

# 1 Einleitung

Bettlägerigkeit kann viele Gründe haben. Sie tritt oft plötzlich ein, nach einem Unfall, einer Operation, akuten Ereignissen, wie einem Schlaganfall oder kommt schleichend daher, z. B. bei zunehmender Schwäche oder einer Demenz im fortgeschrittenen Stadium.

Der Betroffene wird zu einem »Pflegefall« und das im wahrsten Sinne des Wortes. In der Regel wird er medizinisch und pflegerisch gut versorgt. Er wird gelagert, Druckgeschwüren, Thrombosen sowie Kontrakturen werden vorgebeugt und er wird mit Nahrung versorgt.

Bei all diesen Interventionen geschieht es sehr leicht und wie es scheint, fast automatisch, dass die körperliche Ebene des bettlägerigen Menschen derart im Mittelpunkt steht, sodass die Persönlichkeit, der individuelle Ausdruck immer mehr in den Hintergrund gerät und schließlich ganz verloren geht.

Unser Anliegen ist es, einen Beitrag zu leisten, diese Menschen wieder in ihrer Ganzheitlichkeit wahrzunehmen, sie in ihrer Identität und Würde zu unterstützen und damit ihr Leben wieder menschlicher und lebendiger zu gestalten.

Dieses Buch wendet sich an Pflegerinnen und Pfleger in stationären Senioren- und Pflegeeinrichtungen, an freiwillig und ehrenamtlich Helfende, an Mitarbeitende der Sozialen Dienste in der Altenhilfe genauso wie an pflegende Angehörige.

Zunächst werden die psychischen Grundfunktionen des Menschen beschrieben, deren Berücksichtigung unerlässlich für eine ganzheitliche Betreuung ist. Es folgt eine übersichtliche Darstellung der wichtigsten heute verwendeten Pflege- und Betreuungskonzepte. Damit wollen wir dazu einladen, einen neuen Blickwinkel auf den zu betreuenden Menschen zu öffnen und darin unterstützen, die Pflege bettlägeriger Menschen für alle Beteiligten noch lebenswerter zu gestalten. Entsprechend werden dann innovative Gestaltungsmöglichkeiten für die »Lebensperspektive Bett« dargestellt. Anschließend werden die beiden in der Altenhilfe am häufigsten eingesetzten Pflegemodelle erläutert: Das Strukturmodell, welches noch mehr von einer ganzheitlichen Pflege ausgeht und die ABEDLs<sup>®</sup> nach Krohwinkel sollen zum einen deutlich machen, dass Körper und Geist in einem engen Zusammenhang stehen und zum anderen helfen, die nachfolgenden Anregungen zu einer guten Betreuung besser zu dokumentieren.

Die ausführlich beschriebenen praktischen Übungen zur individuellen Betreuung und Beschäftigung sind jeweils entsprechend der oben genannten Modelle deutlich gekennzeichnet, sodass sie für den beruflich interessierten

Leser mühelos in eine Pflege- oder Maßnahmenplanung integriert werden können.

Wir möchten Sie mit diesem Buch dazu anregen, eingefahrene Wege zu verlassen, die Perspektive zu wechseln, sich auf die Biografie und Erlebniswelt der ihnen anvertrauten Menschen einzulassen und sind sicher, dass nicht nur der alte, hilfebedürftige Mensch, sondern auch Sie viele innige Glücksmomente erleben werden.

Monika Pigorsch & Sabine Söhnchen-Korn

Oktober 2020

## 2 Die Seele soll nicht vor den Beinen sterben

Bettlägerige Menschen waren nicht immer ans Bett gebunden, so wie sie es heute sind. Unterschiedlichste Krankheitsbilder, Demenzen und seelische Störungen können diese Pflegebedürftigkeit verursacht haben.

Aus der Lebensbiografie geht hervor, welche Begabungen und Fähigkeiten der heute alte Mensch hat, welche Schwierigkeiten er bereits meistern konnte und wie er mit Krisensituationen umgegangen ist.

Die Generation, die heute alt und pflegebedürftig ist, ist oft noch von Kriegserlebnissen geprägt, hat zumeist Hunger und Not erlebt und musste sich immer wieder mit erheblichen persönlichen und materiellen Verlusten auseinandersetzen.

Sie ist aber auch Werten und Traditionen gefolgt, die ihr das Leben möglicherweise erleichtert haben. Verhaltensweisen wie Mut, Durchhaltungsvermögen, Disziplin, Rücksichtnahme und Fleiß haben oftmals das Leben bestimmt und Bewältigungsstrategien hervorgebracht, die im jetzigen Zustand als Ressourcen genutzt werden können.

Dennoch ist im Umgang mit bettlägerigen Menschen häufig zu bemerken, wie sich Gefühle wie Hilflosigkeit, Angst und Resignation Raum verschaffen, die zunehmend von Antriebslosigkeit bis hin zu Apathie führen können. Vielfach kommen besonders im Alter bis dahin verdrängte traumatische Erlebnisse ins Bewusstsein, die ebenfalls in der Betreuung bearbeitet werden wollen.

Professor Erwin Böhm, österreichischer Pflegeforscher, spricht in diesem Zusammenhang davon, »dass die Seele vor den Beinen stirbt und jeder Mensch zum Leben Seelenenergie benötigt«. Zu der Seele und zu den Empfindungen müssen wir vordringen, um Menschen mit psychischen und körperlichen Belastungen unterstützen zu können.

Somit ergibt sich von selbst, dass sich Pflege und Betreuung nicht nur auf die körperliche und geistige Ebene beschränken darf, sondern in erster Linie individuelle und persönliche »Beziehungsarbeit« sein muss.

Die Grundvoraussetzung für eine gelungene Beziehung ist die Kommunikation. Neben der verbalen Sprache, die im Krankheitsverlauf oft immer reduzierter möglich sein kann, sollte die Aufmerksamkeit auf die nonverbale Kommunikation gerichtet sein. Darunter wird hier besonders die Beobachtung und der bewusste und reflektierte Einsatz von Mimik, Gestik, Körperhaltung, Tonfall, Atmung und natürlich der Blickkontakt verstanden. Körpersprache ist die Sprache der Gefühle. Sie ist oft authentischer als das gesprochene Wort und wird bis zum Tode »gesprochen« und verstanden.

Gute Pflege ist sicher die erste wichtige Voraussetzung zur Erhaltung des Wohlbefindens, seelische Begleitung aber der zweite, unerlässliche Baustein zur Erhaltung von Lebenssinn und positivem Ich-Gefühl, damit »die Seele vor den Beinen bewegt wird«.

## 3 Psychische Grundfunktionen

Die psychischen Grundfunktionen sind Parameter für seelische und körperliche Gesundheit/Krankheit und deren Berücksichtigung ist notwendig für die zielgenaue Planung eines Betreuungs- und Beschäftigungsangebotes.

Die relevanten psychischen Funktionsbereiche sind:

- Bewusstsein
- Antrieb
- Affektivität
- Gedächtnis
- Denken
- Wahrnehmung

Im Folgenden werden diese Funktionen kurz beschrieben und mit Hinweisen für die Pflege und Betreuung bettlägeriger Menschen versehen.

### 3.1 Bewusstsein

Unter Bewusstsein wird das Erleben mentaler Zustände eines Individuums verstanden, die sich aus komplexen neurophysiologischen Prozessen ergeben.

»Es beinhaltet die Grundelemente aller psychischen Abläufe und Funktionen«<sup>1</sup> und ist die Voraussetzung, um äußere Sinnesreize und innere Prozesse zu verarbeiten.

Bewusstseinsstörungen liegen vor, wenn die Orientierung herabgesetzt und der Wachzustand (Vigilanz) gemindert ist, wodurch das Denken, Handeln und Fühlen des betroffenen Menschen stark beeinflusst wird.

---

1 Elisabeth Höwler, Gerontopsychiatrische Pflege, Schlütersche Verlag 2000

Vigilanzstörungen sind:

- Benommenheit: der Betroffene ist verlangsamt, nimmt die Umgebung nur unpräzise wahr und reagiert entsprechend diffus, die Orientierung ist lückenhaft.
- Somnolenz: der Betroffene ist schläfrig, befindet sich in einer Art Dämmerzustand, reagiert jedoch auf deutliche Ansprache und Berührung.
- Sopor: der Betroffene befindet sich in einem Zustand des Tiefschlafs, reagiert nur noch auf stärkste Reize und ist nur für kurze Momente erweckbar.
- Koma: der Betroffene befindet sich in tiefer Bewusstlosigkeit, reagiert nicht auf Reize, ist nicht erweckbar.

Ist das Bewusstsein herabgesetzt, die Reaktionen verlangsamt und die Orientierung gestört, sollte auf Angebote zurückgegriffen werden, die diese Zustände berücksichtigen und den Mangel lindern. Vielversprechende Betreuungsmöglichkeiten sind hier die Basale Stimulation und das Snoezelen (► Kap. 6 – Betreuungskonzepte), bei der die Wahrnehmung über die Sinne angesprochen, gefördert und aktiviert wird.

## 3.2 Antrieb

Der Antrieb ist Voraussetzung für jedes Handeln, Denken und Fühlen und ist bei jedem Menschen individuell ausgeprägt. In der Arbeit mit alten Menschen kennen wir als Auffälligkeiten

- die gesteigerte motorische Unruhe
- den verminderten Antrieb, bis hin zur Apathie.

Der Antrieb ist zunächst eine wichtige Ressource für bettlägerige Menschen. Durch eigenes Aufsetzen, Bewegen, Drehen werden viele Risiken, die das überwiegende Liegen im Bett mit sich bringt, vermieden. Deshalb gehört es zu unserer Aufgabe diese noch vorhandene Aktivität zu erhalten. Wir fördern und unterstützen den Wunsch nach Bewegung zum einen durch aktive und passive Bewegungsübungen, zum anderen durch die Gestaltung des Lebensraums Bett, indem wir Taschen, kleine Regale in unmittelbarer Nähe anbringen, um die Autonomie des Kranken zu erhalten und die Bewegungsabläufe positiv zu beeinflussen.

Bei motorischer Unruhe können wiederum Angebote aus dem Bereich basaler Stimulation eingesetzt werden. Aber auch ein insgesamt verstärkter Betreuungseinsatz kann helfen, die Unruhe in sinnvoll kanalisierte Aktivität umzuwandeln.

Bei stark reduziertem Antrieb ist es unsere Aufgabe, die Apathie zu durchbrechen und den Menschen zu aktivieren. Sehr häufig finden wir gerade unter den bettlägerigen Bewohnern in einer Altenhilfeeinrichtung Menschen, die an einer Depression erkrankt sind, die sich ins Bett zurückgezogen haben und bei denen kaum noch eigener Antrieb zu erkennen ist. Bei diesem Krankheitsbild hilft uns die Selbsterhaltungstherapie nach Romero (► Kap. 6.4), um das verletzte »Selbst« des Kranken wieder aufzurichten. Der Antrieb kann durch das Finden von Zielen und Sinnhaftigkeit unterstützt und reaktiviert werden.

### 3.3 Affektivität

Der Affekt beschreibt die Grundstimmung eines Menschen, sowie den Ausdruck und Umgang mit aktuellen Emotionen, wie z. B. Freude, Trauer, Wut oder Angst.

Störungen des Affektes, die besonders im Alter auftreten können, sind:

- Affektlabilität: darunter versteht man stark schwankende Stimmungslagen, Lachen und Weinen wechseln sich rasch ab, für Außenstehende oft ohne erkennbaren Grund.
- Affektinkontinenz: hier können die Gefühle nicht beherrscht werden und schon bei kleinen Anlässen überschießen und unangemessen wirken.
- Affektarmut: es werden kaum Gefühle gezeigt, der Betroffene erscheint gleichgültig und teilnahmslos.
- Depressive Stimmungslage: die Erlebenswelt ist negativ eingefärbt, der Betroffene ist lustlos, oft ohne Hoffnung auf Besserung, schwermütig und ist unfähig, positive Gefühle zu erleben. Auch die Gefühle der Leere und Sinnlosigkeit werden häufig beschrieben.
- Dysphorie: stellt einen Zustand von gereizter, missmutiger Stimmung dar, der Betroffene ist mürrisch, durch nichts zufrieden zu stellen, es besteht die Möglichkeit aggressiver Reaktionen.

Bei all diesen Gefühlsäußerungen gilt grundsätzlich, sie ernst zu nehmen und angemessen darauf zu reagieren. Bei dementiell erkrankten Personen ist die Königsdisziplin die Validation, d. h., den Menschen in seiner eigenen Gefühls- und Erlebenswelt zu begleiten, ohne ihn zu korrigieren oder auf unsere »Wahrheitsebene« heben zu wollen.

Auch das psychobiografische Modell nach Böhm (► Kap. 6.3) hilft, den in seinem Affekt eingeschränkten Menschen, für uns erreichbar zu machen und gezielt betreuen zu können.

Bei kognitiv wenig eingeschränkten Personen kann darauf geachtet werden, dass gemäß dem operanten Konditionieren, »positives« und erwünsch-

tes Verhalten durch Lob und Zuwendung verstärkt, »negatives« Verhalten durch weniger Beachtung negiert und reduziert wird.

Allgemein sollten hier Angebote durchgeführt werden, die das Selbstwertgefühl und die Identität stärken und Raum geben eigene Gefühle wahrzunehmen und ausleben zu können (► Kap. 6).

## 3.4 Gedächtnis

Die Aufgabe des Gedächtnisses ist die Aufnahme, Speicherung, Verarbeitung und das Wiederabrufen von Informationen. Für diese Arbeit stehen verschiedene Informationsspeicher mit unterschiedlicher Kapazität zur Verfügung.

- Gedächtnisstörungen können das Lang- und/oder Kurzzeitgedächtnis betreffen, damit die Merkfähigkeit beeinflussen und können unterschiedlich stark ausgeprägt sein.
- Gedächtnislücken können besonders bei dementiell veränderten Menschen durch erfundene Inhalte gefüllt werden (Konfabulation).
- Außerdem kennen wir die Amnesie, den Erinnerungsverlust, wobei einzelne Inhalte noch lückenhaft vorhanden sein können.
- Bei der Zeitgitterstörung ist die Chronologie der Erinnerungen gestört, es kann zu Trugerinnerungen und Erinnerungstäuschungen kommen.

Das Gedächtnis ist die Erinnerungskammer unseres Lebens. Hier sind alle relevanten Daten abgelegt, auf die zurückgegriffen werden kann, wenn sie benötigt werden. Gedächtnisstörungen werden von dem erkrankten Menschen als starke Beeinträchtigung empfunden, oft wird mit Unsicherheit und Rückzug reagiert, in fortgeschrittenem Stadium kann die eigene Identität und Persönlichkeit immer mehr abhandenkommen.

Betreuend wirken wir auf Menschen mit Gedächtnisstörungen ein, indem wir mit ihnen über bekannte Gegenstände und Sinneswahrnehmungen Erinnerungen hervorrufen (Rückschuarbeit nach Pigorsch, ► Kap. 6). Eine weitere Möglichkeit ist ein spielerisches und stressfreies Gedächtnistraining, dies ist jedoch nur sinnvoll, wenn noch Ressourcen im Kurzzeitgedächtnis vorhanden sind. Das 24-Stunden-ROT (► Kap. 6) sollte dagegen regelmäßig und von allen an der Pflege und Betreuung beteiligten Personen durchgeführt werden. Unerlässlich sind alle Formen von Maßnahmen, die die Identität und das Selbstwertgefühl des erkrankten Menschen unterstützen, wie z. B. im person-zentrierten Ansatz nach Kitwood beschrieben (► Kap. 6.1).

### 3.5 Denken

Das Denken umfasst den Prozess, Gegenstände zu erkennen, zu verstehen, zu unterscheiden und in vorhandene Inhalte einordnen und beurteilen zu können. Durch Denken erfassen wir die innere und äußere Wirklichkeit, erkennen Möglichkeiten, besitzen Kritikfähigkeit.

Störungen können Auftreten beim formalen Denken, d. h., der Gedankenablauf ist beeinträchtigt. Hier kennen wir

- die Denkverlangsamung,
- die Denkhemmung,
- das umständliche Denken,
- das Abreißen der Gedanken oder
- das beschleunigte, ideenflüchtige Denken.

Darüber hinaus gibt es Denkstörungen auf der inhaltlichen Ebene, d. h. das Denken wird durch Gefühle in eine bestimmte Richtung gelenkt. Hier kennen wir

- das zwanghafte Denken,
- Phobien,
- überwertige Ideen bis hin zum Wahn.

In die gestörte Gedankenwelt eines Menschen vorzudringen bedingt ein großes Maß an Geduld und Aufmerksamkeit. Zwanghaftes Denken oder wahnhaftige Überzeugungen haben für den Erkrankten in der Regel Realitätscharakter, sind für den Helfenden jedoch oft nur schwer nachvollziehbar. Hier ist es wenig hilfreich, das Denksystem beeinflussen zu wollen, es bietet sich eher an, die Gefühlswelt zu erfassen. Das psychobiografische Modell nach Böhm (► Kap. 6.3) gibt uns Hilfestellung im Umgang, wenn wir die Stufe erkennen, auf der sich der erkrankte Mensch zurzeit befindet. Wir können dann seine Gefühlswelt wahrnehmen und auf diese reagieren.

Vielfach stehen auch Sicherheit gebende und vertrauensbildende Maßnahmen im Vordergrund der Betreuung.

### 3.6 Wahrnehmung

Darunter versteht man das Aufnehmen von Eindrücken durch die Sinnesorgane. Die Wahrnehmung wird durch das Denken und Fühlen beeinflusst.

Wahrnehmungsstörungen sind häufig organisch bedingt. Bevor wir also davon ausgehen, dass andere Gründe vorliegen, müssen wir uns von der

physiologischen Gesundheit der Sinne (Hören, Sehen, Riechen, Schmecken, Fühlen und Tasten) überzeugen.

Wahrnehmungsstörungen ohne organische Ursache sind:

- Die Illusion: etwas tatsächlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten, als es wirklich ist. Diese Täuschung ist korrigierbar.

Sinnestäuschungen können Unsicherheit und Ängste auslösen und stark beeinträchtigend sein. Auch hier gilt es, den betroffenen Menschen unbedingt ernst zu nehmen. Oftmals hilft Zuwendung, die Umgestaltung des Zimmers, die Verbesserung der Lichtverhältnisse oder die Neugestaltung der Bodenstruktur. Um die Wahrnehmung zu verbessern bieten sich Übungen aus dem Bereich der basalen Stimulation, sowie Körper- und Bewegungsübungen an (► Kap. 6 – Betreuungsangebote).

- Die Halluzination: hier wird ohne äußeren Reiz etwas wahrgenommen, was für andere nicht wahrnehmbar ist. Für den Betroffenen haben sie die Echtheit und Gültigkeit einer realen Wahrnehmung.

Hier ist es neben einer sinnvollen medikamentösen Therapie die Aufgabe des Betreuenden, den bettlägerigen Menschen zu begleiten, Krisen zu mildern, die Wahrnehmung zu fördern und Sicherheit zu vermitteln.



**Merke:** Alle psychischen Grundfunktionen bedingen einander und wirken sich wechselseitig aufeinander aus. Faktoren, die sich grundsätzlich ungünstig auswirken, sind Reizarmut, Unter- und Überforderung, Mangel an Stimulation und Kontakt.