

Gerontologisches Konzept Haus Aaron

Mit der Idee zur Errichtung eines neuen, modernen Pflegeheimes begann im Jahre 1961 die Geschichte der heutigen Haus Aaron Betriebs GmbH & Co. KG. Walter Koppenhöfer hatte sich dieser Idee im Laufe der Jahre trotz großer Widerstände der Gemeinde und durch das wohlwollende Verhalten verständnisvoller Geschäftsleute mit ganzer Kraft gewidmet.

Mit der Fertigstellung erfreute sich das ehemalige Haus Waldfrieden sehr bald nicht nur einer großen Bekanntheit, sondern war auch ein willkommener Treffpunkt alter und pflegebedürftiger Menschen aus Karlsruhe und Umgebung.

Walter Koppenhöfer hat dieses Haus in einer Zeit konzeptioniert, in der es hauptsächlich kirchliche und öffentliche Träger gab. Seinem Grundgedanken lag der soziale Aspekt zugrunde und so war auch das Konzept von Anfang an auf das sozial schwächere Klientel ausgerichtet.

Es war Walter Koppenhöfer jedoch nicht vergönnt, die Idee zu Ende zu führen und seine Lebensaufgabe bis zum letzten Tag zu erfüllen. Eine schwere Krankheit setzte seinem Leben im September 1971 ein jähes Ende.

Daraufhin übernahm seine Tochter - Jana Koppenhöfer - sein Lebenswerk und führte es fort. Sie erweiterte den Grundgedanken ihres Vaters, indem sie zwei offene Wohnbereiche in zwei beschützende Bereiche umwandelte und gleichzeitig das erste geronto-psychiatrische Konzept des Hauses erstellte.

Leider ist Frau Koppenhöfer im August 2020 verstorben, aber ihr fortschrittliches Denken lebt weiter.

Ihr Sohn Andreas Küchel übernahm bereits im Jahr 2009 die Geschäftsleitung der Haus Aaron Betriebs GmbH & Co. KG. Unter ihm wird derzeit das Haus Aaron auf den aktuellen Stand der Heimmindestbauverordnung gebracht.

Ein neuer Anbau wurde im Frühjahr 2021 bereits von den Bewohnern bezogen. Derzeit läuft die Kernsanierung des Altbestandes.

Durch die Einführung der Pflegeversicherung und der schnell fortschreitenden Pflegewissenschaften und auch durch die veränderte Bewohnerstruktur war es ersichtlich, dass ein generelles Umdenken in der Pflege von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen erfolgen mußte.

Das übergeordnete Pflegeleitbild des Hauses orientiert sich an den 13 AEDL's von Monika Krohwinkel und immer an den aktuellen Pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.



Einleitung

Die Zahl der Menschen, die an gerontopsychiatrischen Krankheiten leiden, hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Ebenfalls verzeichnen wir einen immer früheren Krankheitsbeginn. Menschen mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen stellen einen sehr hohen Anspruch an die Pflegenden. Nicht nur ein ausreichendes Wissen über das Krankheitsbild und die Alten- und Krankenpflege ist gefragt, sondern auch spezielle Kenntnisse im Umgang mit gerontopsychiatrischen Kranken.

Unter dem Begriff "gerontopsychiatrische Pflege" wird seit den 70er Jahren eine spezielle Fachrichtung der geriatrischen Pflege ab dem 60. Lebensjahr verstanden. Sie umfasst alle Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation sowie der Therapie bei alten Menschen mit psychischen Störungen.

Bei der Betreuung von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen geht es um das Verhalten und die Stimmungslagen von alt gewordenen psychisch Kranken, die wahrgenommen, beobachtet, interpretiert und im Pflegeprozess aufgenommen werden.

So leben ältere gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen hier gemeinsam auf einem beschützenden Wohnbereich. Sie werden in den Aktivitäten des täglichen Lebens (nach M. Krohwinkel) durch fachkundiges, engagiertes Pflegepersonal unterstützt und durch ihr Leben begleitet.

Die Zahl der Menschen mit Demenz in Deutschland wird neuen Schätzungen zufolge bis 2050 erheblich steigen. Während 2018 knapp 1,6 Millionen Menschen in der Bundesrepublik mit einer Demenzerkrankung lebten (1,9 Prozent der Bevölkerung), gehen die Experten von Alzheimer Europe von einem Anstieg auf 2,7 Millionen im Jahr 2050 aus (3,4 Prozent).

Wir bieten diesen Menschen eine Einrichtung, in welcher sie nach ihren Möglichkeiten gefördert und gefordert werden.

So hat es sich in der Vergangenheit gezeigt, dass gerontopsychiatrisch veränderte Menschen, welche in anderen Einrichtungen aufgrund von Aggressionen und Gewalt gegen sich und andere nicht mehr tragbar waren, bei uns relativ problemlos integriert werden konnten.

Diese Integration ist nur in einer familiären Umgebung gewährleistet, die klare und feste Regeln vorgibt. Solche Regeln sind bereits biographiebezogen bekannt und eingeübt.

Die noch vorhandenen Ressourcen werden bewertet, gefördert und genutzt, um dem Bewohner die Lebensqualität so lang wie möglich zu bewahren.

Für uns spielen auch die individuellen Biographien eine wesentliche Rolle im Umgang mit jedem Einzelnen.

Die Biographiearbeit lehnt sich an das psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm an.

1. Was bedeutet psychobiographische Pflege?

Die psychobiographische Pflege hat als vorrangiges Ziel eine Wiederbelebung oder Reaktivierung der alten Menschen. Dies geschieht, indem man die betagte Seele wiederbelebt und so den noch vorhandenen Lebenswillen unterstützt und maximal stimuliert. Denn wie Böhm meint: **Nur ein Mensch der seelisch belebt ist, bewegt auch (freiwillig) seine Beine!**

Symptome wie Verwirrtheit, Rückzugs- und verfrühte Sterbenswünsche, Weinerlichkeit, lautes nächtliches Schreien, Wahnsymptome und ähnliches kann man durchaus in den Griff bekommen wenn man erkennt, was diesen Bewohnern immer schon wichtig war. Durch die Erhebung der Gefühlsbiographie des demenziell erkrankten Menschen wird z.B. erforscht, was sie in der Vergangenheit gefühlsmäßig bewegte oder welche Genüsse und Sinnesfreuden sie einstmals motivierten.

Denn erst aus einer fundierten Kenntnis der individuellen und kollektiven **PSYCHOBIOGRAPHIE** heraus kann eine qualitativ hochwertige Pflege stattfinden.

Obwohl ein, z.B. durch exzessiven Alkoholmißbrauch vorhandener Gehirnbau tatsächlich nicht mehr gut zu machen ist weiß man andererseits, dass damit zusammenhängende Symptome wie Verwirrtheit, Aggressionen oder Depressionen sehr wohl beeinflußt werden können. Ebenso ist eine weitgehende Stützung des Selbstwertgefühls, der Autonomie und eine Förderung des allgemeinen Wohlbefindens möglich. Voraussetzung dafür ist allerdings eine nicht klinische Sichtweise des kranken Menschen und eine bedingungslose Anerkennung seiner psychobiographischen Identität.

2. Räumliche Struktur des gerontopsychiatrischen Wohnbereichs

Nach dem kompletten Umbau hat dieser Wohnbereich 25 Einzelzimmer. Für den Aufenthalt der Bewohner stehen 2 wohnlich gestaltete Gemeinschaftsräume zur Verfügung. Für den individuellen Rückzug gibt es kleine Nischen mit Sitzgelegenheiten.

Für Raucher sowie für die Nichtraucher gibt es eine geschützte Terrasse.



3. Das Mitarbeiterteam

Das Mitarbeiterteam besteht aus gerontopsychiatrischen Fachkräften, Alten- und Krankenpflegern, Hauswirtschafts- und Reinigungskräften, Auszubildenden, Praktikanten und Beschäftigungstherapeuten.

In den täglich stattfindenden Teamsitzungen werden sowohl organisatorische Belange sowie wie auch persönliche Bedürfnisse der Bewohner und deren Angehörigen besprochen und pflegerische und therapeutische Lösungsansätze erarbeitet.

4. Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung im Haus Aaron wird durch ortsansässige Allgemeinärzte und einen Neurologen/Psychiater gewährleistet.

Alle Ärzte bieten zusätzlich regelmäßige Sprechstunden im Haus an. Grundsätzlich besteht freie Arztwahl.

Die Medikamentenverwaltung erfolgt durch das Haus Aaron. Medikamente werden von einer examinieren Pflegekraft gerichtet und jeweils vor den einzelnen Mahlzeiten ausgegeben. Wir achten darauf, dass flüssige Medikamente (Tropfen, Einreibungen, etc.) alkoholfrei sind.

Die Nachtbereitschaft ist mit 3 Pflegekräften besetzt (mind. 2 Fachkräfte). In dieser Zeit ist sie über die zentrale Rufanlage jederzeit erreichbar.



5. Betreuungskonzept für gerontopsychiatrische Erkrankungen

Konzeptioneller Hintergrund

Die Personengruppe der gerontopsychisch Erkrankten, die schon regelrechte Irrfahrten durch verschiedene Einrichtungen hinter sich haben, muß hier erwähnt werden. Diese Menschen sind durch ihre Krankheit teilweise so beeinträchtigt, dass sie zeitweise oder dauerhaft kein eigenständiges Leben führen und nur durch Hilfe und professionelle Unterstützung ihr Leben meistern können.

Neben dem typischen Verlauf einer Demenz- bzw. Alzheimer-Erkrankung gibt auch Erkrankungen, die in diesen Bereich gehören, wie z.B. Korsakow (Alkoholmissbrauch).

Ältere Schizophrenie-Patienten können unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen, sogenannten Positiv-Symptomen leiden, z.B. wähen sie, dass Unbefugte in die Wohnung oder das Krankenzimmer eindringen und sie bedrohen. Andere fühlen sich verfolgt, sehen Dinge und/oder hören Stimmen, die nicht vorhanden sind.

Die **Altersdepression** ist neben der Demenz die häufigste psychiatrische Erkrankung bei älteren Menschen. Etwa 15 Prozent der über 65-Jährigen leiden an Depressionen. Manche sind schon in jüngeren Jahren an Depressionen erkrankt, bei anderen tritt die Krankheit erstmals im höheren Alter auf.

Die **Alzheimer**-Krankheit - auch „**Alzheimer**-Demenz“ oder „Morbus **Alzheimer**“ genannt - ist die häufigste Form der Demenz und eine unheilbare Störung des Gehirns. Durch das Absterben von Nervenzellen im Gehirn werden Menschen mit **Alzheimer** zunehmend vergesslich, verwirrt und orientierungslos.

Mit **Demenz** bezeichnet man eine anhaltende oder fortschreitende Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Denkens oder anderer Hirnleistungen. Die Ursache dafür kann unterschiedlich sein. So gibt es verschiedene Demenzformen wie die Alzheimer-Krankheit und die vaskuläre **Demenz**.

Das **Korsakow**-Syndrom (Morbus **Korsakow**) ist eine Erkrankung des Gehirns, die sich vor allem durch starke Gedächtnisstörungen äußert. Auftretende Gedächtnislücken füllen Betroffene meist mit erfundenen Inhalten (Konfabulieren). Die Krankheit tritt meist bei Menschen auf, die jahrelang zu viel Alkohol konsumiert haben.



Wie kann unser geschultes und erfahrenes Team helfen?

Im Alltag benötigen Demenzkranken eine andere Pflege und mehr Zuwendung. Viele leiden unter Unruhe, Zwängen, Ängste, zeitweise auftretender Aggressionen und dem Drang hin- und wegzulaufen.

Pflegekräfte, die nicht speziell geschult sind, fühlen sich häufig damit überfordert.

Daher haben wir einen Wohnbereich speziell für dementiell veränderte Menschen eingerichtet. Die dort tätigen Pflegekräfte sind bereits geschult, auch durch fachspezifische Weiterbildungen, wie

z.B. Fachkraft für Gerontopsychiatrie und werden stetig fortgebildet. Da die psychische Belastung für die dort arbeitenden Mitarbeiter sehr hoch ist, bieten wir regelmäßige Supervisionen sowie Einzelgespräche mit einer externen Heilpraktikerin für Psychotherapie an. Als Grundlage der Betreuung in unseren Hause für Demenzkranke nehmen wir das sogenannte 3-Welten-Modell des Schweizer Gerontopsychiaters Christoph Held.



Es wird in 3 Stufen eingeteilt:

DIE WELT DER KOGNITIVEN ERFOLGLOSIGKEIT

Betroffene im ersten Stadium der Demenz sind häufig eher antriebsschwach und ziehen sich aus sozialen Kontakten zurück. Gründe dafür liegen sicherlich in einer bereits eingeschränkten Alltagskompetenz. Merkfähigkeit, Organisationsfähigkeit und Urteilsvermögen sind im frühen Stadium bereits eingeschränkt. Der Kontakt mit anderen Menschen – vor allem in Unterhaltungen – erfordert nun ein hohes Maß an Aufmerksamkeit. Immer häufiger geht nun in Gesprächen der Gesprächsfaden verloren, Wörter werden gesucht, Inhalte nicht mehr ausreichend verstanden oder an die Inhalte kann nicht mehr angeknüpft werden. So geraten Menschen mit leichter Demenz in ihrem Alltag und Sozialleben immer mehr unter Druck, weil die selbstverständliche Kompetenz souveränen Handelns verloren geht.

DIE WELT DER KOGNITIVEN ZIELLOSIGKEIT

Im zweiten Stadium der Erkrankung haben die Betroffenen den größten Teil ihrer Alltagskompetenz bereits verloren. Geplantes, absichtsvolles oder abstraktes Denken ist kaum mehr möglich. Sprache sowie Sprachverständnis ist bereits so stark beeinträchtigt, dass verbale Kommunikation kaum mehr möglich ist. Durch die nun massiv auftretenden Orientierungsschwierigkeiten (örtlich, zeitlich, persönlich) werden Orte, Gegenstände und Personen häufig nicht wiedererkannt und müssen so neu gesucht, entdeckt und gefühlt werden.

Die Betroffenen laufen scheinbar ziellos und suchend umher und werden zunehmend von inneren und äußeren Impulsen gesteuert. Durch die zunehmenden Hirnabbauprozesse sind Filtermechanismen und Regulationssysteme, welche „Realität“ herstellen, bereits so stark beeinträchtigt, dass starke Unruhe und Ängste immer häufiger auftreten (Furchtsyndrom). Dein und Mein, gelernte soziale Normen und Objektpermanenz gehen verloren.

DIE WELT DER KOGNITIVEN SCHUTZLOSIGKEIT

Im dritten Stadium der Demenz, also in ihrer schwersten Ausprägung, sind die Betroffenen nicht mehr in der Lage, verbal zu kommunizieren. Auch auf die noch recht lange erhaltenen automatisierten Sprachmuster wie Begrüßungsformeln, Sprichwörter und Redewendungen und Lautäußerungen kann nicht mehr zugegriffen werden. Ebenfalls ist die nonverbale Kommunikation über Gestik und Mimik so stark beeinträchtigt, dass es eines hohen Maßes an Wahrnehmungsfähigkeit und Empathie der Betreuenden bedarf, diese noch wahrzunehmen. Die körperliche Immobilität ist soweit fortgeschritten, dass die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ihre Position selbständig zu verändern oder gezielte Bewegungen auszuführen. In dieser Erlebniswelt sind sie den sie umgebenden Außenreizen (und höchstwahrscheinlich auch Innenreizen) völlig schutzlos ausgeliefert. Sie können sich diesen nicht mehr entziehen, ihnen ausweichen oder sie relativieren. Durch den nun massiven hirnpathologischen Abbau sind viele Steuerungsprozesse des Körpers (Immunsystem, Atmung usw.) so stark beeinträchtigt, dass die Gefahr von Infektionen, Atemstörungen und Aspirationen enorm zunimmt.

Am wichtigsten ist es, dass wir demenzkranke Menschen optimal versorgen können und optimal auf ihre Bedürfnisse und noch vorhandenen Ressourcen eingehen können.



6. Wie helfen wir unseren demenzkranken Menschen im Alltag?

Wir passen uns dem Tempo der Betroffenen an. Alles verläuft bei ihm/ihr langsamer, der Denkprozeß wie die Handlungsabläufe. Wir denken daran, dass ein Mensch mit Demenz fast alles was er/sie erlebt oder gesagt bekommt, sofort wieder vergisst. Also ist ihm/ihr vieles unbekannt und fremd, was uns vertraut ist. Beispielweise beim Anziehen kann ein Betroffener Schwierigkeiten haben die Hose von einer Bluse zu unterscheiden.

Bilder und Ängste ernst nehmen

Menschen können Halluzinationen haben, die Ihnen Angst machen. Zum Beispiel kann es vorkommen, das sie sich von einer Person bedroht fühlen, die sie in der Zimmerecke sehen. Es gibt auch Halluzinationen, die positiv besetzt sind, in denen ein bekannter Verwandter gesehen oder gehört wird.

Wir geben nicht vor, das Selbe zu sehen oder zu hören. Wir versuchen den Betroffenen zu beruhigen, wenn es um eine Angst erzeugende Halluzination geht. Wir versuchen Sicherheit zu vermitteln, in dem wir sagen: „Ich sehe die Person nicht, aber ich spüre das es Ihnen Angst macht. Soll ich sie wegschicken?“

Keine neuen Dinge lernen

Neue Dinge lernen fällt einem Mensch mit Demenz sehr schwer. Tätigkeiten, die er/sie kurz zuvor noch bewältigen konnten, wie zu Bett gehen oder mit Messer und Gabel essen, sind jetzt zu schwierig geworden. Sie können nicht wieder neu gelernt werden, da das Gedächtnis dafür nicht mehr ausreicht. Wir gehen hier auf die noch vorhandenen Ressourcen ein.

Personen mit Demenz verlieren im Verlaufe der Erkrankung zunehmend die Fähigkeit, den gewohnten Beschäftigungen selbstständig nachzugehen. Aktivität und Erfolgserlebnisse sind jedoch für die seelische Gesundheit wichtig. Oft bietet ein rücksichtsvoller Umgang von Personal, Angehörigen und auch Ärzten eine wichtige Unterstützung.

Angebote der Betreuungsassistenten:

Wahrnehmungsübungen

- bewusstes Sehen, Tasten, Hören, Riechen und Schmecken trainieren (kann auch in den Alltag, bei Spaziergängen, eingebaut werden.
- Fühlsack (ertasten und erraten von Gegenständen)
- Blumen, Gewürze, Duftöle etc. riechen und erkennen
- Suchbilder, Bilder erraten (was ist es?)
- Musizieren und Singen
- Lieblingsmusik anhören
- Rhythmen erkennen (Walzer, Polka, Tango etc.)

Spiele und kreative Aktivitäten

- Mandalas, ausmalen von Bildern
- Puzzle, Memory, Domino, Kartenspiele, Mühle, Mensch ärgere dich nicht

Bewegung

- Spazieren gehen
- einfache Ball- und Bewegungsspiele
- Gruppentanz, Sitztanz, sowie leichte Kräftigungs- und Koordinationsübungen



Welche Betreuungskonzepte setzen wir noch ein?

Milieutherapie

Ziel der **Milieutherapie** bei **Demenz**-Erkrankten ist es, durch die Gestaltung der Umgebung mithilfe von besonderen Elementen das Wohlbefinden zu fördern und eine Orientierung innerhalb ihrer Umgebung zu schaffen. Das stärkt die eigenen Kompetenzen, regt die Sinne an und schafft Sicherheit im Alltag.

Validation

Als Fachausdruck bezeichnet "**Validation**" zum einen eine wertschätzende Haltung, die für die Begleitung von Menschen mit **Demenz** entwickelt wurde. Sie hat zum Ziel, das Verhalten von Demenzpatienten als für sie gültig zu akzeptieren („zu **validieren**“). Zum anderen ist das **Validieren** eine besondere Kommunikationsform.

10. Angehörigenarbeit

Angehörige sind die wichtigsten Kontaktpersonen für pflegebedürftige oder auch psychisch erkrankte Heimbewohner. Oft jedoch haben Angehörige Probleme, sich auf die ungewohnte (neue) Situation ihrer pflegebedürftigen Familienmitglieder und auf die unbekannte Heimsituation einzustellen.

Wir beziehen von Anfang an interessierte Angehörige in unsere Arbeit mit ein.

Angehörige, Freunde, Bezugspersonen unserer Bewohner sind immer herzlich willkommen.



Verfasser

Mandy Schmeißner - Gerontopsychiatrische Fachkraft

Quellenverzeichnis

- Online-Magazin für die Altenpflege
- Unterlagen aus der Weiterbildung für Fachkraft für Gerontopsychiatrie
- Internet-Forum Psychiatrienetz
- Pflegenet.com
- unterstützende Literatur:
Handbuch Demenz von Ulrich Kastner, Rita Löbach, Elsevier-Verlag, München
- QVNIA Qualitätsverbund - Netzwerk im Alter, Pankow e.V.

Durlach im April 2006

Überarbeitet im September 2021 von Mandy Bartnick - Pflegedienstleitung/gerontopsychiatrische Fachkraft und Verfahrenspflegerin für freiheitsentziehende Maßnahmen und Wolfgang Kaiser - Heimleitung und Verfahrenspfleger für freiheitsentziehende Maßnahmen