziel zu erreichen, bedarf es einer Therapie, die gezielt mehrere Bereiche anspricht. Die Therapie wurde über einen Zeitraum von zwölf Monaten im Jahr 2011, täglich von Montag bis Samstag, für etwa zwei Stunden in Gruppen von zehn Personen angeboten. In jeder Gruppe gab es zwei geschulte Therapeutinnen und eine Hilfskraft. An der Verlaufsstudie nahmen insgesamt 139 Bewohner teil, die Beeinträchtigungen von Gedächtnis und anderen kognitiven Funktionen aufwiesen. Nach dem Zufallsprinzip wurden in jedem der fünf beteiligten Pflegeeinrichtungen zu Beginn zwanzig geeignete Personen auf eine Kontrollgruppe mit zehn Personen und auf eine Therapiegruppe, bestehend aus ebenfalls zehn Personen, verteilt. Die Kontrollgruppe erhielt die übliche Versorgung, während die Therapiegruppe zusätzlich mit einer zweistündigen „MAKS“- Therapie versorgt wurde. Die wichtigsten Zielgrößen waren die kognitiven und die alltagspraktischen Fähigkeiten. Zu den kognitiven Fähigkeiten zählte auch das Gedächtnis. Beide Bereiche wurden durch Leistungstests zu Beginn, nach sechs Monaten und abschließend nach zwölf Monaten genau erfasst. Diese Erfassung wurde von Personen durchgeführt, die nicht wussten, ob der Bewohner die „MAKS“- Therapie bekam oder nicht. Von Pflegekräften im Wohnbereich wurde die Gesamtsymptomatik älterer Patienten, Pflegezeit pro Tag und Basis- Pflegeaufwand, also Aufwand für Mobilität, Körperpflege und vieles mehr, zu Beginn und nach sechs Monaten beurteilt. Über den Zeitraum eines ganzen Jahres zeigte sich, dass die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten unter der „MAKS“- Therapie auf gleichem Niveau blieben, während sie in der Kontrollgruppe vor allem im zweiten Halbjahr weiter abnahmen,

wie dies für den natürlichen Verlauf von degenerativer Demenz üblich ist. Während die Gesamtsymptomatik in der Kontrollgruppe unverändert blieb, verbesserte sie sich unter der „MAKS“- Gruppe. Dies ist insbesondere auf eine Abnahme depressiver Symptome, eine Reduzierung sogenannten herausfordernden Verhaltens und eine Verbesserung des Sozialverhaltens zurückzuführen. Die Pflegezeit für die „MAKS“- Gruppe wurde geringer, weil die Betroffenen auf diesem Gebiet selbstständiger waren. Die „MAKS“- Therapie ist wirksam hinsichtlich Gedächtnis- und Denkfähigkeit, sie stoppt die weitere Verschlechterung. Sie verhindert das weitere Nachlassen alltagspraktischer Fähigkeiten. Die Therapie verschafft den Teilnehmenden eine positiv erlebte Zeit in der Gemeinschaft, was zur Verringerung der Depressivität führt. Die „MAKS“- Therapie wirkt genauso intensiv auf Gedächtnis und Denken wie die zur Zeit effektivsten Arzneimittel gegen Demenz des Typus Alzheimer und hinsichtlich alltagspraktischer Fähigkeiten etwa doppelt so stark wie das effektivste Arzneimittel. Durch die Therapie konnte die Wirkdauer von sechs auf zwölf Monate nachweislich erhöht werden. (vgl. Gräßel o.J.; www.maks-aktiv.de)

Bisher gab es kaum Hinweise, ob die Wirksamkeit auch über das Ende der Therapie hinaus erhalten bleiben kann. Es ist nur wenig über die Nachhaltigkeit nicht-medikamentöser Therapieverfahren bei Demenz bekannt.

Zehn Monate nach der „MAKS“- Therapie erfolgte daher eine Folgeuntersuchung mit dem Titel „Gibt es nachhaltige Therapieeffekte einer nicht- medikamentösen multimodalen Aktivierungstherapie bei Demenz?“

Diese Folgeuntersuchung wird im nächsten Abschnitt beschrieben.

5.3 Nachhaltigkeit von Aktivierungsverfahren

Einige Studien konnten in den letzten Jahren die Wirksamkeit von nicht-medikamentösen Therapien zeigen. Dies waren hauptsächlich unimodale Interventionen, die vor allem auf Kognition der Demenz abzielten. Dadurch ist die Wirksamkeit kognitiver Ansätze auch am besten belegt. Einen größeren Effekt erzielen multimodale Verfahren, also Kombinationen aus unterschiedlichen Therapieansätzen. Allerdings ist über die Nachhaltigkeit entsprechender Angebote bisher wenig bekannt.

Erste Hinweise deuten darauf hin, dass nicht- medikamentöse Therapien möglicherweise eine größere Nachhaltigkeit, im Hinblick auf Kognition und Alltagspraxis, zeigen. Diese Annahme lässt sich theoretisch dadurch begründen, dass bei nicht- medikamentösen Therapien Fähigkeiten gestärkt werden, die im Alltag weiter angewendet werden können und sich so durch eigenständiges Weitertrainieren selbst aufrechterhalten. In der Folgeuntersuchung, die zehn Monate nach Beendigung der Therapie durchgeführt wurde, wurden alle noch lebenden Patienten mit den gleichen Instrumenten nachuntersucht. Die Wirksamkeit der alltagspraktischen Fähigkeiten war nicht nur nachhaltig, sondern stieg sogar noch an. Die kognitiven Fähigkeiten jedoch verschlechterten sich nach Therapieende.

Bisher haben erst zwei randomisierte Studien die Nachhaltigkeit nicht- medikamentöser Therapieverfahren auf Kognition und Alltagspraxis untersucht, beide jeweils in Kombination mit Cholinesterasehemmern, also unter Mitwirkung von Medikamenten. Andere Studien, die die Nachhaltigkeit nicht- medikamentöser Verfahren untersuchten, bezogen sich meist auf neuropsychologische Symptome der Demenz, wie Stimmung und Verhalten. (vgl. Luttenberger u.a. 2012; S. 1-11)

Eine dieser Studien untersucht die Wirkung gemeinsamer Beschäftigungstherapien auf Lebensqualität, Stimmung und Gesundheit bei Demenzpatienten und ihren Pflegenden. Mit Pflegenden sind hier sowohl pflegende Angehörige wie auch Pflegepersonal in Pflegeeinrichtungen gemeint. Dabei wurden zehn Einheiten gemeinsamer Beschäftigungstherapie über fünf Wochen hinweg durchgeführt. Es wurden Kognition und Verhaltensinterventionen, unter Verwendung von vorhandenen Alltagskompetenzen und Hilfsstrategien zur Überwindung der nachlassenden kognitiven Fähigkeiten, trainiert. Die Pflegenden beobachteten und überwachten das Verhalten und ahmten es im Anschluss nach. Das Ergebnis der Studie besagt, dass sich der Wert der Lebensqualität von Dementen und Pflegenden verbessert hat und der Wert für das Verhalten von Demenzpatienten ebenfalls signifikant höher war. Auch Folgeangebote wurden besser angenommen. Auch zwölf Wochen nach Therapieende waren diese Effekte noch messbar. (vgl. Graff u.a. 2007; S. 1002-1009)

Eine nicht- medikamentöse multimodale Therapie bei Demenz scheint im Vergleich zu einer ausschließlichen Arzneimitteltherapie oder unimodalen Intervention das

Potenzial für einen über die Dauer der Therapie hinausreichenden Effekt auf die Förderung der Selbstständigkeit im Alltag zu haben.

Zur Erhaltung der noch vorhandenen Fähigkeiten von Menschen mit Demenz, sollten intensive multimodale Therapien so früh wie möglich begonnen werden. Entscheidend ist aber auch, dass die Therapien kontinuierlich fortgesetzt werden. Dadurch können die alltagspraktischen und kognitiven Fähigkeiten, daraus folgend auch die Selbstständigkeit, so lange wie möglich aufrechterhalten und dem funktionelle Abbau dieser Kompetenzen so lange wie möglich entgegengewirkt werden. (vgl. Luttenberger u.a. 2012; S. 12 ff.)

6. Fazit

2011 führte die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Interviews mit Menschen im frühen Stadium der Demenz durch und fragte diese unter anderem danach, was sie sich, in Bezug auf ihre Krankheit, wünschen. Sie gaben an, dass in der Öffentlichkeit ausführlicher über das individuelle Krankheitsbild der Demenz berichtet werden sollte, sie möchten weiterhin mit anderen Menschen in Kontakt bleiben, am sozialen Leben teilnehmen und ihre vorhandenen Fähigkeiten sinnvoll einsetzen. Betroffene wünschen sich zwar häufig einen Rahmen für den Austausch über die Krankheit unter Gleichbetroffenen, darüber hinaus suchen sie aber auch Möglichkeiten zu „normalen“ Aktivitäten wie beispielsweise einem Museumsbesuch. Nicht nur zu Beginn der Krankheit sind die Betroffenen in der Lage ihren Alltag und ihr Leben selbstständig zu bewältigen, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen und am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. In verschiedenen Abstufungen ist dies während des gesamten Krankheitsverlaufs möglich. (vgl. Saxl 2014, S. 225). Bestehende Angebote müssten sich dahingehend öffnen, dass sich auch Menschen mit Demenz willkommen fühlen. Neue Angebote sollten direkt auf die Zielgruppe zugeschnitten sein. Bei Menschen mit Demenz spricht man von einer außerordentlich heterogenen Gruppe, zu ihr gehören 50- Jährige wie auch über 90- Jährige, die sich in verschiedenen Stadien der Krankheit befinden, verschiedene Formen der Krankheit haben und unterschiedliche Bedürfnisse und Anforderungen haben. In Bezug auf ihr gelebtes Leben, ihren Bildungsstand, ihren beruflichen und familiären Hintergrund und ihre Interessen könnten sie unterschiedlicher nicht sein. Wenn diese Angebote an die vorhandenen Kompetenzen anknüpfen, bieten sich zahlreiche Möglichkeiten für Erfolgserlebnisse und Selbstbestätigung, welche für das Selbstbild und auch den Krankheitsverlauf essentiell sind. (vgl. Nebauer o.J., www.demenz-service-westliches_ruhrgebiet.de; vgl. Bezdold 2016, S. 333)

Studien haben gezeigt, wer sich noch lange Zeit aktiv am gesellschaftlichen Leben beteiligt und so seine Kompetenzen fördert und fordert, kann den geistigen Abbau verlangsamen. Die Verringerung des Aktionsradius, der sozialen Kontakte sowie das Gefühl, aufgrund der Demenz ausgegrenzt zu werden, befördern den Krankheitsverlauf dagegen. (vgl. Nebauer 2012, S. 101) Das bedeutet, dass sowohl die Einstellung der

Betroffenen zur Krankheit als auch das Verhalten des sozialen Umfelds stark am Verlauf der Krankheit und an den sozialen Auswirkungen für den Betroffenen und den Angehörigen beteiligt sind. Die Entstigmatisierung und Enttabuisierung kann daher nur durch ausführliche Aufklärung stattfinden. Sicherlich lassen sich durch Aufklärung und Wissensvermittlung alleine nicht alle Vorurteile gänzlich aufheben, aber die Beratung sollte immer die Sorgen und Ängste der Betroffenen und Angehörigen aufgreifen und versuchen diese abzubauen. Dadurch wird ein erster Schritt in Richtung Entstigmatisierung und Enttabuisierung gemacht. Sozialarbeiter können durch ihr fachliches Wissen über die Krankheit, über Interventionsmöglichkeiten, über Vermittlungsangebote, über gesetzliche Leistungen, aber auch durch ihr Handeln und ihre Haltung Menschen mit Demenz und ihre Angehörige dabei unterstützen sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen. Den Betroffenen zu vermitteln, dass sie trotz der Krankheit eine Zukunftsperspektive haben und weiterhin ein wichtiger Teil der Gesellschaft sind, ist dabei ein wichtiger Aspekt.

Daher ist ein wichtiges Kriterium bei Angeboten für Menschen mit Demenz, dass sie von Betroffenen und Angehörigen oder Pflegenden sowie darüber hinaus auch von anderen Personen ohne Demenz gemeinsam genutzt werden können. Dadurch kann der Sonderstatus von Menschen mit Demenz aufgehoben und ihrem Leben ein Stück Normalität zurückgegeben werden. Die vorgestellten (Re-) Aktivierungstechniken bieten eine Grundlage dafür. Sie müssen jedoch weiterentwickelt werden, um das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe zu erreichen. (vgl. Nebauer o.J., www.demenz-service-westliches_ruhrgebiet.de; vgl. Bezold 2016, S. 333)

Durch eine veränderte Sichtweise der Gesellschaft, können Menschen mit Demenz dazu beitragen, einen anderen Blick auf das Leben zu gewinnen. Voraussetzung ist, sich von der defizitären Sichtweise abzuwenden und auch wahrzunehmen, über welche vielfältigen Fähigkeiten die Betroffenen verfügen. Sie können ein gutes Beispiel dafür sein, dass eine gewisse Angewiesenheit aufeinander und ein verlangsamter Alltag nicht per se ein Defizit ist. (vgl. Dittrich 2009, S. 176; vgl. Bezold 2016, S. 333 f.)

Der Blick auf den einzelnen Menschen sollte trotz aller Stigmatisierung, Etikettierung und wohlmeinender Hilfe nicht verloren gehen, sondern er sollte vollständig gesehen werden. Mit seiner vielfältigen Persönlichkeit, mit seinen Fähigkeiten und Ressourcen existiert er immer noch und steht stets vor der Krankheit.

7. Literaturverzeichnis

Bauer- Söllner, Brigitte (2017): Tanz mit mir!, Tanz für und mit Menschen mit Demenz; [www.alzheimer-bw.de /fileadmin /AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2017/171108 -Tanzen-White_01.pdf](http://www.alzheimer-bw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2017/171108-Tanzen-White_01.pdf); (Stand: 07.07.2018).

Bezold, Celina von; Broda, Bianca; Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz – gemeinsam besser denken? Andere Wege in der Demenz; In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge; Jg. 96; (2016); Heftnummer 7; S. 332-334.

Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst (2013): Soziale Arbeit in der Psychiatrie; 5. überarb. Aufl.; Köln (Psychiatrie).

Buijssen, Huub (2008): Demenz und Alzheimer verstehen; Erleben, Hilfe, Pflege: Ein praktischer Ratgeber; Weinheim und Basel (Beltz).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)(2016): Ratgeber Demenz, Informationen für die häusliche Pflege von Menschen mit Demenz; 12. aktual. Aufl.; Berlin (BMFG).

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2007): Tanzcafés für Menschen mit Demenz; www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/archiv-alzheimer-info/tanzcafes-fuer-menschen-mit-demenz.html (Stand: 27.06.2018).

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2016): Das Wichtigste über die Alzheimer- Krankheit; www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/die-alzheimer-krankheit.html (Stand: 27.06.2018).

Dittrich, Christine; Lebensqualität für Menschen mit Demenz – Wie Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen gefördert werden kann; In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit; Jg. 60; (2009); Heftnummer 3; S. 174- 180.

Dontscheff, Alexander (2017): Projekt TimeSlips: Neue Geschichten zu alten Meisterwerken; www.regionalwolffenbuettel.de/projekt-timeslipsis-neue-geschichten-zu-alten-meisterwerken/; (Stand: 05.07.2018).

Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Teller, Christine; u.a. (2004): Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie; 2. korr. Aufl.; Bonn (Psychiatrie).

Feil, Naomi; Klerk- Rubin, Vicki de (2017): Validation; Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen; 11. durchgesehene Aufl.; München und Basel (Reinhardt).

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit, Eine Einführung; 10.Aufl.; Weinheim und Basel (Beltz).

Graff, Maud; Vernooij- Dassen, Myrra; Thijssen, Marjolein u.a.; Effects of Community Occupational Therapy on Quality of Life, Mood and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized Controlled Trial; The Journals of Gerontology: Series A; Jg. 62 (2007); Heftnummer 9; S. 1002- 1009.

Gräbel, Elmar (o.J.): Zusammenfassung der Ergebnisse des Projekts „MAKS“; www.maks-aktiv.de/fileadmin/user_upload/MAKS_aktiv/Pressemappe/Kurzfassung_der_MAKS-Studie_und_ihrer_Ergebnisse.pdf; (Stand: 13.07.2018).

Herriger, Norbert (1997): Empowerment in der Sozialen Arbeit, Eine Einführung; Stuttgart (Kohlhammer).

Jost, Annemarie (2013): Gesundheit und Soziale Arbeit; Ein Lehrbuch mit Beispielen aus allen Lebensphasen; Stuttgart (Kohlhammer).

Karl, Ute (2016): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen; In: Grunwald, Klaus; Thiersch, Hans (Hrsg.) (2016): Praxishandbuch Lebensweltorientierte Soziale Arbeit, Handlungszusammenhänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern; 3. vollst. überarb. Aufl.; Weinheim und Basel (Beltz).

Kohler, Insa (2012): „Alzpoetry“ gegen die Tintenkleckse im Gedächtnis; www.litaffin.de/alzpoetry-gegen-die-tintenkleckse-im-gedachtnis; (Stand: 05.07.2018).

Kricheldorf, Cornelia (2014): Altern und Soziale Arbeit; In: Becker, Stefanie; Brandenburg, Hermann (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Gerontologie; Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe, Eine interdisziplinäre Aufgabe; Bern (Huber).

Lambers, Helmut (2015): Theorien der Sozialen Arbeit, Ein Kompendium und Vergleich; 2. überarb. Aufl.; Opladen und Toronto (Budrich).

Luttenberger, Katharina; Hofner, Benjamin; Gräbel, Elmar (2012): Gibt es nachhaltige Therapieeffekte einer nicht- medikamentösen multimodalen Aktivierungstherapie bei Demenz? Follow- up- Untersuchung 10 Monate nach Beendigung einer RCT- Studie; Friedrich- Alexander- Universität Erlangen- Nürnberg (Deutschsprachige Übersetzung der frei zugänglichen Originalarbeit).

Luttenberg, Katharina (o.J.): Was ist MAKS aktiv!; www.maks-aktiv.de; (Stand: 08.07.2018).

Müller, Sandra Verena; Focke, Vanessa; „Weckworte“ – Alzpoetry zur Steigerung der Lebensqualität von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz, Ein Erfahrungsbericht; Teilhabe; Jg. 54; (2015); Heftnummer 2; S. 68-71.

Müller, Sandra Verena; Aust, Jasmin; Engelin, Theresa; „Kreatives Geschichtenerfinden“ zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz, Ein Erfahrungsbericht; Teilhabe; Jg. 56; (2017); Heftnummer 1; S. 20-24.

Myskja, Audun (2014): Herzgedächtnis; Menschen mit Demenz und Alzheimer mit allen Sinnen erreichen; Weinheim und Basel (Beltz).

Nebauer, Flavia; de Groote, Kim (2012): Auf den Flügeln der Kunst; Ein Handbuch zur künstlerisch- kulturellen Praxis mit Menschen mit Demenz; Remscheid (kopaed).

Nebauer, Flavia; de Groote, Kim (o.J.): Kunst beflügelt- auch Menschen mit Demenz; www.demenz-service-westliches_ruhrgebiet.de/tl_files/westliches_ruhrgebiet/Meldungen/Kunst_und_Kultur_befluegeln_kubia_Magazin_2-2012.pdf; (Stand: 15.07.2018).

Pawlik, Andrea (2014): Helmut Fuchs: Der Mann, der mit den Senioren tanzt; www.abendblatt.de/wirtschaft/karriere/article128829439/Helmut-Fuchs-Der-Mann-der-mit-den-Senioren-tanzt.html (Stand 27.06.2018).

Pia Causa Köln GmbH (2018): Die Initiative „Wir tanzen wieder!“; www.wir-tanzen-wieder.de/die-initiative/ (Stand: 24.06.2018).

Rommel- Faßbender, Ruth; Stemmer, Renate (2014): Interventionen und Methoden aus der Sicht der Pflege und der Sozialen Arbeit; In: Becker, Stefanie; Brandenburg, Hermann (Hrsg.) (2014): Lehrbuch Gerontologie; Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe, Eine interdisziplinäre Aufgabe; Bern (Huber).

Rieger Judith; Straßburger, Gaby (2014): Warum Partizipation wichtig ist – Selbstverständnis und Auftrag sozialer Berufe; In: Straßburger, Gaby; Rieger, Judith (Hrsg.) (2014): Partizipation kompakt, Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe; Weinheim und Basel (Beltz).

Ruppel, Lars (2018): Weckworte; www.larsruppel.de/?page_id=3 (Stand: 27.06.2018).

Saxl, Susanna (2014): „Wir sind nicht blöd, nur vergesslich“ – Partizipation von Menschen mit Demenz; In: Straßburger, Gaby; Rieger, Judith (Hrsg.) (2014): Partizipation kompakt, Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe; Weinheim und Basel (Beltz).

Stechl, Elisabeth; Knüvener, Catarina; Lämmel, Gernot; u.a.(2012): Praxishandbuch Demenz, Erkennen – Verstehen – Behandeln; Frankfurt a. M. (Mabuse).

Tanzmoto Dance Company (o.J.): Ronja White; www.tanzmoto.com/ronja-white (Stand 07.07.2018).

Wilkening, Katrin (o.J.): Was ist TimeSlips?; www.dementia-und-art.de/index.php/blog/14-demenz-basics/8-was-ist-timeslips.html (Stand: 05.07.2018).

Wißmann, Peter (2010): Demenz – ein soziales und zivilgesellschaftliches Phänomen; In: Aner, Kirsten; Karl, Ute (Hrsg.) (2010): Handbuch Sozialer Arbeit und Alter; Wiesbaden (Springer).

8. Selbstständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken (dazu zählen auch Internetquellen) entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift