

- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Individuellen Biographie einschließlich religiösem Glauben und geistiger und kultureller Identität
- Psychosozialen Faktoren
- Physikalischen Umweltfaktoren
- Verhaltens- und funktionsbezogene Analysen, die von Experten mit einschlägiger Kompetenz durchgeführt werden in Zusammenarbeit mit Pflegenden und Betreuern.

Nach dem Pflegeprozess zu arbeiten mit regelmäßiger Auswertung (deren Häufigkeit sollte im Team konsentiert sein) wird ausdrücklich empfohlen.

## 6.6 Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen

Der praktische Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Pflegealltag bei Menschen mit Demenz ist immer wieder Gegenstand von kontrovers geführten Diskussionen. In der psychiatrischen Pflege gilt die Grundregel, nicht auf den Inhalt des Wahnerlebens einzugehen (Sauter et al 2004). In der Altenpflege sind zwei widersprüchliche Strategien zu beobachten: Die eine deckt sich mit dem in der psychiatrischen Pflege formulierten Standard; die andere postuliert ein Eingehen auf die Inhalte des Wahns, nach dem Motto: „Zum Wohle des Demenzkranken ist alles erlaubt“... Diese Autoren favorisieren einen Einstieg in die inhaltlichen Aspekte des Wahns, indem z.B. auf Aussagen wie: „Ich muss zur Arbeit“ oder „Ich habe Angst aufzustehen, weil da vorne ein schwarzer Hund sitzt“ mit „unwahren“ Entgegnungen eingegangen wird. So wird dem Betroffenen z.B. gesagt, dass der Hund durch die Pflegeperson verscheucht wurde und jetzt einem Aufstehen nichts mehr im Wege stünde.

### **Kommentar zum Thema Bushaltestellen für Demenzkranke**

Eine geradezu Mode gewordene Form des inhaltlichen Eingehens auf Wahnvorstellungen ist die Errichtung von Bushaltestellen in Wohnbereichen und Gärten für Menschen mit Demenz. Damit werden Bushaltestellen an Orten eingerichtet, an denen in der Vergangenheit noch nie ein Bus gehalten hat und wo auch in Zukunft nie einer halten wird – die Haltestelle als Endstation.

Für Bushalteschilder in einem Hausflur eines Pflegeheimes oder am Wegesrand in einem Garten wird ins Feld geführt, dass der betroffene Mensch an dieser für ihn vertrauten Umgebung verharret und vielleicht sogar zur Ruhe kommt. Es stellt sich die Frage, warum der mobile Mensch mit Demenz, der im Garten und Wohnbereich seinem Bewegungsdrang nachgehen möchte, ausgerechnet an

einer Bushaltestelle zur Ruhe kommen soll. Wer auf den Bus wartet will auch busfahren. Das gilt auch für demente Menschen, bei denen mit dem Halteschild ein Wiedererkennungseffekt ausgelöst wird, denn sonst würde er sich dort auch nicht niederlassen. Menschen, die nirgendwo hinwollen sitzen nicht an Bushaltestellen, nicht im gesunden und auch nicht im demenziell veränderten Leben. Wenn der Bus nicht kommt, werden Fragen laut wie „wann kommt der Bus endlich“. Der Kranke wird eher nervös als ruhig. Daran ändert auch die tröstende Antwort nichts „der Bus fällt heute aus“.

Der Mensch mit Demenz wird in seiner Krankheit nicht ernst genommen. Der Pflegende steigt ein, in das psychotische Erleben seines Patienten, nimmt teil an seinem Wahnerleben, festigt ihn darin. Ein derartiges Vorgehen entspricht nicht dem in Pflege und Therapie üblichen Echtheits- und Wahrhaftigkeitsanspruch von Carl Rogers. Und das in mehrfacher Hinsicht. Bei den auf den Bus wartenden Demenzkranken wird deren krankheitsveränderte Wirklichkeitswahrnehmung für andere Zwecke funktionalisiert: wäre es nicht wahrhaftiger zu sagen: gut, in der Zeit, in der unser Demenzkranker an der Bushaltestelle sitzt und wartet, hat er für uns Profis keinen Betreuungsbedarf; er ist aufgeräumt und wir können uns anderen Personen und Dingen zuwenden. Nur das hört man nicht. Stattdessen wird argumentiert, es sei besser, die Menschen mit Demenz an der Bushaltestelle warten zu lassen, als diese Menschen medikamentös ruhig zu stellen. Man staunt über die therapeutischen Alternativen, die hier eröffnet werden. Ruhe als Therapieziel: Ruhig müssen sie offenbar sein, die Demenzkranken. Warum und für wen eigentlich? Damit es ihnen besser geht oder dem Personal? Geparkt auf der Bank bei der Bushaltestelle, kann sich das Personal offenbar anderem zuwenden als dem wartenden Bewohner. Was erleben Pflegende eigentlich positiv, wenn sie von den positiven Effekten dieser Bushaltestellenattrappen berichten? Ist es das Erleben des Demenzkranken oder das eigene, das auf dessen Erlebnisswelt projiziert wird?

Warten ist keine Beschäftigung. Und auch keine Therapie. Es sei denn, man bezahlt dafür Eintrittsgeld im Theater, und findet es intellektuell anregend, anderen dabei zuzusehen wie sie auf Godot warten. Jemanden vorsätzlich warten zu lassen ist deshalb eine Unverschämtheit, weil es das Mittel ist, einen Zweck, ein Ziel zu erreichen. Warten ist nie Zweck. Auch nicht in der Demenz, weil der Patient dort keinen Zweck mehr benennen kann (vgl. Niepel, A. 2009).

Das von Sachweh (Sachweh, S. 2008) als letzten Ausweg relativierte Konzept der „Notlüge“ oder „therapeutischen Lüge“ wird von Lind mit der Argumentation kritisiert, im mittelschweren Stadium der Demenz vom Alzheimer-Typ gäbe es für die Betroffenen keinen Realbezug in der Unterscheidung von Wahrheit und Lüge mehr, denn die hierfür erforderlichen Hirnareale (Stirnhirnbereich der Neokortex) seien bereits abgebaut, so dass in „diesem Stadium gar nicht mehr „gelogen“ werden“ könne, sondern situationsspezifisch beruhigt und abgelenkt (Lind, S. 2008). Das sehen Demenzkranke offenbar nicht so, wenn man sie nur fragt, wie ein Gespräch mit dem 58 jährigen Demenzkranken Richard Taylor zeigt: „Menschen belügen Menschen mit einer Demenz die ganze Zeit,

sie erzählen ihnen kleine Unwahrheiten. Sie nennen sie Halbwahrheiten oder Notlügen, aber es bleiben Lügen,... die ausgesprochen werden, um das Verhalten von Menschen mit einer Demenz zu manipulieren. Jede Person mit einer Demenz weiß, dass sie von Menschen angelogen wird.“(Interview mit Richard Taylor: Ich spüre, wenn man mich anlügt. In: pflegen: Demenz.11/2009 S. 15) Es besteht die Gefahr, dass durch systematisches Täuschen und Lügen die Grundlage der Beziehung zum Menschen mit Demenz zerstört wird (Müller-Hergl, Ch. 2009; NICE-Leitlinie 42 in Kapitel 7).