



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Die pädagogischen Denkansätze Maria Montessori's in der
Pflege von Alzheimer-Demenz-Patienten“

Verfasserin

Krista Klecka

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft - Soziologie

Betreuerin / Betreuer: Univ. Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Vorwort	6
Einleitung	8
Zielstellung	10
Fragestellung	11
1. Demenz	12
1.1 Definition.....	12
1.2 Gesellschaftlicher Kontext.....	14
1.3 Demenztypen.....	17
1.3.1 Primäre Demenz	18
1.3.2 Sekundäre Demenz.....	19
1.4 Demenzform Alzheimer	20
1.4.1 Verlauf.....	20
1.4.2 Risikofaktoren	23
1.4.3 Diagnostik	25
1.4.4 Stadien des Verlaufs.....	26
1.4.5 Therapeutische Aspekte.....	29
1.4.6 Verhaltensaspekte der Betroffenen	30
2. Montessori Pädagogik.....	32
2.1 Zur Person Maria Montessori.....	32
2.2 Die Entstehung des pädagogischen Ansatzes.....	33
2.3 Grundzüge der Montessori Pädagogik.....	34
2.3.1 Die vorbereitete Umgebung.....	35
2.3.2 Freie Wahl der Arbeit.....	35
2.3.3 Das didaktische Material	35
2.3.4 Polarisation der Aufmerksamkeit.....	36
2.3.5 Der Pädagoge	36

2.4 Grundgedanken und Ziele der Pädagogik	36
3. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Kindern und Alzheimererkrankten	38
3.1 Neurowissenschaftliche Erkenntnisse	38
3.1.1 Bedeutung der Neurowissenschaften	38
3.1.2 Neurologische Verhaltenszusammenhänge	39
3.2 Parallelen zwischen Alzheimererkrankten und Kleinkindern	41
4. Übertragbarkeit der Montessori Pädagogik auf die Arbeit mit Alzheimerpatienten	44
4.1 Pädagogische Aspekte in der Pflege	45
4.2 Anwendung der Montessori Prinzipien	46
4.2.1 Übertragung der Montessori Materialien	48
4.2.2 Die vorbereitete Umgebung	50
4.2.3 Beachtung des Individuums	51
4.2.4 Verhaltensaspekte	52
4.2.5 Kommunikationsaspekte	54
4.2.6 Ablenkungsaspekte	55
4.2.7 Einbeziehung von Angehörigen	57
5. Anwendung der Montessori Methode in der Pflegepraxis	58
5.1 Empirische Beispiele aus der Praxis	58
5.1.1 Das Meyers Forschungsinstitut	58
5.1.2 Ergebnisse von Brenner & Brenner	59
5.2 Pflegepersonalschulungen	60
5.3 Zusammenfassende Betrachtung der Montessori Methode	62
5.3.1 Individuelle Betreuung	62
5.3.2 Individuelle Aktivitäten	63
5.3.3 Gruppenprogramme	64
5.3.3.1 Memory Bingo	64

5.3.3.2 Gruppenleiter	64
5.4. Anwendungsbeispiele anhand der 5 Materialgruppen	65
5.4.1 Die Übungen des praktischen Lebens.....	65
5.4.2 Sinnesmaterial	66
5.4.3 Mathematikmaterial	66
5.4.4 Sprachmaterial	67
5.4.5 Kosmische Erziehung.....	67
5.5 Medikamentenreduktion	68
6. Zusammenfassung des Forschungsstandes	71
7. Fazit	77
8. Ausblick	80
9. Literaturverzeichnis.....	81

Zusammenfassung

Die Arbeit befasst sich mit den Möglichkeiten der Montessori Pädagogik im Bereich der Arbeit mit Demenzkranken. Dabei wird speziell auf die Form der Alzheimererkrankung Bezug genommen.

Im Verlauf der Arbeit wird zunächst das Krankheitsbild und deren Forschungsstand dargelegt, um im Anschluss daran die Montessori Methode in einen Zusammenhang zur pflegerischen Arbeit zu bringen.

Mithilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse und Studienergebnissen wird herausgearbeitet, dass die Ansätze der Montessori Pädagogik eine bedeutende Ergänzung in der pflegerischen Praxis mit Alzheimerpatienten darstellt.

Dies betrifft in erster Linie die Lebensqualität der Betroffenen, aber auch die Motivation und Möglichkeiten des Pflegepersonals.

Die Arbeit macht die Relevanz der Einbindung der Ansätze Montessori's in die Pflegepraxis deutlich, um weiterführende Forschungsgedanken und Betrachtungen anzuregen.

Vorwort

Der Sommer war so wie dein Haus,
drin weißt du alles stehn´
Jetzt musst du in dein Herz hinaus
Wie in die Ebene gehen.
Die große Einsamkeit beginnt,
die Tage werden taub,
aus deinen Sinnen nimmt der Wind
die Welt wie welkes Laub.

Rainer Maria Rilke

In diesem Gedicht beschreibt Rainer Maria Rilke den Übergang vom Sommer zum Winter. Ich konnte darin aber auch das Bewusstsein eines Menschen erkennen, der an Demenz erkrankt ist. Seine Welt, seine „vertraute Welt“ schwimmt immer mehr und irgendwann verschwindet sie ganz.

Die Wichtigkeit des Themas „Demenz“ sollte durch die steigenden Zahlen an Demenzkranken und der damit einhergehenden Problemen deutlich machen, dass für die Pflege ein neuer und großer Aufgabenbereich wächst.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland etwa 1 Million Demenzkranke.

Von den 65- bis 69-jährigen Menschen sind etwa 1 % an einer Demenz erkrankt, von den über 90 Jährigen 35 %. Einen ähnlich exponentiellen Anstieg mit dem Alter zeigen auch die Inzidenzraten. Insgesamt erkranken in Deutschland pro Jahr zwischen 190.000 – 230.000 ältere Menschen an einer Demenz (vgl. Lautenbacher / Gauggl, 2010).

Als dreifache Mutter habe ich jedoch nicht nur berufliche Erfahrungen mit Pflege im Alltag. Die Erziehung meiner Kinder stellt für mich eine ebenso große Herausforderung dar. Aus diesem Bereich entwickelte sich das Interesse beide Erfahrungen in einen wissenschaftlichen Kontext zu bringen.

Bei der Erziehung meiner Kinder bin ich erstmals mit Maria Montessori's Pädagogik in Berührung gekommen. Davon war ich sehr beeindruckt und es hinterliess einen bleibenden Eindruck. Besonders die Unterschiede in der Entwicklung von Selbständigkeit und die Motivation zum Erlernen spezieller Tätigkeiten bei verschiedenen angewendeten pädagogischen Lernmethoden begeisterten mich, da ich konkrete Erfolge in der Entwicklung der Kinder beobachten konnte.

Diese Erfahrung motivierte mich zu einer tieferen Auseinandersetzung mit der Montessori Pädagogik im Zusammenhang mit meiner Arbeit im pflegerischen Bereich mit Demenzerkrankten.

Einleitung

Aufgrund der demographischen Entwicklung lässt sich in Österreich eine deutliche Zunahme an Demenzkranken erkennen. Für den Pflegebereich erwachsen daraus neue und größere Aufgabenbereiche.

Die Demenz wird nach wie vor immer noch als rein organische Erkrankung angesehen und viel zu selten wird zwischen den vielfältigen und unterschiedlichen Schwankungsbreiten dieser Krankheit unterschieden.

Viele Aktivitäten würden sich jedoch positiv auf die Lebensqualität Demenzkranker auswirken, würden dabei nicht nur die organischen sondern vielmehr die psychischen und sozialen Faktoren berücksichtigt werden.

Wenn man diesen Faktoren eine größere Bedeutung zubilligt, bedarf es einer Erweiterung des aktiven Umfeldes von Demenzerkrankten, um diese stärker als Menschen und als Individuen wahrzunehmen und sie mit ihren spezifischen Ressourcen zu fördern.

Ein solcher Denkansatz basiert auf den Überlegungen von *Maria Montessori*. Ihre Pädagogik entwickelte sich aus ihren Beobachtungen verhaltensauffälliger Kinder heraus. Heutige Erkenntnisse auf neurowissenschaftlicher Ebene weisen eklatante Parallelen auf zwischen der Entwicklungsstufe des Gehirns von Kindern und der Abbaustufe von Alzheimer-Patienten.

Dadurch stellt sich die Frage, in wie weit die Erkenntnisse von *Montessori* auf die Arbeit mit Demenzkranken übertragen werden können. Wenn dem so ist, wäre die Anwendung ihrer Pädagogik für Pflegeeinrichtungen sowohl eine Herausforderung wie auch Chance deren Arbeit und Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Die Arbeit will den Fragen nachgehen, ob eine praktische Anwendung zu einer Verbesserung der Lebensqualität bei den betroffenen Patienten führt, und ob damit ebenso die Motivation beim Pflegepersonal gefördert werden kann.

Die Arbeit baut darum auf vier Teilen auf.

Im ersten Teil werden die Hintergründe zur Demenzerkrankung geschildert - im Speziellen der Alzheimer-Demenz. Es soll ein klares Bild aufgezeigt werden, wie sich diese Krankheit bei den Betroffenen äußert und welche Folgen dadurch auftreten können.

Im zweiten Teil wird detailliert auf die Montessori Pädagogik eingegangen. Die Person Maria Montessori soll näher gebracht werden. Über das Verständnis der Entwicklung zu ihrer Pädagogik hin, soll ein Transfer im Umgang mit Kindern und der Erlangung ihrer Selbständigkeit möglich werden.

Im dritten Teil werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Umgang mit Kindern und Alzheimerpatienten herausgearbeitet, um der Frage nachzugehen, ob eine Verknüpfung derer mit einer Philosophie oder einem ernstzunehmenden Ansatz in der Pflege geriatrischer Patienten ratsam wäre.

Darauf basierend wird im vierten Teil herausgearbeitet, wie diese Erkenntnisse und der Ansatz von Montessori auf die Arbeit mit Demenzkranken übertragen bzw. in deren Pflege integriert werden könnte.

Überlegungen und praktische Anwendungsbeispiel, die in den Alltag einfließen könnten, werden anschließend diskutiert. Die sich daraus ergebende veränderte Lebensqualität der Betroffenen soll erörtert werden.

Nach einer kurzen Diskussion und Zusammenfassung wird auf Zukunftsperspektiven einer Anwendung hingewiesen, um die Arbeit mit dem Fazit einer möglichen Übertragbarkeit oder bedingten Einbindung in die pflegerische Arbeit abzuschließen.

Zielstellung

Diese Arbeit will bei der Auseinandersetzung helfen, sich dem Thema der Demenzerkrankung im Zusammenhang der pflegerischen Möglichkeiten aus einem neuen Blickwinkel zu nähern.

Die Forschung zum Thema Pflege von Demenzkranken und pädagogischen Ansätzen, wie dem von Montessori sind nur gering. Vorliegende Studien stammen überwiegend aus den USA.

Daher möchte ich in der nachfolgenden Arbeit anhand von Literaturrecherchen, unter Einbeziehung aktueller Forschungsstände, die hauptsächlich in amerikanischen Kliniken erfasst wurden, einen Überblick erarbeitet werden, inwiefern das Konzept von Montessori auf die Pflege dementer Menschen übertragbar ist und wie dies im österreichischen Kontext anwendbar wäre.

In diesem Zusammenhang wird auf folgende Fragestellungen Bezug genommen.

Fragestellung

Ich möchte daher auf folgende Fragen eingehen:

- Mit welchen Schwierigkeiten und Einschränkungen haben Demenzkranke ihr Leben zu bestreiten?
- Gibt es Möglichkeiten die Pflegesituation für die Betroffenen und das Pflegepersonal zu verbessern?
- Inwieweit ist ein pädagogischer Ansatz dabei von Bedeutung?
- Wie könnte der Ansatz von *Maria Montessori* als Konzept für die Pflege von Menschen mit Alzheimer-Erkrankung angewendet werden?
- Kann mit deren Hilfe einer Steigerung der Lebensqualität erzielt werden?
- Hat dies Auswirkungen auf die pflegerische Arbeit im Generellen?
- Führt eine Integration des Ansatzes zu veränderten Arbeitsbedingungen, die sich positiv auf die Motivation und Leistung des Pflegepersonals auswirken?

1 Demenz

1.1 Definition

Der Begriff „Demenz“ bezeichnet ein Muster von Symptomen, das bei Krankheiten des Gehirns auftreten kann, wenn diese zu einer ausgedehnten Schädigung oder Zerstörung von Nervenzellen führen. Das Wort leitet sich ab aus dem lateinischen Mens = Verstand und de = abnehmend (vgl. Messer, 2007).

Deren Muster ist gekennzeichnet durch eine langsam fortschreitende Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit wie des Gedächtnisses, der Orientierung, der Aufmerksamkeit, des sprachlichen Ausdrucks, des Sprachverständnisses und des Denkvermögens. Dies geschieht bei klarem Bewusstsein, was sich in einer Beeinträchtigung bei Alltagstätigkeiten niederschlägt und mit Verhaltensänderungen einhergeht. Zunächst sind nur komplexe Aufgaben davon betroffen, bis im späteren Verlauf die einfachsten Dinge nicht mehr ausgeführt werden können. Damit einher gehen Unruhe, Angst, Depression, Aggressivität oder wahnhaftige Befürchtungen (vgl. Zimmer / Weyerer, 1999).

Auch wenn Demenz mit Krankheit in Verbindung gebracht wird, so ist sie doch ein Syndrom, welches sich aus verschiedenen Symptomkombinationen zusammensetzt. Anders verhält es sich bei Alzheimer - Demenz, die als Krankheit klassifiziert wird (dazu wird im Folgenden noch genauer eingegangen).

Demenz kann bei unterschiedlichen Krankheiten vorkommen und/oder mit ihnen einhergehen. Dazu gehört eine Vielzahl von zerebralen und systemischen Krankheiten wie chronischer Alkoholmissbrauch und Medikamentenmissbrauch, nach Schlaganfällen, als Folge von Unfällen mit einhergehenden Thrombosen, Embolien oder Blutungen, Pick-Krankheit, Chorea Huntington, Parkinson, HIV, Epilepsie oder Multiple Sklerose (vgl. Meier et al., 2010).

Welche Symptome im Vordergrund stehen, hängt von den Bereichen des Gehirns ab, die besonders stark betroffen sind.

Folgende Definitionen unterstreichen die Vielfältigkeit des Auftretens und der Zusammenhänge (vgl. Messer, 2007, S.14). :

„Demenz ist eine komplexe neuropsychologische Störung, die auf jeden Fall eine Gedächtnisstörung einschließt, zusätzlich jedoch mindestens eine weitere Beeinträchtigung im Bereich der höheren kortikalen Funktionen aufweist, also z. B. Aphasie, Apaxie, Agnosie oder eine Störung der Exekutivfunktionen (Handlungs- und Planungskompetenz).“ (Amerikanische Psychiatrievereinigung)

„Eine Demenz ist eine erworbene globale Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion einschließlich des Gedächtnisses, der Fähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörung.“ (WHO)

„Es gibt Formen der Demenzerkrankung..., die oftmals behandelbar sind, da die Ursachen in erster Linie behandelbar sind wie zum Beispiel: chronische Medikation, Epilepsie, Anämie, Herz-Lungeninsuffizienz, Elektrolytestörungen, extremer Flüssigkeitsmangel, Hirntumore, Vitaminmangelzustände.“ (Messer)

Vordergründig ist Demenz altersabhängig. Ihr Anteil beträgt in der Gruppe der 60 Jährigen etwa 6 – 8 %, steigt bei 70 Jährigen auf 11 – 17 % und liegt in der Gruppe der über 80 Jährigen bei 25 – 30 % (siehe Tabelle 1).

Altersgruppe	Jorm et al. (1987)	Hofman et al. (1991)	Ritchie & Kildea (1995)	Lobo et al. (2000)	
				Männer	Frauen
65 bis 69	1,4	1,4	1,5	1,6	1,0
70 bis 74	2,8	4,1	3,5	2,9	3,1
75 bis 79	5,6	5,7	7,3	5,6	6,0
80 bis 84	10,5	13,0	13,4	11,0	12,6
85 bis 89	20,8	21,6	22,2	12,8	20,2
90 bis 94	38,6	32,2	33,0	22,1	30,8
95 und älter		34,7	44,8		
65 und älter*	6,5	6,9	7,3	4,5	7,3

Tab. 1: Altersspezifisches Aufkommen von Demenz (übernommen von Bickel, 2004)

Demenzerkrankungen stellen neben Depressionen und einem Delir die häufigste psychische Erkrankung im höheren Lebensalter dar (Gatterer et al., 2007).

Häufigste Ursache einer Demenz ist die Alzheimer-Krankheit (60 – 70 %).

An zweiter Stelle stehen Krankheiten der Blutgefäße (10 – 20 %). Sie schränken die Blutversorgung des Gehirns ein und erzeugen auf diese Weise Gewebeuntergänge (Hirnfarkte) (vgl. Kastner / Löbach 2007).

Siehe zur Verteilung von Demenzsymptomen die Abbildung 1:



Abb. 1: Verteilung von Demenz nach Erkrankungen (übernommen von Demenz-Leitlinie 2008. S.2)

1.2 Gesellschaftlicher Kontext

Die Alzheimer-Demenz ist eine chronische Erkrankung des Alters, die gegenwärtig und auch in überschaubarer Zukunft nicht heilbar ist. Zwar schwankt die Forschung zwischen therapeutischem Nihilismus und Euphorie, ein Durchbruch in der medikamentösen Forschung ist jedoch bisher noch nicht erzielt worden (vgl. Lind, 2007)

Die Gesellschaft wird sich in den nächsten Jahren zunehmend verändern. Hauptsächlich ist das bedingt durch die Einflüsse des demographischen Wandels. Dabei handelt es sich um ein globales Phänomen, wovon hauptsächlich Industrieländer betroffen sind. So entwickelt sich auch Österreich von einer jungen hin zu einer alternden Gesellschaft (siehe dazu Tabelle 2).

Jahr	absolut in 1.000			in % der Gesamtbevölkerung		
	60+ J.	75+ J.	85+ J.	60+ J.	75+ J.	85+ J.
1869	385.145	53.192	5.347	8,6	1,2	0,1
1900	547.349	92.641	8.799	9,1	1,5	0,1
1934	828.432	148.429	13.713	12,3	2,2	0,2
1970	1.500.159	350.229	53.043	20,1	4,7	0,7
2000	1.674.821	579.911	148.470	20,7	7,2	1,8
2030	2.700.913	958.846	284.442	32,2	11,4	3,4
2050	2.855.590	1.370.766	468.860	34,8	16,7	5,7

Tab. 2: Anzahl der Alterungsverteilung in Österreich im Vergleich der letzten 100 Jahre (übernommen von Kytir, 2006, S.134)

Der Anteil der über 60 Jährigen wird dann schätzungsweise einen Anteil von 37 % einnehmen. Der heutige Anteil der über 80 Jährigen liegt bereits bei 5 % und soll bis 2050 auf 14 % steigen. Dies lässt den Schluss zu, dass immer mehr Menschen auf Hilfe und Pflege angewiesen sein werden.

Da das Thema der Demenz ein altersspezifisches ist, kommen den Themen Prävention und Therapie der Demenzerkrankungen eine wichtige Rolle zu.

Alter und deren Folgeerscheinungen müssen nicht zwangsläufig einen Verlust von Kreativität und Lebensfreude zur Folge haben. Vielmehr kommt es darauf an, dass individuelle Potentiale und Kompetenzen erkannt und genutzt werden.

Diesem Gedankengang kommt eine besondere Bedeutung zu, wenn man bedenkt, dass bei der geschätzten demographischen Entwicklung mit 2,6 Millionen demenzkranken Menschen im Jahr 2050 gerechnet werden kann (vgl. Kruse, 2011) (siehe dazu Abbildung 2).

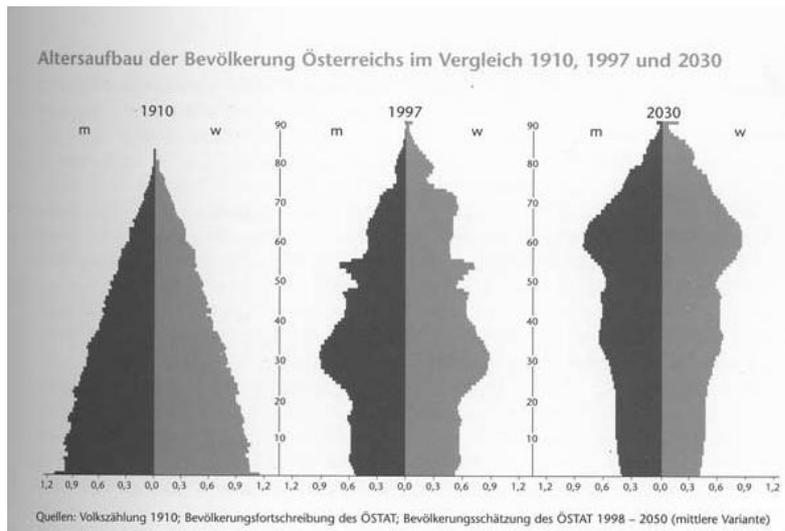


Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung in Österreich (übernommen von Pinter, 2005, S.95)

Nach Angaben des aktuellen Demenz Reports 2011 vom Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung werden diese Daten bestätigt. Folgende Ausführung darin regt zum Nachdenken an:

„Im frühen Stadium von Demenz ist ein ganz normaler Umgang mit den Betroffenen möglich und erwünscht. Menschen mit Demenz sind aber auch dann noch Teil der Gesellschaft, wenn sie sich vielleicht nicht der Norm entsprechend verhalten. Forschungsergebnisse zeigen, dass auch in Spätstadien der Erkrankung noch reiche emotionale Ressourcen erschlossen werden können. Unsere Haltung Menschen mit Demenz gegenüber schafft die Rahmenbedingungen, die darüber entscheiden, ob dieses Krankheitsbild mit Ängsten und Vorurteilen besetzt bleibt oder als eine von vielen Facetten des Lebens akzeptiert wird und damit für alle leichter zu bewältigen ist.“
(Demenz Report, 2011, S.5)

Schätzungen des Lebenszeitrisikos unter Berücksichtigung aktueller altersspezifischer Mortalitätsraten besagen:

Würden alle Menschen 100 Jahre alt, wären vermutlich 80 % an einer Demenz erkrankt. In etwa 60 – 80 % aller Fälle erfolgt die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung (vgl. Lautenbacher / Gauggel, 2010).

Die damit einhergehenden steigenden Kosten wie bspw. für Diagnose, Medikamente, Therapien, Pflege und Betreuung werden auch im Demenzreport 2011 hervorgehoben (vgl. Demenz Report, 2011).

Neueren Schätzungen zufolge belaufen sich die direkten und indirekten jährlichen Kosten, die für die Behandlung von Demenzerkrankten gebraucht werden in Österreich um die 25 – 30 Mrd. Euro.

Damit gehört das Krankheitsbild Demenz schon heute zu den kostenintensivsten Ausgaben des Gesundheitssystems für das höhere Lebensalter.

Nach Angaben der demographischen Schätzungen mit einer steigenden Tendenz (vgl. Lautenbacher / Gauggel, 2010).

Im folgenden Verlauf soll geklärt werden, in wie weit eine Veränderung im Umgang mit den Betroffenen, hinsichtlich weniger organisch bezogener Krankheitsaspekte, sondern mehr fokussiert auf psychische und soziale Betreuungsaspekte, sich positiv auf die Lebensqualität Demenzkranker auswirken würde.

Dahingehend werden Untersuchungen mit einbezogen, Demenzerkrankte mehr als Menschen und als Individuen mit spezifischen Ressourcen und Fähigkeiten wahrzunehmen, die der Förderung bedürfen (vgl. Lautenbacher / Gauggel, 2010).

1.3 Demenztypen

Demenztypen lassen sich hinsichtlich der Grunderkrankung in zwei Bereiche unterscheiden:

- Bei primären Demenzen liegt eine hirnorganische Erkrankung vor, d.h. die Krankheitsursache ist im Hirn zu lokalisieren.
- Bei einer sekundären Demenz liegt eine organische Grunderkrankung als Ursache der demenziellen Symptomatik vor.

Bei 90 % aller Demenzerkrankungen können die Ursachen im Gehirn festgemacht werden. Diese sind bislang nicht heilbar und eine fortschreitende Verschlechterung ist kaum aufzuhalten.

1.3.1 Primäre Demenz

Die erwähnten 90 % beziehen sich vorwiegend auf die primären Formen, die sich ebenso unterteilen in (vgl. Schaade / Kubny-Lüke, 2005) (siehe dazu Abbildung 3):

Degenerative Demenz

Ihre Form beschreibt den Abbau (die Degeneration) der Nervenzellen im Gehirn. Die Nervenzellen schrumpfen in bestimmten Hirnregionen oder sterben ganz ab. Bei den primären Formen gehören an die 70 % zur degenerativen Demenz, wie z. B. Morbus Alzheimer (nimmt den größten Anteil ein), Morbus Pick, Morbus Parkinson oder Chorea Huntington.

Vaskuläre Demenz

Diese Form ist mit ca. 15 % vertreten. Ihre Ursachen liegen in kleinen, häufig aufeinanderfolgenden Hirninfarkten oder Durchblutungsstörungen. Bei einer begleitenden Therapie, bei der die Risikofaktoren eingedämmt werden, kann der Verlauf positiv beeinflusst werden. Zu den Risikofaktoren gehören Rauchen, Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen und Fettstoffwechselstörungen

Mischformen

Mischformen der degenerativen und vaskulären Demenzen lassen sich häufig mit zunehmendem Alter finden, was die restlichen 10 – 15 % füllt.

Neben den Ursachen des degenerativen Abbaus bestimmter Hirnregionen und Hirninfarkte lassen sich noch weitere Ursachen für deren Entstehen benennen (vgl. Hinterhuber / Fleischhacker 1997):

- Infektionen des zentralen Nervensystems
- Schädel-Hirn-Traumen
- Hirntumore
- Systemerkrankungen: Chorea Huntington, Parkinson-Krankheit, Lewy-Körperchen-Demenz, Creutzfeldt-Jacob-Erkrankung
- chronischer Alkohol- und Drogenabusus

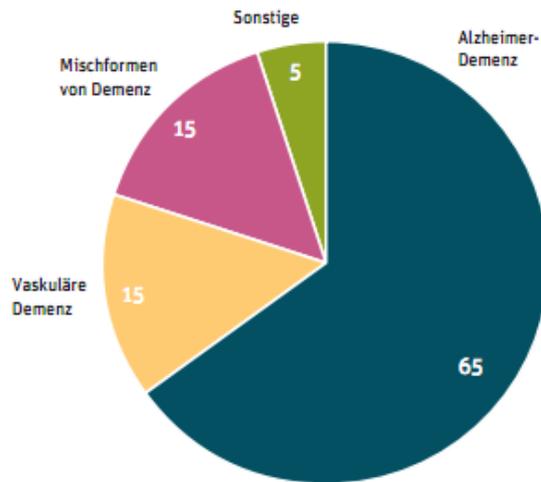


Abb. 3: Verteilung primärer Demenzformen (übernomme aus Demenz Report, 2011, S. 5)

1.3.2 Sekundäre Demenz

Die Ursachen von sekundären Demenzen liegen in verschiedenen Organerkrankungen. Es treten zwar demenz-ähnliche Symptome auf, die jedoch in einem direkten körperlichen Zusammenhang stehen. Verwirrheitszustände, Gedächtnisstörungen und andere kognitive Einbußen sind meist die Folge einer Fehl- oder Mangelversorgung des Gehirns (vgl. Schaade / Kubny-Lüke, 2005).

Als Krankheitsursachen lassen sich zählen (vgl. Lind, 2007):

- Herz-Kreislauf-Insuffizienz
- Schilddrüsenunterfunktion
- Nierenfunktionsstörungen
- Anämie
- Elektrolytveränderungen
- Sauerstoffmangel
- Medikamentenvergiftung
- Vitaminmangel (B1, B12)
- Mangelernährung oder Depression (Pseudo-Demenz)

Die richtige Behandlung der organischen Grunderkrankung führt in der Regel zum Verschwinden der demenziellen Symptome, d.h. dass sekundäre Demenzen somit reversibel sind.

Die Auftretenshäufigkeit sekundärer Demenzen liegt bei etwa 10 bis 20 %.

1.4 Demenzform Alzheimer

Alois Alzheimer (1864-1915), deutscher Neuropathologe, beschrieb 1906 auf einem wissenschaftlichen Kongress in Tübingen erstmals eine geistige Erkrankung, die primär mit Stimmungsschwankungen und schwerem Gedächtnisverlust einher ging. Im gleichen Jahr verstarb seine Patientin, an der er diese Krankheit beobachten konnte.

Untersuchungen ihres Gehirns ließen ihn, anhand von klumpigen fadenförmigen Gebilden, dort den Grund ihrer Persönlichkeitsveränderungen vermuten, was bis heute unter der Krankheit Morbus Alzheimer bekannt ist (vgl. Dierbach, 1993).

Nach den ICD-10 Leitlinien (F00) ist die Diagnose Alzheimer nach folgenden Kriterien zu stellen (vgl. Rosenmayr / Böhmer, 2003):

1. Vorhandensein eines Demenzsyndroms
2. Verlauf: Schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung. Die Demenz ist irreversibel.
3. Ausschluss Organizität – z.B. Hypothyreose, Hyperkaliämie, Vitamin B-12 Mangel, Nazin-Mangel, Neurosyphilis, Normaldruck.Hydrocephalus, subdurales Hämatom

1.4.1 Verlauf

Da Morbus Alzheimer die häufigste Form der Demenz ist, wurde ihr in den letzten Jahren von Seiten der Forschung eine starke Aufmerksamkeit gewidmet. Dennoch konnte noch nicht ergründet werden, warum sich die Ablagerungen im Gehirn bilden (vgl. Kitwood, 2004).

Ihre Verlaufsform gehört zu einer Gruppe von neurodegenerativen Prozessen, bei denen aufgrund einer Fehlverarbeitung und Ablagerung von Eiweißstoffen Nervenzellen in bestimmten Abschnitten des Gehirns fortlaufend zugrunde gehen.

Ganz besonders sind die Eiweißstoffe beta-Amyloid und Tau betroffen. Beta-Amyloid lagert sich außerhalb von Nervenzellen in Form von Flecken („Plaques“) ab. Tau verklumpt innerhalb von Nervenzellen zu fadenförmigen, verschlungenen Strukturen („Neurofibrillenbündel“). Der Nervenzellenuntergang ist im Schläfenlappen und im Scheitellappen der Hirnrinde besonders ausgeprägt (vgl. Braak / Braak, 1990).

Eine allmähliche Schrumpfung des gesamten Gehirns ist die Folge des Verlustes von Nervenzellen (vgl. Kurz, 1995).

Die ersten krankhaften Veränderungen bei Alzheimer werden vereinzelt in einem bestimmten Großhirnbereich (transentorhinaler Bereich) festgestellt.

Dann erfasst die Pathologie des Gewebes u.a. Teile des limbischen Systems, besonders die Hippokampusformation. Der Hippokampus ist für die Leistungsfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses zuständig. Bei dessen Schädigungen sind somit die Kurzzeitgedächtnisleistungen nicht mehr möglich.

In der fortgeschrittenen Phase breiten sich die krankhaften Veränderungen über die gesamte Großhirnrinde aus (vgl. Lind, 2007 und Krämer, 1993).

Mehrere Jahre lang reicht die Reservekapazität des Gehirns aus, um den fortschreitenden Nervenzelluntergang auszugleichen, und es entstehen keine Symptome.

Erst wenn die Reserve aufgezehrt ist, treten die ersten klinischen Krankheitszeichen in Form von zunehmender Vergesslichkeit auf, die sich jedoch noch nicht in Einschränkungen bei Alltagstätigkeiten niederschlägt (vgl. Dierbach, 1993).

Es hat für die Früherkennung eine große Bedeutung.

Die leichte kognitive Störung geht dann stufenlos in den Zustand der Demenz über (siehe zur Verdeutlichung Abbildung 4).

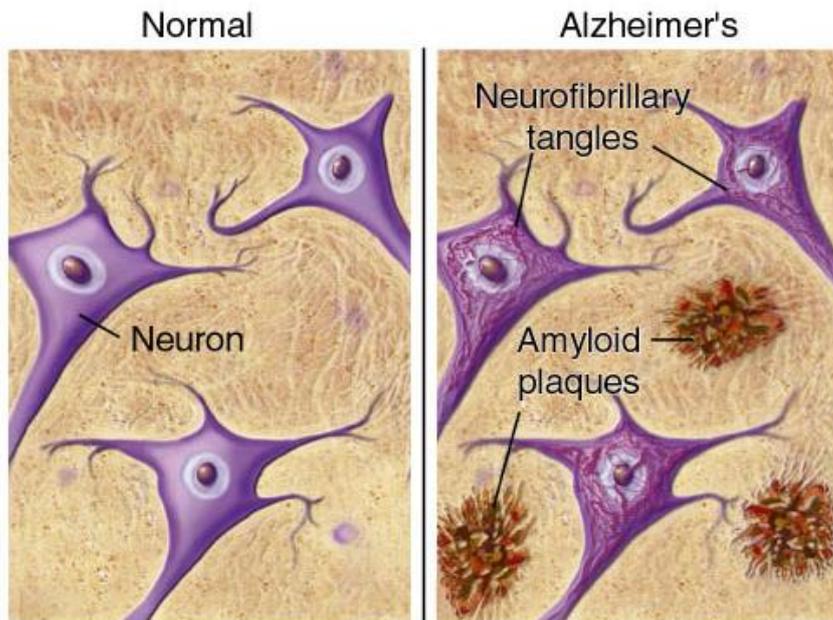


Abb. 4: Gesunde und erkrankte Neuronen, Plaques und Tangles im Vergleich (übernommen von American Health Assistance Foundation, 2011)

Allmählich kommt es neben der Gedächtnisschwäche zu Einschränkungen anderer geistiger Leistungen wie Aufmerksamkeit, Denkvermögen, sprachliche Ausdrucksfähigkeit, zeitliche und örtliche Orientierung, und die Fähigkeit zur Erledigung komplexer Aufgaben nimmt ab (vgl. Rosenmayr / Böhmer, 2003).

Die Grenze zwischen den beiden Verlaufsabschnitten von Alzheimer wird meist da gezogen, wenn einfache Alltagstätigkeiten nicht mehr selbständig ausgeführt werden können.

Die praktischen Schwierigkeiten bei alltäglichen Herausforderungen wie Haushaltsführung, Ausführen von Reparaturen, Zubereiten von Mahlzeiten, Benützen von Verkehrsmitteln, Ankleiden, Waschen und Aufsuchen der Toilette werden zunehmend immer größer, so dass die Patienten in eine immer engere Abhängigkeit von der Hilfe ihrer Bezugspersonen geraten (vgl. Alzheimer Europe, 2005).

Im letzten Stadium treten körperliche Symptome wie Inkontinenz, Schluckstörungen, Gehunfähigkeit, Bettlägerigkeit, Krampfanfälle sowie Fehlstellungen von Gelenken auf, und die Betroffenen werden völlig pflegebedürftig.

Die meisten Patienten sterben rund 10 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome, jedoch kann der Verlauf im Einzelfall sehr unterschiedlich sein (vgl. Dierbach, 1993).

1.4.2 Risikofaktoren

Mehrere Faktoren sind an der Entstehung der Alzheimer-Krankheit beteiligt, deren Zusammenwirken noch nicht völlig geklärt ist. Rasse, geographische Bedingungen und belastende Lebensereignisse (wie bspw. Stress) spielen keine Rolle.

Der bedeutendste aller Risikofaktoren ist das Alter.

In der Altersgruppe über 65 Jahren leidet eine von zwanzig Personen an einer Alzheimer-Erkrankung wohingegen bei den unter 65 Jährigen weniger als eine von tausend Personen betroffen sind. (vgl. Hallauer & Kurz, 2002).

Nach einer Veröffentlichung über „Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz“ in der Zeitschrift Neuropsychiatrie ist Alzheimer in allen Altergruppen bei Frauen häufiger vertreten als bei Männern. Mit zunehmendem Alter steigt auch deren Anteil (vgl. Schmidt et al., 2008):

Altersgruppe 65-69	0,7 % Frauen	0,6 % Männer
Altersgruppe 85-89	14,2 % Frauen	8,8 % Männer

Nach diesen Angaben lag im Jahr 2000 die Verteilung in Österreich von Alzheimererkrankten bei:

74,1 % Frauen 25,9 % Männer

Gründe dafür liegen wohl in der Altersverteilung zwischen Frauen und Männern, da Frauen länger leben als Männer und die Krankheit im zunehmenden Alter zu finden ist.

Schädelverletzungen mit Bewusstseinsverlust und frühere depressive Erkrankungen sind mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Alzheimer-Krankheit verbunden.

Risiko erhöhend wirken ferner alle Faktoren, die Durchblutungsstörungen des Gehirns begünstigen, wie z.B. Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen und Rauchen.

Sie sind einer Behandlung zugänglich und stellen gegenwärtig die einzige Möglichkeit der Vorbeugung mit nachgewiesener Wirksamkeit dar (Alzheimer Europe, 2005,S.2).

Die Einflüsse des gesamten Lebens wie z.B. Ernährung, Erlebnisse, geistige Aktivität und Lebensstil wirken, wie bei vielen Krankheiten die im höheren Lebensalter entstehen, zusammen. Diese Risikofaktoren interagieren auch miteinander. *Stoppe (2007)* verweist darauf, dass wahrscheinlich schon die Faktoren Bildung, Art der Berufstätigkeit und Ernährung komplexe Wechselwirkungen bilden (vgl. *Stoppe, 2007*) (siehe Abbildung 5).

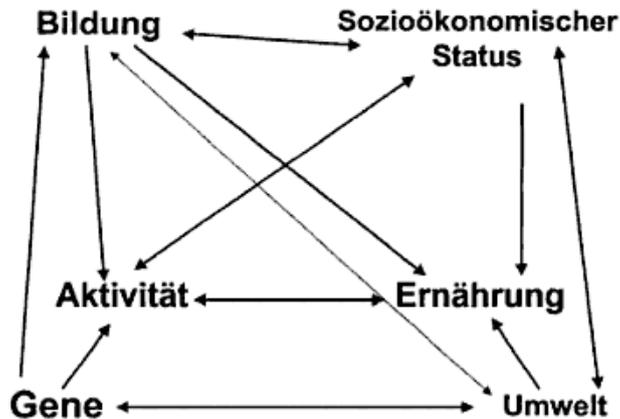


Abb. 5: Vereinfachte Darstellung der Einflüsse von Risikofaktoren Alzheimer (übernommen von *Stoppe, 2007, S.18*)

Die genetische Komponente ist abschließend zu benennen. In einigen Familien konnten Unterformen diagnostiziert werden, die nach einem Mendelschen dominanten Modell übertragen werden. Der frühe Verlauf unter 55 Jahren ist dafür signifikant (vgl. *Möller / Laux / Kapfhammer, 2008*).

Dadurch lässt sich festhalten, dass eine Alzheimer-Erkrankung innerhalb der Familie weitervererbt wird.

Sie ist in diesen Fällen auf Abwandlungen der Erbinformation (Mutationen) auf den Chromosomen 1, 14 und 21 zurückzuführen (vgl. *Lautenschlager et al., 1999*).

Meist setzen die Symptome bereits zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr ein, sind durch einen raschen Krankheitsverlauf und durch das Auftreten der Krankheit in mehreren Generationen gekennzeichnet.

Von den Verwandten ersten Grades (Eltern, Geschwister, Kinder) eines Patienten ist durchschnittlich die Hälfte ebenfalls betroffen. Wenn bei mehreren Mitgliedern einer Familie die Alzheimer-Krankheit erst im höheren Alter aufgetreten ist, lässt sich daraus nicht auf das Vorliegen einer erblichen Krankheitsform schließen (vgl. *Möller / Laux / Kapfhammer, 2008*).

Die von den Eltern empfangenen Erbfaktoren sind jedoch für die überwiegende Zahl der Krankheitsfälle nicht verantwortlich (vgl. Alzheimer Europe, 2005).

1.4.3 Diagnostik

Die Diagnose wird gegenwärtig erst gestellt, wenn die Betroffenen das Stadium der Demenz erreicht haben.

Anhand von Tests der geistigen Leistungsfähigkeit sowie durch Befragung des Patienten und seiner Bezugspersonen erkennt der Arzt das charakteristische Symptommuster und den typischen Verlauf.

Durch körperliche Untersuchung, die Bestimmung von Laborwerten und mit Hilfe eines bildgebenden Verfahrens (Computertomographie oder Kernspintomographie) können andere fragliche Ursachen der Demenz ausgeschlossen werden.

Einen einfachen Labortest zum Nachweis oder Ausschluss gibt es nicht.

Die endgültige Diagnose lässt sich mit Sicherheit nur durch eine Gewebeentnahme aus dem Gehirn (Biopsie) oder durch die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod (Autopsie) nachweisen (vgl. Alzheimer Europe, 2005).

Zu den klassischen Symptomen gehören (vgl. Dierbach, 1993):

- Aphasie – Sprechstörungen und Verstehensstörungen
Dies impliziert eine qualitative und quantitative Verarmung des Wortschatzes, die Unfähigkeit zur richtigen Artikulation von Wörtern (Wortsalat), Wortfindungsstörungen bis hin zum völligen Sprachzerfall
- Anosie – Nichterkennen
Menschen und/oder Gegenstände werden nicht mehr erkannt oder können nicht mehr identifiziert werden
- Störungen des abstrakten Denkvermögens
Damit sind die Fähigkeiten gemeint, die benötigt werden zur Organisation, zur Unterscheidung von Wörtern und Begriffen, zur Interpretation oder um Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten erkennen zu können

- Störungen der Rechenfähigkeit
Dazu gehören ebenso Lese- und Rechtschreibstörungen
- Apraxie – Bewegungsstörungen
Es geht die Fähigkeit verloren sich sinnvoll und zielgerichtet zu bewegen, Bewegungs- und Handlungsabläufe können nicht mehr geplant und gesteuert werden bis diese Fähigkeiten gänzlich verloren gehen.
- Störungen konstruktives Handeln
Handwerkliche Fähigkeiten, die Gestaltung des dreidimensionalen Raums und die Anordnung von Gegenständen können erheblich gestört sein.
- Orientierungsstörungen
Diese beziehen sich auf Zeit, Ort, Personen und Situationen, was zur Veränderung der Person und Persönlichkeit führt.

1.4.4 Stadien des Verlaufs

Durch die Art der neurologischen Erkrankung, werden im Verlauf der Krankheit die Hirnfunktionen so beeinträchtigt, dass es zu einem Verlust der intellektuellen Fähigkeiten kommt bis berufliche, soziale und schließlich alltägliche Fähigkeiten die Lebensführung maßgeblich eingrenzen. Als progressiv fortschreitende Krankheit, deren Verlauf über mehrere Jahre andauert, kommt es zu einer weitreichenden und intensiven Pflegebedürftigkeit, die mit einer reduzierten Lebenserwartung einhergeht. (vgl. Dierbach, 1993).

Im Folgenden sollen nach *Kurz* (1995) und *Schaade & Kubny-Lüke* (2005) die drei Stadien des Verlaufs der Krankheit zusammengefasst werden.

Stadium 1:

Der Verlust an Spontaneität und die Gefühle von Kraft- und Energielosigkeit sind erste Symptome, die jedoch eher als Begleiterscheinungen des Alters wahrgenommen werden. Leichte Gedächtnisstörungen, Unsicherheit, depressive Stimmungen und Gemütsschwankungen gehen zusätzlich damit einher. Oft sind die Betroffenen durcheinander, vergessen Dinge schnell und schrecken vor neuen Dingen zurück, da der Abruf neuer Informationen erschwert ist. Langsameres Lernen und Reagieren sind die Folge, auch wenn die körperlichen Befunde normal sind.

In diesem Stadium ist die eigene selbständige Lebensführung noch möglich, auch wenn sich erste Kurzzeitgedächtnisstörungen bemerkbar machen. Ebenso treten Wortfindungs- und Benennungsstörungen auf und eine unpräzise Ausdrucksweise ist zu erkennen.

Konflikte zwischen Gegenwart und Vergangenheit treten langsam auf. Die Betroffenen fangen an in zwei Parallel-Welten zu leben, was zu erheblicher psychischer Belastung führt. Bspw. wird nach den eigenen Eltern gesucht oder sie verspüren den Drang Essen für die eigenen Kinder kochen zu wollen, obwohl die schon lange aus dem Haus sind (vgl. Lind, 2007).

Stadium 2:

Zunehmend benötigen die Betroffenen Hilfen bei der Verrichtung komplexer Dinge, wodurch die selbständige Lebensführung bereits eingeschränkt wird. Die Vergesslichkeit nimmt zu. Ebenso werden Sprache und Auffassungsgabe langsamer. Typisch dafür ist, dass Sätze oft mitten im Satz abgebrochen werden, weil vergessen wird, was gesagt werden wollte.

Die eingeschränkte Umweltkompetenz zeigt sich auch in dem Unvermögen, ein chronologisches Zeitempfinden hinsichtlich der Abfolge von Vergangenheit und Gegenwart aufrecht zu erhalten. Gesichter werden nicht mehr erkannt und alltägliche Dinge, wie Rechnungen zu bezahlen oder den Weg nach Hause zu finden, gestalten sich als schwieriger. Erinnerungen an die eigene Biographie verblassen langsam.

Dies geht mit einem Kontrollverlust einher, der zu zusätzlicher Depressivität und Verwirrung führen kann.

Die Individualität scheint dabei verloren zu gehen. Wenn dieser Prozess fortschreitet ist das Verhalten mehr und mehr durch Angstzustände, Wahnphänomene (Halluzinationen), zielloser Unruhe und Wandern gekennzeichnet.

Der starke Bewegungsdrang (das Wandern) ist ein sehr häufig auftretendes Phänomen.

Zwischen geistigem Abbauprozess und Bewegungsdrang besteht ein Umkehrverhältnis:

Je geringer die geistige Leistungsfähigkeit sich gestaltet, umso stärker entwickelt sich der Bewegungsdrang (vgl. Matteson / Linton, 1996).

Der Umfang des ziellosen Wanderns drückt die Unruhe des Betroffenen aus. Die Ursache für diese Unruhe kann das Empfinden der Überforderung durch eine immer unerklärlicher werdende Welt sein. Die Person-Umwelt-Beziehung ist in eine Entfremdungs-Beziehung

umgeschlagen, die Stress bei den Betroffenen in Gestalt des zunehmend ungezielten Umherirrens hervorruft (vgl. Hope et al., 1994).

Das Wandern lässt sich in verschiedene Typen oder Erscheinungsweisen unterteilen, die für die Beurteilung des Bewohners von großer Bedeutung sind. Die richtige Einschätzung des Wanderverhaltens kann nämlich Konsequenzen für die Betreuung und eventuelle Interventionen mit sich bringen.

Hope et al. (1992) unterscheiden „positives“, relativ „neutrales“ und gefährliches oder „negatives“ Wandern:

- Suchen und Nachlaufen
- Zielloses Wandern
- Extremes Wanderverhalten
- Nächtliches Wandern
- Versuche, das Haus zu verlassen
- Sundowning (hektisches und getriebenes Wanderverhalten während der Abendzeit)(vgl. Lind, 2007).

Stadium 3:

In diesem Stadium ist eine selbständige Lebensführung nicht mehr möglich. Die Betroffenen können kaum mehr kauen und schlucken. Die letzten vorhandenen Persönlichkeitsmerkmale verschwinden. Das Gedächtnis ist nun nur noch sehr schwach ausgeprägt.

Das bedeutet eine völlige Unfähigkeit sich an Vergangenes zu erinnern, da nur noch Bruchstücke im Denken zusammengeführt werden können. Kaum jemand wird wieder erkannt und eine verbale Verständigung scheint nicht mehr möglich.

Oft wird nur in wiederholten Wörtern oder Satzteilen gesprochen.

Hinzu kommt die Unfähigkeit optische Sinneseindrücke realitätsgerecht wahrzunehmen. Das bedeutet, dass bestimmte Reize, die wesentliche Teile der personenrelevanten Umwelt darstellen, nicht angemessen erkannt und eingeordnet werden können. Untersuchungen zufolge tritt dieses Defizit (die Fehlwahrnehmung) bei etwa 30 bis 40 % der Betroffenen auf (vgl. Burns, et al., 1990).

Auf körperlicher Ebene wird die Kontrolle über Blase und Stuhlgang verloren, wodurch eine intensive Pflege benötigt wird. Eingeschränkte Mobilität, Bettlägerigkeit und

Schluckstörungen sind weitere Folgen. Infektionen, Lungenentzündungen und weitere Krankheiten treten auf, was schließlich zum Tod führen kann.

1.4.5 Therapeutische Ansätze

Der fortschreitende Untergang von Nervenzellen bei Alzheimer lässt sich bisher weder aufhalten noch verlangsamen. Die gegenwärtig einsetzbaren Medikamente gleichen nur Veränderungen aus, die durch den fortschreitenden Nervenzellverlust auf der Ebene der chemischen Überträgerstoffe entstehen.

Durch den derzeitigen Forschungsstand kann eine medikamentöse Therapie keine Heilung bringen, sondern hat nur den Anspruch Symptome zu lindern und das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen (vgl. Dierbach, 1993).

Eingesetzt werden dafür Medikamente, die zur Verbesserung der Hirnleistung beitragen. Ebenso werden eine Reihe von Antidepressiva oder Neuroleptika zur Behandlung auffälliger oder problematischer Verhaltensweisen eingesetzt. Damit können manche Symptome gemildert oder sogar ganz behoben werden (vgl. Schaade & Kubny-Lüke, 2005).

Auch nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren sind bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit wirksam.

Besonders bewährt haben sich die Verhaltenstherapie gegen Depressionen (für Patienten im leichtgradigen Stadium), das Realitätsorientierungstraining (für Patienten im mittelgradigen Stadium) und die multisensorische Stimulation (für Patienten im fortgeschrittenen Stadium) (vgl. Diehl & Kurz, 2002).

Nach *Meier et al.* (2010) besteht eine optimale Versorgung in einer guten Kombination aus Pflege, medikamentösen und nicht medikamentösen Therapien.

Zu den nicht medikamentösen Hilfen zählen physiotherapeutische, psychosoziale und rehabilitative Maßnahmen zur Betreuung.

Kognitive, verhaltensnahe und realitätsbewältigende Interventionen sind vor allem zu Beginn der Erkrankung möglich.

1.4.6 Verhaltensaspekte der Betroffenen

Viele Verhaltensweisen werden als Stressphänomene beschrieben. Sie können aus der Person-Umwelt-Beziehung abgeleitet werden und sind somit erklärbar, nachvollziehbar und verständlich. Ebenso lässt sich daraus schließen, dass durch Veränderungen der Umweltbedingungen positiver Einfluss auf die Auftretenshäufigkeit von Stressphänomenen genommen werden kann.

Das Verhalten ist für Außenstehende auf den ersten Blick oft nicht erklärbar. Doch das Wissen um die hirnpfysiologischen Veränderungen und deren Auswirkungen auf das Verhalten erklärt viele Verhaltensmuster und Reaktionsweisen der Betroffenen (vgl. Buijssen, 2008).

Alzheimer-Patienten sind aufgrund ihrer Hirnleistungseinbußen stark eingeschränkt in ihren Fähigkeiten, ihre Umwelt angemessen zu erfassen. Während ein Nicht-Betroffener fast automatisch in Bruchteilen von Sekunden Veränderungen in seiner Umgebung wahrnehmen, einordnen und beurteilen kann, vermag ein Mensch mit Alzheimer nur äußerst schwer oder auch gar nicht, seine Umwelt angemessen zu erfassen.

Die ihn umgebende Welt ist für ihn zu etwas Fremden geworden, was auch eine bedrohliche Wirkung haben kann und somit zu Stress führt (vgl. Kovach et al., 2001).

Er fühlt sich überfordert, da er das Leben um sich herum nicht mehr versteht oder sich den Anforderungen nicht mehr gewachsen fühlt. Daraus entsteht Problemverhalten, was sich je nach Person oder Situation auf das Zusammensein mit einer bestimmten Person beziehen kann oder mit der Umgebung in Wechselbeziehung stehen. Von vielen Betroffenen werden vertraute und ruhige Umgebungen bevorzugt (vgl. Buijssen, 2008).

Durch die Überforderungen geraten viele in eine nicht mehr zu bewältigende Stresssituation, auf die sie unterschiedlich reagieren. Je nach persönlichkeitspezifischem Bewältigungsvermögen kann die gestresste Person sich z.B. aggressiv, apathisch oder unruhig verhalten. Sie kann angreifen oder flüchten, laut oder leise werden (vgl. Kovach et al., 2001).

Unruhe und agitiertes Verhalten kann im übertragenen Sinn als unbewusste Körpersprache aufgefasst werden. Über eine Vielzahl von Befindlichkeiten, Zuständen, Angst und Furcht, die teils endogener und teils exogener Natur sind, drücken sie sich aus. In einer Studie von Cohen-Mansfield & Deutsch (1996) zeigten sich eindeutige Zusammenhänge agitierten Verhaltens mit für Patienten unangenehm empfundenen Lebensbedingungen, ohne sie aufgrund ihrer Erkrankung verbal artikulieren zu können. Das Erleben sowohl psychischer als auch physischer Ungleichgewichtigkeit im belastenden Ausmaß wird demnach körperlich mit Unruhe verarbeitet (vgl. Cohen-Mansfield / Deutsch, 1996).

2 Montessori Pädagogik

2.1 Zur Person Maria Montessori

Maria Montessori wurde am 31. August 1870 als einziges Kind wohlhabender Eltern in Chiaravalle in der Provinz Ancona in Italien geboren. Sie starb am 6. Mai 1952 in Noordwijk-an-Zee in den Niederlanden.

Als erste Frau Italiens, die ein akademisches Studium mit Promotion in Medizin absolvierte, arbeitet sie als Assistentin einer psychiatrischen Klinik, wo sie mit der Betreuung schwachsinniger Kinder beauftragt war (vgl. Heiland, 1991).

Ihr Lebensweg zeigt nicht nur einen Durchbruch traditioneller Geschlechterschranken auf, sondern auch einen gegenüber gesellschaftlichen Schranken und Vorurteile.

In den Jahren 1896 bis 1907 prägte sie nicht nur ihren weiteren Lebensweg, sondern auch eine neue Pädagogik.

Während ihres Lehrauftrages an der Universität in Rom, widmete sie sich dem Erziehungsaspekt der schwachsinnigen Kinder und erzielte mit der Anwendung didaktischen Materials überraschende Erfolge. Daraufhin wandte sie sich dem Studium der Pädagogik und der Psychologie zu, um ähnliche Lehrmethoden für die Ausbildung gesunder Kinder experimentell zu entwickeln (vgl. Kramer, 1983).

1907 gründete sie erste „Kinderhäuser“ in Rom, in denen vorschulpflichtige Kinder nach ihren Ideen erzogen wurden. Aus den gewonnenen Einsichten und Erfahrungen entwickelte sie in den folgenden Jahren ihre pädagogische Methode der „Selbsterziehung des Kindes“ mithilfe einer didaktisch „vorbereiteten Umgebung“ (vgl. Jones, 1987).

Diese Methode verbreitet sich rasch als Montessori-Pädagogik über die ganze Welt.

Bedingt durch den Zweiten Weltkrieg erlitt die Montessori-Bewegung erhebliche Rückschläge. *Montessori* ließ sich davon aber nicht berirren und arbeitet bis zu ihrem Tod weiter an der Verbreitung ihrer Pädagogik (vgl. Heiland, 1991).

2.2 Die Entstehung des pädagogischen Ansatzes

Während *Montessori's* Assistenzzeit in der psychiatrischen Klinik machte sie eine Beobachtung, die sich als Schlüsselerlebnis in ihr manifestierte.

Kinder von dort stationierten Patientinnen wurden ganz sich selbst überlassen, „beaufsichtigt“ ohne wirklich betreut zu werden. Die verwahrlosten Kinder wurden schnell als geistig zurückgeblieben betrachtet, weil sie sich nach den Empfindungen des Personals wie „Tiere“ benahmen.

Nach *Montessori's* Beobachtungen gab es in den Räumen keine Gegenstände, womit die Kinder sich hätten beschäftigen können. Sie erkannte keinerlei geistige Anregung und vermutete darin die Entwicklungsbeeinträchtigungen (vgl. Standing, 1959).

Diese einschneidende Begegnung war für Maria Montessori Anlass genug, sich intensiv mit den Problemen verwahrloster und geistig zurückgebliebener Kinder zu beschäftigen. Sie begann, alles über „idiotische“ Kinder zu lesen und stieß dabei auf die Schriften von *Itard* und seinem Schüler *Seguin*. Diese hatten sich mit der sinnlichen Wahrnehmung geistig behinderter Kinder beschäftigt. Deren Theorie und Praxis wurden von ihr übernommen, woraus sie im Laufe der Zeit ihre eigenen Methoden und Materialien entwickelte (vgl. Heiland, 1991).

Über das geistig behinderte Kind baute *Montessori* gewissermaßen eine Brücke zwischen der Medizin und der Pädagogik, da sich beide Bereiche intensiv mit diesem beschäftigten.

Sie schlussfolgerte, dass der Geist der verwahrlosten Kinder nicht unbrauchbar war, sondern nur mangels Anregung nicht benutzt wurde. Deren Potentiale und Ressourcen wollte sie erkennen und verstehen lernen, um sie fördern zu können.

Sie verstand das Problem der geistigen Zurückgebliebenheit als überwiegend pädagogisches Defizit, was nicht aus primär medizinischen Aspekten zu lösen war (vgl. Montessori, 1969).

Die Erfolge in der stationären Arbeit brachten *Montessori* auf den Gedanken, ihre Methoden auch bei gesunden Kindern anzuwenden.

Den entscheidenden Anstoß zu ihrem Werk verdankt *Montessori* nach ihren Worten der Entdeckung des Phänomens der „Polarisation der Aufmerksamkeit“, die als „Montessori-Phänomen“ in die Literatur eingegangen ist.

Aus dieser Beobachtung entwickelt aus ihrer Intuition heraus ihre Anthropologie und Erziehungslehre, die sie mit zwei Prinzipien zusammenfassen versucht (vgl. Montessori, 1965):

1. Das Prinzip der „Freiheit des Kindes“
2. Das Prinzip der „Organisation der Arbeit“

Angelehnt an die Überlegungen *Rousseau's*, stellt sie das kindliche Recht auf ein Eigenleben in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen.

Sie verändert damit die Perspektive der damaligen Erziehung, um auf das potential des Wachsens und Werdens des jungen Menschen hinzulenken. *Nohl* erhob dies zum Legitimationsprinzip aller wahren Erziehung. Damals als entscheidender Anstoß für die Entwicklung einer neuen pädagogischen Anthropologie, sind auch heute noch ihre Überlegungen für die Ausbildung weiterer Lerntheorien von Bedeutung.

2.3 Grundzüge der Montessori Pädagogik

Das Wort Pädagogik stammt aus dem Griechischen, *Pais* = das Kind (Knabenführung), womit die Erziehungskunst bzw. Erziehungslehre gemeint ist. In einem weiten Sinne ist Pädagogik aber die Gesamtheit des Erziehungs- und Bildungsgeschehens bzw. die erzieherische Grundhaltung einer Menschengruppe gegenüber (vgl. Mattern, 2004).

Die Hauptentwicklungsmöglichkeiten erkennt *Montessorie* in so genannten „sensiblen Perioden“. Diese sind Zeitabschnitte von begrenzter Dauer, in denen Kinder für spezielle Entwicklungs- und Lernschritte besonders sensibel und offen sind. Primär bezieht sie sich dabei auf die Entfaltung bestimmter geistiger und motorischer Fähigkeiten.

In der Erziehung besteht die Aufgabe diese „sensiblen Perioden“ zu erkennen und für die Entwicklung des Kindes zu nutzen. Damit werden Möglichkeiten geschaffen, die Konzentration des Kindes zu stärken, was in der Methodik mit „Polarisation der Aufmerksamkeit“ angestrebt wird (vgl. Fischer / Heitkämper, 2005).

2.3.1 Die vorbereitete Umgebung

Für eine kindgemäße Entwicklung muss eine vorbereitete Umgebung geschaffen werden, da sich eine Entwicklung immer im Austausch mit der Umgebung vollzieht.

Dafür soll der Raum mit allen notwendigen Arbeitsmaterialien ausgestattet sein, damit das Kind sich darin zurechtfinden und Geborgenheit erfahren kann. Die Ordnung durch das Umfeld hält störende Reize und Ablenkungen von den Kindern fern (vgl. Hellmich / Teigeler, 2007).

Montessori empfiehlt dafür folgendes zu beachten (vgl. Montessori, 1965):

- Klare Strukturierung des Raum mit didaktischen Arbeitsmaterial – alles hat seinen festen Platz.
- Das Material soll so angeordnet sein, dass es zur freien Arbeit auffordert und möglich mach.
- Das Material ist frei zugänglich.
- Der Raum ist so gestaltet, dass ein freies Bewegen möglich ist.

2.3.2 Freie Wahl der Arbeit

Aus dem Angebot heraus kann sich jedes Kind das heraus suchen, womit es arbeiten möchte. Es kann selbst bestimmen was, wo, mit wem und wie lange es etwas tun will.

Die vorbereitete Umgebung ist die Voraussetzung dafür (vgl. Hellmich / Teigeler, 2007).

Das freie Arbeiten ermöglicht eine Atmosphäre der Ruhe und Konzentration. Die Kinder lernen sich in ihrer eigenen Welt zu orientieren, ohne zu großen Einfluss des Erwachsenen. Das bedeutet, das Kind kann seinem „inneren Bauplan“ folgen, da *Montessori* davon ausgeht, dass Kinder intuitiv selbst wissen, wofür sie gerade offen sind zu lernen. Kinder wollen nicht irgendetwas lernen, sondern etwas Bestimmtes zu einer bestimmten Zeit (vgl. Klein-Landeck, 2009).

Damit fördert die freie Wahl der Arbeit das Selbstbewusstsein in die eigenen Kompetenzen und die Fähigkeit Schwierigkeiten selbst überwinden zu können.

2.3.3 Das didaktische Material

Die Arbeitsmaterialien ermöglichen ein selbstständiges Lernen in unterschiedlichen Bereichen. Jedes Material hebt eine besondere Lerneigenschaft oder Kompetenz hervor.

Das Lernthema stellt sich isoliert und klar dar und ermöglicht eine konzentrierte Lösungsfindung (vgl. Fischer / Heitkämper, 2005).

Durch eigene Lernkontrolle sind die Kinder in ihrem Lernprozess zusätzlich unabhängig – auch in Bezug auf Lob und Tadel. Man lernt für sich selbst (vgl. Hellmich / Teigeler, 2007).

2.3.4 Polarisation der Aufmerksamkeit

In der Montessorie Pädagogik ist Konzentration eine wesentliche Voraussetzung für die gesunde geistige und motorische Entwicklung. Erkennbar ist sie in einem wiederholenden Tun des Kindes, was aus dem eigenem Antrieb entsteht. Beim Arbeiten mit dem Material versinken die Kinder in ihrer Tätigkeit und alle anderen Eindrücke werden ausgeblendet (vgl. Fischer / Heitkämper, 2005).

Für das Verständnis des kindlichen Selbstbildungsprozesses ist die Polarisation der Aufmerksamkeit von zentraler Bedeutung (vgl. Klein-Landeck, 2009).

2.3.5 Der Pädagoge

Der Pädagoge ist Teil der vorbereiteten Umgebung. Seine Aufgabe besteht darin zu beobachten und nicht aktiv einzugreifen. Er versteht sich als Helfer des Kindes.

Anspruch ist der Leitsatz *Montessori's* „Hilf mir, es selbst zu tun“. Sie sieht das Kind als „Baumeister seiner eigenen Welt“ (vgl. Montessori, 1965).

Der Pädagoge bietet dem Kind eine Orientierungshilfe mithilfe des Materials an. Er selbst tritt in den Hintegrund, ist aber immer present, um bei Bedarf Hilfe anzubieten, damit sich das Kind selbst entfalten kann (vgl. Fischer / Heitkämper, 2005).

2.4 Grundgedanke und Ziel der Pädagogik

Grundgedanke *Montessori's* Überlegungen und damit pädagogisches Konzept ist ihre Grundhaltung dem Kind gegenüber. Diese stützt sich auf die verborgenen schöpferischen Kräfte im Menschen. Sie sieht in der Pädagogik eine verpflichtende Herausforderung diese zu erkennen, zu achten, zu aktivieren und zu motivieren.

Erst über diese Grundhaltung heraus kann jeder Mensch sein individuelles Potential ausleben und sich dadurch harmonisieren und normalisieren.

Pädagogik und Medizin sind für sie eng miteinander verbunden. Und vergleichbar mit den hygienischen Grundvoraussetzungen, um gesund leben zu können, sieht sie in ihrer Erziehungsmethode den Grundstein für eine gesunde Entwicklung.

Arzt und Pädagoge haben somit den gleichen Auftrag zur Gesunderhaltung des Menschen. Normalität muss im physischen und im psychischen Bereich möglich gemacht werden.

Das im Vordergrund stehende Ziel ist darum eine aktive Förderung der kindlichen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit. Dies soll durch die Selbsttätigkeit und Eigenständigkeit innerhalb einer vorbereiteten Umgebung und mithilfe der Arbeitsmaterialien möglich gemacht werden. Dem Kind soll geholfen werden sich besser entfalten zu können und sein Selbstvertrauen zu stärken (vgl. Hammerer, 2002).

Als zusammenfassender Überblick der beschriebenen Überlegungen des methodischen Ansatzes dient folgende Abbildung 6.

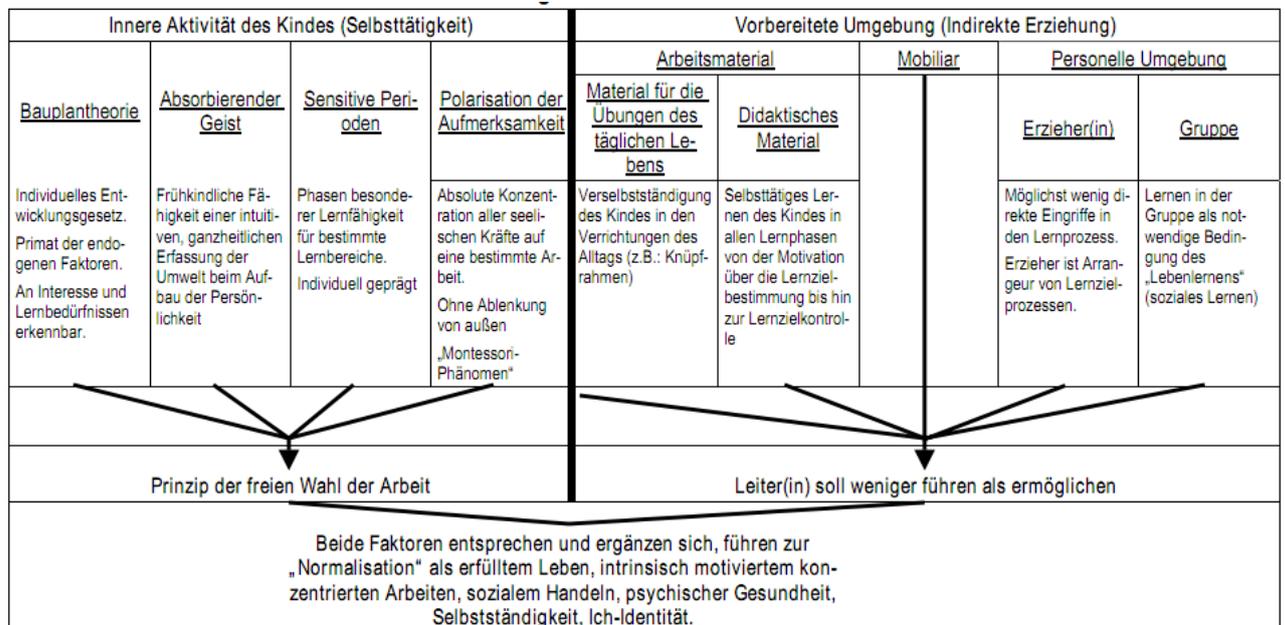


Abb. 6: Grundprinzipien der Montessori Pädagogik (übernommen von Löcher 2011)

3 Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Kindern und Alzheimererkrankten

In diesem Kapitel sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kindern und Alzheimer Erkrankten herausgearbeitet werden, um im Folgenden den Ansatz der Montessori-Pädagogik auf die Arbeit mit Alzheimer Patienten übertragen zu können.

3.1 Neurowissenschaftliche Erkenntnisse

Im Zusammenhang der Demenzforschung kann gesagt werden, dass ein Ursache-Wirkungs-Verhältnis zwischen den hirnpathologischen Veränderungen und den krankheitsspezifischen Verhaltensweisen besteht. Neurologische Falldarstellungen belegen diesen Sachverhalt.

Konkret bedeutet das:

Jede demenzspezifische Verhaltenweise, wie bspw. Fehlwahrnehmung oder Wahn, hat eine krankhafte Entsprechung im Hirnbereich. Sie ist die Ursache für das Auftreten des Verhaltens.

3.1.1 Bedeutung der Neurowissenschaften

Für die Pflege und Betreuung aller Demenzerkrankten haben die Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften eine positive Bedeutung. Deren wissenschaftliche Erklärungsansätze des Verhaltens helfen den Betroffenen, den Angehörigen und dem Pflegepersonal demenzbedingte Verhaltensweisen und Reaktionen besser zu verstehen.

Aber auch der Pädagogik haben sie zu neuen Ansätzen, Erklärungs- und Lernmodellen verholfen, da alle Bereiche und Phänomene des menschlichen Denkens und Verhaltens in der neurowissenschaftlichen Forschung näher betrachtet werden (vgl. Becker, 2005).

Bis ins letzte Jahrhundert hineinreichend war das Bild vom Menschen überwiegend von psychologischen und auch soziologischen Erklärungsmodellen bestimmt. Behaviorismus, Psychoanalyse und die sogenannte „humanistische Psychologie“ dominierten das Verständnis vom Menschen in seiner Komplexität bezüglich Handlungsweisen, Reaktionen und Empfindungen.

Erst in den letzten Jahrzehnten zeichnete sich ein Wandel durch die Fortschritte in den Neurowissenschaften und damit auch in der Hirnforschung ab.

Vor allem die zunehmenden Erkenntnissen mittels bildgebender Verfahren „Neuroimaging“, wie z.B. Computertomographie, Positronen-Emissions-Tomographie und funktionelle Magnetresonanztomographie. Aber auch neue Wissenszusammenhänge im Bereich der Nervenzellen, wie neurophysiologische und neurochemische Eigenschaften der Synapsen, schufen grundlegende Voraussetzungen für eine neue wissenschaftliche Betrachtung gegenüber dem menschlichen Verhalten und Empfinden (vgl. Roth, 2003).

3.1.2 Neurologische Verhaltenszusammenhänge

Hirnphysiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass alle Impulse für willentliche Handlungen, Wünsche und Vorstellungen ihren Ursprung im limbischen System haben. Sie bestehen aus Kerngebieten im Mittelhirn, Zwischenhirn und Endhirn und gehen von dort weiter u.a. zur präfrontalen Noekortex, dem Zentrum für das Ichbewusstsein. Auf diesem Weg gelangen vor- oder unbewusste Impulse ins Bewusstsein und werden von hier aus über die motorischen Großhirnbereiche zum Handlungsvollzug gebracht. Dieser Funktionskomplex wird von Roth (2003) als ventrale oder limbische Schleife bezeichnet (vgl. Roth, 2003).

Aus neurobiologischer Sicht entsteht die Verhaltenssymptomatik bei Alzheimerkranken durch die gleichen neuropathologischen Prozesse wie bei kognitiven Veränderungen. Das bedeutet, dass durch die Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn und das dadurch bedingte Fehlen von Stoffen die beschriebenen Verhaltensveränderungen entstehen (vgl. Gauggel / Böcker, 2004).

Auch wenn die Zusammenhänge zwischen neurologischen, psychosozialen und Umwelteinflüssen noch nicht wissenschaftlich geklärt sind, scheint aus den Beobachtungen aus der Praxis hervorzugehen, dass die Umweltbedingungen einen wichtigen Einfluss auf die Patienten ausüben (vgl. Halek / Bartholomeyczik, 2006).

Durch die kognitiven Einschränkungen erleben Alzheimerbetroffene situative Anforderungen unterschiedlich als Stressbelastung, die sie nur schwer bewältigen können. Darauf wird mit unterschiedlichem Verhalten reagiert.

Ähnlich verhält es sich bei kleinen Kindern, deren Gehirn sich noch in der Entwicklung der kognitiven Fähigkeiten befindet. Auch hier lassen sich unterschiedliche Verhaltensweisen beobachten, wie auf Stresssituationen reagiert wird, da auf Stress mit regressivem Verhalten reagiert wird, indem auf einfache und ältere Verhaltensmuster zurückgegriffen wird (vgl. Hirtler, 2007).

In diesem Zusammenhang sind das angeborene Verhalten und die Instinkthandlungen zu benennen. Durch noch nicht vollständig vorhandene kognitive Leistungen wie bei Kleinkindern oder abnehmende kognitive Leistungen wie bei Alzheimer, werden instinkthafte Verhaltensweisen aktiviert. Da einsichtiges und gezielt überlegtes Verhalten mit der Entwicklung des Gehirns und den Fähigkeiten des Gedächtnis zusammenhängt wird verständlich, wie Alzheimerpatienten davon betroffen sind (vgl. Roth, 2003).

„So wird die Informationsverarbeitung im ZNS heute als ein gleichzeitig seriell und parallel ablaufender Prozeß der Aktivierung bzw. Hemmung multifokaler, eng miteinander verschalteter neuronaler Netzwerke verstanden. Jedes dieser Netzwerke besitzt strukturell festgelegte Verschaltungsmuster mit anderen Netzwerken, die im Verlauf der Individualentwicklung herausgebildet und zeitlebens durch die Art ihrer Nutzung umgeformt und überformt werden (experience-dependent plasticity)“ (Hüther, 2001, S.3).

Speziell Angst und Stress liegen im stammesgeschichtlich älteren Teil unseres Gehirns. Rückblickend auf die geschichtliche Entwicklung der Menschheit hatte Stress einen äußerst wichtigen Grund. Stress war lebensnotwendig. Er sicherte das Überleben. Cannon (1931) spricht in diesem Zusammenhang vom „fight-or-flight-syndrome“ (vgl. Cannon, 1975). Damit beschreibt er die physiologischen Reaktionen im Körper, wenn Notfallsituationen eintreten.

Durch die Stressreaktion des Körpers ist der Mensch in der Lage in kürzester Zeit flucht- und kampfbereit zu sein. Es werden dabei sehr große Mengen an Energien freigesetzt, was überdurchschnittliche Kräfte verleihen kann. Dieser älteste Teil unseres Gehirns, das Stammhirn, reagiert reflexartig schnell auf Überraschungen und Neues. Alle Sinnesorgane werden dabei auf die Wahrnehmung der Gefahrensituationen konzentriert (vgl. Reimer et al., 2007).

Viele Wissenschaftler haben sich bereits mit Stress als Thema auseinandersetzt. *Lazarus* interessierte sich vor allem für die Wechselwirkungsprozesse zwischen der Situation und der darin agierenden Person. Die theoretischen Konzepte innerhalb der Forschung lassen sich in drei Typen gliedern (vgl. Wüstner, 2006).

1. Einfluss von Umweltreizen – ungünstige Reize aus der Umwelt führen gleichermaßen bei allen Menschen zu bestimmten Stressreaktionen => Ursachenforschung
2. Reaktionen – erlebter Stress führt bei allen Menschen zu bestimmten Reaktionen => Wirkungsforschung
3. Wechselseitiges Einflussverhältnis von Mensch und Umwelt

Diese Einflüsse machen sich bei allen Menschen bemerkbar. Die Verhaltensweisen von Alzheimerpatienten und Kleinkindern sind davon aber besonders stark betroffen, da sie aufgrund der kognitiven Entwicklung stärker auf Ängste und Stress reagieren (vgl. Lind, 2007). Nach *Poeck* und *Hacke* (2006) lässt sich bei Neugeborenen und Säuglingen eine Vielzahl von Instinktbeobachtungen beobachten, die erst mit der Entwicklung des Zentralnervensystems komplexer werden. Sie bestätigen, dass beim Abbau der Gehirnleistungen durch verschiedene Krankheitsprozesse wie bei Alzheimer, eine ähnliche Symptomatik zu beobachten ist (vgl. Poeck / Hacke, 2006).

Wird der Vergleich zwischen einem alten, dementen Menschen und einem Kleinkind lediglich auf Basis der neurodegenerativen Prozesse im Gehirn gezogen, um mit dessen Hilfe den Umgang mit den Erkrankten derart zu gestalten, sie auf kognitiver Ebene treffen zu können, kann dieser Vergleich als hilfreich, ja sogar notwendig angesehen werden. Doch er dient lediglich als Richtlinie für das Pflegepersonal, den Patienten in seiner kognitiven Kapazität einschätzen zu können, um eventuellen Über- oder Unterforderungen vor zu beugen.

3.2 Parallelen zwischen Alzheimerkranken und Kleinkindern

Pflegende Angehörige und auch Pflegepersonal in der geriatrischen Pflege berichten übereinstimmend, wie im fortgeschrittenen Stadium der Demenz vom Alzheimer Typ die Erkrankten in ihren Verhaltens- und Reaktionsweisen immer mehr kleinen Kindern

ähneln. Dieses Verhalten lässt den Schluss zu, dass die Betroffenen häufig auf der Suche nach Halt und Schutz sind (vgl. Demenzratgeber, 2011).

Das intuitive Verhalten und Reagieren bei der Pflege und Betreuung von Alzheimererkrankten stimmt mit dem Verhalten von Müttern überein, die ihre Kinder ablenken, beruhigen oder trösten. Die Betroffenen zeigen ähnlich wie kleine Kinder Furcht vor dem Alleinsein und vor Dunkelheit und fühlen sich meist nur in der Nähe ihrer Bezugsperson sicher und geborgen.

Ebenso kann beobachtet werden, dass sowohl Alzheimererkrankte wie auch Kleinkinder in für sie überfordernden Situationen oder Umweltbezügen wie bspw. im Alleinsein oder der Dunkelheit, optische Halluzinationen mit Angst besetzten Inhalten entwickeln. Viele Formen des Körperkontakts wie in den Arm nehmen, beruhigen und vor allem deren Ängste ernst zu nehmen trägt zur Besserung des Unruhezustandes bei (vgl. Lind, 2007).

Wie stark sich die Parallelität des Verhaltens Demenzkranker mit Kleinkindern darstellt, konnte mit Hilfe des Ansatzes der Retrogenese von *Barry Reisberg et al. (1999)* mit Hilfe der FAST-Skala (**F**unctional **A**ssesment **S**taging) ermittelt werden. Betrachtet man nun einen an Alzheimer erkrankten Menschen im Stadium 6 der FAST-Skala hinsichtlich seiner Alltagskompetenz können Vergleiche mit einem etwa 2 – 6jährigen Kind gezogen werden. Der Betroffene weist Mängel an Fähigkeiten bezüglich sämtlicher Aktivitäten des täglichen Lebens auf, kann Schwierigkeiten beim Zählen von 1 bis 10 oder von 10 abwärts haben ebenso wie der Kontrolle der Schließmuskel. (vgl. Boetsch et al., 2003).

Die Theorie der Retrogenese ist ein neuer Denkansatz zur Entstehung der medizinischen Behandlung und zur nicht-pharmakologischen Behandlung der Alzheimer-Krankheit. Retrogenese wird von *Reisberg et al. (1999)* definiert als der Prozess, bei dem degenerative Mechanismen den Mechanismus der normalen Kindheitsentwicklung oder anders erklärt, die Reihenfolge des Erwerbs von Wissen, umkehren. Ähnlichkeiten zwischen den beiden Prozessen wurden neuropathologisch, biomolekular, neurologisch und verhaltensmäßig beschrieben. Richtig verstanden und angewandt könnten die beobachteten Parallelen hilfreich für die angepasste und menschliche Behandlung und Begleitung dementer Menschen sein.

Ebenfalls lässt sich beobachten, dass es nicht nur Parallelen zwischen Alzheimerpatienten und Kleinkindern gibt, sondern dass sie ähnliche Verhaltens- und Reaktionsweisen bei ihren Bezugspersonen hervorrufen.

Anscheinend löst der Anblick von hilflosen und schutzbedürftigen Menschen ein instinkthafte Betreuungsverhalten hervor, das im Bereich der Pflege und Betreuung immer wieder auf Intuition basierende und damit vorbewusste Verhaltensweise bei den Pflegenden hinweist (vgl. Roth, 2003).

Dazu gehört bspw. die so genannte Ammensprache wie auch verschiedenen Formen von Ablenkung, Beruhigung und Trost (vgl. Eibl-Eibesfeldt, 1997; Sachweh, 2000).

Auch im Bereich der Neurophysiologie können Parallelen zwischen Alzheimerkranken und Kleinkindern gefunden werden.

Bei einem Kleinkind sind bestimmte Gehirnregionen (u.a. Stirnhirn einschließlich der präfrontalen Neokortex, Teile des Temporallappens und Bereiche des limbischen Systems) noch nicht ausgereift. Bei Alzheimer sind diese im fortgeschrittenen Stadium degeneriert.

Während man dies bei Kleinkindern auf der morphologischen Ebene durch die fehlende axonale Myelinisierung und den Mangel an axonaler und dendritischer Aussprossung feststellen kann, lässt sich dies bei Demenzkranken durch ständige Abbauprozesse (u.a. Demyelinisierung und Verlust und Abnahme synaptischer Verbindungen) nachweisen (vgl. Matura, 2002; Heuser et al., 2003; Welzer & Markowitsch, 2001).

Der so genannte „Realitätsfilter“, der alle Assoziationen, die sich nicht auf die Gegenwart beziehen, unterdrückt, konnte im Bereich des Temporallappens lokalisiert werden. Da bei Alzheimerpatienten und Kleinkindern dieses Hirnareal nicht voll funktionsfähig ist, kann hiermit auch das häufige Auftreten von Halluzinationen mit teils wahnhaften Inhalten erklärt werden (vgl. Pritzel et al., 2003).

4 Übertragbarkeit der Montessori Pädagogik auf die Arbeit mit Alzheimerpatienten

Ob Montessori's Denkansätze auch in der Pflege bei an Alzheimer erkrankten Menschen insofern anwendbar sind, um damit eine Verbesserung der Lebensqualität für diese Menschen zu erzielen oder ob es aus ethischer Sicht verwerflich und würdelos ist, einen alten Menschen auf die Stufe eines Kleinkindes zu degradieren, gilt noch zu klären.

Wie schon in Kapitel 2.4. *Grundgedanken und Ziel der Pädagogik* erwähnt, ist das übergeordnete Ziel Maria Montessoris, mit Hilfe der Pädagogik die verborgenen schöpferischen Kräfte des Menschen zu erkennen, zu achten und zu aktivieren um über diese Grundhaltung heraus sein individuelles Potential auszuleben und sich dadurch harmonisieren.

Menschenwürde in Bezug auf chronisch kranke Patienten, zu denen die Menschen mit Alzheimer zählen bedeutet, sie bedürfen einer besonderen Betrachtungsweise. Sie sind auf elementare Pflege und Fürsorge angewiesen ebenso wie Kleinkinder, die lebensdienlich und menschenwürdig ist.

Gerade in der heutigen Zeit, die fast jeden und alles unter dem ökonomischen Blickwinkel betrachtet, ist eine Rückbesinnung auf die menschlichen Werte des Mitleids, der personalen Mithilfe und der Förderung von Gefühlskompetenzen und Teilkompetenzen notwendig. Diese Werte sind zentrale Werte, die der Menschenwürde zugrunde liegen, wie in den folgenden drei Beschreibungen des Begriffes Ethik belegt wird:

Ethik ist nach heutigem Verständnis die Lehre vom sittlichen Wollen und Handeln des Menschen in verschiedenen Lebenssituationen (vgl. Duden, 1999).

Ethik ist eine praktische, eine gelebte Philosophie, die immer wieder die Antwort sucht nach der Frage: Was sollen wir tun? (vgl. Fischer et al. 1993).

Ethik ist der Versuch des Ausgleichs zwischen den Werten, die wir uns vorstellen und akzeptieren und evtl. gesetzmäßig verankern und den Werten die wir im Alltag verwirklichen (vgl. Malherbe, 2005).

Wilhelm von Humboldt, der Bruder von Alexander von Humboldt, lässt sich in diesem Zusammenhang zitieren, „*dass die eigentliche Aufgabe der Wissenschaft die Förderung der Humanität sei und dass dies sich bis in die Ausdrucksweise und Wortwahl zeigen müsse*“ (Fischer, 2002, S.72).

4.1 Pädagogische Aspekte in der Pflege

Erziehung in der Arbeit mit Dementen ist sicher keinesfalls mit „Ziehen“ zu verstehen sondern eher mit dem Vokabular „führen“. In dem Sinne, dass der Betreuer den Betroffenen an einen Platz führt, den er sich selber wünscht, den er aber, bedingt durch die Krankheit, alleine nicht erreichen kann.

Ein noch besser Vergleich liegt in dem Wort „Therapie“, in einem weiteren Sinne von „dienen“: bereit stehen, vorbereiten, mit- und vorausdenken, eingreifen, aber nur dann, wenn es nötig ist und wenn der andere es wünscht.

Persönlich gilt es aus der Montessori Pädagogik hervorzuheben, dass ihr die Bemühungen zugrundeliegen, den Menschen in seinem Bezug zur Umwelt stets in den Mittelpunkt zu stellen - ganz gleich ob dieser Mensch jung oder alt, körperlich fit oder gebrechlich, intelligent oder geistig eingeschränkt ist.

Das hypotone oder noch bewegungsunfähige Kleinkind kann seine Umwelt nur begrenzt erfahren. Darum konfrontieren es die Erwachsenen gezielt mit Gegenständen und Situationen, durch die es Eindrücke sammeln kann und für sein Denken Orientierungspunkte zu setzen lernt.

Das spätere Schulkind erarbeitet sich den Lernstoff selbst, und wird durch Fehlerkontrollen unabhängig vom Erwachsenen.

Der durch einen Schlaganfall Beeinträchtigte setzt seinen Ehrgeiz in das Wiedererlangen in für ihn wichtige Funktionen und nutzt die exakt auf seine Möglichkeiten ausgerichteten Angebote.

Der alte Mensch findet vielleicht alleine nicht aus dem Kreislauf von Einsamkeit, Kranksein, Gesprächen von Krankheiten und sich Zurückziehen.

In jeder Entwicklungsstufe und auch in jedem Lebensprozess steckt ein Zusammenhang von Angebot und Nutzen der persönlichen Ressourcen. Die Montessori Pädagogik bietet vielfache Möglichkeiten, individuelle Potentiale auf einer selbstbestimmten Basis nutzbar zu machen. Denn im Vordergrund geht es immer um die Wahrnehmung des Individuums.

Die Basis davon ist die „vorbereitete Umgebung“. Auch wenn diese für Kinder konzipiert wurde, liegt in ihr der Ansatz zugrunde, generell einen anregenden Raum zu schaffen, indem der Mensch sich durch ein entsprechendes Angebot frei entfalten kann. Dieser soll ihn inspirieren, neugierig machen und zum Handeln „aktiv werden“ motivieren.

Dafür eignet sich das klassische Montessori-Material ebenso wie adaptiertes oder Zusatz-Material, wie z.B. Scrabble, Kartenspiele oder Mensch-Ärgere-Dich-Nicht. Wichtig ist nur, dass es an die besonderen Bedürfnisse der Alzheimerpatienten angepasst ist.

Die Auswahl des bereitgestellten Materials ist unterschiedlich, muss aber immer auf die Interessen und Fähigkeiten des Patienten abgestimmt sein und bereits eine indirekte Vorbereitung auf eine weitere, aufbauende Tätigkeit in sich tragen (vgl. Mattern; 2004).

Auch Angebote wie z.B. Gedächtnistraining können aus hilflosen Verhaltensweisen heraushelfen.

4.2 Anwendung der Montessori Prinzipien

Geht man von personenzentrierten Überlegungen aus, sind Alzheimerpatienten als vollwertige Persönlichkeiten wahrzunehmen und auch als solche zu behandeln. Doch ebenso wie im Umgang mit Kleinkindern fällt dies manchmal den Angehörigen und dem Pflegepersonal schwer, weil die Betroffenen über eingeschränkte Ausdrucksfähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten verfügen.

Das Herantreten an eine vollwertige Persönlichkeit ist aber die Basis der Erziehungsphilosophie von *Maria Montessori*.

Camp (2001) setzt in seiner Arbeit gezielt den Focus auf die Prinzipien Montessori's. In verschiedenen Settings können diese vom Pflegepersonal angewendet werden. Er und sein

Forschungsteam entdeckten, dass es bei einer Anwendung zu positiven Veränderungen im Leben von Alzheimerpatienten, deren Pflegepersonen sowie Familienmitgliedern kam (vgl. Camp, 2001).

Dazu gehören die folgenden Ansätze von Montessori, die sich auf Arbeit übertragen lassen (vgl. Orsulic-Jeras et.al. 2001):

- Verwende Materialien des täglichen Lebens, die ästhetisch und angenehm zu berühren sind
- Agiere langsam von leicht zu schwer, konkret zu abstract
- Strukturiere die Materialien und Vorgänge so, dass die Teilnehmer von links nach rechts und von oben nach unten arbeiten
- Ordne die Materialien vom größten zum kleinsten und vom mengenmäßig meisten zum letzten
- Erlaube es in Teilabschnitten zu lernen: der Teilnehmer sieht primär zu, wiederholt selbständig und spricht anschließend darüber
- Zerteile Aktivitäten in kleinere Teilkomponenten und praktiziere je einen Teil zu einem Zeitpunkt
- Minimiere die Fehlerquelle und erhöhe die Erfolgsmöglichkeit
- Verwende wenn möglich zu den jeweiligen Aktivitäten Geräusche
- Bestehe nie auf einer Teilnahme sondern lade immer nur dazu ein
- Passe deine Geschwindigkeit der Präsentation an die Geschwindigkeit der Teilnehmer an
- Gestalte die Materialien und Aktivitäten so, dass die Richtigkeit selbständig überprüft werden kann
- Lasse die Teilnehmer wann immer möglich, selbst etwas für die größere Gemeinschaft kreieren
- Passe die Umgebung den Bedürfnissen der Teilnehmer an
- Lasse die Teilnehmer, wann immer nur möglich, selbst die Aktivitäten wählen
- Das Ziel von Montessori ist, den Menschen dabei zu helfen, so unabhängig wie möglich zu werden

4.2.1 Übertragung der Montessori Materialien

Um das in der Praxis anwenden zu können, müssen ausreichende Informationen über Alzheimerbetroffene vorliegen. In der Zusammenarbeit von Pflegepersonal, Betreuungsteam und Familienangehörigen sollte im Sinne der Patienten ein Aktivitätsplan entwickelt werden.

Dabei gilt es zu beachten, dass solche Aktivitäten und Angebote ausgewählt werden, die für die Betroffenen auch geeignet sind.

Wie wichtig das in der Praxis ist zeigt ein Beispiel:

Stanley, ein 80jähriger Kriegsveteran, zeigte keinerlei Interesse, als das Arrangieren von Blumen präsentiert wurde. Am nächsten Tag jedoch wurden die Blumen durch Fahnen verschiedener Nationen ersetzt und Stanley konnte mit voller Begeisterung mit für ihn geeigneten Objekten arbeiten. Er erfreute sich am Sortieren der Flaggen, übte dabei die Praktik kleiner motorischer Bewegungen und fand wieder einen Zugang zu seinen Erinnerungen (vgl. Orsulic-Jeras et.al. 2001).

So können sorgfältig ausgewählte Montessori-Materialien auf sanfte Weise und durch ein aktives Erleben Erinnerungen wieder nahebringen. Von zentraler Bedeutung ist in diesem Moment, den Patienten als Person wahrzunehmen. Die Stärken und Potentiale des Individuums zu betrachten und daran anzuknüpfen.

Ein anderes Beispiel wäre, dass die Tochter einer Alzheimerpatientin über die Vorliebe ihrer Mutter erzählt Brot zu backen. Mit dieser Information kann das Betreuungsteam eine vorbereitete Umgebung schaffen, um die Betroffene in eine aktiv ansprechende Situation zu bringen. Durch das gemeinsame Brotbacken können positiv besetzte Emotionen gestärkt und wieder hervorgebracht werden.

Solche Aktivitäten sollen in kleine Schritte gegliedert werden. Jeder einzelne Schritt soll vergleichbar in der Anwendung mit der Montessori Methode einen speziellen Lernschritt verkörpern. Der Betroffene lernt mit jedem Schritt eine Schwierigkeit zu überwinden bzw. zu bewältigen. Bspw. Mehl in einen Messbecher zu füllen, Zutaten mit einander zu verbinden oder den Backofen richtig einzustellen.

Alle Stufen des Brotbackens können auf nummerierte oder farbige Kärtchen geschrieben werden. Von links nach rechts angeordnet, in der Reihenfolge des Gebrauchs, kann der gesamte Prozess des Brotbackens verdeutlicht und nachvollzogen werden. Je nach Fähigkeit des Alzheimerpatienten können diese Schritte verkürzt, nur bedingt oder vollständig ausgeführt werden.

Wichtig dabei ist die Übersicht und die Entscheidung des Betroffenen, selbst entscheiden zu können, was er davon übernehmen möchte und was nicht. Gemeinsam können somit Handlungsschritte angepasst werden, ohne eine Situation der Überforderung zu erzeugen.

Der Verlust von kognitiven Fähigkeiten in umgekehrter Folge zu den Entwicklungsstadien in der Kindheit zeigt sich bei Alzheimerpatienten nicht im Bereich ihrer Lesefähigkeit. Sie stellt eine Ausnahme dar. Personen mit Alzheimer-Demenz behalten die Fähigkeit, einzelne Wörter oder kurze Phrasen zu lesen auch in schon ziemlich fortgeschrittenem Stadium der Erkrankung. Deshalb können auch bei fortgeschrittener Demenz, beschriftete Etiketten und Stichwörter verwendet werden. Mehr sogar als in der Praxis mit jüngeren Kindern können Alzheimerbetroffene im fortgeschrittenen Stadium eher Wörter wie z. B. Kuh und Korn in Kategorien einordnen, als deren Bilder. Erfahrungsberichten nach können sie auch eher Worte lesen als ihr eigenes Spiegelbild erkennen (vgl. Bologna / Camp, 1997).

Durch das Aufteilen in Teilbereiche soll es den Alzheimerpatienten möglich gemacht werden, ihre innewohnenden Möglichkeiten zu nutzen bzw. sich wieder an diese zu erinnern. Mittels der Karten und Abfolgen, ist ihnen eine Selbstkontrolle gegeben, was das Selbstbewusstsein in die eigenen Fähigkeiten stärken soll.

Diese Vorgänge können beliebig ausgeweitet, eingegrenzt und spezifischen Bedürfnissen angepasst werden, je nach dem Zustand des Patienten (vgl. Camp et.al., 1999).

Ansatzpunkt der Montessori Pädagogik ist das selbstständige Handeln, wobei der Pädagoge als helfende Unterstützung zur Seite steht. Diese Rolle übernimmt in diesem Fall die Pflegeperson. Sie korrigiert die Arbeit des Alzheimerpatienten nicht, sondern begleitet ihn bei seinen Ausführungen ohne einzugreifen.

Dies beruht auf dem Ansatz der Montessori's Philosophie, dass die Ausführenden sich für ihre Aufgabe verantwortlich fühlen und nicht um sie einwandfrei richtig zu machen (vgl. Hellmich / Teigeler, 2007).

Die Idee dahinter ist, Erfahrung möglich werden zu lassen, die dabei helfen, die eigenen Stärken auszubilden. Durch die Übernahme von Verantwortung soll das Selbstbewusstsein gestärkt werden.

Dies beruht auf *Montessori's* Beobachtungen, dass auch Fehler zu machen ein wichtiger Lernprozess ist. Wenn es Kindern erlaubt wurde Fehler zu machen, konnten diese daraus lernen und im nächsten Schritt ihre Handlungen verändern bzw. überdenken. Dies wurde von ihr als wichtiger Teil in der kindlichen Entwicklung angesehen.

Auch für Alzheimerbetroffene ist ein bedeutsames Gefühl Situationen neu zu entdecken und aus ihnen lernen zu können. Es entspringt der kindlichen Neugier, dem Wunder des Entdeckens, was allen Menschen im Leben nicht verloren geht.

Von Seiten der Pflegeperson muss dafür eine Offenheit und Sensibilität vorliegen, sich auf den Alzheimerpatienten einzulassen, um seine Bedürfnisse und Fähigkeiten wahrzunehmen. Nur dann ist sie in der Lage, dem Betroffenen eine vorbereitete Umgebung zu ermöglichen und Hilfe im richtigen Moment anzubieten.

4.2.2 Die vorbereitete Umgebung

Beobachtet man Alzheimerpatienten und Kinder bei der Arbeit, können ähnliche Verhaltensmuster gefunden werden. Eines der gemeinsamen Muster ist die Schwierigkeit zu organisieren.

Bei dreijährigen Kindern macht es nicht viel Sinn sie wegen ihrer Unfähigkeit Ordnung in ihre Dinge und in ihr Leben zu bringen zu kritisieren, und ebenso verhält es sich bei 83jährigen Menschen mit einer Alzheimererkrankung.

In einer Montessori-Klasse sind die Materialien für die verschiedenen Aktivitäten auf Tablett angebracht, die in Regalen entlang der Wände untergebracht sind. Die Kinder

können zu diesen Regalen gehen und sich die verschiedenen Materialien so relativ einfach wählen (vgl. Hellmich / Teigeler, 2007).

In Langzeitpflegeeinrichtungen, wo die Mobilität oftmals ein Problem ist, können die Regale mit Rädern versehen werden, die zu den Bewohnern gebracht werden. Den Betroffenen wird so die Möglichkeit gegeben, selbstständig und frei ihre Aktivitäten zu wählen. Falls sie nicht mehr in der Lage sind, diese selbstständig zu nehmen oder zu betätigen soll das Pflegepersonal ihnen unterstützend helfen.

Besonders Alzheimerbetroffenen muss eine Umgebung geschaffen werden, in der sie Sicherheit verspüren und in der sie sich stressfrei einer Aufgabe widmen können. Momente und Situationen der Überforderung gilt es zu vermeiden.

4.2.3 Beachtung des Individuums

Das Verstehen und Einfühlen in die Lebenssicht eines Alzheimererkrankten ist für Aussenstehende oft nicht leicht. Für das Pflegepersonal gestaltet es sich oft als äußerst schwierig bis fast unmöglich.

Es setzt nämlich ein bestimmtes Wissen voraus, das einem der Betroffene aufgrund seiner Erkrankung meist nicht mehr oder nur eingeschränkt mitteilen kann.

Dabei ist die Wahrnehmung der Individualität des Betroffenen ein zentraler Aspekt der Arbeit, hinsichtlich der Lebensqualität und positiven Selbstwahrnehmung.

Darum greift hier der Ansatz aus der Montessori-Arbeit, dass jeder Mitarbeiter der Methode angewiesen ist an sich selbst zu arbeiten. *Montessori* spricht in diesem Zusammenhang von Demut. Ein Verlangen oder eine Einstellung in der zwischenmenschlichen Arbeit, auf die heute vielleicht zu wenig geachtet wird (vgl. Holtstiege, 1987).

Doch erst durch die Wahrnehmung seines Gegenübers als Individuum, mit seinen persönlichen Stärken und Schwächen, macht die Qualität einer Beziehung aus. Sei es innerhalb der Familie, in der Arbeit mit Angehörigen, oder beim Pflegepersonal.

Erst wenn man das in seinem Gegenüber erkennt, ihm und seinen Bemühungen volle Achtung schenkt, ist die Basis für eine gemeinsame Arbeit geschaffen.

Die Persönlichkeit eines Menschen zu erfahren und zu erkennen, ist für den Umgang mit Alzheimerkranken von größter Bedeutung.

Ob jemand aggressiv oder sanft, dominant oder schüchtern, gewissenhaft oder oberflächlich, optimistisch oder eher pessimistisch, träumerisch oder realistisch ist, all dies entfaltet sich in der Persönlichkeit einer jeden Person.

Angesichts der Vielschichtigkeit der Fragestellungen und Erfahrungen, hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung im Laufe der Erkrankung, sollte in der Pflege und Betreuung von Alzheimererkrankten das Prinzip des „Annehmens“ und „Akzeptierens“ im Vordergrund stehen.

Montessori bestimmte dies zu einem der wichtigsten Bestandteile zur Förderung und Entwicklung besonders verhaltensauffälliger Kinder (vgl. Hammerer, 2002).

Annehmen und Akzeptieren bedeutet nicht mehr als Mitmenschlichkeit im Sinne von „Verständnis aufbringen“, indem dem Gegenüber das Anrecht auf ein würdevolles Leben zugebilligt wird (vgl. Lind, 2007).

4.2.4 Verhaltensaspekte

Die Grundelemente des Verhaltens sind Blicke, Gesten, Haltungen und sprachliche Äußerungen, Herstellung von Nähe und Distanz. Alzheimerpatienten und Pflegepersonal sind darüber in einer ständigen Interaktion.

Die Pflegediagnose „chronische Verwirrtheit“ löst beim Pflegepersonal häufig einen sich selbsterfüllenden Prozess aus (vgl. Höwler, 2007).

Müller-Hergl (2003) untermauert diese Feststellung mit der Aussage, dass „*Rollendeklarationen und Selbst-Narrationen von Pflegenden ... nicht adäquat facilitiert [werden] so dass die damit wechselseitige Konstituierung von Person-Sein nicht erfolgt und gelingt*“ (Höwler, 2007. S.85).

Der an Alzheimer Leidende kann seine intellektuellen Kräfte im Augenblick nicht für die anstehenden Anforderungen einsetzen, so sehr er es auch möchte. Er kann seinem Gegenüber nicht die Reaktionen anbieten, die es ihm erlauben würde, einen ruhigen Fortgang der Interaktion zu gewährleisten.

Seine verwirrten Handlungen versperren somit einen Weg, den das Pflegepersonal gewohnt ist zu verfolgen. Zwischen beiden müssen neue Interaktionsprozesse gefunden werden. Das Pflegepersonal muss innehalten und die Aufmerksamkeit dem störenden Verhalten zuwenden, um daraus dessen Botschaft zu erkennen.

Dieses Verlangen nach Zuwendung ist ebenso bei Kindern zu erkennen. *Montessori* beschreibt das wie folgt: „*Jene Kinder, die unablässig nach dem Warum fragen, als seien sie voll ungeduldigen Erkenntnisdrangs. Hört man aber genau hin, so merkt man, dass sie, noch ehe sie die Antwort zu Ende gehört haben, schon eine neue Frage stellen. Was wie Wissbegierde aussieht, ist in Wahrheit nur das Mittel, die Person in Atem zu halten, die ihnen als Stütze notwendig ist*“ (Montessori, 1950, S.33).

Hier ist ganz klar eine Verbindung zwischen Montessoris´ Ansätzen zu Alzheimerpatienten zu erkennen. Jedes herausfordernde Verhalten, welches von den Betroffenen ausgeht, ist als ein Kommunikationsversuch zu verstehen. Die interaktive Fähigkeit hat einen Sinn und sollte vom Pflegepersonal gedeutet und beantwortet werden (vgl. Höwler, 2007; Theunissen, 2000; Sachweh 2002; Renneke 2005).

Ist das Pflegeumfeld von Sicherheit gekennzeichnet und setzen Pflegende Interaktionen für das Person-Sein ein, so sind die Bewohnerinnen einer Langzeitpflegeeinrichtung in der Lage, mit einem gewissen Ausmaß an Konflikten, Veränderungen, Frustration und Enttäuschungen, die der Heimalltag mit sich bringt, zurechtzukommen.

Die Kunst, eine personenzentrierte Pflege bei Alzheimerpatienten umzusetzen, besteht darin, dass das Pflegepersonal die Herausforderungen der Betroffenen annehmen und die Erkrankten nicht zu hilflosen, hoffnungslosen, verwirrten, schwierigen oder störenden Menschen degradieren sollte (vgl. Sachweh 2002).

Sie sollten vielmehr als Personen wertgeschätzt werden, die ein nicht immer einfaches Leben hinter sich gelassen haben und in einem Pflegeheim ihren letzten und schwersten Lebensabschnitt gehen und zu bewältigen haben. Dafür wird eine personenzentrierte, menschliche Fürsorge benötigt (vgl. Höwler, 2007).

In der Verbindung dieser Ansätze von menschlicher Würde, Akzeptanz des Ich-Seins und des Respektes vor der jeweiligen Person selbst, ist die Verbindung der Denkansätze zwischen Montessori und der geriatrischen Pflege zu erkennen. Unabhängig vom Alter der Betroffenen, sei es ein Kleinkind oder ein Alzheimerpatient, die Wertschätzung und Offenheit in der Interaktion sind von großer Bedeutung.

Es gilt jeden Menschen als einmalig anzusehen und ihm dadurch die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmt auch in einer schweren Krankheit das Leben zu gestalten. Das Einlassen auf die individuellen Bedürfnisse des Betroffenen, stärkt dessen Selbstwahrnehmung und Lebensqualität.

4.2.5 Kommunikationsaspekte

Die Kommunikation mit Alzheimererkrankten unterscheidet sich von der Kommunikation mit Kleinkindern in einem gravierenden Maße. Dies ist der Aspekt einer dualen Vorgangsweise (vgl. Sachweh, 2000).

Er kann als eine Kommunikation auf zwei sozialen Ebenen aufgefasst werden.

Die eine Ebene wird durch das Selbstbild des Betroffenen bestimmt.

Aufgrund des häufig empfundenen Fehlen eines Krankheitsbewusstseins haben Alzheimerbetroffene das Selbstempfinden, gesunde und zu allen Tätigkeiten des Alltags fähige Personen zu sein.

Dieses Selbstbild sollte von den Pflegenden nicht durch Hinweise auf Pflegebedürftigkeit und hohes Alter beeinträchtigt oder gar zerstört werden (vgl. Renneke 2005).

Die andere Ebene des Wirklichkeitsbezuges besteht aus dem konkreten, stark eingeschränkten Leistungsvermögen der Betroffenen. Es betrifft die Einschränkungen der alltäglichen Verrichtungen, die im krassen Widerspruch zur Selbsteinschätzung stehen.

Darum sollte die Pflegekraft im Umgang mit den Alzheimerpatienten sowohl deren Selbstbild als auch deren Leistungsvermögen berücksichtigen, ohne dass ihnen diese Divergenz auffällt bzw. bewusst wird (vgl. Sachweh, 2000).

Das bedeutet in der Praxis, dass einerseits auf das Selbstbild, die Identität des Bewohners eingegangen werden muss, indem mittels Ansprache und Gesten Bestätigungen und Bekräftigungen vermittelt werden können.

Andererseits gilt es aber auch, dem Erkrankten Hilfestellung und Anleitung bei den verschiedenen Verrichtungen der Alltagsbewältigung zukommen zu lassen, ohne dass dabei seine Identität und damit auch seine Würde verletzt werden würde.

Dieses Vorgehen kann als Doppelstrategie im Umgang mit Alzheimererkrankten bezeichnet werden. Sie wird in verschiedenen Ausformungen und inhaltlichen Schwerpunksetzungen im alltäglichen Umgang umgesetzt.

Die Anwendung der Doppelstrategie konnte in der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Alzheimerbetroffenen bei Pflegehandlungen nachgewiesen werden. Einerseits werden dabei vom Pflegepersonal identitätsstabilisierende und Respekt bekundende Ausdrucksformen benutzt wie z.B. höfliche Anredeformen, Abschwächung von Aufforderungen oder Sich-Dummstellen, andererseits wird in anderen Situationen bspw. die Ammensprache genutzt (vgl. Sachweh, 2000).

Die so genannte Ammensprache unterscheidet sich von der Normalsprache durch Anhebung der Tonhöhe um eine Oktave und die Übertreibung der Intonationskontur (Satzmelodie) (vgl. Eibl-Eibesfeldt, 1997).

4.2.6 Ablenkungsaspekt

Die zentrale Strategie zur Beeinflussung Alzheimererkrankte bei der Pflege und Betreuung ist die Ablenkung. Sie wird sowohl bei universellen als auch bei demenzspezifischen Interaktionsformen angewendet (vgl. Sachweh, 2000).

Ablenkung in Anlehnung an das Prinzip von Montessori bedeutet konkret (vgl. Holtstiege, 1987):

Einen negativen Impuls, Sinneseindruck oder eine negative Befindlichkeit durch positive Anregungen verschiedenster Art zu ersetzen.

Zu den negativen Befindlichkeiten gehören bei den Alzheimerbetroffenen Angst, Scham und Unsicherheit.

Belastende Sinneseindrücke können Fehlwahrnehmungen, Halluzinationen und Wahnvorstellungen sein.

Negative Impulse bestehen aus der unbegründeten Ablehnung von Personen, Interaktionen und Milieufaktoren.

Diese Vielzahl an überfordernden Situationen bekräftigt die Relevanz einer positiven Person-Umwelt-Interaktion. Aufgrund der hirneurologischen Abbauprozesse, befinden sich Alzheimerpatienten in einem ständig labilen Zustand. Schon bei geringen Abweichungen kann es zu psychischen und physischen Störungen kommen (vgl. Lind, 2007).

In diesem Zusammenhang haben ablenkende Aktionen oft eine regulierende Funktion. Vergleichbar mit kleinen Kindern, die bspw. beim Weinen ihre Sorgen vergessen, wenn man sie zum Lachen bringt, können damit auch verzerrte Person-Umwelt-Beziehungen bei Alzheimerpatienten wieder normalisiert werden.

Ziel jeder Ablenkung ist das Beruhigen des Betroffenen, denn für ihn sind die krankheitsbedingten Überforderungs- und Überlastungssymptome mit extremem Stress verbunden.

Beruhigen und Ablenken sind somit zwei Seiten eines Handlungsvollzuges, die in ihrer Einheit zugleich Vorgehen und Zielsetzung bilden (vgl. Sachweh, 2000).

Dieses grundlegende Wirkprinzip der Ablenkung beruht bei Alzheimerpatienten auf der Kurzzeitgedächtnisstörung, bei der die Degeneration bestimmter Hirnareale (u.a. Hippokampus und präfrontale Neokortex) fortgeschritten ist (vgl. Roth, 2003).

Vergegenwärtigt man sich, dass das Bewusstsein ein Produkt von Kurzzeitgedächtnis und Aufmerksamkeit ist, dann wird klar, wie leicht Alzheimerbetroffene durch neue Impulse und Sinneseindrücke zu beeinflussen sind.

Was für die Betroffenen zu einem Problem wird, kann in der Pflegesituation als unterstützende Hilfemaßnahme positiv genutzt werden.

4.2.7 Einbeziehung von Angehörigen

Zum Aspekt der Person-Umwelt-Interaktion gehört die Einbeziehung der Angehörigen. Gerade für die Familie sind lernbare Formen der Kommunikation von Bedeutung, da sie darüber neue Wege finden mit ihren Alzheimerbetroffenen Verwandten im Austausch zu bleiben.

Durch die Einschränkungen der Krankheit leiden viele Formen der Kommunikation und Nähe, was besonders für die Angehörigen zu Hilflosigkeit führen kann.

Die Einbeziehung der Familie in die aktive Montessori-Methode schafft eine Stütze für die pflegerische Betreuung und ermöglicht dem Betroffenen und seinen Verwandten einen kommunikativen Austausch zu stabilisieren.

Ein Beispiel aus der Praxis:

Im Menorah Park Center versuchte man, einige Familienmitglieder in Montessori-Tätigkeiten zu schulen. Die Ergebnisse waren sehr vielversprechend und zeigten, dass dieses Training mit einer signifikanten Steigerung der Beziehung von Seiten der Patienten mit den Angehörigen verbunden war. Auffällig vor allem dahingehend, im Vergleich zu „Standard-Besuchen“, die nicht auf Kommunikations- und Interaktionsmittel durch die Montessori Praxis zugreifen konnten.

Ebenso konnte eine Veränderung bei den Familienangehörigen festgestellt werden. Diese empfanden ihre Besuche als sinnvoller bzw. nachhaltiger und bemerkten einen positiven Bindungsaufbau zu ihren Verwandten (vgl. Skrajner, 2007).

Bspw. Berichtete eine Familie erfreut, dass es ihren Kindern auf diese Art und Weise erleichtert wurde, ihre an Alzheimer-Demenz erkrankte Großmutter in einer Pflegeeinrichtung besuchen zu können und mit ihr in Beziehung zu treten.

Dazu zwei Kommentare von Angehörigen, die auf der Basis von Montessori im Umgang geschult wurden (vgl. Skrajner, 2007):

„Ich kann die Freude nicht beschreiben die ich fühlte, Vater dabei zu sehen wie in ihm wieder einige Erinnerungen erwachten und ich daran teilhaben durfte.“

„Die Aktivitäten halfen, sie glücklich zu machen und ließen uns eine tiefe Nähe zueinander spüren.“

5 Anwendung der Montessori Methode in der Pflegepraxis

5.1 Empirische Beispiele aus der Praxis

5.1.1 Das Meyers Forschungsinstitut

Dr. Cameron Camp, Direktor des Meyers Forschungsinstitutes, ist eine der Schlüsselfiguren der wissenschaftlichen Forschung, in der Arbeit auf Basis des prozeduralen Gedächtnisses bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz.

Eine lange Studie beschäftigte sich mit Gedächtnisinterventionen, welche im Menorah Park Center Seniorenheim in Beachwood, Ohio stattfand. Ziel der Studie war die Erforschung, ob Menschen mit Alzheimer-Demenz fähig wären, neue Fertigkeiten zu lernen (vgl. Camp / Koss / Judge, 1999).

In diesem Zusammenhang wurde ein Programm in Anlehnung an Montessori entwickelt. Zunächst war dafür ein messbares Werkzeug wichtig, was zur Erfassung des kognitiven und funktionalen Status der Betroffenen dient. Darin wurde ein weiter Bereich von *Montessori's* Aktivitätsansätzen integriert, betreffend kognitiver, sozialer, motorischer und sensorischer Gewohnheiten.

Da der bedeutendste Teil der Messungseinheit in der Erfassung der Lebensgeschichte der Betroffenen liegt wurde folgende Methode daraus abgeleitet. Während mit Hilfe der Familienangehörigen und Freunden die lebensrelevanten Daten erhoben werden, werden die Angehörigen gleichermaßen in die Montessori Prinzipien eingewiesen.

Mittles der gesammelten Informationen und nach dem Austausch mit den Angehörigen entsteht ein individuelles Profil über die Stärken und Schwächen der Betroffenen (vgl. Camp / Koss / Judge, 1999).

Während des Forschungsauftrages wurde ebenso die „Menorah Park Verpflichtungsskala“ entwickelt. Dies ist ein Messinstrument mit zehn Fragen, um folgende Montessori Merkmale zu dokumentieren:

- erledigt der Patient die Montessori-Tätigkeiten gerne und konstruktiv oder passiv
- wie lange führt er eine Aktivität aus
- verlässt er frühzeitig die Aktivität
- schläft er bei der Aktivität ein

- zeigt er Freude bei der Aktivität
- wie lange zeigt er Interesse

Obwohl diese Einstufungen als Instrument verwendet werden, um Daten zu ermitteln, ist Dr. Camp der Überzeugung, dass der dazugehörige Gesichtsausdruck des Alzheimerpatienten, wie Lächeln, Freude oder Interesse zeigen, die wahre Messeinheit darstellt.

Das Personal bestätigte, dass der Gebrauch von Montessori-Materialien, bspw. verschieden warme Materialien wie Holz, Metall oder Stein, eine sensorische Stimulation hervorruft, die von den Alzheimerpatienten gerne angenommen werden. Z.B. wurde zur sensorischen Stimulation Schnee verwendet, und im Gegensatz dazu warme Hände um die Erinnerung an den Winter wieder zu wecken.

Das Montessori-Material kann demnach dafür verwendet werden, um Erinnerungen an früher Erlebtes und Gespürtes zu erleichtern und somit Erfolgserlebnisse für den Patienten bewirken (vgl. Orsulic-Jeras et al., 2001).

5.1.2 Ergebnisse von Brenner & Brenner

Das aus den USA stammende Ehepaar Karen Brenner and Tom Brenner gehört zu den Vorreitern in der Pflege von Alzheimerpatienten, wenn es um kreative Pflegealternativen geht.

Selbst lange Zeit tätig als fachärztliche Berater des Myers Forschungsinstitutes in Chicago, beschäftigen sie sich seit vielen Jahren mit der Anwendung der Lehr- bzw. Lernmethode von Montessori bei Alzheimererkrankten.

Deren erfolgreiche Anwendung begründen sie damit, dass die Montessori-Methode auf der Basis des prozeduralen Gedächtnisses beruht und dieses bei Alzheimer-Patienten tendenziell weniger beschädigt ist.

Nach ihren Erfahrungen tragen Montessori-Materialien dazu bei, eine Brücke zwischen dem Innen(er-)leben der Alzheimerpatienten und ihrem äußeren Umfeld bzw. Alltag wieder herzustellen.

Damit werden bei ihnen Möglichkeiten reaktiviert, Hände und Sinne zu nutzen und zu trainieren.

Durch das konzentrierte Arbeiten an einer bewältigbaren Aufgabe zeigten die Alzheimerbetroffenen weniger Frustration und Wut und zeigten sich selbstbewusster und sicherer. Mit der Methode konzentriert sich die Arbeit auf die verbleibenden Stärken und Fähigkeiten der Betroffenen und nutzt diese, für die Stärkung in ihrem Alltagserleben und hinsichtlich der Selbstachtung (vgl. Brenner, 2004).

5.2 Pflegepersonalschulungen

Im Meyers Forschungsinstitut von Menorah Park wurde eine Reihe von Trainingseinheiten entwickelt, um Pflegepersonen bezüglich Montessori-Aktivitäten zu schulen. Seit Forschungserkenntnisse die Anwendung von Montessori-Aktivitäten in der Pflege Alzheimerkranker in verschiedenen Stadien bekräftigen, war es ein Ziel der Mitarbeiter, das Pflegepersonal diesbezüglich zu schulen, um deren Ansätze in den Pflegealltag zu integrieren.

Es war ihnen ebenso wichtig zu erforschen, ob das Pflegepersonal es sinnvoll und hilfreich empfand, mit der Methode zu arbeiten.

Die Schulungen fanden in folgenden drei Grundbereichen statt:

- die Erkrankung Demenz verstehen
- die Montessori-Methode
- die Präsentation bzw. Integration auf Montessori basierenden Aktivitäten

Das Training wurde in halbstündlichen Einheiten während der täglichen Aktivitäten für eine Woche durchgeführt. Während dieser Sitzungen wurden die Montessori-Prinzipien erklärt, die Materialien vorgestellt und Beispiele gegeben, wie die Aktivitäten an Alzheimerpatienten in unterschiedlicher Stadien vermittelt werden können.

Ein handwerkliches Training, entwickelt von Camp und seinen Kollegen, diente als Ergänzung und war für jeden Interessierten verfügbar, der das Montessori-Programm in die aktuellen Aktivitäten integrieren wollte.

Zusätzlich zu dieser Einheit beinhaltete die Ausbildung eine zusätzliche Schulungswoche (ebenso in halbstündlichen Einheiten), um das Pflegepersonal mit den Materialien vertraut zu machen. Außerdem wurde, entgegen vieler anderer Erhebungen, bei denen stets die Schwächen und Defizite des Patienten hervorgehoben wurden, ein Beurteilungsschema entwickelt, um die Stärken und Interessen des jeweiligen Patienten erheben zu können. Dabei wurden die verbliebenen kognitiven, motorischen, sensorischen und sozialen Fähigkeiten ermittelt (vgl. Camp / Koss / Judge, 1999; Judge et al., 2000; Schneider et al., 2000).

Die Resultate dieser Erhebung sollten dazu genutzt werden einen individuell geeigneten Aktivitätsplan für jeden Einzelnen zu erstellen.

Der Vorteil eines auf Montessori basierenden Beschäftigungsplanes ist, dass dieser durch Aufteilung in viele verschiedene Einzelaufgaben, an das Leistungsniveau der Betroffenen individuell angepasst werden kann.

Damit ist allerdings nicht gemeint, dadurch die geläufigen Aktivitäten zu verdrängen, sondern sie als hilfreiche Stärkung des schon verfügbaren Angebotes zu nutzen, um dem Pflegepersonal mehr Möglichkeiten zu bieten Alzheimerpatienten zu motivieren (vgl. Orsulic-Jerras et al., 2001).

Dementsprechend positiv zeigten sich auch die Reaktionen des Pflegepersonals auf diese Möglichkeit der Horizonterweiterung bei den Betreuungsangeboten.

Der dadurch erzielte Gewinn für die Bewohner kann als bemerkenswert bewertet werden. Diese erhielten Gelegenheit, ihre verfügbaren Ressourcen motorischer, kognitiver und sozialer Kompetenz beizubehalten bzw. zu stärken.

Den Pflegealltag unter Einbeziehung der Montessori Methode zu erweitern, zeigte sich als positiver Weg, die Möglichkeiten im Umgang mit Alzheimerpatienten zu erweitern.

Das Personal wurde motiviert, kreativ individuelle Betreuungsprogramme weiterzuentwickeln und sich dabei an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Besonders positiv wurde die Tatsache bewertet, dass bei der Durchführung der Aktivitäten die Bewohner nicht scheitern konnten, da durch die individuelle Anpassung keine Überforderungssituationen entstanden.

Ebenso konnte positiv beobachtet werden, dass sich eine intensivere Beziehung zwischen Pflegepersonal und Alzheimerpatient entwickeln konnte, die sich auch auf andere

Aktivitäten übertrug und zu einer Verbesserung der Kommunikation führte (vgl. Orsulic-Jerras et al., 2001).

5.3 Zusammenfassende Betrachtung der Montessori Methode

Die auf Montessori basierenden Aktivitäten können wie folgt zusammengefasst werden:

- Individuelle Betreuung
- Individuelle Aktivitäten
- Gruppenaktivitäten

5.3.1 Individuelle Betreuung

Zu der individuellen Betreuung zählen generationsverbindende Programme. Eine Interaktion zwischen Kindern und alten Menschen wird im Allgemeinen als gewinnbringend und positiv für alle Beteiligten betrachtet (vgl. Ward et al., 1996).

Am Beispiel des „Menorah Park“ wird diese generationsübergreifende Betreuung praktiziert. Die Alzheimerbetroffenen haben dort die Möglichkeit, den Umgang mit Kindern zu pflegen und jungen Kindern etwas beizubringen. Dies ist jedoch ausschließlich mit Personen möglich, deren Krankheitsverlauf noch nicht so weit fortgeschritten ist.

Die Kinder sind zwischen zweieinhalb und fünf Jahren und das Pflegepersonal arbeitet zuvor mit jedem einzelnen Patienten, bevor dieser mit Kindern beginnt zu arbeiten.

Durch die Verbindung von Alzheimer- und Kleinkindarbeit, mithilfe der Montessori Materialien, lernen die Betroffenen die Materialien selbst kennen und mit diesen in einen Austausch zu den Kindern zu treten.

Beim Zusammenführen der Alzheimerpatienten mit den Kindern wird darauf Rücksicht genommen, dass diese jeweils ihren Leistungen entsprechend zusammenpassen, wobei der Alzheimerpatient dem Kind kognitiv etwas überlegen sein muss.

Durch das Zusammensein mit den Kindern erfahren Alzheimerbetroffene sich wieder nützlich und wertvoll zu fühlen. Jemand Anderem helfen zu können und eine wichtige Rolle im Leben eines anderen Menschen einzunehmen, ist eine wertvolle Erfahrung, die das Selbstbewusstsein stärkt.

Nach Beobachtungen des Pfllegeteams ist eine erhöhte Zufriedenheit, Aufmerksamkeit, Verantwortung und Aktivität bei den Alzheimer-Patienten festzustellen.

Das Ergebnis dieser Arbeit ist, dass beide Generationen in der Lage sind, sich gegenseitig zu helfen, sich an ihrer Aufgabe zu erfreuen und an Selbstachtung zu gewinnen, eine sinnvolle Arbeit getätigt zu haben (vgl. Camp et al., 1997).

5.3.2 Individuelle Aktivitäten

Hier werden Aktivitäten der täglichen Umgebung gefördert, die sowohl visuell als auch sensorisch bereits vertraut sind. Frühere Beobachtungen zeigen, dass ein Hantieren mit diesen Materialien den Zugang zum Langzeitgedächtnis, durch Rückerinnerungen und sensorischer Stimulation, fördern (vgl. Judge / Camp / Orsulic-Jeras, 2000).

Diese Art der Arbeit bietet sich besonders für Betroffene an, die bereits ziemliche Beeinträchtigungen ihrer kognitiven Fähigkeiten aufweisen.

Ein Beispiel der individuellen Aktivität ist „Bilder sortieren“.

Dem Alzheimerpatienten werden Bilder zweier eindeutiger Kategorien gezeigt, wie z. B. „Objekte, die eindeutig Männer machen wie Naturobjekte“. Die Bilder sollen in ihre dazugehörigen Kategorien sortiert werden.

Für diejenigen, die Probleme mit abstrakten Eigenschaften haben, können andere Kategorien wie z.B. „weiblich oder männlich“, „Erwachsener oder Kind“ oder „Pflanze oder Tier“ gewählt werden.

Diese Aktivitäten können auf die jeweiligen Vorlieben der Patienten zugeschnitten werden wie Interesse an Sport, Fernsehen, Spiritualität, Natur, Familie und vieles mehr.

Auch wenn die Implementierung eines individuellen Programmes in Pflegeheimen schwierig erscheint, sie ist durchaus machbar und praktikabel.

Diese Beschäftigung kann in jeder Umgebung umgesetzt werden, weil die Materialien direkt vor den jeweiligen Patienten platziert werden. Nur das Pflegepersonal sollte mit anwesend sein, um bei Bedarf Hilfe anzubieten.

Auch die Hilfe untereinander ist möglicherweise, solange der Krankheitsverlauf der Beteiligten das zulässt (vgl. Orsulic-Jeras et al., 2001).

5.3.3 Gruppenprogramme

Viele Lese- bzw. Diskussionsgruppen gestalten sich für Alzheimerpatienten schwierig, da sie einer erhöhten Aufmerksamkeit und Konzentration erfordern, und ebenso das Verständnis gegenüber der Aufgabe voraussetzen. Oftmals schlafen Patienten dabei ein oder entscheiden sich gegen diese Art von Aktivität, aufgrund ihres Unvermögens die vorgebrachten Informationen des Gruppenleiters zu behalten oder deren Verlauf zu folgen (vgl. Stevens et al., 1998).

Im Folgenden sollen einige Beispiele vorgestellt werden, in denen eine Anwendbarkeit möglich ist.

5.3.3.1 Memory Bingo

Memory Bingo ist eine auf Montessori basierende Gruppenaktivität. Entworfen für Betroffene mit unterschiedlichen Stadien der Demenz (vgl. Camp, 1999a).

Der Gruppenleiter hält eine Karte in die Höhe, mit einem unvollständigen Satz darauf für jeden einzusehen, wie z.B. „Ich nenne dich...“. Der Teilnehmer hat vier Karten vor sich, jede mit einem unterschiedlichen Wort darauf.

Nachdem die Patienten den Satz vervollständigen, überprüfen sie, ob sie das fehlende Wort auf einer ihrer vier Karten haben. Wenn jemand dieses Wort findet, dreht er die Karte um. Sind alle vier Karten umgedreht, gewinnt derjenige das Bingospiel.

Nachdem sich das Vorgehen nicht verändert, lernt der Teilnehmer nach einigen Spielen die Regeln und erinnert sich von Mal zu Mal besser.

Memory Bingo kann den unterschiedlichen kognitiven Fähigkeiten der Patienten angepasst werden (vgl. Orsulic-Jeras et al., 2001).

5.3.3.2 Gruppenleiter

Alzheimerpatienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz können ihre sozialen Bedürfnisse unter anderem durch die Teilnahme an Gruppenaktivitäten wie z.B. „Memory Bingo“ erfüllen.

Sie könne ebenso als Gruppenleiter eingesetzt werden. Eine sinnvolle Aufgabe zu erfüllen kann ihnen helfen, Angst und Unruhe zu reduzieren sowie Selbstachtung und Wertschätzung dadurch zu gewinnen.

Es ist wichtig sich vor Augen zu halten, dass Alzheimerbetroffene nicht das Bedürfnis an Wertschätzung und sozialer Integration verloren haben, es fällt ihnen nur um einiges schwerer dies auch zu kommunizieren. Durch solche Aktivitäten können sie ihre sozialen Beziehungen wieder pflegen (vgl. Orsulic-Jeras et al., 2001).

Skrajner et al. (2007) suchten nach Möglichkeiten, Alzheimerpatienten im frühen Stadium diesbezüglich zu fördern, um die Leitung von auf Montessori basierenden Aktivitäten mit Patienten in fortgeschritteneren Stadien übernehmen zu können.

Nach seinen Ergebnisse führt die Leitung von Aktivitäten wie „Memory Bingo“ zu einer höheren Zufriedenheit, Konstruktivität und Freude der Teilnehmer. Auch die ernannten Gruppenleiter zeigten durch die gestellte Aufgabe eine große Zufriedenheit in ihrer Rolle.

Durch die spielerische Situation ergeben sich viele Möglichkeiten die Stärken der Teilnehmer herauszuarbeiten und zu nutzen. Der Versuchs- und Fehlerprozess basierend auf den Ideen von Montessori, sollte täglich genutzt werden, um die Unabhängigkeit der Teilnehmer zu erreichen und neue Möglichkeiten zu offerieren, verschiedene soziale Rollen übernehmen zu können (vgl. Skrajner, 2007).

5.4 Anwendungsbeispiele anhand der 5 Materialgruppen

5.4.1 Die Übungen des praktischen Lebens

Das Training der Motorik führt durch eine logische Handlungsfolge zunächst zu Konzentration, dann zu logischem Denken.

Die Übungen der jungen Kinder sind denen der Alzheimerpatienten oft sehr ähnlich.

Sie unterscheiden sich jedoch durch den Motivationsfaktor, der sie zu diesen Übungen greifen lässt.

Das bedeutet, dass ein Kind aus der Freude an der Wiederholung heraus handelt.

Alzheimerpatienten wollen mit der gleichen Übung etwas Bestimmtes erreichen. Sie wollen bspw. den Tremor ihrer Hände besser kontrollieren lernen.

In der Umsetzung bedeutet das, dass sie das Material benutzen, um definierte Ziele zu erreichen.

5.4.2 Sinnesmaterial

Mit Sinnesmaterial wird jeweils ein Sinn isoliert angesprochen.

Dem jungen Kind hilft dieses Material zu Klarheit, es lernt, aus diesem Material gewonnene Erkenntnisse in der Umwelt wieder zu finden.

Alzheimerpatienten haben diese Erfahrungen bereits gemacht. Für sie ist die Isolation der Eindrücke wieder aufs Neue bedeutsam. Sie hilft den Betroffenen aus der Alltagsroutine heraus, einzelne Empfindungen hervorzuheben und diese mit alten oder neuen Erinnerungen in Verbindung zu bringen.



Abb. 7: Montessori-Based Activities for Persons with Dementia (übernommen von Camp, 1999, S. 59)

5.4.3 Mathematikmaterial

Das junge Kind er- und begreift Mengenangaben, versteht durch den Umgang mit konkreten Mengen mathematische Vorgänge und entwickelt langsam ein Verständnis der Abstraktion.

Alzheimerpatienten sind zwar mit Rechenvorgängen vertraut und haben klare Vorstellungen darüber, dafür liegt ihr Problem oft in der Merkfähigkeit, bedingt durch die Eibußen im Kurzzeitgedächtnis.

Hier bietet das Montessori-Mathematik-Material wiederum eine ideale Hilfe. Damit kann geduldig trainiert werden, wobei nicht nur die Merkfähigkeit, sondern auch die Feinmotorik geschult werden.



Abb. 8 und Abb. 9: Montessori-Based Activities for Persons with Dementia (übernommen von Camp, 1999, S.9)

5.4.4 Sprachmaterial

Das Kind erfährt durch das Sprachmaterial zuerst mit seinen Fingern, dann mit den Augen, um die Schriftsprache aufzunehmen. Es erlebt Grammatik und lernt mit Sprache bewusst umzugehen.

Alzheimerpatienten können oder konnten bereits mit Sprache umgehen. Durch die Materialien erleben sie Sprache über vielfältige Spiele neu und werden angeregt sich damit wieder auseinanderzusetzen, bspw. zum Schönschreiben, zu alten Schriften, oder auch zu Fremdsprachen. Das fördert wiederum Geist und Motorik.

5.4.5 Kosmische Erziehung

Die kosmische Erziehung setzt Kenntnisse in allen anderen Bereichen voraus und erschließt damit Zusammenhänge des ganzen Kosmos, der individuellen Lebenswelt. Kinder können selbstbewusst mit Lupe und Mikroskop ihre Umwelt erkunden.

Alzheimerpatienten nutzen vielleicht auch die Lupe, um die Umwelt genauer und vor allem kritisch zu betrachten.

Ein immenser Erfahrungsschatz kann regen Gedankenaustausch auslösen, vielleicht auch handwerkliche oder künstlerische Arbeiten hervorbringen, der zum Gewinn aller Beteiligten beisteuert.



Abb. 10 u. Abb. 11: Montessori-Based Activities for Persons with Dementia (Camp, 1999, S.70 u. S. 58)

Montessoris Ansatz erschließt jedem die Welt auf eine neugierige Weise, da mit ihnen die Zusammenhänge des Lebens erschlossen werden können. Durch die vorbereitete Umgebung können Alzheimerbetroffene Schritt für Schritt lernen ihre individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu nutzen, um sich mit ihrer Umwelt auseinanderzusetzen.

Selbständig zu sein bzw. selbstbewusst und eigenverantwortlich handeln zu können war für die Alzheimerpatienten selbstverständlicher Alltag, bevor sie erkrankten.

Die Anwendung der Montessori-Pädagogik bieten ihnen Möglichkeiten, dies für sich auf eine neue Weise wiederzubeleben. Viele Patienten finden einen Weg aus der Eintönigkeit und Einsamkeit des Krankheitsalltages heraus, indem sie alte Fähigkeiten reaktivieren oder sogar neue Fähigkeiten erlernen.

Das Leben wird dadurch als besser und positiver empfunden (vgl. Mattern, 2004; Camp, 1999).

5.5 Medikamentenreduktion

Abschließend sei das Thema der sedierenden Medikamente in der Betreuung von Alzheimerpatienten zu benennen.

Die Reduktion einer medikamenteninduzierten Behandlung kann durch die verbesserte Interaktionen zwischen Patienten und Pflegepersonen gefördert werden.

Eine vorbereitete Umgebung und die Anwendung der Montessori Ansätze helfen wesentlich dabei.

Diese Art von Interventionen bedarf einer persönlich angepassten Betreuung, wobei der Focus im Speziellen auf die Bedürfnisse und Vorlieben der Alzheimerpatienten gerichtet sein sollte.

Medikamentenreduktionen können die kognitiven Möglichkeiten, Reaktionen und Ausführungen von Aktivitäten des täglichen Lebens steigern und das Selbstwertgefühl der Menschen fördern.

Gleichzeitig können Unruhe und psychotische Symptome gemildert werden.

Um dieses Vorhaben erfolgreich durchführen zu können müssen primär eine Anzahl von Fragen geklärt werden:

- Welches Ziel hat diese Art der Behandlung?
- Wer oder was muss behandelt bzw. verändert werden?
- Wessen Probleme müssen bearbeitet werden?
- Wessen Realität muss betrachtet werden?
- Wessen Bedürfnisse und Vorlieben haben Vorrang?

Es ist wichtig das Ziel vor Augen zu haben wenn man einen derartigen Schritt an Veränderung in der Behandlung von Alzheimerkranken gehen will. Interessenskonflikte können dabei auch hervorgerufen werden.

Das kann bspw. sein, dass es durch die Aufmerksamkeitssteigerung zu einem Bewusstwerden auch unangenehmer Ereignisse kommt. Oder das Verständnis zur Realität, befindet sich in einem Konflikt damit, dem Patienten ein angenehmes Gefühl zu vermitteln (vgl. .Mittelmann et al., 1993).

Auch wenn Autonomie und Selbstbestimmung wichtige Themen sind, so müssen manchmal auch Kompromisse geschlossen werden, um das Wohl der Patienten zu garantieren, bspw. wenn es darum geht Schmerzen oder Infektionen zu vermeiden.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Medikamentenreduktion ist das Kommunikationstraining.

Obgleich die Möglichkeiten von Alzheimerbetroffenen verbal zu kommunizieren im Laufe der Erkrankung abnehmen, gilt es die Kommunikation aufrechtzuerhalten und zu fördern, um deren Lebensqualität zu erhalten und Lebensperspektive besser zu verstehen. Pflegepersonen müssen diesbezüglich geschult werden, lernend zu beobachten,

zuzuhören, zu sprechen, gezielte Fragen zu stellen und andere Möglichkeiten anzubieten, um die Kommunikationsbereitschaft zu stärken (vgl. Small et al., 2003).

Zusätzlich ist eine positive Umgangsform der Pflegeperson mit dem Alzheimerpatienten unumgänglich, um das Ziel einer Medikamentenreduktion zu erreichen.

Dies drückt sich in einem respektvollen, empathischen Gegenübertreten und dem Willen aus, die Autonomie des Betroffenen erhalten zu wollen und insofern Mitgefühl zu zeigen, indem flexibel auf die Art der Betreuung und der Gestaltung seines Umfeldes eingegangen wird.

Das Ziel der Betreuung muss daher darauf ausgerichtet sein, den Focus auf unausgesprochene Bedürfnisse zu richten. Es wurde sogar in Erfahrungsberichten bestätigt, dass eine gezielte Schmerzreduktion unangepasste Verhaltensmuster reduziert und dadurch ein Absetzen von Psychopharmaka erlaubt (vgl. Cohen-Mansfield et al., 1996).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass trotz defizitären Forschungsbeweisen eine Berücksichtigung des persönlichen Wohlbefindens und ein effizientes Angebot an sinnvollen Aktivitäten, basierend auf den Ansätzen von *Montessori* eine weitgehende Annäherung an eine Reduzierung von Medikamenten erfolgversprechend scheint (vgl. Cohen-Mansfield et al., 1996).

6 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Heute gilt in den USA die Implementierung der Ansätze Montessori's in der Pflege von Alzheimerkranken als selbstverständlicher Bestandteil des täglichen Lebens. Dies ist in zahlreichen Studien dokumentiert.

Orsulic-Jeras et al. vom Meyers Research Institute publizierten eine Studie aus dem Jahre 2001, aus der hervorgeht, dass die Anwendung sinnvoller Beschäftigungen (damit sind an Montessori's Erkenntnisse angelehnte Tätigkeiten gemeint), die bei den Bewohnern zur Entwicklung eines aktiven, hilfsbereiten Mitgliedes der Pflegeeinrichtung beiträgt, deren Lebensqualität verbessert, die Selbständigkeit erhöht und den Lebenswillen steigert (vgl. Standing, 1957).

Konkret bedeutet das, dass die Bewohner gemäß ihres Stadiums der Erkrankung zu Tätigkeiten des täglichen Lebens herangezogen werden, um sich aktiv in der Gemeinschaft mit ihren Fähigkeiten zu integrieren.

Durch die Erfahrungen in einer veränderten Umgebung und dem Erwerb alter und neuer Fähigkeiten, in denen sie ihre Geschicklichkeit und Kenntnisse unter Beweis stellen steigert sich ihre persönliche Wertschätzung (vgl. Standing, 1957).

Eine der größten Studien, zusammengesetzt aus fünf Teilstudien, im Bereich der Betreuung von Patienten mit Alzheimererkrankungen wurde in den Jahren 2005 – 2006 von *Boyle* publiziert, um evidence-based Richtlinien, betreffend oben genannter Patienten unter Einbeziehung von Montessori's Theorie, zu veröffentlichen (vgl. Boyle et al., 2006).

Diese bestätigen, dass bessere Ergebnisse unter Einbeziehung der Montessori's Aktivitäten auf kognitiver Ebene erzielt werden konnten als mit herkömmlichen „Routinetätigkeiten“. Unter Einbeziehung sowohl direkter als auch indirekter Interventionen der täglichen Aufgaben steigerte sich deren Motivation und Lebenszufriedenheit.

Dabei wurde auf fünf Hauptfragen detailliert eingegangen (vgl. Boyle et al., 2006):

1. Welche Patientengruppe erreicht die auf Montessori basierenden Tätigkeiten hauptsächlich?

- Personen mit Beeinträchtigungen des episodischen Gedächtnisses, die jedoch noch in der Lage sind, motorische Fertigkeiten durchführen zu können, einigermaßen verbal zu kommunizieren, soziale Kompetenz besitzen und nicht körperlich aggressiv sind.
 - Personen mit leichter bis mittelgradiger Demenz und der Fähigkeit, die Aktivitäten kognitiv aufnehmen und daran teilhaben zu können.
 - Personen, deren Hör- und Sehvermögen erhalten blieben, dies beinhaltet ebenso sensorische Fähigkeiten und Lesen.
2. Woraus setzen sich diese Tätigkeiten zusammen?
- Vor allem durch Tätigkeiten des täglichen Lebens
3. Welche Erfolge erzielt man damit?
- Die Teilnahme und steigende Verpflichtung an den täglichen Aktivitäten
 - Die Verbesserung an Unabhängigkeit
 - Verbesserung positiver Aspekte und Reduktion negativer Erfahrungen
4. Was sind die Schlüsselmethoden bei der Implementierung dieser Interventionen?
- Aufgliederung der Aktivitäten in einzelne Schwierigkeitsstufen um auf den aktuellen Leistungsstand jedes einzelnen eingehen zu können.
 - Dadurch wird Überforderung vermieden und das Selbstwertgefühl durch positive Erfolge gestärkt.
5. Beinhalten diese Studien gemeinsame klinisch anwendbare Trends in denen Montessori's Methoden integriert sind?
- Genaue Dokumentation über die Frequenz und zumutbare Dauer der einzelnen Aktivitäten um befriedigende Ergebnisse zu erzielen.
 - Vergleich zwischen Einzel- und Gruppenaktivitäten
 - Erfolgsvergleich bei Angeboten durch das Personal und Familienmitglieder
 - Vergleiche einzelner Komponenten wie: kognitive Funktion, soziale Interaktion, Verbundenheit mit der Tätigkeit
 - Ergebnisvergleich von Personen unterschiedlicher Art von Demenz

Eine weitere Studie, durchgeführt von *Schröder* (2006) belegt, wie umfassend der verantwortliche Mitarbeiter an der Gestaltung der Situation beteiligt sein muss.

Gerade angesichts begrenzter personeller Möglichkeiten in der Altenpflege, stellt sich die Frage, wie viel Zeitaufwand die Schulung der Mitarbeiter erfordert und inwieweit dies angesichts der vorherrschenden personellen Ressourcen umsetzbar ist, um eine Steigerung der Lebensqualität zu erzielen.

Er kam zu dem klaren Ergebnis, dass die Förderung der Lebensqualität durch Schaffung positiver Anregungsmöglichkeiten nach *Montessori* nicht nur erwartungsgemäß positive Reaktionen der Interventionsgruppenteilnehmer zur Folge hat. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe zeigte sich bei den Alzheimerbetroffene die Bedeutung individuenzentrierter Zuwendung und Kommunikation als wesentliches Element, hin zu einer positiven Veränderung der Lebensqualität (vgl. Schröder, 2006).

Cohen-Mansfield (2005) publizierte in einer Studie über nicht-pharmakologische Interventionen bei Alzheimerpatienten, dass agitiertes Verhalten vor allem auf Schmerz, nicht erfüllte soziale Bedürfnisse und ein allgemeines Unwohlsein zurückzuführen sei. Daher müsste anstatt einer medikamentösen Intervention vor allem eine intensivere Auseinandersetzung mit dem Betroffenen stattfinden, um eine Verbesserung des Verhaltens und der Lebenssituation erzielen zu können (vgl. Cohen-Mansfield. 2005).

Vance und *Porter* (2000) publizierten einen Vergleich, wobei Alzheimerpatienten je 3 Monate lange mit Aktivitäten basierend auf *Montessori's* Denkansätzen und mit ursprünglich in Verwendung stehenden Aktivierungsprogrammen in Pflegeeinrichtungen konfrontiert wurden, die genauer vorgestellt werden sollen.

Die Studie erforscht die Effektivität einer neuen Form kognitiver Interventionen, um Alzheimerpatienten zu helfen. Der Impuls dieser Studie basierte auf der Annahme, dass von zwei Faktoren kognitiver Veränderungen von Bedeutung sind.

Der eine Aspekt ist die Möglichkeit der „Nervenverformbarkeit“ im Gehirn eines Erwachsenen. Geschlussfolgert wurde dies durch die Beobachtung an ausgewachsene, alte Ratten, die in einer angereicherten Umgebung neue Dendritenverästelungen bildeten. Daraus wurde geschlussfolgert, dass auch ein altes Gehirn die Fähigkeit besitzt, sich selbst

neu zu verformen, unter dem Aspekt, dass es neuen Anregungen ausgesetzt ist (vgl. Vance / Porter, 2000; Diamond et al., 1964).

Der zweite Aspekt liegt in der Gestaltung von Interventionen, um eine Umkehr in der kognitiven Individualentwicklung bei Alzheimerpatienten zu bewirken. Damit ist angelehnt an *Piaget*, dass jene kognitiven Entwicklungen der frühesten Kindheit bei Alzheimerpatienten auch am spätesten verloren gehen (vgl. Vance / Porter, 2000).

Daraus folgernd müssten die Anwendungen der neuen Methoden und Materialien bei Alzheimerpatienten dazu beitragen, ihre kognitiven Fähigkeiten zu erhalten bzw. neu zu entdecken.

Belegt wird das dadurch, dass Organismen, die stimuliert werden und einen neuen sensorischen Input erhalten, morphologische Veränderungen im Gehirn aufweisen. *Diamond* (1993) erforschte den Umfang, in dem das Gehirn ausgewachsener Ratten aufgrund drei verschiedener Arten sensorischer und sozialer Umgebungen beeinflusst wurde.

Da Rattenhirne mit Menschenhirnen vergleichbar sind, kann man den Zusammenhang einer dickeren Cortex in Verbindung mit der Zunahme an kognitiven Fähigkeiten genauer betrachten. Es zeichnet sich eindeutig ab, dass Alzheimererkrankte größere Chancen haben, ihre kognitiven Fähigkeiten aufrecht zu erhalten, wenn sie aktiv und engagiert in ihrem Umfeld leben.

Unterstützt wird diese Behauptung in den vorgestellten Studien von *Geddes* und *Cotman* (1991) und *Scheff* (1991), die dies über Dendridenverästelung bei Erwachsenen mit Alzheimer nachweisen konnten. *Mattson* (1991) äußerte diesbezüglich insofern einen Vorbehalt, als zu hohe Stufen einer Aktivierung kontraproduktive Auswirkungen auf die Entwicklung neurofibrilärer Vernetzung haben könnten.

Andere Studien wiederum verzeichneten Erfolge nach maßvoller Stimulation der Aktivität, wie z. B. mit Musik und Tieren (vgl. Vance / Porter, 2000).

Lord und *Garner* (1993) teilten Alzheimer-Patienten in drei Gruppen:

Eine Gruppe hörte Musik, eine andere Gruppe machte Puzzles und die dritte Gruppe nahm an „Standard-Programmen“ wie Zeichnen und Malen teil.

Nach sechs Monaten täglicher Durchführung zeigte sich, dass die Teilnehmer von Gruppe eins glücklicher und aufmerksamer waren und sich weitaus mehr an Ereignisse aus ihrer Vergangenheit erinnern konnten als die Patienten der anderen zwei Gruppen.

Beobachtungen zufolge verlieren Alzheimerpatienten zunehmend ihre kognitiven Fähigkeiten, bezüglich ihrer allgemeinen und konkreten Handlungen, wodurch sie sich auf einen frühkindlichen Entwicklungsstand zurück entwickeln (vgl. Constantinidis et al., 1978).

Dieses Verfallmuster wird durch einen Verlust an abstrakten Begründungen und dem Verlust einer Beständigkeit gegenüber Objekten, bis letztendlich zu einem Verlust der Selbsterkennung beobachtet (vgl. Biringer / Anderson, 1992; Grewal, 1994).

Diese kognitive Beeinträchtigung bei Alzheimerpatienten kann effektiv durch den Gebrauch von Piagetian's Testverfahren gemessen werden (vgl. Auer et al., 1994; Sclan et al., 1990; Thornbury, 1992).

Wenn man im Kontext die Plastizität und die Stimulationsdaten betrachtet, verspricht diese Umkehr der menschlichen Entwicklung, dass Alzheimerpatienten vorrangig ihre stärker verzweigten Nervengeflechte verlieren, im Gegensatz zu den weniger verzweigten. Dies steht in einem kausalen Zusammenhang zu den Anregungen in ihrer direkten Umgebung, wenn diese nicht optimale Stimulation bietet, um diese Funktion zu erhalten.

Wenn dies der Fall ist, wäre eine optimale Aktivierung der zur Verfügung stehenden kognitiven Fähigkeiten erfolgversprechend, um diese zu erhalten und zu fördern.

Die Montessori Methode bietet entsprechende Aktivitätsangebote. Aufgaben können derart angepasst werden, um optimale Stimulation für Alzheimerpatienten zu schaffen.

Nach *Vance, Camp, Kabacoff* und *Greenwalt* (1996) sind dabei drei Aspekte hervorzuheben:

1. Viele der Aufgaben beinhalten Aktivitäten des täglichen Lebens. Diese findet man tief verwurzelt in älteren Kindern und Erwachsenen als prozedurale Fertigkeiten. Für Erwachsene mit Alzheimer sind diese Fertigkeiten resistenter gegen die Erkrankung als andere kognitiven Fertigkeiten, wie das semantische und das explizite Gedächtnis (vgl. Vance / Porter, 2000).

2. Viele Montessori-Aufgaben, auch die, die nicht das tägliche Leben betreffen, können in verschiedene Schwierigkeitsstufen aufgegliedert werden. Sind die Fähigkeiten des jeweiligen Alzheimerpatienten bekannt, kann eine individuell angepasste und optimale Schwierigkeitsstufe gewählt werden (vgl. Vance / Porter, 2000).
3. Der Verlust kognitiver Fähigkeiten bei Alzheimererkrankten geht mit einem Rückzug der kommunikativen Fähigkeiten einher. Dies steht im Zusammenhang von Kognition und Sprache und ihrer gemeinsamen neuralen Substrate im Temporallappen.

Da die meisten Montessori-Aufgaben nonverbaler Natur sind, bedeuten diese Aufgaben eine ideale Stimulation, besonders für Patienten im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung.

Vance und Porter (2000) erhielten ihre Ergebnisse aus 22 Tests, die zu drei verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden. Mit Hilfe dieser Auswertungen konnten Vergleiche vor und nach den Interventionen mit den „Montessori-Gruppen“ und den „Kontrollgruppen“ gezogen werden. Das Endergebnis reflektiert eindeutig einen generellen Erfolg bei der Montessori-Gruppe verglichen mit der Kontrollgruppe.

Das befürwortet deren Annahme, dass es durch die Verwendung von Montessori-Materialien zu einer Verbesserung der kognitiven Funktionen bei Alzheimererkrankten kommt.

Ebenso wird von ihnen betont, dass diese Gewinne die Verformbarkeit des menschlichen Gehirnes bei Alzheimerpatienten widerspiegelt und eine konsequente Möglichkeit aufzeigt, deren kognitiven Fähigkeiten durch individuell angepasste Aktivitäten zu fördern.

Diese Annahme bestätigen noch weitere Studien. *Paire et al.* (1984) entdeckte Verbesserungen bei gerontopsychiatrischen Patienten durch Verbesserung ihrer sensorischen Stimulation. *Ernst et al.* (1978) erforschten Gewinne in sozialen, emotionalen und physischen Bereichen nach Anwendung sensorischer Stimulation bei Patienten mit chronischen Hirnerkrankungen und *Lord und Garner* (1993) untersuchten Musik als therapeutische Möglichkeit.

7 Fazit

Die pflegerische Arbeit mithilfe der Ansätze von Montessori ist ein Pflegeansatz, der vor allem auf körperlich, kognitiver Ebene stattfindet. Die Methode basiert darauf, den Alzheimererkrankten aktiv in den Alltag und ihr Lebensumfeld zu involvieren und integrieren. Mit dem Ziel dessen Lebensqualität zu steigern.

Wenn Pflegepersonen bzw. Familienmitglieder sich um Alzheimerpatienten kümmern, bietet das Montessori Programm einen pädagogischen Ansatz, um den Betroffenen auf einer neuen und individuenzentrierten Ebene begegnen zu können.

Es gilt die Ressourcen und Fähigkeiten der Erkrankten wahrzunehmen und zu fördern.

Mit der Diagnose Alzheimer/Demenz, muss realisiert werden, dass sich im Laufe des Krankheitsprozesses die Lebensqualität verringert.

Dies betrifft nicht nur den Betroffenen selbst, sondern ebenso dessen Familie und Pflegende.

Die Pflege unter Einbeziehung der Montessori Pädagogik wäre möglicherweise ein geeigneter Weg, die Lebensqualität länger zu erhalten und den Aktivitäten des täglichen Lebens mehr Sinn und Wert zu verleihen.

In der Montessori Methode sind mehrere Ansätze von Vorteil, was die Arbeit mit Alzheimerpatienten betrifft:

1. Die Aufgaben sind so gestaltet, dass sie in einzelne Schritte aufgeteilt werden können und so an die jeweiligen Fähigkeiten der Patienten angepasst werden können, um in jeder Stufe ein Erfolgserlebnis zu ermöglichen. Dadurch wird die Motivation erhöht.
2. Die Aufgaben bauen sich vom Konkreten zum Abstrakten auf, somit sprechen sie zuerst die Sinne und erst in weiterer Folge das Gedächtnis an. Dies scheint für Patienten, die allmählich ihr Gedächtnis verlieren, hilfreich und stressfrei zu sein.
3. Die Aufgaben sind veränderbar, basierend auf der Tatsache, dass die Betroffenen während der Arbeit lernen.
4. Die Aufgaben sind so gestaltet, dass die Schwierigkeiten des Grundkonzepts des Lernens vermieden werden. So erhält der Patient zum Beispiel einen Turm an rosafärbigen Würfeln in ansteigender Größe. Die Würfel haben alle die gleiche

Farbe, um sein Augenmerk lediglich auf die Größe zu richten und nicht durch unterschiedliche Farben zu irritieren.

5. Die Aufgaben beinhalten eine selbständige Fehlerkontrolle.
6. Die Aufgaben heben die Realität hervor. Dies ähnelt dem Ansatz der „an Realität orientierten Therapie“, die versucht, die Personen in ihre Umgebung zu integrieren, indem ihnen gegenwärtige Aktivitäten bewusst gemacht werden.
7. Die Aufgaben sprechen alle Sinne an. Die Materialien sind farbenfroh damit eine visuelle Unterscheidung leicht fällt.

Die meisten Materialien bestehen aus Holz und sind angenehm zu berühren. Manche Aufgaben haben sogar eine sensorische Komponente bei der der Lernende Gegenstände nach Geräusch, Gefühl oder Farbton zu sortieren hat.

8. Die Implementierung der Aufgaben in den Alltag von Betreuungseinrichtungen mit Alzheimererkrankten ist unkompliziert.

Die Demenzforschung zeigt, dass zwischen den hirnpathologischen Veränderungen und den krankheitsspezifischen Verhaltensweisen bei Alzheimerbetroffenen ein Zusammenhang besteht. Diese lassen sich hinsichtlich des Forschungsstandes bewusst durch kognitive Lernprozesse verbessern.

Montessori's Ansätze und deren Methodik stellen den Menschen in seinem Bezug zur Umwelt stets in den Mittelpunkt, unabhängig von seinem Alter, seinem Geschlecht und seiner Erkrankung.

Geht man nun davon aus, dass bei Alzheimerpatienten vor allem das prozedurale Gedächtnis von der Erkrankung vorerst verschont bleibt und die Methodik von Montessori auf gerade diesem Gedächtnis basiert, muss von einem positiven Ergebnis ausgegangen werden.

Werden ebenso die ethischen Aspekte berücksichtigt, einen Alzheimerbetroffenen nicht als Kind, sondern seine hirnpfysiologischen Veränderungen im Kontext seiner Fähigkeiten und seiner Individualität zu betrachten, scheint die Anwendung der Montessori Methode eine bereichernde Ergänzung zu bestehenden Pflegemaßnahmen.

Unter der Betrachtung von Erfahrungsberichten und Studienergebnissen führt die Implementierung dieser Denkweise in die tägliche Pflegeroutine zu einer eindeutigen Verbesserung der Lebensqualität. Ebenso kann damit die Selbstständigkeit der Betroffenen erhalten und gefördert werden.

Dies äußerte sich nicht nur in einer Verbesserung kognitiver, motorischer, sensorischer und psychischer Eigenschaften, sondern auch in den kommunikativeren Fähigkeiten, wodurch die Lebensqualität wesentlich verbessert wird.

Ein weiterer Aspekt ist der Umgang und die Zufriedenheit des Pflegepersonales bei der Integration pflegerelevanter Tätigkeiten auf der Basis der Montessori Methode.

Dabei zeigen sich positiv Veränderungen beim Pflegepersonal, um einen veränderten Umgang in der Pflegesituation zu erzielen.

Der dadurch erzielte Gewinn für die Betroffenen wie auch für das Pflegepersonal ist von Bedeutung. Das Personal ist motiviert, individuelle Betreuungsprogramme aktiv mitzugestalten. Die Orientierung an den Bedürfnissen der Alzheimerpatienten ist eine wesentliche Voraussetzung dafür.

Die Verbesserung auf der kommunikativen Ebene trägt entscheidend dazu bei und ermöglicht eine intensivere Beziehung der Betreuer zu den Patienten.

Bei den Familienangehörigen, die in die Pflege ihrer Angehörigen mit Hilfe von Montessori's Ansätzen integriert wurden, zeigen sich ebenso positive Veränderungen. Die Besuche und vor allem die Beziehungsebene werden nachhaltig als sinnvoll und wertvoll empfunden. Das fördert einen positiven und intensiven Bindungsaufbau, der wichtig für Alzheimerpatienten ist.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es unter Berücksichtigung des persönlichen Wohlbefindens der Patienten und einem effizienten Angebot an sinnvollen Aktivitäten, erweitert um die Angebote aus der Montessori Pädagogik, eindeutige Verbesserungen bei Alzheimerpatienten zu erzielen sind. Deren Lebensqualität wird durch das Erkennen und Integrieren ihrer Ressourcen und Fähigkeiten entscheidend positiv geprägt.

8 Ausblick

Wie schon zuvor erwähnt, eröffnet sich jetzt und in den nächsten Jahren ein enorm großer Bereich, worin professionelle Pflege immer wichtiger wird.

Durch die demographischen Veränderungen wird mit einer steigenden Zahl an Alzheimererkrankungen gerechnet, was Auswirkungen auf den Pflegebereich haben wird.

Diese Tatsache sollte sich jedoch nicht negativ behaftet auf die Pflegeberufe auswirken oder deren Motivation vermindern.

Neue Handlungsansätze können dazu beitragen den pflegerischen Horizont zu erweitern und die Pflegequalität und Pflegequantität zu verbessern.

Aus den USA wurden bereits Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien zur Implementierung von Montessori's Ansätzen in der Pflege von Alzheimerpatienten vorgestellt. In Österreich steht dies noch aus.

Auch wenn in einigen Pflegeeinrichtungen schon Tendenzen in diese Richtung erkennbar sind, wäre eine wissenschaftlich fundierte Forschung zu diesem Thema sinnvoll und notwendig.

Die vorliegende Arbeit hat dazu beigetragen die Relevanz der Auseinandersetzung hervorzuheben.

Abschließend sei zu erwähnen, dass die Pflege in Österreich EU-weit ein qualitativ hohes Niveau aufzuweisen hat. Dennoch ist es unsere Aufgabe, sich nicht auf diesem auszuruhen sondern offen zu sein neue Wege zu gehen, sich den demographischen Veränderungen anzupassen und den Stellenwert der Pflege ständig zu verbessern.

Somit ist jegliche Erweiterung des pflegerischen Ansatzes, hinsichtlich einer qualitativ hochwertigeren Pflege nicht nur auf wissenschaftlicher, sondern vor allem auf humaner Ebene zu ermöglichen, bei Alzheimererkrankten die Lebensqualität erhöhen zu können

9 Literaturverzeichnis

Alzheimer Europe (Hrsg.).(2005). Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten. (2. Auflage). Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag

Ballard, C.G.; Saad, K.; Patel, A. et al. (1995). The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferer. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10: 477-485

Bar, M.; Boggemann, M.; Kaspar R.; Re, S.; Berendonk, C.; Seidl, U.; Kruse, A.& Schroder, J. (2006). Persons with dementia in individual everyday situations. First results of an intervention study in *Gerontol. Geriat.*; Bd. Jun. 39(3); 173 - 182

Beck, C.; Vogelpohl, T.; Rasin, J.; Uriri, J.; O'Sullivan, P.; Walls, R.; Phillips, R.& Baldwin, B. (2002). Effects of Behavioral Interventions on Disruptive Behavior and Affect in Demented Nursing Home Residents in *Nursing Research*; Bd. July/Aug. 51(4); 219 – 228

Becker, N. (2005). Die neurowissenschaftliche Herausforderung in der Pädagogik. Julius Klinkhardt Verlag

Bickel, H. (2004) Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, C.; Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen Thieme-Referenzreihe Neurologie*. Stuttgart und New York: Thieme Verlag

Boetsch, T.; Stübner, S. & Auer, S. (2003). Klinisches Bild, Verlauf und Prognose. In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.-J. (Hrsg.): *Alzheimer-Demenz*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 73-98

Bologna, S.M. & Camp, C.J. (1997). Covert versus overt self-recognition in late stage Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 195-198.

Bourgeois, M.S.; Camp, C.; Rose, M.; White, B.; Malone, M.; Carr, J. & Rovine, M. (2003). A comparison of training strategies to enhance use of external aids by persons with dementia in *Commun Disord.*; Bd. Sep. – Okt. 36(5); 361 - 378

Bower, F.L.; Mc Cullough, CS. & Pilliw, B.L. (2002). Syntheses of research findings regarding Alzheimer's disease: part II, care of people with AK. *Online Journal of Knowledge Syntheses for Nursing*; Bd. Aug. 29; 9(4); 35

Boyle, M. et al.; (2006). Evidence-based practice recommendations for working with individuals with dementia: Montessori-based interventions. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, März 14(1); 15-25

Braak, H. & Braak,(1990) E. Morphologie des Morbus Alzheimer, *Fortschr. Med.* 1990, 108: 621 – 624

Brenner, T.& Brenner, K. (2004). Embracing Montessori methods in dementia care. *Journal of Dementia Care*, Bd. Mai-Juni, 12(3); 24-27

Bruck, L; (2001). Not-for-profit report. Montessori comes to dementia care. *Nursing Homes Long Term Care Management*, Aug. 50(8); S. 33 – 4

Buckbee, C.; (1999). Focus on caregiving. Montessori methods enhance function. *Provider*, Bd. Aug. 25(8); 63, 65, 67

Buijssen, H. (2008). *Demenz und Alzheimer verstehen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Burns, A.; Jacoby, R.; Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. II: Disorders of perception. *British Journal of Psychiatry*, 157: 76-81

Camp, C.J.; Judge, K.S.; Bye, C.A.; Fos, K.M.; et al.; (1997). An intergenerational program for persons with dementia using Montessori methods. *Gerontologist*, Bd. Okt. 37(5); 688 – 692

Camp, C.J., Koss, E., & Judge, K.S. (1999). Cognitive assessment in late stage dementia. In P.A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (pp. 442-467). New York: John Wiley & Sons.

Camp, C.J. (Ed.) (1999a). *Montessori-based activities for persons with dementia: Volume 1*. Beachwood, OH: Menorah Park Press.

Camp, C.J. & Skrajner, M.J.; (2004). Resident-Assisted Montessori Programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *Gerontologist*, Bd. Jun. 44(3); 426 – 431

Camp, C.J.; (1999). *Montessori-Based Activities for Persons with Dementia*, published by Menorah Park Center for Senior Living, Ohio

Walter B. Cannon, W.B. (1975) *Wut, Hunger, Angst und Schmerz : eine Physiologie der Emotionen / aus d. Engl. übers. von Helmut Junker. Hrsg. von Thure von Uexküll, Verfasser: Cannon, Walter B., Verleger: München, Berlin, Wien: Urban und Schwarzenberg , Erste engl. Ausgabe 1915*

Cohen-Mansfield, J. (2005). Nonpharmacological Interventions for Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, Bd. April/June 6(2); 129 – 145

Cohen-Mansfield, J. & Deutsch, L.(1996). Agitation: subtypes and their Mechanisms. *Clin. Neuropsychiatry.*: 1(4): 325-329.

Diamond, M.C., Krech, D. & Rosenzweig, M.R. (1964). The effects of an enriched environment on the histology of the rat cerebral cortex. *Comparative Neurology*, 123, 111-119.

Diehl, J. & Kurz, A. (2002). Therapie der Alzheimer-Krankheit, *Medizinische Monatsschrift für Pharmazeuten*, 1; 8-12

Dierbach, O. (1993). Sozialtherapie mit Alzheimer-Kranken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Duden, Fremdwörterbuch 1999, 238

Eibl-Eibesfeldt, I. (1997). Die Biologie des menschlichen Verhaltens (3., überarbeitete Auflage). München: Piper.

Fischer, E.P. (2002). Die andere Bildung, Ullstein, 18

Fischer, B., Greß-Heister, M. & Heister, E. (1993). Ein komplexes System- Geriatrie/Gerontologie, geriatrisch-gerontologische Rehabilitation und Geriatrisch-gerontologische Prävention, Vless, Ebersberg

Fischer, R.; Heitkämper, P. (2005). Montessori Pädagogik aktuelle und internationale Entwicklungen. Münster: LIT Verlag

Fisgus, C. & Kraft, G. (1994). Hilf mir, es selbst zu tun! Donauwörth: Verlag Ludwig Auer

Förstl, H. (Hrsg.). (2001). Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin: Springer

Ganten, D.; Ruckpaul, K. (2004). Molekularmedizinische Grundlagen von altersspezifischen Erkrankungen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag

Gatterer, G., Oswald, D. & Fleischmann, U. M. (2007). Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alters. Wr. Neudorf, Nürnberg, Erlangen. (2. Auflage). Wien, New-York: Springer

Gauggel, S. und Böcker, M. (2004): Neuropsychologische Grundlagenforschung bei dementiellen Erkrankungen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 17

Gorzelle, G.J.; Kaiser, K. & Camp, C.J. (2003). Montessori-based training makes a difference for home health workers and their clients in *Caring*, Jan. 22(1); 40 –42

Halek, M. und Bartholomeyczik, S. (2006): *Verstehen und Handeln, Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten*. Wittener Schriften, Schlüterscher Verlag

Hallauer, J.F. & Kurz, A. (2002). *Weißbuch Demenz. Versorgungssituation relevanter Demenzerkrankungen in Deutschland*. Stuttgart: Thieme

Hammerer, F. (2002). *Montessori-Pädagogik – ein Weg zu Selbstständigkeit und Kompetenz*. In: *Erziehung und Unterricht*, 152, S. 302-313.

Heiland, H. (1991). *Maria Montessori*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Hellmich, A.; Teigeler, P. (Hrsg.) (2007). *Montessori-, Freinet-, Waldorfpädagogik. Konzeption und aktuelle Praxis*. 5. überarbeitete Aufl., Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Heuser, I. & Angheliescu, I. (2003). *Kognitives Altern und Demenz-Erkrankungen*. Bremen: Uni-Med Verlag

Hinterhuber, H.; Fleischhacker (1997). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Stuttgart: Thieme Verlag

Höwler, E. (2007). *Interaktionen zwischen Pflegenden und Personen mit Demenz. Ein pflegedidaktisches Konzept für Ausbildung und Praxis*. 1. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer

Holtstiege, H. (1977). *Modell Montessori*. Freiburg: Verlag Herder

Holtstiege, H. (1987). *Maria Montessoris Neue Pädagogik: Prinzip Freiheit – Freie Arbeit*. Freiburg: Verlag Herder

Holtstiege, H. (1994). Montessori-Pädagogik und soziale Humanität. Freiburg: Verlag Herder

Hope, T.; Tilling, K.M.; Gedling, K. et al. (1994) The structure of wandering in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 7: 341-345

Judge, K.S., Camp, C.J., & Orsulic-Jeras, S. (2000). Use of Montessori-based activities for clients with dementia in adult day care: Effects on engagement. American Journal of Alzheimer's Disease, 15(1), 42-46.

Jones, I. (1987). Möglichkeiten und Grenzen der Montessori-Pädagogik. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang

Kastner, U. & Löbach, R. (2007). Handbuch Demenz. München: Urban & Fischer Verlag

Keane, B. & Ustick, K. (2003). Montessori principles work for Alzheimer's ... based on an interview in Nursing Homes Long Term Care Management, Jun. 52(6), 58-60.

Kitwood, T. (2004): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 3. erweiterte Aufl., Bern: Hans Huber Verlag

Klein-Landeck, M. (2009). Feie Arbeit bei Maria Montessorie und Peter Peteren. 5. Aufl. Münster: LIT Verlag

Kotier, J. (2006). Die demographische Revolution und die Langlebigkeit. In: Rosenmayr, L. (Hrsg.). Hoffnung Alter. Forschung, Theorie und Praxis. 2. Aufl., Wien: Facultas Verlag

Kovach, C.R. & Schlidt, A.M. (2001). The agitation-activity interface of people with dementia in long-term care. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, 16 (4), 240-246.

Kramer, R. (1983). Maria Montessori. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

Krämer, G. (1993). Alzheimer von A-Z. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Kratochwil, L. (1989). Grundzüge der Pädagogik Maria Montessoris. 2. Teil. In Pädagogische Impulse, Bd. 77/4, 64 – 66.

Kurz, A. (1995). Alzheimer-Patienten erkennen und behandeln. Aktuelles Wissen Hoechst, Reihe Psychiatrie/Neurologie, Frankfurt a. M: Eigenverlag

Lautenbacher, S. & Gauggel, S. (2010). Neuropsychologische Störungen. (2. Auflage). Bamberg, Chemnitz, Berlin: Springer

Lautenschlager, N.; Kurz, A. & Müller, U. Erbliche Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Krankheit. Nervenarzt. 1999; 70: 195-205

Lind, S. (2004). Pflege und Betreuung Demenzkranker. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse. Pflege Impuls, 6 (1+2), 35-42

Lind, Sven. (2007). Demenzkranke Menschen pflegen. (2. Auflage). Bern: Huber

Mahendra, L., Hopper, T., Bayles, K.A.& Azuma, T. (2006). Evidence-based practice recommendations for working with individuals with dementia: Montessori-based interventions in Journal of Medical Speech-Language Pathology. März 14(1), 15-25

Malherbe, J-F, (2005). of solidarity between justice and equity. Long-term care for Older Persons. Sozialministerium Luxemburg. 12.-13-5-2005. Luxexpo Luxemburg

Markowitsch, H.-J.; (1992). Neuropsychologie des Gedächtnisses. Göttingen: Hofgrefe

Markowitsch, H.-J.; Matura, S. & Welzer, H. (2004). Die Entstehung des menschlichen Gedächtnisses. Stuttgart: Klett-Cotta

- Martens, E. (2003). Ich denke, also bin ich. Grundtexte der Philosophie. 3. Aufl., München: Beck Verlag
- Mattern, B. (2004). Montessori für Senioren (2. Auflage). Dortmund: Verlag moderns Lernen
- Matteson, M.A. & Linton, A. (1996) Wandering behaviors in institutionalized persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 22 (9): 39-46
- Matura, S. (2002). Die Entwicklung des autobiographischen Gedächtnisses auf Hirnebene. *Bios*: 15(2), 202-212
- Mayr-Wuksan, A. (1994). Entwicklungspsychologische Aspekte der Montessori-Pädagogik, aus Haberl, H. (1994)
- Melloni, L.; Schwiedrzik, C. M.; Müller, N.; Rodriguez, E. & Singer, W. (2011). Expectations change the signatures and timing of electrophysiological correlates of perceptual awareness. *The Journal of Neuroscience*, 31, 1386-1396
- Meier et al. (2010). Diagnose und Behandlungsleitlinie Demenz. Berlin/Heidelberg/New York: Springer Verlag
- Messer, B. (2007). Pflegeanleitung für Menschen mit Demenz. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
- Mittelman, M.S., Ferris, S.H., Steinberg, G., & Sulman, E. (1993). An intervention that delays institutionalization of Alzheimer's disease patients: treatment of spouse-caregivers. *Gerontologist*.: 33: 730-749
- Montessori, M. (1965). Grundlagen meiner Pädagogik, besorgt und eingeleitet von Prof. Dr. Berthold Michael (1996), Wiesbaden: Quelle & Meyer Verlag

Montessori, M. (1950). *Kinder sind anders*. (18. Auflage Januar 2001). München: Deutscher Taschenbuchverlag

Montessori, M. (1972). *Das kreative Kind*. (Hrsg. und eingeleitet v. Dr. Paul Oswald & Dr. Günter Schulz-Benesch). Freiburg: Herder Verlag

Montessori, M. (1967). *Grundgedanken der Montessori-Pädagogik*. (aus M. Montessori's Schrifttum und Wirkkreis zusammengest. v. Dr. Paul Oswald & Dr. Günter Schulz-Benesch) Freiburg: Herder Verlag

Montessori, M. (1988). *Kosmische Erziehung. Kleine Schriften M. Montessori's*. (Hrsg. und eingeleitet v. Paul Oswald & Günter Schulz-Benesch). Freiburg: Herder Verlag

Montessori, M. (1969). *Die Entdeckung des Kindes*. Freiburg: Herder Verlag

Möller, H.J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.P. (2008). *Psychiatrie und Psychotherapie*, Band 1. 3.Aufl., Heidelberg: Springer Verlag

Orsulic-Jeras, S., Schneider, N. M. & Camp, C.J. (2000). Montessori- based activities for long-term care residents with dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. Sep.16(1), 78 – 91.

Orsulic-Jeras, S.; Schneider, N. M.; Camp, C. J.; Nicholson, P. & Helbig, M. (2001). Montessori-based dementia activities in long-Term care: training and implementation in Activities. *Adaption and Aging*, 25(3/4), 107 – 120.

Orsulic-Jeras, S.; Judge, K. S. & Camp, C.J. (2000). Practice concepts. Montessori-based activities for long-term care residents with advanced dementia: effects on engagement and affect. *Gerontologist*, Feb 40(1), 107 – 111.

Oswald, P. & Schulz-Benesch, G. (1967). *Grundgedanken der Montessori-Pädagogik*. Freiburg: Verlag Herder

Paire, J.A., & Karney, R.J. (1984). The effectiveness of sensory stimulation for geropsychiatric inpatients. *The American Journal of Occupational Therapy*, 38, 505-509.

Pinter, G. (2005). Alterssyndrome. In: Likar, R. et al. (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter*. Wien: Springer Verlag

Poeck, K.; Hacke, W. (2006). *Neurologie*. Heidelberg: Springer Verlag

Pratt Regional Medical Center. (2006). Montessori-based dementia care. *Kans Nurse*, Okt. 81(9), 14.

Pritzel, M.; Brand, M. & Markowitsch, H.J. (2003). *Gehirn und Verhalten*. Heidelberg: Spektrum Verlag

Reimer, J., Thane, K., Wickert, C., & Schulte, B. (2009). Projekt zur Evaluation der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln in Deutschland. Hamburg: Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg.

Reisberg, B. (1988). Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull.* 4 (4), 653 – 9.

Reisberg, B., Franssen, E. H., Souren, L., Auer, S. & Kenowsky, S. (1998). Progression of Alzheimer's disease: variability and consistency: ontogenic models their applicability and relevance. *Journal of neural transmission*, 54, 9 – 20

Reisberg, B., Franssen, E. H., Hasan, S. M., Monteiro, I., Boksay, I., Souren, L., Kenowsky, S., Auer, S., Elahi, S. & Kluger, A. (1999). Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 24 (3), 28 – 36.

Reisberg, B, Franssen, E. H., Souren, L. E. M., Auer, S. R., Akram, I. & Kenowsky, S. (2002). Evidence and mechanisms of Retrogenesis in Alzheimer's and other dementias:

management and treatment import. American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias 17, 1 – 11.

Renneke, S. (2005). Die Pflege dementer Menschen – Eine Studie über Interaktionen zwischen dementen Menschen und Pflegenden. In: Schnell, H.W., Hrsg. (2005). Ethik der Interpersonalität, Hannover: Schütersche Verlagsgesellschaft

Rosenmayr, L. & Böhmer, (2003). Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. In:

Roth, G. (2003). Fühlen, Denken, Handeln (neue, vollständig überarbeitete Ausgabe). Frankfurt am Main: Suhrkamp

Rovner, B.W. & Katz, I.R. (1993). Psychiatric disorders in the nursing home: A selective review of studies related to clinical care. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8: 75-87

Rüdiger, D. (1990). „Montessori-Pädagogik – heute?“. Pädagogische Welt, 44/5, 207 – 210.

Sachweh, S. (2000). „Schätzle hinsitze!“. Kommunikation in der Altenpflege. (2., durchgesehene Auflage). Frankfurt am Main: Peter Lang

Sachweh, S. (2002). „Noch ein Löffelchen?“ effektive Kommunikation in der Altenpflege. Verlag Huber

Schaade, G.; Kubny-Lüke, B. (2005),Hrsg., Demenz. Alzheimer-Erkrankung Idstein: Schulz-Kirchner Verlag

Schmutzler, H. (1991). Fröbel und Montessori. Freiburg: Verlag Herder

Schneider, N. M. & Camp, C.J.(2002). Use of Montessori-based activities by visitors of nursing home residents with dementia. Clinical Gerontologist, 26(1/2), 71 – 84.

Schröder, J. (2006). Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen. *Gerontologie, Geriatrie*. 39, 173-182

Skrajner, M.; Malone, M.; Camp, C.; McGowan, A. & Gorzelle, G. (2007). Research in Practice: Montessori-Based Dementia Programming®. *Alzheimer's Care Quarterly*. Jan./March 8(1), 53 – 64.

Small, J.A., Gutman, K.; Makela, S. & Hillhouse, B. (2003). Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's Disease during activities of daily living. *J Speech Lang Hear Res.*; 46: 353-367

Small, G. W., Rabins, P. V., Barry, P. P., Buckholtz, N. S., DeKosky, S. T., Ferris, S. H., Finkel, S. I., Gwyther, L. P., Khachaturian, Z. S., Lebowitz, B. D., McRae, T. D., Morris, J. C., Oakley, F., Schneider, L. S., Streim, J. E., Sunderland, T., Teri, L. A. & Tune, L. E. (1997). Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. Consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society, *JAMA*, 278 (16), 1363 – 1371.

Standing, E. M. (1957). *Maria Montessori – Leben und Werk*. (Hrsg. Scheid, P.). (Deutsche Ausgabe 2009). Berlin: Lit. Verlag Dr. W. Hopf

Staples, S. (2006). Comprehensive Rehabilitation for older persons with Dementia. *Topics in Geriatric Rehabilitation. Focus on Dementia*. July/Sept., 22(3), 197 – 212.

Stevens, A.B., Camp, C.J., King, C.A., Bailes, E.H., & Hsu, C. (1998). Effects of a staff implemented therapeutic group activity for adult day care clients. *Educational Gerontology*, 19, 651-662.

Stoppe, G. (2007). *Demenz. Diagnostik, Beratung, Therapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag

Vance, D.E.; & Porter, R.J. Jr. (2000). Montessori methods yield cognitive gains in Alzheimer's day cares. *Activities, Adaption and Aging*; 24(3), 1 – 22.

Vance, D.E. & Johns, R.N. (2002). Montessori improved cognitive domains in adults with Alzheimer's disease in Physical and Occupational Therapy. *Geriatrics*, 20(3/4), 19 – 36.

Ward, C.R., Los Kamp, L., & Newman, S. (1996). The effects of participation in an intergenerational program on the behavior of residents with dementia. *Activities, Adaptation & Aging*, 20(4), 61-76.

Welzer, H. & Markowitsch, H.J. (2001). Umrisse einer interdisziplinären Gedächtnisforschung. *Psychologische Rundschau*, 52 (2), 205-214.

Wüstler, K. (2006). *Arbeitswelt und Organisation: ein interdisziplinärer Ansatz*. Verlag Gabler

Zimber, A.; Weyerer, S. (Hrsg) (1999). *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

Zinn, L. (2005). Activities for dementia care: unlocking what remains. *Nursing Homes Long Term Care Management*. Bd. Feb.; 54(2), 24-26,28

Internetquellen

American Health Assistance Foundation (2011). About Alzheimer's. Verfügbar über:

<http://www.ahaf.org/alzheimers/about/understanding/plaques-and-tangles.html>

Demenz-Leitlinie (2010). Epidemiologie: Verbreitung und Ursachen der Demenz. Verfügbar über:

<http://www.demenz-leitlinie.de/pflegende/Epidemiologie.html>

Demenzratgeber (2011). In der Verwirrtheit Sinn entdecken. Verfügbar über:

http://www.demenz-ratgeber.de/dr_Rubriken/dr_Demenz_in_Verwirrtheit_Sinn_entdecken.html

Hüter, G. (2001). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Veralten. Vortrag am 24.04.2001 bei den 51. Lindauer Psychotherapiewochen. Verfügbar über:

<http://www.sinn-stiftung.eu/downloads/neurobiologischeverankerungvonerfahrungen.pdf>

Kruse, A. (2011). Die Gesellschaft muss sich auf Demenz einstellen. Interview auf der Onlinesite Mehrgenerationenhaus vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugendliche. Verfügbar über:

http://www.mehrgenerationenhaeuser.de/coremedia/mgh/de/02_Das_20Aktionsprogramm/04_Themendossiers/14_Alter_20und_20Pflege/Kruse.html

Löcher, P. (2011). Grundprinzipien der Montessori Pädagogik. Verfügbar über:

<http://www.ploecher.de/2006/13-PA-L1-06/Grundprinzipien%20der%20Montessori%20Pädagogik.pdf>

Schmidt, R. et al. (2008). Geschlechtsspezifische Unterschiede der Alzheimer Demenz. In: Neuropsychiatrie, Band 22, Nr.1/2008, S. 1-15

<http://alzheimer.mcw-portal.com/fileadmin/Documents/Genderpaper.pdf>



Lebenslauf

Name: Krista Klecka geb. Wutzelhofer

Geburtsdatum: 24. März 1965

Familienstand: geschieden, Alleinerzieherin

Kinder: Philipp (geb. 7.1.1989)
Florian (geb. 21.4.1992)
Anna-Katharina (geb. 7.3.2003)

Ausbildung: 4 Jahre Volksschule Klosterneuburg
4 Jahre Gymnasium Klosterneuburg
5 Jahre HAK Tulln mit Matura
3 Jahre Krankenpflegeschule Tulln
Stationsleitungskurs Donauuni Krems
Studium der Pflegewissenschaft (Abschluss SS 2012)

Berufliche Laufbahn: 1984 – 1985

Österr. Creditinstitut Wien

1985 – 1988

Krankenpflegeschule Tulln, Diplom

1988	Karenz
ab März 1990	KH Klosterneuburg, chirurgische Abt.
1992 – 1993	Karenz
1993 – 2000	KH Klosterneuburg (seit 1995 stv. Stat.leitung chirurgische Abteilung)
Juni 1998 – Okt. 2000	Stationsleitung Ambulanter Bereich Schwerpunkt Endoskopie), gleichzeitig Stv. Pflegedienstleitung
Okt. 2000 – Juli 2001	Lehrerin der Krankenpflegeschule der Barm. Brüder Wien, (karenziert im KH Klbg.)
ab Juli 2001	Stv. Pflegedienstleitung KH Klosterneuburg
April 2002 – Juli 2002	interimistische Pflegedienstleitung im KH Klosterneuburg
August 2002	Mutterschutz und Karenz
März 2005 – April 2006	zuständig für die Fortbildung der Mitarbeiter, Schulung des gesamten Pflegepersonales im Pflegeprozess)
April 2006 – Dez. 2007	Bildungskarenz zur Absolvierung des Studiums Pfle gewissenschaften
Jan. 2008 – Nov. 2008	Privatklinik Döbling
Sept. 2009 – Sept. 2010	Ordination Dr. Jutta Schmid (Internistin)
Seit Oktober 2010	Verfassen der Diplomarbeit zum Abschluss des Studiums im SS 2010
Seit Sept. 2011	freiberufliche Tätigkeit als Auszubildende für Pflegeberufe