

# Gemeinsame Sorge – geteilte Sorge: Zur Kommunikation zwischen Pflegekräften und Angehörigen von Demenzkranken.

Sven Lind\*

## 1. Die Position der Angehörigen im Heim:

### Rollenkonfusionen und Belastungen

In der Fachliteratur wird in Bezug auf die Biographie besonders auf die Stellung der Angehörigen eingegangen, die als „Brücke“ oder als „Schlüssel“ zur Lebensgeschichte der verwirrten Heimbewohner aufgefasst werden. Es liegt eine Fülle von Ansätzen vor, die Angehörigen in das Heimgeschehen auf unterschiedliche Art und Weise zu integrieren.

In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Aspekte der Stellung der Angehörigen im Altenpflegeheim unter dem Gesichtspunkt einer möglichst umfassenden Einbindung in das Heimgeschehen dargestellt.

Angehörige im Heim befinden sich hinsichtlich ihrer Position in einer häufig misslichen Lage. Einerseits sind sie die nächsten Verwandten der Bewohner, überwiegend Kinder oder Ehepartner, andererseits haben sie die Verantwortung für die Pflege und Betreuung durch die Heimaufnahme an die Einrichtung und damit auch an die Pflegemitarbeiter abgetreten. Diese Rollenkonfiguration, ein nächster Angehöriger ohne Verantwortung und Verpflichtung zu sein, ist für viele nicht leicht zu bewältigen, da gesellschaftliche Normen in Deutschland von den Kindern immer noch die Pflege der betagten Eltern erwarten.

Die Angehörigen sind somit mit mehreren Entwicklungen und Gegebenheiten konfrontiert, die nicht leicht in Einklang zu bringen sind: der ständige Abbau des Angehörigen, die eigene Hilf- und Machtlosigkeit hinsichtlich eines Einwirkens oder einer Unterstützung und das Erleben des Heimalltages mit den für Außenstehenden oft nicht nachvollziehbaren Sachzwängen und Handlungsroutinen. In diesem sozialen Feld sind dann die Angehörigen oft hin und her gerissen zwischen Rückzug, Anpassung und Arrangement mit den Gegebenheiten oder dem Engagement für die pflegebedürftigen Angehörigen in unterschiedlicher Art und Weise (Kontrollfunktionen u. a.).

Eine Erhebung aus Frankreich verdeutlicht diese Problemstellung der Angehörigen im Heim, indem ein Jahr nach der Heimaufnahme noch ein Drittel der Angehörigen unglücklich über diese Gegebenheit sind (Ritchie et al., 1992).

Es kann also festgestellt werden, dass die Stellung des Angehörigen im Heim in vieler Hinsicht äußerst fragil und undefiniert

ist. Selbstzweifel, Schuldgefühle und auch Gefühle der Fremdheit und Ausgeschlossenheit der Heimsituation gegenüber machen es Angehörigen schwer, diese Sachlage angemessen zu verarbeiten.

## 2. Das Verhältnis zwischen Pflegemitarbeitern und den Angehörigen

Pflegemitarbeiter und Angehörige stehen hinsichtlich ihrer Rollenkonfiguration in einer prekären Beziehung zueinander: Fremde (Pflegemitarbeiter) tragen die Verantwortung und erbringen die Pflege- und Betreuungsleistungen, Nahestehende (Angehörige) beschränken sich auf nachgeordneten Aufgaben (Besuche, Erledigungen etc.). Diese eigentlich „verkehrte“ Beziehung zu den Bewohnern ist beiden Gruppen bewusst und es fällt daher beiden Gruppen oft nicht leicht, eine unverkrampfte und sachlich-aufgabenorientierte Form der Interaktion und gegenseitigen Wahrnehmung zu finden.

Es liegen einige Untersuchungen vor, die gravierende Abweichungen in den Einstellungen zu den Aufgaben und Verpflichtungen im Heim offenbaren. Pflegemitarbeiter erwarten mehr Engagement und Unterstützung durch die Angehörigen, sie erwarten dadurch eine Erleichterung ihrer Arbeit. Angehörige ihrerseits fühlen sich nicht mehr hierfür verantwortlich, ziehen sich in der Regel häufig zurück und klagen über die in ihren Augen unzureichenden Pflege- und Betreuungsleistungen (Altenpflege, 1995; Kühnert, 1991; Sharp, 1990).

Hinzu kommen unterschiedliche Aufgaben- und Pflichtenzuweisungen zwischen diesen beiden Gruppen. Die Zuständigkeiten für kleinere Erledigungen (Briefe schreiben, Einkäufe u. a.), Arrangements (Geburts-tagsfeier organisieren, Lesestoff besorgen, Raumausgestaltung u. a.) sind oft nicht geklärt und führen häufig zu Missverständnissen, Spannungen und gegenseitigen Vorwürfen (Schwartz et al., 1990; Shuttlesworth et al., 1982).

Des Weiteren wird die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und den Pflegekräften durch unterschiedliche Gewichtung in der Wahrnehmung und Beurteilung der Bewohner beeinträchtigt (Lukovits et al., 1992).

Es kann festgestellt werden, dass die Kontakte zwischen Angehörigen und Pflegemitarbeitern u. a. aufgrund unterschiedlicher normativer, funktionaler und bindungsspezifischer Aspekte häufig noch eher problembelastet sind. Dadurch wird

\* Dr.phil. Sven Lind, gerontologische Beratung, Haan

eine Zusammenarbeit bezüglich der Optimierung der Pflege und Betreuung erschwert oder gar verunmöglicht.

### 3. Die Aktivitäten der Angehörigen im Heim

Angehörige werden nach Heimeintritt eines nahen Verwandten mit der Fragestellung konfrontiert, ihre eigene Stellung innerhalb des Heimalltages festzulegen. Die Häufigkeit der Besuche und auch ihre konkreten Aktivitäten während der Besuche können von ihnen überwiegend selbst bestimmt werden. Das Spektrum des Engagements reicht vom völligen Rückzug über gelegentlichen, regelmäßigen bis hin zu täglichen Besuchen im Heim. Von den Aktivitäten her können Besuche psycho-soziale Stärkung (Gespräche, Spaziergänge u. a.) als auch weitergehend Mithilfe bei grundpflegerischen Handlungen bedeuten. Untersuchungen aus den USA und Deutschland haben ergeben, dass die Kontaktdichte zu Angehörigen im Heim geringer ist als zu Angehörigen in Privathaushalten: Während nur jeder zweite Heimbewohner mindestens einmal in der Woche Besuch erhält, so liegt diese Kontaktdichte bei Senioren im eigenständigen Haushalt bei ungefähr 75 Prozent (Lind, 1991; Alber et al., 1999). Hinsichtlich der Aktivitäten überwiegen bei den Besuchen emotionale und psychosoziale Unterstützung, während konkrete praktische Hilfe (grundpflegerische Leistungen) nur relativ selten geleistet wird (Kelley et al., 1999; Lind, 1991; Linsk et al., 1988).

Die Daten und Fakten hinsichtlich des Verhaltens der Angehörigen im Heim verdeutlichen, dass die überwiegende Zahl der Angehörigen sich mit den Gegebenheiten des Heimes als erstrangigem Erbringer der Versorgungsleistungen arrangiert hat. Angehörige sehen sich in diesem Gefüge vorrangig als Erbringer emotional-affektiver Unterstützungsleistungen. Durch ihre Besuche erhalten sie die familiären Bindungen und Beziehungen aufrecht, die für die Bewohner eminentere Bedeutung sind.

### 4. Biographie als Schlüssel zur Erklärung der Verhaltensweisen

Das Verhalten Demenzkranker erscheint den Pflegekräften häufig als seltsam und unerklärlich.

Wenn jemand z. B. bestimmte Bewegungsabläufe mit den Händen vollführt, ohne jedoch ein Werkzeug, Instrument oder einen Haushaltsgegenstand in der Hand zu halten, so kann man sich dieses Verhalten aufgrund der bloßen Beobachtung kaum erklären. Diese Fremdheit des Auftretens kann zu Verunsicherungen oder auch Ängsten bei den Pflegenden führen, denn man weiß nicht genau, ob dieses Verhalten vielleicht fremd- oder selbstgefährdende Folgehandlungen nach sich ziehen kann. Oder ob es sich bei diesen Verhaltenssequenzen nicht vielleicht um Ausdrucksformen psychotischer Zustände handeln könnte.

Bei diesem Verhalten gilt es folgendes zu beachten. Bei Demenzkranken ist bedingt durch den hirnorganischen Abbau-

prozess die Realitätsschranke hinsichtlich der Unterscheidung zwischen Gegenwart und Vergangenheit derart gestört, dass man häufig erleben kann, dass die Bewohner in längst vergangene Lebensabschnitte zurückgekehrt sind. Wenn man den Mann das Mittag machen möchte, die Kinder zu Bett bringen möchte, die Hühner noch füttern muss oder zur Mutter heimgehen möchte, dann wird evident, dass die Vergangenheit die Gegenwart überlagert oder überdeckt hat. Die Demenzkranken erleben sich in vergangenen Bezügen und sie zeigen dann auch oft vertraute und schon eingeschliffene Verhaltensweisen aus diesen Lebensepochen. Nur werden diese Verhaltensmuster meist nicht vollständig reproduziert, sondern aufgrund der eingeschränkten Hirnleistungsfähigkeit nur noch in verzerrter Form.

Shomaker (1987) führt die demenzspezifischen Darbietungsformen dieser vergangenheitsbezogenen Verhaltensweisen auf: Fragmentierung, Intensivierung und erhöhte Auftretenshäufigkeit lebensgeschichtlich vertrauter Verhaltensmuster.

Beispiele können dies belegen: Die Frau, die stundenlang mit den Finger über die Scheuerleiste fährt, wischt Staub (erhöhte Auftretenshäufigkeit). Der Mann, der sich ständig mehrere Kleidungsstücke übereinander anzieht (Intensivierung) oder die Frau, die nicht erklärbare Handbewegungen macht, die Teil ihrer früheren Montagetätigkeit am Fließband waren (Fragmentierung).

Je mehr man aufgrund lebensgeschichtlicher Erfahrung über die Verhaltenssequenzen weiß, umso größer ist die Verhaltenssicherheit der Pflege- und Betreuungspersonen. Wenn z. B. ein Demenzkranker auf den Tisch steigt und mit einer Hand über seinen Kopf hin und her fuchtelt, dann kann aus dieser Situation ein Problem entstehen. Handelt es sich um eine psychotische Verhaltensweise? Sollte ein Arzt gerufen werden oder reicht die Bedarfsmedikation? Das sind konkrete Fragen, die sich die Betreuer in dem Fall vielleicht stellen werden. Diese Situation würde bestimmt mit Stress und Hektik verbunden sein. Ist jedoch auf der Station bekannt, dass es sich bei dem Bewohner vormals um einen Anstreicher handelte, der jetzt gerade wieder dabei ist, die Decke zu weißeln, dann würde man ganz entspannt diesen Sachverhalt angehen. Man könnte z. B. auf ihn zugehen, ihn bitten, die Arbeit zu unterbrechen, da vielleicht noch etwas in der Küche zu erledigen wäre und er dabei helfen könnte.

Auch das Wissen um den Tagesablauf in der Lebensphase vor der Erkrankung kann hilfreich sein bei der Einschätzung bestimmter Verhaltensweisen. Steht z. B. eine Frau immer morgens früh gegen 4.30 Uhr bereits auf und wandert hin und her, dann kann dies Verhalten als nächtliche Unruhephase interpretiert werden und mit medikamentösen oder verhaltensbezogenen Interventionen beeinflusst werden. Weiß man hingegen, dass die betroffene Bewohnerin eine Frühaufsteherin ist und früher um diese Zeit die Zeitungen austrug, dann wird man die Situation gelassener sehen.

Das Wissen um die Biographie der Demenzkranken im stationären Bereich der Altenhilfe hat sowohl für die Bewohner als auch die Mitarbeiter positive Auswirkungen. Den Bewohnern gegenüber wird mehr Verständnis und Einfühlungsvermögen gezeigt und sie werden weniger in ihrem Verhalten korrigiert.

Damit gewinnen sie einen größeren Handlungsrahmen und auch begrenzte Autonomie, da ihr Verhalten durch die Lebensgeschichte nicht nur erklärt, sondern auch sanktioniert werden kann. Die Pflegemitarbeiter gewinnen Handlungssicherheit und eine gewisse Souveränität im Umgang mit den Bewohnern. Das bedeutet u. a. auch weniger Stress.

## 5. Biographie als Instrumentarium zur Optimierung der Pflege und Betreuung

Die Pflege und Betreuung Demenzkranker ist u. a. aufgrund deren stark eingeschränkter Mitteilungsfähigkeit häufig ein äußerst problematisches Vorgehen. So gestaltet sich häufig die Pflege nach dem Prinzip „Versuch und Irrtum“ bezüglich eines angemessenen Pflegeverhaltens. In diesem Kontext kann es dann leicht zu Verweigerungshaltungen der Demenzkranken kommen, denn sie fühlen sich in diesen Interaktionen überfordert oder auch verängstigt. Pflegeverweigerung ist somit eine natürliche Reaktion auf physische Einwirkungen, die den Betroffenen nicht vertraut sind und vor denen sie sich fürchten.

Das Wissen um die Biographie sollte in diesem Zusammenhang erweitert aufgefasst werden dahingehend, dass auch das Wissen über Charakterzüge, Einstellungs- und Reaktionsweisen und das Temperament hierbei einbezogen werden sollte. Ob jemand früher aktiv und extrovertiert war oder im Gegenteil passiv und eher zurückhaltend, dieses Wissen ist für den Umgang mit den Bewohnern von großer Bedeutung.

Es gilt immer, den richtigen Ton zu treffen im Kontakt mit den Bewohnern. In den USA sind in einem Altenpflegeheim die Pflegemitarbeiter angehalten worden, die Interaktion zwischen den Bewohnern und ihren Angehörigen hinsichtlich ihres Umgangsstiles und den Kommunikationsformen genauer zu beobachten. Ziel dieser Bemühung bestand in dem Ansatz, möglichst viel von diesen Interaktionen zu lernen. Es sollten bestimmte Verhaltensweisen in das Pflege- und Betreuungsrepertoire der Pflegekräfte übernommen werden, damit Konflikte und Missverständnisse eingeschränkt werden können.

Wenn jemand z. B. früher in seinem sozialen Umfeld einen eher rauen und direkten Umgangsstil gewohnt war, wird er später im Heim Schwierigkeiten mit einem eher förmlich-höflichen Umgangston dergestalt haben, dass er sich häufig nicht angesprochen fühlt.

Auch bei der richtigen Anrede können biographische Elemente eine Rolle spielen. Wenn z. B. eine alte Frau korrekt mit „Frau Schmidt“ angesprochen wird, kann sie mit dieser Anrede nicht viel anfangen und fühlt sich dementsprechend auch nicht angesprochen. Da sie auf Lande aufwuchs, war sie dort zeitlebens für alle Dorfbewohner die „Anna“. Dieser Name ist mit ihrer ganzen Lebensgeschichte verbunden, während „Schmidt“ nur der Familienname ihres späteren Ehemannes war, mit dem sie vielleicht nur äußerst selten angesprochen wurde.

Aber auch zur Ablenkung und Beruhigung kann biographisches Wissen sinnvoll eingesetzt werden.

Wie bereits weiter oben angeführt, konnte bei einer demenzkranken Bewohnerin die Hemmschwelle beim An- und Auskleiden durch ablenkende Fragen über ihre frühere Berufstätigkeit (Besitzerin eines Hutgeschäftes) überwunden werden. Indem sie von früher berichtete, war sie so von ihren Erinnerungen gefangen, dass ihr darüber die augenblickliche Pflegesituation gar nicht mehr so präsent war. Sie war quasi in der Vergangenheit und nahm somit die Gegenwart kaum noch wahr.

Die Kenntnisse über lebensgeschichtliche Ereignisse von großer Tragweite können auch zur emotionalen Stärkung und Beruhigung verwendet werden. Wenn z. B. eine Bewohnerin sich in einer depressiven Stimmung befindet, kann sie durch den Verweis auf ihre Leistungen in der Vergangenheit aufgerichtet werden. Wenn sie z. B. darauf verwiesen wird, wie tapfer sie die Strapazen der Flucht nach dem 2. Weltkrieg gemeistert hat und dabei auch ihre Kinder vor widrigen Gefahren bewahren konnte, dann kann man damit rechnen, dass diese Erinnerungen sie eventuell wieder emotional aufrichten können.

Hinweise auf gegenwartsbezogene Ereignisse (Ankündigung des Sommerfestes oder einer Geburtstagsfeier) werden in der Regel nicht denselben Effekt erzielen wie der Verweis auf lebensgeschichtliche Ereignisse des Bewohners. Auch hier gelten somit das Prinzip „Aktivierung der Langzeitgedächtnisfähigkeiten“ und die Vorgehensweise „ständige emotionale Stärkung“.

Es sollte berücksichtigt werden, dass Informationen und Hinweise durch die Gedächtniseinbußen immer auf der dysfunktionalen Ebene des Kurzzeitgedächtnisses verbleiben und somit nicht die emotional-affektiven Seiten des Bewohners ansprechen können.

Für die Pflege und Betreuung ist auch das Wissen von Gewohnheiten, Ritualen und Eigenarten der Demenzkranken von großer Bedeutung, da hierdurch viele Pflegehandlungen oder Betreuungsmaßnahmen erst angemessen realisiert werden können. Weiter oben wurde bereits auf das fehlende Abendgebet hingewiesen, das Anlass für das ständige Wieder-aufstehen der Bewohnerin war. Erst als die Pflegekräfte das Abendgebet in die abendliche Pflege und Betreuung integrierten, ließ sich die Bewohnerin zu Bett bringen und blieb dann auch anschließend im Bett.

Gewohnheiten und Rituale sind durch die jahrzehntelange Anwendung Bestandteile der Lebensgestaltung, auf die ungenutzt verzichtet wird. Da auch für Demenzkranke das Konzept „Kontinuität in der Lebensführung“ mit gewissen krankheitsbedingten Einschränkungen gilt, bedeuten diese Strukturelemente der Lebensgestaltung für die Betroffenen Halt- und Orientierungspunkte im täglichen Geschehen. Angesichts der Tatsache, dass bei Demenzkranken massive Kurzzeitgedächtnisstörungen vorliegen, besitzen lebensgeschichtlich verankerte und damit im Langzeitgedächtnis verortete Verhaltensmuster eine besondere Wertigkeit hinsichtlich der Bewältigung der alltäglichen Aufgaben und Anforderungen und auch hinsichtlich der emotional-affektiven Vergewisserung im Sinne von Geborgenheit, Vertrautheit und Schutz.

Doch auch bei Bemühungen, den Bewohnern ein großes Maß an Annehmlichkeit und Wohlbefinden zu verschaffen, ist biographisches Wissen erforderlich. Wenn man z. B. einem Weintrinker abends ein Gläschen Bier anbietet oder morgens einer Teetrinkerin Kaffee offeriert, dann wird der Effekt an allgemeiner Zufriedenheit oder auch Behaglichkeit relativ begrenzt sein.

Es lässt sich abschließend das Fazit ziehen, dass das biographische Wissen einen großen Stellenwert für die Pflege und Betreuung Demenzkranker besitzt. Da die Demenzpflege vor allem Kompensationspflege ist, gilt dies auch bezüglich der lebensgeschichtlichen Verortung dergestalt, dass den Bewohnern in all ihren Lebensäußerungen der Bezug zu ihrer Vergangenheit durch entsprechende Pflege und Betreuung vermittelt wird. Biographische Orientierung bei all diesen Handlungen und Maßnahmen wirkt somit auch auf die Stärkung der Identität und Selbstgewissheit, indem den Bewohnern Halt und Sicherheit durch den Bezug auf die Vergangenheit gegeben werden.

## 6. Die Aufgaben der Angehörigen in der Demenzpflege

Die obigen Ausführungen zeigen deutlich, dass Angehörige im Heim sich überwiegend mit der sekundären Funktion einer vorrangig emotionalen Unterstützung im Heim arrangiert haben, wie u.a. die geringere Kontaktdichte und das Aktivitätsspektrum ausdrücken. Es wurde so ausführlich auf diese Sachlage hingewiesen, damit den Mitarbeitern im Heim bewusst wird, dass die Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder gar die Integration der Angehörigen in das Heimgeschehen keine Selbstverständlichkeit sind, sondern eher das Resultat mannigfaltiger Bemühungen der verschiedenen Mitarbeitergruppen (Pflegekräfte, Sozialdienst, Heimleitung etc.).

Es ist eine unleugbare Tatsache, dass Angehörige bei der Pflege und Betreuung Demenzkranker als biographische Experten geradezu eine Notwendigkeit darstellen, denn nur sie können die Brücke zur Vergangenheit der Bewohner bilden. Nur sie können in der Regel Auskunft über die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Neigungen, Charakterzüge und Temperament) geben, die unabdingbar für eine angemessene persönlichkeitsorientierte Pflege und Betreuung Demenzkranker sind.

Es liegen aber auch Untersuchungen vor, die belegen, wie stark die Angehörigen am Krankheitsprozess, der Pflege und den weiteren Verlauf interessiert sind. Diese Angehörigen wünschen, im Heim von den Mitarbeitern informiert und aufgeklärt zu werden, sie möchten einbezogen werden in die Pflegeplanung und die anderen Bemühungen zur Gestaltung der Lebenswelt ihrer nahen Verwandten (Campbell et al., 1996; Duncan et al., 1994).

Auf der anderen Seite ist auch den Pflegemitarbeitern bewusst, dass eine angemessene Pflege Demenzkranker im Heim nicht ohne die Mitwirkung der „biographischen Experten“ (Angehörige) nicht optimal zu gestalten ist und daher die Zu-

sammenarbeit mit den Angehörigen gesucht wird (Karner et al., 1998).

## 7. Die Aufgaben des Heimes bei der Integration der Angehörigen

Die Hauptaufgabe bei der Integration der Angehörigen Demenzkranker in das Heimgeschehen besteht vor allem darin, die Angehörigen hinsichtlich der Notwendigkeit ihrer Zusammenarbeit zu mindestens als „biographische Experten“ mit den Mitarbeitern im Heim zu überzeugen. Den Angehörigen muss verdeutlicht werden, dass ihr Kontakt u. a. zu den Pflegekräften kein bloßes „Extra“ oder „Surplus“ bedeutet, sondern eine wesentliche Basis oder Grundvoraussetzung für eine klientenspezifische Pflege und Betreuung darstellt.

Dieser Muss-Charakter der Angehörigenmitwirkung sollte auch administrativ-organisatorisch zum Ausdruck dergestalt gelangen, dass für die Heimaufnahme z. B. die Mitarbeit bei der Erstellung einer biographie-orientierten Bewohnererhebung (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, Neigungen, Charakterzüge und Temperament) geradezu zur Pflicht gemacht wird. Entsprechende Erhebungsbögen sollten entwickelt werden und als integrativer Bestandteil der Pflegeplanung behandelt werden.

Nach Heimeintritt sollten bei der Pflegeplanung und auch Pflegeevaluation die Angehörigen einbezogen werden. Zu mindestens in einem deutschen Altenpflegeheim wird in Anlehnung an die dies-bezüglichen Erfahrungen in den USA regelmäßig die Pflegeplanung gemeinsam mit den Angehörigen erstellt (Moser, 1995).

Dieser Ansatz stellt in Deutschland ein Novum dar, denn bisher galt die „Angehörigen-Arbeit“ als eine Domäne des Sozialdienstes der Heime. Angehörigenberatung, Angehörigen-Gruppen oder Angehörigen-Veranstaltungen waren fast ausschließlich Arbeitsschwerpunkte der Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (Urlaub, 1995).

Diese Aufgaben sollten möglichst auch weiter in den Händen dieser Berufsgruppen verbleiben, falls die Heime noch über einen Sozialdienst aufgrund der Bestimmungen der Pflegeversicherung verfügen können, doch diese Kontakte sollten mehr einen nachrangigen oder sekundären Charakter besitzen. Vorrangig und primär sollte sich ein gedeihliches Zusammenwirken mit den Pflegemitarbeitern auf den Stationen entwickeln, denn sie sind die primären Versorger und Betreuer der Demenzkranken. Sie wissen genau über die körperliche, seelische und soziale Befindlichkeit Bescheid, nur sie können Auskunft über das konkrete Verhalten der Bewohner und den Verlauf der Erkrankung geben.

Entsprechend dieser Konzeption sollten auch die Kontakte überwiegend auf der Station zwischen den Pflegemitarbeitern und Angehörigen stattfinden. Hierfür sollten die Stationen organisatorisch, räumlich und auch von der fachlichen Qualifikation her gerüstet sein. Angehörige sollten genau wissen, wann sie jemand ansprechen können, auch wenn sie mög-

lichst kontaktieren sollten und es sollte auch zeitlich und örtlich Raum für Gespräche vorhanden sein.

Ob nun feste Sprechzeiten auf Station (einschließlich der Möglichkeit der telefonischen Kontaktaufnahme) die Lösung sind, oder ob es mehr von der jeweiligen Gegebenheit auf der Station (Personalstand, Arbeitsaufkommen etc.) abhängen sollte, ist hierbei m. E. zweitrangig. An erster Stelle steht das Bemühen der Einrichtung, auf die Angehörigen zuzugehen und sie über ihre Verwandten zu informieren und sie gegebenenfalls um Rat oder biographische Hinweise zu fragen.

Für die Pflegemitarbeiter bedeutet dies ein aktives Vorgehen bezüglich der Kontaktaufnahme, das natürlich nicht mechanisch oder schematisch bei jeder Begegnung mit Angehörigen auf Station praktiziert werden sollte. Für die Pflegemitarbeiter ist hiermit eine gewaltige Umstellung verbunden, denn bisher wurde oft der Kontakt mit besonders engagierten und damit auch kritischen Angehörigen zwecks Vermeidung möglicher Konflikte gemieden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob alle Pflegemitarbeiter sich dieser Aufgabe gewachsen fühlen. Mit Angehörigen sachlich bestimmte Themen zu erörtern und dabei auch kritische Hinweise zu verarbeiten, wird vielleicht besonders für die unausgebildeten Pflegekräfte ein neues Aufgabenfeld darstellen. Es sollte hierbei überlegt werden, ob nicht in diesem Kontext Qualifizierungsmaßnahmen hinsichtlich der Stärkung einer kommunikativen Kompetenz in Gestalt von Weiterbildungsangeboten angezeigt ist.

Des weitern stellt sich die Frage, ob nicht der Angehörigenkontakt für die Pflegekräfte im Kontext der Pflegeplanung und -evaluation obligatorisch gemacht werden sollte. Auch für die Arbeitszufriedenheit und Arbeitssicherheit der Pflegemitarbeiter ist es von Bedeutung, ständig Bestätigung auch von den Angehörigen zu erfahren. Das setzt ein bestimmtes Maß an psychischer Belastbarkeit voraus, denn es wird oft nicht leicht sein, sich der Kritik der Angehörigen stellen zu müssen, doch die oft praktizierte Vermeidungsstrategie hinsichtlich der Kontakte zu den Angehörigen können fatale Auswirkung für das Image der Einrichtung als ein Dienstleistungsanbieter haben. Wenn erst Briefe mit Vorwürfen an die Heimleitung, Geschäftsleitung oder im schlimmsten Fall als Leserbrief an die örtliche Zeitung geschrieben werden, dann können schwere, auch wirtschaftliche Probleme die Folge sein.

Die Einrichtung sollte daher in einem mehrgliedrigeren Gefüge versuchen, die Angehörigen als den entscheidenden Zugang zur Biographie der demenzkranken Bewohner als auch in der Funktion als kritische Beurteilungsinstanz (im Sinne einer Kundenorientierung) durch Beratung, Information und auch als „biographischen Experten“ einzubinden.

Auf der Ebene der Station bedeutet dies, Kontakte zu den Angehörigen herzustellen, zu institutionalisieren (Erhebungsbogen Biographie und Gewohnheiten, Angebote der Mitwirkung bei der Pflegeplanung und -evaluation, Information über Veränderung des körperlichen und geistigen Allgemeinzustandes des Bewohners u. a.).

Auf der Ebene der Einrichtung sollten Informationsangebote über bestimmte Fragestellungen (Krankheiten im Alter, As-

pekte der Kosten - Pflegeversicherung u. a., Konzepte der Pflege und Betreuung etc.), Angehörigen-Gruppen und auch die Möglichkeit der Mitwirkung bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen (Feste, Ausflüge etc.) im Rahmen einer Aktiven-Gruppe der Angehörigen entwickelt werden.

Besonders in den USA ist die Konzeption Angehörigen-Einbindung ein integraler Bestandteil vor allem der Alzheimer- oder Demenzstationen. Es lassen sich bestimmt einige positive Erfahrungen aus der diesbezüglichen Fachliteratur entnehmen (Siehe u. a. Anderson et al., 1992; Hansen et al., 1988; Leeming et al., 1977; Montgomery, 1993; Numerof, 1983; Teri et al., 1991).

## Literatur

- Alber, J. & Scholkopf, M. (1999). *Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*. Verlag Fakultas, Amsterdam.
- Altenpflege (Redaktion) (1995). Gerngesehene Gäste. *AltenpflegerInnen wünschen sich mehr Engagement von seiten der Angehörigen*. *Altenpflege*, 20, 4, 232 - 233.
- Anderson, K. H., Hobson, A., Steiner, P. et al. (1992). Patients with dementia: Involving families to maximize nursing care. *Journal of Gerontological Nursing*, 18, 7, 19 - 25.
- Campbell, J. M. & Linc, L. G. (1996). Support groups for visitors of residents in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 22, 2, 30 - 35.
- Duncan, M. T. & Morgan, D. L. (1994). Sharing the caring: Family caregivers' view of their relationship with nursing home staff. *The Gerontologist*, 34, 2, 235 - 244.
- Hansen, S., Petterson, M. & Wilson, R. (1988). Family involvement on a dementia unit: The resident enrichment and activity program. *The Gerontologist*, 28, 4, 508 - 510.
- Karner, T. X., Montgomery, R. J. V., Dobbs, D. & Wittmaier, C. (1998). Increasing staff satisfaction. The impact of SCUs and family involvement. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 2, 39 - 44.
- Kelley, L. S., Swanson, E., Maas, M. L. et al. (1999). Family visitation on special care units. *Journal of Gerontological Nursing*, 25, 2, 14 - 21.
- Kühnert, S. (1991). Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. Peter Lang Verlag, Frankfurt.
- Kühnert, S. (1993). Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift*, 46, 5, 364.
- Laitinnen, P. (1993). Laienhelfer in der Pflege. *Altenpflege Forum*, 1, 1, 18 - 25.
- Leeming, J. & Luke, A. (1977). Multidisciplinary meetings with relatives of elderly hospital patients in continuing-care wards. *Age and Aging*, 6, 1, 1 - 5.
- Lind, S. (1991). Untersuchungen zur Angehörigen-Mitarbeit. *Altenheim*, 30, 5, 243 - 249.
- Linsk, N., Miller, B., Pflaum, R. et al. (1988). Families, Alzheimer's disease, and nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 7, 3, 331 - 349.
- Lukovits, T. G. & McDaniel, K. D. (1992). Behavioral disturbance in severe Alzheimer's disease: A comparison of family member and nursing staff reporting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 9, 891 - 985.
- Montgomery, R. (1983). Staff-family relations and institutional care policy. *Journal of Gerontological Social Work*, 6, 25 - 37.
- Moser, E. (1995). „Tür auf für die Angehörigen“. *Professionelle und Laien arbeiten Hand in Hand*. *Altenpflege*, 20, 5, 26 - 30.
- Numerof, R. (1983). Building and maintaining bridges: Meeting the psychosocial needs of nursing home residents and their families. *Clinical Gerontologist*, 1, 4, 53 - 67.
- Pietrukowicz, M. E. & Johnson, M. M. (1991). Using live histories to individualize nursing home staff attitudes toward residents. *The Gerontologist*, 31, 1, 102 - 106.
- Ritchie, K. & Ledesert, B. (1992). The families of the institutionalized dementing elderly: A preliminary study of stress in a French caregiver population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 1, 5 - 14.
- Schwartz, A. & Vogel, M. (1990). Nursing home staff and residents' families role expectations. *The Gerontologist*, 30, 1, 49 - 53.
- Sharp, T. (1990). Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1, 67 - 73.
- Shomaker, D. (1987). Problematic behavior and the Alzheimer's patient: Retrospection as a method of understanding and counseling. *The Gerontologist*, 27, 3, 370 - 375.
- Shuttlesworth, G., Rubin, A. & Duffy, M. (1982). Families versus institutions: Incongruent role expectations in the nursing home. *The Gerontologist*, 22, 200 - 208.
- Teri, L. & Logsdon, R. (1991). Identifying pleasant activities for Alzheimer's disease patients: The Pleasant Events Schedule-AD. *The Gerontologist*, 31, 1, 124 - 127.
- Urlaub, K. H. (1995). *Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen - Ergebnisse einer empirischen Untersuchung*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Reihe thema Band 109, Köln.
- York, J. & Calysin, R. (1977). Family involvement in nursing homes. *The Gerontologist*, 17, 6, 500 - 505.