



# Tagung des MDS zur Demenz

## Lebensqualität demenzkranker Menschen

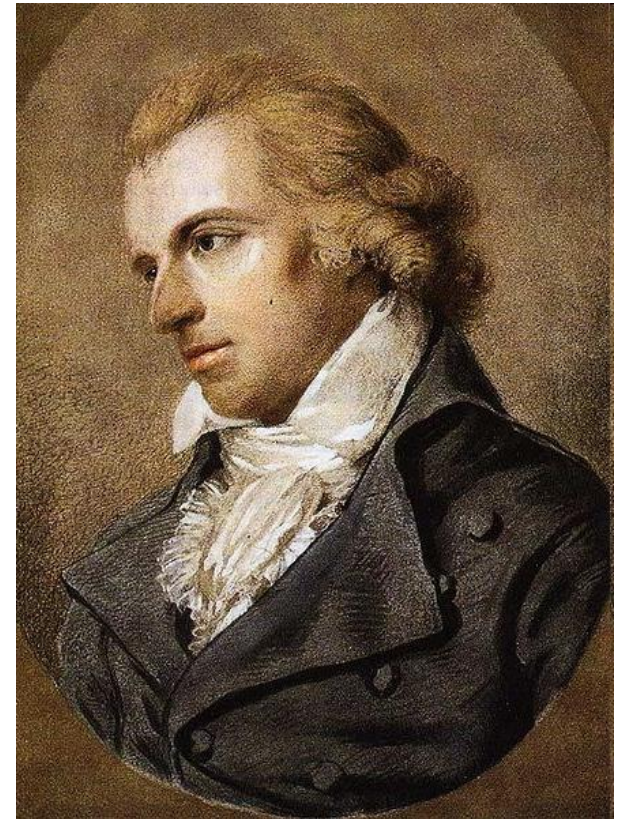
Andreas Kruse, Heidelberg

Berlin, den 14. Dezember 2009



# Menschenwürde

Nicht mehr davon,  
Ich bitt Euch.  
Zu essen gebt ihm und ein Dach –  
Habt Ihr die Blöße erst bedeckt  
Dann ergibt sich die Würde von selbst



Johann Christoph Friedrich von Schiller  
(1759 – 1805)

# Selbstaktualisierung



Die dem Individuum innewohnende Tendenz zur Verwirklichung aller Qualitäten der Persönlichkeit – der kognitiven, emotionalen, empfindungsbezogenen, sozial-kommunikativen und alltagspraktischen



# Qualitäten der Person

## Selbstaktualisierung

Kognitive Qualitäten

Emotionale Qualitäten

Soziale und kommunikative  
Qualitäten

Empfindungs- und  
alltagspraktische Qualitäten

# Dimensionen der Lebensqualität in H.I.L.DE.

**Räumliche Umwelt**

**Infrastrukturelle Grundlagen medizinischer und pflegerischer Betreuung**

**Verhaltenskompetenz**

**Medizinisch-funktionaler Status**

**Subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit**

Bauliche und räumliche Gegebenheiten

ADL / IADL  
Sozial-kommunikative Kompetenzen

Medizinischer Status  
Sensorischer Status  
Motorischer Status

Emotionale Befindlichkeit  
Subjektives Erleben der Verhaltenskompetenz  
Erleben der Umwelt

**Soziale Umwelt**

Personelle Ressourcen sowie Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

**Kognitiver Status**

**Psychopathologie**

Mitarbeiter, Mitbewohner, Angehörige, Besucher

**Phänomene / Verhaltensauffälligkeiten**

Befragung von HL und PDL

Interview mit Pflegenden

Checkliste zu Umwelt

Einschätzung durch Projektmitarbeiter

Klinisches Interview + Testung

Informationen von behandelnden Ärzten und Pflegenden

Verhaltensbeurteilung

Psychologisches Interview mit dem Bewohner

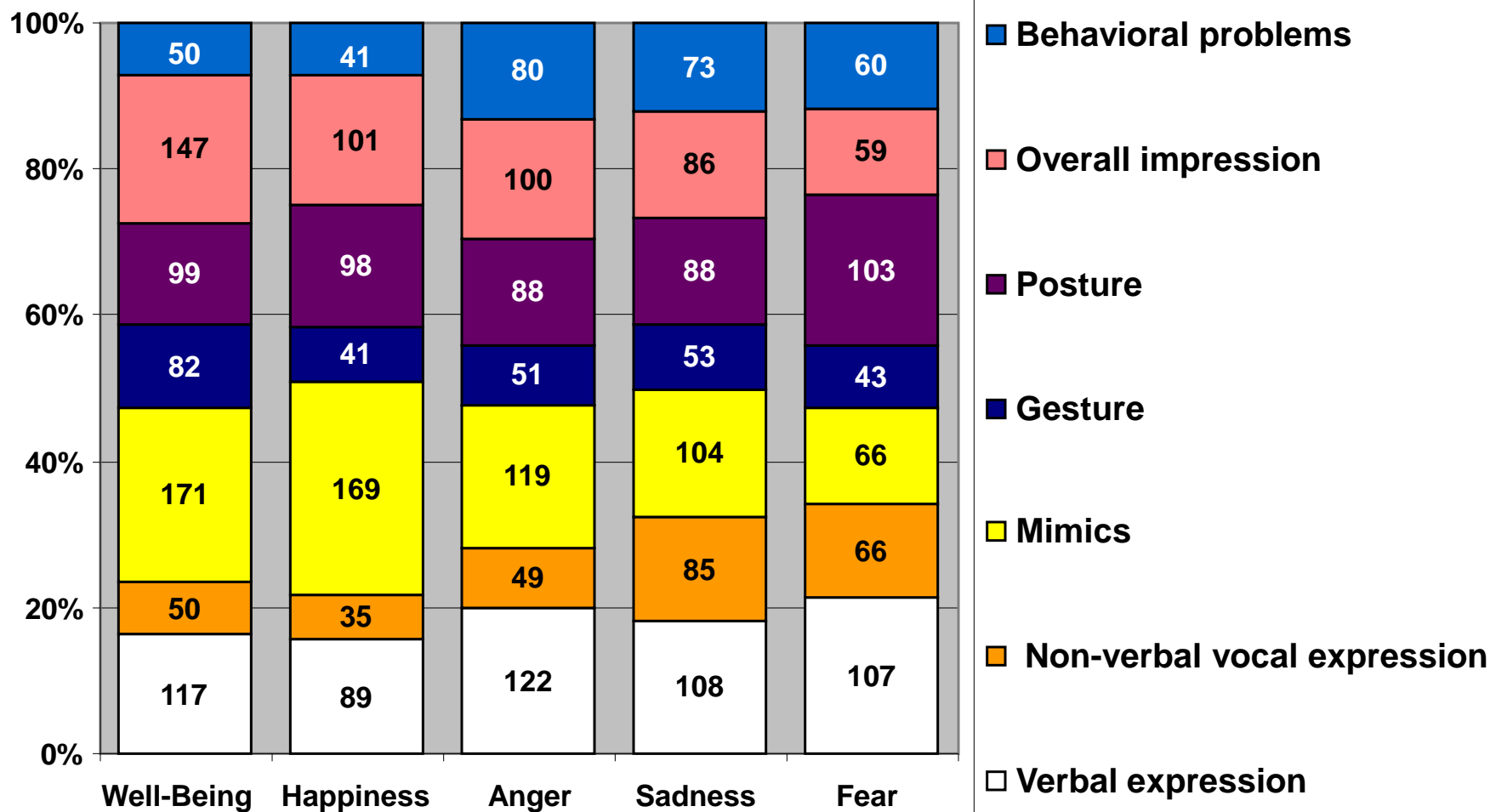
Verhaltensbeobachtung

Interview mit Pflegenden

Interview mit Angehörigen



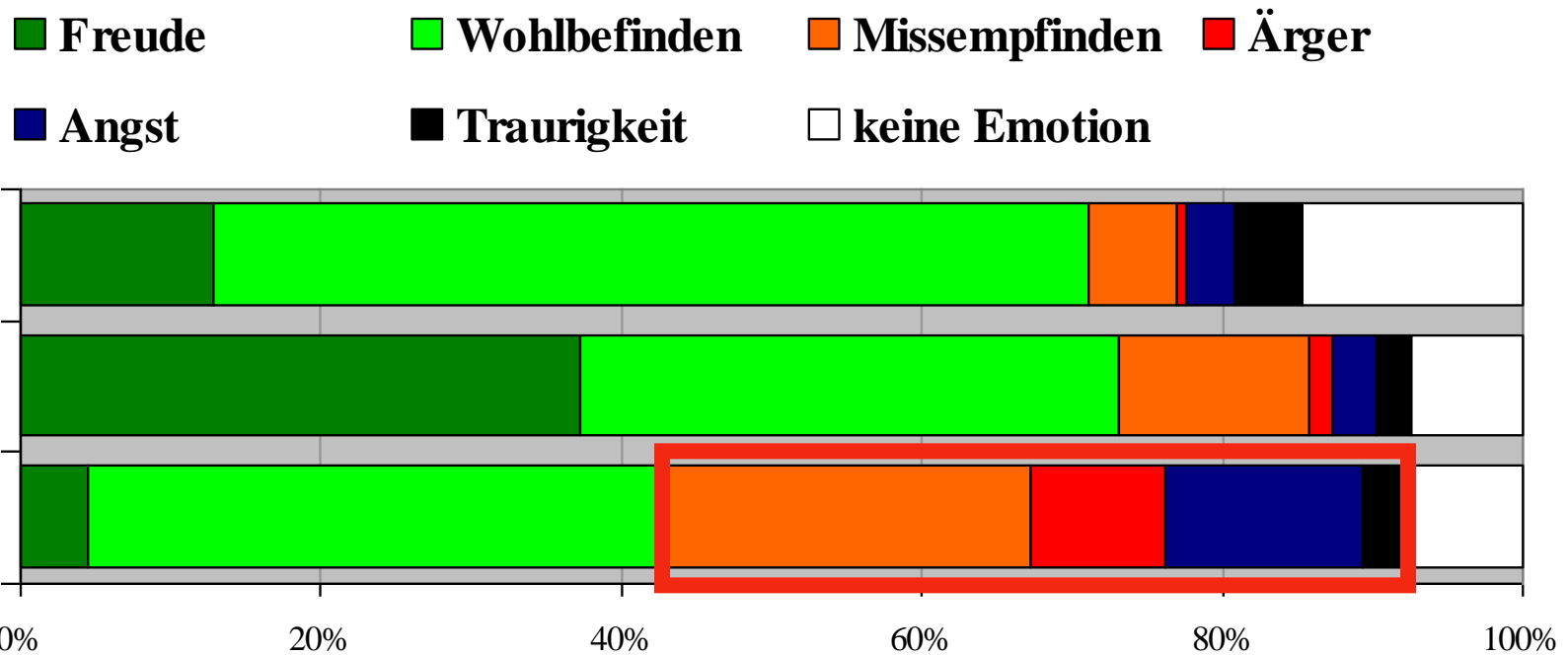
# Indikatoren der Emotion





# Beobachtung emotionalen Erlebens

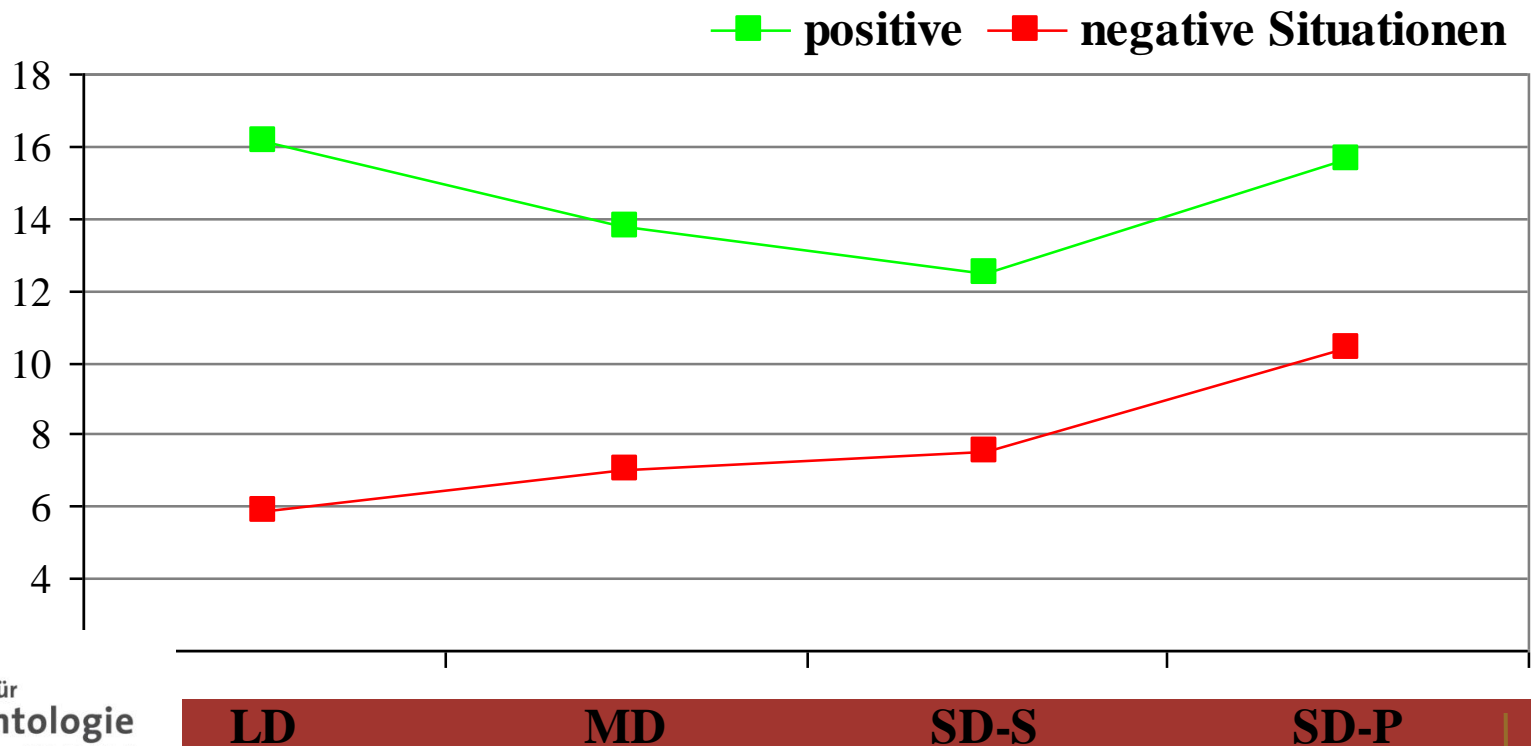
Die beobachteten Alltagssituationen werden sehr unterschiedlich erlebt, die Pflegesituation am häufigsten auch negativ.





# Emotional bedeutsame Situationen

Affektbilanz ist ungünstiger bei schwereren Beeinträchtigungen.  
Positive Emotionalität der verhaltensauffälligen Bewohner ist nicht reduziert.



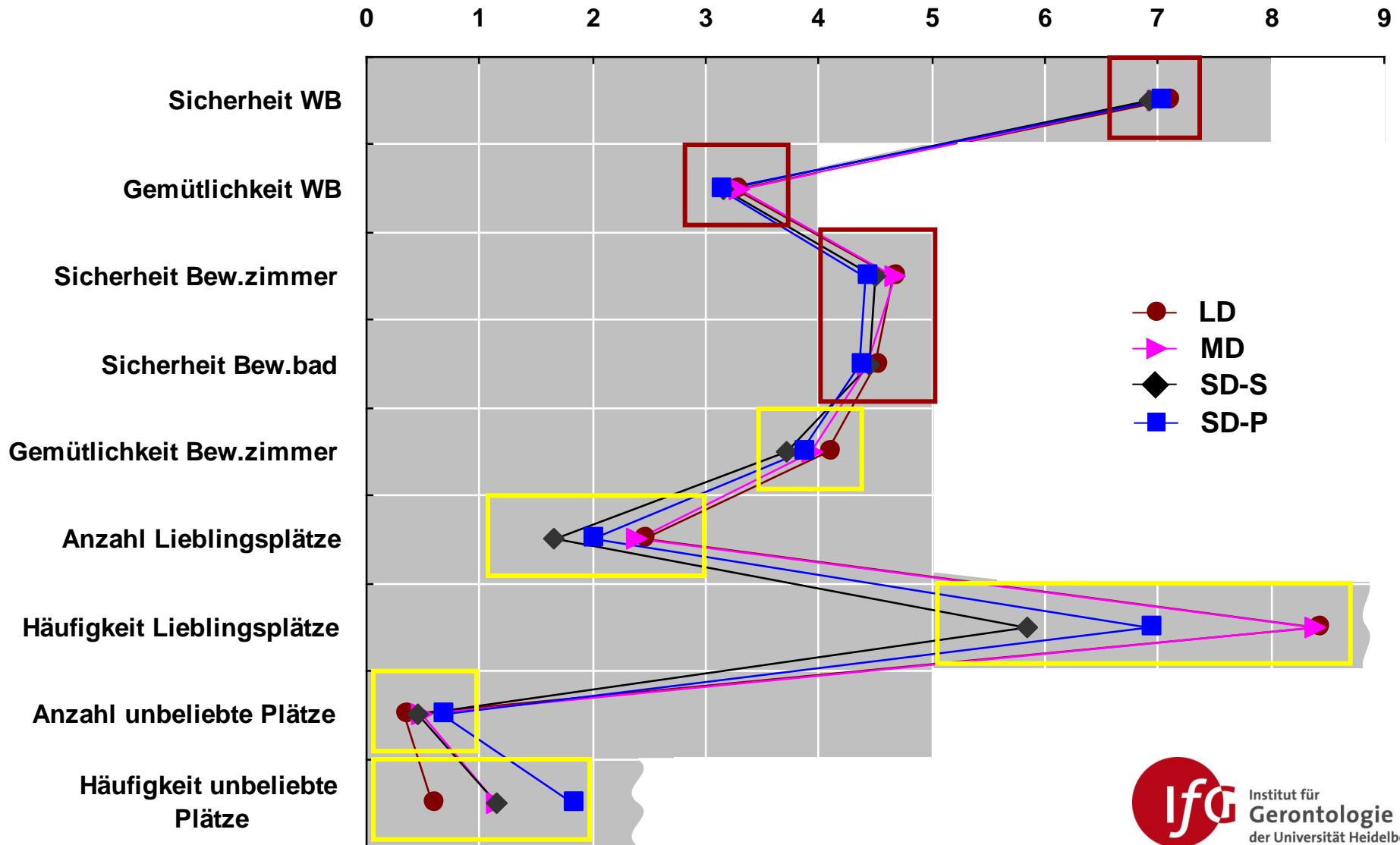


# Interventionspläne: Welche positiven Erlebnisräume wurden gestaltet?

- **Leiblicher Genuss** 28,2% (211)  
(Bewegung 52, Essen, Trinken 42, Körperpflege 40, Natur spüren 22, Berührung 17, Taktile Anregung 17, Atmosphäre 15, Düfte 6)
- **Begegnung mit Menschen** 19,9% (149)  
(Begegnung mit Kindern 3, Fürsorge erfahren 6, Nähe / Kontakt allg. 52, Soziale Kontakte zu Mitbewohnern 7, Sprechen, erzählen 46, Wertschätzung erfahren 35)
- **Zeitvertreib** (z.B. Singen, Gesellschaftsspiele) 13,6% (102)
- **Reminiszenz** (Erinnerung durch Gespräche oder sensorische Reize) 11,4% (85)
- **Ästhetik** (z.B. Musik hören, Bilder betrachten) 10,3% (77)
- **Interessen** (z.B. an Hausarbeit, Religion, Sport) 9,0% (67)
- **Kompetenzen** (z.B. Helfen können, nützlich sein) 7,6% (57)

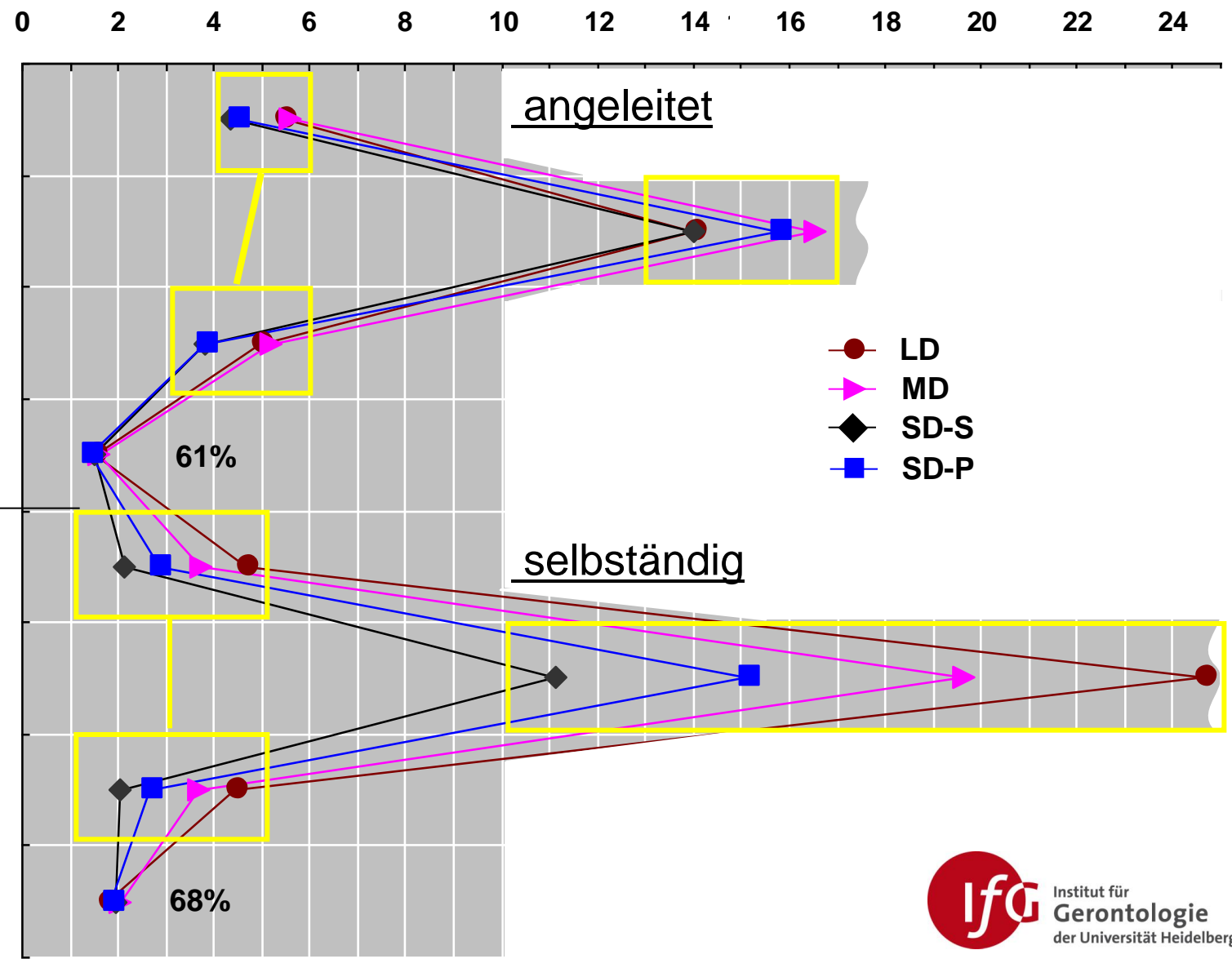


# Räumliche Umwelt



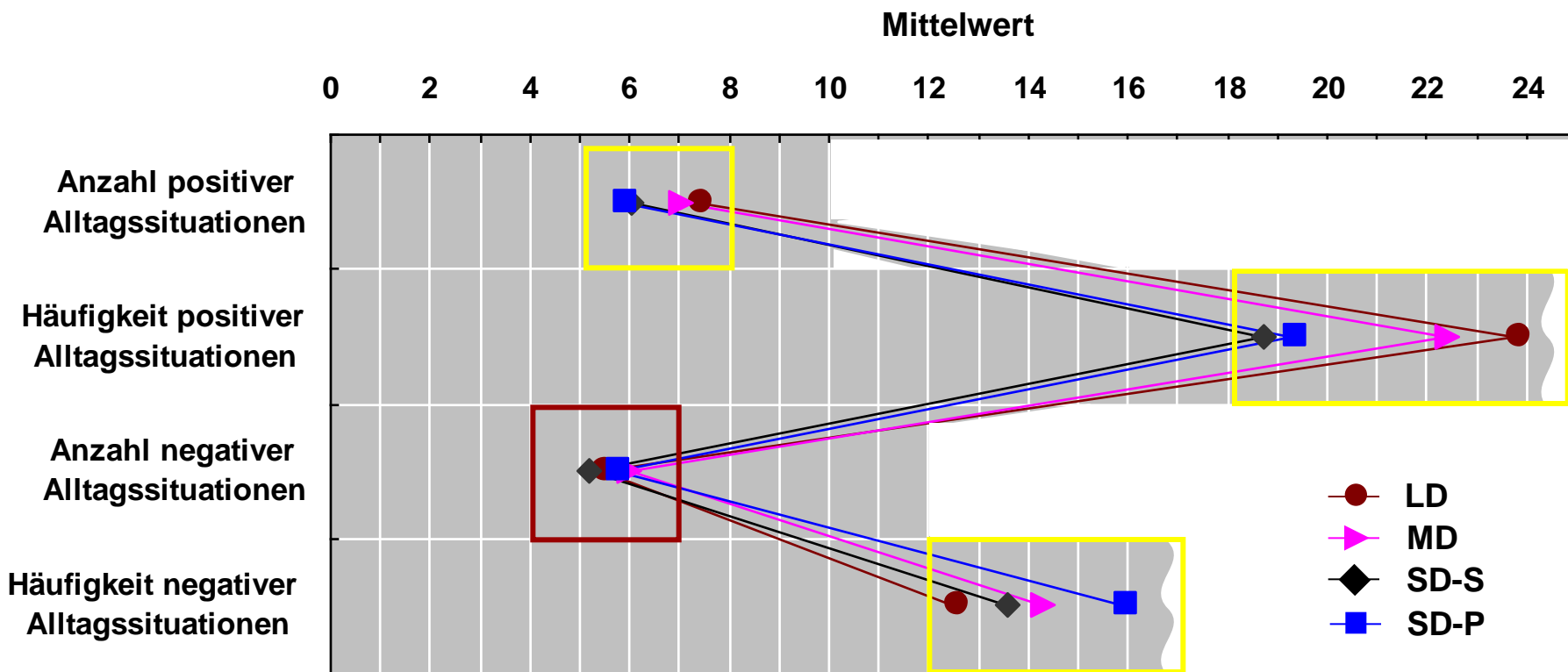


# Aktivitäten





# Typische Stimmungslagen





# Individuelles Spektrum positiver und negativer Erfahrungen im Alltag: Qualitatives Interview

## Freude

- „Wenn man mit ihr auf und ab oder spazieren geht“
- „Wenn man mit ihr über ihren früheren Alltag in der Landwirtschaft redet“

## Wohlbefinden

- „Wenn sie in ihrer Tischgemeinschaft sitzt“
- „Wenn sie in Illustrierten blättert“

## Ärger

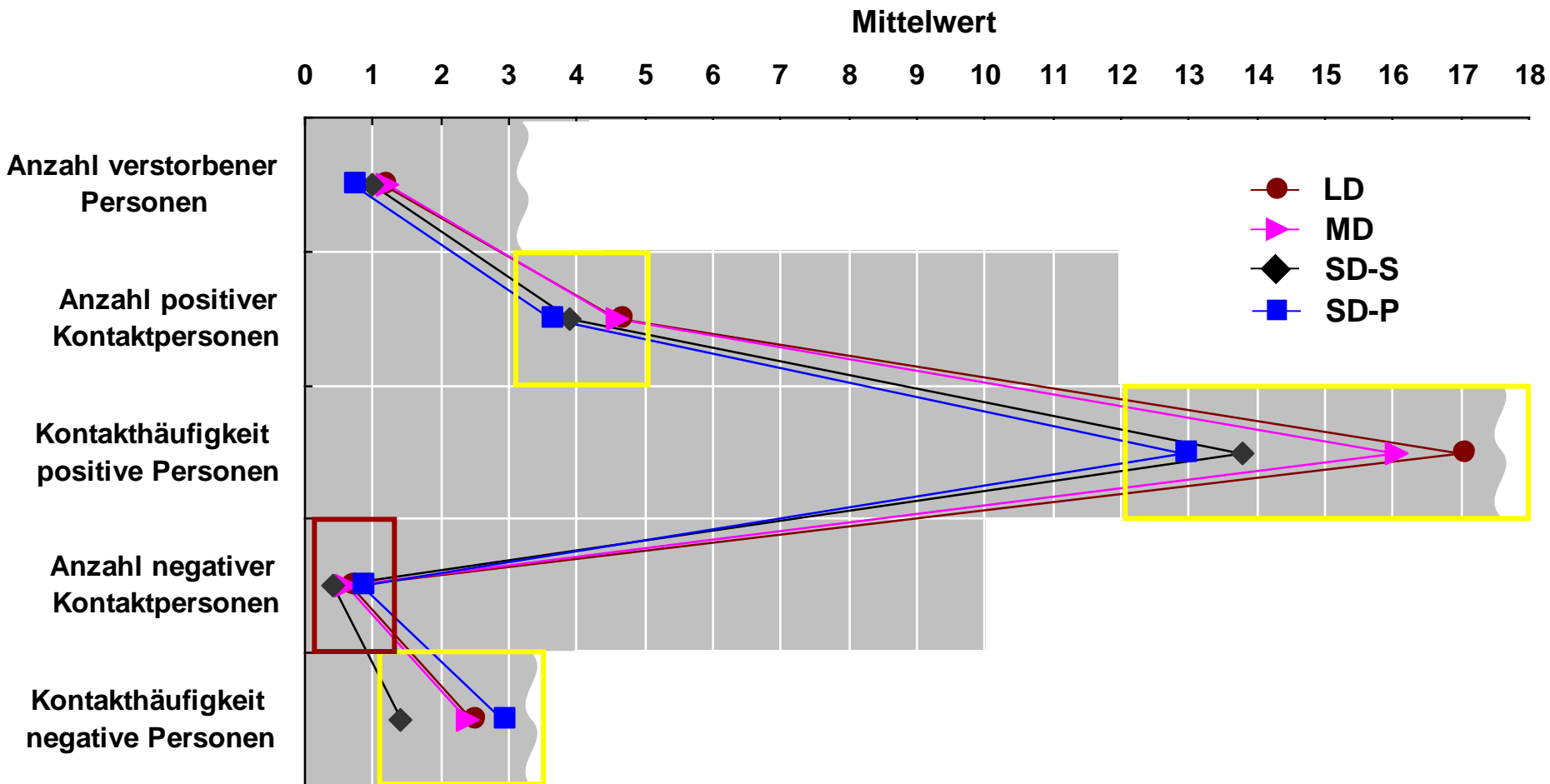
- „Wenn sie ihrer Meinung nach *zu früh* ins Bett gebracht wird“

## Traurigkeit

- „Wenn sie sieht, dass Mitbewohner Besuch erhalten“
- „Wenn sie durch Frau W. beleidigt wird“

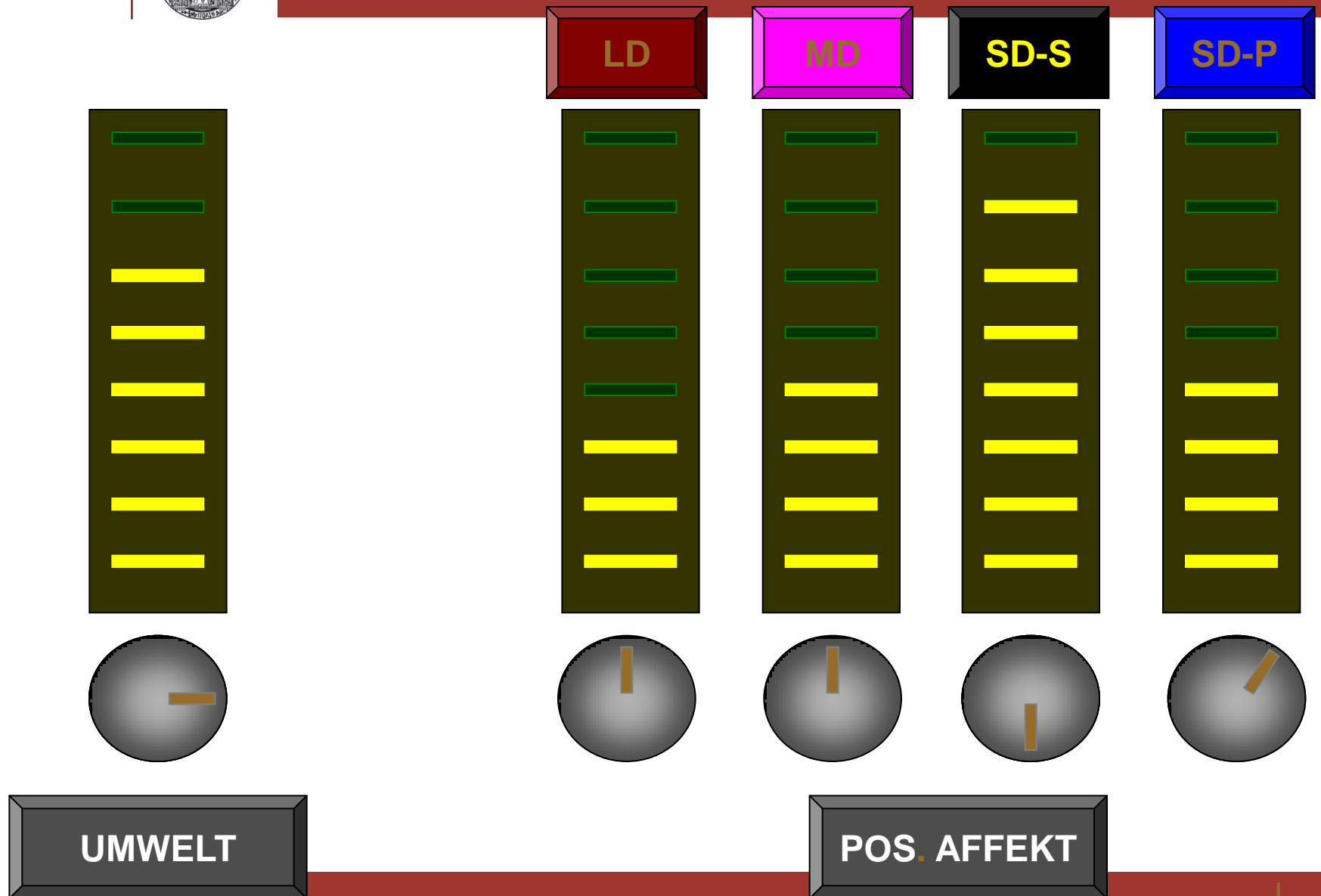


# Soziales Bezugssystem





# Struktur von LQ in Kompetenzgruppen





# Das Subjekt in der Medizin



Ludolf von Krehl  
1861 - 1937

Jeder Krankheitsvorgang stellt in Wirklichkeit etwas Neues dar, das noch nie da war und so nie wieder sein wird. Da hat im Einzelfalle die umfassende Berachtung zu erweisen. Sie beschäftigt sich also mit zwei Reihen von Vorgängen: mit den allgemeinen Beziehungen der Morphologie, Physiologie, Ätiologie und Pathogenese im menschlichen Organismus als solchem und mit der Umgestaltung des Typisch-Menschlichen durch die Persönlichkeit des einzelnen Menschen (aus: Pathologische Physiologie)

Krankheiten existieren nicht, wir kennen nur kranke Menschen.

Einerseits Akzentuierung der naturwissenschaftlichen Grundlage der medizinischen Forschung und Diagnostik als Voraussetzung für eine rational begründbare Therapie. Andererseits Hervorhebung ärztlicher Erfahrung als Grundlage für den offenen Blick auf die seelischen Bedingungen für Krankwerden und Kranksein.

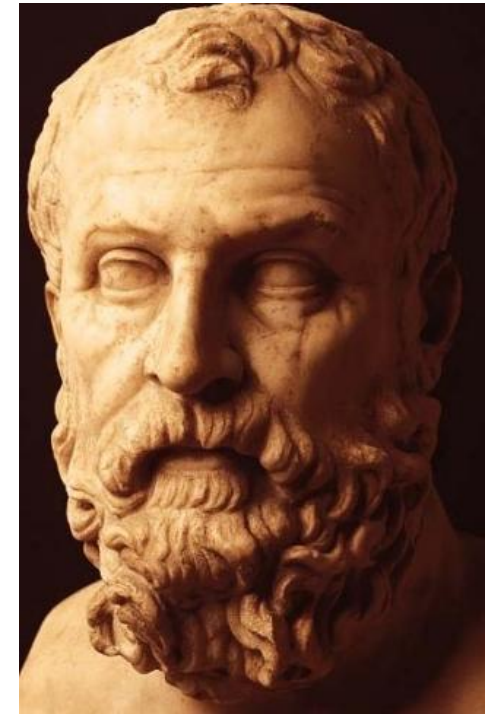
Verbindung von kausalem und teleologischem Denken



# Dysnomie vs. Eunomie

Dies die Athener zu lehren, befiehlt mir mein Herz: dass Dysnomie der Stadt sehr viel Unrecht bereitet, **Eunomie aber alles wohl ordnet** und, wie es sein soll, hervorbringt und beständig den Ungerechten Fesseln umlegt. Sie beendet Übermut, erniedrigt die Hybris und richtet gerade die krummen Rechtssprüche und mildert hochmütiges Tun; und es ist unter ihr alles im menschlichen Bereich, wie es sein soll, und vernünftig.

**Gerasko d'aiei polla didaskomenos**  
(Ich werde alt und lerne stets noch vieles hinzu)



Solon, ca. 640 - 560 v. Chr.



# Gestaltung des öffentlichen Raums

Freiheit besteht nur im politisch garantierten Zugang des Einzelnen zum öffentlichen Raum. Dieser öffentliche Raum steht dem privaten Bereich, in dem die Sorge um die Erhaltung des eigenen Lebens dominiert, gegenüber. Als Gedankenmodell dient das griechische Vorbild: Dem **Oikos**, dem Privathaus, dem Bereich für die Erhaltung des individuellen Lebens, steht die **Polis**, die Sphäre des Öffentlichen und des Gemeinwohls gegenüber.



**Hannah Arendt**  
1906 - 1975

Hannah Arendt 1959, Vita Activa