

Grundsatzstellungnahme

Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz in stationären Einrichtungen



Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Lützowstraße 53

45141 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Diese Grundsatzstellungnahme wurde erarbeitet von einem Projektteam der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) der MDK-Gemeinschaft im Auftrag und unter Beteiligung des MDS sowie unter Beteiligung des Kompetenz-Centrums Geriatrie.

Autoren:

Jürgen Brüggemann (Leitung bis 25.11.2008), MDS

Uwe Brucker (Leitung ab 25.11.2008), MDS

Dr. Ernst Eben, MDK Bayern

Bernhard Fleer (Leitung ab 25.11.2008), MDS

Dr. Hans Gerber, MDK Bayern

Karin Kurzmann, MDK Bremen

Sybille Ziegert (bis 30.11.2007), Kompetenz-Centrum Geriatrie (beim MDK Nord)

Dr. Norbert Lübke (ab 01.12.2007), Kompetenz-Centrum Geriatrie (beim MDK Nord)

Review:

Dr. Klaus Maria Perrar, Abteilung für Gerontopsychiatrie, LVR-Klinik Düren

Christine Riesner, Dialogzentrum Demenz, Universität Witten-Herdecke

Gestaltung:

BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG

45479 Mülheim an der Ruhr

Fotos:

Claudia Thoelen

Herstellung & Druck:

asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg

50829 Köln

November 2009

Vorwort

Alleinstehend, hochaltrig und multimorbid sind Charakteristika der heutigen Pflegeheimbewohner, die meisten von ihnen sind Frauen. Häufigste Ursache für den Umzug eines Menschen in ein Pflegeheim ist dabei die Demenz oder eine andere schwere psychische Erkrankung. Demenz ist eine fortschreitende und weitestgehend nicht heilbare Krankheit, geprägt von mentalen Funktionsstörungen. Viele Patienten durchleben Gedächtnisverlust, Sprachstörungen, Desorientierung und Persönlichkeitsveränderungen. Probleme bei der Alltagsbewältigung und Vernachlässigung der eigenen Person sind nur der Beginn des fortschreitenden Abbaus ehemals selbstverständlicher Fähigkeiten. Gleichwohl behalten viele Patienten in der Krankheit ihre charakteristischen Wesenszüge und persönlichen Eigenarten.

Menschen mit Demenz sind in hohem Maße von fremder Hilfe abhängig. Sie können ihre Interessen, Bedürfnisse und Rechte nicht mehr ausdrücken und geltend machen. Dies stellt hohe Anforderungen an die fachliche und menschliche Kompetenz der Helfenden. Daher gilt es, die Kompetenz der Pflegenden zu stärken, damit sie mit einem entwickelten, fachlichen und moralischen Urteilsvermögen und einem spezifischen Repertoire an Handlungsmöglichkeiten leichter im Dilemma zwischen Autonomie und Fürsorge agieren und neue Prioritäten setzen können. Das Verhalten von Demenzkranken wird von ihrer Umgebung oft als herausfordernd empfunden, weil sie den Wunsch nach Strukturierung und Generalisierung zur Disposition stellen. Menschen mit Demenz stellen die gesellschaftlich herrschenden Werte Individualisierung, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung auf eine Nagelprobe: Es ist die gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die unmittelbar Betroffenen von Demenz nicht alleine zu lassen.

Diese Grundsatzstellungnahme möchte professionell Pflegende und ehrenamtlich Unterstützende sowie pflegende Angehörige informieren und im Pflegealltag unterstützen. Die MDK-Gemeinschaft stärkt mit dieser Grundsatzstellungnahme die ihr in § 112 Abs. 3 SGB XI vom Gesetzgeber übertragene Beratungsfunktion gegenüber den Pflegeeinrichtungen.

Die Grundsatzstellungnahme wurde von einem Projektteam aus Pflegefachkräften und Ärzten der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ unter Beteiligung des Kompetenz-Centrums Geriatrie und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen erarbeitet. Den Autoren und den Reviewern sei an dieser Stelle für die geleistete Arbeit herzlich gedankt.



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

Literaturrecherche

Dieser Grundsatzstellungnahme liegen einschlägige deutsch- und englischsprachige Publikationen zu Grunde. Bei der systematischen Literaturrecherche wurden Arbeiten aus dem Zeitraum 2000 bis 2006 eingeschlossen. Ergänzend wurde auch auf Literatur aus den Jahren vor 2000 bzw. aus dem Jahr 2007 zurückgegriffen. Im Rahmen des Reviewprozesses wurden zuletzt noch aktuelle Veröffentlichungen bis einschließlich Oktober 2009 berücksichtigt.

Die systematische Literaturrecherche wurde im September 2006 in den Datenbanken Medline, Gerolit und CINAHL durchgeführt.

Als Keywords bei der Literatursuche wurde u.a. gesucht nach „Demen?“ AND „Langzeitpflege“ OR „stationäre Pflege“ OR „long term care“ OR „nursing home“ OR „geriatric psychiatry“ AND

- „Assesement“ OR „Instrument“ OR „Test“
- „Milieu“ (Milieuthherapie, Milieugestaltung) OR „Lebenswelt“ OR „Biografie“
- „Wohngruppe“ OR Hausgemeinschaft OR „Wohngemeinschaft“
- „Oase“ OR „drei Welten“
- „Beschäftigung“
- „Kommunikation“
- „Angehörige“ OR „member“
- „Qualitätsmessung“ OR „Ergebnisqualität“ OR „outcome“
- „Dementia care Mapping“ OR „DCM“
- „Heidelberger Instrumentarium zur Messung der Lebensqualität“
- „Validation“
- „Snoezelen“
- „Realitätsorientierungstraining“
- „professionelle Pflege“ OR professional care“
- „Belastung“ OR „Burn out“

Die vollständige Recherchestrategie ist der Anlage 1 zu entnehmen. Es ergaben sich ca. 1.500 Treffer, von denen Abstracts überprüft worden sind. Nach Bewertung der Abstracts wurden ca. 220 als relevant eingestufte Arbeiten in die Volltextanalyse einbezogen und in der Stellungnahme berücksichtigt.

Inhaltsverzeichnis

Literaturrecherche.....	4
Inhaltsverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis.....	9
Tabellenverzeichnis.....	9
Einleitung.....	10
1 Ergebnisqualität und Nutzerperspektive in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.....	13
1.1 Modelle der Lebensqualität.....	16
1.2 Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz....	17
1.2.1 Dementia Care Mapping (DCM).....	20
1.2.2 H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pfleheinrichtungen).....	22
1.2.3 Ergebnisse der Messung der Lebensqualität bei an Demenz Erkrankten.....	24
1.2.4 Fazit.....	25
2 Epidemiologie der Demenz.....	27
3 Demenzformen und Schweregrade.....	31
4 Medizinische Diagnostik und Therapie sowie unterstützende therapeutische Möglichkeiten.....	41
4.1 Diagnostik bei Demenzerkrankungen.....	42
4.2 Haus- und fachärztliche Betreuung von Menschen mit Demenz....	45
4.3 Medikamentöse Therapien.....	47
4.4 Rehabilitative Versorgung.....	53
4.5 Weitere unterstützende Maßnahmen.....	55
5 Rechtliche und ethische Aspekte.....	59
5.1 Rechtliche Grundlagen.....	60
5.2 Betreuung: Hilfe statt Bevormundung.....	60
5.3 Vorsorgevollmacht.....	61
5.4 Betreuungsverfügung.....	62

5.5	Betreuer	63
5.6	Aufgabenkreise	63
6	Professioneller Zugang in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz	69
6.1	Exkurs 70	
6.2	Theoretische Modelle	71
6.3	Kommunikation und Beobachtung	72
6.4	Verstehen.....	73
6.5	Begriff „herausforderndes Verhalten“	78
6.6	Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen.....	81
7	Pflegerisches Assessment	85
7.1	Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit... 88	
7.1.1	Mini Mental Status Test – MMST	88
7.1.2	Demenz Detection Test – DemTect	90
7.1.3	Clock Completion Test – CC.....	91
7.1.4	Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung – TFDD	92
7.2	Instrumente zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome (herausforderndes Verhalten).....	93
7.2.1	Cohen-Mansfield Agitation Inventory – CMAI.....	94
7.2.2	Geriatrische Depressionsskala – GDS (Kurzversion).....	95
7.2.3	Neuropsychiatric Inventory (NPI)	96
7.2.4	Nurses’ Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER).....	97
7.3	Instrumente zur Einschätzung von Selbständigkeit und Risiken	99
7.3.1	Barthel Index (BI)	99
7.3.2	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD, englische Fassung PAINAD)	100
7.3.3	Functional Independence Measure (FIM)™	103
7.3.4	Mini Nutritional Assessment – MNA™	104
8	Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung.....	107

8.1	Milieutherapie.....	109
8.2	Personenzentrierte Pflege nach Kitwood.....	110
8.3	NICE Leitlinie 42.....	112
8.4	Palliativpflege, Schmerzmanagement und Pflege am Lebensende bei Demenzkranken	116
8.5	Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft.....	116
8.6	Validation	118
8.7	Erlebensorientierte Pflege - mäeutischer Ansatz.....	123
8.8	Basale Stimulation.....	126
8.9	Psychobiographisches Modell nach Erwin Böhm	128
8.10	Realitätsorientierungstraining	131
8.11	Reminiszenz-Therapie (REM).....	132
8.12	Erinnerungspflege.....	133
8.13	Zehn-Minuten-Aktivierung	135
8.14	Therapeutischer Tischbesuchsdienst (TTB).....	136
8.15	Tiere im Heim	137
8.16	Snoezelen	140
8.17	Aromapflege.....	142
8.18	Musik in der Pflege	142
8.19	Humor in der Pflege	144
9	Versorgungskonzepte für den stationären Bereich.....	147
9.1	Integration und Segregation.....	151
9.2	„Special Care Units (SCU)“	152
9.3	Domus Unit	152
9.4	Cantou-Modell	152
9.5	Anton Piek-Hofje	153
9.6	Schweden-Modell	153
9.7	Haus- und Wohngemeinschaften	154
9.8	Forschungslage	155
9.9	Oase-Modell	157

9.10 Hospiz, Palliative Care und Demenz	160
9.11 Schlussfolgerungen	160
10 Besondere Anforderungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens....	163
10.1 Pneumonieprophylaxe	164
10.2 Sich bewegen.....	166
10.3 Kommunikation.....	171
10.4 Essen und Trinken	174
10.5 Ausscheiden	179
10.6 Ruhen und Schlafen	180
10.7 Sich beschäftigen	181
10.8 Schmerzen	184
11 Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen	187
11.1 Entwicklung eines Konzepts zur systematischen Angehörigenarbeit	192
12 Managementaufgaben	195
13 Besondere Anforderungen an die Pflegeplanung.....	201
14 Empfehlungen zur Good Practice anhand von Erfahrungen aus Modellprojekten	205
15 Literaturverzeichnis	209
16 Anlage.....	229

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der Zahl der Demenzkranken (65 Jahre und älter) (Bickel, H. 2006)	28
Abbildung 2:	Mittlere Prävalenzrate der Demenz in Abhängigkeit vom Alter (Bickel, H. 2006).....	29
Abbildung 3:	Mittlere Inzidenzrate der Demenz pro Jahr in Abhängigkeit vom Alter (Bickel, H. 2006).....	29
Abbildung 4:	Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz (NDB-Modell) nach Kolanowski, A.M. 1999, Darstellung in Anlehnung an Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006.	75

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Demenz.....	18
Tabelle 2:	Übersicht über die Verfahren DCM, H.I.L.D.E.	23
Tabelle 3:	Demenzformen und assoziierte Verhaltensweisen (Halek, M. & Bartholomeyczik, S. 2006).....	35
Tabelle 4:	Demenz, Delir und Depression im Vergleich (Perrar, K.M.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe (2007) S. 128: Tab. 8.5).....	36
Tabelle 5:	Klinische Einschätzung des Schweregrades einer Demenz (CDR) (Ivemeyer, D., Zerfaß, R. 2005).....	37
Tabelle 6:	BEERS-Liste (überarbeitet) (nach Sachverständigenrat 2009).....	50
Tabelle 7:	Vier Stadien der Desorientiertheit (Gehrs, M. 2001)	121
Tabelle 8:	Mäeutisches Konzept, Validation und Drei-Welten-Modell (Maciejewski, B. et al. 2001)	125

Einleitung

Menschen¹ mit Demenz haben aufgrund der krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen nicht nur einen höheren und sondern vor allem einen anders gearteten Bedarf an professioneller Pflege und psychosozialer Betreuung als andere Heimbewohner. Die Demenzerkrankung beeinflusst auf vielfältige Weise den Lebensalltag der Betroffenen und deren Beziehungs- und Interaktionsfähigkeit zu ihrer sozialen Umwelt. Der meist langjährige Krankheitsverlauf führt zu dauerhaften Einschränkungen im Alltagsleben. Hierdurch werden auch die Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und die Lebensqualität maßgeblich beeinflusst. Die Qualität der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz beeinflusst nicht nur deren Lebensgefühl, sondern auch das ihrer Angehörigen.

Eine zentrale Erlebnisdimension des Menschen mit Demenz ist die Angst (Wojnar, J. 2001). Auf dieses Erleben reagieren die Betroffenen mit unterschiedlichen Verhaltensweisen, die sich im Lebensalltag zeigen und auf Außenstehende oft rätselhaft, befremdlich bis bedrohlich wirken (herausforderndes Verhalten).

Alltagsrelevant sind z.B. Symptome wie Unruhezustände, Apathie, depressive Stimmungen mit Suizidalität, Desorientiertheit, Sinnestäuschungen oder aggressive und abwehrende Verhaltensweisen. Diese bedingen notwendigerweise einen erhöhten Betreuungsbedarf und eine besondere Interaktion und Kommunikationskultur mit den Betroffenen. Erschwerend kommt für einen Teil der Menschen mit Demenz hinzu, dass sie, je nach Biographie und Erkrankungsdauer, nur lückenhaft oder gar nicht in soziale Netze über das Heim hinaus eingebunden sind. Da also eine soziale Unterstützung außerhalb der Institution Heim in diesen Fällen nur in geringem Umfang existiert, sind die anderen Heimbewohner und die professionell Pflegenden häufig die einzigen Bezugspersonen.

Die Sicherstellung einer angemessenen Pflege und Betreuung kann nur gelingen, wenn alle beteiligten Professionen gut miteinander vernetzt sind im Sinne einer fachkompetenten, wertschätzenden Kooperation. Eine besondere Rolle kommt hierbei der gelingenden Zusammenarbeit von Haus- bzw. Facharzt und den Pflegenden zu. Die Grundsatzstellungnahme stellt den aktuellen Stand des Wissens zur Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz dar, wobei die Perspektive des Betroffenen und seiner Angehörigen im Hauptfokus dieser Stellungnahme steht.

¹ Auf eine "weibliche Grammatik" wird mit Rücksicht auf die Lesbarkeit verzichtet. Die Leserinnen werden um Verständnis gebeten.

Die Herangehensweise an die Krankheit, an die Patienten und an die damit in Zusammenhang stehenden Rahmenbedingungen erfolgt aus unterschiedlichen Perspektiven. Ausgangspunkt einer Grundsatzstellungnahme des Medizinischen Dienstes ist die biomedizinische und klinische Darstellung des Stands des Wissens. Darin enthalten ist auch die Erkenntnis, dass die Demenzerkrankungen in der Regel nicht heilbar sind und es deshalb gilt, die endliche Krankheitszeit für die Hauptbetroffenen (das sind der Patient und seine Angehörigen) in einer humanen und fachlich begründeten Weise zu gestalten. Grundlage aller Überlegungen und Handlungen sollten die Perspektiven der Patienten selbst, ihrer Angehörigen und der unmittelbar mit der Versorgung befassten Menschen sein. Damit sind die psychologischen und soziologischen Perspektiven beim Verstehen von Demenz ebenso angesprochen wie die philosophischen und spirituellen. Ethisches Handeln hat unterschiedliche Bezugspunkte, die immer wieder im Netzwerk der Beteiligten kommuniziert werden müssen. Die Autoren dieser Grundsatzstellungnahme haben bewusst darauf verzichtet, die angesprochenen Dimensionen jeweils gesondert zu würdigen; sie ergeben sich aus der Darstellung der vorgestellten Herangehensweisen implizit.



1

**Ergebnisqualität und Nutzerperspektive
in der Pflege und Betreuung von Menschen
mit Demenz**

Dieses Kapitel der Grundsatzstellungnahme stellt die Nutzerperspektive und die Darstellung der Ergebnisqualität bei der Pflege von Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt. Damit soll die zentrale Bedeutung der Perspektive des Bewohners und ihrer Berücksichtigung bei der Planung und Umsetzung von Betreuung und Pflege betont werden. In den nachfolgenden Kapiteln werden dann neben den medizinischen Grundlagen die Eckpunkte der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz dargestellt.

Kommunikation und Beziehungsaufbau haben beim Umgang mit Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zentrale Bedeutung.¹ Nur wenn diese Beziehungsaufnahme gelingt, kann eine gute Ergebnisqualität der Pflege unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des Menschen mit Demenz mit der Zielsetzung einer möglichst hohen Lebensqualität im Pflegealltag erreicht werden. Zunehmend wird in der Diskussion über Pflegequalität die Berücksichtigung der Bewohnersicht zur Pflege eingefordert. Innerhalb dieser Auseinandersetzung fordern einige Autoren eine Differenzierung der Aspekte, die Bewohner und Angehörige beurteilen können und andere, die sich aufgrund fehlenden fachlichen Hintergrundwissens einer Beurteilung durch diese Gruppe entziehen (Roth, G. 2002). Zentrale Aspekte bei der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern sind demnach Prinzipien, die sich direkt aus den Grundsätzen der Menschenwürde (Roth, G. 2002, S. 24) ergeben. Hierzu gehören Qualitätskriterien wie Würde, Gewährleistung der Privatsphäre, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, Autonomie, Freiheit und Sicherheit. Roth kritisiert in seiner Expertise (2002 ebd.) zu Recht den „in der Praxisliteratur zu vernehmenden „schlichten Schluss“, es zähle im Hinblick auf die Bewertung der Pflegequalität und zur Wahrung der Kundenorientierung alleine die Befragung von Bewohnern“ und bezeichnet diesen Ansatz als „irreführend“ (ebd.), da unter anderem Fachwissen für die Bewertung komplexer Sachverhalte notwendig ist, das auf Bewohnerseite nicht vorhanden ist.

Konzeptionelle Ansätze sollen helfen, eine an den individuellen Bedürfnissen des Menschen mit Demenz orientierte, qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung in den Pflegealltag umzusetzen. Dafür eignen sich unter anderem die vorgestellten Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität und Wohlbefinden als ein zentraler Ergebnisbereich der pflegerischen Versorgung. Mit ihnen kann unter anderem der Einfluss von pflegerischen Interventionen auf die Lebensqualität von Menschen mit Demenz gemessen werden. Bei der Umsetzung derartiger Verfahren sollte immer berücksichtigt werden, dass diese überwiegend Fremdbeobachtungsverfahren sind. Es sollte zusätzlich immer versucht werden, zu allererst den Menschen mit Demenz direkt zu befragen und nicht vorschnell zu entscheiden, dass „er sich ja doch nicht mehr dazu äußern kann“. Nur dann sind Ziele wie Selbstbestimmung und Autonomie umsetzbar.

¹

Eine praxisorientierte Analyse der direkten Befragung von Menschen mit Demenz zeigt, dass Personen mit Demenz ihre Wünsche und Bedürfnisse auch dann artikulieren, wenn die demenzielle Behinderung schon weiter fortgeschritten ist (Niebuhr, M. (2004).

Die von Trägervereinigungen und wissenschaftlichen Institutionen kritisierten knappen Ressourcen und „schlechten“ Rahmenbedingungen in der Altenpflege bedürfen angesichts der Zunahme der demenziell veränderten Personen und der damit zusammenhängenden anspruchsvollen Aufgabenstellung der v.a. qualitativen fachpolitischen Diskussion.

Die Nutzerperspektive hat im Rahmen der Messung von Ergebnisqualität an Bedeutung gewonnen, wird aber u.a. bisher auch bei Qualitätsprüfungen nach §§ 112 ff SGB XI bei nicht auskunftsfähigen Bewohnern nicht erhoben. Es bestehen bisher noch erhebliche methodische Probleme mit der Abfrage globaler oder spezieller Zufriedenheit mit Pflegeleistungen, insbesondere durch die mögliche Verzerrung durch Effekte der sozialen Erwartung (BMFSFJ 2002 Expertise „Qualität in Pflegeheimen). Aufgrund der mit einer demenziellen Erkrankung einhergehenden kognitiven, physischen und psychischen Veränderungen können zahlreiche Verfahren und Assessmentinstrumente, die zur Messung der Lebensqualität bei medizinischen und pflegerischen Interventionen entwickelt wurden, nicht durchgeführt werden und sind für diesen Personenkreis nicht ausreichend validiert (zum Beispiel Bewohnerfragebogen und Interviews).

Logsdon, R.G. (2002) begründet die Notwendigkeit der demenzspezifischen Erfassung von Lebensqualität damit, dass nur demenzspezifische Instrumente feststellen könnten, ob die Therapie- und Pflegekonzepte im Demenzbereich wünschenswerte Effekte haben.

Schon entwickelte theoretische Modelle zur Lebensqualität wurden daraufhin an die spezielle Lebenssituation von an Demenz erkrankten Menschen angepasst (Brod, M. et al. 1999, Lawton, M.P. 1994, Walker, M.D. et al. 1998, Whitehouse, P.J. et al. 1997). Das führte im angloamerikanischen Raum zur Entwicklung von krankheitsspezifischen Messinstrumenten der Lebensqualität, die bisher nur vereinzelt im deutschsprachigen Raum übersetzt und validiert wurden. Diese Assessments werden als Messparameter in klinischen Studien eingesetzt, z.B. bei der Überprüfung von Interventionen im biomedizinischen Bereich durch Medikamente, Gentherapie, Impfungen und bei nichtmedikamentösen therapeutischen Verfahren.

Zunehmend erfolgt auch die Prüfung der Pflegequalität über Assessmentinstrumente zur Einschätzung der Lebensqualität. Pflegewissenschaftlich an Bedeutung gewonnen hat dabei der Begriff des „Patient view“, der die Wahrnehmung und Beurteilung von Versorgungsleistungen beschreibt und die Nutzerperspektive und Kundenzufriedenheit in den Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens stellt. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls Beobachtungs- und Einschätzungsinstrumente entwickelt, die in Studien zur Wirksamkeit von

Interventionen als Bewertungsmaßstab mit herangezogen werden sollen. (Quality research in Dementia (QRD) Program of UK 1999, Positionspapier Alzheimergesellschaft vom 15.01.2006).

In der Langzeitbetreuung von an Demenz Erkrankten ist es eine Herausforderung geworden, Methoden und Instrumente zur Lebensqualitätsmessung zu entwickeln, sie effektiv einzusetzen und die Ergebnisse adäquat zu verwenden, da die Lebensqualität für Bewohner und Angehörige höchste Priorität hat (Gwyther, L.P. 1997).

1.1 Modelle der Lebensqualität

Die WHO definiert Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen und Anliegen.

Wissenschaftlich lassen sich zwei Traditionen unterscheiden. Solche die das Konzept der Bedeutung objektiver Lebensbedingungen und solche die das Konzept des subjektiven Wohlbefindens als Hauptfaktoren für die Lebensqualität vertreten. In der dazwischenliegenden Wohlfahrtsposition gibt es Überschneidungen der subjektiven Lebensqualität und der objektiven Lebensqualität, die im positiven Überschneidungsfall zum „Well-being“ führen, im negativen Fall zur „Deprivation“ (BMFSFJ 2002).

Lawton (Lawton, M.P. 1997) legt ein multidimensionales Konzept der Lebensqualität vor, welches ein physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden umfasst. Er identifiziert vier Dimensionen, die zur Lebensqualität beitragen: das psychologische Wohlbefinden, die Verhaltenskompetenz, die objektive Umwelt und die wahrgenommene Lebensqualität.

Nach Smith umfasst subjektives Wohlbefinden kognitive und emotionale Aspekte (Smith, S.C. 2005). Kognitiv werden die Lebenszufriedenheit, emotional positive und negative Gefühle wie Glück und Trauer erfasst. Das Wohlbefinden umfasst dabei die Befriedigung aller Aspekte einer Persönlichkeit wie Bewegung, Essen/Trinken, Beschäftigung, Erinnerung und Gemeinschaft, emotional ist es die Vermittlung der Haltung von Anerkennung, Wertschätzung, Respekt und Sicherheit.

Relatives Wohlbefinden von Menschen mit Demenz kann durch die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse und der Deutung ihres Verhaltens als Kommunikation erreicht werden. Hinzu kommt dass Menschen mit Demenz in ihrem Handeln im Sinne von unvollständigen Handlungsabläufen nur andeuten, welche Absicht sie gerade verfolgen. Beobachtbares Wohlbefinden stellt sich ein, wenn Pflegende diese Absichten verstehen, sie richtig deuten indem sie durch ihre Intervention die lediglich angedeutete Absicht umsetzen helfen.

1.2 Messinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz

Krankheitsspezifische Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität werden seit 1990 eingesetzt.

Instrumente, die spezifisch für Demenzerkrankte entwickelt wurden, können die besondere Lebenssituation erfassen und sind dazu geeignet, die Wirkung von Interventionen zu prüfen. Es werden grundsätzlich drei Arten der Datenerhebung unterschieden: Selbsteinschätzung (Self-report), Fremdeinschätzung (Proxy-report) und Beobachtung. Als weiteres Verfahren gewinnt die Dokumentenanalyse an Bedeutung.

Die Selbsteinschätzung durch die Erkrankten ist bei leichter bis mittelschwerer Demenz noch möglich. Nicht der Grad der Demenz, sondern die Sprachfähigkeit, Aufmerksamkeit und Orientierung sind dabei die limitierenden Faktoren (Mozley, C.G. 1999). Die Validität und Reliabilität einiger Self-Reports ist dabei zufriedenstellend (Logsdon, R.G. 2002). Bei schwerer Demenz können Daten nur durch Proxy-Report und/oder Beobachtung erhoben werden (Selai, 2001). Dabei sollte die Einschätzung aufgrund beobachtbaren und nicht nur im Pflegebericht dokumentierten Verhaltens erfolgen (Rabins, P.V. & Kasper, J.D. 1997). Beobachtende Verfahren sind sehr zeitintensiv, auch die Aufzeichnung der Verhaltensweisen sollte simultan erfolgen, um zeitliche Verzerrungen zu vermeiden.

Die Qualität der Beobachtung ist einmal abhängig vom Schulungsgrad des Datenerfassers und von der Unabhängigkeit der Beobachter von der aktuellen Pflegesituation, da die aktuelle Belastung der Pflegenden negativ mit der Einschätzung der Lebensqualität korreliert (Burgener, S. & Twigg, P. 2002). Ready und Ott (Ready, R.E. & Ott, B.R. 2006) fragen sogar, ob die Lebensqualitätsdefinitionen für Patienten und Pflegende zwei ganz verschiedene, aber valide Konstrukte sind.

Aufgrund der Erfassung und Abbildung verschiedener Domänen der Lebensqualität sind die Lebensqualitäts-Instrumente nur sehr eingeschränkt vergleichbar. Subjektive und objektive Faktoren werden nur von einigen Instrumenten erfasst, meist beschränken sich die Domänen auf positive und negative Affekte, Interaktion, Reaktionen auf die Umwelt, Aktivität und Selbstausdruck. Die vergleichend messbare Langzeiterfassung der Lebensqualität ist bei allen Instrumenten noch nicht ausreichend (Lyketsos, C.G. et al. 2003).

Übersichtsarbeiten zu Lebensqualitäts-Messinstrumenten finden sich bei Ready (Ready, R.E. 2002) und Ettema (Ettema, T.P. et al. 2005), Health Technology Assessments bei Horstedt (Horstedt, C. & Christiansen, T. 2004) und Smith (Smith, S.C. 2005). Hampel hat 2006 (Hampel, R. 2006) eine pflegewissenschaftliche Diplomarbeit zu „Lebensqualität und Demenz“ mit kritischer Analyse vorhandener Verfahren vorgelegt.

In den folgenden Tabellen werden demenzspezifische Methoden und Instrumente der Lebensqualitätsmessung zusammengefasst. Die Darstellung in

Tabelle 1 beschränkt sich auf die Zielpopulation, die erfassten Domänen der Lebensqualität, die Art und Dauer der Datenerhebung, die Zahl der zu erhebenden Items, das Vorhandensein von Testgütekriterien und das Vorliegen einer deutschsprachigen Übersetzung. Auf die Darstellung von Instrumenten zur Erfassung der allgemeinen Lebensqualität (sogenannte generische Instrumente), die für Demenzerkrankungen in verschiedenen Stadien validiert wurden, (QUOLAS, SEI-QoL, WHOQoL, SF12 und andere) wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet. Ebenso fanden englischsprachige Instrumente, die sich aus Subskalen zusammensetzen wie Serial Trial Intervention und Activity and Affect Indicators of QoL keine Berücksichtigung. Die in Tabelle 1 genannten Instrumente werden im angloamerikanischen Sprachraum eingesetzt, bisher existieren nur vereinzelt Übersetzungen in die deutsche Sprache¹. Vor ihrer Verwendung im deutschsprachigen Raum sollten diese Instrumente zum Abschluss von Sprach- und Kulturunterschieden erneut validiert werden.

Instrumente	Datenerhebung	Einsatzbereich	Dimensionen/Domänen	Items Dauer	Testgüte	Deutsche Übersetzung
Alzheimer Disease related Quality of life (ADRQL), Rabins et al.	Interview von in Beobachtung geschulten Pflegepersonen	Alle Stadien, Klinik, häusliche und stationäre Pflege	Soziale Interaktion, Vergnügen an Aktivität, Gefühle, Stimmungen, Reagieren auf Umgebung	47 Items	ja	Menzi-Kuhn C 2006, nicht validiert
Cornell Brown Scale for Quality of life in Dementia, Ready et. al 2002	Interview der Patienten und Pflegepersonen	Milde bis mittelschwere Demenz, häusliche Umgebung	Affekte, Emotionen, Physische Probleme und Wohlbefinden (Gewicht, Schlaf)	19 Items	ja	nein
Dementia Quality of life (DQoL), Brod M et al. 1999	Interview als Selbstreport	MMSE >12, häusliche und stationäre Pflege	Selbstachtung, Gefühle, Humor, Zugehörigkeit, Ästhetik	29 Items 20-40 Minuten	ja	Arlt 2005, nicht validiert (mündliche Mitteilung)

¹ Ein weiteres Instrument, das DEMQOL wird derzeit vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim ins Deutsche übertragen

Instru- mente	Daten- erhebung	Einsatz- bereich	Dimensionen/ Domänen	Items Dauer	Test güte	Deutsche Übersetzung
DEMQOI, Smith SC 2005	Selbst- und Fremdbeur- teilung als Fragebogen	MMSE>10	ADL, Gesundheit, Wohlbefinden, kognitive Fähig- keiten, soziale Beziehungen, Selbstkonzept, Selbsterhalt	28 Items Selfreport, 31 Proxy- report	ja	nein
Discomfort Scale- Dementia of Alzhei- mer Type (DS-DAT), Hurley AC et al. 1992	Beobach- tung durch geschulte Betreuende	Schwere De- menz, MMSE <3, stationäre Pflege	Gesichtsaus- druck, Körper- sprache, Laute, Atmung	9 Items 5 Minuten	ja	Übersetzung von Ruten- kröger 2006, (mündliche Mitteilung)
Pleasant event schedule- AD, Teri L, Longston RG 1991	Fremdbeur- teilung per Fragebogen	Leichte Demenz	Aktivität, Affekt	21 Items		Nein
Positive response schedule, Perrin 1997	Trainierte Beobachter	Schwere Demenz	Verhaltens- kategorien	10 Items		nein
Progressive deteriorati- on scale, DeJong R et al. 1989	Pflege- personen	Alle Stadien	11 Domänen	27 Items 5-10 Minuten		nein
Quality of life in late Stage dementia (QUALID), Weiner, M.F. et al. 2000	Interview der Beob- achtung von Pflegernden	MMSE]<3, stationäre Pflege	Affekt, Emotion, Gesichtsaus- druck, Essen, Berührung, Interaktion	11 Items	ja	Übersetzung von Ruten- kröger 2006, (mündliche Mitteilung)
QUALIDEM, Ettema, T.P. et al. 2006	Fremd- beurteilung durch Pflege- personen	Alle Stadien		40 Items, 21 für schwere Demenz		nein

Instru- mente	Daten- erhebung	Einsatz- bereich	Dimensionen/ Domänen	Items Dauer	Test güte	Deutsche Übersetzung
Quality of life Alz- heimer disease (QoL-AD), Logsdon, R.G. 2000	Selbstreport und Fremd- beurteilung als Fragebo- gen	MMSE>10	Physische Verfas- sung, Stimmung, Kontakte, Teil- nahme an bedeu- tenden Aktivitä- ten, Finanzielle Situation	13 Items, 10 Minuten	ja	nein
Quality of life- Dementia- Japan (QoLD), Terada 2002	Fremdbeur- teilung per Fragebogen	Alle Stadien, häusliche und stationäre Pflege	Affekte, Kom- munikation, Kontakt, Ruhe- losigkeit, Sponta- nität, Aktivität.	31 Items	ja	nein

Tabelle 1: Instrumente zur Messung der Lebensqualität bei Demenz

Die folgenden 3 Instrumente existieren in deutscher Übersetzung oder sind in Deutschland entwickelt worden. Sie werden in stationären Pflegeeinrichtungen eingesetzt. Nach ausführlicher Darstellung erfolgt die Zusammenfassung in **Tabelle 2**.

1.2.1 Dementia Care Mapping (DCM)

Das Abbilden von Demenzpflege wurde in England an der Universität Bradford von Tom Kitwood und Kathleen Bredin (Kitwood, T., Bredin, K. 1992) entwickelt. Ursprünglich sollten damit die Leistungen eines Anbieters der Demenzpflege evaluiert werden. Das Dementia Care Mapping (DCM) ist ein strukturiertes Beobachtungsverfahren, das bei leichter bis schwerer Demenz angewendet werden kann und für die Verwendung in teilstationären Pflegeeinrichtungen konzipiert wurde. Es liefert Erkenntnisse über Aktivität, Wohlbefinden und Beziehungsqualität. Ziel ist die Verbesserung des Niveaus personenzentrierter Pflege durch wiederholte Zyklen entwicklungsbezogener Evaluation. Das Verfahren ist ins Deutsche übersetzt und urheberrechtlich geschützt. Nach Müller-Hergl, der dieses Verfahren in Deutschland einführte, ist die Zielsetzung des DCM „das Wohlergehen von Menschen mit Demenz, aber auch der Pflegenden und Betreuenden zu erhöhen“. Eine intensive Schulung ist notwendig, die Ausbildungshandbücher werden regelmäßig aktualisiert, die achte bereits in englischer Sprache vorliegende Fassung¹ ist 2008 in Deutschland eingeführt worden.

¹ Ein verkürztes Verfahren, genannt SOFI, wird von der englischen Heimaufsicht bei den Qualitätsprüfungen eingesetzt

Grundlage des Dementia Care Mapping ist die Werteorientierung an der personenzentrierten Pflege oder positiven Personenarbeit nach Kitwood (Kitwood, T., Benson, S. 1995; Kitwood, T. 2004). Kitwoods sozialpsychologische Theorie des Personenseins mit Demenz besagt, dass der Abbau der kognitiven Funktionen nicht allein zur Desintegration einer Persönlichkeit führt. Diese Desintegration sei ein Resultat schwerwiegender psychosozialer Beziehungsstörungen und könne durch Strukturierung der sozialen Umwelt sowie Unterstützung der Person mit Demenz durch das Umfeld positiv verändert werden. Durch personenzentrierte Pflege wird nach Kitwood ein Remenzprozess eingeleitet. Dabei werden grundlegende Bedürfnisse wie Halt und Trost, Nähe und Geborgenheit, soziale Verbundenheit, Ermöglichung der Beschäftigung und Identitätsarbeit befriedigt.

Die Beobachter werden in diesem Verfahren als „Mapper“ bezeichnet und gewinnen ihre Daten mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung. Die Beobachtung findet nicht in Privaträumen und nur mit Zusti

(personal detracton), die zu einer Reduktion der Selbstachtung des Klienten während der Beobachtungsperiode führen können, erfolgt ebenfalls.

Es kann ein Durchschnittswert der beobachteten Wohlergehenswerte anhand der individuellen WIB-Punktzahl ermittelt werden. Je höher der ermittelte Wert, desto positiver wird das Wohlergehen von Einzelpersonen oder einer Gruppe beurteilt. Die Beobachtungsregeln des DCM-Verfahrens sind dabei darauf ausgerichtet, den Pflegeprozess in Details zu beobachten, ihn werteorientiert abzubilden und Wege zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen mit Demenz erkennbar werden zu lassen. Das Instrument wird von seinen Entwicklern als Instrument der Teamentwicklung gesehen, denn aus den Beobachtungen können konkrete Schritten für den Arbeitsalltag abgeleitet werden. Am Ende einer DCM-Evaluation erhält das Pflegeteam daher ein detailliertes Feedback über das Erleben des Alltags der beobachteten Teilnehmer hinsichtlich der verschiedenen zu beobachtenden Verhaltensweisen und ihre möglichen Hintergründe sowohl für die Gruppe als auch für einzelne Bewohner. Diese Bewertung enthält auch Aussagen zu Stärken und Schwächen der Betreuung.

Ziel ist es, mit dem Team gemeinsam einen Handlungsplan zu entwickeln, der eine personenzentrierte Umgebung schafft, die das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen mit Demenz unterstützt. Es soll ein zyklischer Prozess aus Evaluation und daraus erwachsenden Interventionen installiert werden. Die Rückmeldungen sollten innerhalb von 10 Tagen erfolgen und positiven Aspekten breiten Raum geben. Leitung und Mitarbeiter erhalten nicht die gleichen Informationen. Um Mitarbeiter vor Repressalien zu schützen wird der Umgang mit den DCM-Daten vor der Evaluation genau besprochen. Der sich entwickelnde Handlungsplan beinhaltet Vorschläge und Verpflichtungen zu Veränderungen mit dem Ziel von Verbesserung der Lebensqualität einzelner Bewohner und der Betreuungsqualität. Dadurch entstehen Veränderungen im Bereich der Pflegeplanung, der Milieugestaltung, der Organisation und Fortbildung der Mitarbeiter.

Die Implementierung des DCM kann mit einer Entwicklungszeit in der Einrichtung von ungefähr 6 Monaten veranschlagt werden.

1.2.2 H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen)

Ausgehend von der Integration von zwei Konzeptualisierungen der Lebensqualität, dem schwedischen „level of living approach“ und dem amerikanischen „Quality of life“ Ansatz wird vom Heidelberger Institut für Gerontologie in Zusammenarbeit mit der Sektion Gerontopsychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg seit 2004 ein umfassendes Instrumentarium zur Messung der Lebensqualität von an Demenz erkrankten Menschen entwickelt. Dimensionen sind dabei: räumliche Umwelt, Betreuungsqualität, soziale Umwelt, Verhaltenskompetenz, medizinisch funktionaler Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit.

Die Domänen der Lebensqualität werden anhand unterschiedlicher Instrumente, die Fragebögen, Interviews, Beobachtungen und Dokumentenanalyse beinhalten, erfasst. Ein ökopsychologisches Verfahren dient zur Erfassung der räumlichen Umwelt „TESS-NH“, der „Social convoy“ zur Erfassung der Sozialen Umwelt, die Qualifikation der betreuenden Mitarbeiter wird erhoben und das Schmerzerleben (dabei Erprobung der deutschen Version des PAIN-AD (pain assessment in advanced dementia), dem sogenannten BESD) erfasst. Der Barthel-Index steht für die Selbstversorgungskompetenz, die gerontopsychiatrische Untersuchung dient als medizinisch-funktionaler Status, mittels einer neuropsychologischen Testbatterie (beinhaltet das „Bielefelder autobiographisches Gedächtnisinventar“) wird der kognitive Status erfasst. Die Psychopathologie wird durch das Neuro-Psychiatrische Inventar und das „Apathie Evaluation Protocol“ (in autorisierter deutscher Fassung) dargestellt, das emotionale Erleben wird mit der „Apparent affect rating scale – AARS“ erfasst. Ausgehend von der Annahme, dass auch in fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung Emotionen erlebt und auf der Grundlage des mimischen Ausdrucks gedeutet werden kann, wird dieser deutschsprachig validiert. Dabei wurde festgestellt, dass diese Skala nach Schulung effizient in der Pflege und Betreuung eingesetzt werden kann (Becker, S. 2005). Im Rahmen einer Studie wurden mittels einer Analyse 4 verschiedene Bewohnergruppen mit ähnlichen Mustern der Beeinträchtigung valide differenziert (Becker, S. 2006), inwieweit für diese Gruppen verschiedene Lebensqualitätsdefinitionen gelten ist noch unklar. Aktuell arbeitet die Projektgruppe an der Analyse der von Pflegekräften gewonnenen Erfahrung mit H.I.L.D.E., um den Nutzen für Planung und Evaluation von Interventionsmaßnahmen zu untersuchen und H.I.L.D.E. für die Praxis zu optimieren.

Instrumente	Datenerhebung	Einsatzbereich	Dimensionen/ Domänen	Items Dauer	Test güte	Deutsche Übersetzung
DCM, Kitwood 1992	Systematische Observation	Alle Stadien	Verhalten, Wohlbefinden, Qualität der Pflege	24, 6 Stunden Beobachtungsdauer	ja	ja
HILDE, Becker S 2005	Beobachtung von Patienten, Interviews, Beschreibung der räumlichen Umwelt	Alle Stadien	räumliche Umwelt, Betreuungsqualität, soziale Umwelt, Verhaltenskompetenz, medizinisch funktionaler Status, Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit.		ja	ja

Tabelle 2: Übersicht über die Verfahren DCM, H.I.L.D.E.

1.2.3 Ergebnisse der Messung der Lebensqualität bei an Demenz Erkrankten

Mit den hier vorgestellten Instrumenten werden vermehrt auch pflegerische Interventionen auf ihre Bedeutung für die Lebensqualität untersucht.

Der Einfluss der Pflege auf die Lebensqualität wurde in einer Übersichtarbeit von Zimmerman (Zimmermann, S. et al. 2005) erfasst. Spezielle Methoden in der Demenzpflege, trainiertes Personal und verstärkte physische Aktivität erhöhen die Lebensqualität. Empathie der Pflegenden mit zugewandter Haltung, Ausstrahlung von Hoffnung und Einbindung der pflegenden Mitarbeiter in die Pflege-Planung zeigte ebenfalls erhöhte Lebensqualitätswerte. Die starke und zeitlich lange Bindung von Pflegenden an Bewohner (hervorgehoben durch Konstanz des Pflegepersonals) zeigte allerdings insbesondere in Fremdbeurteilungsskalen eine niedrigere Einschätzung der Lebensqualität. Dies deckt sich mit der Beobachtung, dass über einen längeren Zeitraum pflegende Angehörige ebenfalls zur geringeren Lebensqualitätseinschätzungen neigen. Eine tragfähige und wertschätzende Beziehung zu Menschen mit Demenz als Grundeinstellung ist allerdings eine der entscheidenden Variablen, um Lebensqualität zu erhalten (Hertogh, C.M. et al. 2006).

Nach Wells (Wells, D.L. et al. 2000) erhöhen spezielle Schulungen in Demenzpflege und Durchführung von fähigkeitsorientierter Morgenpflege die Lebensqualität. Eine individualisierte Art Mahlzeiten einzunehmen erhöht die Lebensqualität (Nijs, K.A. et al. 2006). Schreiner (Schreiner, A.S. et al. 2005) zeigt in einer Untersuchung auf, dass angepasste Formen der Unterhaltung die Lebensqualität erhöhen. Uneinheitlich ist bisher die Einschätzung des Einflusses von Versorgungsformen, speziell integrative Wohnformen gegen segregative Wohnformen (Reimer, M.A. et al. 2004), auf die Lebensqualität.

Positiv wirken sich soziale Unterstützung und regelmäßige Besuche aus. Angehörige, die stark unter der demenziellen Erkrankung leiden, neigen in Proxy-Interviews zur negativen Einschätzung der Lebensqualität ihrer an Demenz Erkrankten.

Lange Heimaufenthaltsdauer und Abhängigkeit in den ADL wurde von Gonzalez-Salvador (Gonzalez-Salvador, T. al. 2000) als Hauptfaktor der lebensqualitätsmindernden Faktoren angesehen. Menzi-Kuhn untersuchte 2006 im Rahmen einer pflegewissenschaftlichen Master-Arbeit die Lebensqualität von Menschen mit Demenz in Schweizer Altenpflegeheimen. Soziodemographische Faktoren sowie die Abhängigkeit von Pflegemaßnahmen zeigten hier jedoch keinen Einfluss auf die Lebensqualität, mangelnde Freude an Aktivitäten war mit einer negativen Lebensqualität korreliert. Der Schweregrad der Demenz wird uneinheitlich als limitierender Faktor der Lebensqualität angesehen. Es existieren sowohl Studien, die keinen Einfluss sehen (Ready, R.E. & Ott, B.R. 2002; Thorgrimsen, L. et al. 2003), als auch Untersuchungen, die bessere kognitive Fähigkeiten mit höherer Lebensqualität verbinden (Logsdon, R.G. 2000, Gonzalez- Salvador, T. al. 2000).

Untersuchungen zum Langzeitverlauf der Lebensqualität ergeben eine Verschlechterung im Verlauf, die auf die zunehmende Demenz zurückzuführen sein kann (Lyketsos, C.G. et al. 2003). Selwood sah 2005 (Selwood, A. et al. 2005) in einer 1-Jahres Follow-up Studie einen signifikanten Zusammenhang von Ängsten und Depression mit niedriger Lebensqualität, aber keine Verschlechterung im Verlauf. Schmerzen und Verhaltensauffälligkeiten mindern in einzelnen Studien nicht die Lebensqualität (Gonzalez Salvador, T. et al. 2000; Logsdon, R.G. 2002), Depressionen und der Einsatz psychotroper Medikamente wirken sich negativ aus (Ballard, C. et al. 2001). Martin-Cook ermittelt 2005 (Martin-Cook, K et al. 2005) dagegen, dass die Verbesserung von Verhaltensauffälligkeiten die Lebensqualität erhöht, Nebenwirkungen von Neuroleptika die Lebensqualität allerdings wieder verringern. Nach Rosenblatt (Rosenblatt, A. et al. 2004) zeigen sich durch Agitation, Depression, Apathie und Irritabilität erniedrigte Lebensqualitätsindices. Betreuende beurteilen dabei die Lebensqualität bei Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten schlechter als die Bewohner selbst (Hoe, J. et al. 2006).

1.2.4 Fazit

Der Behandlungs- und Betreuungsfokus bei an Demenz erkrankten Menschen liegt auf dem Erhalt von subjektivem Wohlbefinden und Optimierung objektiver Lebensbedingungen als wesentliche Elemente von Lebensqualität. Sozialökologische Versorgungsstrategien mit dem Ziel der Linderung und Kompensation der Krankheitssymptome stehen dabei im Vordergrund (Radzey, B. et al. 2006).

Die Instrumente der Lebensqualitätsmessung orientieren sich an verschiedenen theoretischen Modellen der Lebensqualität. Gemeinsam ist allen die Betonung der Multidimensionalität nach Lawton (Lawton, M.P. 1994).

Instrumente der Lebensqualitätsmessung sind dabei in der Lage Handlungsbedarfe zu identifizieren und den Effekt von Interventionen zu messen.

Die in Tabelle 1 genannten Instrumente sind aufgrund fehlender Übersetzung und Validierung in Deutschland außerhalb von klinischen Studien nicht einsetzbar. Aufgrund der zunehmenden Forschung ist aber auch mit dem breiteren Einsatz solcher Instrumente in Deutschland zu rechnen.

Dementia Care Mapping hat sich bereits als Beobachtungsverfahren etabliert und wird sowohl zur Erfassung der Lebens- als auch der Pflegequalität eingesetzt. Aufgrund der Doppelfunktion als Instrument zur Einschätzung der Lebensqualität, ausgedrückt in Wohlbefinden und als Evaluations-Verfahren ist die Implementierung in der stationären Langzeitpflege empfehlenswert, jedoch ohne Einbindung ins Pflegekonzept und Akzeptanz aller Beteiligten nicht sinnvoll (Gaier, M. 2005).

2

Epidemiologie der Demenz

berweisungsauftrag/Arztschein
Kirchengemeinde, Rorschach
Kreditinstitut
Pforte (max. 27. 01. 2021)
Kontaktnummer 71092023
Name und
Betrag
Kontaktnummer + Vor- und Nachname
Kion verstorben
Meiner
Telefon haben
Elli Dancu Beghan
Zürich vom Bernliedzone
Freitag 5. Januar
Tür abschließen am Kreuzfeld
040-591698
Danne 0413131471
Elli in Bernlied
v. Tausendm
Ich war heute beim Arzt (Fuß)
ist wohl letztes mal
2. Mal
10. Januar 200
Mittwoch

In Deutschland lebten im Jahr 2007 rund 1,1 Million Menschen mit Demenz. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl auf rund 1,7 Millionen, bis zum Jahr 2050 auf über 2 Millionen erhöhen (Quelle: BMG 2007, Bickel, H. 2008). Unter Berücksichtigung der Sterberate ist jährlich mit einer Zunahme um rund 20.000 demenziell Erkrankte zu rechnen.

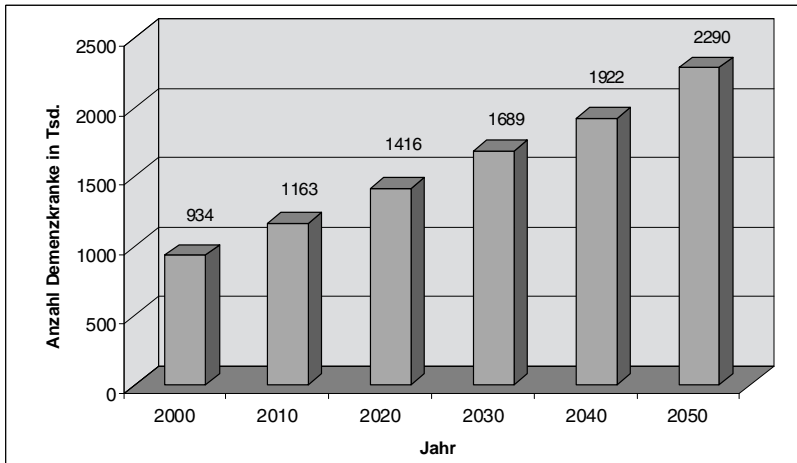


Abbildung 1: Entwicklung der Zahl der Demenzkranken (65 Jahre und älter) (Bickel, H. 2006)

Die Prävalenz, d.h. die Anzahl der Kranken in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt, liegt in der Altersgruppe der 65-69 Jährigen bei 1,2 % und steigt steil mit dem Alter an. In der Altersgruppe der 90-Jährigen liegt die Prävalenz bereits bei 34,6 %. Abbildung 2 zeigt den Anteil der demenziell Erkrankten in den verschiedenen Altersgruppen (Bickel, H. 2006).

Die Inzidenz, d.h. die Anzahl der zuvor gesunden Personen, die im Laufe eines Jahres an Demenz erkranken, steigt von 0,4 % in der Altersgruppe der 65- bis 69-jährigen auf über 10 % bei den über 90 Jährigen. In Deutschland treten jährlich mehr als 280.00 Neuerkrankungen auf, von denen ca. 60 Prozent auf die Alzheimer-Demenz entfallen (Bickel, H. 2008; Staehelin, H. 2004).

Die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken, liegt bei Männern, die ein Alter von 65 Jahren erreicht haben, bei 16 % und bei Frauen - aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung - bei 34.5 %. Das Alter ist der Hauptrisikofaktor für die Entwicklung einer Demenz.

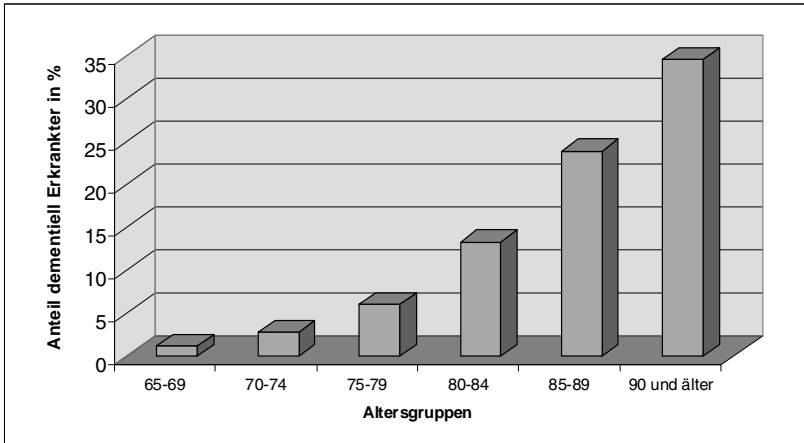


Abbildung 2: Mittlere Prävalenzrate der Demenz in Abhängigkeit vom Alter (Bickel, H. 2006)

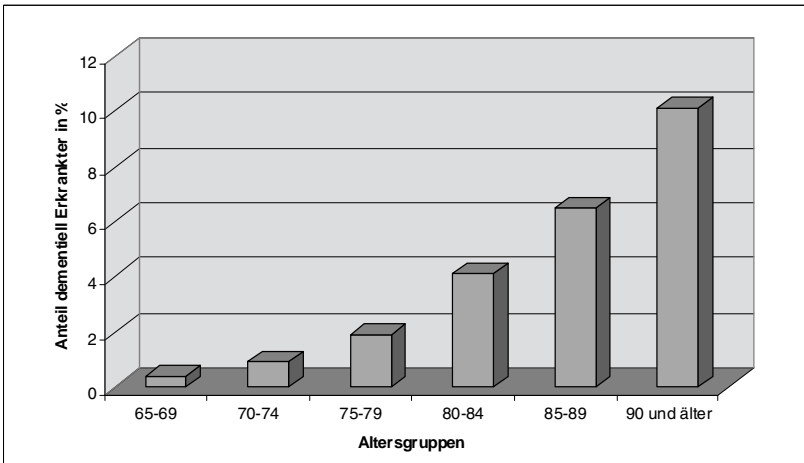


Abbildung 3: Mittlere Inzidenzrate der Demenz pro Jahr in Abhängigkeit vom Alter (Bickel, H. 2006)

Nach bisherigen epidemiologischen Studien bestehen keine Geschlechtsunterschiede in der altersspezifischen Prävalenz oder Inzidenz. Demenzen befallen Männer und Frauen gleichen Alters mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit. Frauen erkranken etwas häufiger an Alzheimer-Demenz, während bei Männern die vaskuläre Demenz (z.B. Multiinfarktdemenz) etwas häufiger auftritt. Wegen der deutlich höheren Lebenserwartung bei Frauen sind sie vor allem in den höheren Altersstufen, in denen das Erkrankungsrisiko steil zunimmt, überrepräsentiert.

Der Anstieg der Demenzerkrankten in den letzten Jahrzehnten lässt sich durch den Anstieg der Lebenserwartung und die dadurch zunehmende Zahl von älteren Menschen erklären. Es gibt keinen Beleg dafür, dass sich das altersspezifische Erkrankungsrisiko verändert hat.

Bedingt durch die zu erwartende anteilmäßige Zunahme der Altersgruppe der über 65-jährigen Personen in Deutschland wird die Zahl der Demenzkranken pro Jahr um 20.000 ansteigen. In den letzten 100 Jahren hat sich die Zahl der über 65-jährigen auf nun über 13 Millionen vervierfacht. Die Zahl der über 80-jährigen hat sich sogar verzehnfacht. In den nächsten 30 Jahren wird die Zahl der über 65-jährigen voraussichtlich um weitere 7 Millionen zunehmen. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der Demenzkranken um ½ Million und bis 2050 um über 1 Million erhöhen. Damit wird sich bis zum Jahr 2050 die Zahl der demenziell Erkrankten auf über 2,6 Millionen erhöhen, es sei denn, hinsichtlich Therapie und Prävention gelingt ein Durchbruch (Bickel, H. 2001, 2008; Warmbrunn, J. 2004; Statistisches Bundesamt 2005).

Inwieweit sozioökonomische Faktoren, wie z.B. die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht, Elternhaus, Ausbildung, Familienstand u. dgl. einen Einfluss auf die Entstehung einer demenziellen Erkrankung haben können, wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Letenneur, L. et al. 2000; Kaplan, G. et al. 2001; Karp, A. et al. 2004).

Zwei Drittel der Menschen mit Demenzerkrankungen werden zu Hause von ihren Angehörigen bzw. von einem Pflegedienst versorgt, ein Drittel wird in stationären Pflegeeinrichtungen betreut. In der stationären Pflege liegt der Anteil der Demenzkranken an allen stationär betreuten Menschen bei inzwischen rund 60 % (Weyerer, S. 2005).

Kostenstudien weisen auf enorme ökonomische Belastungen durch demenzielle Erkrankungen hin. Bedeutsamste Komponenten der Gesamtkosten sind nach den vorliegenden Schätzungen die unbezahlten Leistungen der pflegenden Angehörigen und die hohen direkten Kosten für die institutionelle Langzeitpflege. Medizinische Kosten für Diagnose und Behandlung machen dagegen einen weitaus geringeren Anteil an den Gesamtkosten aus. In Deutschland ist nach einer Studie von Hallauer et al. aus dem Jahr 2000 pro Demenzerkranktem und Jahr von durchschnittlichen Kosten von 43.800 € auszugehen, wobei 2.5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung (Medikamente, ärztliche Behandlung, Klinikaufenthalte etc.), 29.6% auf die Pflegeversicherung und 67.9% auf die Familie entfielen.



3

Demenzformen und Schweregrade

Historie und Begriffsbestimmung

Wörtlich bedeutet der Begriff Demenz die Abwesenheit (Präfix *de-*) von *mens* (lat. für Denkvermögen, *de-mens* = ohne Verstand). Die Bezeichnung „Demenz“ hat einen Bedeutungswandel durchgemacht. Im 18. Jahrhundert bezeichnete man umgangssprachlich und juristisch jede Form der geistigen Störung damit. Gegen Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts verwendete man Demenz als Bezeichnung für das Nachlassen der intellektuellen Kräfte und des logischen Denkvermögens. Esquirol (Esquirol, JED 1838) verglich den dementen Menschen mit einem, der früher reich war und nun arm geworden sei, während der „Idiot“ schon immer arm gewesen sei. (*L’homme en démence est privé des biens dont il jouissait autrefois; c’est un riche devenu pauvre: l’idiot a toujours été dans l’infortune et la misère*). Neben der Abgrenzung angeborener oder früh erworbener mentaler Defizite war auch die Abgrenzung reiner Aphasien und anderer umschriebener Werkzeugstörungen wichtig. Erst durch die erfolgreiche Therapie der progressiven Paralyse durch eine absichtlich herbeigeführte Malariainfektion (Wagner-Jauregg J. 1917) lernte man, dass Demenzen keineswegs immer irreversibel sind. Die Bezeichnung Demenz für bestimmte „endogene“ Psychosen (*Dementia praecox*, Kraepelin, E. 1898) wurde zugunsten des Bleulerschen Begriffes „Schizophrenie“ verlassen. Damit engte sich der Demenzbegriff auf Störungen ein, die durch unmittelbare oder mittelbare Schädigung des Gehirns verursacht wurden und bei denen erworbene Störungen der intellektuellen Fähigkeiten im Vordergrund stehen. So wurde der Begriff noch im ICD 9 gefasst. Dort verstand man darunter organische Psychosen mit Störungen der Orientierung, des Gedächtnisses, der Auffassung, des Rechnens, der Lern- und Urteilsfähigkeit mit chronischem oder fortschreitendem Verlauf, die unbehandelt irreversibel sind und einen *Endzustand* darstellen (Degkwitz, R. 1980).

In der Neurologie ist die Tendenz zu beobachten, Syndrome mit zu Beginn ausgeprägt hirnlokalem Schwerpunkt, wie bestimmte Formen der Pickschen Erkrankung oder die primär progressive Aphasie ebenfalls als Demenzen zu bezeichnen, so dass sich hier eine Erweiterung der Bezeichnung auch auf initial hirnlokal betonte Störungen ergibt (z.B. primäre Sprachstörungen, Enthemmung).

Moderne Klassifikationssysteme wie ICD 10 und DSM-IV heben ab auf *multiple* kognitive Beeinträchtigungen inklusive einer Gedächtnisstörung.

Nach ICD 10 ist das demenzielle Syndrom Folge einer Erkrankung des Gehirns, es verläuft *gewöhnlich* chronisch oder fortschreitend (d.h. es kann auch rückläufig oder konstant sein). Beeinträchtigt sind viele höhere Funktionen der Hirnrinde einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein soll qualitativ nicht gestört sein. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind begleitet von Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation, wobei diese Symptome gelegentlich auch vorausgehen können.

Die häufigste degenerative Demenzform war von *Alois Alzheimer* (1864-1915) beschrieben worden. 1901 wurde in der Frankfurter Irrenanstalt, an der Alzheimer arbeitete, die Patientin Auguste Deter aufgenommen. 1906 verstarb die Patientin, ihr Gehirn wurde aus Frankfurt zu Alzheimer geschickt, der 1903 von Emil Kraepelin als Leiter des anatomischen Labors der Nervenkl. München berufen worden war. Er fand bei seiner neuropathologischen Aufarbeitung zahlreiche Plaques und Fibrillen und berichtete im selben Jahr in Tübingen erstmals vor Kollegen über diese eigenartige Form der Demenz. Emil Kraepelin hat dann 1910 in der achten Auflage seines Lehrbuchs (II. Band) die Erkrankung nach Alzheimer benannt (Kraepelin 1910).

Häufigkeit

Man kann davon ausgehen, dass über eine Million Deutsche an einer Demenz leiden, davon ca. 60% an einer Demenz vom Alzheimer-Typ. In neuropathologischen Studien ist die Alzheimerdemenz mit 2/3 der Fälle die häufigste ursächliche Diagnose, es folgen vaskuläre Demenz, Lewy-Körper-Demenz und frontotemporale Demenzen.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Kranke, die an einer atypisch verlaufenden Demenz verstorben sind, eher obduziert werden, sodass eine Verfälschung zugunsten "seltener Demenzen" zumindest denkbar ist.

Die Alzheimer-Demenz zählt zu den *primär* degenerativen Demenzen, wie die Demenz mit Lewy-Körpern oder die frontotemporalen Demenzen (Formenkreis des Morbus Pick). Davon lassen sich Demenzen abgrenzen, die Folgeerscheinung infektiöser, toxischer, entzündlicher, struktureller oder metabolischer Hirnerkrankungen sind (z.B. Normaldruckhydrozephalus, Progressive Paralyse, Demenz bei AIDS, Avitaminosen, CO-Vergiftung, Alkohol, endokrinologische Störungen, Enzephalitis, Hirntumoren, demyelinisierende Erkrankungen, vaskuläre Demenzen etc.). Diese Formen kann man als *sekundäre* Demenzen bezeichnen. Wenn es gelingt, die Grundkrankheit zu beeinflussen, kann es zum Stillstand oder zur (teilweisen oder vollständigen) Rückbildung des demenziellen Syndroms kommen.

Primäre (neurodegenerative) Demenzen

Die **Alzheimer Demenz (AD)** ist in den westlichen Ländern die häufigste Demenzform (in einigen asiatischen Ländern scheint die vaskuläre Demenz häufiger zu sein). Es handelt sich um eine neurodegenerative Erkrankung mit pathologischer Ablagerung von Proteinen. Etwa ein Viertel der Fälle ist familiär bedingt (meist kein klarer Mendelscher Erbgang). Weniger als 2 % werden dominant vererbt. (Müller, U. 1999; Deutsche Alzheimer-Gesellschaft <http://www.deutsche-alzheimer.de/> ; zuletzt am 14.4.2009.)

Zu Beginn treten meist leichte Störungen des Gedächtnisses, der Konzentration und der Orientierung auf (MCI, mild cognitive impairment). Aktuell geht Förstl davon aus, dass mehr als 50% der Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung nach 5 Jahren in Richtung Demenz konvertieren; das sei das wichtigste

Ergebnis aller Verlaufsstudien (Förstl, H. 2009). Gelegentlich stehen im Frühstadium auch umschriebene neuropsychologische Funktionsstörungen im Vordergrund, wie Neglect, Aphasie oder bestimmte zentrale Sehstörungen: Fehler beim Abzeichnen geometrischer Figuren können ein früher Hinweis sein (Mendez, M.F., Tomsak, R.L., Remler, B. 1990). Später findet man optische Agnosien, wie z.B. die Unfähigkeit, Gegenstände zu erkennen (visuelle Agnosie) oder Gesichter zu erkennen (Prosopagnosie). Über 5 bis 10 Jahre kommt es zum zunehmenden Abbau kognitiver Funktionen mit Verwirrtheit, Verhaltensstörungen, sozialem Rückzug. Produktiv psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen) können auftreten, aphasische, apraktische Phänomene, Akalkulie treten auf. Im Spätstadium können eine Reihe anderer neurologischer Symptome auftreten, wie Parkinsonsyndrom, Myoklonien, epileptische Anfälle, Harn- und Stuhlinkontinenz, Mutismus etc.

Die **Lewy-Körper-Demenz** ist gemäß neuropathologischer Studien die zweithäufigste *neurodegenerative* Demenz. Symptome des Frontalhirns und Störungen der visuellen Raumerfassung sind oft besonders ausgeprägt, im Verlauf findet sich eine Parkinsonsymptomatik (in einem Drittel die erste Auffälligkeit). Typisch sind die fluktuierende Vigilanz und das Auftreten optischer Halluzinationen. Zu achten ist auf die ausgeprägte Überempfindlichkeit gegenüber Neuroleptika, die zur Verstärkung der Parkinsonsymptomatik und zu akuten Verwirrheitszuständen führen können.

Im Präsenium sind **frontotemporale degenerative Demenzen** wohl ähnlich oft anzutreffen, wie Alzheimer-Demenzen, im Senium werden sie seltener diagnostiziert (Überlagerung mit anderen degenerativen Demenzen und vaskulären Symptomen?).

Am Anfang der Erkrankung stehen Verhaltensstörungen im Vordergrund, kognitive Beeinträchtigungen treten erst im späteren Krankheitsverlauf auf. Je nach überwiegend betroffenem Hirnareal dominieren anfänglich Antriebsverlust (dorsofrontale und mediofrontale Betonung), Enthemmung (auch sexueller Art - frontobasales Hirn bevorzugt betroffen), pathologisches Sozialverhalten oder Aphasien (temporaler Frontalpol). Wenn im weiteren Verlauf mediotemporale und parietale Hirnareale ebenfalls degenerieren, ist die Symptomatik von einer Alzheimerdemenz klinisch schwer oder nicht mehr zu unterscheiden. Bei den semantischen Demenzen (bevorzugt temporaler Frontalpol der dominanten Hemisphäre betroffen) ist zwanghaft ritualisiertes Verhalten oft für die Angehörigen belastend. Bei einer Atrophie vorwiegend der nichtdominanten Hemisphäre kann pathologisches Sozialverhalten auftreten.

Sekundäre Demenzen

Vaskuläre Demenzen entstehen durch mehrere große Schlaganfälle oder durch (kleine) strategische Infarkte im Thalamus bilateral, Gyrus angularis, frontalen Marklager, hinterem Knie der Kapsel oder durch sehr kleine disseminierte (lakunäre) Infarkte. Es handelt sich in Deutschland um die nach der Alzheimerdemenz zweithäufigste Demenzform. Diagnostisch wegweisend ist die

Verbindung von demenziellem Syndrom mit Zeichen cerebrovasculärer Gesundheitsstörungen.

Unter den anderen sekundären Demenzen ist im Zusammenhang mit BSE die **Creutzfeld-Jacob-Erkrankung** (CJD) ins Interesse der Öffentlichkeit gerückt. Es handelt sich um eine Prionenerkrankung (ähnlich wie Scrapie bei Schafen). 4 bis 10 % der Fälle sind erblich.

Als weitere sekundäre Demenz ist der **Normaldruckhydrozephalus** mit der Trias Gangstörung, Demenz und Harninkontinenz (muss nicht immer in dieser Form und Ausprägung vorhanden sein) erwähnenswert. Er lässt sich durch Implantation eines Ventils neurochirurgisch behandeln. Bei der Hälfte der Patienten führt dies zu einer Besserung, beim Großteil der Übrigen zu einem Stopp der Progression. Durch adäquate Behandlung sind sekundäre Demenzen bei Vitamin B 12 Mangel, Folsäuremangel und Zuständen nach Schilddrüsenentzündungen ähnlich rückbildungsfähig.

Demenz bei Morbus Parkinson

Hauptsymptom des Morbus Parkinson sind Akinese, Rigor, Ruhetremor und posturale (Haltungs-)Instabilität. Der Gang ist vornübergebeugt und kleinschrittig, die Mimik wirkt starr und ausdruckslos.

Leichte kognitive Funktionsstörungen sind bei der Parkinson-Krankheit sehr häufig und die meisten Betroffenen zeigen bei detaillierter neuropsychologischer Untersuchung bereits in frühen Krankheitsstadien Einschränkungen der frontal-exekutiven Funktionen. Bei etwa 40 Prozent aller Parkinsonpatienten ist im Verlauf ein progredienter kognitiver Leistungsabbau mit Entwicklung einer Demenz feststellbar, wobei die Prävalenzzahlen stark schwanken (Deuschl, G., Oertel, W., Poewe, W. & Reichmann, H). Halek und Bartolomeyczik (Halek, M. & Bartolomeyczik, S. 2006) haben versucht, Demenzformen und assoziierte Verhaltensweisen gegenüber zu stellen:

Demenzform	Assoziierte Verhaltensweisen
Alzheimer Demenz	Apathie, Agitation, Depression, Reizbarkeit
Demenz mit Lewy-Körperchen	Visuelle Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Depression, REM-Schlafstörungen
Vaskuläre Demenz	Apathie, Depression, Wahnvorstellungen
Demenz assoziiert mit Parkinson-Erkrankung	Visuelle Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Depression, REM-Schlafstörungen
Frontotemporale Demenz	Apathie, Enthemmung, manische Phasen (elation), repetitives Verhalten (repetitive behaviour), Veränderungen des Appetites oder der Essgewohnheiten

Progressive supranukleäre Paralyse	Apathie, Enthemmung
Corticobasale Degeneration	Depression

Tabelle 3: Demenzformen und assoziierte Verhaltensweisen (Halek, M. & Bartholomeyczik, S. 2006)

Natürlich kommen verschiedene Symptome auch bei anderen Demenzformen vor. Wahnvorstellungen kommen z.B. auch bei Alzheimerdemenzen vor. Nicht nur bei der frontotemporalen Demenz findet man Frontalhirnsymptome; auch bei der corticobasalganglionären Degeneration kann man neben gehäuften Depressionen Frontalhirnsymptome wie Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit und mangelnde Impulskontrolle finden.

Auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Differentialdiagnose des demenziellen Syndroms ist nachdrücklich hinzuweisen. Besonderes Augenmerk ist auf die Erfassung der sekundären Demenzen und die Abgrenzung zur Depression und zum Delir zu richten.

In der nachfolgenden Tabelle werden die wichtigsten Kriterien der Beobachtung von **Demenz, Delir und Depression** einander gegenübergestellt.

Kriterium der Begutachtung	Demenz	Delir	Depression
Krankheitsentwicklung	meist langsam progredient	schneller Beginn (Stunden bis Tage)	Tage bis Wochen
Merkfähigkeit	geht zunehmend stark verloren	gestört bis nicht vorhanden (retrograde Amnesie)	nicht gestört, vielleicht verlangsamt
Grundstimmung	positiv bis depressiv	ängstlich, schwankend	herabgestimmt (negativ)
Konzentration	nimmt ständig ab	unkonzentriert und fahrig	herabgesetzt
Suizidalität	kaum erhöhtes Risiko	nicht gefährdet	stark in Äußerung und Tat
Mimik/Gestik	normal lebhaft bis gesteigert	ängstlich, schwankend	starr verstimmt, abweisend
Erkennen, Erfassen von Bedeutung	geht zunehmend verloren (Agnosie)	geht zunehmend verloren (Agnosie)	nicht eingeschränkt
Urteilsvermögen	geht zunehmend verloren (Assessmenstörung)	geht verloren	nicht eingeschränkt, meistens negative Sicht
Schlaf	Tag/Nacht-Umkehr	gestört, ohne Regel	Ein- und Durchschlafstörungen
Motorik	normal bis erhöht	anfänglich erhöht, später reduziert	meistens gehemmt, manchmal gesteigert
Krankheitswahrnehmung	eingeschränkt, später nicht mehr erkennbar	nicht vorhanden	leidet oft unter der Last der Erkrankung
Denken	verzerrt, zerfahren	zerfahren, verlangsamt	verlangsamt, haftend
Selbstwahrnehmung	gestört	geht verloren	erhalten bis erhöht
Koordination	geht im Verlauf verloren (Apraxie)	geht im Verlauf schnell verloren (Apraxie)	keine Einschränkungen

Kriterium der Begutachtung	Demenz	Delir	Depression
Bewegung	bei kortikalen Demenzen meist lange erhalten	Einschränkung, Tremor	verlangsamt, seltener erhöht
Wahrnehmung	verändert, Wahn und Halluzination sind möglich	v.a. Halluzination (z.B. Mikropsie)	sekundäre Wahnbildung
Rechnen, Lesen, Schreiben	gehen verloren (Akalkulie, Alexie, Agraphie)	gehen verloren	nicht eingeschränkt, Fähigkeiten werden seltener genutzt
soziales Verhalten	verändert, wenig Distanz	Übergriffe möglich	in sich gekehrt, zurückgezogen (Isolation)
Behandlung	nur symptomatisch behandelbar	i.d.R. gut mit Rückbildung der Symptome	Behandlung durch Psychotherapie und Medikamente, Spontanheilung möglich

Tabelle 4: Demenz, Delir und Depression im Vergleich
(Perrar, K.M.: Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe (2007) S. 128: Tab. 8.5)

Symptomatik und Schweregrade

Es gibt verschiedene Beschreibungen der Schweregrade von Demenzerkrankungen. Das Clinical Dementia Rating – CDR ist eins der gängigsten Verfahren. Dabei wird differenziert in die folgenden Schweregrade (0 = keine Beeinträchtigung, 0,5 = fraglich, 1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = schwer):

Beeinträchtigung von	Keine=0	Fraglich=0.5	Leicht=1	Mäßig=2	Schwer=3
Gedächtnis	Kein Gedächtnisverlust oder leichte, nicht ständig auftretende Vergesslichkeit	Beständige leichte Vergesslichkeit; teilweise Erinnerung an Ereignisse, „gutartige“ Vergesslichkeit	Mäßiger Gedächtnisverlust, auffälliger bei kurz zurück liegenden Ereignissen; Defekt beeinträchtigt Alltagsaktivitäten	Schwerer Gedächtnisverlust; nur sehr gut Gelerntes wird behalten; neue Informationen gehen schnell verloren	Schwerer Gedächtnisverlust, es bleiben nur Fragmente
Orientierungsvermögen	Vollständig orientiert	Vollständig orientiert, nur leichte Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen	Mäßige Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen; am Untersuchungsort räumlich orientiert; kann woanders Probleme mit der geographischen Orientierung haben	Große Schwierigkeiten mit Zeitzusammenhängen; normalerweise keine zeitliche Orientierung, oft auch keine räumliche	Ist nur zur eigenen Person orientiert

Beeinträchtigung von	Keine=0	Fraglich=0.5	Leicht=1	Mäßig=2	Schwer=3
Urteilsvermögen und Problemlösung	Löst alltägliche Probleme und bewältigt geschäftliche und finanzielle Angelegenheiten gut; Urteilsvermögen verglichen mit der früheren Leistungsfähigkeit gut	Leicht beeinträchtigt beim Lösen von Problemen und beim Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden	Mäßige Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Problemen und im Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden; soziale Urteilsfähigkeit normalerweise erhalten	Stark beeinträchtigt beim Lösen von Problemen und beim Beurteilen von Ähnlichkeiten und Unterschieden; soziale Urteilsfähigkeit normalerweise beeinträchtigt	Unfähig, etwas zu beurteilen oder Probleme zu bewältigen
Leben in der Gemeinschaft	Normale Leistungsfähigkeit und Selbstständigkeit bei der Arbeit, beim Einkaufen, in ehrenamtlichen Tätigkeiten und bei Aktivitäten mit anderen	Leichte Beeinträchtigung dieser Aktivitäten	Kann bei diesen Aktivitäten nicht selbständig etwas leisten, auch wenn er diese z.T. noch ausübt; erscheint bei flüchtiger Betrachtung normal	Gibt nicht vor, außerhalb von zu Hause selbständig leistungsfähig zu sein. Erscheint nach außen gesund genug, um ihn/sie zu Festlichkeiten außer Hauses mitzunehmen	Gibt nicht vor, außerhalb von zu Hause selbständig leistungsfähig zu sein. Erscheint nach außen zu krank, um ihn/sie zu Festlichkeiten außer Hauses mitzunehmen
Haushalt und Hobbys	Das Leben zu Hause, Hobbys und intellektuelle Interessen sind gut erhalten	Das Leben zu Hause, Hobbys und intellektuelle Interessen sind ein wenig beeinträchtigt	Leichte aber eindeutige Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu Hause; schwierige Aufgaben werden nicht mehr ausgeführt; komplizierte Hobbys und Interessen werden aufgegeben	Nur einfache Aufgaben werden aufrechterhalten; stark eingeschränkte Interessen; schlecht aufrecht erhalten	Keine nennenswerte Leistungsfähigkeit zu Hause
Körperpflege	Vollständig in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern	Vollständig in der Lage, sich um sich selbst zu kümmern	Muss aufgefordert werden	Benötigt Hilfe beim Anziehen, bei der Körperpflege, bei der Aufbewahrung persönlicher Gegenstände	Benötigt Hilfe bei der Körperpflege; häufig inkontinent

Tabelle 5: Klinische Einschätzung des Schweregrades einer Demenz (CDR)
(Ivemeyer, D., Zerfaß, R. 2005)

Pragmatisch kann man nach Förstl und Calabrese bezogen auch auf die Alltagsaktivitäten ein leichtes, mittelgradiges und ein schweres Demenzsyndrom unterscheiden (Förstl, H. & Calabrese, P. 2001):

- Bei einer leichten Demenz ist ein unabhängiges Leben noch möglich; komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht mehr ausgeführt werden.
- Bei einer mittelgradigen Demenz bestehen ernsthafte Behinderungen hinsichtlich eines unabhängigen Lebens; selbständiges Einkaufen oder Umgang mit Geld sind nicht mehr möglich, nur noch einfache häusliche Tätigkeiten.
- Bei einer schweren Demenz werden selbst enge Verwandte nicht mehr erkannt, nachvollziehbare Gedankengänge gelingen nicht mehr.

Nichtkognitive Symptome

Die Pflege von Menschen mit Demenz kann belastend sein, obwohl oder gerade weil der affektive Bezug z.B. zu Menschen mit Alzheimer-Demenz lange erhalten bleibt und diese emotional lange ansprechbar bleiben.

Nichtkognitive Symptome, die bei der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten für Personal und Angehörige belastend sein können, sind vor allem (modifiziert nach Alzheimer Europe 1999):

- Antriebsstörungen
- Aggressives Verhalten und Wutausbrüche
- Unruhezustände
- Ängstliche Verstimmungen und Erregungen
- Stimmungslabilität
- anklammerndes Verhalten, Nachlaufen
- Depressive Verstimmung
- Sinnestäuschungen (Halluzinationen) und illusionäre Verkennungen
- Wahnphänomene
- Verstecken und Verlieren von Gegenständen
- falsche Anschuldigungen, z.B. im Zusammenhang mit nichtauffindbaren Gegenständen
- unangemessenes sexuelles Verhalten
- Sundowning (zunehmende Verwirrtheit und Unruhe am Abend)
- Schlafstörungen, nächtliches Umherlaufen („Geistern“)
- Rastloser Bewegungsdrang („Wandern“)

4

Medizinische Diagnostik und Therapie sowie unterstützende therapeutische Möglichkeiten



4.1 Diagnostik bei Demenzerkrankungen

„Demenz“ ist eine klinische Diagnose und ein Syndrom, das der weiteren diagnostischen Klärung bedarf.

Entscheidend ist die Feststellung des progredienten demenziellen Syndroms, der Ausschluss ähnlicher klinischer Bilder, wie depressive Pseudodemenz oder dissoziative Pseudodemenz (Ganser-Syndrom), Spätschizophrenie oder anhaltende kognitive Beeinträchtigung bei chronischer Schizophrenie und der Ausschluss sekundärer Demenzen (chronische Intoxikationen z.B. durch Medikamente, Infektionen des ZNS wie Lues oder Neuroborreliose, endokrinologische Störungen wie Hypothyreose, Avitaminosen wie Thiaminmangel oder Vitamin B12-Mangel, hirnstrukturelle Veränderungen wie Niederdruckhydrozephalus oder chronisches Subduralhämatom, um nur einige Möglichkeiten zu nennen). Patienten mit einer Depression, einer dissoziativen Störung oder einer Schizophrenie bedürfen einer anderen spezifischen auf das Störungsbild bezogenen psychiatrischen Therapie.

Sekundäre Demenzen sind *potenziell ätiologisch therapierbar*, so dass es fatal wäre, sie zu übersehen. Bei den häufigen vaskulären Demenzen (die auch in Kombination mit einer Alzheimerdemenz auftreten können), kann eine ursachengerichtete Behandlung, wie Hochdruckbehandlung, Beseitigung einer Emboliequelle (Thrombozytenaggregationshemmer) das Fortschreiten verhindern oder verzögern.

Neurodegenerative Demenzen nehmen zwar einen schicksalhaften Verlauf, dennoch gibt es Möglichkeiten, Patienten und Angehörigen das Schicksal zu erleichtern. Durch eine adäquate Antidementiva-Medikation lässt sich die Progression über eine gewisse Zeit verzögern und Pflegebedürftigkeit hinausschieben. Medikamentöse Behandlung der nichtkognitiven Symptome sollte rechtzeitig erfolgen, wo sie erforderlich ist (z.B. bei psychotischen Symptomen). Nicht medikamentöse Verfahren inklusive moderner Pflegekonzepte helfen, auf nebenwirkungsarme Art den Einsatz der Medikamente auf das Nötige zu beschränken.

Eine genaue artdiagnostische Zuordnung neurodegenerativer Demenzen gelingt oft erst dem Neuropathologen, daher gilt:

„Die Erkennung behandelbarer Demenzursachen ist das erste Ziel der ärztlichen Diagnostik. Von weit geringerer Bedeutung ist die akademische Korrektheit einer Verdachtsdiagnose, die nur durch den Neuropathologen bestätigt werden kann.“

(Förstl, H. & Calabrese, P. 2001)

Der erste Schritt zur Demenzdiagnostik ist so banal wie elementar: **darin denken!** Hier ist es wichtig, vom Mythos eines regelhaften mentalen Abbaus im Alter („Presbyophrenie“) Abschied zu nehmen. Demenz ist immer eine abklärungs- und behandlungsbedürftige Störung und kein normaler Alterungsprozess.

Schleichende, noch nicht zu ausgeprägte Veränderungen können auch nahen Angehörigen oft über längere Zeit nicht auffallen. Etwa ein Viertel der Alzheimerpatienten klagt initial über depressive Symptome. Hier ist die Abgrenzung gegenüber den gut behandelbaren depressiven Episoden wichtig. Depressive Syndrome können ursachenunabhängig mit erhöhter Suizidgefahr einhergehen. Verminderung von Konzentrations- und Merkfähigkeit werden von den Patienten anfänglich bemerkt und auch berichtet. Bei der Anamneseerhebung können Fragen nach Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, schlechtem Namensgedächtnis und Verlegen von Gegenständen Hinweise geben. Die subjektive Beschwerdenschilderung ersetzt aber nicht die objektive Testung. Einfache Instrumente wie der DemTect (Demenz-Detektion), der RDST (Rapid Dementia Screening Test) und TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung) oder die Mini Mental State Examination nach Folstein und der Uhrentest in seinen verschiedenen Versionen geben erste Anhaltspunkte, denen dann gezielt nachgegangen werden muss.

Die Diagnose beruht auf Anamnese (inklusive Familienanamnese), Fremdanamnese, klinischem Befund (neurologische und internistische Untersuchung, psychopathologischer Befund) und technischen Befunden (Labor, Bildgebung).

Anhalt für eine rationale Diagnostik der Demenzen geben die DEGAM-Leitlinie Nr. 12 „Demenz“ (S3-Leitlinie - <http://www.degam.de>) und die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie zu degenerativen Demenzen (Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart oder als Download: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-029.htm> zuletzt 06.04.2009). Beide Leitlinien sind auf dem Stand 2008. Die Leitlinie der DGN befindet sich auf der Entwicklungsstufe S1 (Leitlinie durch Expertengruppe der Fachgesellschaft, verabschiedet vom Vorstand der Fachgesellschaft), gilt also nicht als „evidenzbasiert“. Die Leitlinie Nr. 12 „Demenz“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) ist eine S3-Leitlinie.

Die Leitlinie der DEGAM sieht in der hausärztlichen Diagnostik an Eigen- und Fremdanamnese vor:

- Verhaltens-/Persönlichkeitsveränderungen
 - Medikamenten- und Alkoholkonsum
 - Depressionen und Begleiterkrankungen
 - Bestehende Risikofaktoren
- Fokus der körperlichen Untersuchung
 - Neurologische Defizite
 - Schwerhörigkeit
 - Hypothyreose
 - Unter-/Fehlernährung

- Einsatz von Testverfahren
 - Mini-Mental-State (MMST)
 - Demenz-Detektionstest (DEMTECT)
 - Uhr-Zeichentest
- Laboruntersuchungen
 - Blutbild, Glukose, TSH, B12, Elektrolyte
 - Urin-Teststreifen
 - Weitere bei Bedarf, z.B. Kreatinin, Folsäure, Leberwerte
- Bildgebende Verfahren
 - Bei allen unklaren, untypischen oder rasch progredienten Verläufen
 - Zur Diagnosesicherung
 - Bei Patienten, die unter 65 Jahren alt sind
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren
 - Assessment
 - EKG
 - Pulskontrolle

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hält für

- **unverzichtbar:** Genaue Anamnese und Fremdanamnese, kompetente neurologische und psychiatrische Beurteilung, differenzierte neuropsychologische Diagnostik, Labor-Ausschlussdiagnostik, zerebrale Bildgebung.
- **ergänzend** möglich, aber in der klinischen Routine nicht regelmäßig indiziert: EEG, vertiefte Labordiagnostik, Liquordiagnostik, Perfusions-SPECT, Glukose-PET, genetische Diagnostik, Dopplersonographie.

Bei **Anamnese und Fremdanamnese** sind zu erfragen: Initiale und spätere Defizite, Progressionsmodus, Alltagsbewältigung für basale und anspruchsvolle Aktivitäten, neurologische Symptome (z. B. Gang-, Miktions-, Riech-, Sehstörung, sonstige motorische und koordinative Störungen, unspezifische Symptome wie Orthostaseschwindel, Schlafstörung, Erschöpfbarkeit, Gewichtsverlust, sonstige Gesundheits- und Befindlichkeitsstörungen), Defizite von Orientierung, Gedächtnis (für Gesprächsinhalte und Ereignisse), räumlichem Denken (AbleSEN, Zeichnen, Zusammensetzen, Einräumen), Sprache (u. a. Wortfindung, Flüssigkeit, Verständnis), Praxis, Geschwindigkeit des Denkens, Handelns und Sprechens, Grundgestimmtheit, Antrieb, Sprachantrieb, Wesensänderung,

Psychiatrische Symptome (z. B. Paranoia, Wahnsymptome, Schlafstörung, Affektlabilität), Krankheitsbewusstsein, Medikamente, Familienanamnese.

Unterstützend können bei der Diagnostik und Abgrenzung demenzieller Erkrankungen auch so genannte Memory-Kliniken (synonym Gedächtnissprechstunden, Gedächtnisambulanz, Alzheimer-Zentrum, Alzheimer-Ambulanz) wirken. Es handelt es sich um ambulante Einrichtungen, bei denen die Diagnostik im Vordergrund steht und die überwiegend an psychiatrische oder geriatrische Kliniken angegliedert sind (Aguirreche, E. et al. 2003). Wesentliches Kennzeichen ist die Interdisziplinarität (Ärzte, Neuropsychologen und Sozialarbeiter arbeiten eng zusammen). Die Einrichtungen sind – zumal wenn sie universitäre Einrichtungen sind – forschend tätig. Angehörigen-Beratung gehört in der Regel zum Programm solcher Einrichtungen. Manche dieser Memory-Kliniken bieten Angehörigen und teilweise auch Patienten für einen begrenzten Zeitraum die Möglichkeit von Gesprächsgruppen (Diehl, J. 2003).

4.2 Haus- und fachärztliche Betreuung von Menschen mit Demenz

Wesentlich für eine angemessene medizinische Versorgung demenziell Erkrankter ist eine abgestufte und verlässliche Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und spezialisierten medizinischen Fachdisziplinen und Einrichtungen.

Die S3-Leitlinie der DEGAM beschreibt ein entsprechendes Schnittstellenmanagement wie folgt:

Patienten mit einer Demenzerkrankung können meist von ihren primär versorgenden Hausärzten (Praktische Ärzte, Allgemeinärzte, Internisten) diagnostiziert, therapiert und betreut werden.

Die typische Symptomatik der Alzheimer Krankheit mit ihrer schleichenden Entwicklung und dem langsamen Voranschreiten über mehrere Jahre, verbunden mit einem kontinuierlichen Rückgang der kognitiven und praktischen Fähigkeiten, kann gut durch die langjährige Betreuung innerhalb einer Hausarztpraxis aufgedeckt werden (erlebte Anamnese). Auch eine zerebrovaskuläre Erkrankung – mit oder ohne vaskuläre Demenz – ist in der hausärztlichen Praxis gut zu identifizieren.

Es kann jedoch sinnvoll und hilfreich sein, bei bestimmten Patienten einen erfahrenen Fachspezialisten zu konsultieren. Insbesondere dann, wenn

- fortdauernde Unsicherheit über die Diagnose besteht
- Unsicherheit besteht, ob neben der Demenz auch eine Depression andere neurologische Erkrankung vorliegen
- ein ungewöhnlich schnelles Voranschreiten vorliegt bzw. neue Zusatzsymptome hinzutreten

- Fragen bezüglich der Medikation bzw. eventueller Nebenwirkungen vorliegen
- weitere spezifische Fragen zu klären sind
- eine genetische Beratung gewünscht bzw. erforderlich ist oder
- die Patienten bzw. Angehörigen eine Expertenmeinung hinzuziehen möchten

Die Fachrichtung des Experten (z.B. Geriatrie, Psychiatrie, Neurologie, Neuropsychologie, Gerontopsychiatrie) wird je nach regionalen Gegebenheiten unterschiedlich sein.

Eine enge Kooperation mit Pflegenden ist anzustreben.

Überweisung zum Fachspezialisten bei

- bleibender Unsicherheit über die Diagnose bzw. Therapie
- zusätzlichem Hilfsbedarf/Wunsch von Patienten oder Angehörigen
- (starker) Depression.

Primärer ärztlicher Ansprechpartner für Menschen mit Demenz ist in der Regel der Hausarzt. Der Anteil der zuhause versorgten Demenzkranken dürfte derzeit zwei Drittel betragen (mit stark *abnehmender* Tendenz), 90 % werden von Hausärzten behandelt (Weyerer, S. 2005). Allerdings scheint die hausärztliche Versorgung nicht immer dem Stand des aktuellen Wissens über Demenzen gerecht zu werden (Vollmar H.C et al.2007). Die Schwelle, dem Verdacht auf ein demenzielles Syndrom gezielt diagnostisch nachzugehen, ist bei der Mehrzahl der Hausärzte eher zu hoch (Pentzek, M.& Abholz, H.H. 2004). Wagner und Abholz (2002) stellen fest, dass Hausärzte auf Grund von postulierten fehlenden therapeutischen Konsequenzen eine Diagnose oft nicht aktiv anstreben. Gleichzeitig empfinden es Hausärzte als unangenehm, mit den Patienten über die belastende Diagnose „Demenz“ zu sprechen. Eine Verbesserung der Versorgungssituation sei anzustreben. Auch bei einer Überweisung zum Facharzt kommt die Untersuchung beim Neurologen oder Psychiater nicht immer zustande. Angehörige halten dies für nicht zumutbar, längere Wartezeiten und die räumliche Entfernung z.B. in ländlichen Gegenden können dem entgegenstehen. Der Nutzen der Antidementiva wird von der Mehrzahl der Hausärzte skeptisch beurteilt. Nach einer Untersuchung von Ruof et al. erhalten nur etwa 9 % der Alzheimerkranken Antidementiva (Ruof, J. et al. 2002). Pentzek und Abholz kamen zu ähnlichen Zahlen.

Auch bei der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Heimbewohnern, unter denen mit Anteilen demenziell Erkrankter zwischen 60 und 70% zu rechnen ist, besteht Optimierungsbedarf (van den Bussche, H., Weyerer, S. Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.C., Dietsche, S. 2009).

Die Studie von Hallauer et al. (2005) – wenn auch methodisch nicht unumstritten – konstatiert eine unzureichende Behandlung Demenzkranker auch in Pflegeheimen. Die ärztliche Versorgung in Heimen sei grundsätzlich sichergestellt, sie liege überwiegend in den Händen von Allgemeinärzten. Auch Internisten sind noch relativ häufig an der Behandlung von Heimbewohnern beteiligt, aber nur 35% der Bewohner werden vom Neurologen/Psychiater gesehen und nur 20% erhielten eine antidementive Therapie. Auch die Behandlung von komorbiden nichtinternistischen Störungen sei defizitär. Rund 30 % der Heime wurden im vergangenen Jahr nicht von einem Augenarzt aufgesucht. 36 % wurden von keinem HNO-Arzt betreut. Dies ist v. a. in Hinsicht auf die Bedeutung von gutem Hören und Sehen hinsichtlich einer Sturzprophylaxe bedenklich, nimmt dem Betroffenen aber auch noch verbliebene Kompensationsmöglichkeiten in Bezug auf die Demenz. Positive Erfahrungen werden von der Schaffung einer Visitenkultur berichtet, die neben dem Bewohner auch Pflege, Hausarzt, Facharzt und den Angehörigen einbezieht: Krankenhauseinweisungen wegen so genannter psychiatrischer Krisen treten bei der gelungenen Umsetzung dieses Konzeptes seltener auf (Gerth, C. 2009).

Der Hinweis auf eine Visitenkultur mit Einbeziehung von Pflegepersonal, Hausarzt bzw. Heimarzt, Facharzt und auch der Angehörigen scheint uns beachtens- und umsetzenswert.

4.3 Medikamentöse Therapien

Die Darstellung der **Therapien** in diesem Kapitel ist auf die beiden häufigsten Formen (Alzheimer-Demenz und vaskuläre Demenzen) beschränkt.

Medikamentös haben moderne Antidementiva einen gewissen Fortschritt gebracht. Diese können als Substanzen definiert werden, die „kognitive Störungen und wahrscheinlich zum Teil auch nicht kognitive Symptome bei dementiellen Syndromen verbessern“ (Arzneimittelkommission 2004).

Diskutiert wird aktuell auch die Wirksamkeit der langfristigen Einnahme des nicht steroidalen Antiphlogistikums (NSAID) Ibuprofen im Sinne einer protektiven Wirkung dieses häufig eingesetzten Medikaments (Ärzteblatt, 6. Mai 2008). Ibuprofen war in einer Fall-Kontroll-Studie in Neurology (2008; 70: 1672-1677) mit einem signifikant verminderten Risiko auf die Entwicklung einer Alzheimer-Demenz assoziiert, wobei zum Nachweis der Wirksamkeit dieser Substanz noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Gut untersucht sind laut Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2004) die medikamentösen therapeutischen Möglichkeiten für die Alzheimer Demenz.

Therapie der ersten Wahl bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz sind Cholinesterasehemmer (Donepezil, Galantamin, Rivastigmin). Die Wirksamkeit dieser Substanzen ist hinsichtlich der Verbesserung kognitiver Fähigkeiten

ten nachgewiesen (Birks, J.S. et al. 2000, Birks, J.S., Harvey, R. 2003, Loy, C., Schneider, L. 2004). Positive Auswirkungen auf die Pflegebedürftigkeit und die Mortalität sind nicht eindeutig, Auswirkungen auf die Lebensqualität wurden nicht ausreichend geprüft. Einem Bericht des IQWiG (IQWiG 2007) zu Cholinesterasehemmern bei Alzheimer Demenz ist zu entnehmen, dass für die Substanzen Donepezil, Galantamin und Rivastigmin ein Nutzen beim Erhalt kognitiver Fähigkeiten von Patienten mit leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz besteht. Für einen Nutzen bei Aktivitäten des täglichen Lebens gebe es Hinweise. Nicht (ausreichend) belegt sei ein Nutzen bei Lebensqualität oder bei der Verzögerung der Aufnahme in ein Pflegeheim. Eine Analyse zum Stellenwert von Donepezil, Rivastigmin und Galantamin in der Therapie der Demenz vom Alzheimer-Typ wurde 2002 vorgelegt (Ziegler, S., Arndt, C., Windeler, J. 2002). Die Autoren dieser Analyse kommen zu dem Ergebnis, dass Alzheimerpatienten (im Durchschnitt) von der Einnahme dieser Substanzen profitieren, der Effekt sei insgesamt „eher gering“, die positiven Auswirkungen würden aber die möglichen Nebenwirkungen überwiegen. Bislang ungeklärt seien die Fragen, ob die Patienten auch profitierten bei einer Einnahme, die länger als ½ Jahr (bzw. 1 Jahr) dauert und wie lange das Medikament sinnvollerweise eingenommen werde. Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft konstatiert sowohl für Donepezil, Galantamin als auch für Rivastigmin das „Vorliegen von Hinweisen auf eine Verzögerung der Symptomprogression bei Alzheimer Demenz“ (ebd. 2004). Demnach unterschreiten erst nach etwa einem Jahr einer Therapie mit einem Acetylcholinesterasehemmer die kognitiven Leistungen den Ausgangswert vom Beginn der Therapie. „Eine neuere Untersuchung mit Donepezil lässt die Interpretation zu, dass die Behandlung nicht für mehrere Wochen unterbrochen werden sollte“ (ebd. 2004).

Die Substanzen sind nicht ohne Nebenwirkungen, die teilweise abhängig sind von der Geschwindigkeit, mit der aufdosiert wird und der Höhe der Dosis. Bei Donepezil treten häufig Müdigkeit, Schlaflosigkeit, Schwindel, Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Übelkeit, Erbrechen, gastrointestinale Beschwerden, Muskelkrämpfe, Harninkontinenz, Ausschlag, Juckreiz, Synkopen, Halluzinationen, Erregungszustände, aggressives Verhalten auf; bei Rivastigmin sehr häufig Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit, häufig Bauchschmerzen, Dyspepsie, Gewichtsverlust, vermehrtes Schwitzen, Tremor, Unwohlsein, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Somnolenz, Agitiertheit, Verwirrtheit; bei Galantamin sehr häufig Übelkeit, Erbrechen; häufig Appetitverlust, Diarrhoe, Dyspepsie, Schlaflosigkeit, Somnolenz, Erschöpfung, Schwindel, Tremor, Muskelkrämpfe, Verwirrtheit, Depression, Anorexie, Stürze, Synkopen, Harnwegsinfektionen (Benkert, O. & Hippus, H. 2007).

Die Kosten-Nutzen-Relation für den Einsatz dieser Substanzen wurde kontrovers diskutiert. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) hatte z.B. 2001 eine positive Bewertung vorgelegt, die 2005 revidiert wurde, inzwischen empfiehlt das NICE (September 2007) den Einsatz von Donepezil,

Galantamin und Rivastigmin limitiert auf Patienten mit Alzheimer-Demenz unter eng umschriebenen Voraussetzungen.

Für mittelschwere und schwere Formen der Alzheimer-Demenz ist der Wirkstoff Memantine (antiglutaminerge Substanz) zugelassen. Die Wirksamkeit ist derzeit noch in der Diskussion. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird voraussichtlich Ende 2009 den Abschlussbericht dazu vorlegen. Im Vorbericht vom August 2008 heißt es u.a.: „Die im Rahmen dieser Bewertung vorliegenden Daten zeigen keinen Beleg eines Nutzens einer Memantin-Therapie für Patienten mit moderater bis schwerer Alzheimer Demenz (AD). Für einzelne Nutzenaspekte ergaben sich allerdings Hinweise auf einen Nutzen von Memantin. Die Ergebnisse stehen unter Vorbehalt, da ein großer Teil erhobener Daten nicht in die Bewertung einfließen konnte.“ (http://www.iqwig.de/download/A05-19C_Vorbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf; zuletzt 14.04.2009)

Einen informativen Überblick zur medikamentösen Therapie von Demenzen gibt auch die Handlungsleitlinie Demenz aus Empfehlungen zur Therapie der Demenz (3. Auflage) Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (g)9.58755.081

Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Ziff. 604 S. 471).

Bredthauer (2006) verweist auf den Zusammenhang von nicht ausreichend ursachenanalytisch und deshalb fehlinterpretierten herausforderndem Verhalten (Agitiertheit, mangelndes Kooperationsverhalten, Depressivität, Aggressivität, nächtliche Unruhe und Weglauftendenz) von Menschen mit Demenz und der vermeintlich einzig verbleibenden Handlungsoption, einer sedierenden Medikation. Dies führe nicht selten in eine Negativspirale mit medizinischen Komplikationen, Mobilitätsverlust, Stürzen, Fixierung und reduzierter Lebensqualität bis hin zum Tod. Prioritär zur Medikamententherapie ist die Ursachenabklärung für das herausfordernde Verhalten und sämtliche Optionen nicht-medikamentöser Therapie, Pflege und Betreuung.

Da es sich bei demenziell Erkrankten nahezu immer um multimorbide, ältere Patienten handelt, unterliegen diese in hohem Maße den Risiken einer Polymedikation. Eine Gruppe um Mark Beers von der Universität Georgia hat 1991 eine Liste mit Arzneimitteln erstellt, die speziell bei älteren Menschen verstärkt zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) führen oder unwirksam sind oder für die es Alternativpräparate gibt, die weniger UAW haben (Beers, M.H. et al). Auch wenn die sog. Beers-Liste sich nicht spezifisch auf Menschen mit Demenz bezieht, so liefert sie doch auch in Deutschland beachtete Hinweise auf unangemessene Arzneimittel bei älteren Menschen.

Die Verschreibung von benannten Arzneimitteln ist nach Ansicht dieser Gruppe bei älteren Menschen (>65 Jahre) unangemessen und führt häufig zu Krankenhausaufenthalten oder gar zu Todesfällen. Die in der Tabelle aufgeführten Medikamente beziehen sich nur auf Medikamente, die sich in Deutschland auf dem Markt befinden (Sachverständigenrat 2009)¹.

BEERS-Liste potenziell unangemessener Arzneimittel bei älteren Menschen, unabhängig von deren Diagnosen und Zustand

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Indometacin (Indomet®)	NSAR mit den meisten zentralnervösen UAW	++
Muskelrelaxanzien/Spasmolytika: Methocarbamol (Ortoton®), Oxybutynin (Dridase®)	Die meisten Muskelrelaxanzien und Spasmolytika werden von älteren Patienten nicht gut vertragen (Sedierung, Schwäche aufgrund anticholinergere Effekte)	++
Flurazepam (Staurodorm Neu®)	Sehr lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin (Saroten®), Doxepin (Aponal®)	Starke anticholinerge und sedierende Effekte	++

¹ Zum noch nicht abgeschlossenen Diskussionsstand über die Anwendung der Beers-Liste in Deutschland vgl. Sondergutachten des Sachverständigenrates 2009; Ziff. 608 S.476ff)

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Kurzwirksame Benzodiazepine (höhere Dosen): >3 mg Lorazepam (Tavor®), >60mg Oxazepam (Adumbran®), >2mg Alprazolam (Xanax®), >15mg Temazepam (Planum®), >0,25mg Triazolam (Halcion®)	Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Benzodiazepinen im Alter	++
Langwirksame Benzodiazepine: Chlordiazepoxid (Librium®), Diazepam (Valium®), Dikaliumclorazepat (Tranxilium®)	Lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Digoxin (Lanicor®) in Dosen >0,125 mg/d (Ausnahme: Behandlung von Vorhoffibrillationen)	Bei eingeschränkter Nierenfunktion toxische Effekte (Herzrhythmusstörungen, gestörtes Farbsehen, Verwirrtheit)	+
Methyldopa (Presinol®)	Kann bei älteren Patienten Bradykardien oder Depressionen auslösen	++
Reserpin (Briserin N®) in Dosen >0,25 mg	Depression, Impotenz, Sedierung und orthostatische Hypotension	+
Magen-Darm-Spasmolytika: Atropinsulfat (Dysurgal®) u.ä.	Starke anticholinerge Effekte möglich, unsichere Wirksamkeit.	++
Anticholinergika, Antihistaminika: Chlorphenamin (Balkis®), Diphenhydramin (Dolestan®), Hydroxyzin (Atarax®), Cyproheptadin (Peritol®), Promethazin (Atosil®), Dexchlorpheniramin (Polaronil®)	Viele (auch nichtverschreibungspflichtige) Antihistaminika besitzen starke anticholinerge Wirkungen; Verwirrheitszustände, Sedierung bei Diphenhydramin möglich (nicht als Hypnotikum einsetzen)	++
Mutterkornalkaloide: Dihydroergotoxin mesilat (Hydergin®)	Wirksamkeit unsicher	+
Eisen(II)-sulfat (Plastulen®) in Dosen >325 mg/d	Erhöhtes Obstipationsrisiko	+
Barbiturate (außer Phenobarbital, außer bei Epilepsie): Thiopental (Trapanal®)	Hohes Abhängigkeitspotenzial, stärkere UAW als andere Sedativa/Hypnotika	++
Pethidin (Dolantin®)	Verwirrheitszustände, Nachteile gegenüber anderen Narkotika	++
Ticlopidin (Tiklyd®)	Thrombozytenaggregationshemmer mit starken UAW (z. B. Agranulozytose), Wirksamkeit nicht besser als bei ASS	++

Tabelle 6: **BEERS-Liste (überarbeitet) (nach Sachverständigenrat 2009)**

(+=niedriger Schweregrad, ++=hoher Schweregrad, UAW=unerwünschte Arzneimittelwirkung, NSAR= nicht-steroidale Antirheumatika, ASS=Acetylsalicylsäure)

Wolter beschreibt in einer Übersichtsarbeit die Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen (Wolter, D. 2009). Demnach werden bei der Behandlung von herausforderndem Verhalten bei Demenz häufig Antipsychotika eingesetzt, wobei Antipsychotika der zweiten Generation („atypische Neuroleptika“) dabei mittlerweile eine größere Rolle spielen, als die älteren Substanzen. Wolter zieht folgendes Fazit:

„Der nur mäßigen Wirksamkeit stehen schwerwiegende Risiken gegenüber: so ist unter allen Antipsychotika die Mortalität insgesamt erhöht, aber auch das Risiko für plötzlichen Herztod, Schlaganfallereignisse oder venöse Thrombosen. Die Unterschiede zwischen Antipsychotika der ersten und der zweiten Generation sind dabei gering: hochpotente Antipsychotika der ersten Generation führen häufiger zu extrapyramidal-motorischen Symptomen, unter Antipsychotika der zweiten Generation ist das allgemeine Mortalitätsrisiko wahrscheinlich etwas geringer, andererseits wahrscheinlich venöse Thrombosen und metabolische Nebenwirkungen häufiger. Für die übrigen Nebenwirkungen bestehen keine gesicherten Unterschiede. Angesichts der großen Heterogenität der Antipsychotika erscheint der Nutzen einer pauschalen Aufteilung in Antipsychotika der ersten und zweiten Generation fragwürdig. Für die Auswahl einer Substanz sind substanzspezifische Nebenwirkungen, Dosierung, Aufdosierungsgeschwindigkeit sowie Beachtung von Komorbidität, Kontraindikationen und Arzneimittelinteraktionen in Relation zum individuellen Patienten erheblich wichtiger als die Wahl nach bloßer pauschaler Zuordnung zu einer dieser beiden Gruppen. Am wichtigsten ist aber, dass Antipsychotika nur bei klarer Indikation zur Anwendung kommen!“

Noch nicht absehbar ist weiterhin die Perspektive von Impfungen gegen die Alzheimer-Erkrankung. Vier Jahre, nachdem eine große Phase-II-Studie zur Impfung gegen Morbus Alzheimer wegen schwerwiegender Nebenwirkungen in einigen Fällen (aseptische Meningoenzephalitis) abgebrochen worden war, wird jetzt ein erneuter Versuch mit einem sieben Aminosäureketten langen Amyloid-Beta-Fragment unternommen (Dodel, R. & Bacher, M. 2008). Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Bei den vaskulären Demenzen ist eine an der Pathophysiologie orientierte, wirksame medikamentöse Therapie nicht bekannt. Entsprechende Ansätze erstrecken sich hierbei primär auf die medikamentöse und diätetische Behandlung vaskulärer Risikofaktoren (Hochdruck, Diabetes, Rauchen) inklusive Veränderung der Lebensführung. Bei manifester vaskulärer Demenz sollte der Blutdruck nicht zu stark gesenkt werden. Die Behandlung der cerebrovaskulären Grunderkrankung richtet sich nach den anerkannten Prinzipien der Akutbehandlung und der Sekundärprophylaxe des Schlaganfalls.

Als Mittel der ersten Wahl bei depressiven Syndromen im Rahmen einer Alzheimer-Demenz gelten Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (Doody, R.S. et al. 2001). Diese Substanzen können auch bei Depression nach Schlaganfall eingesetzt werden. Auf trizyklische Antidepressiva sollte wegen deren anticholinergen Wirkung (Sub-Ileus, Harnverhalt, Glaukom, Delir, Verschlechterung der Demenz) verzichtet werden.

Bei Agitiertheit, Aggressivität, oder psychotischen Symptomen sollten Umweltfaktoren darauf überprüft werden, ob diese einen möglichen Auslöser darstellen könnten. Aktuell wird von einer erhöhten Mortalität sowohl bei konventio-

nellen als auch bei atypischen Neuroleptika ausgegangen (vgl. Arzneimitteltelegramm 2008).

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft empfiehlt bei der Behandlung deliranter Episoden, psychotischer Symptome oder Aggressivität: „Die Notwendigkeit der Fortsetzung der Medikation sollte nach Abklingen der Symptomatik überprüft werden, und die Gabe sollte nur so lange erfolgen, wie unbedingt erforderlich. Es sollte stets so niedrig wie möglich dosiert werden“ (Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Demenz. 3. Auflage 2004 S.18).

Zu achten ist auf die stark erhöhte Empfindlichkeit von Patienten mit Lewy-Körper-Demenz gegenüber Neuroleptika und die erhöhte Empfindlichkeit von Menschen mit vorgeschädigtem Gehirn für extrapyramidale Nebenwirkungen (Parkinsonoid, Dyskinesien) gegenüber typischen Neuroleptika.

Benzodiazepine sind hochwirksame Anxiolytika (Angstlöser). Sie sollten aber bei Alterspatienten mit Zurückhaltung eingesetzt werden. Am ehesten in Betracht kommen noch kurzwirksame Benzodiazepine wie Lorazepam oder Oxazepam in niedriger Dosierung.

Bei verwirrten oder älteren Patienten oder Patienten mit organischen Veränderungen sollten wegen möglicher paradoxer Wirkungen (Agitiertheit, Euphorisierung, Erregungszustände, Schlaflosigkeit) eher Antidepressiva zur Anxiolyse verordnet werden. Die unerwünschten Wirkungen von Benzodiazepinen können im Alter z.T. gravierende Konsequenzen haben, wie Atemdepression bei kardiorespiratorischen Erkrankungen, Ataxie mit Sturzneigung und Gefahr von Schenkelhalsbruch oder Schädel-Hirn-Trauma (Benkert, O. & Hippus, H. 2007).

Da interkurrente und gleichzeitig vorhandene körperliche Erkrankungen die demenzielle Symptomatik verschlechtern können, ist auf diese zu achten. Verstärkte Unruhe kann bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz z.B. der einzige Ausdruck von akuten Schmerzen sein. Eine ausreichende Therapie begleitender chronischer und der interkurrenter Erkrankungen sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

4.4 Rehabilitative Versorgung

Auch wenn es sich bei neurodegenerativen Demenzen um fortschreitende Erkrankungen handelt, die die Rehabilitationsfähigkeit einschränken können, haben Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung ihren Stellenwert. Auch demenziell Erkrankte haben Anspruch auf rehabilitative Leistungen zur Beseitigung oder Verminderung von Krankheitsfolgen, insbesondere im Bereich der Aktivitäten und der Teilhabe. Im Gegensatz dazu wird die Zweckmäßigkeit rehabilitativer Leistungen, insbesondere der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V) bei demenziell Erkrankten häufig kontrovers diskutiert und eher negativ beurteilt.

Diesbezüglich ist allerdings zu unterscheiden zwischen Maßnahmen, die primär auf die durch die Demenzerkrankung hervorgerufenen Krankheitsfolgen, wie z.B. Beeinträchtigungen der Tagesstrukturierung oder des Problemlöseverhaltens zielen und Rehabilitationsleistungen, bei denen zwar als Begleiterkrankung eine Demenz vorliegt, bei denen es aber primär um die Behandlung der Krankheitsfolgen einer nicht demenziellen Erkrankung, wie z.B. der Mobilitätsbeeinträchtigung nach einer Schenkelhalsfraktur, geht. Während es für die Demenz als rehabilitationsbegründender Hauptdiagnose bisher nur vereinzelt spezifische Rehabilitationskonzepte gibt und deren wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit und des Nutzens abschließend noch aussteht, findet Rehabilitation bei Demenz als Begleiterkrankung bereits in beachtlichem Umfang und mit guten Erfolgen in verschiedenen Versorgungsstrukturen der Geriatrie - sei es als Frührehabilitation in geriatrischen Fachabteilungen oder Tageskliniken, sei es als medizinische Rehabilitation in ambulanten oder stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen statt. So wurden 2007 für 28% aller stationären und 12% aller teilstationären Krankenhausfälle sowie knapp 40% aller Rehabilitanden geriatrischer Rehabilitationskliniken kognitive Beeinträchtigungen dokumentiert.

Sowohl die Ergebnisse internationaler Studien zur Wirksamkeit (efficacy) geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen als auch die Daten aus der deutschen Versorgungsrealität (effectiveness) rechtfertigen geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen auch bei demenziell erkrankten Rehabilitanden. Hierbei lagen die Rehabilitationserfolge bei leicht und moderat beeinträchtigten Patienten oft nicht oder nur geringfügig hinter denen nicht demenziell erkrankter Rehabilitanden zurück. Inkonsistent stellt sich derzeit noch die Datenlage bei kognitiv schwer Beeinträchtigten dar. Auch hier gibt es gute und teilweise sehr gute Erfolge, allerdings auch fehlende oder nur geringe Fortschritte. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf (MDS März 2009).

Im Rahmen rehabilitativer Leistungserbringung ist auch zu bedenken, dass der Ortswechsel und das Verlassen der vertrauten häuslichen Umgebung für den demenziell Erkrankten Nachteile im Sinne einer Verschlechterung der Orientierung und des Verhaltens mit sich bringen kann. Teilweise können sich die Betroffenen bei einem entsprechenden therapeutischen Milieu und/oder ggf. der Mitaufnahme des betreuenden Angehörigen an die neue Situation gewöhnen. Wo dies nicht absehbar ist und die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose der Betroffenen nur gegeben erscheint, wenn die rehabilitative Maßnahme im gewohnten häuslichen Umfeld und unter Einbezug der gewohnten Bezugspersonen erbracht wird, kann das das Angebot der mobilen Rehabilitation den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe Rechnung tragen kann.

Grundsätzlich kommt darüber hinaus auch die Verordnung von Heilmitteln gemäß den Heilmittel-Richtlinien bspw. von Ergotherapie oder Krankengymnastik mit rehabilitativer Zielsetzung in Betracht.

4.5 Weitere unterstützende Maßnahmen

Unabhängig von den Rehabilitationszielen des betroffenen Patienten ist ein wesentlicher Aspekt die Anleitung und Unterstützung der betreuenden Angehörigen, die nach Baier und Romero „die letzte Bastion“ zwischen dem hilfsbedürftigen Kranken und institutionellen Pflegeeinrichtungen darstellen (Baier, B. & Romero, B 2001). Sowohl die DEGAM-Leitlinie Nr. 12 zur Demenz als auch die Leitlinie der DGN betonen daher die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Entlastung betreuender Angehöriger. Auch die Nutzung von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Entlastungsprogrammen kann dabei unterstützend wirken.

Das **Angehörigentraining** ist auch das bei weitem am besten belegte aller vom IQWiG in seinem Bericht zur Nutzenbewertung der nichtmedikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz (2009) untersuchten Verfahren (14 von 28 einbezogenen Studien). Dabei ließen sich Hinweise auf eine positive Wirkung des Angehörigentrainings feststellen und zwar sowohl in Bezug auf begleitende Symptome wie Depressivität oder agitiertes Verhalten der demenziell Erkrankten als auch im Hinblick auf die Lebensqualität der betreuenden Angehörigen. Es zeigten sich ferner Hinweise, dass durch ein Angehörigentraining die Unterbringung in einem Pflegeheim deutlich hinausgezögert werden kann.

Ebenfalls können Patienten nach dem Bericht des IQWiG möglicherweise von **kognitiven Verfahren** profitieren. Allerdings gibt es keinen Hinweis auf eine Übertragung dieses Nutzens z. B. auf alltagspraktische Aktivitäten oder eine Generalisierung über die trainierten Leistungsbereiche hinaus. Die Studienergebnisse beziehen sich auch eher auf leicht erkrankte Populationen, die eine antidementive Basismedikation erhielten. Bei etwas stärker demenziell Beeinträchtigten ist ein Transfer des Gelernten im Rahmen von Gedächtnistraining (Gehirnjogging etc) in den Alltag kaum zu erwarten.

Für die im Bericht untersuchten **aktivierungsorientierten Verfahren** gibt es Hinweise für einen Nutzen psychosozialer Aktivierung im Hinblick auf die Lebensqualität der (betreuenden) Angehörigen und das klinische Krankheitsstadium der Patienten. Bei der körperlichen Aktivierung gibt es einen Hinweis auf potenzielle Schäden durch vermehrte Krankenhaus-Einweisungen. Für weitere Therapieziele liegen entweder keine (interpretierbaren) Daten vor oder sie liefern keinen Hinweis auf einen Nutzen.

Die im Bericht untersuchten **emotionsorientierten Verfahren** erwiesen sich als „wirkungsneutral“: es zeigten sich weder Hinweise auf eine günstige noch auf eine ungünstige Beeinflussung der patientenrelevanten Therapieziele.

In der Interventionskategorie **weitere Verfahren** fand sich für die in einer Originalarbeit gegen eine emotionale Unterstützung geprüfte Schlaftherapie kein Hinweis auf einen Zusatznutzen im Hinblick auf Mortalität und die Notwendigkeit einer vollstationären Pflege.

Für das in einer weiteren Originalarbeit untersuchte Orientierungstraining gibt es einen Hinweis für einen höheren Schaden (bzw. geringeren Nutzen) bezüglich Aggressivität und Agitiertheit (herbeigeführte Überforderungssituation?) im Vergleich zu einer Routineversorgung. Kein Hinweis zeigte sich hier für einen Nutzen auf die kognitive Leistungsfähigkeit. Für weitere Therapieziele lagen in den beiden Studien keine (interpretierbaren) Daten vor.

Insgesamt bemängelt das IQWiG in dieser aktuellen Übersicht zu nichtmedikamentösen Therapieverfahren allerdings erhebliche methodische Schwächen (geringe Fallzahlen, mangelhafte Berichtsqualität etc.), die deren Aussagekraft begrenzen und zum Teil für die uneindeutigen Ergebnisse verantwortlich sein könnten. Im Hinblick auf die geringe Ergebnissicherheit der Studien (vielfach nicht signifikante und überwiegend geringe Effekte) sei es daher nicht unwahrscheinlich, dass potenzielle Behandlungseffekte fälschlicherweise nicht entdeckt worden sein könnten. Weitere in Deutschland durchgeführte und methodisch sorgfältig geplante Studien wären daher nach Bewertung des IQWiG hilfreich, um zu einer sichereren Abschätzung des Nutzens dieser und ähnlicher unterstützender Maßnahmen in der Therapie demenzieller Erkrankungen zu kommen.

Für weitere begleitende Maßnahmen wie bspw. Aromatherapie oder Musiktherapie liegen in Einzeluntersuchungen zwar Hinweise auf positive Effekte vor, diese Ergebnisse genügen allerdings nicht den Anforderungen kontrollierter Studien.

Nicht zuletzt ist auf die Bedeutung von Selbsthilfegruppen hinzuweisen, die einen essentiellen Therapiebaustein insbesondere in der Angehörigenberatung darstellen. Betroffene, Angehörige und Pflegepersonen sollten über Möglichkeiten einer entsprechenden Unterstützung. (wie z. B. durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz (Tel.: 01803/171017; www.deutsche-alzheimer.de bzw. deren örtliche Vertretungen informiert werden). Dort können u.a. auch viele weitere Fragen, die sich im Zusammenhang mit einer Demenzerkrankung ergeben geklärt oder der Klärung durch einen Experten zugeführt werden.

Ein derartiges Thema, das häufig die Entwicklung eines demenziellen Prozesses begleitet, ist bspw. das weitere Führen von Fahrzeugen. Das Risiko von Autounfällen und tödlichen Verletzungen steigt mit der Dauer und dem Schweregrad einer Demenz. Schon im frühen Stadium der Krankheit sind das Reaktionsvermögen und die Einschätzung von Entfernungen und Geschwindigkeit meist erheblich eingeschränkt. Die Beurteilung der Fahrtauglichkeit gehört zur Fürsorgepflicht des betreuenden Arztes. Er sollte daher nach Unfällen und ungewöhnlichen Ereignissen beim Fahren fragen (sich Verfahren, Beinahe-Unfälle, technische Schwierigkeiten beim Fahren etc.) und auf eingeschränkte Aufmerksamkeit, Konzentrations- und Urteilsvermögen achten. Wenn der Patient nicht zur Aufgabe seines Führerscheines zu bewegen ist, muss der Arzt zwischen den Bedürfnissen des Einzelnen und der Sicherheit der Allgemeinheit abwägen. In

unklaren Fällen empfiehlt sich eine definitive Beurteilung durch den Amtsarzt oder eine besondere verkehrsmedizinische Abteilung (DEGAM-Leitlinie Demenz 2008).

5

Rechtliche und ethische Aspekte



Menschen mit Demenz sind im Verlauf ihrer Krankheit in zunehmendem Maße in ihrer Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF) eingeschränkt und auf Grund ihrer wachsenden Behinderung auf Fremdhilfe angewiesen. Dies gilt auch für Entscheidungen ihrer sozialen Teilhabe zu wichtigen rechtlich geregelten Lebensbereichen, wie Gesundheit, Aufenthaltsbestimmung sowie finanzielle Angelegenheiten. Die Regelungsmöglichkeiten hierzu reichen von der Vorsorgevollmacht, über die Patientenverfügung bis hin zur gesetzlichen Betreuung.

5.1 Rechtliche Grundlagen

Für die Selbständigkeit und autonome Lebensführung beeinträchtigende Krankheits- und Behinderungssituationen hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 1992 das Betreuungsgesetz (BtG) geschaffen. Ziel der gesetzlichen Betreuung ist es, Menschen, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr selbst erledigen können, eine personenbezogene und persönliche Betreuung zur Seite zu stellen (Brucker, U. 2006).

Der Gesetzgeber gibt dabei den selbstorganisierten, vorsorglich getroffenen Formen der rechtlichen Stellvertretung (Vollmacht) den Vorrang vor der gesetzlichen Betreuung.

5.2 Betreuung: Hilfe statt Bevormundung

Eine Betreuung ist die treuhänderische Interessenwahrnehmung für einen Volljährigen und kann als gesetzliche Vertretung vom Betreuungsgericht (ehemals Vormundschaftsgericht) nur angeordnet werden, wenn Volljährigkeit besteht und medizinische Ursachen für die Unfähigkeit des Betroffenen vorliegen, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen (§ 1896 BGB).

Als medizinische Ursachen kommen in Betracht: schwere psychische Krankheiten oder geistige, seelische oder körperliche Behinderungen. Es muss ein kausaler Zusammenhang zwischen der Krankheit oder Behinderung und dem Unvermögen gegeben sein, seine Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht mehr selbstständig regeln zu können.

Die Betreuung kann auf Anregung eines Dritten oder auf Antrag des Betroffenen gesetzlich eingerichtet werden. Das Gericht ermittelt und entscheidet in solchen Fällen von Amts wegen. Die Bestellung eines Betreuers auf Grund eines Drittinteresses scheidet grundsätzlich aus. Gegen den Willen des Betroffenen, wenn er diesen frei bilden kann, darf ein Betreuer nicht bestellt werden (Bauer, A. 2006). Eine Betreuung darf nur eingerichtet werden für Aufgabenbereiche, in denen eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist. Bereiche die die Betroffenen eigenständig erledigen können, dürfen den Betreuern nicht übertragen werden. Die Bestellung eines Betreuers ist keine Entrechtung. Sie hat nicht zur Folge, dass der Betreute geschäftsunfähig wird. Die Wirksamkeit der von ihm abgegebenen Erklärung beurteilt sich wie bei allen anderen Personen alleine

danach, ob er deren Wesen, Bedeutung und Tragweite einsehen und sein Handeln danach ausrichten kann. In vielen Fällen wird eine solche Einsicht allerdings nicht mehr vorhanden sein (z.B. Menschen mit fortgeschrittener Demenz). Dann ist der Mensch im „natürlichen“ Sinne unabhängig von der Betreuerbestellung geschäftsunfähig.

5.3 Vorsorgevollmacht

Werden die Angelegenheiten von einem Bevollmächtigten besorgt, bedarf es keines Betreuers. Setzt der Betroffene selber einen Bevollmächtigten ein, wird das vom Gesetzgeber gegenüber der Betreuung als qualitativ gleichrangig akzeptiert, sofern die Angelegenheiten dadurch ebenso gut besorgt werden können. Nicht bevollmächtigt werden können wegen Interessenkollision z.B. Beschäftigte eines Heimes, in dem der Vollmachtgeber gepflegt wird. Gibt es Anzeichen für eine Missbrauchsgefahr, kann eine Anregung zur Kontrolle des Bevollmächtigten an das Betreuungsgericht gegeben werden. Vorbeugend können von vornherein auch zwei Bevollmächtigte vom Vollmachtgeber benannt werden, die nur gemeinsam handeln können.

Der Vollmachtgeber muss zum Zeitpunkt der Vollmachtserteilung geschäftsfähig sein. Eine Vorsorgevollmacht kann geschäftliche und persönliche Bereiche wie die Gesundheitsorge (§ 1904 Abs.2 BGB), freiheitsentziehende Unterbringung (§ 1906 Abs.1 BGB) und unterbringungsähnliche Maßnahmen (§ 1906 Abs.4 BGB) umfassen.

Die Vollmacht sollte diejenigen medizinischen Maßnahmen (Untersuchung, Heilbehandlung und ärztliche Eingriffe) oder z.B. freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Gurte und Bettgitter), für die sie gelten soll, möglichst genau benennen, damit die Interpretationsspielräume später gering bleiben.

Eine besondere Form der Vorsorgevollmacht ist die sog. **Patientenverfügung**. Nach langer und kontrovers geführter Diskussion hat der Bundestag zum 1.9.2009 ein Gesetz zur Patientenverfügung beschlossen (Bt-Ds16/8442 mit Änderungen, Bt-Ds16/13314). Danach hat der Betreuer zu prüfen, ob die Festlegungen in der Patientenverfügung der aktuellen Lebens- und Behandlungssituation des einwilligungsunfähigen volljährigen Patienten entsprechen. Ist das der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Betreuungssituation zu, muss der Betreuer die Behandlungswünsche oder anhand konkreter Anhaltspunkte den mutmaßlichen Willen des Betreuten feststellen. Dies gilt ausdrücklich unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung, also auch für Menschen mit Demenz. Sofern die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet, bedarf der Betreuer für seine Einwilligung in eine Untersuchung, Heilbehandlung oder ärztlichen Eingriff der Genehmigung des Betreuungsgerichts. Diesen betreuungsgerichtlichen Genehmi-

gungsvorbehalt muss der Betreuer zukünftig auch beachten, wenn es um seine Nichteinwilligung oder Widerruf der Einwilligung geht, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Von der betreuungsgerichtlichen Genehmigung kann dann abgesehen werden, wenn zwischen behandelndem Arzt und Betreuer Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem festgestellten Willen des Betroffenen entspricht. Dasselbe gilt auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in die genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

Ansonsten bedarf eine Vollmacht grundsätzlich keiner besonderen Form. Aus Gründen der Eindeutigkeit und Beweiserleichterung ist es auf jeden Fall ratsam die Schriftform zu wählen. Um Rechtszweifel weitgehend auszuräumen. Ratsam ist es, die Vollmacht bei einem Notar beurkunden zu lassen. Es besteht auch die Möglichkeit, die Vollmacht im zentralen Vorsorgeregister bei der Bundesnotarkammer hinterlegen zu lassen (www.zvr-online.de). Die Betreuungsgerichte haben dann die Möglichkeit, vor der Einrichtung einer Betreuung zu überprüfen, ob eine Vorsorgevollmacht besteht.

5.4 Betreuungsverfügung

In der Betreuungsverfügung können Vorschläge zur Auswahl des Betreuers und Wünsche zur inhaltlichen Wahrnehmung der Betreuung schriftlich niedergelegt werden. Betreuungsverfügungen werden in einigen Bundesländern beim Betreuungsgericht in Verwahrung genommen oder können beim zentralen Vorsorgeregister hinterlegt werden. Sie kommt insbesondere für Personen in Betracht, die keine vertrauenswürdige Person haben, der sie eine Vorsorgevollmacht ausstellen würden oder die eine gerichtlich kontrollierte Regelung ihrer Angelegenheiten vorziehen. Eine Betreuungsverfügung muss auch dann vom Gericht beachtet werden, wenn sie von einer nicht vollgeschäftsfähigen Person erteilt wurde, sofern ihr Inhalt sinnvoll ist und nicht dem Wohl des Betreuten zuwiderläuft.

Regelungsinhalte einer Betreuungsverfügung können sein:

- Vorschläge zur Auswahl des Betreuers in positiver wie negativer Art
- Formulierung von Anweisungen und Wünsche für bestimmte Situationen

Wünsche zur Wahrnehmung der Betreuung (Wohnung, Wohnsitz, Einzelheiten der Wohnungsauflösung; Name des Wunschkpflegeheims; Höhe des gewünschten Taschengelds im Falle der Betreuung; welcher Arzt, Rechtsanwalt, Vermögensverwalter; was passiert mit den Haustieren).

5.5 Betreuer

Zum Betreuer können nach §§ 1897 bzw. 1900 BGB natürliche Personen als Einzelbetreuer, Mitarbeiter von Betreuungsvereinen oder von Betreuungsbehörden bestellt werden.

Die Aufgaben und Pflichten des Betreuers ergeben sich aus seinem Aufgabenkreis. Er hat die Betreuung persönlich zu führen, wozu auch Erörterungspflichten mit dem Betreuten gehören. Er hat das Wohl und die Wünsche des Betreuten zu berücksichtigen. Was nicht nützt, aber auch nicht schadet, soll gemacht werden. Bei Unzumutbarkeit für den Betreuer braucht er den Wünschen des Betroffenen nicht zu entsprechen. Bei der Vermögenssorge gehört es zwar zur Aufgabe des Betreuers, das Vermögen des Betreuten zu erhalten und zu mehren, nicht aber den Betreuten vom Genuss seines Vermögens auszuschließen.

5.6 Aufgabenkreise

Das Gericht ist gehalten, nur für regelungsbedürftige Lebenssachverhalte eine Betreuung einzurichten; Betreuung „auf Vorrat“ verstößt gegen das Verhältnismäßigkeitsprinzip und gegen den Erforderlichkeitsgrundsatz. Aufgabenkreise sind u.a.:

Vermögenssorge: Sie umfasst die Ermittlung und Verwaltung des vorhandenen Vermögens. Der Betreuer muss prüfen, ob der Betreute Ansprüche hat, die er bislang nicht geltend gemacht hat, z.B. Grundsicherung und Sozialhilfe, Rente, Wohngeld, Leistungen der Pflege- und Krankenkasse etc. Der Betreuer muss dem Betreuungsgericht jederzeit über das Vermögen Auskunft erteilen und jährlich Nachweise führen (es bestehen Befreiungsmöglichkeiten).

Aufenthaltsbestimmung: Der Betreuer mit diesem Aufgabenkreis verfügt über das tatsächliche Bestimmungsrecht darüber, ob sich der Betreute künftig in der eigenen Wohnung oder z.B. im Heim aufhalten soll (Bauer, A. 2006).

Das Gericht kann diesen Aufgabenbereich nur unter zwei Voraussetzungen festlegen:

- der Betroffene kann die Aufenthaltsbestimmung aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht mehr in Eigenverantwortung vornehmen und
- es droht eine erhebliche Selbstschädigung oder Fremdgefährdung.

Menschen mit Demenz, die noch (alleine) zu Hause leben, sind für Betreuer vielfach nicht einschätzbare und kaum zu überwachende Risikobetreute (Sturzgefahr, Wandering; nicht ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr insbesondere bei Hitze). Grundsätzlich hat der Betreuer entsprechend dem Willen des Betreuten zu handeln. Wenn der Betreute in gesunden Tagen bestimmt hat, nicht in ein Pflegeheim übersiedeln zu wollen, ist ein Zielkonflikt des Betreuers gegeben: objektiv ist der an Demenz erkrankte Betreute im Pflegeheim

pflegerisch versorgt und in relativer Sicherheit. Wägt der Betreuer die Sicherheitsaspekte mit dem Wunsch des Betreuten zum Verbleib in der Wohnung ab, kann er unter Inkaufnahme der bestehenden Risiken die Entscheidung für den Verbleib in der Wohnung treffen (Meyer, S. 2008).

Kündigung und Auflösung der Wohnung: Dieser Aufgabenkreis, der sowohl Vermögens- als auch Personensorge umfasst muss dem Betreuer eigens vom Gericht zugewiesen sein. Der Grund liegt in der großen Bedeutung der Wohnung als Lebensmittelpunkt. Bei Kündigung des Mietvertrags ggü. dem Vermieter braucht der Betreuer die Genehmigung des Betreuungsgerichts (§ 1907 Abs.1 Satz 1 BGB).

Gesundheitsfürsorge: Die Gesundheitsfürsorge (z.B. Abschluss und Kündigung von Arzt- und Krankenhausverträgen) gehört zum Aufgabenkreis Personensorge. Bei Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge (Untersuchungen, Behandlungen oder ärztliche Eingriffe), bei denen die Gefahr besteht, dass der Betreute stirbt oder einen schweren und länger andauernden Schaden erleidet, ist die Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1904 BGB). Dies gilt auch für Bevollmächtigte.

Es kann in diesem Aufgabenkreis zu Situationen kommen, in denen Wille des Betreuten und Wille des Betreuers konkurrieren. Nur wenn der Betreute nicht in der Lage ist, selbst zu entscheiden, ist der Betreuer berechtigt, ihn in diesem Bereich zu vertreten (BayObLG FamRZ 1990,1154). Der (natürliche)¹ Wille des Betreuten ist grundsätzlich zu berücksichtigen. Hält der Betreuer die Zähne des Betreuten für behandlungsbedürftig, weigert sich dieser jedoch zum Zahnarzt zu gehen, so kann der Betreuer die ambulante Zahnarztbehandlung nicht mit Zwang durchsetzen.

Eine eigene Entscheidung über eine anstehende Heilbehandlung kann der Betreuer anstelle des Betreuten nur treffen, wenn der Betroffene hinsichtlich des anstehenden Heileingriffs nicht einwilligungsfähig ist, d.h. er keine Einsicht- und Steuerungsfähigkeit mehr hat, die ihm ermöglichte, Sinn und Zweck, Tragweite und Bedeutung, Vorteile und Risiken der Maßnahme nach vorher erteilter Beratung und Belehrung zu erfassen (LG Berlin in BtPrax 1993, 66ff). Solange Einwilligungsfähigkeit besteht, entscheidet der Betreute allein und genehmigungsfrei, selbst wenn eine Betreuung mit diesem Aufgabenkreis besteht. Ob die Einwilligungsfähigkeit des Betreuten vorliegt, beurteilt der behandelnde Arzt.

Der Betreuer kann demnach auch einem einwilligungsfähigen Betroffenen gegen dessen Willen keine Medikamente verabreichen (lassen). Zwangsmedika-

¹ Der natürliche Wille ist ein juristischer Begriff, der die tatsächlich vorhandenen Absichten, Wünsche, Wertungen und Handlungsintentionen eines Menschen umfasst, auch wenn dieser sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließendem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet. Der freie Wille ist wie Willensfreiheit eine Bezeichnung für das Wollen eines Menschen. www.wikipedia.de, 18.04.2007

tion ist nur im Rahmen einer gerichtlich angeordneten Unterbringung nach § 1906 BGB zulässig (LG Kassel BtPrax 1997, 38); auch die heimliche Beimi-schung insbesondere von psychotropen Medikamenten in das Essen oder in Getränke zählen hierzu.

Heilbehandlungen jedweder Art in Pflegeheimen und in der Psychiatrie sind in Absprache mit dem Betreuer vorzunehmen. Eine medikamentöse Behandlung ohne vorherige Genehmigung des Betreuers geht haftungsrechtlich zu Lasten der Pflege/des verordnenden Arztes (Meyer, S. 2008).

Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen: Der Betreuer bzw. der Bevollmächtigte kann den betreuten Menschen unter bestimmten Voraussetzungen mit gerichtlicher Genehmigung in einer geschlossenen Einrichtung (z.B. Gerontopsychiatrie) oder in einer geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses oder einer stationären Pflegeeinrichtung unterbringen. Die Unterbringung ist allerdings nur unter den in § 1906 Abs. 1 BGB genannten Voraussetzungen zulässig, wenn beim Betreuten die Gefahr einer erheblichen gesundheitlichen Selbstschädigung besteht oder wenn ohne die Unterbringung eine notwendige ärztliche Maßnahme nicht durchgeführt werden kann. Der Betreuer hat die Unterbringung zu beenden, wenn Ihre Voraussetzungen wegfallen. Die gerichtliche Genehmigung muss in jedem Fall zuvor eingeholt, bei Gefahr im Verzug nachgeholt werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen wie auch freiheitsentziehende Unterbringung liegen vor, wenn die Unterbringung oder Maßnahme gegen den Willen des Betroffenen erfolgt, eine gewisse Intensität und/oder Dauer erreicht und im Rahmen bestimmter räumlicher Gegebenheiten erfolgt.

Auch Freiheitsentziehungen in offenen Pflegeeinrichtungen/-bereichen sind grundsätzlich dann genehmigungspflichtig, wenn sie in ihrer Wirkung auf die Bewegungsfreiheit des Bewohners einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung gleichkommen, denn die Freiheitsentziehung kann z.B. durch einen Fixiergurt erheblich intensiver sein als diejenige, die durch eine verschlossene Stationstür erfolgt. Der Genehmigungsvorbehalt beruht auf Art. 104 Abs. 2 GG: danach hat nämlich "über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden".

Der Betroffene kann durch Einwilligung freiwillig die freiheitsentziehende Maßnahme legitimieren, sofern er noch einwilligungsfähig ist. Diese Frage ist gerade bei Menschen mit Demenz in der Praxis oft schwer zu entscheiden.

Ist der Betroffene (noch) einwilligungsfähig, muss seine Entscheidung akzeptiert werden, auch wenn sie nicht dem ärztlichen Rat entspricht. Das Recht des Patienten auf freie Selbstbestimmung geht dem ärztlichen Heilauftrag vor.

Kommen Arzt bzw. Pflegefachkraft zu der Überzeugung, dass der Demenzkranke einwilligungsunfähig ist, bedarf es grundsätzlich der Einwilligung eines Stellvertreters (gesetzlicher Betreuer, Bevollmächtigter). Nur im Notfall (z.B. erhebliche Gesundheitsgefährdung des Betroffenen liegt vor) darf und muss

auch ohne rechtswirksame Einwilligung gehandelt werden. Eine Freiheitsentziehung liegt begrifflich dann nicht vor, wenn die betreffende Maßnahme nicht darauf gerichtet ist, den Bewohner an seiner freien Fortbewegung zu hindern, weil er seinen Aufenthaltsort gar nicht mehr ändern kann und will: wer z.B. gehunfähig oder so gebrechlich ist, dass er nicht mehr alleine in einem Sessel sitzen kann und auf den Fußboden zu rutschen droht, wird durch einen (gepolsterten) Sitzgurt nicht daran gehindert, seinen Aufenthaltsort zu ändern.

Der Genehmigung bedarf es auch in jedem Fall, in denen einem Betreuten durch eine mechanische Vorrichtung, Medikamente oder auf andere Weise über einen längeren Zeitraum (mehr als 3 Tage) (Meyer, S. 2008) oder regelmäßig die Freiheit entzogen werden soll.

Freiheitsentziehende Maßnahmen können sein:

- mechanische Vorrichtungen (z.B. Bettgitter¹, Fixier- und Schutzdecken, Fesseln, Leibgurte u.a. Fixierungsvorrichtungen am Bett oder Stuhl, Zwangsjacken, Therapie- oder Stecktische an Stuhl oder Rollstuhl)
- Gabe von Medikamenten, Schlafmitteln oder Psychopharmaka mit dem Ziel des Verhinderns eines Verlassens der Einrichtung oder eines Fortbewegens in der Einrichtung
- andere Maßnahmen (z.B. Verriegelung von Türen, Trickschlösser, komplizierte Schließmechanismen an Türen oder andere Vorrichtungen zum Verhindern eines Öffnens von Türen, Zahlenschlösser, hoch angebrachte Türklinken, Arretieren eines Rollstuhls, Ausübung physischen und /oder psychischen Drucks durch das Personal wie Verbote, List, Zwang oder Drohungen; Wegnahme der Straßenkleidung bzw. Bekleidung mit sog. Pflegehemden). (Hoffmann, B., Klie, T. 2004)

Nicht genehmigungspflichtig ist die Verwendung von Personenortungsgeräten (sog. Piepsern) an der Kleidung von Bewohnern, die ihr Auffinden im Haus oder in der Nähe ermöglichen. Weil durch solche Geräte die Menschenwürde der Bewohner berührt sein kann, sollte ihr Einsatz mit dem Betreuer bzw. dem Bevollmächtigten abgestimmt sein.

Der aktuelle Stand des Wissens ist auch beim Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen zu beachten. Es gibt inzwischen eine Reihe guter Empfehlungen, in denen der aktuelle Stand des Wissens zum korrekten Umgang mit und vor allem zur erfolgreichen Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen aufgearbeitet worden ist (ReduFix 2007, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. 2006). Kann das Ziel (z.B. Hin- und Weglaufen), das man mit der freiheitsentziehenden Maßnahme (z. B. Fixierung) verfolgen möchte auch durch andere Mittel und Maßnahmen er-

¹ Bettgitter gelten in England als „lazy nursing“

reicht werden, die den Betroffenen weniger in seiner Freiheit einschränken, so ist die Fixierung ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Rechte des Betroffenen; die Voraussetzung zur Genehmigung einer solchen Maßnahme ist dann nicht gegeben, weil es an deren Erforderlichkeit mangelt. Neuere Untersuchungen (Meyer, G., Köpke, S. 2008) zeigen, dass körpernahe Fixierungen in Heimen bereits heute gänzlich vermieden werden können, wo andere Pflegeheime mit vergleichbarer Klientel mit Fixierungsquoten von 60 Prozent und mehr aufwarten. Zu hinterfragen ist die Tatsache, dass von 2000 bis zum Jahr 2008 die Zahl der gerichtlich genehmigten Fixierungsmaßnahmen in Deutschland um mehr als 70 % gestiegen ist (Bundesjustizamt 2009). Dabei werden knapp 80 % der Fixierten mehr als acht Stunden pro Tag, Tag für Tag, Woche für Woche fixiert (Kirsch, S. DRiZ 2009). Wie Betreuungsgerichte dazu beitragen können in den Pflegeeinrichtungen eine Haltungsänderung herbeizuführen, um auf körpernahe Fixierungen zu verzichten, zeigt das leicht in andere Orte übertragbare Modell des sog. Werdenfelser Weges im Landkreis Garmisch-Partenkirchen. (Kirsch, S. & Wassermann, J. BtPrax 2009; Kirsch, S. 2009 a.a.O.).

Zu den Alternativen, die Rechte der Betroffenen weniger beeinträchtigenden Maßnahmen zählen Interventionen zur Sturzprophylaxe insbesondere Kenntnis und Anwendung des Expertenstandards Sturzprophylaxe in der Pflege (DNQP 2006), aber auch z. B. die Verwendung einer Sensormatte, eines Lichtschranken-systems, absenkbarer Betten, Veränderung des Bodenbelags oder Verwendung von Hüftprotektoren.

Das Thema „freiheitsentziehende Maßnahmen“ zeigt auch, auf welche Weise Pflegefachlichkeit, ethisches Verhalten und Recht in Beziehung zueinander stehen. Durch eine falsche, den Bedürfnissen der Demenzkranken nicht angepasste Betreuung entsteht chronischer Stress. Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, v.a. Fixierungen, verstärken beim Demenzkranken das Gefühl des Ausgeliefertseins, der Hilflosigkeit und erschweren ihm das Verständnis der Situation. Immobilisierung kann insofern auch die Entwicklung psychotischer Symptomatik begünstigen. Halluzinationen und Wahnvorstellungen werden oft bereits nach wenigen Stunden der Fixierung beobachtet, meistens verbunden mit einer erheblichen psychomotorischen Unruhe und Aggressivität (Wojnar, J. 2007). Wesentliche Voraussetzung einer stressfreien Betreuung von Menschen mit Demenz ist es, die Ursachen von herausforderndem Verhalten zu identifizieren und hieraus Alternativen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen abzuleiten (vgl. die Ausführungen in Kapitel 6). Erst wenn diese pflegefachliche Analyse keine Alternativen mehr zulässt, ist für den Betreuungsrichter wie für den Betreuer die freiheitsentziehende Maßnahme als „erforderliche“ ultima Ratio gegeben. Angewandte Pflegefachlichkeit wird so ethisch zur Grundlage für rechtliche Entscheidungen.



6

**Professioneller Zugang in der Pflege
und Betreuung von Menschen mit
Demenz**

Der Umgang von professionell Handelnden mit Menschen mit Demenz erfordert eine spezifische Herangehensweise. Erfolgreiche Interventionen erfordern eine verstehende, empathische professionelle Grundhaltung und stellen besondere Anforderungen an die Kommunikation mit und die Beobachtung von Menschen mit Demenz.

6.1 Exkurs

Die hermeneutische (verstehende) Methode wird in Gegensatz zur erklärenden Methode der Naturwissenschaften gesetzt und will die Bedeutung und den Sinn von „Äußerungen und Werken des menschlichen Geistes aus sich und ihrem Zusammenhang verstehen“ (Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus AG 2001). Hierbei geht es um die Zielsetzung, die oben erwähnten Lebensäußerungen in ihrer Bedeutung für den einzelnen Menschen durch das Erfassen latenter Sinnstrukturen zu verstehen und nicht um eine allgemeingültige, kausale Erklärung im Sinne der Naturwissenschaften. Dilthey beschreibt Verstehen als „Prozess, in dem wir durch Zeichen, die von außen unseren Sinnesorganen gegeben sind, etwas Innerliches erkennen ...“ (Vedder, B. 2000). Dabei ist nicht die Interpretation dieser äußeren Zeichen gemeint, sondern etwas so zu erfassen

elementaren Verstehens. Dieses elementare Verstehen bezieht sich auf das menschliche Verhalten vor einem kulturellen Hintergrund und beschreibt nach Schrems „eine Übereinstimmung von dem, was ich sehe, und dem, was es für mich bedeutet“ (Schrems, B. 2003). Hierdurch entsteht eine gemeinsame Basis, die das mühelose Verstehen im Alltag ermöglicht und zu der zum Beispiel soziale Regeln wie Begrüßungsrituale, Deutung von Zeichen wie z.B. Kopfschütteln oder –nicken usw. gehören. Ohne dieses elementare Verstehen, durch das bestimmte Lebensäußerungen auf Anhieb verstanden werden, ist hermeneutisches Sinnverstehen nicht erreichbar.

6.2 Theoretische Modelle

Ausgangspunkt für eine konzeptionelle Positionierung von Pflegeeinrichtungen zum Umgang mit demenzkranken Menschen sind theoretische Modelle zur Versorgung und Betreuung.

Beim **Medizinischen Modell** konzentriert sich die Betrachtung der Krankheit auf medizinische Aspekte der Erkrankung. Primäres Ziel in diesem Modell ist die Heilung der Krankheit, die Hauptstrategien beziehen sich auf die körperliche Pflege und die medikamentöse Kontrolle der Demenzsymptome und Verhaltensauffälligkeiten. Da eine Heilung oder Vermeidung der primären Demenzformen bisher nicht möglich ist, hat sich der Schwerpunkt der Behandlung unter diesem Modell darauf verlagert, durch medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen Symptome der Krankheit positiv zu beeinflussen (Radzey, B. et al. 2001).

Auf der Grundlage des **Rehabilitationsmodells** wird versucht, durch Übung und gezielte Anregung der Sinneswahrnehmung eine Verbesserung der kognitiven und funktionalen Leistungen zu erzielen. Dieser Ansatz basiert auf der Annahme, dass durch Trainingsmaßnahmen der Abbauprozess bei der Demenz zumindest verlangsamt werden kann (Radzey, B. et al. 2001).

Bei den **ökologischen Modellen** wird anders als beim Medizinischen oder Rehabilitationsmodell das Erleben und Verhalten von Menschen mit Demenz im Kontext zu Ihrer Umwelt in den Mittelpunkt gestellt. Umwelt umfasst dabei die physische, die sinnes- und die soziale Umwelt und sieht im Sinne systemtheoretischer Modelle eine permanente Wechselbeziehung zwischen der Person und ihrer Umwelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass der Einfluss der Umweltfaktoren mit der Abnahme der Kompetenzen eines Menschen steigt. Geschlussfolgert wird daraus, dass durch eine günstige Umweltgestaltung (Milieu) positive Effekte auf das Verhalten und Erleben erzielt werden können. Dabei werden auf der einen Seite Stressoren beseitigt und auf der anderen Seite gezielt Stimulationen angeboten (Radzey, B. et al. 2001).

Schließlich ist das **psychosoziale Modell** zu erwähnen, das im angloamerikanischen Raum der dominierende Ansatz bei der Konzeption von speziellen Versorgungsformen für Menschen mit Demenz ist und zunehmend auch im

deutschsprachigen Raum Beachtung findet. Hier werden die soziale Beziehung und der soziale Umgang der Personen in den Mittelpunkt gestellt. Prominenter Vertreter dieser Sichtweise war Tom Kitwood, der auf der Grundlage dieses Modells mit der Bradford Dementia Group den personenzentrierten Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen entwickelt hat (Kitwood, T. 2000). Es geht dabei sowohl um die von einer Demenz betroffenen Person als auch um die Mitarbeiter und Angehörigen (Radzey, B. et al. 2001).

6.3 Kommunikation und Beobachtung

Menschen kommunizieren miteinander, um Bedürfnisse und Gefühle auszudrücken, Mitteilungen auszutauschen oder um der Unterhaltung willen (Powell, J. 2002). Unterschieden wird bei der Kommunikation zwischen verbaler (Übermittlung von Worten in Form der Sprache) und nonverbaler Kommunikation (Mimik, Augenkontakt, Körpersprache, Gestik, Berührung, Tonfall). Eine Kommunikation ist dann erfolgreich, wenn die Botschaft und die Gedanken einer Person von einer anderen Person richtig verstanden werden. Durch Wörter können sehr komplexe Vorstellungen/Konzepte übermittelt werden. Durch die gleichzeitig eingesetzte nonverbale Kommunikation wird die Bedeutung der Wörter unterstützt. Man kann aber auch – weniger komplex – nonverbal Gedanken und Botschaften ausdrücken.

Das größte Kommunikationsproblem für einen Menschen mit Demenz ist es, dass er sowohl beeinträchtigt ist, sich auszudrücken als auch darin aufzunehmen und zu verstehen, was andere ihm mitteilen wollen. Darüber hinaus führt die Wahrnehmung der eigenen Defizite zu einem Gefühl der Verunsicherung und zu Ängsten bei sozialen Kontakten. Dies verstärkt letztlich das Rückzugsverhalten eines Menschen mit Demenz, vor allem zu Beginn der Erkrankung. Legt man das Kommunikationsmodell in Anlehnung an Rüttinger und Sauer (Rüttinger, B., Sauer, J. 2000) zu Grunde, so ist die Informationsübertragung in 4 Stufen unterteilt: Darbietung, Aufmerksamkeit, Verstehen und Behalten des Verstandenen.

Bei Menschen mit Demenz sind Störungen auf allen vier Stufen zu verzeichnen. Das sprachliche Leistungsvermögen ist vor allem in der Semantik und Pragmatik gestört. Phonologische und syntaktisch-grammatikalische Fähigkeiten bleiben recht lange erhalten und werden erst in späteren Stadien der Krankheit beeinträchtigt. Auf der zweiten Stufe des Kommunikationsmodells ist bei Menschen mit Demenz die sog. selektive und die geteilte Aufmerksamkeit gestört. Das Sprachverständnis, das zu Beginn der Alzheimererkrankung noch recht gut erhalten ist, wird im Verlauf der Erkrankung zunehmend gestört. Komplexe Sätze und Sprachinhalte bereiten bereits im frühen Stadium Probleme. Ausdrücke, die über die rein wörtliche Bedeutung hinausgehen werden oft nicht mehr verstanden (wie z. B. Witze, Humor, Mehrdeutigkeiten). Auf der vierten Stufe (Merkfähigkeit) wird das zentrale Merkmal der Alzheimer Demenz berührt: die Gedächtnisstörungen. Schon in frühen Stadien zeigen sich Merkfähigkeitsstö-

rungen - so wird immer wieder dieselbe Geschichte oder Frage wiederholt (Rösler, M., Retz, W., Thome, J. 1997). Auch sind die Fähigkeiten gestört, neue Informationen zu lernen und diese zu einem späteren Zeitpunkt wiederzugeben, auch geht der „rote Faden“ im Gespräch leicht verloren. Probleme beim logischen Denken, beim Schlussfolgern und beim Treffen von Entscheidungen sind die Folge solcher Störungen. Während im frühen Stadium der Erkrankung oft alte Geschichten (Langzeitgedächtnis) noch gut erinnert werden, kann es Menschen in allen Stadien der Demenz schwer fallen, neue Informationen (Kurzzeitgedächtnis) abzuspeichern und abzurufen. Erinnerungen, an die sich Menschen mit Demenz noch eher erinnern können, sind solche, die mit starken Gefühlen oder hoher moralischer Wertigkeit (z.B. Verlust eines Freundes, freudige Ereignisse) assoziiert werden.

Schließlich ist wie bei allen alten Menschen auch Schwerhörigkeit als ein Kommunikationsproblem zu beachten, das diagnostisch abgeklärt werden muss.

Gerade wenn Menschen mit Demenz in ihrer verbalen Kommunikation eingeschränkt sind, erhält die richtige verbale und die nonverbale Kommunikation einen erhöhten Stellenwert und ist die Beobachtung und die Deutung durch die Pflegekräfte von noch größerer Bedeutung.

Die Ergebnisse einer Studie, die das Training von Angehörigen in der Kommunikation von Demenzkranken zum Inhalt hatte (TAnDem: Haberstrof, J., Neumeyer, K., Schmitz, B., Pantel, J. 2007) belegen Wirkungen im Hinblick auf die „Kommunikationskompetenz“, „Wissen über Kommunikation bei Demenz“, „Lebensqualität der Demenzpatienten“ und „Direkt wahrgenommene Belastung der pflegenden Angehörigen“. Demnach kann ein gezieltes Kommunikationstraining von pflegenden Angehörigen indirekt Demenzpatienten fördern. Die Kommunikationskompetenz der pflegenden Angehörigen wirkt sich auf das Wohlbefinden der Demenzpatienten und deren Betreuer signifikant aus.

6.4 Verstehen

Auf Grund der hohen Anforderungen an eine angemessene Kommunikation mit Menschen mit Demenz gelingt es Pflegenden und anderen an der professionellen Versorgung Beteiligten oft nur schwer, einen verstehenden Zugang zu Menschen mit Demenz zu finden. Hinzu kommt, dass sich Mitarbeiter von Institutionen noch vielfach an der medizinischen und sozialen Etikettierung „Demenz“ orientieren, die die Wahrnehmung des Betroffenen als Person erschwert. Eine differenzierte Wahrnehmung und Deutung individueller Verhaltensweisen wird hierdurch stark behindert. Dadurch, dass die mit der Erkrankung Demenz einhergehenden Veränderungen im Verhalten und in der Kommunikation weitgehend als Folge hirnerkranklicher Abbauprozesse verstanden werden, wird jedes Verhalten als Symptom der Krankheit interpretiert. Der Demenzkranke wird so zum Träger von Symptomen reduziert, er wird nicht als Person sondern als Objekt wahrgenommen (Bräutigam, C. 2005, Kitwood, T. 2000).

Beim Pflegeprozess ist aber das Verstehen ein entscheidendes Element zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs. Um einen verstehenden Zugang realisieren zu können, ist es gerade beim Umgang mit Menschen mit Demenz erforderlich, individuelles Fallverstehen mit dem wissenschaftlichen Regelwissen zu verknüpfen. Der Mensch muss als Person wahrgenommen und akzeptiert werden (Kitwood, T. 2000). Gleichzeitig muss angepasst an die individuellen persönlichen Bedürfnisse das wissenschaftliche Regelwissen eingesetzt werden. Wird dieses Ziel angestrebt, sind bei der Wahrnehmung sowohl die Selbstreflexion als auch der empathisch verstehende Zugang von Bedeutung (Bräutigam, C. 2005).

Die Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe setzt daher die „verstehenden Diagnostik“ an die erste Stelle ihrer Empfehlungen (Bartholomeyczik, S. et al. 2006). Hierdurch wird die Perspektive des Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt des Pflegeprozesses gestellt. Beim Bemühen um ein Verstehen sollte dabei nicht nur der Pflegebedürftige selbst sondern auch seine Umwelt einbezogen werden. Dabei wird vorgeschlagen, ein Strukturmodell heranzuziehen.

Beim „Need-driven dementia-compromised behaviour model“ = bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz (NDB-Modell) handelt es sich um ein solches Modell. Beim NDB-Modell wird das „problematische“ Verhalten als Folge einer Kombination von nicht beeinflussbaren Hintergrundfaktoren und von beeinflussbaren nahen (proximalen) Faktoren gesehen. In den ersten Versionen des Modells wurden lediglich sogenannte „störende“ Verhaltensweisen in den Blick genommen (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006; Kolanowski, A.M. 1999; Bräutigam, C. 2005). Später wurde der Fokus auf körperlich nicht aggressives Verhalten (Wandern) und die Passivität erweitert (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006). Das NDB-Modell dient in erster Linie dazu, Ursachen für das Verhalten von Menschen mit Demenz zu erkennen und dieses Verhalten zu beeinflussen. Das Modell bietet dabei Hilfestellung für das Erkennen von allgemeinen kontextbezogenen Ursachen (Bräutigam, C. 2005). Die Interventionen sollten sich demnach vor allem auf die veränderbaren, nahen Faktoren beziehen. Die Hintergrundfaktoren können meist nicht beeinflusst werden, dienen aber zur Identifizierung gefährdeter Menschen. Die Umsetzung dieses Modells erscheint sinnvoll im Rahmen von strukturierten Fallkonferenzen unter Einbeziehung von Angehörigen oder auch der kollegialen Beratung.

Verhaltensmodell bei Demenz

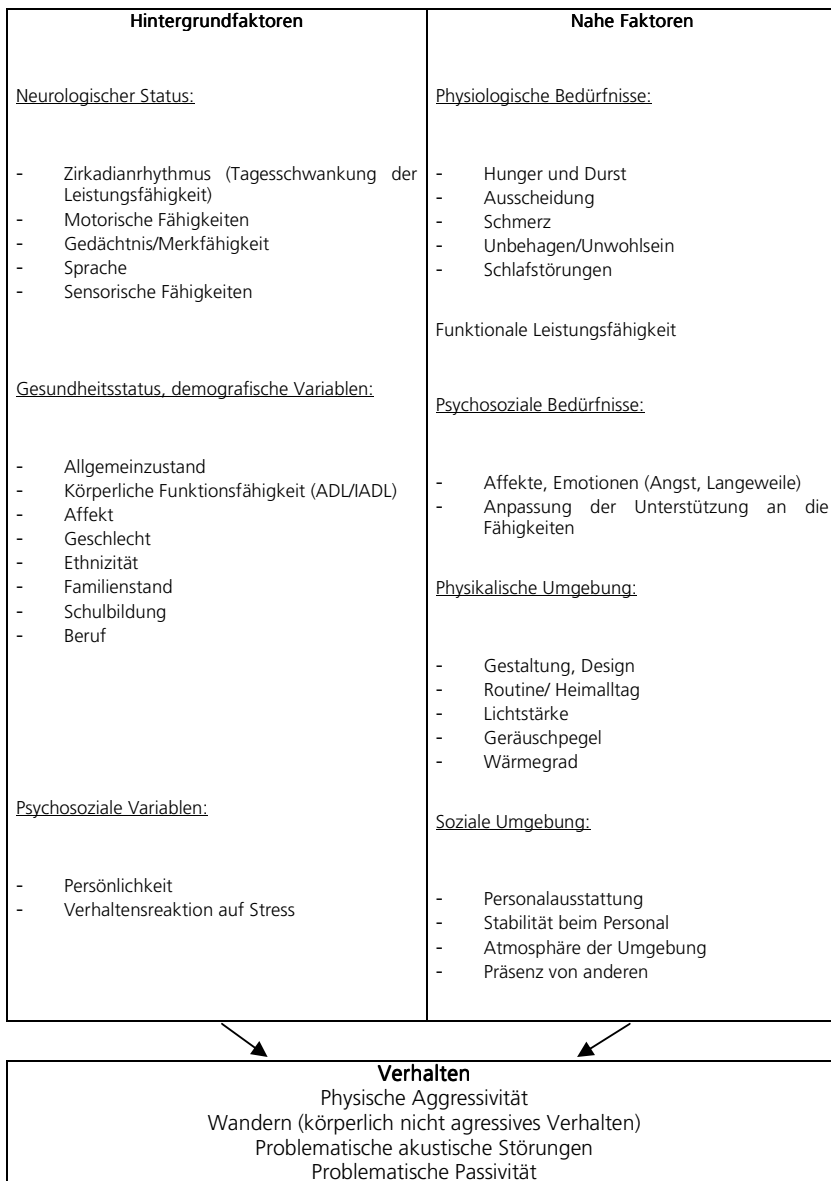


Abbildung 4: Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz (NDB-Modell) nach Kolanowski, A.M. 1999, Darstellung in Anlehnung an Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006.

In Erweiterung dieses Ansatzes gehört zu einem verstehenden Ansatz über das Erkennen der nahen Faktoren hinaus das Deuten der individuellen Lebensäußerungen. Da die Pflegekraft in der Regel nicht weiß, wie der Demenzerkrankte die Situation aus seiner Perspektive interpretiert, sollten Deutungsalternativen unabhängig von der aus Sicht der Pflegekraft wahrnehmbaren Situation gesucht werden (Bräutigam, C. 2005).

Aufgrund der Individualität der Lebensäußerungen und Verhaltensweisen ist die aus der Literatur zu ziehende Schlussfolgerung naheliegend, dass Ursachen bzw. Auslöser niemals eindeutig ein bestimmtes Verhalten hervorrufen. Daher können die folgenden Grundsätze gelten:

1. Jedes Verhalten hat seine Gründe.
2. Verschiedene Verhaltensweisen haben nicht unbedingt unterschiedliche Gründe.
3. Gleichzeitig führen gleiche Ursachen nicht immer zu gleichen Verhaltensweisen.
4. Pflegerische Maßnahmen müssen sich mit den Gründen befassen und nicht unbedingt spezifisch für bestimmte Verhaltensweisen sein.

(mit Modifikationen übernommen aus Jonas, I. 2006)

Aus den dargestellten Grundsätzen wird deutlich, dass der Ansatz des Verstehens seine Grenzen hat. Am Beispiel der Schmerzeinschätzung, bei der kognitiv stark eingeschränkte demenziell erkrankte Bewohner nicht mehr direkte Schmerzáußerungen artikulieren können, sind die Pflegekräfte auf die Beobachtung von Körperhaltung, Mimik, Gestik und verbalen Zeichen angewiesen. Diese müssen interpretiert werden. Letztlich ist die Suche nach der Ursache der Verhaltensweisen durch „Versuch und Irrtum“ gekennzeichnet. Pflegende bezeichnen in Untersuchungen die Schmerzeinschätzung bei kognitiv schwer beeinträchtigten als „Ratespiel“. Gleichzeitig wird als Erfolgskriterium die Notwendigkeit von Erfahrung und ein persönlicher Bezug zu dem Betroffenen als wesentlich heraus gestellt (Fischer, T., Spahn, C. & Kovach, C. 2007, Kovach, C. et al. 2000, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005).

Erfolgreiche pflegerische Maßnahmen orientieren sich an den kognitiven und körperlichen Stärken und Schwächen sowie an persönlichen Präferenzen, die wiederum von der Persönlichkeit des Menschen mit Demenz determiniert werden. Extraversion¹ und Offenheit² sind Faktoren, die wesentlich mitbestimmend

¹ Extraversion (von lat. extra »außerhalb« und vertere »wenden«; oft auch wie im engl. Extroversion) zeichnet sich durch eine nach außen gewendete Haltung aus. Extravertierte Charaktere empfinden den Austausch und das Handeln innerhalb sozialer Gruppen als anregend. Typisch extravertierte Eigenschaften sind gesprächig, bestimmt, aktiv, energisch, dominant, enthusiastisch, oberflächlich und abenteuerlustig. (vgl. Zimbardo, P., Gerrig, R.: Psychologie, 2004)

² Offenheit für Erfahrungen ist ein faktorenanalytisch ermitteltes Persönlichkeitsmerkmal in der Psychologie. Dieses Merkmal bildet zusammen mit Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und Neurotizismus die fünf Haupt-

für die Wahl der Intervention sind. Durch die Einschätzung dieser beiden Faktoren ist es möglich, die Vorlieben für Aktivitäten der Betroffenen zu erkennen. Während dabei für die Einschätzung der Extraversion die bevorzugte Anzahl der sozialen Stimuli und die Qualität dieser sozialen Interaktionen erfasst werden, wird die Ausprägung der Offenheit des Betroffenen durch die Toleranz für Unbekanntes und die Entdeckerlust bestimmt. Für extrovertierte Menschen eignen sich eher Gruppenaktivitäten, introvertierte Menschen würden eher Einzelaktivitäten bevorzugen. Offene Menschen genießen neue Aktivitäten und Situationen, sind neugierig und erkunden die Umwelt, während weniger offene Menschen Neuem gegenüber eher abgewandt sind und bekannte und erprobte Aktivitäten bevorzugen.

Demenz und Angst

Die zentrale Erlebnisdimension des Menschen mit Demenz ist die Angst.

Menschen mit Demenz nehmen wahr, dass sie:

- neue Informationen schnell vergessen,
- oft Gegenstände verlegen und nicht mehr finden können,
- Namen von Bekannten nicht erinnern,
- Verabredungen vergessen.

All das löst Gefühle der Angst aus. Angst davor, die Kontrolle über das eigene Leben zu verlieren, aber auch davor, dass andere die Leistungseinbußen bemerken (vgl. Trilling, A. 2001, S. 25f.). Menschen mit Demenz tendieren dazu, Fehler, die sie machen, zu leugnen oder andere dafür verantwortlich zu machen. Niemand soll denken, dass sie "verrückt" sind (vgl. Trilling, A. 2001, S. 30f.).

dimensionen einer Persönlichkeit. Charakterisiert wird diese Persönlichkeitseigenschaft durch Adjektive (lexikalischer Ansatz), beispielsweise interessiert, einfallsreich, intelligent, originell, intellektuell und erfinderisch.

Angstmodell zum Verständnis innerer Beweggründe (nach Wojnar, J. 2007)

Verlust der Vergangenheit und der Zukunft durch das Vergessen als Verlust von Kontinuität zeitlicher Abläufe:

Der Betroffene weiß nicht,

- wer er ist,
- wo er ist,
- was um ihn herum passiert,
- mit wem er es zu tun hat,
- was gerade geschehen ist,
- was sein wird.

Der Mensch mit Demenz beobachtet all dies und hat Angst:

- vor dem Verlust der Kontrolle über die eigenen Affekte
- davor, dass seine Erfahrung nicht mehr gefragt ist, sondern sein Dasein als defizitär und belastend aufgefasst wird
- hilfebedürftig zu werden
- vor Krankheit, Siechtum und Sterben (weniger vor dem Tod)
- die Menschen nicht mehr zu erreichen und von ihnen nicht mehr verstanden zu werden

„Demenzkranken Menschen leben im Augenblick“. Ihr Verhalten ist geprägt durch das „Vergessen der eigenen Vergesslichkeit“ (Wojnar)

„In der Begleitung erleben wir eine beständige Gegenwart von Vergangenen. Die Geschichte der Betroffenen wird teilweise zur aktuell erlebten Gegenwart“ (Wojnar, J. a.a.O.).

6.5 Begriff „herausforderndes Verhalten“

In der aktuellen pflegewissenschaftlichen Diskussion und Literatur findet der Begriff „herausforderndes Verhalten“ (challenging behaviour, Ursprung im Bereich der Lernbehinderung) von Menschen mit Demenz zunehmend Verwendung. (Radzey, B. et al. 2001, Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006). Er gilt als weniger stigmatisierend als die Begriffe Problemverhalten oder Verhaltensauffälligkeiten.

Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ ermöglicht einen psychosozialen Zugang zum Menschen mit Demenz, der von intrinsischen und extrinsischen

Faktoren als Ursache für das Verhalten ausgeht. Die Bezeichnung herausforderndes Verhalten beinhaltet keine negative Bedeutung und verlagert die Ursache des Verhaltens eher in einen interpersonellen Kontext. Darüber hinaus macht die Bezeichnung deutlich, dass es von der Interpretation der Personen, die mit einem demenzkranken Menschen in Kontakt stehen, abhängig ist, ob ein Verhalten als herausfordernd empfunden wird und nicht primär am Demenzkranken selbst (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006). Bei den Personen, die mit demenzkranken Menschen in professionellem Kontakt stehen, ist das professionelle Wissen und das professionelle Selbstverständnis wiederum entscheidend dafür, was als Herausforderung interpretiert wird.

Im umgangssprachlichem Verständnis würden unter dem Begriff „herausforderndes Verhalten“ Attribute wie provokativ, aggressiv, drohend, trotzig, andauerndes Rufen, Stören, selbst- und fremdgefährdend, desorientiert, unruhig (erhöhter Bewegungsdrang) etc. subsumiert. Auch bei Untersuchungen zur Einschätzung eines schwierigen Verhaltens durch Pflegehelferinnen und -helfer wurde nur solches Verhalten als schwierig (als herausfordernd) bezeichnet, welches die tägliche Routine stört, zusätzlichen Arbeitsaufwand verursacht, andere Bewohner stört und aufregt oder welches sich in unkooperativem Verhalten ausdrückt (Innes, A. 1998).

Nach dem aktuellen umfassenderen pflegewissenschaftlichen Verständnis umfasst der Begriff „herausforderndes Verhalten“ aber das gesamte passive und aktive Verhaltensrepertoire eines demenzkranken Menschen mit den sich daraus ergebenden Herausforderungen für die Betreuungspersonen (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006 ; Jonas, I. 2006). Das bedeutet, dass nicht nur aktiv störende Verhaltensweisen wie Agitation, Aggressivität, Wandern und vokale Störungen, sondern auch Passivität und Apathie als professionelle Herausforderung verstanden werden, obwohl Personen mit Passivität und Apathie von sich aus aktiv keine professionellen Handlungen einfordern. „Unerwünschtes Verhalten“ kann aus Sicht der Person mit Demenz durchaus auch mit dem Gefühl des Wohlbefindens verbunden sein. Interventionen haben das Ziel, das Wohlbefinden der Person mit Demenz zu fördern und sind nicht Trigger zur Herstellung von „erwünschtem Verhalten“.

Der Begriff herausforderndes Verhalten leitet die an der professionellen Versorgung Beteiligten auf den Weg zu erfolgreichen Interventionsstrategien, die u.a. auf der Anpassung der Umweltbedingungen und der Vermittlung spezifischer Pflege- und Kommunikationsfertigkeiten.

Als weiterer Begriff hat sich in der Literatur der Begriff „verhaltensbezogene und psychologische Symptome der Demenz“ („behavioural and psychological symptoms of dementia“, BPSD) durchgesetzt. In einem Konsensverfahren der International Psychogeriatric Association (IPA) wurde dieser Begriff definiert als:

„(...) Symptome gestörter Wahrnehmung, Denkinhalte, Stimmung oder Verhalten, die häufig bei Patienten mit Demenz auftreten“. (zitiert in Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006, S. 23)

In der Literatur finden sich keine klaren und scharf abgegrenzten Definitionen für die verschiedenen Arten von „herausforderndem Verhalten“. Grundsätzlich werden aber das agitierte und das passive Verhalten als zwei übergeordnete Kategorien genannt (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006):

- Agitiertes Verhalten umfasst: Wandern, Aggressivität, verbale Störungen
- Passives Verhalten umfasst: Passivität und Apathie.

Verschiedene Erklärungsversuche zu den Zusammenhängen von Ursachen und herausforderndem Verhalten wurden unternommen. Insgesamt konnten aber bisher keine eindeutigen Ergebnisse vorgelegt werden. Einige der folgenden allgemeinen Zusammenhänge scheinen sich jedoch zu bestätigen (Halek, M., Bartholomeyczik, S. 2006):

- Verhaltensformen sind eher mit individuellen Copingstrategien zu erklären, als mit dem Grad der kognitiven Beeinträchtigung.
- Je abhängiger die Menschen bei der Körperpflege sind, desto mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigen sie; dieser Zusammenhang ist jedoch auch vom Kontext abhängig, in dem die Unterstützung bei der Körperpflege stattfindet.
- Verbale Verhaltensauffälligkeiten können mit Schmerz, Unbehagen, oder dem Alleinsein zusammen hängen.
- Körperlich nicht aggressive Verhaltensweisen finden sich unter normalen Umgebungsbedingungen und scheinen mit dem Ziel der sensorischen Stimulation zu erfolgen.
- Aggressives Verhalten scheint eher während der Körperpflege vorzukommen, wenn sich die Menschen mit Demenz bedrängt fühlen oder die Umgebung als unbehaglich empfunden wird. Auch Probleme in der Kommunikation können aggressives Verhalten auslösen.
- Eine nicht angepasste Intervention kann herausforderndes Verhalten auslösen.

In der Leitlinie 42 von NICE wird empfohlen, ein umfassendes Assessment durchzuführen, das Aussagen enthalten sollte zu:

- der körperlichen Gesundheit der Person
- Depressionen
- Möglicherweise unentdeckten Schmerzen oder Unpässlichkeiten

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

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

6.6 Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen

Der praktische Umgang mit Wahnvorstellungen und Halluzinationen im Pflegealltag bei Menschen mit Demenz ist immer wieder Gegenstand

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

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

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

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

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

7

Pflegerisches Assessment



Um eine angemessene Versorgung von Menschen mit Demenz gewährleisten zu können, ist ein strukturiertes Assessment¹ erforderlich. Die zweite Kernaussage der Rahmenempfehlung zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Pflege lautet daher:

„Die Expertengruppe empfiehlt den Einsatz von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Assessmentinstrumente helfen, wichtige individuelle Beobachtungen der Betreuenden zu objektivieren und tragen damit wesentlich zu einer fundierten Grundlage verstehender Diagnostik bei. Die Expertengruppe ist sich einig, dass eine weitgehend strukturierte Erfassung von herausforderndem Verhalten erfolgen sollte, da die Basis eines verstehenden und daraus abgeleiteten geplanten Handelns (oder Nicht-Handelns) in einer standardisierten Erfassung und fundierten Beschreibung des Verhaltens besteht.“ (Bartholomeyczik, S. et al. 2006, S. 74)

Screening- und Assessmentinstrumente zur Anwendung bei Menschen mit Demenz haben unterschiedliche Zielrichtungen und Funktionen, die Pflegeeinrichtungen bei der Entscheidung für oder gegen ein solches Instrument berücksichtigen sollten. Nach einer Publikation des Dialogzentrums Demenz (Dialogzentrum Demenz o.J.) können Assessmentinstrumente in vier Kategorien eingeteilt werden:

1. Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungseinschränkungen
2. Instrumente zur Einschätzung nicht kognitiver Symptome – Einschätzung von Verhaltensweisen
3. Instrumente zur Einschätzung der Lebensaktivitäten
4. Instrumente zur Einschätzung der stationären Versorgungs- und Betreuungssituation.

In diesem Kapitel werden vor allem Instrumente (Screening²- und Assessmentinstrumente³) der Kategorien 1-3. dargestellt.

Bei Screeninginstrumenten handelt es sich um kurze und einfache Instrumente zur Identifizierung einer Erkrankung oder eines Krankheitsstadiums, ggf. auch eines Körper- oder Gesundheitszustandes, während sich standardisierte As-

¹ Assessment: „(engl.): Abschätzung; Zusammentragen von Informationen anhand standardisierter Schemata, um das Ausmaß vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen zu können; z. B. bei Apoplexie, seniler Demenz, nach wiederholten Stürzen od. zur Beurteilung der Selbständigkeit älterer Menschen (...), der Pflegebedürftigkeit bzw. Notwendigkeit einer Heimunterbringung.“ (...)“ (Psyhyrembel, 258. Auflage, Version 2 Hyperbook)

² Screening: “(englisch screen = Sieb), Synonym für Vortest, Siebtest, zeit- und kostengünstiger Suchtest, z.B. zur ersten Identifizierung von gefährlichen Stoffen, als epidemiologische Untersuchungsmethode insbesondere zur Erfassung eines klinischen symptomlosen oder prämorbidn Krankheitsstadiums, z.B. Reihenuntersuchung auf Lungentuberkulose, Diabetes mellitus (...)“ (Psyhyrembel, 258. Auflage, Version 2 Hyperbook)

³ Bei der Auswahl der Instrumente wurde überwiegend auf folgende Sekundärliteratur zurückgegriffen: Dialogzentrum Demenz O.J.; Ivemeyer, D.&D., Zerfaß, R. 2005; Wallesch,C.-W.; & Förstl, 2005; Hampel,H.; Padberg, F. & Möller, H.J., 2003; Förstl H. 2003; Wächter, C. 2003; Teising et.al.2007)

essmentinstrumente mit der Ausprägung von Fähigkeiten und der Selbständigkeit bei vorliegenden Erkrankungen beschäftigen. Im Rahmen dieses Kapitels sollen Instrumente thematisiert werden, deren Einsatz bei Menschen mit Demenz geeignet sind.

Die aktuelle erweiterte Interpretation des Begriffs „herausforderndes Verhalten“ (vgl. Kapitel 6.5) mit seinen Facetten des agitierten wie des passiven Verhaltens sollte als Entscheidungsgrundlage bei der Auswahl von Instrumenten herangezogen werden, damit alle wesentlichen professionellen Herausforderungen berücksichtigt und wahrgenommen werden können und für diese Verhaltensweisen professionelle Maßnahmen geplant werden können. Beispielsweise betrachtet das Cohen-Mansfield-Agitation-Inventory ausschließlich agitiertes Verhalten, während Passivität und Apathie nicht abgebildet werden.

Bei der Anwendung von Screening- und Assessmentinstrumenten ist zu beachten, dass deren Anwendung für die von Beeinträchtigungen und Kompetenzverlusten betroffenen Menschen mit Demenz psychisch belastend sein kann. Daher ist besondere Sensibilität der Anwender in der Erhebungssituation gefordert. Im Rahmen der Möglichkeiten der gewählten Instrumente sollten diese möglichst in einer gewohnten Gesprächssituation eingesetzt werden. In der Regel sind die Instrumente nicht im Beisein Dritter anzuwenden.

Auswahlkriterien für die Aufnahme von Instrumenten in diesem Kapitel sind:

- Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte
- freier Zugang
- Vorlage in deutscher Sprache.

Bei der Auswahl der Instrumente zur Anwendung in der Praxis ist folgendes zu berücksichtigen:

- eine Priorisierung wurde vorgenommen
- die Anwendung der Instrumente sind geschult worden
- die ausgewählten Instrumente sind nach den Anwendungsregeln eingesetzt worden

Sinnvoll ist es, wenn die Pflegeeinrichtungen interne Regelungen treffen, welche Instrumente unter welchen Bedingungen von wem angewandt werden sollen.

Aussagen zur Testgüte sollen im Rahmen dieser praxisorientierten Stellungnahme nicht auf die klassischen Kriterien wie Validität und Reliabilität im wissenschaftlichen Sinne konzentriert sein, sondern alltagspraktische Problemhinweise geben.

Die folgende Darstellung an Instrumenten erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt eine Auswahl an Instrumenten zu verschiedenen relevanten Problembereichen dar.

7.1 Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit

Die Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungseinschränkungen bzw. -fähigkeiten sagen nichts darüber aus, wie es den Menschen mit den erfassten Einschränkungen geht, und vor allem welche konkreten Folgen sich daraus für die Versorgung und Betreuung der Menschen mit Demenz ergeben. Sie werden insbesondere zur Diagnostik und Verlaufskontrolle bei Therapien und in der Rehabilitation eingesetzt und haben mit dieser Zielsetzung auch in der stationären Altenpflege eine Berechtigung.

In Einrichtungen der stationären Altenpflege sind in Deutschland etwa 60 % der Bewohner von einer Demenzerkrankung betroffen. Untersuchungen in einigen deutschen Altenpflegeeinrichtungen haben aber ergeben, dass nur in etwa einem Drittel der Pflegedokumentationen eine spezifische Demenzdiagnose zu finden ist (Weyerer, S. 2005). Dies deutet sowohl bei der ärztlichen Diagnostik als auch bei der pflegerischen Analyse und Informationssammlung auf Defizite in der Beschreibung der kognitiven Störungen hin. Gerade vor diesem Hintergrund kann es daher erforderlich sein, Instrumente zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit in der Pflege und Betreuung einzusetzen. Sie können zu Beginn der Versorgung insbesondere dann genutzt werden, wenn keine gesicherte Diagnose vorliegt und die Pflegeeinrichtung Hinweise über mögliche Erkrankungen erhalten möchte oder eine Einschätzung über die Ausprägung der Erkrankung und die damit einhergehenden kognitiven Fähigkeitseinschränkungen benötigt. Ergeben sich aus der Anwendung der Instrumente Auffälligkeiten, sollte durch die Pflegeeinrichtung eine diagnostische Abklärung durch behandelnde Ärzte angeregt werden. Im weiteren Prozess können diese Instrumente auch in der Pflege und Betreuung zur Verlaufsbeobachtung dienlich sein.

7.1.1 Mini Mental Status Test – MMST

Ziel der Anwendung	Erfassung kognitiver Störungen Schweregradeinschätzung Geeignet für Menschen mit einer leichten bis mittelgradigen Demenz, bei Menschen mit schwerer Demenz schwierig anzuwenden.
Aussagen zur Testgüte	Nicht geeignet zur Diagnose einer beginnenden Demenz Werden von den Probanden mehr als 24 Punkte erreicht, so ist keine Unterscheidung zwischen Menschen mit und ohne Demenz möglich.

	<p>Ergebnisse werden u.a. beeinflusst vom Alter, Bildungsstand, kulturellem Hintergrund, berufliche Vergangenheit. Der MMST fällt bei sehr alten und gebrechlichen Personen schlecht aus. Sensorische und motorische Einschränkungen beeinflussen das Messergebnis.</p> <p>Die Sensitivität des MMST reicht nicht aus, um Veränderungen in sehr kurzen Zeiträumen zu messen. Veränderungen im kognitiven Abbauprozess sind erst ab ca. einem Jahr nach der ersten Messung signifikant. Veränderungen von 3 – 4 Punkten pro Jahr weisen auf eine Demenz vom Alzheimerstyp hin.</p>
Zeitaufwand	5 – 15 Minuten
Schweregradeinteilung	<p>Erreichbare Punktzahl 30</p> <p>(geistig rüstige Personen in höherem Lebensalter erreichen im Durchschnitt 28 Punkte)</p> <p>27 – 23 Punkte = Hinweis auf leichte Beeinträchtigung</p> <p>23 – 18 Punkte = Hinweis auf leichte Demenz</p> <p>17 – 10 Punkte = Hinweis auf mittelschwere Demenz</p> <p>< 10 Punkte = Hinweis auf schwere Demenz</p> <p>Achtung:</p> <p>Es existieren unterschiedliche Richtwerte zur Schweregradabgrenzung</p>
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	<p>ja</p> <p>Eine Einarbeitung in das Verfahren ist erforderlich.</p>
Zugang	<p>http://www.kcgeriatrie.de/</p> <p>http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzHintergruende/demenzhidemenzhintergruende.html</p>
Literatur	<p>Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. (1975): „Mini Mental State“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. Journal of Psychiatric Research, 12, 189 – 198.</p>

Der Mini-Mental Status Test wurde 1975 von Folstein u.a. als einfaches Testinstrument für den Einsatz in der Klinik entwickelt. Der Test wird in der Demenzdiagnostik eingesetzt und dient als Hilfsmittel zur groben Einschätzung einer kognitiven Funktionsstörung sowie zur Einschätzung der Schweregrades. Der Test ist Bestandteil verschiedener umfassender Testbatterien (z.B. SIDAM, CERAD, CAMDEX).

Mit dem Test werden in kurzer Form demenztypische kognitive Beeinträchtigungen erfasst. Es werden die kognitiven Leistungsbereiche

- Orientierung (10 Punkte)
- Merkfähigkeit (3 Punkte)
- Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit (5 Punkte)
- Gedächtnis (3 Punkte)
- Sprachliche Fähigkeiten (3 Punkte)
- Planung (3 Punkte)
- Lese- und Schreibfähigkeit (2 Punkte)
- Visuell-konstruktive Fähigkeiten (1 Punkt)

erfasst. Der Test wird als Interview verbunden mit Handlungsaufgaben durchgeführt und kann durch Pflegefachkräfte angewandt werden.

7.1.2 Demenz Detection Test – DemTect

Ziel der Anwendung	Screeninginstrument zur Erkennung leichter kognitiver Störungen
Aussagen zur Testgüte	Der DemTect ist bei leichten kognitiven Störungen sensitiver als der MMST. Anwendung bei Menschen über 40 Jahre
Zeitaufwand	10 – 20 Minuten
Schweregradeinteilung	Es erfolgt eine getrennte Bewertung für unter und über 60 jährigen Personen. Maximal zu erreichende Punktzahl = 18 13 - 18 altersgemäße kognitive Leistung 9 - 12 leichte kognitive Beeinträchtigung ≤ 8 Demenzverdacht
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja
Zugang	http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzHintergruende/demenzhidemenzhintergruende.html http://www.kcgeriatrie.de/
Literatur	Kesseler, J. et al. (2000): DemTect: A new screening method to support diagnosis of dementia. Psycho, 226, 343-347.

Beim DemTect handelt es sich um ein Befragungsinstrument zur Erfassung leichter kognitiver Störungen. Bei der Durchführung des Tests muss auf eine störungsfreie Umgebung geachtet werden. Die Testperson muss über ein ausreichendes Hörvermögen verfügen. Der Test umfasst die folgenden fünf Untertests:

- Neugedächtnisbildung (maximal 3 Punkte)
- mentale Beweglichkeit (maximal 3 Punkte)
- Sprachproduktion (maximal 4 Punkte)
- Aufmerksamkeit (maximal 3 Punkte)
- Gedächtnisabruf (maximal 5 Punkte)

7.1.3 Clock Completion Test – CC

Ziel der Anwendung	Perfomancetest zur Prüfung komplexer Handlungsplanung und visuell-konstruktiver Fähigkeiten
Aussagen zur Testgüte	Häufig in Kombination mit MMST und in Kombination mit Wortflüssigkeitstests angewandt. Für Verlaufskontrolle ungeeignet
Zeitaufwand	bei guter Kooperation 2-3 Minuten
Schweregradeinteilung	nein Ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen.
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja
Zugang	http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzHintergruende/demenzhidemenzhintergruende.html http://www.kcgeriatrie.de/
Literatur	Watson, Y.I., Arfken, C.L., Birge, S.J. (1993): Clock completion: an objective screening test for dementia. J Am Geriatr Soc.;41:1235-1240.

Der Clock Completion Test bzw. der Uhr-Ergänzungs-Test wird als Ergänzung zum MMST empfohlen. Von dem Test existieren zwei Hauptvarianten, von denen die verbreitetste das Auswertungsschema nach Watson ist¹. Diese Variante ist am einfachsten zu bewerten. Bei dem Test nach Watson handelt es sich um die Umsetzung einer Arbeitsanweisung, nach der in einen vorgegebenen Kreis die 12 Ziffern einer Uhr eingezeichnet werden müssen. Bei der Durchführung ist auf eine störungsfreie Umgebung zu achten. Einschränkungen im Sehvermögen und Störungen der Feinmotorik können das Ergebnis beeinflussen.

Für die Bewertung des Tests wird der Kreis in vier gleich große Quadranten geteilt, wobei die erste Linie durch die Ziffer gelegt werden soll, die am ehesten der Ziffer 12 entspricht. Dann wird beginnend mit der Ziffer, die am ehesten der Ziffer 12 entspricht im Uhrzeigersinn die Anzahl der Ziffern pro Quadrant gezählt. Ziffern, die auf einer der Trennungslinien liegen, werden zum im Uhrzeigersinn folgenden Quadranten gezählt. Wenn nicht drei Ziffern in einem Quadranten liegen wird wie folgt bewertet:

- Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt
- Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte
- Ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen.

7.1.4 Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung – TFDD

Ziel der Anwendung	Assessmentverfahren zur Feststellung kognitiver Einschränkungen mit Abgrenzung zu depressiven Störungen
Aussagen zur Testgüte	Mit der Erfassung der Wortflüssigkeit besitzt der TFDD ebenso wie der DemTect eine höhere Sensitivität für frühe kognitive Einschränkungen.
Zeitaufwand	5-10 Minuten
Schweregradeinteilung	nein Demenzteil: maximal erreichbare Punktzahl 50, bei Werten unter 35 besteht Verdacht auf Demenz Depressionsteil: maximal erreichbare Punktzahl 20, bei Werten über acht besteht Verdacht auf Depression
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja

¹ Bei den verschiedenen Varianten nach Shulman wird zusätzlich zur Einzeichnung der Ziffern auch das Einzeichnen der Zeiger einer Uhr (meist 10 Minuten nach 11) gefordert (Shulman, K., Shedletski, R., Silver, I. 1986)

Zugang	http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzHintergruende/demenzhidemenzhintergruende.html http://www.kcgeriatrie.de/www.aerztlichepraxis.de/img/pdf/tfdd.pdf
Literatur	Ihl, R. et al. (2000): Entwicklung und Validierung eines Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Fortschr Neurol Psychiatr, 86, 413-422.

Der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung – TFDD ist ein Befragungsinstrument, dessen Schwerpunkt auf der Demenzerkennung liegt. Der TFDD setzt sich aus einem kognitiven Teil mit neun Items und einem Teil zur Depressionseinschätzung mit zwei Items zusammen. Der kognitive Teil umfasst Fragen und Aufgaben zu folgenden Bereichen:

- Merkfähigkeit und Gedächtnis
- zeitliche Orientierung
- konstruktive Praxis
- Wortflüssigkeit.

Der Teil zur Depressionseinschätzung umfasst die folgenden beiden Items:

- Fremdbeurteilung der Depression mit einer 11-stufigen Skala
- Selbstbeurteilung der Depression mit einer 11-stufigen Skala.

Die Auswertungen von Demenz und Depression erfolgen getrennt. Vorteil des Instrumentes ist z.B. im Vergleich zum MMST eine höhere Sensitivität für frühe kognitive Einschränkungen.

Empfehlung

In einem Konsensus-Papier für deutschsprachige Memory-Kliniken wird als Minimallösung für den ersten diagnostischen Schritt (die Identifikation des Demenzsyndroms) empfohlen, neuere Verfahren wie den DemTect oder den TFDD mit dem MMST und dem Uhrentest zu kombinieren. (Diehl, J. 2003)

7.2 Instrumente zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome (herausforderndes Verhalten)

Die Instrumente zur Einschätzung nicht kognitiver Symptome (herausforderndes Verhalten) können zur Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses genutzt werden, da hieraus direkter Interventionen für die zu Betreuenden abgeleitet werden können.

7.2.1 Cohen-Mansfield Agitation Inventory – CMAI

Ziel der Anwendung	Erfassung agitierter Verhaltensweisen
Aussagen zur Testgüte	Passivität und Apathie werden nicht erfasst. Eignet sich zur Verlaufsbeobachtung.
Zeitaufwand	Die Einschätzung erfolgt durch eine Betreuungsperson auf der Grundlage eines Beobachtungszeitraums von 2 Wochen. Der Zeitaufwand für die Durchführung der Bewertung wird mit 5-10 Minuten angegeben.
Schweregradeinteilung	Kein Gesamtscore Scores für die einzelnen Faktoren, die differenziert werden in: 1 = nie 2 = unter 1x/Woche 3 = 1x oder 2x/Woche 4 = mehrmals/Woche 5 = 1x oder 2x/Tag 6 = mehrmals/Tag 7 = mehrmals/Stunde
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja
Zugang	www.christian-doppler-klinik.at/geriatrie/ger-assessment.html
Literatur	Cohen-Mansfield, J., Werner, P. (1998): The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. The Gerontologist, 38, 2, 199 - 208. Cohen-Mansfield, J., Werner, P. (1998): Predictors of aggressive behaviors: a longitudinal study in senior day care centers. In: The Journals of Gerontology, 53B, 5, 300 - 310.

Das CMAI ist ein Beobachtungsinstrument zur Erfassung von agitierten Verhaltensweisen, es dient nicht der generellen Erfassung von herausforderndem Verhalten. Agitiertes Verhalten wird im Kontext des CMAI verstanden als unangemessene verbale, vokale oder motorische Aktivitäten, die sich dem Beobachter nicht direkt durch die Bedürfnisse oder die Verwirrung der agitierten Person erklärt, z.B. zielloses Wandern, Fluchen, Schreien, Beißen und Schlagen. Wichtig ist die Perspektive des Beobachters, denn diesem erschließen sich bei der Beobachtung nicht (direkt) die dem Verhalten zu Grunde liegenden Ursachen.

Entwickelt wurde das CMAI speziell für Pflegeheime mit dem Ziel, es sowohl bei Studien zur Verhaltensintervention einzusetzen, als auch zur Bewertung von Behandlungs-/Versorgungsstrategien bei agitiertem Verhalten.

Das Instrument umfasst 29 beobachtbare agitierte Verhaltensweisen und kann von Pflegefachkräften angewandt werden. Für die Beobachtungsparameter wird eine siebenstufige Skala verwendet. Anhand der Häufigkeit des Auftretens kann beurteilt werden, ob Handlungsbedarf besteht. Es ergibt sich nicht direkt, welche Interventionen geeignet sind, da diese an den Ursachen, die dem agitierten Verhalten zu Grunde liegen, ausgerichtet werden müssen.

In Deutschland kommt das Instrument u.a. zum Einsatz um besondere Betreuungsbedarfe von Menschen mit Demenz zu identifizieren. Aus Sicht der Entwicklerin hat das Instrument noch einen hohen Entwicklungsbedarf. Es reicht nicht aus, die Häufigkeiten bestimmter Verhaltensweisen aufzuzeichnen, sondern die Gründe für deren Auftreten herauszufinden. Die Frage nach den Ursachen der Verhaltensweisen (unbefriedigte Bedürfnisse, Stress etc.) kann kein Instrument beantworten.

7.2.2 Geriatrische Depressionsskala – GDS (Kurzversion)

Ziel der Anwendung	Abschätzung der Depressivität
Aussagen zur Testgüte	Wurde speziell für die Beurteilung der Depressivität bei älteren Menschen entwickelt. Wird häufig im Bereich der Geriatrie eingesetzt. Nur bei leichteren Demenzformen einsetzbar. Gilt International als gut untersucht.
Zeitaufwand	5 – 10 Minuten
Schweregradeinteilung	ja Maximal erreichbare Punktzahl 15 bis 5 Punkte unauffällig 6 - 10 Punkte leichte bis mittelgradige Depression > 10 Punkte schwere Depression
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja
Zugang	http://www.kcgeriatrie.de http://www.meduniwien.ac.at/Neurologie/gedamb/diag/diag13.htm www.dgho.de/_cmsdata/_file/file_125.pdf
Literatur	Yesavage, J.A. u. a. (1983): Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 39,37-49.

Die Geriatrische Depressionsskala kann zur Abschätzung einer vorliegenden Depression eingesetzt werden und umfasst 15 Fragen, die nach typischen Depressionssymptomen fragen. Einschränkend muss darauf hingewiesen werden, dass der Test bei Menschen mit ausgeprägter Demenz bzw. mit schwereren kognitiven Einschränkungen nicht angewandt werden kann. Um „Ja-Sage-Effekte“ zu vermeiden, sind die Fragen so formuliert, dass die Stimmungslage teils durch „Ja-Antworten“ und teils durch „Nein-Antworten“ ausgedrückt werden muss. der Befragte soll spontan die Stimmungslage der letzten Wochen beantworten. Der Test kann per Fragebogen selbständig oder z.B. bei motorischer Einschränkungen oder Sehbeeinträchtigungen als Interview durchgeführt werden.

7.2.3 Neuropsychiatric Inventory (NPI)

Ziel der Anwendung	Erfassung von Verhaltensstörungen bei Menschen mit Demenz (sowie Belastungseinschätzung von pflegenden Angehörigen)
Aussagen zur Testgüte	Vor Durchführung des Interviews sollte man sich einen Überblick über das Instrument verschaffen. Detailfragen werden nur dort gestellt, wo es nötig ist, so dass oft nicht das gesamte Instrument angewandt werden muss.
Zeitaufwand	bis zu 35 Minuten
Schweregradeinteilung	nein maximal erreichbare Punktzahl 144, hohe Werte bedeuten schwere Verhaltensauffälligkeiten, geringere Werte leichtere Verhaltensauffälligkeiten
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja, Erfahrung im Bereich der Demenz wird empfohlen
Zugang	Deutsche Fassung enthalten in: Pantel, J. et. al. (o.J.) Psychopharmaka im Altenpflegeheim. BHF-Bank-Stiftung. Frankfurt, 334-346. www.bhf-bank-stiftung.de/abschlussbericht.pdf
Literatur	Cummings, J.L. (1997). The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. <i>Neurology</i> , 48 (Suppl. 6), 10-16. Cummings, J.L. et al. (1994). The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. <i>Neurology</i> , 4,2308-2314. Wood, S.A. et al. (1999). Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Distress in Professional Caregivers. <i>Aging & Mental Health</i> , 3, 3, 241-245.

Das Neuropsychiatric Inventory (NPI) wurde als einfaches Instrument zur Befragung pflegender Angehöriger und in einer speziellen Version auch für Pflegenden in stationären Einrichtungen (Wood, S.A. et al. 1999) entworfen. Das NPI deckt 12 Verhaltenskategorien ab: Wahn, Halluzinationen, Unruhe (Agitiertheit), Depression, Angst, Euphorie, Apathie, Enthemmung, Reizbarkeit, motorische Unruhe, nächtliche Unruhe, Appetit / Essverhalten.

Um die Bearbeitungszeit zu verkürzen, nutzt das Instrument ein zweistufiges Verfahren. Zunächst wird der befragten Person eine Screeningfrage für den jeweiligen Verhaltensbereich gestellt. Wenn diese positiv beantwortet wird, erfolgt die Bearbeitung von bis zu acht weiteren Fragen. Diese Fragen beziehen sich sowohl auf die Häufigkeit als auch auf die Schwere der Verhaltensauffälligkeit. Als weitere Kategorie wird die aus dem Verhalten resultierende Beanspruchung der Pflegeperson erfasst. Daraus folgen vier Bewertungen jeder Verhaltenskategorie:

Häufigkeit, Schwere, Total (Häufigkeit mal Schwere) und Beanspruchung.

Bei einer vollständigen Bearbeitung des NPI sind 92 Fragen zu beantworten. Dafür wird ein Zeitaufwand von 35 Minuten veranschlagt. Im Regelfall ist die Bearbeitungszeit jedoch kürzer, da selten alle Verhaltenskategorien vorliegen. Hervorzuheben ist, dass das Instrument bestimmte Verhaltenskategorien wie z.B. Euphorie, Enthemmung und Labilität abdeckt, die in anderen Instrumenten nicht bewertet werden.

Pro Item wird ein Score aus Häufigkeit multipliziert mit der Schwere gebildet. Die Gesamtscores der Items werden addiert und ergeben das Gesamtergebnis des Tests. Zusätzlich wird die Belastungssituation der Pflegepersonen eingeschätzt. Neben der Verlaufsbeurteilung kann mit dem Instrument und den Einzelitems eine Grundlage für die Pflegeplanung geschaffen werden.

7.2.4 Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

Ziel der Anwendung	Fremdbeurteilung alltagsrelevanter Verhaltensweisen nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, aber auch hier einsetzbar
Aussagen zur Testgüte	Voraussetzung ist, dass die Skala und Items in ihrer Bedeutung verstanden worden sind von Personen, die weniger als 6 Stunden in der Woche Kontakt mit dem Betroffenen haben, sollte die Skala nicht angewandt werden. Eignet sich für Längsschnittuntersuchungen und Verlaufsbeobachtungen.
Zeitaufwand	10 Minuten

Schweregradeinteilung	nein Gesamtscore maximal erreichbare Punktzahl 150 bei den sechs Subskalen maximal erreichbare Punktzahl 25. hohe Werte bedeuten schwerere Störungen, der niedrigste Wert bedeutet keine Störung
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja, Voraussetzung, Schulung erforderlich
Zugang	http://www.fwiegleb.de/dddemen1.htm Urheberrechtlich geschützt für kommerzielle Zwecke wie z.B. Pharmastudien
Literatur	Tremmel, L., Spiegel, R. (1993): Clinical experience with the Nosger: Tentative normative data and sensitivity to change. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 311-317. Wahle, M., Häller, S., Spiegel, R. (1996): Validation of the NOSGER: Reliability and validity of a caregiver rating instrument. International Psychogeriatrics, 8, 525 – 548.

Bei der Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER) handelt es sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument, das nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt worden ist, bei diesen aber auch anwendbar ist. Das Instrument ist mehrdimensional und kann sowohl der Gruppe der Instrumente zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome als auch der Gruppe zur Einschätzung der Lebensaktivitäten zugeordnet werden. Der Kategorisierung des Dialogzentrums Demenz folgend, wurde das Instrument hier den Instrumenten zur Einschätzung nicht-kognitiver Symptome zugeordnet (Dialogzentrum Demenz o.J.). Die Informationen werden mittels Interview mit den Bezugspersonen bzw. dem Pflegepersonal erhoben. Als Beurteilungszeitraum wird der Zeitraum der letzten zwei Wochen bewertet.

Das Instrument umfasst sechs Dimensionen (Sozialverhalten, Gedächtnis, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, Verhaltensstörungen), denen jeweils 5 alltagssprachlich formulierte Feststellungen zugeordnet sind. Es wird die Auftretenshäufigkeit in einer fünfstufigen Skala beurteilt (nie, ab und zu, oft, meistens, immer). Diesen Abstufungen werden Zahlen zugeordnet, wobei 5 den höchsten Grad der Störung angibt (aufgrund der unterschiedlichen Polung der Fragen kann dies „nie“ oder „immer“ sein).

Bei der Auswertung können sowohl der Gesamtscore als auch jede Dimension separat beurteilt werden. Bei den Einzeldimensionen entsprechen 25 Punkte der maximal möglichen Störung, bei fünf Punkten liegt keine Störung vor. Beim Gesamtscore sind in der stationären Pflege Werte von über >75 als pathologisch eingestuft. Wichtiger als der Gesamtscore sind jedoch die Ergebnisse bei

den sechs Dimensionen. Gesunde Heimbewohner (institutionalisierte kognitiv Gesunde) erreichen in allen Dimensionen maximal 15 Punkte, das heißt, ein Wert > 15 ist pathologisch. Im Kontext der Demenz sind die Dimensionen Gedächtnis, Verhaltensstörungen und Stimmung besonders relevant. Insgesamt entsteht ein übersichtliches Störungsprofil.

7.3 Instrumente zur Einschätzung von Selbständigkeit und Risiken

Auch die Instrumente zur Einschätzung Selbständigkeit und Risiken können zur Informationssammlung im Rahmen des Pflegeprozesses genutzt werden, da hieraus ebenso direkter Interventionen für die zu Betreuenden abgeleitet werden können. Häufig bilden sie aber nur einen Ausschnitt von Aktivitäten ab, so dass Ergänzungen erforderlich sind.

7.3.1 Barthel Index (BI)

Ziel der Anwendung	Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung des Ausmaßes der körperlichen Abhängigkeit nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, aber auch hier einsetzbar
Aussagen zur Testgüte	In der Geriatrie haben sich die Fachgesellschaften auf das Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index geeinigt. Es stellt eine sprachliche und inhaltliche Präzisierung des Originalindex dar und berücksichtigt die wesentlichen heutzutage gebräuchlichen Hilfsmittel. Kann als eine Grundlage dienen zur Gestaltung des Pflegeprozesses, ist allerdings auf körperbezogene Aktivitäten beschränkt.
Zeitaufwand	5 – 10 Minuten
Schweregradeinteilung	nein es wird ein Summenscore gebildet, maximal können 100 Punkte erreicht werden, das Ergebnis wird als Quotient angegeben. 100/100 steht für völlige Selbständigkeit, 0/100 steht für völlige Abhängigkeit. der Summenscore ist u.a. auf Grund der Ordinalskalierung nur eingeschränkt verwertbar. Die Bewertung der Einzelitems sollte im Vordergrund stehen.
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja, Schulung ist Voraussetzung
Zugang	www.kcgeriatrie.de/instrumente www.christian-doppler-klinik.at/geriatrie/ger-assessment.html
Literatur	Mahoney, F.L., Barthel, D.W. (1965): Functional Evaluation: the Barthel Index. MD State Med J, 14, 61-65.

Der Barthel Index ist die älteste dieser ADL-Skalen und wird hier beispielhaft dargestellt. Es existieren noch einige andere vergleichbare Skalen (z.B. Bayer-Activity of Daily Living Scale), auf deren Darstellung hier verzichtet wird. Weiterführende Informationen sind z.B. zu finden in:

- Dialog-Zentrum Demenz (o.J.). Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz. Witten.
- Ivemeyer D, Zerfaß R (2005). Demenztests in der Praxis. München.

Der Barthel-Index ist eine Fremdbeurteilungsskala, bei der die Beurteilung auf der Grundlage von Aussagen der Angehörigen bzw. des Pflegepersonals getroffen wird. In der Skala sind zehn Bereiche des täglichen Lebens enthalten, in denen der Grad der Abhängigkeit bzw. Unabhängigkeit von Dritten eingeschätzt wird. Die volle Punktzahl (meist 10, zwei mal 15 Punkte), erhält man bei völliger Unabhängigkeit, die Hälfte der Punktzahl erhält man bei zeit- /teilweise Abhängigkeit, keinen Punkt erhält man bei vollständiger Abhängigkeit.

Die erfassten Bereiche sind: Essen, Baden, Waschen, Ankleiden, Stuhlkontrolle, Harnkontrolle, Toilettengang, Transfer Bett-Stuhl, Gehen, Treppensteigen.

Maximal können 100 Punkte erreicht werden, das Ergebnis wird als Quotient angeben. 100/100 steht für völlige Selbständigkeit, 0/100 steht für völlige Abhängigkeit. Die einzelnen Bereiche können und sollen getrennt interpretiert werden, um genau herausarbeiten zu können, wo der betroffene Hilfe benötigt.

Das Instrument wurde nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, ist aber auch hier einsetzbar. Es kann als eine Grundlage dienen zur Gestaltung des Pflegeprozesses, ist allerdings auf körperbezogene Aktivitäten beschränkt. Der „erweiterte Barthelindex“ (Achtung, es kursieren mehrere Instrumente unter diesem Begriff) wurde ergänzend zum Barthel-Index entwickelt und umfasst die sechs Items Verstehen, sich verständlich machen, soziale Interaktion, Lösen von Alltagsproblemen, Gedächtnis einschließlich Lernen und Orientierung. Aufbau und Bewertung entsprechen dem Barthel-Index.

7.3.2 Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD, englische Fassung PAINAD)

Ziel der Anwendung	Schmerzerfassung mittels Verhaltensbeobachtung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die zur Selbstausskunft nicht in der Lage sind
Aussagen zur Testgüte	Die Beobachtung ist zuverlässiger in Situationen, in denen die Beobachteten mobilisiert werden, als in Ruhesituationen. Kontinuität der Beobachter ist erforderlich.
Zeitaufwand	ca. 5 Minuten

Schweregradeinteilung	Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wird von als behandlungsbedürftig angesehen.
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja ausführliche Beschreibung muss bekannt sein
Zugang	http://www.dgss.org/fileadmin/user_upload/ak_alter_2007.doc
Literatur	Warden, V., Hurley, A.C., Volicer, L. (2003): Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc, 4, 9 – 15. Deutsche Übersetzung: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) Arbeitskreis „Alter und Schmerz“

Schmerz

Viele Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind nicht zu eindeutigen Schmerzäußerungen in der Lage. Damit ist die Gefahr verbunden, dass Schmerzen nicht erkannt und nicht behandelt werden. Unkontrollierter Schmerz kann zu einer Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten und zu weiteren Beeinträchtigungen führen. Nach der im Expertenstandard Schmerzmanagement (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005) enthaltenen Definition für Schmerz:

„Schmerz ist das, was die Person, die ihn erfährt, über ihn angibt; er ist vorhanden, wenn sie sagt dass er da ist“.

sollte auch bei kognitiv beeinträchtigten Menschen der Selbsteinschätzung vor der Fremdeinschätzung der Vorzug gegeben werden. Insgesamt gilt, dass kognitive Einschränkungen eine ernsthafte Barriere in der Schmerzeinschätzung darstellen, jedoch Selbstauskünfte mittels eindimensionaler Skalen oft möglich und zuverlässig sind (Ferrel, B.A. et al. 1995). 83 % der Probanden in der genannten Untersuchung konnten mindestens eine Skala anwenden (im Einsatz waren: McGill PPI: 65%; Memorial Pain Assessment Card Subscale: 59%; Rand Coop Chart: 57%; verbale Skala 0-10: 47%; VAS 44%). Bei schweren kognitiven Einschränkungen muss auf Fremdeinschätzungen zurück gegriffen werden. Hierzu liegen mehrere Instrumente vor (z.B. auch Doloplus, Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes –ECPA; Schmerzskala als Download: <http://www.altenpflege.vincentz.net/fileservers/vincentzverlag/files/21800/21863/ecpa.pdf>, zuletzt: 6.11.2009).

An dieser Stelle wird exemplarisch die „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ vorgestellt.

Bei der „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ handelt es sich um ein Beobachtungsinstrument zur Fremdeinschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz.

Die einzuschätzende Person soll für zwei Minuten beobachtet werden, vorzugsweise in Mobilitätssituationen. Es werden die fünf Kategorien Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost beobachtet. Von besonderer Bedeutung bei der Schmerz Fremdeinschätzung ist eine personelle Kontinuität.

Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich, wobei 10 Punkte für die höchste Schmerzintensität sprechen. Je Kategorie kann an Punktwert von 0 – 2 vergeben werden. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wird als behandlungsbedürftig angesehen. Bei Verlaufsbeobachtungen sollte darauf geachtet werden, dass immer in der gleichen Situation beobachtet wird. Ein ebenfalls auf Beobachtung z. T. während der Mobilisation beruhendes Instrument stellt das BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz; eine deutsche Version des ECPA aus der Charité; http://www.dgss.org/uploads/media/BISAD_Testversion_Internet_Juni_07.pdf; zuletzt: 5.6.2009).

Ein strukturiertes Vorgehen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bietet die Serial Trial Intervention (STI) (Fischer, T.; Spahn, C. & Kovacs, C. 2007). Das Verfahren kombiniert drei Kernkonzepte: die Erkennung des veränderten Verhaltens, eine Abfolge von Assessments und Interventionen, in denen auch der Schmerz fokussiert wird. In US-amerikanischen Studien konnte eine Verminderung herausfordernder Verhaltensweisen bei Anwendung der STI festgestellt werden. Vor einer Umsetzung der STI in Deutschland sollte wegen der unterschiedlichen sozial-, haftungs- und berufsrechtlichen Rahmenbedingungen Anpassungen am Verfahren vorgenommen werden, die sich aus noch durchzuführenden Pilotprojekten ergeben sollten.

Sturzrisiko

Zum Sturzrisiko wird auf den Expertenstandard Sturzprophylaxe verwiesen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2006: Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung - Implementierung. Osnabrück.) Kernaussage des Expertenstandards zu Assessmentinstrumenten zur Einschätzung des Sturzrisikos ist, dass es mit keinem der 23 in die Literaturanalyse zum Expertenstandard beurteilten Instrumenten verlässlich möglich sei, die sturzgefährdeten Bewohner zu identifizieren. Entweder würden zu viele Bewohner als sturzgefährdet identifiziert (Sensitivität < 80 %) oder es würden zu viele fälschlicherweise als nicht sturzgefährdet (Spezifität < 80 %) klassifiziert. Aus wissenschaftlicher Perspektive spreche daher nichts für den Einsatz solcher Instrumente zur Sturzrisikoerfassung. Vielversprechender sei es, alle vorhandenen Sturzrisikofaktoren zu identifizieren und bei Bedarf und nach Möglichkeit darauf ausgerichtete Interventionen einzuleiten. Daher wird

an dieser Stelle kein Instrument vorgeschlagen sondern auf die Empfehlung des Expertenstandards verwiesen.

7.3.3 Functional Independence Measure (FIM)TM

Ziel der Anwendung	Fremderfassung der funktionalen Selbständigkeit, nicht speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, aber auch hier einsetzbar
Aussagen zur Testgüte	Höherer Veränderungssensibilität als der Barthel-Index Einstufung von Personen, die aufgrund fehlenden eigenen Antriebs für ansonsten selbständig durchführbare Aktivitäten Fremdstimulation benötigen, ist nicht verbindlich geregelt
Zeitaufwand	20 Minuten Ersterhebung, 10 Minuten Folgeerhebung
Schweregradeinteilung	nein, es kann ein Summenscore von 18 – 126 Punkten gebildet werden, Der Summenscore ist nur eingeschränkt aussagefähig, es wird empfohlen, die Items einzeln zu beurteilen. für den motorischen Teil können 13 – 91 Punkte vergeben werden für den kognitiven Teil können 5 – 35 Punkte vergeben werden Es existieren zwar Schweregradeinteilungen für den motorischen und für den kognitiven Teil, diese sind aber nicht evaluiert.
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja Einarbeitung und Schulung wird empfohlen
Zugang	www.kcgeriatrie.de/instrumente/fim.htm www.fim-pflegeplanung.de
Literatur	Granger, C.V. et al. (1993) : Performance profiles of the functional independence measure. Am J Phys Med Rehabil, 72, 84-89.

Der Functional Independence Measure (FIM) ist ein Instrument zur Fremderfassung der funktionellen Selbständigkeit. Entwickelt worden ist das Instrument zur Verlaufsdarstellung in der Rehabilitation, es kann jedoch auch als eine Grundlage für die Pflegeplanung und eine Verlaufsbeobachtung in der stationären Langzeitpflege herangezogen werden. Dabei ist allerdings zu beachten, dass auch der FIM nur einen Ausschnitt der Aktivitäten des Lebens umfasst. Für eine umfassende Pflegeplanung sind daher Ergänzungen erforderlich.

Insgesamt werden 18 Items aus sechs verschiedenen Bereichen beurteilt. Entscheiden ist, nur das zu beurteilen, was der Betroffene macht und nicht das, was er machen könnte. Der Test kann unterteilt werden in einen motorischen

und einen kognitiven Teil. Die Auswertung kann in Form einer Rosette bzw. eines Spinnendiagramms dargestellt werden und lässt so ein Selbstständigkeits-Abhängigkeitsprofil erkennen.

Der motorische FIM umfasst die Items 1-13 (A-M): Bereich Selbstversorgung mit Essen/Trinken, Körperpflege, Baden/Duschen/Waschen, Ankleiden oben, Ankleiden unten, Intimhygiene, Bereich Kontinenz mit Blasenkontrolle, Darmkontrolle, Bereich Transfer mit Bett/Stuhl/Rollstuhl, Toilettensitz, Dusche/Bade-
wanne, Bereich Fortbewegung mit Gehen/Rollstuhl, Treppensteigen.

Der kognitive Teil umfasst die Items 14-18 (N-R): Bereich Kommunikation mit Verstehen akustisch/visuell, Ausdruck verbal/nonverbal, Bereich kognitive Fähigkeiten mit soziales Verhalten, Problemlösung, Gedächtnis.

Die Items werden in einer siebenstufigen Ausprägungsskala mit Punkten von eins für völlige Unselbständigkeit bis sieben für völlige Selbständigkeit bewertet.

Die Begriffe motorischer FIM und kognitiver FIM können fehlinterpretiert werden. Der motorische FIM umfasst körperliche Selbstversorgungsfähigkeiten (ähnlich wie der Barthel-Index), bei denen motorische Fähigkeiten eine wesentliche Teilkomponente darstellen. Der kognitive FIM umfasst alltagsrelevante Teilhabeeinträchtigungen, die wesentlich auf kognitive Schädigungen zurückgeführt werden können, testet jedoch nicht selbst einzelne kognitive Schädigungsbereiche, wie dies in spezifischen Instrumenten (MMSE, DemTect etc.) der Fall ist. Eine quantitative Ableitung des Hilfebedarfs ist nicht möglich. Der Einsatz des Instrumentes ist beim Copyright-Inhaber genehmigen zu lassen (weitere Informationen unter www.udsmr.org).

7.3.4 Mini Nutritional Assessment – MNA™

Ziel der Anwendung	Beurteilung des Ernährungszustandes älterer Menschen
Aussagen zur Testgüte	kann nur dann vollständig eingesetzt werden, wenn der Betroffene Aussagen zu seinem eigenen Ernährungszustand machen kann.
Zeitaufwand	10 – 20 Minuten
Schweregrad-einteilung	ja; maximal können 30 Punkte erreicht werden. Vor-Anamnese: ≥ 12 Punkte = normaler Ernährungszustand ≤ 11 Punkte = Gefahr der Mangelernährung, die Langfassung ist durchzuführen

	Gesamtindex: ≥ 24 Punkte = zufriedenstellender Ernährungszustand $17 - 23,5$ Punkte = Risikobereich für Unterernährung < 17 Punkte = schlechter Ernährungszustand
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja
Zugang	http://nutrinews.nestle.de/Home/Experten/Erwachsene/Mangelernaehrung/Erkennen/MNA.htm
Literatur	Guigoz, Y. et al. (1994): Mini Nutritional Assessment. A Practical assessmenttool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology. Supplement, 2 15 – 59. Lauque, S. et al. (1999): Testwerkzeuge für die Ernährungsanamnese bei älteren Personen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Supplement 1, 32, 45-54.

Das Mini Nutritional Assessment (MNA) ist neben diversen anderen Instrumenten ein Instrument, mit dem der Ernährungszustand älterer Menschen eingeschätzt werden kann. Einschränkend muss gesagt werden, dass das Instrument nur dann vollständig eingesetzt werden kann, wenn der Betroffene Aussagen zu seinem eigenen Ernährungszustand machen kann. Neben Informationen zum Ernährungszustand liefert das MNA auch Hinweise dazu, in welchen Bereichen Interventionen ansetzen müssen. Konkrete Maßnahmen für die Pflegeplanung lassen sich mit dem Instrument nicht identifizieren.

Das MNA gliedert sich in eine Vor-Anamnese (auch MNA-Short-Form) und eine Langfassung. Die Vor-Anamnese umfasst die Kriterien Appetit, Gewichtsverlust, Mobilität/Beweglichkeit, Akute Krankheiten/psychischer Stress, psychische Situation, BMI. Bei einem Punktwert von < 11 besteht die Möglichkeit eines Ernährungsrisikos und die Langfassung soll erhoben werden.

Die Langfassung umfasst die Kriterien Wohnsituation, Medikamentenkonsum, Hautprobleme, Anzahl Mahlzeiten, Lebensmittelauswahl, Trinkmenge, Hilfe beim Essen, Selbsteinschätzung zur Ernährungssituation, Oberarmumfang und Wadenumfang.

7.3.5 Resident Assessment Instrument II (RAI)TM

Ziel der Anwendung	Beurteilung des Betreuungs- und Pflegezustandes sowie Grundlage für die Pflegeplanung in Langzeiteinrichtungen durch Befragung und Beobachtung des pflegebedürftigen Menschen bzw. Einbeziehung Dritter
Aussagen zur Testgüte	In den Abklärungshilfen spielt passives Verhalten keine wesentliche Rolle

Zeitaufwand	Gesamtinstrument abhängig von Erfahrung 30 bis 90 Minuten.
Schweregradeinteilung	
Anwendbarkeit durch Pflegefachkräfte	ja; nur nach kostenpflichtiger Schulung
Zugang	Garms-Homolova, V. et al. (2000): Das Resident Assessment Instrument II. Bern Hier ist das gesamte Instrument mit allen wichtigen Materialien und Anleitungen enthalten.
Literatur	Garms-Homolova, V. et al. (2000): Das Resident Assessment Instrument II. Bern

Zentrales Instrument des Resident Assessment Instrumentes (RAI) ist das Minimum Data Set (MDS). Im MDS werden insgesamt 250 Items in 18 Bereichen standardisiert beurteilt. Zu den Bereichen gehören: Kontinenz, psychosoziales Verhalten, Stimmungslage und Verhalten, Sehfähigkeit, Ernährungszustand, etc.

Die Ergebnisse aus dem MDS werden anhand der Abklärungshilfen Resident Assessment Protocols (RAP) und der Risikoerkennungstafel ausgewertet. Daraus ergeben sich dann Hinweise darauf, ob und welche Probleme vorliegen. Darauf kann eine Pflegeplanung aufgebaut werden.

U.a. der Bereich Stimmungslage und Verhalten ist für Menschen mit Demenz relevant. Kritisch anzumerken ist, dass in den Abklärungshilfen passives Verhalten keine wesentliche Rolle spielt.

Von allen dargestellten Instrumenten in dieser Kategorie ist das RAI das umfangreichste, bei dessen Anwendung allerdings auf eine Vielzahl gesonderter Instrumente (z.B. Dekubitusrisiko, Kontinenz) verzichtet werden kann.

8

Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung



Die Sicherstellung einer bedürfnis- und bedarfsorientierten Pflege und Betreuung von demenziell erkrankten Menschen stellt eine große Herausforderung für Pflegeeinrichtungen dar. Vor allem die Frage, welche Bedürfnisse und Bedarfe haben die jeweiligen Menschen? Das herauszufinden und adäquat darauf zu reagieren, setzt ein hohes Engagement aller an der Betreuung und Pflege Beteiligten voraus. In der Literatur finden sich unterschiedlichste Auffassungen, wie die Interaktion gestaltet, welche Handlungen erforderlich oder welche Therapien durchgeführt werden sollen.

Wojnar (2001) beschreibt, dass *„nur dann eine gute Betreuung verwirklicht werden kann, wenn es gelingt, die innere Welt des Kranken, d.h. ihre Wahrnehmung, das Erleben und die Denkvorgänge zu verstehen und in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen.“*

Hieraus ergibt sich die Frage, wie lerne ich die „innere Welt“ des demenziell erkrankten Menschen kennen und verstehen, wie finde ich Zugang zu seiner subjektiven Erlebenswelt? Kitwood (2000) beschreibt, dass darüber durch aufmerksames Zuhören bei verschiedenen Aktivitäten im Alltag des Demenzkranken und in Gesprächsrunden wichtige Erkenntnisse gewonnen werden können. In der genauen Beobachtung des Verhaltens und der Handlungen im Alltag sieht er eine weitere Möglichkeit und einen wichtigen Bestandteil der Pflege von Demenzkranken. Aufschluss können auch Befragungen oder Berichte von Menschen im Frühstadium einer Demenz oder von Menschen mit ähnlichen Krankheitsmerkmalen (z.B. Depression, Meningitis) geben.

Auf der Grundlage der verschiedenen Modelle (siehe Kapitel 6 Professioneller Zugang in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz) wurden in den letzten Jahren unterschiedliche Betreuungskonzepte und Methoden entwickelt, die maßgeblich die Konzeptentwicklung der stationären Einrichtungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz beeinflussen. Ausgehend von den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Gewohnheiten der Betroffenen wird eine individuelle Pflege und Betreuung der Demenzkranken zur Erhaltung und Förderung ihrer Lebensqualität angestrebt. Im folgenden Kapitel werden verschiedene Konzepte bzw. Methoden vorgestellt, die in der Praxis zur Anwendung kommen. Die Anwendung aller in diesem Kapitel aufgeführten Methoden/Konzepte setzt differenzierte Kenntnisse der Methoden, der Nebenwirkungen, Kontraindikationen und alternativer Interventionsformen voraus. Darüber hinaus müssen adäquate Rahmenbedingungen und eine entsprechende Arbeitsorganisation geschaffen werden, die eine Umsetzung in der Praxis möglich machen. Den vorgestellten Methoden liegt ein Pflegeverständnis zugrunde, das eine bedürfnisorientierte, umfassende und individuelle Pflege ermöglicht. Unerlässlich sind eine differenzierte Biographiearbeit, prozessbegleitende Assessments, Evaluation und Dokumentation. Die Auswahl der Angebote muss sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz orientieren. Es muss kontinuierlich überprüft werden, ob die Demenzkranken wirklich davon profitieren. Wirkung und Nutzen aller Methoden sind noch nicht hinreichend belegt. Es besteht ein großer Forschungsbedarf, vor allem hinsichtlich des Einsatzes bei Menschen mit Demenz.

8.1 Milieutherapie

Die Milieutherapie stellt keine Einzelmaßnahme im Sinne einer einzelnen Rehabilitationsmaßnahme dar, sondern wird durch eine Vielzahl von Modellen und Maßnahmen geprägt, die umfassend ausgerichtet sind. In der Literatur finden sich die Begriffe Soziotherapie, Milieugestaltung und therapeutisches Milieu, die synonym gebraucht werden, aber oft nur einzelne Aspekte der Milieutherapie aufgreifen.

In unterschiedlichen Versorgungsformen, z. B. beim Domus- und Integrationsmodell, stützen sich viele Konzepte auf Elemente der Milieutherapie, die seit Mitte der 90er Jahre in der stationären Altenpflege als Handlungs- und Betreuungsprinzip im Umgang mit Menschen mit Demenz zur Anwendung kommt (Dean, R., Briggs, K. & Lindesay, J. 1993; Dean, R., Proudfoot, R., Lindesay, J. 1993).

Definition

Die Milieutherapie betrachtet die Einflüsse der Umgebung als therapeutische. Sie versucht unter dem Ziel der Erhaltung oder Wiedererlangung alltagsrelevanter Kompetenzen für eine bestimmte Patientengruppe ein heilungsförderndes Klima und eine ebensolche Umgebung zu erhalten (Ribi, U. o.J.).

„Unter Milieutherapie wird ein therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen (der Verlust und der Reserven) der Demenzkranken verstanden“ (Wojnar, J. 2001).

Ziele

Durch milieutherapeutische Maßnahmen soll eine Umgebung geschaffen werden, die Demenzkranken ein menschenwürdiges, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes Leben ermöglicht und ihre sensorischen, emotionalen, kognitiven und psychischen Einschränkungen ausgleicht. Die Maßnahmen erfolgen unter Einbeziehung aller Kontakte der Menschen mit Demenz.

Methode

Eine einfühlsame und feste Beziehung der Betreuer zum Demenzkranken bildet den Mittelpunkt der Milieutherapie. Grundlage ist die Kenntnis der Biographie des Demenzkranken. In der stationären Versorgung von Menschen mit Demenz ist eine Milieutherapie durch folgende vier Aspekte geprägt (Staack, S. 2004, Radzey, B. et al. 2001):

- materielle (räumlich-sachlich-atmosphärische) Gesichtspunkte
Eine demenzgerechte Umgebung vermittelt ein Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Orientierung. Lichtintensität und Lichtart bei Tage und in der Nacht sowie die bedarfsgerechte Farb- und Beleuchtungsgestaltung können dabei das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz positiv beein-

flussen. (Kramer, H. 2009; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2009). Milieuthérapie will nicht nur mit architektonischen Mitteln die Lebenswelt der Menschen mit Demenz gestalten (besondere Ruheräume, offene Zimmer; Farbe, Licht), sondern auch eine Aktivierung der optischen, akustischen, haptischen, olfaktorischen und gustatorischen Sinne ohne Reizüberflutung erreichen. Auch die vielfältigen Möglichkeiten der Einbeziehung des Gartens zum Wohlbefinden von Demenzkranken sind noch nicht überall ausgeschöpft (Brucker, U. & Mosbauer, A. 2008) .

- organisatorische Gesichtspunkte
(u.a. Biographiearbeit, Tagesstrukturierung)
- Gesichtspunkte der Wahrnehmung, Einstellung und des Wissens der Betreuer
(menschliche Umgebung, Beziehungsarbeit und -fähigkeit der Mitarbeiter, Wertschätzung der Demenzkranken)
- der Umgang mit Demenzkranken
(z. B. bewusste Alltagsgestaltung, individuelle Beschäftigungsangebote auf der Grundlage der Biographie, z.B. Gartenarbeit, hauswirtschaftliche Tätigkeiten)

Darauf aufbauend wurden verschiedene Versorgungskonzepte für den stationären Bereich entwickelt.

8.2 Personenzentrierte Pflege nach Kitwood

Der von dem britischen Psychologen Tom Kitwood (1995) entwickelte Ansatz der personenzentrierten Pflege stellt die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt. Der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist sein oberstes Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Die aus diesem Konzept resultierende Grundhaltung gegenüber Demenz und Menschen mit Demenz und die positive Arbeit mit der Person bilden die Basis. Kitwood stellt die Hypothese auf, dass eine personenzentrierte Pflege den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann (Kitwood, T. 2000). Durch eine Vielzahl von Maßnahmen (z.B. Validation, Snoezelen, Basale Stimulation, Umgang mit Tieren, Humor, Feste) soll die Person des Menschen mit Demenz zum „Klingen“ gebracht werden.

Definition

Gute Demenzpflege beinhaltet nach Kitwood einen Demenzprozess, der die Wiederherstellung personaler Funktionen unterstützt und dabei grundlegende Bedürfnisse wie Halt und Trost, Nähe und Geborgenheit sowie soziale Verbundenheit stärkt und dabei Beschäftigung und Identitätsarbeit ermöglicht.

Ziele

Dem Menschen mit Demenz soll durch die Gestaltung des Ambientes sowie durch therapeutische Maßnahmen ermöglicht werden, Person zu sein und als solche behandelt zu werden.

Methode

Nach Kitwood stellt der Erhalt des Personseins das oberste Ziel einer qualitativ hochwertigen Demenzpflege dar. Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Befriedigung von Bedürfnissen von Menschen mit Demenz, da *"ein Mensch ohne (deren) Befriedigung nicht einmal minimal als Person funktionieren kann."* (Kitwood, T. 2000).

Unter die demenzspezifischen Bedürfnisse fasst er eine Gruppe von Bedürfnissen, die sich nicht klar voneinander trennen lassen, zum Beispiel die Bedürfnisse nach Liebe, Trost, Sicherheit, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. Diese Bedürfnisse sind unterschiedlich stark ausgeprägt, ihre Befriedigung ermöglicht es dem dementen Menschen, sich als Person wahrzunehmen und positive Gefühle (sich wertvoll und geschätzt zu fühlen) zu erleben (Kitwood, T. 2000).

Pflegequalität in der Demenzbetreuung hängt primär von der Qualität der Pflegebeziehung und der Interaktionsfähigkeit des Pflegepersonals ab. Als „wahrhaft heilende Komponente der Pflege“ sieht Kitwood positive Interaktionen, die er wie folgt beschreibt:

Positive Interaktion	Beispiel
Anerkennen	Der Mensch mit Demenz wird als Person anerkannt, dies kann verbal (z.B. jemanden grüßen) oder nonverbal (z.B. durch Blickkontakt) zum Ausdruck gebracht werden.
Verhandeln	Der Mensch mit Demenz wird direkt nach seinen Wünschen und Bedürfnissen gefragt und diese werden im Betreuungsalldag berücksichtigt.
Zusammenarbeiten	Der Mensch mit Demenz erhält die Möglichkeit, sich aktiv an der Pflege und Alltagsbeschäftigungen zu beteiligen (z.B. Haushaltsarbeiten, Körperpflege)
Spielen	Der Mensch mit Demenz hat die Möglichkeit, an nicht zielgerichteten Aktivitäten teilzunehmen, die die Spontanität und den Selbstausdruck fördern.
Timalation (sensorische Stimulation)	Interaktionen mit Hilfe von Aktivitäten, welche die Sinne ansprechen (z.B. Massage, Aromatherapie).
Feiern	Ein Gefühl der Nähe und Gleichheit zwischen Pflegenden und Demenzkranken soll durch fröhliche Stimmung vermittelt werden.
Entspannen	Menschen mit Demenz können oft nur in Gesellschaft oder bei Körperkontakt entspannen.
Validation	Die subjektive Realität und die Gefühle einer Person werden anerkannt und die Kommunikation findet auf der Gefühlsebene statt.
Halten	Das Schaffen einer Atmosphäre, die einer Person den Halt und die Sicherheit bietet, auch negative Emotionen auszudrücken.

Positive Interaktion	Beispiel
Erleichtern	Unterstützende Handlungen im aktivierenden Sinne.
Schöpferisch sein	gemeinsam Musizieren, Musikhören, Malen oder Tanzen
Geben	„Die Person mit Demenz bringt Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck, bietet Hilfe an oder macht ein Geschenk“ (Kitwood, T. 2000).

Die Umsetzung der oben genannten positiven Interaktionsarten kann nur bei einer grundlegenden Einstellung und Haltung der Pflegepersonen gelingen. Voraussetzungen für eine personenzentrierte Pflege von Menschen mit Demenz sind: innere Ruhe, Empathie, Flexibilität, Stabilität, Ungezwungenheit in der Kontaktaufnahme und Belastbarkeit. Dazu muss sich die Betreuungsperson selbst wohlfühlen, offen und flexibel sein und nicht als "kontrollierend-kritisches Elternteil" gegenüber dem Menschen mit Demenz agieren (Kitwood, 2000). Die Fähigkeit zur Empathie bedeutet für Kitwood nicht die Fähigkeit, das zu fühlen, was eine andere Person fühlt, sondern ein Verständnis für das Erleben und Leben eines Menschen mit Demenz zu haben. Das Bewusstsein von eigenen demenzartigen Erfahrungen, wie z.B. das Gefühl des Verlassen seins oder der Machtlosigkeit, erleichtern es der Pflegekraft, die Gefühle der Betroffenen zu verstehen.

8.3 NICE Leitlinie 42

Die Leitlinie 42 des Nationalen Instituts für Gesundheits- und klinische Exzellenz (NICE)¹ von Großbritannien nimmt ausdrücklich Bezug auf die personenzentrierte Pflege von Kitwood und Brooker (Brooker, D. 2004); ebenso auf das seit 2005 in England bestehende Mental Capacity Act. Dort werden fünf Hauptprinzipien dargestellt:

- Bis zum Beweis des Gegenteils muss davon ausgegangen werden, dass Erwachsene die Fähigkeit besitzen, für sich selbst zu entscheiden.
- Jedem Einzelnen muss jegliche verfügbare Unterstützung zu Teil werden, bevor man zum Schluss kommt, dass er/sie keine Entscheidungen für sich selbst mehr treffen kann.
- Jedem Einzelnen muss das Recht erhalten bleiben, auch sonderbare oder unklug erscheinende Entscheidungen zu treffen.
- Alles was für oder im Namen einer Person mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten gemacht wird, muss in deren bestem Interesse geschehen.

¹ <http://guidance.nice.org.uk/CG42/Guidance/doc/English> zuletzt 5.6.2009

- Alles was für oder im Namen einer Person mit Beeinträchtigungen der Aktivitäten gemacht wird, muss die am wenigsten einschränkende Alternative in Bezug auf ihre Rechte und Grundfreiheiten sein.

Aus der Sicht des Menschen mit Demenz muss entschieden werden, wer in dessen Pflege einbezogen wird und auch wer nicht. Von den Pflegenden wird erwartet, dass ihr Planen und Handeln sich an der Sichtweise des Demenzkranken ausrichtet. Dabei sollte in jeder Phase der Krankheit entsprechend der verbliebenen Fähigkeiten gemeinsam über Aspekte der Pflege und des persönlichen Lebens entschieden werden („make informed decisions“). Dabei wird auf Kommunikation und „evidenz-basierte Information“, die auf die individuellen Bedarfslagen zugeschnitten sind großen Wert gelegt. Behandlung, Pflege und angebotene Information sollte kulturell angepasst sein und in einer Form angeboten werden, dass sie auch für Menschen mit weitergehendem Hilfebedarf (z.B. wegen körperlicher, kognitiver oder sensorischer Einschränkungen) zugänglich ist; und auch für Menschen, die nicht in der Landessprache lesen oder sprechen können.

Die von NICE formulierten „Grundprinzipien der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz“ sind:

1. Vielfalt, Gleichberechtigung und Sprache

Die Diagnose „Demenz“, das Alter oder zusätzlich bestehende Lernbehinderung dürfen kein Ausschlussgrund für die Inanspruchnahme von jedweden Dienstleistungen sein.

Pflegende, Betreuer und Sozialarbeiter begegnen Menschen mit Demenz und ihren pflegenden Angehörigen jederzeit mit Respekt.

Pflegende, Betreuer und Sozialarbeiter identifizieren die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen, die sich aus deren Vielfalt speist, wie Geschlecht, Ethnizität, Alter (jung oder alt) Religion und Betreuung. Pflegeplanung thematisiert diese Bedürfnisse.

Pflegende, Betreuer und Sozialarbeiter identifizieren die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen, die sich aus deren Krankheit ergeben, wie einer Körperbehinderung, einer Störung der Sinneswahrnehmung, aus Kommunikationsschwierigkeiten, Ernährungsproblemen, schlechtem Mundzustand und Lernbehinderungen. Pflegeplanung thematisiert diese Bedürfnisse.

Pflegende, Betreuer und Sozialarbeiter, insbesondere in Pflegeheimen, identifizieren die Vorlieben von Menschen mit Demenz und deren pflegenden Angehörigen und tragen diesen möglichst Rechnung, wie z.B. Diäten, Sexualität und Religion. Pflegeplanung thematisiert diese Bedürfnisse.

Falls Sprach- oder erworbene Sprachbeeinträchtigung eine Barriere zum Zugang oder Verstehen von Diensten, Behandlungen und Pflege darstellen, sollte

den Menschen mit Demenz von den professionell Pflegenden und Betreuenden Angebote gemacht werde wie:

- Informationen in der gewünschten Sprache und/oder in einem zugänglichen Format
- Unabhängige Dolmetscher
- Psychologische Interventionen in der gewünschten Sprache

Jüngere Menschen mit Demenz

Jüngere Menschen mit Demenz haben spezielle Bedürfnisse; es sollten darauf spezialisierte multidisziplinäre Dienste entwickelt werden, angelehnt an bestehende Demenzstationen, um deren Bedarfe nach Assessment, Diagnose und Betreuung begegnen zu können.

Menschen mit Lernbehinderung

Pflege- und Betreuungspersonal, das in Betreuungsarrangements beschäftigt ist, in denen jüngere Menschen mit einem erhöhten Risiko leben an Demenz zu erkranken, wie z.B. lernbehinderte Menschen, sollten in Bezug auf Demenzbewusstsein geschult werden. Lernbehinderte und die sie Betreuenden haben Zugang zu spezieller Beratung und Unterstützung hinsichtlich des Themas Demenz.

2. Ethik, Zustimmung und Vorabverfügung

Pflege- und Betreuungspersonal suchen immer eine belastbare Zustimmung von Menschen mit Demenz. Das beinhaltet immer, dass der Demenzkranke über Alternativen informiert wird, dass überprüft wird, ob er diese auch verstanden hat, dass kein Zwang auf ihn ausgeübt wird und dass er nicht an seiner Zustimmung auf Dauer festhalten muss. Bei nicht gegebener Zustimmungsfähigkeit werden die Prinzipien des Mental Capacity Acts 2005 angewandt.

Pflege- und Betreuungspersonal informieren Menschen mit Demenz und deren Angehörige über die bestehenden Stellvertretungsregelungen (gesetzliche Betreuung und Bevollmächtigung), über ehrenamtliche Unterstützungsmöglichkeiten und ermutigen dazu, dass diese Angebote auch in Anspruch genommen werden.

Pflege- und Betreuungspersonal bespricht mit den Menschen mit Demenz und deren Angehörigen solange die Einsichtsfähigkeit noch gegeben ist:

- Vorausverfügungen mittels derer die Personen festlegen können, was passieren soll, wenn sie allmählich die Entscheidungs- oder Kommunikationsfähigkeit verlieren.
- Vorausverfügungen, bei denen es um Behandlungsverzicht und Behandlungsabbruch geht.

- Betreuungsverfügungen oder Vollmachten, in denen festgelegt werden kann, wer im Falle der eigenen Entscheidungsunfähigkeit welche Entscheidungen trifft, einschließlich der Gesundheits- und Versorgungsfragen.
- Eine Art Versorgungsplan für den Fall künftiger Pflegebedürftigkeit, in dem festgehalten wird, welche pflegerischen Optionen ggf. präferiert werden und wo die Person zu sterben wünscht.

Der Einfluss von Demenz auf persönliche und sexuelle Beziehungen wird auf einfühlsame Weise eingeschätzt. Ggf. sollten Menschen mit Demenz, deren Partner oder Angehörige über örtliche Unterstützungs- und Beratungsangebote informiert werden.

Menschen mit Demenz unterliegen einem erhöhten Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung.

Das Management und die Koordination der Pflege und Betreuung ist durch die professionelle Unterstützung gewährleistet.

Manager im Gesundheits- und Sozialdiensten stellen sicher, dass alles Personal, das mit alten Menschen arbeitet, sei es im Gesundheits-, Pflege- Betreuungsbereich oder in der Freiwilligenarbeit entsprechend der Aufgaben- und Verantwortungsverteilung Zugang zu Demenzbetreuungstrainings erhalten (Qualifikationsentwicklung).

Das Umgebungsdesign für Menschen mit Demenz entspricht deren Bedürfnissen und steht in Übereinstimmung mit den Antidiskriminierungsgesetzen für Behinderte von 1995 und 2005, weil Menschen mit Demenz Behinderte im Sinne dieser Gesetze sind. Bei der Raumgestaltung ist insbesondere auf eine motivierende Umgebung und orientierende Hilfe zu achten; dazu gehören die Beleuchtung, Farbgebung, Fußbodenbeläge, unterstützende Technik, Beschilderung, Gartengestaltung und der Zugang zum Außenbereich, sowie dessen Sicherheit gewährende Umgebung.

Die Pflege von Menschen mit Demenz während eines akuten stationären Krankenhausaufenthaltes wird von Personal der Klinik, das die mentalen und körperlichen Bedürfnisse kennt, durch entsprechende Betreuung sichergestellt.

In Großbritannien wird die medizinisch-pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz neu vernetzt und interdisziplinär ausgerichtet und zwar über alle bestehenden Versorgungspfade hinweg im Sinne einer integrierten Versorgung (www.everybodysbusiness.org.uk).

NICE benennt auch eine Reihe von nicht medikamentösen Therapien, die bei Menschen mit Demenz zur Anwendung empfohlen werden wie z. B. Aromatherapie, basale Stimulation, Musik- und Tanztherapie, tierunterstützte Therapie, Massagen. Dabei werden auch Freiwilligeninitiativen mit einbezogen.

8.4 Palliativpflege, Schmerzmanagement und Pflege am Lebensende bei Demenzkranken

Die Pflege von Demenzkranken sollte ein palliativpflegerisches Konzept enthalten, das mit dem Zeitpunkt der Diagnosestellung beginnt und mit dem Tode endet. Ziel sollte es sein, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu fördern und ihnen einen Tod in Würde zu ermöglichen und das in einer selbstgewählten Umgebung, in der auch die pflegenden Angehörigen begleitet werden in ihrem schmerzlichen Verlust, der vor oder nach dem Tode des Demenzkranken auftreten kann (www.endoflifecare.nhs.uk).

Auch den pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz wird ein Rechtsanspruch auf Unterstützung eingeräumt, den die professionell Pflegenden und Betreuer unterstützen sollen. Betreuungsangebote für die Pflegenden sollten passgenau auf die Bedürfnisse zugeschnitten sein; dazu können zählen:

- Individuelle oder Gruppenpsychoedukation
- Selbsthilfegruppen mit anderen Angehörigen, die auf die individuellen Bedürfnisse eingehen und die Phase der Demenz berücksichtigen.
- Information und Unterstützung über Telefon und Internet
- Kurse, die informieren über Demenz, bestehende Angebote und Leistungen; Kommunikation und Problemlösungsangebote, die bei der Betreuung von Menschen mit Demenz entstehen.
- In Familientreffen werden auch andere als die Hauptbetreuungsperson mit einbezogen.

8.5 Empfehlungen der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft empfiehlt zur Begleitung von Demenzkranken in der Sterbephase folgenden ethischen Grundsatz zu beachten:

„Die Würde der Demenzkranken ist auch in ihrem Sterben unantastbar. Für ein würdevolles Sterben sind die individuellen Bedürfnisse der Kranken wichtig und in den Mittelpunkt zu stellen, insbesondere die Sicherung der Lebensqualität, die Linderung der körperlichen Beschwerden (u.a. Schmerz) und das Bedürfnis nach Geborgenheit“ (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2009).

Hervorgehoben wird unter anderem das Bedürfnis nach Schutz und Geborgenheit des Menschen mit Demenz, wobei „das Berührt- und das Gehaltenwerden, die Anwesenheit eines Menschen und die gewohnte Umgebung immer wichti-

ger werden“ (ebd.). Darüber hinaus wird die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation, insbesondere von Körperkontakt und des Beziehungsgehaltes einer Botschaft (Lautstärke, Tonfall, Gestik, Mimik) beschrieben. Die emotionale Erlebnis- und Wahrnehmungsfähigkeit des Menschen mit Demenz bleibt bis zum Tod erhalten, wobei die Wahrnehmung sich weniger auf den Inhalt des Gesprochenen als stärker auf den oben beschriebenen Beziehungsgehalt bezieht. Menschen mit Demenz können auch in der Sterbephase über die Sinnesorgane mit individuell angepassten Angeboten (Berücksichtigung der Vorlieben) wie Düfte, Musik, Berührungen, Farben erreicht werden. Für einen angemessenen Umgang mit Schmerzen ist die gute Beobachtung der Mimik, Gestik und des Verhaltens wichtig.

Basis der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz sind grundsätzlich die bereits in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen pflegerischen Konzepte wie z.B. Biographiearbeit, nonverbale Zugänge (z.B. basale Stimulation) und Angehörigenarbeit. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft weist aber zu Recht auch darauf hin, dass manchmal nicht mehr zu tun bleibt, „als einfach anwesend zu sein“. Die Versuchung, in hektische Aktivitäten zu verfallen ist groß. Stattdessen ist es angezeigt „... einfach da zu sein, für die Kranken und für alle, die mit ihnen zu tun haben“ (ebd.).

Ein besonderer Schwerpunkt wird in den Empfehlungen der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft auf die Rolle der Angehörigen gelegt. Da diese die wichtigsten Bezugspersonen von Menschen mit Demenz sind, ist es von zentraler Bedeutung, die Angehörigen in die Sterbebegleitung einzubeziehen. Sie kennen die Vorlieben und Abneigungen des Betroffenen und sind eine wichtige Informationsquelle, wenn es zum Beispiel um das Verstehen von schwierigen Verhaltensweisen geht. Die besondere Relevanz der gelungenen Kooperation zwischen Angehörigen, Ärzten und Pflegefachkräften wird –wie in vielen anderen Veröffentlichungen auch – betont. Diese gelungene Kooperation ist auch wichtig, wenn es in der letzten Lebensphase um schwierige Entscheidungen geht. Nur durch die enge Zusammenarbeit aller o.g. Beteiligten kann es gelingen, eine gute Entscheidung im Sinne der Erkrankten und ihrer Lebensqualität zu treffen. „Dabei kann die Lebensqualität aus Sicht der Kranken sich anders darstellen als das, was Angehörige, Ärzte und Pflegende für die Kranken als lebenswert ansehen“ (ebd.).

Um ein menschenwürdiges Sterben im Heim oder Krankenhaus zu ermöglichen fordert die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft, dass Angehörige möglichst rasch informiert werden, um ihren sterbenden Angehörigen begleiten zu können. Es sollte ein Gästezimmer für die Angehörigen sowie nach Möglichkeit ein Einzelzimmer für den Sterbenden bereit gestellt werden. Auf jeden Fall muss ein geschützter Raum zur Verfügung stehen, um Ruhe zu gewährleisten; allerdings dürfen die Betroffenen hier auch „... nicht vergessen werden“ (ebd.).

Die Form des Abschiedsnehmens sollte im Sinne des Sterbenden sein. Eine bestehende religiöse Bindung des Sterbenden ist selbstverständlich zu berücksichtigen.

sichtigen. Nach dem Tod des Menschen mit Demenz sollte den Angehörigen und Pflegekräften – aber auch allen anderen – genügend Zeit zum Abschied nehmen (möglichst nach ihren eigenen Wünschen) gegeben werden. Die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft empfiehlt, dass zum Abschluss mit den Angehörigen ein Gespräch geführt werden sollte, „... um das Leben und die gemeinsame Zeit, die miteinander verbracht wurde, zu würdigen und die Angehörigen über die Möglichkeit von Trauergruppen vor Ort zu informieren“ (ebd.).

8.6 Validation

Validation wurde von Naomi Feil entwickelt und von Nicole Richard als „Integrative Validation“ (IVA) und von Brigitte Scharb zur „speziellen validierenden Pflege“ modifiziert (Feil, N. 2000; Richard, N. 2001).

Definition Validation:

lat. validus = kräftig; engl. valid = gültig; das „Für-Gültig-Erklären“

Validation ist eine Gesprächstechnik, die einen Zugang zur Erlebniswelt von Menschen mit Demenz ermöglicht. (Hein, B. 2006) Sie ist eine verbale und nonverbale Kommunikationsform mit praktischen Techniken, bei der dem subjektiven Empfinden demenziell Erkrankter mehr Gewicht beigemessen und dieser in seiner Erfahrungs- und Lebenswelt belassen wird. Die Kommunikation mit dem Demenzkranken findet weniger auf der Inhalts- als vielmehr auf der Beziehungsebene statt (Radzey, B. et al. 2001; Hein, S. 2006).

„Validation ist eine Methode, um mit desorientierten, sehr alten Menschen zu kommunizieren. Validation basiert auf einem empathischen Ansatz und einer ganzheitlichen Erfassung des Individuums. Indem man "in die Schuhe" eines anderen Menschen schlüpft und "mit seinen Augen sieht", kann man in die Welt der sehr alten, desorientierten Menschen vordringen und die Gründe für ihr manchmal seltsames Verhalten enträtseln.“ (<http://www.validation-eva.com/de/20val.html>, Zugriff 18.01.2007)

Validation nach Naomi Feil basiert auf verschiedenen Prinzipien aus dem Bereich der Psychologie. Eriksons Theorie der Lebensstadien und Aufgaben, in dem er den menschlichen Lebenszyklus in acht Entwicklungsstufen mit spezifischen Entwicklungsaufgaben oder Krisen definiert, hat Naomi Feil einen weiteren Lebensabschnitt (hohes Alter) hinzugefügt. Dies sei das „Stadium jenseits der Integrität“, in dem die Lebensaufgabe „Vergangenheit aufarbeiten“ laute. Könnten Menschen mit Demenz ihre Vergangenheit nicht aufarbeiten, kehrten sie nach Feil's Ansatz in die Vergangenheit zurück um diese ungelösten Aufgaben bzw. Gefühle des bisherigen Lebens zu lösen. Dazu benötigten sie Hilfe von außen und Validation könne diesen Aufarbeitungsprozess unterstützen und begleiten, so dass sich diese Gefühle zerstreuten. Erfolge keine Stimulation von außen, würden sich diese Menschen in das „Stadium des Vegetierens“ zurückziehen.

Im „Stadium jenseits der Integrität“ beschreibt Feil vier Unterformen, die einen Rückzug aus der Realität bedeuteten, wobei ein fließender Übergang zwischen den beschriebenen Stadien möglich sei. Diese Stadien werden in der Literatur oft als „Stadien der Desorientiertheit“ bezeichnet. Die Betroffenen könnten innerhalb weniger Stunden zwischen den einzelnen Stadien wechseln, was u.a. durch den Biorhythmus erklärt werden könne. Die Stadien werden wie folgt beschrieben:

- Stadium der mangelhaft/unglücklichen Orientierung:
 - Das Rollenverhalten der Menschen mit Demenz ist erhalten.
 - Mangelhafte Orientierung, die oft eine Scham über die Gedächtnislücken auslöst.
 - Es zeigt sich eine negative Grundhaltung zur Umwelt, Unbeirrbarkeit und das Beschuldigen von Mitmenschen kommen vor.
- Stadium der Zeitverwirrung:
 - Verstärkter Rückzug aus der Realität hin zu den Kindheitserinnerungen.
 - Zeitverwirrtheit und Verlust des Denkvermögens, der Lese- und Schreibfähigkeit.
 - Vorherrschende Gefühle sind Hass, Liebe, Trauer und Angst.
- Stadium „Sich-wiederholende Bewegungen“:
 - Verlust der Sprachfähigkeit
 - ausgelöschtes Denkvermögen
 - erhöhter Bewegungsdrang mit gleichen Bewegungsmustern
- Stadium des Vegetierens:
 - Völlige Antriebslosigkeit und Bewegungslosigkeit.
 - Nahe Verwandte werden nicht mehr erkannt.
 - Der Mensch mit Demenz hält meistens seine Augen verschlossen, als Zeichen des völligen Rückzugs aus der Realität.

Ziele der Validation:

Durch die Validation soll eine Wertschätzung des Demenzkranken zum Ausdruck gebracht und Stress abgebaut werden, damit er Würde und Glück wiedererlangen kann. Naomi Feil benennt folgende Validationsziele:

- Wiederherstellung des Selbstwertgefühls
- Reduktion von Stress

- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen der unausgesprochenen Konflikte aus der Vergangenheit
- Reduktion chemischer und physischer Zwangsmittel (z.B. Medikamente)
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhinderung eines Rückzugs in das Vegetieren
- Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und körperliches Wohlbefinden

Methoden:

Das Erleben und die aktuell gezeigten Gefühle der Demenzkranken sollen von den Betreuungspersonen wahrgenommen und unter Berücksichtigung ihrer individuellen Lebensgeschichte verstanden und respektiert werden. Es wird nicht versucht die verwirrte Person an die Realität anzubinden. Es soll vielmehr eine Vertrauensbasis geschaffen und die Gefühle der Demenzkranken sollen für Gültig erklärt werden. Dabei geht man davon aus, dass das Verhalten eines Menschen mit Demenz weder zufällig noch unbegründet entsteht. Demenzkranke wollen ihre Bedürfnisse mitteilen, ihnen fehlen aber oftmals die richtigen Worte und der Bezug zur Realität. Jeder Versuch einer Betreuungsperson, den Demenzkranken ihre Realität zu verdeutlichen, kann dazu führen, dass sich der Betroffene weiter in seine Welt zurückzieht oder aggressive Verhaltensweisen gefördert werden. Um dies zu vermeiden werden im validierenden Gespräch Stimme, Sprache und Körperhaltung gezielt eingesetzt.

Folgendes Orientierungsmuster kann einer Validation zugrunde liegen:

1. Was ist das dahinterliegende Gefühl, der Antrieb?
2. Diese validieren (annehmen, wertschätzen, zulassen, unterstützen, das Gefühl benennen).
3. Die Begriffe allgemein bestätigen, z.B. mit Sprichwörtern, Volksweisheiten, Liedern etc. (Staack, S. 2004).

Eine validierende Gesprächshaltung setzt voraus, dass Pflegende über folgende Fähigkeiten verfügen: Empathie / Mitgefühl, Akzeptanz / Anerkennung und Übereinstimmung / Kongruenz. Der Demenzkranke benötigt Signale um sich aufgehoben zu fühlen. Im Gespräch muss ihm durch klare Anteilnahme das Signal vermittelt werden, dass sein Gesprächspartner seine Situation versteht und nachempfinden kann. Dies bedeutet dem Menschen mit Demenz auf gleicher Augenhöhe zu begegnen und seine Persönlichkeit anzuerkennen. Demenzkranke besitzen auch bei starker Verwirrung ein sehr feines Gefühl dafür, ob der Gesprächspartner es ernst mit ihnen meint, oder ob es sich um einen falschen Trost handelt.

Darstellung der vier Stadien der Desorientiertheit mit Handlungsempfehlungen

Stadium I (mangelhaft orientiert)	Stadium II (zeitverwirrt)	Stadium III (wiederholende Bewegungen)	Stadium IV (Vegetieren)
Körperliche Charakteristika			
<ul style="list-style-type: none"> • zielgerichteter, klarer Blick • gezielte Bewegung im Raum • angespannte Gesichts- und Körpermuskulatur • steife Haltung • verschränkte Arme • kognitives Vermögen weitgehend intakt • klare Sprache 	<ul style="list-style-type: none"> • klarer Blick, zielloses starren • schlurfender Gang • Schultern häufig nach vorne gebeugt • langsames Atmen • häufig Inkontinenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Augen meist geschlossen, nicht zielgerichtet, bewegen sich rhythmisch hin und her, laufen • Wort- bzw. Satzbildung erschwert, z.T. auch summende, schnalzende Geräusche • entspannte Muskulatur • ruhige Atmung • manuelle Geschicklichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Augen meist geschlossen, ungerichteter leerer Blick • schlaffe, entspannte Muskulatur • embryonale Körperhaltung • kein Körperbewusstsein • kaum wahrnehmbare Bewegungen • keine Sprache vorhanden
Psychologische Charakteristika			
<ul style="list-style-type: none"> • unterdrückte Emotionen werden ausgedrückt • Emotionen werden geleugnet • Berührungen werden abgewiesen • Beschuldigungen • Konfabulationen • Angst vor Kontrollverlust u. Veränderungen • Klammern an die Gegenwart 	<ul style="list-style-type: none"> • drücken Gefühle aus • erinnern sich nicht an Fakten • hören Menschen in der Gegenwart nicht zu • vergessen Gegenwart, erinnern sich gut an Ereignisse mit hohem emotionalem Inhalt • Energie ist auf Konfliktverarbeitung gerichtet • verwenden Symbole • verlieren soziale Kontakte • sofortige Bedürfnisbefriedigung erforderlich • wissen, wer unehrlich ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprache/Denkvermögen schwindet • Bewegung dient der Konfliktverarbeitung • wiederholende Klänge stimulieren, beruhigen • zunehmender Verlust des Selbst- und Körperbewusstseins • kurze Konzentrationsspanne • Rückzug nach innen 	<ul style="list-style-type: none"> • erkennen keine Angehörigen mehr • zeigen kaum Gefühle • keine Eigenaktivität

Stadium I (mangelhaft orientiert)	Stadium II (zeitverwirrt)	Stadium III (wiederholende Bewegungen)	Stadium IV (Vegetieren)
Techniken			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Erinnerungen herbeiführen: Über Fragen versuchen herauszufinden, was passiert ist, aber nicht Begründungen fordern 2. Schlüsselwörter zusammenfassen und wiederholen 3. Nach Extremen und Gegenteilien fragen 4. Berührungen vermeiden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Techniken 1-3 wie im Stadium I 2. Mit beruhigender Stimme sprechen 3. Emotionen ansprechen 4. Mit ruhigen, fürsorglichen Berührungen arbeiten 5. Eigene Motorik der des Verwirrten angleichen 6. Musik verwenden 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eventl. Anwendung der Techniken 1- 3 aus Stadium I und II, zusätzlich: 2. Gegenstände haben Symbolcharakter – Analyseversuch 3. Motorik angleichen, Bewegungen, Mimik und Gestik spiegeln 4. Angenehme Berührungen 5. Einsatz von bekannter Musik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mit freundlicher, ruhiger Stimme langsam sprechen, Pausen einlegen 2. angenehme, ruhige Berührungen 3. auf nonverbale Reaktionen achten und Handlungen darauf einstellen 4. Basale Stimulation

Tabelle 7: **Vier Stadien der Desorientiertheit (Gehrs, M. 2001)**

Stadieneinteilung und –bezeichnung haben zu vielfacher Kritik geführt. Zum einen hat eine Demenz keinen allgemeingültigen Verlauf, so dass bei einer Einteilung in vier feste Stadien individuelle Gegebenheiten wenig Berücksichtigung finden und zum anderen stellen die Stadienbezeichnungen eine deutliche Bewertung dar, insbesondere das Stadium des „Vegetierens“. Wenn betroffenen Menschen jegliche kognitive Lebensäußerung abgesprochen wird, kann das zur Unterforderung führen. Der Anspruch des Validationsmodells zur Bewältigung ungelöster Probleme früherer Lebensphasen beizutragen, ist in der Fachwelt ebenfalls sehr umstritten. Aktuelle Faktoren wie Umwelt- und Umgebungsgegebenheiten werden kaum thematisiert. Die theoretische Basis des Validationsmodells wird als unzureichend bezeichnet, sie lässt sich „weder mit dem Stand der psychogeriatrischen Pflegeforschung noch mit der bestehenden Nomenklatur psychischer Diagnostik vereinbaren“ (Lind, S. 2000). Feils Verständnis von Verwirrtheit als Folge eines Rückzugs in die Vergangenheit aufgrund unbewältigter Lebensaufgaben, vernachlässigt Erkenntnisse der Hirnforschung, die pathologische Veränderungen des Gehirns als Ursachen für kognitive Ausfälle und Persönlichkeitsveränderungen aufzeigen. Die Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit der Validation nach Feil sind nicht eindeutig positiv.

Trotz aller Kritik hat die Validation eine wesentliche Bedeutung für den Umgang mit Demenzerkrankten. Wesentlich dazu beigetragen hat Nicole Richard (1999) mit der Modifikation des Konzeptes zur „Integrativen Validation“. Sie distanzierte sich auch von der Annahme Feils, dass Demenz eine Möglichkeit der Erfüllung unvollendeter Lebensaufgaben sei. Sie stellt Herangehensweisen dar, in der eine gefühlorientierte Kommunikationsform und Umgangsweise Beziehung und Vertrauen zwischen Betroffenen und Betreuern schaffen sollen.

Mittels Ressourcenorientierung sollen Kompetenzen und Fähigkeiten der Menschen mit Demenz aktiviert und nutzbar gemacht werden. Durch die Schaffung eines vertrauensvollen Klimas wird die Vermittlung von Sicherheits- und Zugehörigkeitsgefühlen angestrebt, um das Wohlbefinden bei den Menschen mit Demenz zu fördern. Die Integrative Validation wird in der Praxis häufiger genutzt. „Herangehensweisen in denen eine validierende Grundhaltung in Kombination mit anderen Pflegemethoden zur Anwendung kommt, bieten die

nen), sondern nur "vergessenes" Wissen bei anderen durch Förderung der "Wiedererinnerung" (Anamnese) ins Bewusstsein zu heben.

Den "theoretischen" Rahmen dieser Konzeption bildet bei Platon die Ideenlehre, d.h. das Theorem, dass der Mensch ein "vorgeburtliches", in der Verbindung der Seele mit dem Körper verschüttetes Wissen über das "Wesen der Dinge" (insbesondere über mathematische, moralische und philosophisch-theoretische Zusammenhänge) besitzt [...]. (Mittelstraß, J. 1995).

„Im übertragenen Sinne meint es: Menschen bewusst zu machen, was sie eigentlich schon wissen.“ Durch das mäeutische Konzept sollen Pflegenden ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse mit Hilfe einer sinnvollen Methodik im Team anwenden. (van der Kooij, C. 2000)

Ziele

Die Fähigkeiten der Pflegenden zur Kommunikation mit den Menschen mit Demenz sollen gefördert und Lernprozesse initiiert werden, die es den Pflegenden ermöglicht, sich ihrer Gefühle und Erfahrungen bewusst zu werden, sie zu erkennen, zu benennen, zu beherrschen und ggf. zu verarbeiten. In der erlebensorientierten Pflege nach dem mäeutischen Konzept ist der Kontakt und die Begegnung zwischen Pflegekraft und Bewohner Ausgangspunkt und Ziel.

Methode

Das mäeutische Konzept geht davon aus, dass es zwei Erlebenswelten gibt: die der Pflegenden und die der Betreuten. Als Pflegende gilt es beide Erlebenswelten zu kennen und zu verstehen, um damit z. B. Stress- und Krisensituationen gemeinsam mit dem Demenzkranken bewältigen zu können. Bezugs- und Beziehungspflege sind wichtige Bestandteile des Konzeptes. Im Mittelpunkt einer erlebnisorientierten Pflege steht der Kontaktmoment zu dem Menschen mit Demenz in dem die Pflegende eine gefühlsmäßige Verbindung zu ihm aufbaut. Dies tut sie, indem sie sich der situationsbedingten eigenen Gefühle bewusst wird und sich einfühlt in die Erlebniswelt des Demenzkranken. Dabei stellt sie sich die Frage, welche Gefühle das Verhalten des dementen Menschen ausgelöst haben könnten. Hat die Pflegende die Gefühle erkannt, kann sie diese z. B. validieren oder andere verbale oder nonverbale Methoden (z.B. basale Stimulation, Erinnerungspflege, Sinnesaktivierung) anwenden. Die Reaktion des Demenzkranken zeigt den Pflegenden, ob sie mit der Auswahl der Methode richtig lag. Im Unterschied zur Validation werden in der erlebnisorientierten Pflege verschiedene therapeutische Konzepte situationsorientiert angewendet. Als Instrumente der Mäeutik dienen u.a. Beobachtungsbogen, Pflegekarte und bewohnerbezogene Besprechungen. Der umfangreiche Beobachtungsbogen enthält Fragen zur Biographie, den Gewohnheiten, der Persönlichkeit und den Kontaktmöglichkeiten des Demenzkranken und zur Phase der Demenz, in der er sich befindet. Der Beobachtungsbogen soll Pflegende unterstützen (vor allem in den ersten sechs Monaten) sich in die Erlebenswelt des Betroffenen einzuleben. Pflegerelevante Informationen werden in der Pflege-

karte übersichtlich, zusammenfassend dokumentiert. In vereinbarten Zeiten sollte zur Reflektion der Pflege eine bewohnerbezogene und vor allem strukturierte Besprechung des interdisziplinären Teams stattfinden.

Im mäeutischen Konzept werden vier Stadien einer demenziellen Erkrankung unterschieden, die es Pflegenden ermöglichen sollen, sich leichter in die Welt der Betroffenen einzufühlen. In der Grundannahme geht das mäeutische Konzept davon aus, dass die Person, also das Ich, in allen Stadien der Demenz erhalten bleibt. Darin unterscheidet es sich zu den Stadieneinteilungen in der Validation und dem Drei-Welten-Modell (vgl. in Kapitel 9 „Oase-Modell“)

Mäeutisches Konzept	Validation nach Feil	Drei-Welten-Modell
1. Das bedrohte Ich	1. Mangelhafte/unglückliche Orientierung	1. Die Welt der kognitiven Erfolglosigkeit
2. Das Verwirrte Ich	2. Zeitverwirrtheit/Verlust kognitiver Fähigkeiten	2. Die Welt der kognitiven Ziellosigkeit
3. Das Verborgene Ich	3. Monotone Bewegungen ersetzen die Sprache	3. Die Welt der kognitiven Reizlosigkeit
4. Das Versunkene Ich	4. Vegetieren	

Tabelle 8: **Mäeutisches Konzept, Validation und Drei-Welten-Modell (Maciejewski, B. et al. 2001)**

Im Stadium 3. und 4 wird die Grundannahme des mäeutischen Konzeptes deutlich, das „Ich“ ist im Verborgenen, versunken, aber doch erhalten und Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit hochgradiger Demenz zeigen, dass es durchaus möglich ist, Kontakt zu diesen Menschen herzustellen, wenn auch begrenzt und vielleicht nur von kurzer Dauer.

„Wenn man aber glaubt, dass Menschen mit schwerer Demenz ein Leben führen im Sinne von „Vegetieren“ oder in einer Welt der „Kognitiven Reizlosigkeit“, kommt man natürlich zu anderen pflegerischen- und hauswirtschaftlichen Konzepten, weil diese Begriffe nahe legen, dass gar kein „Ich“ mehr existiert“ (Maciejewski, B. et al. 2001).

Beschriebene Effekte

In Praxisberichten wird beschrieben, dass bei Umsetzung des mäeutischen Konzeptes weniger Hektik und Stress den Pflegealltag bestimmen, Pflegende biografieorientiert arbeiten und Fähigkeiten zur Reflexion von Kontaktmomenten und Geschehnissen entwickelt werden. Eigenverantwortung der Pflegenden und Teamarbeit können entwickelt und gefördert werden.

8.8 Basale Stimulation

Dieses Konzept wurde in den 70er Jahren vom Psychologen und Sonderpädagogen Andreas Fröhlich zur Frühförderung von schwerst- und mehrfachbehinderten Kindern entwickelt und in den 80er Jahren von Christel Bienstein (gemeinsam mit Andreas Fröhlich) für die Pflege modifiziert und in die Pflege integriert. Es stellt keine Technik, sondern ein pflegepädagogisches Förderkonzept dar. Es dient der Förderung und Aktivierung schwerstbeeinträchtigter Menschen mit Bewegungs-, Kommunikations- und Wahrnehmungsstörungen. Insofern kommt basal stimulierende Pflege auch bei der Pflege von Menschen mit Demenz zur Anwendung (Bienstein, C. & Fröhlich, A. 2003).

Definition

- basal (lat.: die Basis bildend):

Das Konzept der Basalen Stimulation orientiert sich an den Entwicklungsstufen des Menschen, es bezieht sich auf seine ersten Wahrnehmungserfahrungen. Menschen benötigen ein klares Bewusstsein ihres Körpers und ihrer Umwelt. Reichen die eigenen Fähigkeiten (z.B. bei Menschen mit Demenz) nicht (mehr) aus, sich des eigenen Körpers und der Umwelt bewusst zu werden, benötigen sie einfache aber grundlegende Angebote mit denen ihre Wahrnehmung angeregt und gefördert werden kann.

- stimulieren - anregen - ermuntern:

Durch wahrnehmungsfördernde Informationen (positive Angebote) soll dem Patient sein eigener Körper wieder erfahrbar gemacht werden, diese Angebote sollen ihn ermuntern, mit anderen Personen und der Umwelt in Kontakt zu treten.

Basal stimulierende Pflege von Menschen mit Demenz fördert ein ganzheitliches Körperbewusstsein, vermittelt Nähe und Sicherheit und versucht den Menschen in seiner verwirrten Welt zu erreichen und zu begleiten (Bienstein, C. & Fröhlich, A. 2003).

Ziele

Durch die Basale Stimulation soll über eine gezielte Reizung der Sinne eine gestörte Wahrnehmung gefördert und aktiviert werden.

„Es geht nicht so sehr um Reiz und Reaktion, sondern vielmehr um eine umfassende zwischenmenschliche Einladung aktiv zu werden, sich zu öffnen, in eine Beziehung mit sich selbst, mit der Umwelt und mit anderen Menschen zu treten. Es ist eine Einladung und weniger eine "Bereizung". So haben wir in den neueren Publikationen das Wort "Reiz" weitestgehend vermieden, um keine falschen Assoziationen aufkommen zu lassen“ (Fröhlich, A. in <http://www.socialnet.de/rezensionen/908.php/>, Zugriff 15.01.2007).

Therapeutische Maßnahmen/Methoden

In der Betreuung von Menschen mit Demenz werden gezielt basal stimulierende Maßnahmen angewendet. Dazu zählen u.a.:

- Körperstimulation

z. B. die basal stimulierende Ganzkörperwäsche. Dabei wird der Körper des Patienten mit beiden Händen berührt/gewaschen und wenn möglich seine Körperformen nachmodelliert. Darüber soll der Patient Informationen zur Beschaffenheit seines Körpers und seiner Körpergrenzen erfahren, damit er ein ganzheitliches Körperschema (Körperbild) entwickeln kann.

Mit einer beruhigenden Ganzkörperwäsche (leicht erhöhte Wassertemperatur, in der Haarwuchsrichtung waschen) soll das Vibrationsempfinden, die Berührungssensibilität sowie der Gleichgewichtssinn und die Gefühlsprozesse angesprochen werden.

- Haptische Stimulation

Sie dient der Anregung des Tast- und Greifsinns. Bei der „geführten Wäsche“ z.B. werden dem Betroffenen Waschutensilien in die Hand gelegt, die vom Pflegenden geführt werden. Der Patient soll damit Informationen über seinen Körper und seine Umwelt erhalten, er soll damit „begreifen“ und so einen Sinnzusammenhang herstellen.

- Orale Stimulation

Sie dient u.a. zur Anregung des Geruchs- und Geschmackssinns und zum Lustgewinn (Schmecken als Lebensfreude) z.B. bei Schluckstörungen und/oder PEG-Anlage. Dazu wird Nahrung (Banane, Gummibärchen etc., nur was Patient gerne mag - Achtung Essbiografie erforderlich) in einen Mulltupfer in die Wangentasche des Patienten gelegt. Der Patient soll Geschmack, Zunge und Mundhöhle wahrnehmen und motiviert werden, seinen Mund zu gebrauchen. Der Mulltupfer verhindert die Aspirationsgefahr. In Verbindung mit einer oralen Stimulation kann eine Mundpflege zum oralen Genuss (oftmals der alleinige orale Genuss) für den Patienten werden, wenn die Mundpflege mit Mitteln durchgeführt wird, die der Patient gerne mag, z.B. Tee, Gurkenwasser, Jogurt etc. Dazu wird ein Mulltupfer oder Watteträger mit dem für den Patienten geeigneten Mittel getränkt. Den Patienten zunächst einmal kurz schmecken lassen, ihn locken und neugierig auf mehr machen. Auf diesem Wege wird er langsam an die Mundpflege herangeführt.

Visuelle, olfaktorische und akustische Stimulationen sind weitere Möglichkeiten, um mögliche sensorische und kommunikative Isolationen von Demenzkranken zu durchbrechen.

Zur Durchführung von basal stimulierender Pflege bedarf es einer angemessen erhobenen Pflegeanamnese und Biografie. Anamnese und Biografie dienen

dazu, den Menschen kennen zu lernen, ihn zu verstehen, um ihn individuell pflegen zu können.

Eine basal stimulierende Pflege ist ein wechselseitiger Lernprozess zwischen dem Pflegenden und dem Patienten. Beim Patienten werden vom Pflegenden Tätigkeiten initiiert und dann dessen Reaktionen abgewartet. Die Reaktion des Patienten beeinflusst das weitere Vorgehen des Pflegenden. Einfühlvermögen, Beobachtungsgabe, Flexibilität und ein hohes Handlungswissen bei den Pflegenden sind die Grundlage. Werden die pflegerischen Aktivitäten so kommunikativ gestaltet, bestimmt der Patient seine Pflege mit, er lernt zu vertrauen, denn er wird respektiert.

8.9 Psychobiographisches Modell nach Erwin Böhm

Erwin Böhm's psychobiographisches Modell basiert auf einem „Reaktivierungsmodell“, das an die teilweise verschütteten Fähigkeiten der Betroffenen anknüpfen will (Böhm, 2004). Danach sollen Pflegende nicht alles für den zu Pflegenden übernehmen, sondern „mit der Hand in der Hosentasche“ so Unterstützung anbieten, dass der Betroffene in die Lage versetzt wird, früher gewohnte und vertraute Tätigkeiten wieder selbst auszuführen. Grundvoraussetzung für die Pflege und Betreuung nach Böhm ist die Arbeit mit der Biographie des Betroffenen.

Nach Böhm fällt der Mensch mit Beginn des geistigen Abbaus zurück in die Prägungsphase seiner ersten 25-30 Lebensjahre. Mit zunehmendem Alter und wachsenden kognitiven Störungen wird die Prägung des Menschen für die Pflegenden relevant.

Für das Verständnis eines Menschen mit Demenz, ist es von Bedeutung, was er in seiner Kinder- und Jugendzeit erlebt hat, aus welchem Zuhause er kommt, was für ihn „normal“ war und ist („Normalitätsprinzip“).

Durch die Kenntnis dieses psychobiographischen Hintergrundes des Lebens lassen sich demnach viele Verhaltensmuster von Menschen mit Demenz erklären.

Die psychogeriatrische Pflege nach Böhm berücksichtigt alte Gewohnheiten und die persönliche Art, wie diese Menschen mit dem Leben fertig geworden sind (Coping oder Lebensbewältigungsstrategien).

Das Modell lässt sich in die Kategorie der biographie- und personenorientierten Modelle einordnen, zu denen auch die Ansätze von Naomi Feil und Tom Kitwood gehören. Diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie versuchen, auf der Grundlage eines verstehenden, hermeneutischen Vorgehens die psychosozialen Bedürfnisse der betroffenen Menschen zu erkennen, um auf dieser Basis eine bedürfnisorientierte Pflege zu erreichen. Hierbei spielt die Gefühls- und Bezie-

hungsarbeit zwischen Pflegepersonen und Menschen mit Demenz eine zentrale Rolle. Naomi Feil sieht die im Rahmen einer Demenzerkrankung auftretenden Verhaltensstörungen als Ausdruck eines psychischen Hospitalismus. Tom Kitwood wendet sich gegen die ausschließliche Sichtweise der Demenz als einem hirnorganischen Geschehen.

Feil und Böhm interpretieren psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen als Antwort auf Belastungen und/oder unerträgliche Lebenssituationen und damit als einen Versuch der Anpassung an die soziale Umwelt. Böhm verwendet hierfür den Begriff des „regressiven Bewältigungshandelns“. Durch Kenntnis der Lebensgeschichte des Menschen mit einer Demenz vor dem zeitgeschichtlichen Hintergrund soll eine „Rückeroberung der Vergangenheit“ erfolgen können. Theoretische Grundlagen des Modells von Böhm sind unter anderem die Individualpsychologie von Adler, die Tiefenpsychologie von Freud und die Verhaltenstherapie.

Die Umsetzung solcher Pflege stellt hohe Anforderungen an die Reflexionsfähigkeit und die soziale Kompetenz der beruflich Pflegenden, die durch ein professionelles Management unterstützt werden müssen. In Veröffentlichungen wird immer wieder die hohe Praxisrelevanz des Modells hervorgehoben.

Böhm unterscheidet in seinem Modell sieben Erreichbarkeitsstufen des Betroffenen, die jeweils spezifische Interventionen erfordern.

Für die Begleitung eines Menschen mit Demenz sei es wichtig, die Stufen klar zuzuordnen um den Menschen psychisch zu erreichen, ihn besser zu verstehen, Regression zu verhindern, angemessene Maßnahmen der Pflege und Betreuung anbieten zu können.

Ein „Einstufungsraster“ der *Interaktionsbogen* enthält folgende Kategorien, mit denen eine durchschnittliche Erreichbarkeit ermittelt wird:

Gefühlsstörungen, Psychomotorik, formale Denkstörungen, inhaltliche Denkstörungen, Gedächtnis, Orientierung und Kontaktfähigkeit.

Die sieben Erreichbarkeitsstufen nach Böhm sind:

Stufe 1: Sozialisation

Entspricht der Erwachsenen - Stufe. Zur Erreichbarkeit des alten Menschen benötigen die Pflegenden Wissen über die regionale Geschichtsprägung. In Stufe 1 ist noch ein kognitives Gespräch möglich. Das Milieu, die Familie und die nähere Umgebung sind hier von Bedeutung, auch Kindergarten, Schule, gleichaltrige Kollegen und Freunde, Berufskollege, Vorgesetzte; aber auch das Daheim – Gefühl wird hier geprägt.

Stufe 2: Mutterwitz

Entspricht der Stufe von Jugendlichen.

Unter Mutterwitz versteht er Formen des Volkstums, eine Sprache „wie einem der Schnabel gewachsen ist“. Humor als Therapeutikum, Reden im Dialekt sind hier die Stichworte. Menschen in Stufe 1 oder 2 sind verbal und mittels aktivierender Pflege erreichbar.

Stufe 3: seelische soziale Grundbedürfnisse

Die individuellen wichtigen Bedürfnisse im Leben, deren (Nicht-) Befriedigung (wie sich zuhause fühlen) sind wichtig. Die Impulse dürfen weder geistig, noch körperlich überfordern.

Stufe 4: Prägungen

Rituale, die Sicherheit geben, die individuellen und eingespielten Eigenarten, Macken stehen im Fokus der Pflege.

Stufe 5: höhere Antriebe

Triebe, Triebwünsche, Tagträume und Phantasien als Antriebskräfte des Menschen.

Stufe 6: Intuition

Entspricht der Stufe des Säuglings zum Kleinkind.

Hier spielen Märchen, Aberglaube, religiöse Bilder usw. eine große Rolle.

Intuition ist die Fähigkeit, sich in Menschen und Situationen hinein versetzen zu können.

Stufe 7: Urkommunikation

Entspricht der Stufe des Säuglings.

Die emotionale Erreichbarkeit wird auf die Stufe des Säuglings abgestimmt, auch die körperlichen Möglichkeiten.

Auch zur Erhebung der Biographie macht Böhm spezifische Vorgaben.

Nach Böhm führt eine systematische Anwendung des psychobiographischen Pflegemodells zu folgenden Verbesserungen für die Klienten und das Personal:

- eine Reaktivierung bei Klienten im Destruktionstrieb und Rückzug,
- eine Symptomlinderung ohne Einsatz von Psychopharmaka,
- eine Erhöhung des Selbstwertgefühls beim alten Menschen,
- eine Verbesserung der Pflegequalität durch „seelische Pflege“,
- eine deutliche Erhöhung der Arbeitszufriedenheit,
- eine Senkung der Krankenstände.

8.10 Realitätsorientierungstraining

Vorbemerkung

Die Wirkungsweise des Realitätsorientierungstraining (ROT) wurde in zahlreichen Studien untersucht. Die Studienergebnisse sind heterogen. ROT bewirkt im Bereich der verbalen Orientierung Verbesserungen, kann aber bei Menschen mit herausforderndem Verhalten und fortgeschrittenen Demenzen nicht angewandt werden. Deshalb wurde davon Abstand genommen, das Konzept in seiner ursprünglichen Form einzusetzen. Der heutige Schwerpunkt des weiterentwickelten Konzeptes liegt in der Orientierungshilfe, Wohnraumgestaltung und Tagesstrukturierung. ROT eignet sich nicht für Menschen mit fortgeschrittener Demenz.

ROT wurde 1958 in den USA von J. Folsom als Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Gedächtnisverlust, Verwirrtheit und Orientierungsschwierigkeiten entwickelt (ursprünglich für Kriegsoffer, erst später für Menschen mit Demenz) (Kitwood, T. 2000; Hautzinger, M. 2003).

Definition/Beschreibung

ROT ist ein verhaltenstherapeutisches Betreuungskonzept mit einem 24 Stunden Programm, an dem sich alle Betreuer und Angehörigen beteiligen. Wesentliche Elemente sind Kommunikation und Umgebungsgestaltung. Jede Interaktion soll genutzt werden um den demenziell erkrankten Menschen die „Realität“ nahe zu bringen. Realitätsbezug ist somit das Kernelement der Therapie.

Ziele

Mit dem Realitätsorientierungstraining soll eine Förderung der Gedächtnisleistungen und eine verbesserte zeitliche, örtliche und personelle Orientierung bei Menschen mit Demenz erreicht und ein drohender Bruch mit der Wirklichkeit und der Realität vermieden werden. Damit soll die Identität der dementen Menschen erhalten, ihre Selbstständigkeit, Wohlbefinden und ihre soziale Kompetenz gefördert und Sicherheit vermittelt werden.

Methode

Beim ROT werden Menschen mit Demenz in Einzel- und / oder Gruppenarbeit grundlegende Informationen zu Person, Raum, Zeit, Situation und Ort vermittelt. Dies geschieht im ständigen Wiederholen unter Anwendung von auditiven und visuellen Reizen. Dabei spielt die Raum- und Umgebungsgestaltung eine bedeutende Rolle. Die Zimmer und Wohnbereiche sollen einen wohnlichen Charakter mit vielen Orientierungshilfen wie z. B. Uhren, Kalender, Fotos und Namenschilder aufweisen. Eine Farbgebung, die eine Orientierung der Bewohner unterstützt, wird ebenfalls angestrebt. Menschen mit Demenz sollen befähigt werden, sich in ihrer Umgebung zurechtzufinden. Ein fester, regelmäßig wiederkehrender Tagesablauf soll dies unterstützen.

Das Pflege- und Betreuungspersonal vermittelt den Menschen mit Demenz im Alltag kontinuierlich orientierende Grundinformationen zum Datum, Uhrzeit, Wohnort, Namen und zum Geschehen. Dies geschieht auch bei Pflegeinterventionen und während der Interaktionen mit den Demenzkranken. Fragen werden wahrheitsgemäß beantwortet. In Einzel- und / oder Gruppenaktivitäten werden den Demenzkranken „einfache“ Fragen gestellt um ihnen Erfolgssituationen zu ermöglichen. Bei realitätsbezogenen Äußerungen oder Handlungen der Menschen mit Demenz werden diese vom Betreuungs- und Pflegepersonal sofort positiv verstärkt, aber bei desorientiertem Verhalten oder nicht realitätsbezogenen Äußerungen diese sofort korrigiert. Äußert z. B. ein Demenzkranker dass er jetzt zur Arbeit gehen möchte, wird er vom Pflegepersonal darüber aufgeklärt, dass er nicht mehr zur Arbeit gehen muss.

Dieser korrigierende Ansatz beim ROT hat mit dazu beigetragen, dass das ROT in der Praxis nicht mehr in seiner eigentlichen Form angewendet wird. Es hat sich vielfach gezeigt, dass stetiges Korrigieren und Beharren auf der Realität zu einer starken Belastung bei dementen Menschen führen kann. Verwirrtheit wird bei ROT zu sehr als reines Gedächtnis- oder Orientierungsproblem angesehen und wird damit der Gesamtproblematik nur unzureichend gerecht.

8.11 Reminiszenz-Therapie (REM)

Die Reminiszenz-Therapie wurde speziell für Menschen mit Demenz und Depressionen entwickelt. Sie ist eine spezielle Form der Erinnerungsarbeit, bei der Lebenserinnerungen therapeutisch eingesetzt werden. Butler entwickelte 1958 ein Therapieprogramm für Patienten mit psychischen Störungen, das er in den folgenden Jahren erweiterte. Sein Konzept „Life Review“ ist eine strukturierte Form des Erinnerns. Die Reminiszenz-Therapie stützt sich auf die Lebensstufen nach Erikson und Butlers Reminiszenzannahmen. Butler geht bei der Lebensrückschau von einem kreativen Prozess mit dem Ziel der „Ich-Integrität“ aus (Butler, 1963, 1974).

Definition

In der Literatur werden die Begriffe „reminescence“ und „life-review“ teilweise synonym verwendet, wobei die Lebensrückschau „life-Review“ als Therapie zu verstehen ist. Für den Begriff „reminescence“ finden sich Übersetzungen wie Erinnerungsarbeit bzw. -pflege, Biographiearbeit und Reminiszenztherapie.

Ziele

In der Lebensrückschau sollen intrapsychische Konflikte aus der Vergangenheit aufgearbeitet werden, soziale Rollen und das Selbstwertgefühl gestärkt werden. In der Aufarbeitung ungelöster Konflikte sieht Butler die Hauptaufgabe des Alters. Er beschreibt, dass Depressionen, Ängste oder Schuldgefühle durch die Lebensrückschau entstehen können und sieht deshalb die professionelle

Begleitung als sehr wichtig an. Die Rückschau würde auch so geschehen, nur ist es besser diese zu begleiten, als sie zu übergehen.

Das Ziel der Erinnerungsarbeit besteht nach Lohmann et al. (1995) darin: „Ereignisse aus dem Gedächtnis zu rekonstruieren, um dieses Material durch Erklären und Bewerten zu bearbeiten“. Durch Aktivierung des Langzeitgedächtnis wird eine Aufrechterhaltung der kognitiven Aktivitäten des Betroffenen angestrebt.

Methoden

Was die Durchführung von REM betrifft, finden sich unterschiedliche Angaben in der Literatur. Grundlage ist u.a. eine gesprächsorientierte biographische Informationssammlung. Durch die gezielte Verwendung von Biographiewissen soll eine kognitive und emotionale Stimulation bei den Betroffenen erreicht werden. Dazu werden in Einzel- bzw. Gruppengesprächen Themen aus der Vergangenheit systematisch aufgearbeitet. Vom Therapeuten werden Themenvorgaben gemacht, die sich an dem Lebenslauf des betroffenen Menschen orientieren. Sitzungen können auch mit offenen oder geschlossenen Gruppen stattfinden. Gegenstände aus der Vergangenheit, wie alte Zeitschriften, Filme, Schallplatten etc. können die Erinnerungsarbeit unterstützen.

Beschriebene Effekte

Einzelne Studien haben positive Effekte des REM wie erhöhtes Interesse, Stimmungsaufhellung, Anregung kognitiver Funktionen und Verbesserung des Sozialverhaltens beschrieben. Dass diese Effekte lange anhalten ist nicht belegt (Radzey et al 2001).

Das Konzept der Reminiszenz-Therapie wird in der Fachliteratur häufig beschrieben. In der Praxis der deutschen Altenpflege spielt dieses Konzept jedoch eine untergeordnete Rolle. Viele Biografien sind nicht unproblematisch, daher kann durch die Reminiszenz-Therapie eine Retraumatisierung ausgelöst werden. Zur Umsetzung dieses Konzeptes sind Mitarbeiter mit umfassender psychotherapeutischer Kompetenz erforderlich.

8.12 Erinnerungspflege

Der Begriff „Erinnerungspflege“ wurde in den Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe (Bartholomeyczik, S. et al. 2006) - in Abgrenzung zur REM und Erinnerungsarbeit, die psychotherapeutische Ziele verfolgen - gewählt.

In der Erinnerungspflege wird die Biographie eines Menschen als ein essentieller Bestandteil seiner eigenen Integrität gesehen und als solche in der Pflege beachtet. Die Kenntnis der individuellen Lebenssituation und Vergangenheit eines Menschen mit Demenz stellt für die Pflegenden und Betreuenden eine Grund-

lage für die Gestaltung einer individuellen Betreuungen dar, die auf der Basis einer wertschätzenden Grundhaltung erfolgen sollte. Diese kann sich durch die Auseinandersetzung mit der jeweiligen Person entwickeln.

Definition

„Die Erinnerungspflege ist zum Einen ein Aktivierungsangebot und zum Anderen Teil der alltäglichen, pflegerischen und betreuenden Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz“ (Radzey, Heeg, 2001).

Ziele

Erinnerungspflege soll zur Stärkung des Selbstwertgefühl beitragen und Situationen schaffen, die zum Austausch anregen. Menschen sollen die Möglichkeit erhalten positiv auf ihr Leben zurück zu blicken, Wissen und Erfahrungen weiterzugeben und ihre Identität aufrechterhalten. Die Förderung der sozialen Integration und Unterstützung der kommunikativen Fähigkeiten werden angestrebt.

Methoden

Erinnerungspflege kann in Einzel- und Gruppenaktivitäten stattfinden. Voraussetzung ist vor allem bei der Einzelaktivität eine Vertrauensbasis zwischen Pflegenden, Betreuenden und dem Demenzkranken. Biographische Daten sind persönliche Daten, mit denen sehr sensibel und diskret umgegangen werden muss. Insofern gilt es genau zu klären, welche Informationen z. B. dem Pflege-team zugänglich gemacht werden. In den Einzelaktivitäten wird Bezug zu bedeutsamen Lebensereignissen und -erfahrungen genommen, um u.a. Freude auszulösen und eine angenehme Stimmung zu fördern. Lebensthemen, die u.a. Trauer und Angst auslösen, werden bewusst vermieden.

In den Einzelaktivitäten können individuell bedeutsame Gegenstände (u.a. Objekte aus der Freizeit- oder beruflichen Tätigkeit), Fotos (Urlaubsfotos, Hochzeitsbilder etc.) verwendet werden. Dazu müssen diese Gegenstände im Pflegeheim vorhanden sein. Deshalb sollte bereits bei Einzug eines Bewohners Angehörige, Betreuer, Freunde dahingehend beraten werden, diese Gegenstände mit in die Pflegeeinrichtung zu bringen. Nicht selten werden Menschen direkt aus anderen Institutionen wie Krankenhäusern und Kurzzeitpflegestationen in die Pflegeheime verlegt. Wohnungen werden von Firmen aufgelöst, ohne dass die Bewohner Gelegenheit hatten, ihre Sachen zu ordnen. Der Praxisalltag zeigt, dass oft „nur“ an das Lieblingsmobiliar gedacht wird, aber die zuvor beschriebenen Objekte und Gegenstände vielfach „entsorgt“ werden. Fotoalben dokumentieren das Leben eines Menschen, viele Informationen können daraus abgeleitet werden, auch wenn die Bewohner selbst nicht mehr Auskunft geben können und Angehörige nicht vorhanden sind.

Wird Erinnerungspflege in einer Gruppenaktivität durchgeführt, werden nur Themen angesprochen, die zur Erfahrungsbasis aller Teilnehmer gehören. Themen wie Kindheit, Schule, Festtage, Kleidung sollen positive Stimmungen und

Emotionen bei den Teilnehmern hervorrufen und Kommunikation und Interaktion in der Gruppe fördern. Erinnerungen werden bewusst mittels markanter Gegenstände oder Materialien ausgelöst. Musik, Tänze, Gerüche können ebenfalls die Sinne anregen und als Auslöser dienen. In Untersuchungen konnte festgestellt werden, dass Menschen sich am besten an die Jahre zwischen ihrem 15. und dem 30. Lebensjahr zurückerinnern (Colemann, P. 1986).

Beschriebene Effekte

Untersuchungsergebnisse deuten darauf hin, dass langfristige Verbesserungen der kognitiven Leistungsfähigkeit bei Demenzerkrankten nicht erreicht werden. Jedoch gibt es Hinweise auf positive Effekte hinsichtlich des Wohlbefindens der Betroffenen durch Anhebung der Stimmung und sozialer Integration. Eine zeitlich begrenzte Förderung der Ressourcen, die u.a. eine verbesserte Kontaktaufnahme der Pflegenden und Betreuenden zu den Demenzerkrankten ermöglicht wurde ebenfalls beschrieben (Bartholomeyczik, S. et al. 2006).

Erinnerungsaktivitäten können aber auch negative Emotionen auslösen, die u. a. Depressionen zur Folge haben können. Für die Einzel- und die Gruppenaktivität gilt: werden in der Erinnerungspflege belastende und bedrückende Erinnerungen bei den Betroffenen ausgelöst, sollten Therapeuten und/oder Seelsorger unterstützend tätig werden.

8.13 Zehn-Minuten-Aktivierung

Diese Methode wurde Anfang der 90er Jahre entwickelt und wird seit dem in vielen Pflegeeinrichtungen praktiziert. Ausgehend von den Erkenntnissen der Altersforschung, dass Menschen mit Demenz sich nur begrenzte Zeit konzentrieren können, wurde die Zehn-Minuten-Aktivierung entwickelt. Die „zehn Minuten“ stellen ein Zeitmaß dar, das diesen Konzentrationsspielraum nutzt und auch bei begrenzten Zeitressourcen in der Pflege täglich zur Anwendung kommen kann.

Definition und Ziele

Die Zehn-Minuten-Aktivierung stellt eine Form der Erinnerungsarbeit dar, die über vertraute Gegenstände z. B. aus dem Alltagsleben der Menschen der betroffenen Altersgruppe Erinnerungen wachruft und so zur allgemeinen Aktivierung und Lebendigkeit beiträgt. Sie wurde speziell für Menschen mit Demenz entwickelt, um sie körperlich und geistig zu aktivieren und ihre Sinne anzuregen. Es geht um Aktivieren ohne zu Überfordern.

Methode

In Themenkästen (z.B. Kochen, Werken, Obstgarten, Wäsche) werden zeittypische Utensilien angelegt und in einem Aktivierungsschrank aufbewahrt. Das erforderliche Aktivierungsmaterial kann auf Flohmärkten oder bei Haushaltsauflösungen erworben werden, die Anschaffungskosten sind gering. Hierbei sollte

auch an die Männer gedacht werden, die in dieser Generation nicht immer im Haushalt, aber durchaus in der Werkstatt und im Garten Hand angelegt haben. Die Utensilien zu einem bestimmten Thema werden Gruppen oder Einzelpersonen vorgelegt. Diese sollen dann die Gegenständen sehen, fühlen, riechen und ggf. schmecken. Dieses Hantieren wird durch die Pflegekraft verbal mit einfachen klaren Fragen begleitet. Die Pflegekraft beobachtet die Reaktion der Demenzerkrankten und stimmt ihre weiteren Aktivitäten darauf ab. Mit diesem Vorgehen eröffnet sich eine Chance, dass sich bei den Menschen mit Demenz eine Tür zu Fähigkeiten öffnet, die verborgen waren und wiedererweckt werden. Es ist nicht immer eruierbar, was die Erinnerungen bei den Demenzen weckt, ob es die Farbe, der Geruch oder die Form des Gegenstandes ist. Entscheidend ist, dass sie dadurch wacher, aktiver und beweglicher werden können. In Praxisberichten wird beschrieben, dass die Aktivierungserfolge auch über die zehn Minuten hinaus anhalten und z.B. Menschen mit Demenz danach selbständiger essen können, da sie allgemein wacher sind. Grundlage dafür ist die regelmäßige Durchführung solcher Erinnerungsrunden. Die Kommunikation zwischen den Menschen mit Demenz und den Pflegenden kann sich dahingehend verbessern, dass Pflegende mehr Informationen und dadurch mehr Verständnis für die Demenzerkrankten erhalten können. Im Vordergrund steht nicht immer ein bestimmtes „Therapieziel“, vielmehr soll der Mensch mit Demenz Freude und Geborgenheit empfinden (Schmidt-Hackenberg, U. 2005, Tschirner, K. 1997).

8.14 Therapeutischer Tischbesuchsdienst (TTB)

Der therapeutische Tischbesuchsdienst ist eine weitere Methode zur Kurzaktivierung von Hochbetagten und Menschen mit Demenz, die von Bernd Kiefer (1990) entwickelt und in den letzten Jahren zusammen mit Bettina Rudert ständig weiterentwickelt wurde. Kiefer und Rudert gehen davon aus, dass nicht die Dauer einer therapeutischen Aktivierung für den Erfolg ausschlaggebend ist, sondern die Intensität der Durchführung, die Individualität der Zuwendung mittels ausgewählter Materialien und gezielter wertschätzender Ansprache, die systematische Vorgehensweise und die Stetigkeit der Ausführung. Ihre Methode stützt sich auf die Grundlagen der multiplen Stimulierung nach Hilarion Petzold und Elementen aus der Gesprächstherapie nach Rogers. Petzold geht davon aus, dass ungenutzte Fähigkeiten beim Menschen verloren gehen, die durch Stimulierung wieder aktiviert werden können. Diese Stimulierung kann durch ein Intermediärobjekt erfolgen und da der Mensch über ein holografisches Leibgedächtnis verfügt, kann die Stimulierung eine Aktivierung der Kompetenzen fördern. Ist z. B. eine Direktstimulierung in Form eines Waldspaziergangs nicht möglich, kann ein Tannenzapfen (Intermediärobjekt) die Erinnerung an einen Waldspaziergang bewirken. Nimmt der Demenzerkrankte einen solchen Tannenzapfen in die Hand, „entsteht aus seinem Leibgedächtnis heraus vor seinem inneren Auge ein Wald“ (Kiefer, B. & Rudert, B. 2007). Aus

dieser Erinnerung heraus sind weitere Gespräche und Aktivitäten möglich. Mit dieser Methode können auch Bewohner erreicht werden, die z. B. nicht an Gruppenangeboten teilnehmen wollen und können.

Definition

„Unter dem therapeutischen Tischbesuch (TTB) versteht man das systematische und zeitlich kurz begrenzte Aufsuchen der pflegebedürftigen Menschen unter Einbeziehung kommunikationsanregender Medien.“ (Kiefer, B. & Rudert, B. 2007).

Ziele

Ein systematischer Einsatz unterschiedlicher Materialien dient als Anknüpfungspunkt für Gespräche und zur Stimulation des Gedächtnisses und der Sinne. Der TTB soll die Kommunikationsfähigkeit und die Lebensaktivität bei Menschen mit Demenz fördern und damit zu einem Abbau von Regression und Unruhe beitragen.

Methode

Verschiedene Materialien/Medien (z. B. Gegenstände aus der Natur, Körperpflege, Hobby, Musik, Düfte) können bei TTB zum Einsatz kommen. Wichtig ist dabei, dass es sich dabei um Materialien aus der Lebenswelt der Menschen mit Demenz handelt.

Zunächst erfolgt eine persönliche Begrüßung aller im Raum anwesenden Personen. Dabei sollte man systematisch von Tisch zu Tisch gehen und jedem Einzelnen die Hand geben. Ziel ist es, den jeweiligen Menschen auch wirklich zu erreichen. Bei Menschen mit Demenz reicht oftmals ein „einfacher Händedruck“ nicht aus. Deshalb wird versucht mit dem jeweiligen Menschen behutsam Kontakt durch Begrüßung, Augenkontakt und Berührung (Halten der Hände) aufzubauen. Dazu sollte man sich auf dessen Ebene begeben, z.B. in die Hocke gehen, sich auf einen gegenüberliegenden Stuhl setzen. Zur Belebung eines Gesprächs können dann Medien zum Einsatz kommen, die als Intermediärobjekte dienen. Die therapeutische Zuwendung beschränkt sich auf ein bis zwei Minuten, aber diese kurze Zeit widmet sich der Durchführende in einer wertschätzenden Grundhaltung ganz dem Menschen mit Demenz.

Beschriebene Effekte

Untersuchungsergebnisse liegen nicht vor. Kiefer und Rudert (2007) beschreiben u.a. eine Verbesserung des Bewohnerklimas, der Lebensqualität der Bewohner und eine Erweiterung der Biographiearbeit.

8.15 Tiere im Heim

Die Idee, Tiere als Begleiter des Menschen für gesundheitsfördernde Zwecke einzusetzen, ist nicht neu. Schon Florence Nightingale beschrieb kleine Tiere als

„exzellente Gefährten“ und „manchmal die einzige Freude“. Therapeutische Erfahrungen wurden in Deutschland bereits Ende des 19. Jahrhunderts in Bielefeld Bethel, einem Behandlungszentrum für Menschen mit neurologischen und psychologischen Erkrankungen gemacht. 1961 begann der Therapeut Boris Levinson mit einer systematischen Untersuchung zum therapeutischen Einsatz von Tieren, indem er Tiere als „Co-Therapeuten“ einsetzte. In den USA wurden 1977 die Delta Society mit dem Ziel gegründet, die Qualität der Beziehung zwischen Tierhaltern, Tieren und Pflegepersonen zu erforschen. Daraus entwickelten sich Standards und Richtlinien und der Begriff „pet“ für Haustier wurde mit dem Begriff „animal“ ersetzt um zu Verdeutlichen, dass nicht nur Haustiere therapeutisch eingesetzt werden können. (Hegedusch, E. & Hegedusch, L. 2007).

Tiere nehmen oftmals eine wichtige Rolle in der Biographie eines Menschen ein. Zunehmend nutzen Pflegeheime die Erkenntnisse, dass Tiere das Wohlbefinden ihrer Bewohner fördern können. Viele Menschen, die immer mit Haustieren gelebt haben, müssen sich beim Einzug in ein Pflegeheim z.B. von ihren geliebten Hunden oder Katzen nicht mehr trennen. Ihnen kann damit der Umzug in ein Pflegeheim erleichtert werden. Die vorliegenden Erkenntnisse führten dazu, dass die tiergestützte Therapie zunehmend in der Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt wird.

Definition

Der Begriff „Tiergestützte Therapie“ bringt zum Ausdruck, dass Tiere Therapeuten als zusätzliche Helfer unterstützen, aber nicht ersetzen. „Im Grunde geht es bei der tiergestützten Therapie darum, ein unbedrohliches, liebevolles Heimtier als Katalysator für die Entwicklung adaptiver und zufriedenstellender sozialer Interaktion einzuführen“ (Corson, 1975).

Die Delta Society unterscheidet zwei Begriffe, je nachdem in welchen Rollen die Tiere eingesetzt werden, folgende Begriffe:

- Animal-assisted Activities (AAA) – gemeinsame Aktivitäten mit dem Tier, Anwesenheit des Tieres vordergründig, spontanes Zusammentreffen ohne vorher definierte Ziele, z.B. Tierbesuchsprogramme
- Animals-assisted Therapy (AAT) – Tiere sind integraler Bestandteil des therapeutischen Konzeptes eines ausgebildeten und im Sinne der AAT weiterqualifizierten Therapeuten, vor dem Einsatz werden konkrete Ziele definiert

Ziele

Förderung des Wohlbefindens und der Lebensqualität,

Methoden

Wie zuvor schon erläutert, werden in der tiergestützten Therapie Tiere abhängig vom therapeutischen Konzept eingesetzt. Sie können ein integraler Bestandteil eines Behandlungsprozesses mit vorher definierten Zielen sein, indem z. B. Tiere den Therapeuten unterstützen, gewünschte Verhaltensweisen bei den Patienten zu fördern und ungewünschte abzutrainieren.

Andere Formen, wie z. B. der Tierbesuchsdienste in Heimen verfolgen keine vorher definierten Ziele. Dabei steht das Zusammentreffen des Tieres mit dem Heimbewohner im Vordergrund. Hier bieten sich auch ehrenamtliche Aktivitäten an.

Es kommen nicht nur Kleintiere wie Hunde und Katzen sondern z.B. auch Pferde, Schafe, Ziegen zum Einsatz. Einzelne Pflegeheime haben sich z. B. im ländlichen Bereich darauf eingestellt, älter werdende Menschen mit ihren Tieren aufzunehmen. So lange wie möglich sollen sich die Heimbewohner um ihre Tiere eigenverantwortlich kümmern. Wenn es ihnen nicht mehr möglich ist, wird dies vom Heim übernommen.

Andere Pflegeheime haben einen Hund oder eine Katze als „Heimtier“ oder einen kleinen Streichelzoo z. B. mit Kaninchen und Meerschweinchen. In vielen Pflegeeinrichtungen nehmen einzelne Mitarbeiter, z. B. die Pflegedienst- oder Heimleitung ihre Hunde mit zur Arbeit. Die Tiere werden so zum integralen Bestandteil des Heimalltags.

Beschriebene Effekte

Der Beziehung Mensch und Tier werden positive physiologische, psychologische und soziale Impulse und Wirkungen zugeschrieben, die zu einer Befriedigung menschlicher Bedürfnisse führen können. Tierbesitzer weisen ein niedriges Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen auf (Alonso, Y. 1999; Bauer, B. 2001; Ford, G. & Olbrich, E. 2003). Durch den Körperkontakt (z.B. Streicheln) und die gemeinsame Bewegung (z.B. Spaziergang) können Menschen motorisch aktiviert und Muskelentspannungen gefördert werden. Dies kann zur Aktivierung der Verdauung und zu einer besseren Ernährung führen. Im Kontakt mit einem Tier werden die menschlichen Sinne wie Tasten, Hören, Sehen und Riechen angeregt, Erinnerungen können wachgerufen und Freude ausgelöst werden. Es werden schmerzverringende, beruhigende und euphorisierende Effekte beschrieben. Durch den Tierkontakt sollen emotionale Nähe und lebendige Wärme vermittelt und das Bedürfnis nach Geborgenheit und Gemeinsamkeit erfüllt und damit depressive Verstimmungen vermieden werden. Tiere sollen den Kontakt von Menschen untereinander fördern, Menschen kommen schneller in Kontakt und begegnen sich freundlicher, offener und unverkrampfter (Hege-
dusch & Hegedusch, 2007).

Positive Impulse werden auch auf den Arbeitsalltags einer Pflegeeinrichtung, z. B. ein verbesserter Stressabbau bei den Mitarbeitern, beschrieben. Tiere können wesentlich dazu beitragen, dass sich die Arbeitsatmosphäre verbessert. Mit

Tieren wird viel gespielt und gelacht, Freude und Abwechslung durchbrechen einen gleichförmigen Arbeitsrhythmus.

Tiergestützte Therapien können bei Menschen mit einer hochgradigen Demenzerkrankung eingesetzt werden. Menschen mit Demenz können im fortgeschrittenen Krankheitsstadium sensorisch, sensomotorisch und emotional ihre Umwelt wahrnehmen und auf Außenreize reagieren. Tiere können durch ihre nonverbale Verständigungsmöglichkeiten Kontaktprozesse initiieren, die nicht von kognitiven und verbalkommunikativen Fähigkeiten abhängig sind. Damit können sie auch mit Menschen mit einer hochgradigen Demenzerkrankung in Beziehung treten. Die wortlos auf einer tiefen emotionalen Ebene verlaufende Verständigung zwischen Demenzkranken und Tier kann dazu führen, dass sich die Demenzkranken gegenüber ihrer Umwelt öffnen. „Tiere fungieren in diesem Zusammenhang als eine Art Schlüssel, der in der Lage ist, die Tür zur verborgenen Welt der demenziell erkrankten Menschen zu öffnen.“ (Hegedusch, E. & Hegedusch, L. 2007)

Bevor aber an einen Einsatz von Tieren im Heim gedacht wird, sind zunächst wichtige organisatorische Rahmenbedingungen zu klären und zu planen, um einen größtmöglichen Nutzen für die Bewohner, das Personal und die Tiere zu erlangen. Es setzt eine Bereitschaft aller Beteiligten voraus, nicht jeder Bewohner oder Mitarbeiter ist Tierfreund. Hygienische Aspekte müssen beachtet (z. B. Allergien), Unfallgefahren vermieden und Verantwortungen vorher definiert werden. Tiere müssen artgerecht gehalten werden, nur so können sie den Menschen unterstützen und den Alltag bereichern.

8.16 Snoezelen

Snoezelen, in den 70iger Jahren von zwei Zivildienstleistenden in den Niederlanden als Freizeitaktivität in der Behindertenpflege entwickelt, wird seit Ende der 90er Jahre auch im Altenpflegebereich und der Betreuung von Menschen mit Demenz (leichte bis schwere Demenzformen) eingesetzt, da die jeweilige Zielgruppe durch reduzierte kognitive Fähigkeiten und verbale Einschränkungen gekennzeichnet ist. Beim Snoezelen soll eine sinnliche Aktivierung mit einer Entspannung verbunden werden. Snoezelen ist auch wie die Basale Stimulation eine Methode zur sensorische Stimulation, wobei beim Snoezelen eher die Umgebungsgestaltung durch die Pflege ergänzt wird und die Wirkung sich auch ohne Anwesenheit von Pflegenden entfalten kann. Bei der basalen Stimulation finden körperorientierte Handlungen mit und am Patienten durch die Pflegenden statt. In der Literatur besteht kein Einvernehmen darüber, ob es sich bei Snoezelen um eine Art der Milieugestaltung (Verschönerung der Lebenswelt), ein Therapieverfahren oder ein Freizeitangebot handelt. (Reuschenbach, B. & Mallau, A. 2005).

Definition

Snoezelen (ausgesprochen „snuselen“ aus dem niederländischen Begriffen „snuffelen“ = schnüffeln und „doezelen“ = dösen abgeleitet (Reuschenbach, B. & Mallau, A. 2005; Popp, I. 1999)

Hulsegge und Verheul (Hulsegge, J. & Verheul, A. 2001) verstehen unter Snoezelen das bewusst ausgewählte Anbieten von primären Reizen in einer angenehmen Atmosphäre und das Schaffen authentischer Erlebnismöglichkeiten. Sie sehen im Snoezelen ein „Freizeitangebot für Schwerstbehinderte, bei dem sie ruhig werden und zu sich selbst finden können.“

Ziele

Beim Snoezelen sollen durch sensorische Stimulierung in einer angenehmen Umgebung Entspannung und Sicherheit vermittelt und damit Vertrauen und Interaktion zwischen dem Dementen und der Pflegeperson gefördert werden. Dies soll zum Abbau aggressiver und autoaggressiver Verhaltensweisen führen und sensorischer Deprivation entgegenwirken und vor allem das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz fördern.

Methode

Die praktische Umsetzung der Methode erfolgt mittels „Snoezelenraum“ oder mit einem „Snoezelwagen“. Snoezelräume werden separiert oder im Wohnbereich integriert eingerichtet, in denen Menschen mit Demenz sensorische Anregungen über Wasserbetten, Lichtspiele, angenehme Klänge und Düfte angeboten werden. Der „Snoezelwagen“ wird mit ähnlichen Utensilien (z.B. Lavalampe, Spiegelkugel, Kuscheltiere, Vibrationsbogen, Duftsack, Aromaverbreiter) ausgestattet und temporär beim Bewohner in seinem Zimmer aufgestellt. Somit werden beim Snoezelen visuelle, akustische, olfaktorische und gustatorische Reize zum Einsatz gebracht. Die Durchführung kann in Gruppen – oder Einzelverfahren erfolgen. Dauer und Frequenz der Interventionen werden in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Eine Snoezelenplanung wird empfohlen.

Zunehmend werden Konzepte, die das Snoezelen in den Alltag von Wohngruppen integrieren und anhand von individuellen Pflegeplänen durchführen, in der Praxis angewendet, da Untersuchungsergebnisse darauf hinweisen, dass separate Snoezelenräume eher für Menschen in einem sehr frühen Demenzstadium geeignet sind.

Beschriebene Effekte des Snoezelens

Eine Metaanalyse von Chung und Lai (Chung, J.C. & Lai, C.K. 2002 als download: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003152.html>; zuletzt 06.04.2009)) erbrachte hinsichtlich der Wirksamkeit von Snoezelen keinen Wirksamkeitsnachweis bei Demenz („Overall, there is no evidence showing the efficacy of snoezelen for dementia“).

Zur Wirkungsweise des Snoezelen liegen einzelne Studien (u.a. Van Weert, J. 2004; Höwler, E. 2000) vor. Von einer ausreichenden evidenzbasierten Studienlage bei Demenz kann aber nicht ausgegangen werden. Als Entspannungsangebot bzw. millieugestaltendes Element findet das Snoezelen in vielen Einrichtungen großen Anklang. Um Snoezelen wirksam einsetzen zu können bedarf es neben den beschriebenen räumlichen Voraussetzungen auch organisatorischer Anpassungen, weg von der Aufgabenorientierung hin zur Personenzentrierung. Darüber hinaus sind grundlegende Kenntnisse über Methode, Nebenwirkungen, alternative Interventionsformen und vor allem Kontraindikationen erforderlich. Ob die beschriebene entspannende Wirkung des Snoezelens bei Menschen mit Demenz erreicht wird, oder ob es aufgrund der vielfältigen Reizquellen zu einer Reizüberflutung und Überforderung (Hall, G.R. & Buckwalter, K.C. 1987) führt, muss individuell überprüft werden. Komplexe Anforderungen aus der Umwelt können bei Menschen mit Demenz zu einer Überforderung führen, die sich individuell auswirken kann. Zu beachten ist auch, dass eingesetzte Materialien wie z. B. Diskokugeln und Lavalampen der derzeit in den Altenpflegeeinrichtungen gepflegten Generation nicht bekannt und vertraut sind, und diese Reizüberflutung bei Menschen mit Demenz überfordernd und angstauslösend wirkt. Dem widerspricht nicht die Aussage, dass Konzepte, die das Snoezelen in den Alltag der Bewohner integrieren und anhand eines individuellen Planes durchführen, sich auch positiv z. B. auf herausfordernde Verhaltensweisen demenziell erkrankter Menschen auswirken können. Separate Snoezelenräume dagegen sind eher zur Freizeitgestaltung für nicht-demente Menschen oder in einem frühen Stadium der Demenz geeignet (Perrar, K.M. et al 2007).

8.17 Aromapflege

Pflege und Medizin verwenden traditionell ätherische Essenzen sowohl in der Therapie wie auch in der Gesundheitsförderung. Aromapflege kann auch ein wohltuender Weg sein, unnötige Medikamentengaben zu vermeiden z. B. bei Schlafproblemen, Unruhezuständen (Meister, K. & Seeling, S. 2009). Die Arbeit mit ätherischen Ölen ist nicht voraussetzungsfrei, sondern bestimmte Grundregeln bei der Anwendung müssen hinsichtlich Dosierung, Verträglichkeit (allergische Reaktionen) und Wirkungsweise beachtet werden (ausführlich Perrar, K.M. et al 2007).

8.18 Musik in der Pflege

Die Musiktherapie wird seit vielen Jahren in der Altenpflege und zunehmend in der Pflege Demenzkranker eingesetzt. Der Musik werden neben ordnenden und strukturierenden Eigenschaften auch erinnerungsauslösende und bewegungsfördernde Effekte zugeschrieben.

Definition

Nach der Deutschen Gesellschaft für Musiktherapie ist „Musiktherapie (...) der gezielte Einsatz von Musik im Rahmen der therapeutischen Beziehung zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung seelischer, körperlicher und geistiger Gesundheit“ (<http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18> (Zugriff 17.12.2007)).

Der Berufsverband für Musiktherapeutinnen und Musiktherapeuten e.V. (BVM) fasst den Musikbegriff im für die Anwendung in der Musiktherapie weit, denn es werden nicht nur Klänge, Rhythmen, Harmonien und Melodien eingesetzt, sondern auch Geräusche. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass Musik eine Artikulation menschlichen Erlebens ist und somit subjektive Bedeutung hat, die sich wiederum in einem Spannungsverhältnis zu dem gesellschaftlich-kulturellen Kontext befindet (<http://www.musiktherapie-bvm.de/Definition.21.0.html>, letzter Zugriff 17.12.2007).

Ziele

In der Musiktherapie sollen Veränderungsprozesse begleitet und seelisches wie körperliches Wohlbefinden gefördert werden. Musik als sprachunabhängige Ebene der Kommunikation soll u.a. bei Sprachverlust z. B. infolge einer Demenzerkrankung zur Interaktion beitragen. Sie hat zum Ziel die Identität des Menschen so lange wie möglich zu erhalten, den Demenzkranken emotional zu stabilisieren sowie Wachheit und Kontaktfähigkeit zu fördern. Musiktherapie ist auch bei fortgeschrittener Demenz im Endstadium einsetzbar.

Methoden

Die Musiktherapie kann als Gruppen- oder Einzeltherapie durchgeführt werden. Dabei sollten Ort, Dauer, Inhalt und Struktur immer den Bedürfnissen und Ideen der Demenzerkrankten angepasst werden. Kenntnisse der Biographie sind von Vorteil, da bei der Planung Vorlieben und Abneigungen berücksichtigt werden sollten, um damit an vertraute Formen des Musikmachens und -hörens anknüpfen zu können. Dabei ist auch eine angenehme Umgebung und Atmosphäre wichtig. In den Pflegeeinrichtungen kommen folgende Formen der Musiktherapie zur Anwendung:

- Musik hören, z.B. altes Grammophon
- Musizieren, z. B. mit Instrumenten oder Gegenständen, die Klänge erzeugen
- Singen
- Einzelmusiktherapie wird auch in der Sterbebegleitung eingesetzt

In stationären Pflegeeinrichtungen wird Musik überwiegend als Kommunikations- bzw. Beschäftigungsangebot, weniger als Musiktherapie in Form einer wissenschaftlich fundierten Psychotherapie, eingesetzt. Entscheidend sind der

gezielte Einsatz der Musik und eine Überreizung z. B. durch Dauerbeschallung zu vermeiden. Wenn ständig Musik vom Radio, CD oder von anderen Musikträgern abgespielt wird und der Demenzkranke sich der Beschallung nicht entziehen kann, können dadurch Reaktionen wie Angst, Aggressivität etc. gefördert werden.

8.19 Humor in der Pflege

Voltaire (1694-1778) schrieb: „Die Medizin soll den Menschen in heiterer Stimmung halten, während die Natur ihn heilt.“ (Maciejewski, B. et al. 2001) Die Gelotologie (gr. Gelos: Gelächter), als Wissenschaftszweig, untersucht seit einigen Jahren die körperlichen und seelischen Wirkungen des Lachens.

Iren Bischofberger (Bischofsberger, I. 2002) hat sich konzeptionell mit dem Einsatz des Humors in der Pflege beschäftigt. Gezielt eingesetzter Humor soll helfen, das Leben für Menschen, die psychisch krank sind, zu verbessern. Grundlage sind verschiedene Humorthorien, die beschreiben wie der Mensch mit Humor umgeht. In der Überlegenheitstheorie sind Missgeschicke oder Fehler, während in der Inkongruenztheorie die Überraschungen und die Situationskomik Auslöser des Humors sind. In der Altenpflege steht der Entspannungseffekt auf der Basis der Erleichterungstheorie im Vordergrund. In vielen Pflegeeinrichtungen wird Humor gezielt zur Betreuung von Menschen mit Demenz eingesetzt.

Definition

„**Humor** (von lat. *(h)umor*, "Flüssigkeit") ist eine heiter-gelassene Gemütsverfassung. Grundlage des Humors ist die menschliche Fähigkeit, zu lachen und komische, unerwartete oder auch paradoxe Sachlagen zu erkennen und zu verarbeiten“ (<http://www.humor.know-library.net.>, letzter Zugriff 09.09.2007)

Ziele

Bei dem Humor als Pflegekonzept ist es nicht nur das Ziel, Menschen zum Lachen zu bringen, vielmehr sollen entspannte und heitere Gelassenheit als Lebensstimmung erreicht werden, die die Lebenssituation erleichtern und Genesungsprozesse beschleunigen sollen.

Methoden

In der Pflege von psychisch kranken Menschen finden sich folgende vier Einsatzgebiete des Humors:

- Humorthherapie
- Einsatz von Humorgruppen
- Gänzlich alltäglicher Humor
- Clown als Humorträger im Heim

In einigen Altenpflegeeinrichtungen gehören Besuche der „Klinikclowns“ zum festen Bestandteil der Beschäftigung. In Clownkostümen bringen sie regelmäßig Bewohner zum Lachen, dabei gehen sie nicht planlos vor, sondern informieren sich vor ihrem Einsatz gezielt über die Bewohner. Zusammen mit den Pflegenden erarbeiten sie ihren Einsatz. Dabei besuchen sie nicht nur Bewohnergruppen, sondern besuchen im Sinne einer „Einzelbeschäftigung“ immobile Bewohner in ihren Pflegezimmern. Eine heitere und fröhliche Stimmung erreicht dabei Bewohner, Pflege- und Betreuungspersonal, die gemeinsam lachen können, was zu einer entspannten Arbeitsatmosphäre führen kann.

Beschriebene Effekte

In der Literatur werden positive physiologische und psychologische Wirkungen des Lachens beschrieben:

Humor und Lachen sollen u.a.

- die körperliche und psychischen Genesungsprozesse fördern,
- Abwehrkräfte steigern und das Immunsystem anregen,
- Schmerzen lindern,
- Selbstvertrauen erhöhen, Hilflosigkeit verringern,
-



9

Versorgungskonzepte für den stationären Bereich

Vollstationäre Pflegeeinrichtungen leisten einen entscheidenden Beitrag in der Versorgung und Pflege von Menschen mit Demenz. Dabei hat sich in den vergangenen 20 Jahren ein starker Wandel in der Heimversorgung vollzogen und die Zunahme der an Demenz erkrankten Heimbewohner stellt eine große Herausforderung für die stationären Pflegeeinrichtungen dar. In Studien (z. B. Pinquart & Sorensen 2003) konnte nachgewiesen werden, dass die häusliche Pflege Demenzkranker aufwändiger, zeitintensiver und belastender ist, als die Pflege von nicht demenziell erkrankten Menschen. Diese hohe Belastung betrifft auch professionell Pflegenden in Pflegeeinrichtungen, die ein deutlich höheres Risiko für psychische Belastungen und Burnout-Symptome aufweisen. Eine hohe Personalfuktuation, die im Zusammenhang mit Berufsstress und einer geringen Arbeitszufriedenheit steht, wurde deutlich. Neue Betreuungsansätze wurden entwickelt und in der Praxis umgesetzt, die zur Verbesserung der Versorgungssituation aller Betroffenen (Menschen mit Demenz, Pflege- und Betreuungspersonal, Angehörige etc.) führen sollen.

Heimeinzug

Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen ihre Konzepte und Angebote an den Bedürfnissen ihrer Bewohner ausrichten. Der Anteil der Heimbewohner, die an einer Demenz erkrankt sind, liegt - je nach Untersuchung - zwischen 51 und 72 Prozent. „Demenzkrankungen scheinen die mit Abstand häufigste Ursache für den Einzug in ein Heim zu sein. Fast zwei Drittel der Betroffenen müssen schließlich im Verlauf ihrer Erkrankung stationäre Versorgung in Anspruch nehmen“ (Bickel, H. 2003). 56,3 Prozent der 80 bis 84-jährigen, 73,2 Prozent der 85 bis 89-jährigen und 62,1 Prozent der über 90-jährigen an einer Demenz leidenden Menschen verbringen ihr Lebensende im Heim und versterben dort¹.

Menschen mit Demenz können sich aufgrund ihrer kognitiven Störungen nicht ausreichend auf ihre Umwelt einstellen, um sie sinnvoll zu interpretieren; sie können sich krankheitsbedingt nicht der „fremden Welt Pflegeheim“ (vgl. Koch-Straube, U. 2003) akkommodieren. Daher muss sich die Umwelt an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz orientieren. Pflegeheime müssen ihr Handeln daher dem jeweiligen Krankheitsverlauf anpassen, sowohl in beschützender als auch in stimulierender Weise.

In ein Pflegeheim umziehen zu müssen ist für fast alle Menschen mit einer Vielzahl von Verlusterfahrungen verbunden, die sich gerade auf die Menschen mit Demenz besonders intensiv auswirken (vgl. Referenzmodell NRW).

Demenziell veränderte Menschen können die beschriebenen kritischen Lebensereignisse besser bewältigen, wenn die Prozesse des Heimeinzugs, in allen ihren Facetten und Ausprägungen, intensiv und individuell begleitet werden. Gerade in den ersten Wochen sind deshalb intensive Bemühungen hinsichtlich der Förderung der Integration besonders wichtig.

¹ Bickel, H. a. a. O. und Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050, Berlin 2003

Im Projekt Demenz-Label des Kreis Aachen (Demenz Label Kreis Aachen 2008) wird sich dieses Umstandes angenommen und u. a. ein Ansatz zu einer Heimaufnahmekultur erarbeitet, die sich gliedert in

- Heimvorfelddarbeit,
- (eigentlicher) Einzug in die Einrichtung und
- Eingewöhnungsphase (die folgenden ersten Wochen nach Einzug).

Darin werden die Bewohner/innen und ihre Angehörigen bezüglich Unterkunft, Pflege und anderen Versorgungsleistungen informiert, beraten und so begleitet, dass sie im Rahmen einer planvollen Vorbereitung integriert werden. Mittels Arbeitshilfen und Assessments wird der individuelle Unterstützungsbedarf (idealerweise – wenn auch vom Betroffenen gewünscht - unter Einbeziehung der Angehörigen) ermittelt. So werden zum Beispiel Absprachen zum Tagesablauf getroffen, feste Ansprechpartner/innen, Integrationsgespräche, regelmäßige Kontaktaufnahme, eine Pflegefachkraft als Hauptansprechpartner/in vereinbart.

Die Heimaufnahme soll geplant und strukturiert (nach Konzept) erfolgen, dabei aber die individuelle Situation des Betroffenen (und seiner Angehörigen) und dessen Wünsche berücksichtigen. Ziele sind dabei die größtmögliche Reduzierung psychischer Belastungen, der Abbau von Ängsten und der Aufbau von „Vertrauen“ zwischen allen Beteiligten.

„Großeinrichtungen, in denen Menschen leben, versorgt und betreut werden, nehmen tendenziell den Charakter einer ‚totalen Institution‘ an, in der Regeln entwickelt werden, denen sich Bewohner wie Personal mit einer gewissen Verbindlichkeit unterwerfen müssen“ (Goffman, E. 1972). Dadurch wird sichergestellt, dass der Bewohner mit seinem Einzug in die Institution zunehmend Verantwortung, Selbstständigkeit und Freizügigkeit an die Institution abgibt. Das aus arbeitsorganisatorischer Perspektive erforderliche Regelwerk einer Organisation steht dabei häufig den Interessen und Belangen der Bewohner/innen entgegen. Damit einhergehend besteht die Gefahr einer Hierarchisierung, deren unterste Stufe die Bewohner und Bewohnerinnen einnehmen, die damit allen anderen - Personal und Führungskräften - untergeordnet sind (Closs, Ch. & Kempe, P. 1982).

Um nach dem Heimeinzug die institutionsbedingten Begleiterscheinungen und negativen Auswirkungen des Wohnens im Altenheim auf Bewohner zu vermeiden wird die Schaffung einer Atmosphäre angestrebt, die sich auf einen personenzentrierten, milieuthérapeutischen Ansatz stützt, eine grundlegende Voraussetzung für das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz.

Einschränkungen der psychischen und körperlichen Gesundheit, verbunden mit weiteren Störungen in der motorischen Beweglichkeit, oder der Verlust des Partners sind kritische Lebenssituationen. Sie treffen alte Menschen oft so zentral, dass bisherige vertraute Orientierungen ins Wanken geraten. Der bisher

gelebte Tagesablauf kann nicht mehr durchgehalten werden. Rat- und Hilflosigkeit werden zu vorherrschenden Gefühlen. Der damit einhergehende einschneidende Verlust ist die Auflösung des Haushalts. Auch wenn inzwischen in viele Altenheime eigene Möbel mitgebracht werden können, so ist der Raum doch beschränkt. Es muss ausgewählt und weiter Abschied genommen werden von Dingen, an denen Erinnerungen hängen, die psychologisch gesehen Ankerreize darstellen, die Stationen der eigenen Lebensgeschichte markieren und somit lebendig im Gedächtnis bleiben. Die Aufgabe des Haushalts ist also nicht nur ein sich Einschränken, sondern auch ein Abschied nehmen von der eigenen Geschichte. Aufgegeben wird das soziale Umfeld der bisherigen Wohnung, das der alte Mensch genau kannte, wo ihn mit den Menschen Grußkontakte, Nachbarschaften und vielleicht sogar Freundschaften verbanden. Der Umzug in die Pflegeeinrichtung bringt also eine radikale Veränderung des Lebensraumes bzw. des sozialen Milieus.

Professionell Pflegenden und dem Management wächst die Aufgabe zu, diesen für die Bewohner bedeutsamen Einschränkungen und Verlusterfahrungen konzeptionell zu begegnen.

Je unselbständiger und hilfloser ein Heimbewohner auf die Mitarbeiter wirkt, umso höher ist das Risiko, dass andere definieren, „was gut für ihn ist“ und er sein Recht auf Selbstbestimmung verliert. Deshalb steht die Interaktion zwischen Pflegenden und Bewohnern an zentraler Stelle. Nur über die Interaktion kann der Wunsch und die Sichtweise des Bewohners erfahren und im Alltag seinen Wünschen entsprechend gehandelt werden. Die Gefahr einer Institution, zur totalen Institution zu werden, wird dadurch verringert. Dies gilt im Besonderen auch für die Gruppe der Bewohner mit einer Demenzerkrankung, die ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Milieu- und Betreuungskonzept benötigen, das dem insgesamt erhöhten Kommunikationsbedarf dieser Gruppe Rechnung trägt. Ziel sollte es sein, mit den Mitteln von Kommunikation und Beziehung eine Atmosphäre im Heimalltag zu schaffen, in der die Menschenwürde und die Individualität des Heimbewohners gewahrt bleiben können. Kommunikation und Beziehung bestimmen dabei mit, ob sich ein Pflegeheim in Richtung totaler Institution entwickelt oder zu einer Institution, in der die Individualität und die Menschenwürde des Bewohners gewahrt bleiben können.

Dabei geht es um die Lebensqualität im Heim, die weit über die Dimensionen von Pflegequalität hinausgeht.

Eine kontrovers geführte Diskussion betrifft die Frage nach der Integration oder Segregation von Menschen mit Demenz. Vor- und Nachteile beider Versorgungsformen werden in der Literatur vielfach beschrieben. Weyerer, S. et al. (2006) evaluierten in Deutschland die Betreuungsformen für Demenzkranke. Dabei stellten sie fest, dass beide Betreuungsformen bestimmte Vorzüge aufweisen, aber die Ergebnisse keinen Schluss zulassen, dass eine Betreuungsform favorisiert werden kann (Weyerer, S. et al. 2006). Sowohl das Domus- als auch das Integrationsprinzip sind wichtige Betreuungs- und Versorgungsformen für

Demenzranke. In beiden Versorgungsformen stützen sich viele Konzepte auf Elemente der Milieutherapie, die seit Mitte der 90er Jahre in der stationären Altenpflege als Handlungs- und Betreuungsprinzip im Umgang mit Menschen mit Demenz zur Anwendung kommt.

9.1 Integration und Segregation

Integratives Versorgungskonzept

Das integrative Versorgungskonzept ist derzeit noch überwiegend in den stationären Pflegeeinrichtungen anzutreffen. Bei diesem Konzept werden Demenzranke und geistig rüstige Bewohner gemeinsam betreut, wobei der Anteil der rüstigen Bewohner immer mehr abnimmt und diese Bewohnerschaft mittlerweile oftmals die Minderheit in den Pflegeeinrichtungen darstellt. Deshalb stellt sich hier die Frage, wer integriert werden soll. Durch diese Entwicklung werden Grenzen des integrativen Konzeptes deutlich, da viele rüstige Bewohner u.a. durch Bewohner, die herausforderndes Verhalten zeigen, in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt werden. Deshalb orientieren sich viele Pflegeeinrichtungen nicht mehr an dieser Versorgungsform. Spezialisierte Wohnbereiche und Pflegeeinrichtungen für die Versorgung demenziell Erkrankter sind in den letzten Jahren entstanden.

Teilsegregatives Versorgungskonzept

In Pflegeeinrichtungen, die sich für eine teilsegregative Versorgung von Demenzkranken entschieden haben, verbleiben die Demenzkranken in ihrer gewohnten Umgebung in verschiedenen Wohnbereichen, erhalten aber tagsüber ein spezielles Betreuungsangebot in einer homogenen Gruppe in einem dafür vorgesehenen Bereich.

Segregatives Versorgungskonzept

Beim segregativen Ansatz werden Pflegebereiche (teilintegrativ) oder Pflegeeinrichtungen mit Bewohnern ähnlicher Krankheitsbilder (homogen) belegt. Dazu wurden verschiedene Betreuungskonzepte entwickelt, wie die Domus Unit, Anton Piek-Hofje, Cantou-Modell, das Schweden-Modell oder die Spezial Care Units (SCU) und vor allem in Deutschland die Haus- und Wohngemeinschaften. Gemeinsam haben alle diese Betreuungskonzepte, dass sie sich an den Bewohnerbedürfnissen orientieren und durch Architektur und Gestaltung einen institutionellen Charakter vermeiden wollen. Dabei wird ein „normaler“ Alltag angestrebt, der durch eine häusliche Einrichtung und private Rückzugsmöglichkeiten sowie Gemeinschaftsräume mit Küche, Wohnzimmer etc. erreicht werden soll. Abhängig vom Wohnkonzept werden die Bewohner in kleinen Gruppen von sechs bis zwölf Personen betreut. (Radzey, B. et al. 2001; BMG Forschungsbericht 007)

Eine eindeutige und allgemeinverbindliche Definition, die Merkmale der Versorgungsformen charakterisiert, fehlt, so dass diese Versorgungsformen nicht

klar voneinander abgegrenzt werden können. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) sieht die wichtigsten Unterscheidungskriterien darin, dass sich Hausgemeinschaften und Wohngruppen durch Häuslichkeit, maximale Alltagsnähe, Dezentralisierung und Deinstitutionalisierung auszeichnen und einen „Anstaltscharakter“, wie ihn teilweise konventionelle Pflegeheime aufweisen, vermeiden.

9.2 „Special Care Units (SCU)“

In den USA haben sich seit Ende der 1980er Jahre Special Care Units etabliert. Die SCU's sind speziell für Demenzkranke eingerichtete Pflegebereiche, deren Merkmale wie folgt beschrieben werden können:

„Es handelt sich um geschlossene Pflegebereiche mit angeschlossenem Freizeitbereich, der Bewegung (Wandern) ermöglicht. Das Pflegepersonal in speziellen Demenzbereichen ist in Bezug auf die Pflege Dementer sehr gut ausgebildet und weist eine hohe Toleranz in Bezug auf dementenspezifische Verhaltensweisen auf. Den Bewohnern werden maßgeschneiderte Beschäftigungsprogramme angeboten, die die dementenspezifischen Anforderungen berücksichtigen. Das bauliche Milieu ist auf spezifische Anforderungen ausgerichtet.“ (Radzey, B. et al. 2001)

9.3 Domus Unit

Die in England Ende der achtziger Jahre entwickelte Wohnform wurde speziell für demenziell Erkrankte, die ein herausforderndes Verhalten zeigen, eingerichtet. In einem Domus werden zwölf Demenzkranke entsprechend ihren emotionalen und psychologischen Bedürfnissen betreut. Es sind ausschließlich Einzelzimmer und Gemeinschaftsräume vorhanden, eine eigene Küche und ein Garten. Die Bewohner können dort ihren Lebensabend verbringen und werden auch im Endstadium ihrer Krankheit nicht verlegt. Ein Pflegeteam bestehend aus 18 Personen, fünf sind für hauswirtschaftliche Tätigkeiten zuständig, wird durch eine gerontopsychiatrische Fachkraft unterstützt. Tagsüber sind immer vier Betreuer und nachts mindestens zwei anwesend.

9.4 Cantou-Modell

Cantou bedeutet die „Feuerstelle im Haus“, um die sich früher die Hausbewohner versammelten. Das Cantou-Modell stellt ebenfalls eine familienähnliche Lebens- und Wohnform für 12 bis 15 Bewohner dar, die in einem Stadtteil oder Dorf integriert sind. Damit soll vermieden werden, dass sie ihr soziales Umfeld verlassen müssen. Ein Cantou besteht aus Privatbereichen mit Einzelzimmer und Sanitärbereich und einem Gemeinschaftsbereich (großer Raum, ähnlich einer Wohnküche, mit einer zentralen Feuerstelle, zentralem Herd). Dieser Raum und ein Garten sind zentral angeordnet und bilden den Mittelpunkt des

Cantou. Die Bewohner sollen so viel wie möglich selbst erledigen. Unterstützt werden sie dabei von vier Hausdamen, die abwechselnd arbeiten. Zusätzlich wird bei Bedarf Pflege- oder Hilfspersonal eingesetzt. Die Bewohner werden bis zum Lebensende in einem Cantou versorgt.

9.5 Anton Piek-Hofje

In Holland wurde der Anton Piek-Hofje inmitten eines modernen Wohnviertels eingerichtet. Sechs Häuser sind um einen geschlossenen Innenhof gebaut. In jedem Haus leben sechs Bewohner, die in persönlich gestalteten Einzelzimmern im Erdgeschoss wohnen. Darüber hinaus verfügt jedes Haus über ein gemeinsames offenes Wohnzimmer, eine halboffene Küche, ein Badezimmer, ein Speisezimmer, einen Abstellraum und ein Arbeitszimmer. Überdachte Rundwege sind vorhanden, die für Spaziergänge genutzt werden können. Im ersten Stock der Häuser wohnen „normale Familien“. Dadurch soll das Normalitätsprinzip, als Grundprinzip des Anton Piek-Hofje, unterstützt werden. Die Bewohner sollen sich zu Hause fühlen und selbstbestimmt leben können. Dabei werden sie von einem sechsköpfigen multiprofessionellen Basisteam unterstützt, das eine rund um die Uhr Betreuung sicherstellt. Eine feste Tagesstruktur ist nicht vorgesehen, damit die Bewohner entsprechend ihren Bedürfnissen leben können. In jedem Haus finden eigene Aktivitäten statt, institutionelle Vorgaben gibt es nicht. Die Bewohner werden entsprechend ihrer Neigungen und Bedürfnisse in die täglichen Arbeiten einbezogen. Angehörige sind integriert und wöchentliche Treffen aller Beteiligten und Nachbarn im Gemeinschaftsraum soll die Integration der Demenzkranken fördern.

Eine Evaluation, die sich mit dem Erreichen der Ziele des Anton Piek-Hofje beschäftigte, ergab, dass eine qualitätsvolle Versorgung Demenzkranker in einem häuslichen Kontext möglich ist. (Radzey, B. et al. 2001)

9.6 Schweden-Modell

In Malmö wurden Mitte der 1980er Jahre Wohngruppen entwickelt. Diese wurden in normalen Wohnhäusern eingerichtet. Acht bis neun Bewohner leben in einer Wohneinheit, die aus Privatbereichen (Einzelzimmer mit Bad) und Gemeinschaftsbereichen (Küche, Wohn- und Esszimmer) bestehen. In den einzelnen Wohngruppen leben Menschen mit mittelschweren Demenzformen. Es ist nicht für demenziell Erkrankte im Endstadium gedacht, so dass Bewohner nicht bis zu ihrem Lebensende dort betreut werden und ggf. wieder ausziehen müssen. Die Leitidee ist die Normalisierung des täglichen Lebens, so dass die Bewohner entsprechend ihren Neigungen und Bedürfnissen Tätigkeiten des täglichen Lebens selbständig übernehmen. Die Aufgabe des Personals besteht in der Begleitung. Feste Bezugspersonen sollen eine familiäre Atmosphäre und das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Die Leitung obliegt einer gerontopsychiatrischen Fachkraft (32 Bewohner in vier Wohngruppen),

eine „Unterschwester“ führt je eine Wohngruppe und die Bezugskräfte sind nicht immer qualifiziert. Das Betreuungsverhältnis liegt bei 2:1. Die Versorgung wird rund um die Uhr sichergestellt. Angehörige unterstützen die Mitarbeiter.

9.7 Haus- und Wohngemeinschaften

Das KDA hat Ende der neunziger Jahre in Deutschland den Begriff der „Hausgemeinschaft“ als Versorgungsform eingeführt. Eine Hausgemeinschaft ist eine räumliche und organisatorische Einheit, in der sechs bis acht Personen mit Pflegebedarf zusammen leben. Alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die sie nicht mehr selbstständig durchführen oder die nicht mehr durch Freunde und Angehörige erbracht werden können, werden über die Präsenzkkräfte oder/und über den hauseigenen pflegerischen Dienst erbracht. Mitarbeiter in einer vollstationären Einrichtung, die bisher unter Umständen fernab der Klienten arbeiten, werden in die unmittelbare Nähe der Klienten gebracht. Das heißt, dass ihre Tätigkeiten und Dienstleistungen im persönlichen Umfeld derjenigen stattfinden, auf die sie sich letztendlich auch beziehen.

Hausgemeinschaften werden – im Gegensatz zu Wohngemeinschaften – als zugelassene und pflegesatzfinanzierte vollstationäre Einrichtungen betrieben. Als Heime unterliegen sie unter anderem dem Heimgesetz (BMG/KDA 2003).

Es gibt vollstationäre Einrichtungen, die ausschließlich als Wohngemeinschaft organisiert sind und Pflegeeinrichtungen die einzelne Bereiche ihres Hauses in Hausgemeinschaftsformen umgewandelt haben. Bei allen Hausgemeinschaften liegt der Schwerpunkt des Konzeptes in der nicht-institutionalisierten, vertrauten und häuslichen Versorgung der Bewohner, die selbstbestimmt ihren Alltag gestalten sollen. Eine Befragung des KDA von 17 Hausgemeinschaften hat 2003 ergeben, dass in Deutschland unterschiedlich organisierte Hausgemeinschaften bestehen. Zum einen findet sich der „Grundtyp“ der Hausgemeinschaften, bei dem sechs bis acht ältere pflegebedürftige Menschen in einer räumlichen und organisatorischen Einheit leben. Die andere Wohnform kann den „Wohnbereichs-Hausgemeinschaften“ zugeordnet werden, bei der in den Wohnbereichen bis zu 12 Bewohner leben, ansonsten aber die Merkmale des „Grundtyps“ aufweisen (Kleiner, J. 2005).

Alle Formen der Hausgemeinschaften haben als grundsätzliches Ziel, eine „Normalität“ für die Bewohner zu schaffen.

Im Normalisierungsprinzip wird das soziale, pflegerische und pädagogische Handeln darauf ausgerichtet, Menschen mit Demenz ein „normales“ Leben mit Selbstbestimmung und Autonomie zu ermöglichen, das dem der nicht beeinträchtigten Menschen entspricht. Das zentrale Element ist der Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und Bewohnern, die ihren Umgang partnerschaftlich mit den Demenzkranken organisieren und diese nicht als „Objekt für Fürsorge und Versorgung“ sehen. Die Alltagsorientierung erfolgt mit flexibler, bewohnerorientierter Tagesstrukturierung und einer flexiblen Betreuungsstruktur die

individuelle Freiräume für die Menschen mit Demenz schafft und sie in Entscheidungsprozesse einbezieht. In kleinen Wohneinheiten sollen bedürfnisorientierte Lebenswelten für die Menschen mit Demenz geschaffen werden, die sich an ihren Kompetenzen orientieren und Reizüberflutung vermeiden. Da sich jede „Normalität“ verändert, sind Organisation und (Raum)Gestaltung ein stetiger Prozess, der regelmäßig v

In Schweden fand eine umfassende Begleitforschung zu den Wohngruppen statt, die zeigte, dass für eine beschränkte Zeit positive Effekte (z. B. Reduzierung von Angst, Depression) bei Demenzkranken erreicht werden können. Für Demenzkranke im fortgeschrittenen Stadium ergaben sich in den Wohngruppen keine besonderen Vorteile, sie war auch dafür nicht konzipiert (Radzey, B. et al. 2001b).

Belastbare Forschungsergebnisse hinsichtlich der einzelnen Versorgungskonzepte liegen in Deutschland kaum vor. Anhand von Praxisberichten, Einzelfallstudien und wissenschaftlichen Evaluationen von Modellprojekten konnten positive Effekte für Menschen mit Demenz in besonderen stationären Versorgungsformen im Vergleich zu traditionellen Versorgungsformen aufgezeigt werden.

- Die Demenzkranken
 - waren häufiger in positive und kompetenzfördernde Aktivitäten in und außerhalb der Einrichtung eingebunden,
 - zeigten mehr positive Gefühle wie Freude und /oder Interessen,
 - waren weit weniger von freiheitseinschränkenden Maßnahmen betroffen,
 - wurden wesentlich häufiger psychiatrisch behandelt.
- Angehörige waren stärker in die Pflege und Betreuung eingebunden.
- Verzögerung von Immobilität und Bettlägerigkeit.

Darüber hinaus zeigte sich, dass bei Erkrankten mit fortgeschrittener Demenz die kognitive Leistungsfähigkeit und der Grad der Selbständigkeit im Alltag grundsätzlich nicht durch besondere Versorgungsformen verbessert werden konnte. Dieses Ergebnis fand sich auch in Studien zu den SCUs (**Special Care Units**) in den USA (vgl. Radzey, B. et al. 2001). Inwieweit sich die Lebensqualität in dieser Versorgungsform für Menschen mit Demenz verändert hat, sollte weiter untersucht werden (Radzey, B. et al. 2001).

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass nicht alle Erwartungen, die am Anfang der Umsetzung der Wohngruppenkonzepte bestanden, erfüllt wurden. So wurde eine Reduktion der kognitiven Störungen damit nicht erreicht. Viele Bewohner mit einer fortgeschrittenen Demenz konnten nicht wie geplant ins Tagesgeschehen einbezogen werden, sie waren nicht in der Lage an den Aktivitäten teilzunehmen oder konnten diese nicht in Gruppen durchführen. Neue Versorgungsziele wurden formuliert, wie Lebensqualität, Wohlbefinden und die Abnahme von herausforderndem Verhalten.

Bei Qualitätsprüfungen nach § 112 SGB XI in Einrichtungen, die nach den Wohngruppenkonzept arbeiten, erfahren und beobachten die Gutachter der Medizinischen Dienste oftmals Praxisprobleme. Demenzkranke Bewohner sitzen teilnahmslos in den Gemeinschaftsräumen z.B. Wohnküchen, Präsenzkräfte

bereiten die Mahlzeiten eigenständig zu, da die Bewohner nicht zu Teilnahme fähig oder motiviert werden können. Andere Demenzkranke können aufgrund ihres Bewegungsdranges nicht in den Gemeinschaftsräumen verweilen und an den Aktivitäten teilnehmen. Bei der Einrichtung von Wohnküchen, als zentralem Mittelpunkt von Wohngemeinschaften, muss bedacht werden, dass nicht jeder Mensch die Küche als seinen Mittelpunkt definiert. Es kann ebenso der Garten oder die Werkstatt sein.

In den Spezialeinrichtungen für die Betreuung von Demenzkranken werden hohe Belastungen der Mitarbeiter deutlich, da viele der Bewohner herausfordernde Verhaltensweisen zeigen, die nicht mit speziellen Angeboten positiv beeinflusst werden können. In diesen Einrichtungen werden häufig Demenzkranke aufgenommen, die in anderen Einrichtungen nicht mehr versorgt werden konnten. Somit ist dort eine Bewohnerschaft vorzufinden, die fast ausschließlich aus Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung besteht.

9.9 Oase-Modell

Forschungs- und Praxisberichte deuten darauf hin, dass eine Unterversorgung z.B. im Hinblick auf adäquate Schmerzbehandlung, bedarfsgerechte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und angemessenes Symptomanagement von Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung besteht. Aber auch nur pflegetätigkeitsbezogene Kontakte und mangelnde soziale Teilhabe von Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz werden beschrieben (Rutenkröger, A. & Kuhn C. 2008). Ausreichend evaluierte Konzepte, mit denen ein größtmögliches Maß an Wohlbefinden bei den Betroffenen erreicht werden kann, sind derzeit nicht bekannt aber dringend erforderlich, zumal die Betroffenen in diesen fortgeschrittenen Demenzstadien noch jahrelang leben können. Das Oase Modell als ein Teilkonzept des Drei-Welten-Modells wurde von Dr. Held in der Schweiz für Menschen mit schwerer Demenz entwickelt. Das Oase Modell wurde erstmals in der vollstationären Pflegeeinrichtung „Sonnweid“ im schweizerischen Wetzikon umgesetzt. Ob das Modell für Menschen mit Demenz in weit fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung geeignet ist, muss erst noch evaluiert werden. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Implementierung einer „Pflegeoase“ in Bezug auf fördernde oder hemmende Faktoren liegen derzeit nicht vor.

Dr. Held unterteilt das Erleben von Menschen mit der Alzheimer Demenz in drei Welten. Diese Welten stehen für unterschiedliche Schweregrade von kognitiven Einschränkungen. Bewohner werden entsprechend ihren kognitiven Fähigkeiten einer Welt zugeordnet, wobei die Übergänge fließend sein können. Für jede Welt wird ein entsprechender Wohnbereich eingerichtet, wobei die dritte Welt als „Oase“ bezeichnet wird, in der Demenzkranke im Endstadium gepflegt werden.

Die einzelnen Welten werden wie folgt beschrieben:

1. Welt der kognitiven Erfolglosigkeit

Die Bewohner weisen eingeschränkte kognitive Leistungen auf, Alltagsaktivitäten wie Kochen, Tisch decken können noch mit Unterstützung geleistet werden. Mitbewohner werden wahrgenommen, Gefühle wie Ängste, Trauer werden empfunden.

Das Betreuungsziel ist Erhaltung der Selbstständigkeit. Dafür soll ein Wohnbereich mit Privat- und Gemeinschaftsräumen eingerichtet werden, der die Selbstständigkeit der Dementen fördert und Aktivitäten bzw. Entspannungen möglich macht.

2. Welt der kognitiven Ziellosigkeit

Die zweite W47 6701[(D)0.64423(t)-0.1773(ä)-6.43Tm [(47 65(B()-135.14(d)9.5849842.721 Tm

2002). Mittlerweile hat das KDA ein eigenes Pflegeoasenkonzept (qualitätsgeleitete Pflegeoasen) präsentiert, das auf Mehrbettzimmer verzichtet und flexibel an die individuellen und möglicherweise wechselnden Bedürfnisse von Bewohnern und Angehörigen nach Gemeinschaft und „für sich sein“ angepasst werden kann (als Download unter: <http://www.kda.de/news-detail/items/qualitaetsgeleitete-pflegeoasen-verzichten-auf-mehrbettzimmer.html> zuletzt 9.7.2009).

Im Abschlussbericht zum Oasemodell im Seniorenzentrum in Holle (Rutenkröger, A. & Kuhn, C. 2008) werden Wirkungen im Hinblick auf die Bewohner, die Angehörigen und das Pflegepersonal positiv beschrieben.

„Bei den Bewohnerinnen zeigen sich ... Veränderungen der Verhaltenskompetenz:

- Gesteigertes Aufmerksamkeitsniveau: Zunahme der Dauer und Häufigkeit geöffneter Augen, vermehrter Blickkontakt, Bewohnerinnen folgen den Mitarbeiterinnen im Raum mit den Augen, Bewohnerinnen sprechen vermehrt, sie reagieren auf Ansprache, Fragen von anderen Personen im Raum.
- Verbesserte Ernährungssituation: Abnahme von Problemen bei der Nahrungsaufnahme, Zusammenpressen des Mundes weniger häufig, Entwicklung bis hin zum Öffnen des Mundes.
- Positive Entwicklung zeigt sich am Verlauf des BMI.
- Abnahme der Muskelanspannung, des Muskeltonus.

Die Bewegungsfähigkeit der Bewohnerinnen hat sich verringert, weil die tägliche Mobilisierung mit dem zur Verfügung stehenden Personal nicht geleistet werden kann (bei einem täglichen Zeitaufwand von 17 Minuten in der Pflegeoase stehen mehr die Transfers und weniger die Mobilisierung im Mittelpunkt).

Angehörige erleben und bewerten die Pflegeoase mit hoher Zufriedenheit und einem Gefühl der Entlastung. Für Angehörige ist vor allem die Präsenz der Mitarbeiterinnen in der Pflegeoase von Bedeutung. Ihre Familienmitglieder sind im Blick der Pflegenden, die so unmittelbar auf Bedürfnisse reagieren können. Diese kontinuierliche Präsenz bedeutet auch für die Angehörigen, dass sie begleitet werden. Sie haben immer eine Ansprechpartnerin vor Ort, sind in den Pflegeprozess eingebunden und werden in kritischen Lebenssituationen begleitet. Eine wichtige Basis für die Zufriedenheit der Angehörigen ist die notwendige Kontinuität in der Personalbesetzung und das hohe Engagement des Oasenteams.

Die Arbeit in der Pflegeoase ist für das Personal zum einen körperlich und psychisch belastend. Dem stehen allerdings folgende positive Aspekte gegenüber:

- Möglichkeit, bedürfnisorientiert zu arbeiten
- Spielraum zur autonomen Gestaltung der Arbeitsabläufe
- Gefühl, einer sinnvollen Arbeit nachzugehen
- Präsenz der Pflegenden ermöglicht den Aufbau vertrauter Beziehungen zu den Bewohnerinnen

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Pflegequalität in der Oase und auch auf die Zustimmung der Angehörigen.

9.10 Hospiz, Palliative Care und Demenz

Ein Hospiz will den menschlichen Grundbedürfnissen sowohl im Hinblick auf die körperlichen Symptome wie auch die spirituellen und psychosozialen Bedürfnisse gerecht werden. Damit wird nicht nur die konkrete Institution (ambulant, (teil-)stationär) beschrieben, sondern vor allem auch das Konzept einer umfassenden Sterbe- und Trauerbegleitung. Vor allem fünf Qualitätskriterien sind in Hospizen realisiert (Student, J. C., Mühlum, A. & Student, 2004).

Der Dienst

- fokussiert auf den Kranken und seine Angehörigen,
- arbeitet als interdisziplinäres Team,
- bezieht konzeptionell Freiwillige als Begleiter mit ein,
- sorgt mit Palliativmedizin und palliativer Pflege für Symptomkontrolle, z.B. für Schmerzfreiheit,
- bietet Trauerbegleitung nach und bei Demenzkranken oft auch schon vor dem Tod des Patienten.

Der geäußerte oder mutmaßliche Wille des zu Pflegenden steht im Vordergrund der Pflege und Begleitung. Dabei bilden die lebensweltlichen und biographischen Bezüge des zu Pflegenden wichtige Ausgangspunkte, um auch die Angehörigen in die Gestaltung des Pflegealltags einzubeziehen.

9.11 Schlussfolgerungen

Die derzeitigen Forschungsergebnisse reichen nicht aus, um einzelne der beschriebenen Betreuungsansätze zu favorisieren. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Betreuungsformen sind noch nicht ausreichend wissenschaftlich

evaluiert. Die beschriebenen positiven Effekte sollten Pflegeeinrichtungen bestärken, sich mit Wohngruppenkonzepten auseinander zu setzen.

In den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege“ hat sich die Expertengruppe für das „Normalisierungsprinzip“ ausgesprochen. Sie vertritt die Auffassung, „dass die sich zunehmend ausbildende Pluralität der Betreuungsansätze, im Spektrum von traditionell integrativer Heimversorgung über vollstationäre Wohngemeinschaften bis hin zu Segregationsmodellen in Pflegeheimen, vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderungen der Bewohner sämtlich mögliche Lösungsvarianten darstellen, die einander nicht ausschließen, sondern sinnvoll ergänzen.“ Auch das KDA hat in seinen Veröffentlichungen die Normalität des Wohnens in den Vordergrund gestellt. Diese Normalität zeichnet sich aus durch Selbständigkeit, Privatheit, Vertrautheit, Geborgenheit und Eigenverantwortlichkeit.

Diese Qualitätsmerkmale finden sich auch im Türöffnungskonzept, das vom KDA entwickelt worden ist. Es soll helfen „Kontakt zum einzelnen Menschen mit Demenz zu ermöglichen, Türen zu seiner vom Versinken bedrohten Persönlichkeit zu öffnen und sein Befinden zu verbessern“ (Powell, J. 2000). Dazu sind sechs Handlungsempfehlungen definiert und zu dessen Umsetzung zahlreiche Methoden beschrieben worden. Die Handlungsempfehlungen lauten:

- Lerne die Persönlichkeit des Klienten kennen.
- Sorge für kleine und wohnliche Organisationseinheiten und dafür, dass Klienten feste Bezugspersonen unter den Mitarbeitern haben.
- Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten und vermeide türschließendes Verhalten bei dir selbst und bei anderen.
- Verbinde dein Wissen mit dem Wissen anderer Berufsgruppen und arbeite mit ihnen zusammen.
- Informiere dich über (psychiatrische) Krankheitsbilder und Verhaltensweisen.
- Bilde dich gezielt und sinnvoll weiter.

In nahezu allen dargestellten Versorgungselementen zeigt sich, dass eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit von allen an der Versorgung von Menschen mit Demenz beteiligten Professionen und den beteiligten Angehörigen und Freiwilligen ein Grundprinzip qualitätsgeleiteter Versorgungsstruktur ist.



10

**Besondere Anforderungen bei den
Aktivitäten des täglichen Lebens**

Die pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz ist eine anspruchsvolle Aufgabe, für die die in diesem Bereich tätigen Pflegekräfte und Betreuungspersonen besondere Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigen. Unabhängig von der Grundqualifikation müssen die Mitarbeiter über die Demenzerkrankung und ihre physischen, psychischen und neurologischen Auswirkungen informiert sein. Dieses Wissen bildet die Grundlage für die tägliche praktische Arbeit mit Menschen mit Demenz. Wer in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz arbeitet, benötigt darüber hinaus unter anderem die Toleranz, das „Anderssein“ der betroffenen Menschen zu akzeptieren und mit den Menschen eine professionelle Beziehung eingehen zu können. Es ist wichtig, dass die Mitarbeiter über gute Beobachtungstechniken verfügen. Kenntnisse zur Bedeutung der individuellen Biografie sowie Fertigkeiten und Interesse, solche Informationen zu erheben sowie diese bei der Planung und Durchführung der Pflege nutzen zu können, sind für den Umgang mit Menschen mit Demenz erforderlich.

Pflegende benötigen eine professionelle Beziehung zu den Demenzkranken, um unterstützen und bei der Alltagsgestaltung helfen zu können. In diesem Beziehungsprozess sind zwei sich gegenüber stehende Aspekte zu berücksichtigen:

- Auf der einen Seite steht das in der Pflegeversicherung als auch in der pflegewissenschaftlichen Diskussion angelegte Konzept der Selbständigkeit und möglichst weitgehenden Autonomie.
- Dem steht die Entwicklung der Demenzerkrankung gegenüber, die zwar verzögert aber nicht verhindert werden kann. Diese Entwicklung führt zu einem langsamen Autonomieverlust und zu einer Abnahme der Selbständigkeit. Dies erleben sowohl die Betroffenen als auch diejenigen, die Menschen mit Demenz betreuen.

Eine optimale Umsetzung der Beziehung kann unter den Bedingungen der Bezugspersonenpflege erreicht werden. Dabei werden zuverlässige und kontinuierliche Beziehungen mit den Betroffenen gestaltet und feste Ansprechpartner benannt, die für alle Fragen zur Verfügung stehen und für die Planung der Maßnahmen eines Bewohners zuständig sind.

In diesem Kapitel sollen die Besonderheiten zu einigen wichtigen Aktivitäten dargestellt werden, die bei Menschen mit Demenz besonders relevant sein können. Dabei gelten grundsätzlich die gleichen Anforderungen hinsichtlich Risikoerkennung, Pflegeassessment, Pflegeplanung und Evaluation der Pflege, wie bei anderen pflegebedürftigen Menschen auch.

10.1 Pneumonieprophylaxe

Im Zuge des Rückgangs der Mobilität und dem allgemeinen Abbau der Muskulatur, besteht insbesondere bei Menschen mit Demenz eine erhöhte Gefahr für

eine Pneumonie. Pneumonien sind häufig die Todesursache bei einer fortgeschrittenen Demenz (Schmidtke, H. & Hüll, M. 2005). Daher ist auf die Vermeidung einer Pneumonie ein besonderes Augenmerk zu richten. Im Vordergrund steht, die Mobilität so lange wie möglich zu erhalten. Mit zunehmendem Grad der zu erwartenden Immobilität werden andere atemunterstützende Techniken wichtig. Bei der Lagerung des Demenzkranken ist zu beachten, dass die Verwendung sehr weicher Matratzen oder Auflagen zur Dekubitusprophylaxe die Gefahr der Bewegungsminderung birgt, so dass das Körpergefühl und die Körperwahrnehmung und damit auch die Atemtiefe abnehmen können. Durch die Anwendung spezieller Dehn- und Entlastungslagerungen kann eine verbesserte Ventilation der Lunge erreicht werden und durch entsprechende Lagerungsintervalle gleichzeitig auch ein Beitrag zur Dekubitusprohylaxe geleistet werden. In der Nacht sollte möglichst auf solche Lagerungen mit dem Ziel der Pneumonieprophylaxe verzichtet werden, die die Bequemlichkeit und den Schlaf beeinträchtigen.

Beispiele für Dehn- und Entlastungslagerungen (Kellnhauser, E. et al. 2000):

- Drehdehnlage mit dem Ziel der Entspannung und Atemerleichterung
Der Bewohner wird seitlich gelagert, das obere Bein leicht angewinkelt, der obere Arm liegt hinter dem Kopf, dann den Oberkörper so weit wie möglich nach hinten drehen. Die Lagerung kann im Wechsel durchgeführt werden.
- Halbmondlage zur Dehnung des oberen Lungenteils
Der Bewohner hat den Arm über den Kopf gestreckt, der Körper nimmt hierdurch eine leicht gebogene Haltung ein.
-

Um eine effektive Pneumonienprophylaxe erreichen zu können, ist auch die Vermeidung einer Exsikkose durch eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr zu achten. Weiterhin ist eine sorgfältige Mundpflege erforderlich.

10.2 Sich bewegen

Bei Menschen mit Demenz kommt aufgrund der erhöhten Sturzgefährdung der Sturzprophylaxe eine große Bedeutung zu. Es besteht die Gefahr einer Hüftfraktur bis hin zur Steigerung der Sterblichkeit in Folge von Frakturen. Darüber hinaus können Stürze zu Schmerzen und zunehmender Behinderung sowie Unsicherheit führen. Die Folge kann ein Rückzug und zunehmende Immobilität sein, was wiederum zu einer verminderten Lebensqualität führen kann. Weiterhin besteht bei Menschen mit Demenz häufig ein erhöhter Bewegungsdrang, der sich insbesondere durch Wanderverhalten manifestieren kann.

Verschiedene Faktoren, die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren) (DNQP 2006). Das Deutsche Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege weist darauf hin, dass derzeit keine Screening- und Assessmentinstrumente vorliegen, mit denen das Sturzrisiko sicher ermittelt werden kann. Nach den Ergebnissen einer Ulmer Studie ist insbesondere dann von einem erhöhten Sturzrisiko auszugehen, wenn entweder innerhalb der letzten sechs Monate ein Sturzereignis aufgetreten ist oder wenn alle drei der folgenden Faktoren vorliegen (Sturzwahrscheinlichkeit im nächsten Jahr über 90 %) (Becker, C., Lindemann, U. & Rissmann, U. 2003):

- häufige Inkontinenz
- eingeschränkte Sehfähigkeit
- Einschränkungen der Merkfähigkeit (Kurzzeitgedächtnis).

Auch wenn nur häufige Inkontinenz oder nur eine eingeschränkte Sehfähigkeit vorlagen, betrug die Sturzwahrscheinlichkeit in der Ulmer Untersuchung noch 70 % innerhalb des kommenden Jahres. Lag eine Einschränkung des Kurzzeitgedächtnisses vor, betrug die Sturzwahrscheinlichkeit über 50 % (Becker, C., Lindemann, U. & Rissmann, U. 2003). Bei Menschen mit Demenz liegen häufig mehrere oder alle diese Risikofaktoren vor, so dass eine erhöhte Sturzgefahr besteht. Bei der Pflegeanamnese sollte diesen Kriterien besonderes Gewicht beigemessen werden. Bei einer systematischen Pflegeanamnese werden diese Punkte ohnehin erhoben, die Erhebung selbst stellt daher keinen zusätzlichen Aufwand für die Pflegeeinrichtungen dar.

Allgemein wird empfohlen, alle intrinsischen und extrinsischen Risikofaktoren im Rahmen der Anamnese bzw. Informationssammlung und im weiteren Ver-

lauf zu beachten und ggf. erforderliche Maßnahmen zu planen. Bei der Maßnahmenplanung ist insbesondere zu unterscheiden zwischen Personen mit und ohne vorhandene Stehfähigkeit. Immobile Bewohner, das heißt Personen, die ohne fremde Hilfe nicht stehen können, haben im Vergleich zu stehfähigen Bewohnern ein geringeres Sturzrisiko. In der Regel können diese Personen u. a. (noch) nicht an Trainingsprogrammen teilnehmen, da diese zum Teil im Stand durchgeführt werden. Hier stehen eher passive Vorbeugemaßnahmen im Vordergrund, während bei stehfähigen Bewohnern aktive Vorbeugemaßnahmen möglich sind.

Die wichtigsten Elemente der Sturzprophylaxe sind Maßnahmen zur Bewegungsförderung, eine Umgebungsanpassung, die Beachtung von Sehstörungen, sicheres Schuhwerk und eine Überprüfung der Medikamente.

Es gibt Hinweise dafür, dass auch bei Menschen mit Demenz durch körperliches Training nicht nur die physische, sondern auch die kognitive Leistungsfähigkeit sowie die Kommunikation und die Alltagskompetenz verbessert werden können. Körperliche Aktivierung, weitestgehender Verzicht auf Fixierungen und ein akzeptierendes Milieu tragen zur Förderung der Mobilität bei Menschen mit leichten bis mittelschweren Demenzen bei. Lediglich bei Menschen mit schwereren Demenzen sind nur noch begrenzte Effekte zu erwarten (Schäufele, M. et al. 2006).

Zwar können nicht alle Stürze vermieden werden, jedoch können Pflegende durch gezielte Interventionen die Sturzrate der Bewohner verringern. Bei den Interventionen kann unterschieden werden in Interventionsprogramme und gezielte Einzelinterventionen zur Minimierung einzelner Risikofaktoren. Interventionsprogramme umfassen meist (DNQP 2006; Schäufele, M. et al. 2006):

- Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance
- Überprüfung und Anpassung der Medikation
- Verbesserung der Sehfähigkeit und
- Anpassung der Umgebung
- gezielte Sturzanalyse

Interventionsprogramme, die auf die Steigerung von Kraft und Balance ausgerichtet sind, zeigen die größte Effektivität (DNQP 2006). Eine praktische Hilfe zur Einführung eines Interventionsprogramms ist die Publikation von Becker, C., Lindemann, U. & Reißmann, U. (2003).

Einzelinterventionen versprechen den größten Erfolg, wenn ein individuelles Interventionsangebot auf der Grundlage einer sorgfältigen Risikoanalyse für jeden Bewohner zusammengestellt wird. Folgende Maßnahmen lassen sich aus den Risikofaktoren ableiten (DNQP 2006; Schäufele, M. et al. 2006):

- Modifikation von umgebungsbedingten Sturzgefahren (z.B. Handgriffe, Handläufe, schattenarme helle Beleuchtung, Orientierungshilfen, Möbel feststehend, Stühle stabil, rutschfeste Bodenbeläge, Betten nach Pflegemaßnahmen immer auf niedrige Höhe einstellen)
- Balance- und Kraftübungen
- Anpassung der Medikation (in Kooperation mit dem behandelnden Arzt)
- Modifikation von Sehbeeinträchtigungen
- Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Stoppersocken, Gehhilfen, Hüftprotektoren)
- Auswahl der Schuhe
- Anpassung der Ernährung

Wenn diese Einzelmaßnahmen genutzt werden, kann damit ein wesentlicher Beitrag zum Erhalt und zur Förderung der Mobilität geleistet werden. Der Erhaltung der Mobilität kommt eine Schlüsselrolle zu, weil die Mobilität es dem Menschen mit Demenz aus eigenen Stücken ermöglicht, an der Gemeinschaft teilzunehmen. Auch einem erhöhten Bewegungsdrang (Wandern) sollte entsprochen werden. Wanderverhalten sollte nicht unterbunden, sondern für die Mobilitätsförderung genutzt werden. Hat der Bewohner mit Demenz die Möglichkeit, sich fortzubewegen, hat dies positive Auswirkungen auf den Appetit, den Tag-Nacht-Rhythmus, die Stimmungslage, die Vigilanz und die Wahrnehmungsfähigkeit. Auch Menschen mit Demenz, die nur mit personeller Hilfe laufen können oder die nicht aus eigenem Antrieb laufen, sollte durch Aufforderung oder Begleitung Gelegenheit gegeben werden, im Wohnbereich, in der Einrichtung oder im Garten zu laufen (Kämmer, K. 2003; Schäufele, M. et al. 2006).

Der Zusammenarbeit mit anderen Professionen kommt bei der Sturzprophylaxe eine besondere Bedeutung zu. Voraussetzung ist ein Informationsaustausch über Ziele, Vorgehen, Ergebnisse. So können Maßnahmen zur Mobilisation mit Krankengymnasten zusammen geplant werden oder im Bereich der Kraft- und Balancetraining im Rahmen der sozialen Betreuung angeboten werden.

Kommt es zu einem Sturz sollten die Ursachen und Zusammenhänge systematisch (ggf. mit einem Sturzereignisprotokoll) analysiert werden, um geeignete Strategien und Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung zu entwickeln. Bei einer systematischen Auswertung mehrerer Stürze lassen sich häufig identische Entstehungsmuster erkennen und Möglichkeiten zur Vermeidung ableiten.

Die Wirksamkeit von Hüftprotektoren zur Verringerung von Hüftgelenksfrakturen wird derzeit noch diskutiert. Während ältere Studien die Wirksamkeit eher bestätigt haben, stellen neuere Untersuchungen deren Wirksamkeit in Frage (Kiel, D.P. et al. 2007). Die Wirksamkeit von Hüftprotektoren steht in engem Zusammenhang mit dem Wissen und der Beratungskompetenz von Pflegefach-

kräften zum Einsatz von Hüftprotektoren (Perrar, K.M. et al. 2007). Eines der größten Probleme beim Einsatz von Hüftprotektoren ist die Compliance (Bereitschaft zum Tragen der Protektoren). Die Compliance wird durch die optische Sichtbarkeit und das erschwerte An- und Ausziehen etwa bei Kontinenzproblemen negativ beeinträchtigt. Aber auch wenn die Anwender eine hohe Bereitschaft zum Tragen der Protektoren zeigen, ist die Wirksamkeit bislang nicht sicher belegt.

Der Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen mit dem Ziel der Sturzprophylaxe kann nach dem aktuellen Stand des Wissens nicht empfohlen werden. So wird im Expertenstandard des DNQP (2006) vom Einsatz freiheitsentziehender Maßnahmen zum Zweck der Sturzprophylaxe einschließlich Bettgitter zur Sturzvermeidung abgeraten, da die Wirksamkeit dieser Maßnahmen im Hinblick auf die Reduktion von Stürzen nicht belegt ist. Eine wissenschaftliche Übersichtsarbeit des Joanna-Briggs-Instituts (2002) kommt zum Ergebnis, dass fixierte Bewohner ein höheres sturzbedingtes Verletzungsrisiko haben als nicht fixierte.

Der Bundesgerichtshof weist darauf hin, dass das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung dem Sicherheitsaspekt im Kontext freiheitsentziehender Maßnahmen mit dem Ziel der Sturzprophylaxe übergeordnet ist (BGH 2005; Schäufele, M. et al. 2006).

Im Kontrast zu den erhofften positiven Effekten von freiheitsentziehenden Maßnahmen stehen deren negative Folgen:

- Abnahme der Muskelmasse und der Ausdauer
- Gleichgewichtsstörungen
- Stürze
- Druckgeschwüre und Kontrakturen
- Verletzungen
- Strangulation mit Todesfolge
- Depression
- Aggression

Gerade die Anwendung von Bettgittern birgt ein großes Gefahrenpotenzial für sturzbedingte Verletzungen. Wenn Bettgitter aufgrund des Sicherheitsbedürfnisses von Bewohnern nachgefragt oder beispielsweise aufgrund eines unruhigen Schlafes für notwendig erachtet werden, können Teilbettgitter eingesetzt werden.

Für Pflegende ist es eine Belastung, dass manche Menschen mit Demenz die Pflegeeinrichtung unbemerkt verlassen (Weglaufftendenz, Weglaufgefahr) und sich daraus erhebliche Eigengefährdungen für diese Bewohner ergeben kön-

nen. Dabei ist zu beachten, dass nicht jedes Wanderverhalten mit einer Weglauftendenz gleichzusetzen ist. Daher sollte hier deutlich differenziert werden. Es muss eingeschätzt werden, wie wahrscheinlich schwerwiegende Folgen aufgrund von Wanderverhalten sein können. Auch hier sollten freiheitsentziehende Maßnahmen mit Zurückhaltung in Erwägung gezogen werden und bei der Entscheidung die **möglichen** negativen Folgen der Wanderbewegung mit den **sicher** eintretenden negativen Auswirkungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen gewissenhaft abgewogen werden (Schäufele, M. et al. 2006).

Bei einigen Maßnahmen ist unklar, ob sie als freiheitsentziehende Maßnahmen zu definieren sind oder nicht. Dies gilt z.B. für das Anbringen subjektiver Barrieren (z.B. Verdecken von Türen oder Türklinken, Gitterlinien vor Türen) oder für das Verschließen der Türen von Wohnbereichen für demenzkranke Bewohner, die von manchen Experten nicht als Freiheitsentziehung im eigentlichen Sinne interpretiert werden, während nach den gesetzlichen Vorgaben (§ 1906 Abs. 4 BGB) entsprechende Maßnahmen im Einzelfall als Freiheitsentziehung gelten können (Schäufele, M. et al. 2006).

Bei Vergleichen zwischen „traditionellen“ Heimformen und „speziellen“ Formen der Betreuung für Demenzkranke zeigt sich eine deutlich geringere Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass durch eine an die Erfordernisse demenzkranker Bewohner ausgerichtete Betreuung die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen deutlich gesenkt werden kann (Schäufele, M. et al. 2006).

In den letzten Jahren wird in der Pflegepraxis die Idee der Bodenpflege (auch bodennahe Pflege, Pflegenest) häufiger umgesetzt. Sie ist bei sturzgefährdeten steh- und gehunfähigen Menschen mit Demenz eine Alternative und dient unter anderem der Sturzprophylaxe. Mit der Bodenpflege wird die Selbstbestimmung des Betroffenen gefördert, der Mobilitätsradius erhöht und es können freiheitseinschränkende Maßnahmen vermieden werden. Dabei wird der Bewohner auf dem gepolsterten Fußboden gelagert und gepflegt. Die geringe Liegehöhe vermindert das Verletzungsrisiko bei Stürzen erheblich und erschwert andererseits unkontrolliertes Aufstehen des Bewohners, da das Aufstehen aus geringer Höhe deutlich schwerer ist. Die Gestaltung des Zimmers kann an die Bodenpflege angepasst werden (Fotos, Bilder in 30 – 40 cm Höhe aufhängen, Steckdosen mit Kindersicherungen versehen, Abstellflächen schaffen). Wenn Bodenpflege umgesetzt werden soll, ist die Akzeptanz der Angehörigen erforderlich. Auch ist eine Abstimmung mit dem Hauswirtschaftsbereich der Einrichtung notwendig, damit die Reinigung des Zimmers gewährleistet werden kann. Es werden mittlerweile auch Betten mit sehr niedriger Höhe (ca. 19 cm) angeboten, so dass die bodennahe Pflege auch dann umgesetzt werden kann, wenn die Pflegebedürftigen besonders pflegeaufwendig sind (die Betten können in physiologische Arbeitshöhe gebracht werden) oder wenn die Angehörigen eine Bodenpflege nicht akzeptieren (Perrar, K.M. et al. 2007; Kutschke, A. 2006; Becker, C. et al. 2006).

Mit Hilfe von Sensormatten kann das unbemerkte Verlassen des Bettes durch gangunsichere Bewohner vermieden werden, da den Pflegekräften beim Kontakt des Bewohners mit der vor dem Bett platzierten Sensormatte durch ein Signal angezeigt wird, dass der Bewohner das Bett verlassen will.

10.3 Kommunikation

Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflege- und Betreuungspersonals zur verbalen und nonverbalen Kommunikation sind in der Betreuung von Menschen mit Demenz von großer Bedeutung, dabei ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Empathie, Nähe und Distanz zu wahren. Die wichtigste Grundregel für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist, dass das Kommunikationsverhalten an den Schweregrad der Demenz angepasst werden muss. Das bedeutet,

- im frühen Stadium der Demenz orientierende (nicht korrigierende) Informationen einfließen lassen,
- im mittleren Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die emotionale Ebene legen (Validation, siehe Kapitel 7 Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung),
- im späten Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die nonverbale Kommunikation legen (z.B. basale Stimulation, Berührung).

(vgl. Lärm, M., Schillhuber, F. & Goerlich, C. 2003; Stuhlmann, W. 2003, Powell, J. 2002).

Zu Beginn der Erkrankung hat der Demenzkranke zunehmend Mühe, die richtigen Worte zur Mitteilung seiner Gedanken zu finden oder den Sinn von Worten oder Sätzen zu verstehen. Die Bedeutung des Gesprächsinhalts tritt im Verlauf der Erkrankung mehr und mehr zurück hinter die Bedeutung dessen, wie etwas gesagt wird (Tonfall, Gesichtsausdruck, körperliche Anspannung, Ungeduld) und welche zusätzlichen Kommunikationswege (Gesten, Berührungen) genutzt werden (siehe Kapitel 8 Methodische und konzeptionelle Ansätze in der Pflege und Betreuung unter Validation).

Grundsätzlich sollten folgende Aspekte beachtet werden:

- Blickkontakt aufnehmen und aufrechterhalten
- nicht von hinten ansprechen
- kurze einfache Sätze verwenden
- Mehrfachaufforderungen in einem Satz vermeiden
- doppelte Verneinung vermeiden
- Fragen vermeiden

- auf Gefühlssignale achten und diese für den Menschen mit Demenz formulieren
- Paraphrasieren, d.h. den Kern der Botschaft unter Verwendung der selben Schlüsselwörter wiederholen
- Handlungen verbal ankündigen und erklären und ggf. durch Berührung Kontakt aufnehmen
- Erinnerungen wecken durch Gespräche über Vergangenheit, Bilder, Musik, Gegenstände
- Lieder, Gedichte, Sprichwörter, Metaphern etc. benutzen

Jede Generation hat ihre Sprache. Während in der Vergangenheit Ausdrücke wie „dufte“ oder „schneidig“ üblich waren, muten solche Begriffe heute ungewohnt an und sind z.B. ersetzt worden durch „cool“ oder „toll“. Von Vorteil ist es, wenn die Pflegekräfte den Bewohnern in ihrer Sprache begegnen können. Im Rahmen der Biographiearbeit können für den betreffenden Bewohner typische Zeitgeistwörter oder Redewendungen in Erfahrung gebracht werden und in der Kommunikation mit dem demenzkranken Bewohner eingesetzt werden.

Zwangsläufig wird es im Umgang mit Menschen mit Demenz aufgrund der bestehenden Einschränkungen in der Kommunikation zu Kommunikationsschwierigkeiten zwischen dem Demenzkranken und seiner Umwelt kommen. Wenn Kommunikationsschwierigkeiten auftreten, sollte versucht werden herauszufinden, warum ein Kommunikationsproblem bzw. ein Konflikt besteht. Powell (2002) schlägt als Problemlösung vor:

1. Vermeide Konfrontation.
2. Handle zweckmäßig.
3. Formuliere die Gefühle des Menschen mit Demenz und spende Trost.

Beispiele

Beispiel 1	
Problem	Ständig sich wiederholende Fragen
Warum?	Eine Idee formiert sich ständig neu im Kopf und wird als Frage gestellt. Er hat die Antwort vergessen, die schon gegeben worden ist. Er hat vergessen, dass er schon einmal die Frage gestellt hat.
Vermeide Konfrontation	Sagen Sie nicht: „Das haben sie schon einmal gefragt.“ Wenn zweckmäßige Lösungen nicht weiterhelfen, bleiben Sie unverbindlich und sagen z.B.: „Ich bin mir nicht sicher.“ „Ich weiß es nicht.“

Handle zweckmäßig	<p>Geben Sie einfache kurze Antworten.</p> <p>Schreiben Sie die Antwort auf.</p> <p>Versuchen Sie Situationen zu vermeiden, die Wiederholungen auslösen können. Weisen Sie z.B. auf Verabredungen erst kurz vorher hin.</p> <p>Versuchen Sie die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Tätigkeit zu lenken, z.B. Zeitung durchblättern, Kaffee kochen.</p>
Formuliere Gefühle, spende Trost	<p>z.B. „Es macht Ihnen zu schaffen, dass Sie das Datum vergessen haben.“</p> <p>„Ich kann mich manchmal auch nicht gut an Termine erinnern.“</p>

Beispiel 2	
Problem	Der Bewohner sagt Dinge, die nicht wahr sind
Warum?	<p>Imaginäre Konzepte des Betroffenen vermischen sich und werden für ihn undeutlich. Er kann sie nicht mehr auseinander halten.</p> <p>Selbst- und Fremdbild stimmen nicht überein.</p> <p>Häufig haben diese Vermischungen mit Desorientierung in der Zeit zu tun, die Gegenwart des Betroffenen ist die Vergangenheit.</p>
Vermeide Konfrontation	<p>Sagen Sie nicht: „Sie gehen doch gar nicht mehr arbeiten.“</p> <p>wenn diese Antwort zu einer Diskussion oder Verärgerung führt</p>
Handle zweckmäßig	<p>Versuchen Sie etwas Wahres zu sagen, das nicht das in Frage stellt, was der Betroffene gesagt hat, z.B.:</p> <p>„Es muss schön sein, pensioniert zu sein, da muss man nicht mehr jeden Morgen früh aufstehen.“ oder „Ihre Arbeit war sicher interessant.“</p> <p>Versuchen sie vorsichtig das Thema zu wechseln.</p> <p>Versuchen Sie die Aufmerksamkeit auf etwas anderes zu lenken, indem der Betroffene zu einer Aktivität bewegt wird, z.B. „Die Blumen müssen gegossen werden“</p>
Formuliere Gefühle, spende Trost	z.B. „Sie vermissen Ihre Arbeit wohl sehr. Sie muss Ihnen sehr viel Spaß gemacht haben.“

Beispiel 3	
Problem	Der Bewohner schreit mich an und wird wütend
Warum?	<p>Der Betroffene hat Schwierigkeiten mit der Situationsbeurteilung und mit logischen Denkprozessen. Aus diesem Grund kann es problematisch für ihn sein, die Welt aus dem Blickwinkel einer anderen Person zu betrachten. Daraus können Missverständnisse entstehen.</p> <p>Die Pflegekraft hat Schwierigkeiten, Konfrontationen zu vermeiden, weil sie noch mit anderen Problemen beschäftigt ist.</p>
Vermeide Konfrontation	<p>Nehmen Sie das Verhalten nicht persönlich</p> <p>Versuchen Sie nicht zu klären, wer an der Situation schuld ist.</p> <p>Versuchen Sie ruhig zu bleiben und die Situation vorbei gehen zu lassen. Der Betroffene vergisst die Situation meist auch schnell wieder.</p>
Handle zweckmäßig	<p>Versuchen Sie kritische Situationen vorauszusehen. Versuchen Sie dann, diese zu vermeiden, oder finden Sie einen Weg sie zu umgehen.</p> <p>Wenn ein Betroffener z.B. immer ein schmutziges Hemd trägt und er verärgert reagiert wenn Sie ihn darauf hinweisen, tauschen Sie das Hemd diskret aus, bevor er sich anzieht. Und sagen sie nichts über das Hemd.</p>
Formuliere Gefühle, spende Trost	z.B. „Es tut mir leid, dass Sie so verärgert sind.“

Weitere Beispiele finden sich bei Powell (2002) und Goldsmith, M. & Marshall, M.). Neue Wege in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz geht auch Svenja Sachweh (Sachweh, S. <http://www.talkcare.de/index.html>), die verbale, nonverbale und körpersprachliche Kommunikation mit Humor verbindet.

10.4 Essen und Trinken

Die Sicherstellung einer ausreichenden Energie- und Flüssigkeitszufuhr ist bei älteren pflegebedürftigen Menschen insgesamt und bei Menschen mit Demenz im Besonderen häufig schwierig. Neben der Sicherstellung der Nahrungszufuhr hat Essen und Trinken einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität des Menschen. Essen und Trinken hat neben der „Zufuhrfunktion“ von Nährstoffen eben auch mit Genießen und Kultur zu tun.

Eine Unterernährung ist in der Regel kein akutes Ereignis, sondern entwickelt sich bei Menschen mit Demenz meist über einen längeren Zeitraum. Anders verhält es sich mit der Dehydratation, die innerhalb weniger Tage entstehen und zu sichtbaren, oft gravierenden Symptomen führen kann. Ernährungsrisiken werden durch ein Screening (umfasst meist Body-Mass-Index – BMI, Gewichtsverlauf, Veränderungen der Nahrungsmenge und des Bedarfs) erfasst.

Um einen ungewollten Gewichtsverlust rechtzeitig erkennen zu können, müssen bei allen Bewohnern mindestens monatlich Gewichtskontrollen (im Stehen, Sitzen oder Liegen) durchgeführt werden (Perrar, K.M. et al. 2007, Bartholomeyczik, S. et al. 2006). Wird ein Ernährungsrisiko erkannt, sind differenziertere Assessments erforderlich (siehe Kapitel 7 Pflegerisches Assessment). Gerade bei Menschen mit Demenz ist bei Unruhezuständen oder Apathie immer auch zu hinterfragen, ob die Ursache hierfür eine Dehydratation oder ein Nährstoffmangel sein kann.

Es kann sinnvoll und notwendig sein, Ernährungs- und Trinkprotokolle über einen definierten Zeitraum zu führen und Trink- und Ernährungspläne aufzustellen und umzusetzen.

Die Ursachen für eine Unterernährung oder Dehydratation können vielfältig sein (Schmidtke, H. & Hüll, M. 2005; Ibach, B. 2005; Kämmer, K. 2003; Perrar, K.M. et al. 2007; Haberl, & Schreiber, 2005).

- Ab dem frühen bis mittleren Stadium der Demenz Verlust kognitiver Fähigkeiten zur Gewährleistung einer selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (Gedächtnisverlust, Apraxie, Agnosie).
- Im mittleren Stadium der Demenz gesteigerter Kalorienverbrauch bei erhöhter Mobilität oder Unruhe.
- Ab dem mittleren Stadium der Demenz Störung der Sprache (Hunger und Durst können nicht mehr geäußert werden).
- Depressionen, Antriebsarmut, Wahnvorstellungen (Vergiftungswahn)
- Schluckstörungen
- Zum Teil Störung des Geruchssinns bei der Alzheimer Demenz
- Zum Teil Vorliebe für kohlenhydrathaltige Süßspeisen bei der Frontotemporalen Demenz

Positiven Einfluss auf die Nahrungsaufnahme können folgende Maßnahmen haben (Kämmer, K. 2003; Perrar, K.M. et al. 2007; Biedermann, 2002; Bartholomeyczik, S. et al. 2006, Menebröcker, 2006, Müller-Schulz, H. 2006):

- Bei zu geringer Energiezufuhr sollten hochkalorische und eiweißreiche Speisen angeboten werden (z.B. Sahnejogurts, Sahnequark, Käse, fettreiche Wurstsorten, Malzbier, Anreicherung von Suppen und Soßen mit Butter, Sahne, hochwertigen Ölen) (Umkehr der Ernährungspyramide).
- Biographieorientiertes Speisenangebot (Ernährungsgewohnheiten, individuelle Vorlieben, Erfassung von Abneigungen, da unbekannte Speisen z.B. der mediterranen Küche von Menschen mit Demenz oft abgelehnt werden).

- Es sollten kleinere Portionen und häufigere Mahlzeiten angeboten werden (viele Demenzzranke essen am besten morgens, daher empfiehlt es sich, insbesondere die Frühstückzeiten aufzuwerten).
- Durch Bewegungsförderung kann der Appetit der Betroffenen angeregt werden und eine höhere Energiezufuhr unterstützt werden.
- Essen möglichst appetitlich anrichten, Essenskomponenten sollten als solche erkennbar sein, farblich ansprechende Kost wählen (z.B. Gemüse und Salate so wählen, dass sie farblich kontrastieren), kontrastierendes Geschirr.
- Saure, bittere und salzige Speisen werden oft abgelehnt, daher ggf. auch herzhaftere Speisen bei Bedarf süß abschmecken.
- Bei Schluckstörungen mit Andickungsmitteln eine geeignete Konsistenz der Nahrung gewährleisten und ggf. Trinknahrung als Zusatzkost anbieten.
- Die Selbständigkeit der demenzzranke Bewohner sollte durch ein differenziertes Angebot an Hilfsmitteln unterstützt werden (z.B. Tellerränderhöhlungen, Bestecke mit Griffverstärkungen, unterschiedliche Trinkgefäßformen).
- Für Bewohner, denen die Verwendung von Besteck nicht möglich ist, kann sogenanntes „Fingerfood“ angeboten werden (mundgerecht portionierte Speisen, die mit den Händen gegessen werden können).
- Für motorisch unruhige Bewohner (erhöhter Bewegungsdrang, Wandern) bietet sich das sogenannte „Eat by walking“ an [an unterschiedlichen Stellen im Wohnbereich (Imbiss-Inseln) werden kleine Snacks bereitgestellt, die sich die Bewohner beim Laufen durch den Wohnbereich immer wieder nehmen und verzehren können].
- Auch wenn das Essen im Bett gereicht werden muss, sollte durch eine physiologische Körperhaltung das normale Schlucken unterstützt werden.
- Um Übelkeit, Erbrechen und Aspirationen zu vermeiden, ist bei der Gabe von Sondenkost eine Oberkörperhochlagerung (30 – 40 Grad) erforderlich.
- Die Entscheidung für oder gegen eine Sondenkostversorgung sollte rechtzeitig herbeigeführt werden (es handelt sich dabei immer um eine Einzelfallentscheidung).
- Auch bei Sondenernährung möglichst orales Nahrungsangebot aufrechterhalten.

Durch eine angemessene Gestaltung der Mahlzeitsituation kann die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme der Bewohner positiv beeinflusst werden. Das Essen sollte in einer freundlichen, ruhigen, ablenkungsarmen, biographieorientierten und stressfreien Atmosphäre eingenommen werden. Laute Musik, ständiges Kommen und Gehen und sonstige Unruhe sollte vermieden werden, bewährt haben sich beruhigende Musik und auch Aquarien. Wohngruppen-

bzw. Wohnküchenkonzepte, bei denen die Zubereitung der Nahrung in Anwesenheit oder unter Mitwirkung der Bewohner erfolgt und bei denen die Bewohner aktuellen und direkten Einfluss auf das Speisenangebot haben, fördern die Nahrungsaufnahme und die Lebensqualität vieler Bewohner. Wenn sich Pflegekräfte zu den Bewohnern setzen und gemeinsam mit ihnen essen, kann durch Demonstration der Pflegekräfte und Nachahmung durch die Bewohner die Nahrungsaufnahme optimiert werden. Grundsätzlich ist es vorteilhaft, wenn die Bewohner ihre Mahlzeiten in Gemeinschaft mit anderen einnehmen, auch wenn sie sonst nicht das Bett verlassen. Der Wille der Bewohner ist allerdings dabei zu berücksichtigen. Es ist zu beachten, dass es immer wieder notwendig sein kann, durch Erinnerung und Aufforderung zur Fortsetzung des Essens und Trinkens zu motivieren. Oft ist die Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme daher sehr zeitintensiv (Bartholomeyczik, S. et al. 2006; Perrar, K.M. et al. 2007).

„Trotz Ausschöpfung aller Möglichkeiten kann es unter Umständen nicht möglich sein, eine bedarfsdeckende Ernährung durch orale Aufnahme von Speisen und Getränken zu gewährleisten. In diesen Fällen sind die Möglichkeiten der Essensenreicherung mit Nährstoffen, das Angebot von Nahrungssupplementen in Erwägung zu ziehen. Sollte auch mit diesen Maßnahmen keine Bedarfsdeckung erreicht werden, muss als letzte Möglichkeit die Entscheidung für eine künstliche Ernährung in Betracht gezogen werden.“ (Bartholomeyczik, S. et al. 2006)

Daher sollte frühzeitig der persönliche Wille zur Akzeptanz oder Ablehnung einer ggf. erforderlichen PEG-Sonde (Patientenverfügung) geklärt werden. Dabei ist zu beachten, dass die Indikationsstellung bei Menschen mit Demenz für eine enterale Ernährungstherapie abhängig ist vom Erkrankungsstadium. Nach Empfehlungen aus Leitlinien (DGEM & DGG 2004, Synofzik, M. 2007) können orale Supplemente oder Sondenernährung bei Menschen mit Demenz zu einer Verbesserung des Ernährungszustandes führen. Wenn auch die Auswirkungen einer Ernährungstherapie mit Supplementen auf die Überlebenszeit und funktionelle Parameter bisher nicht ausreichend untersucht wurden, werden diese bei frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen. Die Entscheidung für die Sondenernährung bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung. Für Menschen im finalen Stadium einer Demenz wird die Sondenernährung nicht empfohlen.

Positiven Einfluss auf die Hydrierung können folgende Maßnahmen haben (Kämmer, K. 2003; Perrar, K.M. et al. 2007; Bartholomeyczik, S. et al. 2006):

- biographieorientiertes Getränkeangebot (Lieblingsgetränke, Trinkgefäße)
- gemeinsame Trinkrituale zu bestimmten Tageszeiten
- zusätzliche Getränke, z.B. Obstsaft zum Frühstück
- diverse Getränkeangebote in unterschiedlichen Temperaturen

- ggf. besonders süße Getränke anbieten (werden oft bevorzugt)
- bunte Getränke/Trinkgefäße anbieten (kann bei Erkennungsstörungen die Aufmerksamkeit erhöhen)
- bei Schluckstörungen angedickte Flüssigkeiten in konstanter Konsistenz

Welche große Bedeutung die fachlich qualifizierte Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei Menschen mit Demenz hat, kann daran verdeutlicht werden, dass Flüssigkeitsaufnahme oft dann verweigert wird, wenn der Bewohner aufgrund fehlender Fachlichkeit mehrfach negative Erfahrungen beim Getränke reichen gemacht hat (Verschlucken, Atemnot). Aus Angst vor erneutem Verschlucken werden dann ggf. Getränkeangebote abgelehnt.

Bei Menschen im Endstadium der Demenz zeigen sich oftmals Saugreflexe. Dies bietet die Möglichkeit, Getränke in Saugflaschen (werden bei der Arbeit mit behinderten Menschen eingesetzt) anzubieten. Neben der Flüssigkeitszufuhr wird als weiterer positiver Effekt eine Stimulation des Mundbereichs erreicht. Auch das Trinken mit einem Strohhalm ist oft noch bis ins Endstadium der Demenz möglich. Um die Akzeptanz dieser Maßnahmen bei den Angehörigen zu erreichen, sollten diese im Vorfeld über den fachlichen Hintergrund der Maßnahmen aufgeklärt werden. Auch bei diesen Hilfsmitteln ist der Einsatz individuell sorgfältig abzuwägen.

Von besonderer Bedeutung sind auch die Erfassung des Mund- und Zahnstatus sowie eine sorgfältige Mund und Zahnpflege. Ggf. eintretender Widerstand bei der Mundpflege kann durch „geführte“ Mundpflege© (nach Kurzmann) vermieden werden. Dabei wird der Betroffene durch Führen der Hand oder des Fingers bei der Mundpflege durch die Pflegekraft unterstützt.

Weiterführende Literatur zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sind:

- Bartholomeyczik, S. et al. Qualitätsniveau II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Witten, Bonn. Stand März 2006.
- Lärm, M. (Vorsitzende Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung) (Hrsg.) Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Rieseby. 2005.
- MDS (Hrsg.) Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. Essen. 2003.
- Volkert, D. et al. Leitlinie Enterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. Aktuelle Ernährungsmedizin, 2004. 29, 198 – 225.

10.5 Ausscheiden

Bei Menschen mit Demenz kommt es etwa ab dem mittleren Stadium zur Urininkontinenz und im weiteren Verlauf auch zur Stuhlinkontinenz (Schmidtke, H. & Hüll, M. 2005; Boetsch, T., Stübner, S. & Auer, S. 2003). Im Vordergrund in diesem Kapitel steht die Urininkontinenz.

Bei demenzkranken Menschen treten einige der bekannten Risikofaktoren für Urininkontinenz zusammen auf:

- Kognitive und körperliche Einschränkungen
- Medikamenteneinnahme (Neuroleptika, Antidepressiva)
- Komorbiditäten (Morbus Parkinson, Diabetes mellitus)

Inkontinenz ist für die Betroffenen ein besonders sensibles Thema, dass tief in die Intimsphäre hineinreicht, das Selbstwertgefühl und das Körpergefühl betreffen und mit Scham und Ekel verbunden sind. Viele Betroffene versuchen daher eine bestehende Inkontinenz zu verheimlichen oder herunterzuspielen. Professionelles Handeln erfordert daher ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Dazu gehört auch ein angemessener Sprachgebrauch, bei dem Begriffe wie „trockenlegen“ oder „Windel“ vermieden werden sollten (DNQP 2007; Perrar, K.M. et al. 2007).

Besonders bei der Einschätzung und Klassifizierung der Urininkontinenz müssen Pflegende und Ärzte eng zusammen arbeiten. Auch bei der Auswahl geeigneter Interventionen kann dies notwendig sein.

Insbesondere die bei demenzkranken Menschen häufige funktionelle Urininkontinenz (Unfähigkeit, die Toilette rechtzeitig zu erreichen) kann durch angemessene Pflegemaßnahmen positiv beeinflusst werden. Es ist ganz oder zeitweise (z.B. am Tag) möglich, eine abhängig erreichte Kontinenz (mit personeller Hilfe wird Kontinenz erreicht) zu gewährleisten.

Pflegerische Maßnahmen zur Förderung der Urinkontinenz können sein (DNQP 2007):

- Führen eines Miktionsprotokolls über einen Zeitraum von drei bis fünf Tagen, um das Ausscheidungsverhalten erfassen zu können (Beispiele siehe DNQP 2007) (nur sinnvoll, wenn sich daraus Konsequenzen ableiten lassen)
- umgebungsbedingte Ursachen ausschalten (weite Wege, schlechte Beleuchtung, ungenügende Beschilderung, unpraktische Kleidung)
- für eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr sorgen (konzentrierter Urin aufgrund zu geringer Flüssigkeitsaufnahme kann zu einer Drangsymptomatik führen, das Risiko von Harnwegsinfekten und Obstipation steigt)

- Toilettentraining bei funktioneller Urininkontinenz insbesondere am Tag (Präferenz sollte das angebotene Toilettentraining oder das Toilettentraining zu individuell festgelegten Zeiten unter Berücksichtigung der Informationen aus dem Miktionsprotokoll vor dem Training zu festgelegten Zeiten haben) (in der Nacht ist dem Schlaf Vorrang zu geben und es sollte ein Toilettengang dann angeboten werden, wenn der Betroffene wach ist)
- Wenn andere Maßnahmen nicht ausreichen, sind geeignete auf den Bewohner zugeschnittene Hilfsmittel einzusetzen (empfohlen werden heute bei den körpernahen aufsaugenden Hilfsmitteln dreiteilig aufgebaute Einmalprodukte, die aus flüssigkeitsabweisendem Vlies, Zellstoff mit integriertem Subabsorber [Gelbildner] und auf der vom Körper abgewandten Seite aus einer wasserundurchlässigen Schicht bestehen), bei der Auswahl sind die erforderliche Aufnahmekapazität, der Tragekomfort und die einfache Handhabung zu berücksichtigen.

Als erfolgreich sind die gewählten Maßnahmen auch dann zu werten, wenn inkontinente Episoden reduziert werden können.

Beim Toilettentraining (das auch bei einer möglichen Stuhlinkontinenz sinnvoll sein kann) ist das Initiieren der Handlung oft hilfreich. Initialreize können gegeben werden, indem die Pflegekraft den Toilettendeckel hebt und Entkleidungs- und Hinsetzbewegungen andeutet. Auf individuelle Signale (z.B. einsetzende Unruhe, Hochheben des Rockes, Auf- und Abgehen vor der Toilette) des demenzkranken Bewohners sollte mit einem Angebot zum Toilettengang reagiert werden (Kämmer, K. 2003). Wenn der demenzkranke Bewohner die Toilette nicht mehr erkennt oder Angst signalisiert, muss entschieden werden, ob eine Versorgung mit angemessenen Inkontinenzhilfen weniger belastend für den Bewohner ist (Kämmer, K. 2003).

Insbesondere die Obstipation spielt bei Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle bei der Stuhlentleerung. Sie kann u. a. aufgrund mangelnder Bewegung, mangelnder Flüssigkeitszufuhr, aufgrund der Art der Ernährung und der Ne-

und ist mit Belastungen für alle Beteiligten verbunden. Ein bei Menschen mit Demenz häufig anzutreffendes Phänomen ist das so genannte „Sundowning“, bei dem die Unruhe und das nach Hause wollen am Nachmittag deutlich zunehmen. Ein nicht ausreichender Nachtschlaf führt zu einer vermehrten Müdigkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit am Tage.

Zahlreiche Verhaltensweisen und Umgebungsbedingungen können sich ungünstig auf einen erholsamen Schlaf auswirken. Unregelmäßiger Schlaf durch variierende Aufsteh- und Zubettgehzeiten, frühes Zubettgehen, zu langes Schlafen oder ausgedehnte Schlafperioden mit mehr als 30 Minuten am Tag können den nächtlichen Schlaf negativ beeinflussen.

Menschen, die am Tag arbeiten oder beschäftigt sind, entwickeln am Abend ein normales Schlafbedürfnis. Auch die Wahrnehmung von Helligkeit und Dunkelheit (Tag und Nacht) als Zeitorientierung spielt für den Tag-Nacht-Rhythmus

zu achten, dass bei Einschränkungen der Sinnesorgane (Sehbeeinträchtigung, Schwerhörigkeit) erforderliche Hilfsmittel vorhanden, intakt und an die Beeinträchtigung angepasst sind. Im Alter nimmt auch der Geruchs- und Geschmackssinn ab. Dies gilt oft besonders für Menschen mit Demenz. Ebenso kann der Tastsinn aufgrund neurologischer Ursachen oder verminderter Durchblutung vermindert sein.

Zu dieser Abnahme im Bereich der Sinnesfähigkeiten gesellt sich insbesondere bei meist sitzenden oder liegenden Menschen mit einer Demenz ein geringes Angebot an sensorischen Reizen. So schauen Bewohner die im Bett zur Dekubitusprophylaxe regelmäßig umgelagert werden an die Decke oder die eintönige Wand. Durch fehlende Stimuli zieht sich der demenzkranke Bewohner zurück. Auch der Verlust sozialer Kontakte und emotionaler Nähe, die durch den Verlust des Lebenspartners oder den Umzug in ein Pflegeheim entstehen können, sind zu beachten.

Die Bewohner nehmen Ihre soziale Isolation wahr und können sie auch oft noch verbalisieren (Renneke, S. 2005). Die Auswirkungen einer Isolation oder Deprivation können u. a. sein (Perrar, K.M. et al. 2007):

- Regression
- Erregungszustände
- Verfolgungsideen
- Halluzinationen
- Illusionen/Trugbilder
- Apathie
- Selbstreizung, autostimulatives Verhalten.

Zwar kann eine entstandene Lücke menschlicher Nähe durch professionell Pflegende nicht geschlossen werden, es bestehen aber dennoch verschiedene Möglichkeiten, bei Menschen mit Demenz durch Beschäftigungs- und Reizangebote eine drohende Isolation oder Deprivation zu verhindern oder zu mindern.

Ein anregendes Umfeld, Nähe und Berührung können der Reizarmut entgegenwirken.

Die Möglichkeiten, Reizangebote einzusetzen sind vielfältig, z.B.:

- Riechen: Duftlampen, angenehme Koch- und Essensgerüche, (geschmorte Zwiebeln, Waffeln, Kuchen, Toastbrot, Kaffee mahlen)
- Tasten: Stofftiere, Massagebälle, Stoffe, Schmeichelsteine, Kirschkerntaschen, Fell

- Schmecken: Eiswürfel mit Geschmacksaromen, Obst, Lieblingsgetränke
- Körperwahrnehmung/Körpergefühl/Gleichgewichtssinn: Einreibungen, Waschen mit Zusätzen / Schwämmen, Massagen, Streicheln, Halten, Wiegen, Veränderungen der Körperposition
- Sehen: Mobiles, Windspiele, Farb- und Lichtspiele, Fotos, Bilder im Blickfeld (z.B. auch an der Decke), Filme, Sprudelsäulen, Lavalampen
- Hören: Musik, Geräusche, Sprache, Ansprache

Wichtig ist es dabei, die Sinnesangebote gezielt, zum Teil zeitlich begrenzt und auf den Bewohner abgestimmt anzubieten. Möglichst sollten nicht mehrere Reize gleichzeitig eingesetzt werden, auf Dauerangebote (z.B. Musik) sollte verzichtet werden, Abwechslung der Angebote fördert die Aufmerksamkeit. Empfehlenswert ist es, Reizangebote aus dem gewohnten Alltag einzubeziehen, da damit biographieorientiert Erinnerungen angesprochen werden können.

Im Gegensatz zu gezielten Reizangeboten kann sich ein Überangebot an Reizen (Reizüberflutung z.B. Dauermusikberieselung, ständiges Kommen und Gehen, laute Gespräche, Fernsehgeräusche beim Essen) nachteilig auswirken und z.B. zu Überforderung, Angst, Unruhezuständen oder aggressivem Verhalten führen.

Der Isolation kann durch Milieugestaltung, lebensweltorientierte Tagesabläufe und Beschäftigungsangebote entgegengewirkt werden. In vielfacher Hinsicht kann das Arbeiten mit Tieren als Maßnahme gegen Isolation und Deprivation eingesetzt werden, Hundebesuchsdienste, Streicheltiere wie Meerschweinchen oder Kaninchen, Katzen, aber auch Schildkröten oder Aquarien bieten sich an. In diesem Zusammenhang wird auch die Kommunikation gefördert (siehe auch Kapitel 6 Professioneller Zugang in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz).

Viele Anregungen zur Gestaltung eines individuellen Beschäftigungsangebotes und darüber hinaus für eine Pflegeplanung bietet das „Cardiff Lebensstilverbesserungsprofil für Bewohner stationärer Einrichtungen (CLIPPER) (Powell, J. 2002). Das Programm ist in Anlehnung an den Pflegeprozess vierstufig aufgebaut.

1. Stufe – CLIPPER-Fragebogen

Der CLIPPER-Fragebogen umfasst eine breite Palette an möglichen Aktivitäten und bietet einen Leitfaden, um Bedürfnisse und individuelle Vorlieben des Bewohners identifizieren zu können. Die Pflegefachkraft notiert, welche Aktivitäten an einem Tag auftreten / nicht auftreten und wie er sich dabei fühlt (er mag es, er mag es nicht, ich kann nicht sagen ob es ihm gefällt). Bei der Bearbeitung des Fragebogens sind die bekannten Informationen des Bewohners sowie das Team und die Angehörigen einzubeziehen. Die Anwendung des

CLIPPER-Fragebogens dauert 10 - 15 Minuten. Die Aktivitäten sind in acht Gruppen eingeteilt:

- Berührung und Bewegung
- Sehen und Hören
- Schmecken und Riechen
- Menschen und Tiere
- Aktivitäten – alleine oder gemeinsam
- Aktivitäten – Gruppen
- Aktivitäten – draußen
- Aktivitäten – Ausflüge, Besuche etc.

2. Stufe - CLIPPER-Arbeitsbogen

Nach der Erfassung der Aktivitäten werden diese in einen Arbeitsbogen übertragen und es ergibt sich ein Profil des täglichen Lebens eines Menschen. Mit Hilfe dieses Profils können die Pflegekräfte darüber nachdenken, wie Veränderungen der Aktivitäten das Leben des Bewohners angenehmer machen können. Veränderungsideen werden auf dem Arbeitsbogen festgehalten.

3. Stufe – CLIPPER-Plan

Veränderungen die stattfinden sollen, werden in den CLIPPER Plan übertragen. Außerdem wird ein Datum festgesetzt (nach ein bis drei Monaten), zu dem die Veränderungen und deren Ergebnisse überprüft werden sollen. Bis zu diesem Datum sollten so viele Aktivitäten ausprobiert werden wie möglich.

4. Stufe – CLIPPER-Auswertung

Bei der Auswertung geht es um die Beurteilung, ob die vorgeschlagenen und durchgeführten Maßnahmen zu einer Veränderung der Lebensqualität des Bewohners geführt haben. Es wird festgehalten, ob die Aktivitäten ausprobiert worden sind, ob eine Veränderung der Aktivität zu einer Verbesserung der Lebensqualität während der Aktivität geführt und ob die Aktivität insgesamt zur Verbesserung der Lebensqualität beigetragen hat. Zur Beantwortung dieser Fragen ist es erforderlich, während der Aktivitäten die Reaktionen (verbal, non-verbal) zu beobachten. Auch soll eingeschätzt werden, ob die Aktivität zu einer Veränderung der Lebensqualität insgesamt beigetragen hat. Unter Berücksichtigung dieser Auswertung kann dann der Zyklus erneut beginnen.

10.8 Schmerzen

Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Demenz häufig kein adäquates Schmerzmanagement erhalten. Die Wahrscheinlichkeit einer Schmerzmedikati-

on verringert sich mit zunehmendem Grad der Demenz (Schäufele, M. et al. 2006). Ausgehend von der folgenden Schmerzdefinition ist es bei Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung, ein angemessenes Schmerzmanagement gewährleisten zu können:

„Schmerz ist das, was der Patient als solchen beschreibt. Er ist immer dann vorhanden, wenn er geäußert wird.“ (Mc Caffery, M. 1997)

Aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen sind Menschen mit Demenz oft nicht in der Lage Angaben über Schmerz zu machen. Dies führt zu der Gefahr, dass Schmerzen oft nicht erkannt und demzufolge auch nicht behandelt werden können. Unbehandelter Schmerz führt zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustands, es kommt zu Schlafstörungen, wodurch wiederum die Schmerzsensibilität erhöht. Schmerz kann darüber hinaus zu Depressionen führen und die Konzentrationsfähigkeit nachteilig beeinflussen (DNQP 2005). Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Schreien, aggressives Verhalten oder Schlafstörungen können unterschiedliche Ursachen haben, als eine Ursache ist dabei auch immer an Schmerzen zu denken. Die tatsächliche Ursache muss – wie auch bei anderen Fragen bei kommunikationseingeschränkten Menschen mit Demenz – durch „Versuch und Irrtum“ ermittelt werden (DNQP 2005; Kunz, R. 2002).

Der Selbsteinschätzung des Schmerzes wird auch bei Menschen mit Demenz Priorität eingeräumt. Die Schmerzintensität sollte mit Hilfe standardisierter Skalen erhoben werden (Skalenempfehlungen siehe DNQP 2005). Nur wenn der Betroffene in der Kommunikation zu stark eingeschränkt ist, sollte auf eine Fremdeinschätzung durch die Pflegekräfte zurückgegriffen werden. Voraussetzung für eine zuverlässige Schmerzeinschätzung durch professionell Pflegende ist personelle Kontinuität und Teamarbeit (siehe Kapitel 7 Pflegerisches Assessment).

Bei der Behandlung von Schmerzen ist eine enge Kooperation zwischen behandelndem Arzt und Pflegekräften erforderlich. Pflegende sollten den Arzt über vorhandene Schmerzsymptome (Lautbildung, Mimik, Körperhaltung, Verhaltensmerkmale) informieren. Es kann nicht immer sicher gesagt werden, ob die Ursache für die festgestellten Symptome Schmerzen sind oder ob andere Gründe vorliegen (DNQP 2005).

Bei einer notwendigen Schmerztherapie ist es insbesondere Aufgabe von Pflegefachkräften, den Erfolg der Therapie zu überwachen, Nebenwirkungen zu erfassen und vorzubeugen sowie bei Bedarf durch Kommunikation mit dem Arzt auf eine Therapieanpassung hinzuwirken.

Ergänzend zur medikamentösen Schmerztherapie können dem Betroffenen nicht medikamentöse Maßnahmen angeboten werden. Dabei handelt es sich um Maßnahmen wie Musik, Humor, Massagen, Tiere etc. Auch wenn ein eindeutiger Nachweis wissenschaftlicher Evidenz bislang kaum erbracht werden konnte, sollten entsprechende Angebote mit einbezogen werden, insbesondere

wenn die von Schmerzen betroffenen Menschen mit Demenz solchen Angeboten aufgeschlossen gegenüber stehen. Die bisherigen Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass eher die mit den nicht medikamentösen Angeboten in Verbindung stehende interpersonale Zuwendung eine gewisse Effektivität erzielt und die Methode selbst eine sekundäre Rolle spielt (DNQP 2005).



11

**Einbeziehung von Angehörigen
und Ehrenamtlichen**

When one of your relatives goes into a nursing facility, it is kind of intimidating to the person on the outside. What do I say? How do we visit? At home there's always pictures and all those things to talk about, and in the nursing facility you can only say, „How do you feel?“ so many times. „When will you be getting out?“ Maybe never! So it's kind of intimidating that way.

Daughter who visits her mother, May 1998

Das Zitat aus dem Fachartikel von Chapman und Carder (2003) verdeutlicht die schwierige Rolle und emotionale Belastung von Angehörigen während des Besuchs eines ihnen nahestehenden demenzkranken Menschen, der in einer stationären Pflegeeinrichtung lebt.

Angehörige, die Menschen mit einer Demenz über einen (z. T. sehr langen Zeitraum) zuhause gepflegt haben, erlebten eine Situation der Dauerbelastung, die auch zu eigenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann.

In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) „Pflegende Angehörige“ wird die Gesundheitsgefährdung und das Erkrankungsrisiko der Betroffenen durch ihre Rolle als pflegende Angehörige dargestellt. Demnach erkrankt 1/3 der Angehörigen in Folge der Belastungen, die durch die Pflegesituation entstehen. Es treten vermehrt sowohl körperliche Beschwerden, geistig-seelische Beeinträchtigungen als auch soziale Beeinträchtigungen auf. Angehörige benötigen außer der physischen und zeitlichen Entlastung vor allem soziale Unterstützung und Lernchancen zur Bewältigung der Pflegesituation (DEGAM 2005).

Pflegende Angehörige, die einen pflegebedürftigen Menschen zuhause pflegen und betreuen, sind auf ein gut abgestimmtes und miteinander vernetztes Hilfe- und Unterstützungssystem angewiesen. Hierzu gehört sowohl die Unterstützung durch einen „Lotsen“ der als Führer durch den „Hilfedschungel“ fungiert als auch Schulungen der Angehörigen zum Krankheitsbild der Demenz und zum Umgang mit der Erkrankung, ggf. die Möglichkeit des Erfahrungsaustausches mit anderen Betroffenen und eine zeitliche Entlastung (z.B. durch Vertretungen Urlaubsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu schaffen). Hierzu bedarf es eines weiteren Ausbaus der regionalen Unterstützungsangebote mit einer Vernetzung von professioneller Hilfe, Ehrenamt und Selbsthilfe. Auch innovative Konzepte als Alternative zur vollstationären Pflegeeinrichtung – wie

¹ Wenn einer unserer Angehörigen in eine Pflegeeinrichtung umzieht, ist es für die außenstehende Person eine Situation der hochgradigen Verunsicherung. Was soll ich sagen? Wie gestalte ich die Besuche bei ihm? Zuhause waren immer Bilder und all die Dinge, über die man reden konnte und in der Pflegeeinrichtung kann man immer nur fragen „Wie fühlst Du Dich?“ „Wann wirst Du entlassen?“ Vielleicht nie! Das alles verunsichert mich sehr. – Tochter, die ihre Mutter besucht, Mai 1998

z.B. neue Wohnkonzepte – die sich an den Bedürfnissen und Wünschen der Betroffenen und ihrer Angehörigen orientieren sind weiter auszubauen.

Im Rahmen der Demenzerkrankung muss sich der Angehörige auf die kognitiven Defizite und die sich verändernde Persönlichkeit des betroffenen Menschen einstellen und die daraus resultierenden Anforderungen und Belastungen bewältigen. Als besonders belastend wird die Notwendigkeit der ständigen Anwesenheit einer Bezugsperson zur Beaufsichtigung des Menschen mit einer Demenz erlebt. Hierbei spielt die Veränderung der Persönlichkeit des Erkrankten verbunden mit einem zunehmenden Verlust der Selbständigkeit und unkontrolliertem Verhalten eine große Rolle.

Die demenzbedingten Einschränkungen eines Menschen haben darüber hinaus Einfluss auf die gesamte Lebensplanung von Familien und Paaren, die sich mit der veränderten Situation auseinandersetzen und diese „Verlusterfahrung“ zunächst verarbeiten müssen. So sind z.B. der gemeinsame Lebensabend im eigenen Zuhause oder gemeinsame Reisen in ferne Länder oft nicht mehr möglich. Angehörigen- und Selbsthilfegruppen können die Betroffenen in dieser schwierigen Situation unterstützen.

Das Institutionalisierungsrisiko psychisch kranker alter Menschen ist besonders hoch und resultiert nicht vorrangig aus Veränderungen, die in der Person, der Erkrankung oder dem Hilfebedarf begründet sind, sondern aus sozialen Ursachen (Schmidt, R. 2005).

Ab einem bestimmten Zeitpunkt ist das private häusliche Unterstützungsnetzwerk durch das Zusammenspiel unterschiedlicher Stressoren über Jahre hinweg destabilisiert. Die Folge ist dann der Heimeinzug des Betroffenen

Der Umzug eines Menschen mit Demenz in eine vollstationäre Einrichtung wirkt auf die Angehörigen häufig ambivalent und ist geprägt von der Parallelität von Entlastung und Verlust (Schmidt, R. 2005). Einerseits wird der Heimeinzug des Betroffenen als Entlastung im Alltag erlebt, andererseits entstehen aber auch Versagensgefühle, „... mit seinem Bemühen in letzter Konsequenz gescheitert zu sein“ (Schmidt, R. 2005). Der Einzug des Erkrankten in eine stationäre Pflegeeinrichtung wird als emotional sehr belastende Situation erlebt, wobei die Unsicherheit, ob das richtige Heim ausgewählt wurde in Zusammenhang mit dem Erleben persönlicher Grenzen die Reaktionen des Angehörigen auf das Heim erklären kann.

Häufig reagieren Angehörige in dieser Umbruchsituation mit kritischen Äußerungen gegenüber der Institution Heim und richten eine gesteigerte Aufmerksamkeit auf die Qualität von Pflege und Betreuung und das Befinden des Erkrankten. Dies ist vor dem Hintergrund zu verstehen, „... dass sich die Stresssituation im häuslichen Pflegearrangement im Moment des Umzugs keineswegs sofort gravierend reduziert, sondern sich zunächst unter veränderten Vorzeichen verstärken kann“ (Schmidt, R. 2005). In der eigenen Häuslichkeit fehlt nun der Mittelpunkt, auf den sich die Organisation des Alltagslebens lange Zeit

konzentriert hatte. Der Angehörige muss sein Alltagsleben komplett neu organisieren und die daraus resultierenden Veränderungen bewältigen.

In gewisser Weise nimmt das Pflegeheim nicht nur den Bewohner, sondern auch seine Familie auf (Kors, B. & Seunke, W. 2001).

Grundsätzlich gelten die nachfolgend genannten Regeln der Angehörigenarbeit auch für ehrenamtlich tätige Personen in Pflegeeinrichtungen (bis auf die speziell für Angehörige formulierten Bereiche), wobei ergänzend die Gestaltung des Beziehungsaufbaus zu den betreuenden Pflegebedürftigen im Mittelpunkt steht. Angehörige und Ehrenamtliche unterscheiden sich in dem zentralen Punkt der „emotionalen Nähe“ zum Betroffenen und seiner Lebenssituation voneinander. Diese Unterschiede sind in der Konzeption für beide Gruppen zu berücksichtigen. Die Gewinnung von ehrenamtlich Tätigen für die Einrichtung ist ein arbeitsintensives Aufgabenfeld, das z.B. in Kooperation mit örtlichen Institutionen wie z.B. „Freiwilligenagenturen“ oder auch Kirchengemeinden gelingen kann. Es muss ein geeignetes Anforderungsprofil für ehrenamtlich Tätige vorliegen, damit die beiderseitigen Erwartungen (Institution und ehrenamtlich Tätiger) nicht enttäuscht werden. Nicht jeder ist für die Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen geeignet und die Qualifizierung der ehrenamtlich Tätigen durch Schulungsmaßnahmen (z.B. über Krankheitsbild und angemessene Kommunikationsformen mit dem Erkrankten) ist wichtiger Bestandteil eines Konzepts für die Einbeziehung von Ehrenamtlichen. Darüber hinaus müssen eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung des Ehrenamtlichen durch einen Ansprechpartner der Institution sowie der (moderierte) Erfahrungsaustausch der Ehrenamtlichen untereinander gewährleistet sein.

Ausgangspunkt für Angehörigenarbeit ist die positive Beeinflussung von Lebensqualität und Wohlbefinden des Heimbewohners durch die Angehörigen und die Ehrenamtlichen. Hierbei müssen die Angehörigen durch das Heim systematisch mit einbezogen werden, wo immer das möglich ist. Die Pflegeeinrichtung muss dabei die Ambivalenz der Angehörigen akzeptieren und diesen

ren Kontakte zu Beratungsstellen für Angehörige von Menschen mit Demenz weiterreichen und ggf. auch bei den Beratungsstellen eine aufsuchende Beratung beim Angehörigen anregen.

Auch die Motivation der Angehörigen zur Mitarbeit in der Institution Heim und in der individuellen Unterstützung des Pflegebedürftigen in den genannten Bereichen kann für alle Beteiligten positive Effekte haben. Ausdrücklich kann es aber nicht Ziel der Angehörigenarbeit sein, professionell Pflegende zu ersetzen oder Angehörige und Ehrenamtliche als Hilfskräfte für Professionelle einzusetzen. Angehörige sind als Partner und wichtige Ressource des Pflegebedürftigen und nicht als Gegner der Institution wahrzunehmen. Damit dies gelingen kann ist neben der Entwicklung eines Konzeptes für die systematische Angehörigenarbeit auch eine entsprechende Grundhaltung bei allen Mitarbeitern der Institution erforderlich.

In einer KDA-Studie (KDA 2000) zur Angehörigenarbeit werden vier typische Kooperationsstile von Angehörigen unterschieden:

- „delegierende Angehörige“ mit oftmals latentem oder offenem Konflikt zum Heim infolge nicht abgeklärter Vorstellungen und Einschätzungen (ca. jeder 4. Angehörige)
- „aktiv pflegende Angehörige“, die zum einen durch ihre häufige Anwesenheit zusätzlich Orientierung und Unterstützung ermöglichen, zum anderen aber auch Personen darstellen können, die Pflege und Verantwortung nicht abzugeben im Stande sind (ca. jeder achte Angehörige)
- „psychisch stabilisierende Angehörige“, wo die gegenseitigen Erwartungen von Angehörigen mit dem Heim meist abgestimmt sind und die Integration des Bewohners am besten gelingt (ca. jeder 3. Angehörige)
- „distanzierte Angehörige“, die sich primär auf hauswirtschaftliche Zusatzaufgaben konzentrieren und ein eher gespanntes Verhältnis zum Bewohner haben (ca. jeder 3. Angehörige)

Hierbei handelt es sich um eine analytische Trennung. Die Grenzen - so heben die Autoren der Studie hervor - sind fließend und die Zugehörigkeit zu Typen kann im Prozess der Integration wechseln (KDA 2000).

Angehörigenarbeit und die damit verbundene Kontaktpflege zu Angehörigen ist in Heimen verbreitet, basiert aber häufig nicht auf einer systematischen Grundlage und findet bei der Mehrzahl der Heime eher in einem informellen Rahmen statt.

In der o.g. Studie des KDA werden die positiven Aspekte einer systematischen Angehörigenarbeit beschrieben. Durch eine konzeptgeleitete Angehörigenarbeit mit strukturierten Angeboten der Zusammenarbeit werden Angehörige aktiver. Das soziale Klima in den Wohngruppen und die Integration der Bewohner verbessern sich. Gleichzeitig steigt durch eine gelungene Integration

von Angehörigen und Ehrenamtlichen in den Heimaltag auch die Zufriedenheit der Mitarbeiter der Institution.

11.1 Entwicklung eines Konzepts zur systematischen Angehörigenarbeit

Die entscheidende Grundvoraussetzung für eine gelungene Angehörigenarbeit ist die Schaffung eines organisatorischen Rahmens, innerhalb dessen die Kommunikation zwischen den Mitarbeitern einer vollstationären Pflegeeinrichtung und Angehörigen von demenzkranken Bewohnern stattfinden kann. Diese „organisierte Kommunikation“ muss nach Schmidt (Schmidt, R. 2005) im Rahmen eines systematischen Zusammenwirkens entwickelt und gepflegt werden und erstreckt sich demnach auf drei Ebenen.

- Einbezug der schon vorhandenen Bemühungen der Angehörigen in den Prozess der individuellen Pflegeplanung beim jeweiligen Bewohner (individuelle Ebene).
- Ablösung der Kommunikation zwischen Institutionen und Angehörigen von der privaten Beziehung im Rahmen von Angehörigenabenden; Hinwendung zum Heim als Gemeinwesen. Angehörigenabende dienen der Kommunikation über Gestaltungsprinzipien dieser Form des Zusammenlebens (z.B. über Normalitätsprinzipien bei Menschen mit Demenz, Austausch zwischen fachlicher Perspektive und alltagsweltlich geprägten Zugängen der Angehörigen).
- Verankerung des relativ isolierten Gemeinwesens „Heim“ am Ort bzw. im Stadtteil. Im Rahmen der Angehörigenarbeit soll auch die Motivation von bürgerschaftlichem Engagement für die Belange der im Heim lebenden Menschen stattfinden (z.B. Bildung eines Angehörigenbeirates, der nicht auf dem Heimgesetz basiert, sondern als ein freiwillig eingesetztes Mitwirkungsorgan arbeitend einen solchen Prozess in Gang setzen könnte (Schmidt, R. 2005).

Angehörigenarbeit erfordert grundsätzlich ein interdisziplinäres Vorgehen, in das alle Berufsgruppen und Bereiche einer Institution mit einbezogen werden müssen. Das Alltagsleben in der Einrichtung wird vom Zusammenspiel aller an der Pflege, Betreuung und Versorgung beteiligten Professionen maßgeblich bestimmt. Deshalb ist die Vernetzung von Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung und sozialem Dienst unabdingbar, wobei alle Professionen eine gemeinsame Grundhaltung zur Angehörigenarbeit vertreten müssen. Der interdisziplinäre Charakter der Angehörigenarbeit ist auch im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Einrichtung von großer Bedeutung. Angehörigenarbeit ist als „vorausschauende Beschwerdeprävention“ (Schmidt, R. 2005) ein wesentlicher Teil des Beschwerdemanagements einer Einrichtung.

Sie ist die Voraussetzung für ein konstruktives Verhältnis zwischen der Institution, ihren Beschäftigten und den Angehörigen und führt durch mehr Wissen und Transparenz insgesamt zu weniger streitbehafteten Auseinandersetzungen in der Einrichtung. Eine professionell standardisierte (nicht zufällige) Angehörigenarbeit ist das Gegenteil von zufälliger, ungeplanter Angehörigen-Begegnung und ermöglicht auch ein individuell angepasstes Reagieren in der aktuellen Situation.

Abschließend sollen beispielhaft zentrale Instrumente einer systematischen Angehörigenarbeit dargestellt werden (Schmidt, R. 2005):

- Hausbesuche der Mitarbeiter vor Heimaufnahme
- Regelmäßige Sprechstunden
- Informationsmaterial für Angehörige zu Heim und Krankheitsbild
- Info-Mappe im Wohnbereich
- Besucherzimmer (z.B. für Familienfeiern)
- Tag der offenen Tür
- Angehörigengruppen zum Erfahrungsaustausch
- Angehörigenseminare
- Angehörigenbeirat als freiwilliges Mitwirkungsgrremium
- Bezugspersonenpflegesystem (u. a. mit Ansprechpartnern für Angehörige)
- Formen der Mitarbeit von Angehörigen (keine Lückenbüßer!)
- Einbeziehung der Angehörigen in Pflegeplanung (z.B. durch die Beteiligung an Fallkonferenzen/Fallbesprechungen oder der Pflegevisite) oder auch im Rahmen der Sterbebegleitung
- Heimzeitung
- Angehörige als Mitglieder des Heimbeirats

Angehörige und Ehrenamtliche sind als wichtige Ressource im Heimalltag zu betrachten, die wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner in einer Pflegeeinrichtung beitragen können. Entscheidend ist dabei, dass unterschieden wird bei der Einbindung von Angehörigen in Teilschritte des Pflegeprozesses wie Pflegeanamnese, individueller Pflegeplan und Pflegevisite/Evaluation der Zielerreichung und ggf. Anpassung des individuellen Pflegeplans und der Einbeziehung von ehrenamtlich Tätigen. Die Einbeziehung in den Pflegeprozess gilt ausdrücklich nur für die Angehörigen und ist nicht Bestandteil ehrenamtlicher Arbeit von „fremden“ nichtprofessionellen Bezugspersonen. Die erforderliche Einbeziehung von Angehörigen in den Pflegeprozess kann

durch eine systematische Beteiligung dieser Personen an Fallbesprechungen/Fallkonferenzen (vgl. hierzu auch Perrar, K.M. et al 2007) sichergestellt werden. Dieser individuellen/persönlichen Ebene steht die Einbeziehung der Angehörigen und Ehrenamtlichen zur Mitarbeit bei der Gestaltung des Lebensraumes Heim gegenüber, indem diese beispielsweise bei der Gestaltung von Festen oder des Heimalltags mitwirken (soziale Betreuung, Abläufe). Diese Themen können z.B. während so genannter Angehörigenabende erörtert werden, wobei die individuelle Pflege- und Betreuungssituation nicht Thema ist, sondern die besondere Lebenswelt HEIM zum Thema gemacht werden muss (vgl. Schmidt, R. 2005). Die Kritik und Wahrnehmung der Angehörigen und Ehrenamtlichen ist ernst zu nehmen und z.B. bei möglichen organisatorischen Veränderungen des Heimalltags zu diskutieren und mit einzubeziehen. Der systematische Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen kann einen wesentlichen Beitrag zu einer „kundenorientierten“ Pflege und Betreuung leisten, innerhalb derer auch institutionelle organisatorische Vorgaben immer wieder hinterfragt werden und sich dadurch an den Bedürfnissen und dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen orientieren.



12

Managementaufgaben

Die Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung stellen hohe Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen und die dort professionell Pflegenden. Dies bezieht sich sowohl auf die fachliche und menschliche Kompetenz jedes einzelnen Mitarbeiters als auch auf die pflegefachliche und organisatorische Gesamtkonzeption der Einrichtung. Menschen mit Demenzerkrankungen benötigen ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Pflege- und Betreuungskonzept, in dem auch ein erhöhter Bedarf an Kommunikation, psychiatrischer Pflege und sozialer Betreuung Berücksichtigung findet. Eine Schlüsselfunktion hat hierbei die Einrichtungsleitung, die für die Personalentwicklung und -planung sowie die strategische Ausrichtung der Einrichtung (z.B. Ausrichtung auf die Bedürfnisse einer bestimmten Klientel/Bewohnergruppe mit ihren jeweiligen Einschränkungen/Ressourcen) verantwortlich ist. Hierzu gehört auch die Sicherstellung einer ausreichenden personellen Besetzung sowohl unter fachlichen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten im Sinne einer bedarfsorientierten Personaleinsatzplanung. Hierzu ist eine kontinuierliche Erfassung des Pflege- und Betreuungsbedarfs der Bewohner der Pflegeeinrichtung durch die Pflegedienstleitung erforderlich. Darüber hinaus ist die Vernetzung der Einrichtung mit Ärzten, Krankenhäusern, ehrenamtlich Tätigen und anderen Einrichtungen (z.B. andere stationäre Einrichtungen, Kirchengemeinden usw.) in der Region eine Aufgabe der Einrichtungsleitung. In diesem Zusammenhang sind auch Konzepte zur Angehörigenarbeit und zum professionellen Beschwerdemanagement zu nennen.

Voraussetzung für ein erfolgreiches Einrichtungsmanagement ist die Verknüpfung unterschiedlicher Maßnahmen zu einem zielorientierten Gesamtkonzept. An dieser Stelle sei eine literarische Anmerkung am Rande gestattet: „Kein Wind ist demjenigen günstig, der nicht weiß, wohin er segeln soll“ (Montaigne).

Die in dieser Grundsatzstellungnahme aufgezeigten Interventionen, Zugänge und Methoden bedürfen der Einbindung in das vorhandene Bewohner bezogene Hauskonzept, was im Rahmen des internen Qualitätsmanagements der regelmäßigen Evaluation unterworfen ist.

Ein in Australien, Neuseeland und Kanada etabliertes Instrument der Qualitätsentwicklung in der Altenhilfe (IQM) wurde von der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (DED) im Rahmen eines Projekts des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf die Demenzzematik hin überarbeitet und weiterentwickelt. Im Mittelpunkt des „Integrierten Qualitätsmanagement-Demenz (IQM-Demenz, 2009) steht die Selbstbewertung der Einrichtung anhand eines umfänglichen Fragenkatalogs in sechs Bereichen: Pflege und Betreuung, Personal-, Informations-, Risiko-, Alltags- und Strategisches Management. In fünf Schritten soll ein kontinuierlicher Prozess der Qualitätsentwicklung erreicht werden, ohne dass damit ein Qualitätssiegel angestrebt wird: der Profilerhebung der Einrichtung folgt die Selbstbewertung (Frage nach dem Erfüllungsgrad verschiedener Qualitätsanforderungen), die in die Qualitätsverbesserungsphase mündet. In der abschließenden Feed-Back-Phase

werden von einrichtungsfremden Fachkollegen die Selbsteinschätzungen und die erreichte Qualität beurteilt. Es handelt sich um ein Instrument mit dem Ziel, einen kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess zu implementieren.

Damit eine auf die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz abgestimmte Pflege und Betreuung gelingen kann, ist bei den professionell Pflegenden (und auch bei allen anderen Mitarbeitern einer Pflegeeinrichtung) die Entwicklung einer entsprechenden „Grundhaltung“ gegenüber dem Pflegebedürftigen erforderlich. Hierbei ist der Mensch mit einer Demenz im Sinne Kitwoods als „Person“ wahrzunehmen. Grundlegend ist dafür ein Verständnis professioneller Pflege, das über die tradierten Ansätze der funktionsbezogenen Körperpflege hinausgeht. Dieses Verständnis entwickelt sich nicht automatisch, sondern muss von der Einrichtungsleitung mit entsprechenden mitarbeiter- und bewohnerorientierten Maßnahmen begleitet werden. Dies umfasst sowohl Maßnahmen der Personalentwicklung als auch Analysen des Arbeitsablaufs einer Organisationseinheit. Zentral ist dabei, dass die Leitung nicht nur vom Schreibtisch aus ihre Managementaufgaben wahrnimmt, sondern auch Präsenz in den Wohnbereichen zeigt. Die Anleitung und Unterstützung der Mitarbeiter vor Ort im Rahmen von Team- und Fallbesprechungen oder auch von Pflegevisiten ist eine zentrale Managementaufgabe. Hierzu gehört auch die direkte Kontaktaufnahme zum Bewohner und seinen Angehörigen, um deren Einbindung sicherzustellen.

Eine bedarfsgerechte Personaleinsatzplanung stellt hierbei den Rahmen für die Umsetzung von Pflege- und Betreuungskonzepten dar. Bedarfsgerecht meint z.B., eine bewohner- aber auch mitarbeiterorientierte Dienstplanerstellung mit variablen Dienstzeiten und mit der Möglichkeit einer flexiblen Leistungserbringung. Starre organisatorische Vorgaben und Tagesstrukturen werden den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz nicht gerecht und sollten im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung dieser Klientel vermieden werden. Für die Planung ist die Berücksichtigung von Bewohner- und Mitarbeiterzufriedenheit gleichermaßen wichtig.

Die Bedeutung der Mitarbeiterorientierung belegt auch die europäische Next-Studie (Simon, M. et al 2005, www.next.uni-wuppertal.de), die die Gründe für einen vorzeitigen Berufsausstieg von Pflegefachkräften europaweit untersuchte. Der Attraktivitätsgrad von Einrichtungen, die Belastungen und Arbeitsbedingungen unterscheiden sich in den einzelnen Einrichtungen erheblich. Wichtige Faktoren, die den Attraktivitätsgrad einer Einrichtung bestimmen sind z.B.: Führungsstil, Managementstil, Personalplanung- und Entwicklung, Autonomie oder Möglichkeiten der eigenen professionellen Entwicklung.

Die Identifizierung „attraktiver Einrichtungen“ und ihrer Merkmale bildet Handlungsansätze für die einzelnen Pflegeeinrichtungen und zeigt die zentrale Bedeutung professionellen Managements und Maßnahmen der Personalentwicklung. Vor dem Hintergrund der sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen und dem wachsenden ökonomischen Druck, dem die Ein-

richtungen ausgesetzt sind, spielen Führung, Management sowie Personalplanung und -entwicklung eine immer wichtigere Rolle.

Um die Fachkompetenz der Mitarbeiter zum Krankheitsbild und zum Umgang mit z.B. herausforderndem Verhalten zu fördern sind regelmäßige Fortbildungen und Begleitung der Mitarbeiter in der Praxis durch die Einrichtungsleitung unabdingbar. Dabei werden sinnvollerweise die fachlichen Kompetenzen aus dem interdisziplinären Netzwerk genutzt. Neues Wissen zu implementieren, ist auch Inhalt von internem Qualitätsmanagement und Personalentwicklungsstrategien.

Die Bearbeitung von schwierigen Bewohner- oder Teamkonstellationen innerhalb fallbezogener oder teambezogener Supervision sind empfehlenswert. In diesem Rahmen kann der Mitarbeiter auch emotional belastende Situationen bearbeiten und wichtige Anhaltspunkte für die Reflexion der täglichen Arbeit finden.

Weitere Instrumente, die der Personal- und Teamentwicklung dienen können sind Konzepte zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Mitarbeiterbefragungen, Mitarbeitergespräche inklusive der Ermittlung des Fortbildungsbedarfs der einzelnen Mitarbeiter.

Bei den nachfolgend (nicht abschließend) genannten konzeptionellen und inhaltlichen Ansätzen handelt es sich nicht ausschließlich um „demenzspezifische Interventionen“, sie stellen aber Grundlagen für die Entwicklung spezieller Konzepte für Menschen mit Demenz dar:

- Das Recht des Bewohners auf größtmögliche Selbstbestimmung ist auch bei einer Demenzerkrankung zu achten.
- Die Einbeziehung des Bewohners und ggf. seiner Angehörigen in alle ihn betreffenden Aspekte der Planung und Organisation ist sicherzustellen.
- Schulungen des Pflege- und Betreuungspersonals und allen anderen Mitarbeitern, die mit Bewohnern in Kontakt stehen zu psychiatrischen Krankheitsbildern, zum Umgang, zur Kommunikation und zu speziellen Betreuungskonzepten. Hier sollte besonders die zentrale Bedeutung der Alltagskommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen für die Lebensqualität der Bewohner(innen) von Pflegeeinrichtungen hervorgehoben werden. Dies kann z.B. durch den Einsatz von Dementia Care Mapping gefördert werden.
- Möglichkeiten der Supervision/kollegialen Beratung von Pflegenden (z.B. in Verbindung mit Fallbesprechungen), die demenzkranke Heimbewohner pflegen und betreuen und dadurch hohen (emotionalen) Belastungen ausgesetzt sind: Durch die bewusste Wahrnehmung eigener Stärken und Schwächen kann ein individueller Lernprozess in Gang gesetzt werden, der auch die Zusammenarbeit der Pflegenden im Team und den Umgang mit emotional belastenden Alltagssituationen positiv beeinflusst.

- Anleitung von Pflegemitarbeitern durch geeignete Instrumente sichern, z.B. Pflegevisiten oder auch Organisationsformen wie das Primary-Nursing.
- Angemessene fachärztliche Betreuung und ggf. Medikation/Einbindung des Arztes sichern (Konzept!).
- Beratung von Angehörigen/Schulung der Mitarbeiter in der Angehörigenberatung.
- Beschwerdemanagement mit konkreter Ablaufplanung.
- Konzeption einer adäquaten Größe der Wohnbereiche, die neben fachlich-organisatorischen Gesichtspunkten auch eine wirtschaftliche und bedarfsorientierte personelle Besetzung sicherstellt.
- Organisations- und Konzeptentwicklung unter Einbeziehung der Mitarbeiter und eines professionellen Projektmanagements.

Diese konzeptionellen und inhaltlichen Ansätze müssen sinnvoll aufeinander abgestimmt und miteinander vernetzt werden, damit eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung durch fachkompetente und motivierte Mitarbeiter in den Einrichtungen geleistet werden kann. Die organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen vor Ort dafür zu schaffen, ist die zentrale Aufgabe des Managements einer Pflegeeinrichtung.



13

**Besondere Anforderungen
an die Pflegeplanung**

Grundsätzlich werden an eine Pflegeplanung für Menschen mit Demenz die gleichen Anforderungen gestellt, wie an andere Pflegeplanungen auch. Die Systematik der Dokumentation muss geeignet sein, die Grundproblematik von Menschen mit Demenz zielsicher und nachvollziehbar abzubilden. So sind zum Beispiel alle Aspekte des herausfordernden Verhaltens bei der Pflegeplanung zu beachten, da diese ein Hauptproblem in der Pflege und Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung darstellen können. Hierbei ist die (sensible!) Anwendung von geeigneten Assessmentverfahren z.B. zur Einschätzung des Ausmaßes von Verhaltensstörungen oder von kognitiven Beeinträchtigungen hilfreich, wobei die (dokumentierte) Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess und eine sorgfältige und entsprechend dokumentierte Krankenbeobachtung durch die professionell Pflegenden zentrale Elemente sind.

Die zentrale Anforderung an eine Pflegeplanung besteht darin, dass die aktuellen Probleme und Ressourcen des Bewohners mit den Zielen der Interventionen und den entsprechenden Maßnahmen abgebildet werden. Hierzu gehört die fortlaufende Evaluation der Ziele und Maßnahmen genauso wie die Einbeziehung des Betroffenen und seiner Angehörigen, ohne die eine individuelle Pflegeplanung und die entsprechende Evaluation nicht möglich sind. Gerade bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz, die nicht oder nur noch wenige Angaben zu ihrer Lebensgeschichte oder zu Vorlieben und Abneigungen verbal kommunizieren können, sind Angehörige/Freunde eine wichtige Informationsquelle. Der Einbezug von Angehörigen ist in zentralen Bereichen des Pflegeprozesses unverzichtbar. So sind Angehörige z.B. eine wichtige Informationsquelle zur Erstellung der Biographie und zur Erfassung der Lebensgewohnheiten des Menschen mit Demenz, die innerhalb der Informationssammlung bzw. Pflegeanamnese erhoben werden. Eine aktive Beteiligung des Angehörigen am Pflegeprozess kann nur gelingen, wenn der individuelle Pflegeplan für ihn (und nach Möglichkeit auch für den Pflegebedürftigen) transparent ist und der Angehörige aktiv mit einbezogen wird. Hierzu gehört auch, dass unterschiedliche Sichtweisen von Professionellen und Angehörigen/Betroffenen bei der Planung berücksichtigt und nach Möglichkeit gemeinsame planerische Festlegungen im Sinne der Selbstbestimmung des betroffenen Menschen getroffen werden (Aushandeln statt Behandeln!). Schließlich sind Angehörige und Betroffene bei der Evaluation von Zielen und Maßnahmen und der ggf. zu erfolgenden Anpassung des Pflegeplans einzubeziehen. Dies kann zum Beispiel im Rahmen der Pflegevisite geschehen. Bei der Informationssammlung ist zu beachten, dass es nicht darum geht, möglichst alles über den Bewohner zu erfahren, sondern pflegerelevante Informationen zu erhalten. Wenn Bewohner und Angehörige dem Pflegeteam bestimmte Informationen nicht geben wollen, so ist das von professionell Pflegenden zu respektieren. Gerade biographische Angaben sind mit besonderer Sensibilität unter Beachtung der Schweigepflicht zu behandeln.

Der Pflegebedürftige ist nach Möglichkeit in die Gespräche einzubeziehen, und es sollte vermieden werden, dass in seinem Beisein nur über ihn gesprochen wird. Angehörigen sollte die Möglichkeit geboten werden, ohne die Anwesen-

heit des Pflegebedürftigen möglicherweise „heikle“ Probleme mit der Bezugspflegekraft zu besprechen. Dieses Vorgehen entlastet sowohl Angehörige als auch Betroffene.

Um die Wahrnehmung und Dokumentation der Klientenperspektive zu sichern kann es hilfreich sein, in der Pflegedokumentation eine „Spalte für die Sichtweise des Pflegebedürftigen“ zu schaffen und dadurch den Blick der Pflegenden immer wieder auf die Bewohnerperspektive zu lenken. Die Sichtweise des Bewohners zu den einzelnen Problemen und damit verbundenen Zielen und Maßnahmen spielt gerade bei psychisch veränderten Menschen eine entscheidende Rolle für den Erfolg der eingeleiteten Maßnahmen.

In der Pflegedokumentation muss sich die individuelle Anwendung der im Pflegekonzept der Einrichtung beschriebenen Ansätze wie z.B. Validation, ROT, Mäeutik, basale Stimulation wiederfinden. Hierzu gehört auch die Begründung für die Auswahl der entsprechenden Methoden für den einzelnen Bewohner und die Beschreibung der Auswirkungen dieser Interventionen. Eine ausschließliche Erwähnung z.B. des Konzeptes „Snoezelen“ ohne individuelle Zielformulierung, Maßnahmenplanung und Evaluation reicht nicht aus.

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiges Kommunikationsmittel der professionellen Pflege und dient unter anderem der Sicherstellung einer fortlaufenden pflegerischen Evaluation. Eine einheitliche Ausrichtung der Pflege und Betreuung, die sich individuell am Einzelfall orientiert (Sicherung durch dokumentierte Fallbesprechungen im Team) und auch Hinweise auf Krisensituationen und entsprechende Interventionen beinhaltet, wird durch die Pflegedokumentation gesichert. Damit spiegelt die Pflegedokumentation den fachlich-professionellen Standard einer Einrichtung und der dort arbeitenden Teams wider. Bei der pflege- und betreuungsintensiven Klientel der Menschen mit Demenzerkrankungen ist eine effiziente und effektive Pflegedokumentation die Basis einer qualitativ hochwertigen und an der Lebensqualität des Betroffenen orientierten Pflege und Betreuung.

14

Empfehlungen zur Good Practice anhand von Erfahrungen aus Modellprojekten



Leitlinien und Standards zur Festlegung einheitlicher Grundlagen der pflegerischen Versorgung und damit auch von Betreuungsmodellen sind - unter Berücksichtigung der besten verfügbaren Evidenz - derzeit erst in der Entwicklung.

Aktuelle Konzepte, die ökologische und biopsychosoziale Einflüsse auf die Lebensqualität berücksichtigen und in der Versorgung durch Pflegende umsetzen, sind nach ersten Erfahrungen und der Evaluation von Modellprojekten so genannte Good Practice Modelle¹. Ausgehend von der These eines zeitnahen Handlungsbedarfs im Bereich der Versorgung demenziell erkrankter Menschen werden daher im Folgenden Empfehlungen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität anhand der Erfahrungen aus Modellprojekten zusammengestellt, mit dem Ziel Good Practice Modelle in angemessener Zeit flächendeckend zu implementieren. Dabei sind die Empfehlungen praxisorientiert, d. h. es werden keine theoretischen Konzepte referiert, sondern in Modellprojekten erfolgreiche Praxis und bewährte Lösungen vorgestellt, die zur Verbesserung der stationären Versorgung demenziell erkrankter Menschen beitragen können. Berücksichtigt wurden dabei insbesondere das MIDEMAS-Projekt (Heeg, S. et al. 2004), die besondere Versorgung Demenzkranker in Hamburg (Weyerer, S. et al. 2006) und das Projekt zur Optimierung der Versorgung von Menschen mit Demenz in Rheinland-Pfalz (Zieres, G., Weibler, U. 2007) sowie die Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten des Bundesministeriums für Gesundheit (Bartholomeyczik, S. et al. 2006).

Grundlegend wird eine Leitbilderstellung mit Darstellung des Pflegeverständnisses und zum Umgang mit an Demenz erkrankten Menschen sowie von Zielen der Behandlung gefordert. Die Entwicklung von Kriterien zur Aufnahme in Wohngruppen nach dem Domus- oder Integrationsprinzip soll die Homogenität fördern und damit die Umsetzung von Struktur- und Prozessveränderungen erleichtern.

Empfehlungen zu den strukturellen Voraussetzungen werden insbesondere im Bereich der sächlichen und baulichen Interventionen sowie des Managements ausgestellt. Bei baulichen Umgestaltungen haben sich Wohnbereiche, die für 8-12 Personen limitiert sind, besonders bewährt. In den Projekten wurden aber auch 15-20 Personen in einer Wohngruppe betreut. Die Gestaltung der Wohnbereiche sollte die Einrichtung einer Wohnküche, von Einzel- und Doppelzim-

¹ **Best practice** ist ein pragmatisches Verfahren. Es systematisiert vorhandene Erfahrungen erfolgreicher Organisationen oder Anwender usw., vergleicht unterschiedliche Lösungen, die in der Praxis eingesetzt werden, bewertet sie anhand betrieblicher Ziele, und legt auf dieser Grundlage fest, welche Gestaltungen und Verfahrensweisen am besten zur Zielerreichung beitragen. Wichtige Elemente sind also: der Verzicht auf den Versuch, das Rad neu zu erfinden, die beste Lösung unbedingt selbst zu entwickeln, statt dessen der Blick über den Zaun, allerdings systematisch: orientiert an klaren Kriterien für die Bewertung, Prüfung der Übertragbarkeit; Praxisorientierung, d.h. keine theoretischen Konzepte sind gefragt, sondern nachweisbar erfolgreiche Praxis. Hilfreich kann es sein, darauf zu verzichten, "die" beste Lösung zu suchen, sondern stattdessen bewährte Lösungen zu prüfen, was sie zur Verbesserung beitragen können: **good practice**. (Quellen Onlineverwaltungsllexikon: www.olev.de)

mern mit vertrautem, altersgerechtem Mobiliar, sowie die Einrichtung von individuellen Rückzugs- oder Themennischen berücksichtigen. Ebenfalls ist Kontakt zum Brandschutz aufgrund der Modifizierung von Bedingungen zur Gestaltung der Räumlichkeiten herzustellen, dazu ist auch ein Einbezug der Heimaufsicht notwendig. Orientierungshilfen mit ausreichender Helligkeit der Umgebung, Verzicht auf spiegelnde Flächen und Achten auf Blendfreiheit sowie der Einsatz von kontrastarmen Böden bieten die geringsten Irritationsmöglichkeiten für kognitiv eingeschränkte Personen. Dabei sollte auch die Möglichkeit unbeschränkten Laufens durch zusammenhängende Räume, die barrierefrei gestaltet sind, gegeben sein. Die Einrichtung eines Freibereiches und Gartens mit ebenfalls angepassten Themennischen trägt zur Verbesserung der Versorgung bei.

Grundsätzlich sind Strukturanforderungen an das Management der Einrichtungen empfehlenswert, die insbesondere die Qualifikationen der Leitungsebenen umfassen und die Sicherstellung von Rahmenbedingungen für das Normalisierungsprinzip gewährleisten. Dazu gehört der Einbezug des Hauswirtschaftspersonals, der Angehörigen und der Laien in die Alltagsgestaltung. Die Schaffung von stützenden Strukturen für die personenzentrierte Pflege umfassen außerdem Einbezug von anderen Einheiten der Pflegeeinrichtung (Vermeidung der Isolation der Wohngruppen innerhalb einer Einrichtung) und ggf. Supervision und externe Beratung. Vor Einrichtung einer Domus- oder Integrationsgruppe sollte für alle Bewohner die medizinische Versorgung sichergestellt werden. Dies könnte durch Kooperationsverträge oder durch Heimärzte geschehen.

Empfehlungen zur Prozessqualität umfassen insbesondere den Einsatz der personenzentrierten Pflege sowie des Normalisierungsprinzips in der Tagesstruktur. In den Mittelpunkt gestellt werden dabei Alltagsorientierung, Biographiearbeit und Milieuthérapie. Besondere Bedeutungen kommen dabei der Validation, der basalen Stimulation, der Reminiszenz-Thérapie, der Bewegung und dem Snoezelen als Formen der verstehenden Kommunikation und Interaktion zu. Im Bereich der Körperpflege habe sich eine Beständigkeit, Vorhersagbarkeit und Reduktion des Pflégetempos bewährt. Die Mahlzeiten sollten insbesondere, wenn der Hauswirtschaftsbereich eingebunden ist, individualisiert werden. Sensorische und konsensuelle Erfahrungen könnten durch gemeinsames Kochen und Mahlzeiteinnahme gesteigert werden. Spezielle Vorlieben der Bewohner sollten ebenso berücksichtigt werden wie der Kalorien- und Vitamingehalt der Ernährung. Die Beschäftigungsangebote sollten von Qualität vor Quantität gekennzeichnet sein. Insbesondere Themennischen, die 10-Min-Aktivierung, situativ offene kreative Thérapien (als Einzel- oder Gruppenthérapie) haben sich bewährt. Die Tagesbegleitung als Normalisierung der Präsenzzeit des Personals wurde besonders empfohlen. Im Bereich der Angehörigenarbeit erwies sich insbesondere die Möglichkeit zur Mitbestimmung am Tagesgestaltungsprozess als ein Förderfaktor der Lebensqualität.

Die Personalqualifizierung umfasste in den Modellprojekten prospektive Fortbildungspläne, Supervision, Feedback und Motivation durch positive Zielformulierungen.

Das Qualitätsmanagement sollte die einheitliche Pflegeplanung, Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Kriseninterventionspläne, Risikomanagement sowie Entwicklung und Anwendung von Leitlinien und Standards beinhalten.

Subjektive Parameter der Ergebnisqualität können durch regelmäßige Befragungen zur Lebensqualität sowohl bei Bewohnern, bei Angehörigen und auch bei Pflegenden erhoben werden. Insbesondere Dementia Care Mapping (DCM) (Seitz, B. 2005) wird zunehmend als Erhebungsinstrument sowohl zur Lebensqualität der Bewohner als auch zur Pflegequalität und Evaluationsinstrument im Bereich der Pflege demenziell erkrankter Menschen eingesetzt.

Der weitere Einsatz von Assessmentinstrumenten, wie Barthel-Index, Schmerzfragebogen, Mini Mental State, RAI, Nosger, CMAI und NPI tragen zur Messung der Ergebnisqualität im Sinne von Outcome-Parametern bei.

15 Literaturverzeichnis

Alonso, Y. Der Einfluss von Haustieren auf die menschliche Gesundheit: Gibt es einen Zusammenhang? In: Gesundheitswesen 61, Stuttgart, New York. 1999, 45-49.

Alzheimer Europe (Hrsg.). Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, Stuttgart. 1999.

Alzheimergesellschaft. Positionspapier Quality research in Dementia (QRD). Program of UK. 1999.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Therapieempfehlungen zur Therapie der Demenz. 3. Auflage 2004, S. 18.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Handlungsleitlinie Demenz. aus: Empfehlungen zur Therapie der Demenz. Arzneiverordnung in der Praxis. 2004.

arznei-telegramm Demenz: Sterblichkeit unter allen Neuroleptika erhöht 2008, 39, 80.

Baier, B. & Romero, B. Rehabilitationsprogramme und psychoedukative Ansätze für Demenzkranke und betreuende Angehörige. In: Förstl, H (Hrsg.). Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg. 2001, S. 385-404.

Ballard, C., O'Brien, J., James, I., Mynt, P., Lana, M., Potkins, D., Reichelt, K., Lee, L., Swann, A. & Fossey, J. Quality of life for people with dementia living in residential and nursing home care: the impact of performance on activities of daily living, behavioral and psychological symptoms, language skills, and psychotropic drugs. Int Psychogeriatr. 2001, 13, 93-106.

Bartholomeyczik, S. et al. Qualitätsniveau II „Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung“. Witten, Bonn. 2006.

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., et al. Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. BMG (Hrsg.) Berlin. 2006.

Basler, H.D. Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD). Universität Marburg: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. 4.4.2007.

Bauer, A. in HK-BUR zu § 1896 Rz144 ff Hüthig. Heidelberg. 2006.

Bauer, B. Die Mensch-Tier-Beziehung und ihre therapeutischen Wirkfaktoren. Quelle: www.uni-wuerzburg.de/sopaed1/breitenbach/delfin/bauer/text.htm 2001 (Zugriff 17.12.2007).

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses. 2006.

Becker, C. et al.: Tagungsbericht zum Modellprojekt Reduktion von körpernahen Fixierungen bei demenzerkrankten Heimbewohnern. Stuttgart, Freiburg. 2006 (erhältlich als PDF unter <http://www.efh-freiburg.de/agp/redufix.htm>).

Becker, C., Lindemann, U. & Reißmann, U. Sturzprophylaxe- Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover. 2003.

Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., & Seidl, U. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.) [The Heidelberg Instrument for Assessing Quality of Life in Dementia Sufferers (H.I.L.DE.)]. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2005, 38 (2), 108-121.

Becker, S., Kasper, R. & Kruse, A. Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2006, 39 (5), 350-357.

BEERS-Liste (Version 2003). Beers, M.H. et al. Arch.Intern.Med 1991, 151, 1825, Fick, D.M., et al.: Arch.Intern.Med 2003, 163, 2716;Erratum 2004,164,1701.

Benkert, O. & Hippus, H. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. Berlin. Heidelberg. 2007.

BGH, Urteil vom 14.Juli.2005 - III ZR 391/04 in NJW 2005, 1937.

Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG. Mannheim. 2001.

Bickel, H. & Statistisches Bundesamt: Bevölkerung Deutschlands bis 2050, Berlin. 2003.

Bickel, H. Die Epidemiologie der Demenz. Informationsblatt „Das Wichtigste 1“ der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. www.deutsche-alzheimer.de. 2006.

Bickel, H. Demenzen im höheren Lebensalter. Schätzungen ihres Vorkommens und der Versorgungskosten. Z Gerontol Geriatr 2001, 34,108-115.

Bickel, H. Die Epidemiologie der Demenz, Das Wichtigste 1, Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Juni 2008.

Bickel, H. Epidemiologie und Gesundheitsökonomie; in Wallesch, C.W. & Förstl, H. (Hrsg.) Demenzen, Referenzreihe Neurologie. Stuttgart. 2005, S. 1 - 15.

Biedermann, M. Reizvolle Düfte. Altenpflege. 2002, 11, 32 – 34.

Bienstein, C. & Fröhlich, A. Basale Stimulation in der Pflege – Grundlagen. Düsseldorf. 2003.

Birks, J., Grimley Evans, J., Iakovidou, V. & Tsolaki, M. Rivastigmine for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(4): CD 001191.

Birks, J.S. & Harvey, R. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev 2003(3). CD 001190.

Bischofsberger, I. Das kann ja heiter werden. Bern. 2002.

BMFSFJ. (Hrsg.) Expertise „Qualität in Pflegeheimen“. 2002.

BMG. Modellprojekte Band 9: KDA Hausgemeinschaften. Eine Dokumentation von 34 Projekten. Hrsg.: Bundesministerium für Gesundheit, erarbeitet vom Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln. 2003.

BMG. http://www.dlr.de/pt/en/Portaldata/45/Resourcen/dokumente/Gesundheitsforschung/Bekanntmachung_LT_Demenz_final.pdf. 2007. (Zugriff: 22.10.09).

BMG. Referenzmodelle, Qualitätsverbesserung in der vollstationären Pflege - Leitfaden zur praktischen Umsetzung des Referenzkonzeptes. Berlin 2006.

Boetsch, T., Stübner, S. & Auer, S. Klinisches Bild, Verlauf und Prognose (mit Fallbeispielen). In: Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H. (Hrsg.). Alzheimer-Demenz. Klinische Verläufe, diagnostische Möglichkeiten, moderne Therapie-strategien. Stuttgart. 2003.

Böhm, E. Ist heute Montag oder Dezember? Erfahrungen mit der Übergangs-pflege. Bonn. 1992.

Böhm, E. Alte verstehen. Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose. Bonn. 1994.

Böhm, E. Pflegediagnose nach Böhm. Kassel. 1994.

Böhm, E. Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Kranken-pflege. Bonn. 1999.

Böhm, E. Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band 1, Grundlagen. Wien. 2004.

Borutta, M., Lennefer, J. & Palm, G. Dementenbetreuung. Der Weg zur richti-gen Vergütung. Altenheim, 2004, 6, 16-19.

Bräutigam, C, et al. Verstehen statt etikettieren: Ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen. Pflege und Gesellschaft. 2005, 10, 83-89.

Bredthauer, D. Wenn Verhaltensprobleme die Betreuung von Demenzpatienten erschweren. MMW-Fortschr. Med. Nr 51-52, 2006, 38-42

Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L. & Walton, P. Conceptualization and Meas-urement of Quality of Life in Dementia: The Dementia Quality of Life Instru-ment (DQoL). *Gerontologist*, 1999. 39 (1), 25-35.

Brooker, D. What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology*, 2004, 13, 215-22.

Brucker, U. Das Betreuungsgesetz. In: J. F. Hallauer ; W. Hofmann (Hrsg.): *Umgang mit Demenz. Pflegequalität steigern und Pflegeverständnis sichern*. Behr's Verlag. Hamburg. 2006, S. 3.

Brucker, U. & Mosbauer, A. Ist der Garten therapeutisch? In: *Garten und Gesundheit-DGGL-Jahrbuch 2008*. München. 2008, S. 77ff.

Bundesjustizamt 2009. http://www.bundesjustizamt.de/cdn_092/nn_1635128/DE/Themen/Justizstatistik/Betreuung/downloads/Verfahren_20nach_20dem_20Betreuungsgesetz_201992_20-_202008,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Verfahren%20nach%20dem%20Betreuungsgesetz%201992%20-%202008.pdf (Zugriff: 06.11.2009).

Bundestagsdrucksache 16/8442 mit Änderungen, Bt-Ds16/13314.

Burgener, S. & Twigg, P. Relationships among caregiver factors and quality of life in care recipients with irreversible dementia. *Journal of Alzheimer Disease and Related Disorders*. 2002, 16, 88 - 102.

Butler, R. N. The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *Psychiatry*. 1963, 26, 65-76.

Butler, R. N. Successful Aging and the Role of the Life Review. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 1974, 22, 529-535.

Chapman, N. J. & Carder, P. C. Privacy needs when visiting a person with Alzheimer's disease: family and staff expectations. *J Appl Gerontol*, 2003, 22, 506-522.

Chaudhury, H. Journey back home: recollecting past places by people with dementia. *Journal of Housing for the Elderly*, 2002, 16, 85-106.

Chung, J.C. & Lai, C.K. als Download: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab003152.html>. 2002 (Zugriff 06.04.2009).

Closs, C.H. & Kempe, P. Störungen im Dialog zwischen Trägern und Leitern von Alteinrichtungen - ein Plädoyer für mehr funktionelle Autonomie von Heimleitungen. In: *Blätter der Freien Wohlfahrtspflege*, 129. Jahrgang 1982, H. 10, S. 247-249.

Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. The effects of an enhanced environment on nursing home residents who pace. *The Gerontologist*. 1998, 38, 2, 199 - 208.

Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. Predictors of aggressive behaviors: a longitudinal study in senior day care centers. In: *The Journals of Gerontology*, 1998, 53B, 5, 300 - 310.

Colemann, P. *Aging and Reminiscence Processes*. Chichester, John Wiley and Sons. 1986.

Corson, S. et al. Pet-facilitated psychotherapy in a hospital setting. *Current Psychiatric Therapies*, 1975, 15, 277 – 285.

Cummings, J.L. et al. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive Assessment of Psychopathology in Dementia. *Neurology*, 1994, 4, 2308-2314.

Cummings, J.L. The Neuropsychiatric Inventory: Assessing Psychopathology in Dementia Patients. *Neurology*, 1997, 48 (Suppl. 6), 10-16.

Dean, R., Briggs, K. & Lindesay, J. The Domus Philosophy: A. Prospective Evaluation of Two Residential Units for the Elderly Mentally Ill. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993a, 8, 807-817.

Dean, R., Proudfoot, R. & Lindesay, J. The Quality of Interactions Schedule (QUIS): development, reliability and use in the evaluation of two domus units. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1993b, 8, 819-26.

DEGAM Leitlinie 6. Pflegende Angehörige. Düsseldorf. 2005.
http://www.degam.de/leitlinien/LL_PA_web.pdf, zuletzt 10.09.09.

Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD (International Classification of Diseases), 9. Revision, Kapitel V. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN). Fünfte Auflage, korrigiert nach der 9. Revision der ICD. Stand: Herbst 1979. Berlin. 1980.

Demenz-Label des Kreises Aachen Version 1.0 vom 8.5.2008 unveröff. Manuskript.

Deuschl, G., Oertel, W., Poewe, W. & Reichmann, H. Parkinson-Syndrom. In: Deuschl, E., Reichmann, H. (Hrsg.): *Gerontoneurologie*. Stuttgart. 2006, 135-157.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.: Empfehlungen zur Begleitung von Demenzkranken in der Sterbephase. Stand: 19.01.2009. <http://www.deutsche-alzheimer.de>.

Deutsche Gesellschaft für Musiktherapie
<http://www.musiktherapie.de/index.php?id=18> (Zugriff 17.12.2007).

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (DNQP). (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe. Osnabrück. 2004.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (DNQP). (Hrsg.). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen. Osnabrück. 2005.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (DNQP). (Hrsg.). Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück. 2006.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (DNQP). (Hrsg.). Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Osnabrück. 2007.

DGEM. DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Stuttgart. 2003. <http://www.dgem.de/leitlinien/I.C.pdf>

DGEM & DGG. Leitlinie enterale Ernährung der DGEM & DGG. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. Stuttgart. 2004. <http://www.dgem.de/leitlinien/01geriatrie100804.pdf>, 2004, zuletzt 06.11.09.

Diakonisches Werk Württemberg. Demenzkranke Menschen im Pflegeheim besser begleiten. Hannover. 2004.

Dialogzentrum Demenz. Assessments in der Versorgung von Personen mit Demenz. Witten. o.J. <http://www.dialogzentrum-demenz.de>. zuletzt 10.09.09.

Diek, M. Wohnen und Wohnumfeld älterer Menschen in der BRD, Heidelberg. 1979.

Diehl, J., Staehelin, H ; Wiltfang, J.; Hampel, H.; Calabrese, P.; Monsch, A. Schmid, R.; Romero, B.; Schunk, M.; Kuhlmann H.P.; Wolter-Henseler, D.K.; Maurer, C.; Stoppe, G.; Kurz, A. Erkennung und Behandlung der Demenz in den deutschsprachigen Memory-Kliniken: Empfehlungen für die Praxis. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2003, 36 (3), 189-196.

DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (DNQP). (Hrsg.). Expertenstandard Schmerzmanagement. Osnabrück. 2005.

Dodel, R. & Bacher, M. Innovative Therapie der Alzheimer-Demenz. Der Nervenarzt 2008, Vol 79 (3), 149-158.

Doody, R.S., Stevens, J.C., Beck, R.N. et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Neurology. 2001, 56, 1154-1166.

Dürmann, P. Das Seniorenpflegeheim Polle. In: Besondere stationäre Demen-tenbetreuung. Dürmann, P. (Hrsg.), Hannover. 2001, S. 80-109.

Ehrhardt, T. & Platter, A. Verhaltenstherapie bei Morbus Alzheimer. Göttingen. 1999.

Esquirol JED. Des Maladies Mentales. Considérées sous les rapports Médical, Hygiénique et Médico-légales. Bruxelles. 1838.

Ettema, T.P., Droes, R.M., de Lange, J., Mellenbergh, G.J. & Ribbe, M.W. A review of quality of life instruments used in dementia. Qual Life Res 2005, 14(3), 675-686.

Evans, D., Wood, J., Lambert, L. & Fitzgerald, M. Physical Restraint in Acute and Residential Care. York. 2002.

Evans, D., Hodgkinson, B., Lambert, L., Wood, J., & Kowanko, I.: Falls in Acute Hospitals. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery, National Library of Australia, 1998.

Feil, N. Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München. 2000.

Ferrell, B.A. et al. "Pain in the nursing home." JAGS. 1990. 38, 409-414.

Fischer, T., Spahn, C. & Kovacs, C. Die „Serial Trial Intervention“(STI) Pflegezeitschrift 2007(7), 370ff.

Fleer, B. Lebensqualität von Heimbewohnern mit psychischen Störungen - Wie wird sie beeinflusst vom Paradigma der ganzheitlichen Pflege und dem Pflegeprozess. Münster. 2004.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. „Mini Mental State“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. Journal of Psychiatric Research. 1975, 12, 189 – 198.

Ford, G. & Olbrich, E. Alte Menschen und Tiere: Zum Verstehen einer hilfreichen Beziehung. In: Olbrich, E., Otterstedt, C.: Menschen brauchen Tiere, Stuttgart. 2003, S. 304-318.

Förstl, H. Demenzen in Theorie und Praxis. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York 2008.

Förstl, H. & Calabrese, P. Rationelle Diagnostik. In Förstl, Hans (Hrsg.) Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin, Heidelberg New York. 2001, S. 221-229.

Förstl, H. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie. Thieme Verlag Stuttgart, New York 2003.

Fröhlich, A. in <http://www.socialnet.de/rezensionen/908.php/>, Zugriff 15.01.2007.

Gaier, M. Dementia Care Mapping. "Die Leitung muss hinter der Sache stehen". Altenheim, 2005, 44, 20-21.

Gehrs, M. Leitlinien zum Umgang mit desorientierten Patienten. Die Schwester/Der Pfleger, 2001, 40, 722-729.

Gerth, C. Ruhe auf Rezept; DIE ZEIT, 05.02.2009; <http://www.zeit.de/2009/07/N-Neuroleptika>.

Goffman, E. Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt. 1972.

Goldsmith, M. & Marshall, M. Hearing the voice of people with dementia. London. 1996.

Gonzalez-Salvador, T., Lyketsos, C.G., Baker, A., Hovanec, L., Roques, C., Brandt, J. et al. Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000, 15(2), 181-189.

Granger, C.V. et al: Performance profiles of the functional independence measure. *Am J Phys Med Rehabil.* 1993, 72, 84-89.

Guigoz, Y. et al. Mini Nutritional Assessment. A Practical assessmenttool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology. Supplement*, 1994, 2, 15 – 59.

Gwyther, L.P. Social issues of the Alzheimer's patient and family. *Am J Med* 1998, 104(4A):17-21.

Haberl, R.L. & Schreiber, A.K. Vaskuläre Demenzen. In: Wallesch, C.W. & Förstl, H. (Hrsg.) *Demenzen*. Stuttgart, New-York. 2005, S. 221 – 229.

Halek, M. & Bartholomeyczik, S. Verstehen und handeln. Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Hannover. 2006.

Hall, G.R. & Buckwalter, K.C. Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1987, 6, 399 – 406.

Hallauer, J. F.. Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2000 (5), 73-79.

Hallauer, J.F. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. 2005.

Hampel, H., Padberg, F. & Möller, H.J. (Hrsg.). *Alzheimer Demenz*. Stuttgart. 2003.

Hampel, R. Pflegewissenschaftliche Diplomarbeit zu „Lebensqualität und Demenz“ mit kritischer Analyse vorhandener Verfahren. 2006.

Hautzinger M. Verhaltenstherapie. In: Förstl H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –psychotherapie*, Stuttgart, New-York. 2003, S. 174 – 187.

Horstedt, C. & Christiansen, T. Mulige metoder og instrumenter til effektivvurdering af indsatser over for demensramte patienter - gennemgang og beskrivelse af instrumenterne. 2006.

Heeg, S., Radzey, B., Kuhn, C., Weyerer, S., Schäufele, M., Rockenbach, C. & Köhler, L. Darstellung des Projekts Milieutherapie – Einführung milieutherapeutisch orientierter Demenzwohngruppen im stationären Bereich mit begleitender Evaluation (MIDEMAS) – Stuttgart. *Demenz Support* Stuttgart. 2004 (Als download (pdf) verfügbar unter: http://www.demenz-support.de/php/materialien/midemas_abschlussbericht.pdf).

Hegedusch, E. & Hegedusch, L. Tiergestützte Therapie bei Demenz. Hannover. 2007.

Hein, B. Validative Pflege. Schlüssel zur Welt dementer Menschen. Pflegen Ambulant. 2006, 2, 9 - 13.

Hertogh, C.M., The, B.A., Miesen, B.M. & Eefsting, J.A. Truth telling and truthfulness in the care for patients with advanced dementia: an ethnographic study in Dutch nursing homes. Soc Sci.Med 2004, 59(8), 1685-1693.

Hirsch, R.D. Humor ist lernbar – Aspekte zu Heiterkeit und Humor im Alter. Bonn. 2005.

Hoe, J., Hancock G., Livingston G. & Orrell M. Quality of life of people with dementia in residential care homes. Br J Psychiatry. 2006,188, 460-464.

Höwler, E. Gerontopsychiatrische Pflege. Hagen. 2000.

Hoffmann, B. & Klie, T. Freiheitsentziehende Maßnahmen – Unterbringung und unterbringungsähnliche Maßnahmen in Betreuungsrecht und -praxis. 2004.

Hulsegge, J. & Verheul, A. Snoezelen - Eine andere Welt. Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte (Hrsg.). Marburg. 1997.

Ibach, B. Frontotemporale Demenzen. In: Wallesch, C.W. & Förstl, H. (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart, New-York. 2005, S. 180 – 195.

Ihl, R. et al. Entwicklung und Validierung eines Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Fortschr Neurol Psychiatr, 2000, 86, 413-422.

Innes, A., Capstick, A. & Surr, C. Mapping out the framework. Journal of Dementia Care, 2000, 8: 20-21.

IQM-Demenz <http://www.iqm-demenz.de/html/anbieter.asp>; zuletzt 14.7.2009.

IQWiG Bericht zu Cholinesterasehemmer bei Alzheimer Demenz. IQWiG 2007 http://www.iqwig.de/download/A05-19C_Vorbericht_Memantin_bei_Alzheimer_Demenz.pdf zuletzt 14.07.2009.

Ivemeyer, D. & Zerfaß, R. Demenztests in der Praxis. München. 2005.

Joanna Briggs Institute: Falls in Hospitals. Best Practice 2 (2), 1998, 1-6, <http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/bpfalls.pdf>

Jonas, I. Türen in eine verschlossen Welt öffnen. ProAlter (Hrsg. KDA), 2000, 33, 24-34.

Kämmer, K. Gemeinsame Sprache sprechen. Altenpflege, 2003, 28, 35-38.

Kämmer, K. Körperbezogene Aspekte in der Begleitung demenzkranker Menschen. In: Wächtler, C. (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart. 2003, S. 76 – 83.

- Kaplan G.A., Turrell G., Lynch, J. W., Everson, Helkala E.-L. & Jukka T Salonen J.T. Childhood socioeconomic position and cognitive function in adulthood. *International Journal of Epidemiology* 2001(30), 256-263.
- Karp, A., Am, J. Epidemiol. 2004, 159, 175-183.
- Kellnhauser, E. et al. (Hrsg.) Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Stuttgart, New York. 2000.
- Kellnhauser, E., Schewior-Popp, S. & Sitzmann, F. (Hrsg.) Thiemes Pflege. Professionalität erleben. Stuttgart. 2004.
- Kesseler, J. et al. DemTect: A new screening method to support diagnosis of dementia. *Psycho* 2000, 226, 343-347.
- Kiefer, B. & Rudert, B. Der therapeutische Tischbesuch TTB – die wertschätzende Kurzzeitaktivierung. Hannover. 2007.
- Kiel, D.P. et al. Efficacy of a hip protector to prevent hip fracture in nursing home residents: The HIP-PRO randomized controlled trial. *JAMA* 2007 Jul 25; 298:413-22.
- Kirsch, S. & Wassermann, J. Eine Initiative zur Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen mit verfahrensrechtlichem Ansatz „Der Werdenfelser Weg“. *BtPrax* 2009, 109.
- Kirsch, S. Der Werdenfelser Weg - Ein verfahrensrechtlicher Ansatz zur Reduzierung von Fixierungsmaßnahmen. *Deutsche Richter Zeitung (DRiZ)*, 2009, 253-255
- Kitwood, T. & Bredin, K. Towards a Theorie of Dementia Care. – Personhood and Well-being. Ageing and Society. Cambridge. 1992.
- Kitwood, T. Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Deutschsprachige Ausgabe hrsg. von C. Müller-Hergl. Bern. 2004.
- Kitwood T. & Benson, S.. The new Culture of Dementia Care. London. 1995.
- Kitwood, T. Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Göttingen. 2000.
- Kleiner, J. Hausgemeinschaften. Wer macht was? *Altenheim*, 2005, 44, 40-43.
- Koch-Straube, U. Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern. 2003.
- Kolanowski, A.M. Bedürfnisbedingtes Verhaltensmodell bei Demenz (NDB-Modell), Darstellung in Anlehnung an Halek, M. & Bartholomeyczik, S. Hannover. 2006.
- Kors, B. & Seunke, W. Gerontopsychiatrische Pflege. München/Jena. 2001.

Kovach, C. R., Griffie, J., Muchka, S., Noonan, P. E., & Weissman, D. E. Nurses' perceptions of pain assessment and treatment in the cognitively impaired elderly. It's not a guessing game. Clin Nurse Spec, 2000, 14(5), 215-220.

Kraepelin, E. Psychiatrie. 6. Auflage. Leipzig. 1898.

Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig. 1910.

Kramer, H. Licht für pflegebedürftige Menschen In: Pro Alter 3/2009 S. 19f.

Kunz, R. Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenzerkrankungen, Geriatrie Journal. 2002, 6.

Kuratorium Deutsche Altershilfe. (Hrsg.). Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen. Köln. 2000.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Die Qualitätsgeleitete Pflegeoase: Ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. In: Pro Alter 2009. 2, 46-51.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Licht + Farbe – Wohnqualität für ältere Menschen. Köln. 2009.

Kutschke, A. „Mein Mann ist viel ruhiger und entspannter geworden“. Die Schwester Der Pfleger. 2006, 45, 9, 730-732.

Lärm, M., Schillhuber, F. & Goerlich, C. Pflege und Betreuung. Rieseby. 2003.

Lärm, M. (Vorsitzende Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung) (Hrsg.) Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen. Rieseby. 2005.

Lauque, S. et al. Testwerkzeuge für die Ernährungsanamnese bei älteren Personen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Supplement 1, 1999, 32, 45-54.

Lawton, M.P. Assessing quality of life in Alzheimer disease research. Alzheimer Dis.Assoc.Disord. 1997, 11 Suppl 691-99.

Lawton, M.P. Quality of life in Alzheimer disease. Alzheimer Dis.Assoc.Disord 1994, 8 Suppl 31, 38-150.

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie; 4. überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart oder als Download: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/030-029.htm> zuletzt 06.04.2009.

Leptin, T. Pflegekonzepte in der Gerontopsychiatrie, Hannover. 2004.

Letenneur, L., Gilleron, R.D. & Commenges, R.D. Are sex and educational level independent predictors of dementia and Alzheimer's disease? Incidence data from the PAQUID project. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1999, 66, 177 – 183.

LG Kassel in BtPrax 1997, 38.

Lind, S. Eine angemessene Lebenswelt schaffen. *Altenheim*. 2000, 39, 14-17.

Lind, S. Rezension vom 26.03.2009 zu: Svenja Sachweh: *Spurenlesen im Sprachdschungel*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 2008. In: socialnet Rezensionen unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/6389.php>, zuletzt: 23.07.2009).

Logsdon, R.G., Gibbons, L.E., McCurry, S.M. & Teri, L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med* 2002, 64(3), 510-519.

Lohmann, R. & Heuft, G. Förderung der Entwicklungspotentiale im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 1995, 28, 236-241.

Loy, C. & Schneider L. Galantamine for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004(4):CD 001747.

Lyketsos, C.G., Gonzales-Salvador, T., Chin, J.J., Baker, A., Black, B. & Rabins, P. A follow-up study of change in quality of life among persons with dementia residing in a long-term care facility. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2003, 18, 275-281.

Maciejewski, B., Sowinski, C., Besselmann, K. & Rückert, W. Poster: *Qualitäts-handbuch Leben mit Demenz*. KDA (Hrsg.). 2001.

MAGS NRW: Referenzmodelle 3 - zur Förderung der qualitätsgesicherten Weiterentwicklung der vollstationären Pflege. 2004 - 2006 / Version 1.

Mahoney, F.L. & Barthel, D.W. Functional Evaluation: The Barthel Index. *MD State Med J*, 1965, 14, 61-65.

Martin-Cook, K., Hynan, L.S., Rice-Koch, K., Svetlik, D.A. & Weiner, M.F. Responsiveness of the quality of life in late-stage dementia scale to psychotropic drug treatment in late-stage dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2005, 19(2-3), 82-85.

Mc Caffery, M. *Schmerz*. Stuttgart/Jena 1997.

MDS, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) *Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“*. Essen. 2003.

MDS, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (Hrsg.). *Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*, Essen. 2005. - darin: Anlage 2: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005 (S. 15-60) und: MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege vom 10. November 2005, S. 61-204

MDS (Hrsg.): *Grundsatzstellungnahme: Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung für demenziell Erkrankte*. Essen. 2009.

- Meister, K. & Seeling, S. Öle: mehr als ein Hautpflegemittel. *Pflegezeitschrift*. 2009, 210-213.
- Menebröcker, C. Mehr Genuss durch Sinnesreize. *Die Schwester Der Pfleger*, 2006, 45, 8, 604-607.
- Menzi-Kuhn, C. Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen. Universität Maastricht (NL) Fakultät der Gesundheitswissenschaften, Fachrichtung Pflegewissenschaft. 2006.
- Mittelstraß, J. (Hrsg). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Band 2, Stuttgart, Weimar. 1995.
- Müller-Hergl, Ch. Stress rechtfertigt keine Lügen. In: *pflegen: Demenz* 2009, 11, S. 30 m.w.
- Müller-Schulz, H. Wenn der Bewohner nicht essen will. Ernährungsprobleme bei Demenzkranken. *Pflegen ambulant*. 2006, 17, 49-51.
- Naegele, G., Schnabel, E., Schönberg, F. & Schulz-Hausgenoss, A. Bericht zur Arbeit in der ersten Förderphase – Projekt A1: Entwicklung und Evaluation eines Instrumentes zur Erfassung des patient view von demenziell Erkrankten in vollstationären Einrichtungen als Grundlage für eine Ressourcen erhaltende Pflege. 2006.
- NEXT-Studie. 2005. <http://www.next.uni-wuppertal.de>, zuletzt 10.09.2009
- NICE Leitlinie 42 <http://guidance.nice.org.uk/CG42/Guidance/doc/English> zuletzt 5.6.2009.
- Niebuhr, M. (Hrsg.) Interviews mit Demenzkranken. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln. 2004.
- Niepel, A. Ist Warten therapeutisch? <http://www.garten-therapie.de/warten.html> zuletzt: 20.Juli 2009.
- Nijs, K. A., de Graaf, C., Kok, F.J. & van Staveren, W.A. Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial. *Br Med J*, 20-5-2006, 332, 1180-1184.
- Pantel, J. et al. Abschlussbericht "Psychopharmaka im Altenpflegeheim". Eine interdisziplinäre Untersuchung unter Berücksichtigung gerontopsychiatrischer, ethischer und juristischer Aspekte. 2006.
- Pentzek, M. & Abholz, H.H. Das Übersehen von Demenzen in der Hausarztpraxis - der Stand der Forschung zu möglichen Einflussfaktoren. *Jahrbuch für Kritische Medizin*. 2004, 40, 22-39.
- Pentzek, M. & Abholz, H.H. Das Erkennen von Demenzen in der Hausarztpraxis - eine kritische Übersicht zur Studienlage. *NeuroGeriatric*. 2004, 1, 69-76.

Perrar, K.M., Sirsch, E. & Kutschke, A. Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe Stuttgart. 2007.

Pinquart, M. & Sorensen, S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 2003, 58, 112-128.

Popp I. Pflege dementer Menschen. Stuttgart. 1999.

Powell, J. Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. KDA (Hrsg.). 2000.

Prell, M. Psychobiographisches Pflegemodell nach Prof. Böhm. http://pflegen-online.de/download/artikel_prell_2005.doc zuletzt 08.07.2009.

Rabins, P. & Kasper, J.D. Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer Dis.Assoc.Disord* 1997,11 Suppl 6100-104.

Radzey, B. & Heeg, S. Demenzzranke in der stationären Versorgung: Versorgungskonzepte und „offene“ Forschungsfragen. In: BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hrsg.): Qualität in der stationären Versorgung Demenzzranke (Dokumentation eines Workshops). Schriftenreihe des Bundesministeriums. Band 207.2. Stuttgart [u. a.]. 2001, S. 19-40.

Radzey, B. Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung demenziell Erkrankter (Literatur-Expertise). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Band 207.1. 2001.

Radzey, B., Heeg, S. & Goerlich, C. Kurzevaluation von Wohngruppen für Verwirrte in Frankreich und den Niederlanden. KDA-Reihe Thema. Köln. 2001.

Ready, R.E., Ott, B.R. & Grace, J. Insight and cognitive impairment: effects on quality-of-life reports from mild cognitive impairment and Alzheimer's disease patients. *Am J Alzheimers.Dis.Other Demen.* 2006, 21(4), 242-248.

ReduFix 2007. Becker, C. ReduFix. Alternativen zu Fixierungsmaßnahmen [...]. Hannover. 2007. Referenzmodell NRW. http://www.mags.nrw.de/04_Soziales/1_Pflege/Leben_im_Heim/Referenzmodell_e/index.php zuletzt:24.07.2009.

Reimer, M. A., Slaughter, S., Donaldson, C., Currie, G. & Eliasziw, M. Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. *J Am Geriatr Soc*, 2004, 52, 1085-1092.

Renneke, S. Die Pflege dementer Menschen im Pflegeheim: "Alles ist so still hier". *Pflege Z.* 2005, 58, 297-300.

Reuschenbach, B. & Mallau, A. Snoezelen bei Demenz: Disco im Altenheim oder sinnvolles therapeutisches Angebot? *Pflege Z.* 2005, 58, 304-308.

Ribi, U. (o.J.). Pausomit heißt Patientenurteil. Sozio-Milieuthérapie und ist ein Ergebnismessinstrument. Wil (Schweiz.) verfügbar unter <http://www.psychiatrie-nord.sg.ch/home/infos/publikationen/vorjahre.Par.0027.DownloadListPar.0003.FileRef.tmp/Pausomit.pdf> (Zugriff 06.11.2009).

Richard, N. Wertschätzende Begegnungen - Integrative Validation (IVA). In: Dürrmann, P. (Hrsg.). Besondere stationäre Demenzenbetreuung. Hannover. 2001, S. 56-61.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bd. Gemeinsam Betreuen. Bern. 2007, 15.

Rosenblatt, A., Samus, Q.M., Steele, C.D., Baker, A.S., Harper, M.G., Brandt, J. et al. The Maryland Assisted Living Study: prevalence, recognition, and treatment of dementia and other psychiatric disorders in the assisted living population of central Maryland. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004, 52(10), 1618-1625.

Rösler, M., Retz, W. & Thome, J. Alzheimer Krankheit. Weinheim. 1997.

Roth, G. Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V. Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund. Dortmund. 2002.

Ruof, J., Mittendorf, T., Pirk, O., & von der Schulenburg, J.M. Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. *Health Policy* 2002 Apr 60(1), 59-66.

Rutenkröger, A. & Kuhn C. Im Blick haben. Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. 2008. – als Download unter: http://www.demenz-support.de/materialien/Forschungsbericht_Pflegeoase_Holle.pdf zuletzt 09.07.2009.

Rüttinger, B. & Sauer, J. Konflikt und Konfliktlösen. Leonberg. 2000.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 Ziff. 604 S. 471.

Sachweh, S. <http://www.talkcare.de/index.html>. zuletzt 12.08.2009.

Sachweh, S. Spurenlesen im Sprachdschungel. Kommunikation und Verständigung mit demenzkranken Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle. 2008.

Saup, W. Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen. Stuttgart. 1984.

Schäufele, M. et al. Qualitätsniveau I Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen in stationären Einrichtungen. Mannheim. 2006.

Schmidt, R. Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege von Menschen mit Demenz - eine Übersicht über den "Stand der Kunst". In: Entwicklungslinien im Gesundheits- und Pflegewesen. Klie, T., Buhl, A., Entzian, H. & Schmidt, R. (Hrsg.), Frankfurt. 2003, S. 243-267.

Schmidt, R. Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslageperspektive. Band 1. Otto, U. & Bauer, P. (Hrsg.), Tübingen. 2005, S. 575-616.

Schmidt-Hackenberg, U. 10 Minuten für mehr Lebensqualität. Pflegen ambulant, 2005b, 16, 38-41.

Schmidtke, H. & Hüll, M. Alzheimer Demenz. In: Wallesch, C.W. & Förstl H (Hrsg.): Demenzen. Stuttgart, New-York. 2005, S. 152 – 174.

Schreiner, A.S., Yamamoto, E. & Shiotani, H. Positive affect among nursing home residents with Alzheimer's dementia: the effect of recreational activity. Aging Ment.Health 2005, 9(2), 129-134.

Schrems, B. Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege. Opladen. 2003.

Schwerdt, R. & Reisach, B. Moralische Kompetenz im Umgang mit Menschen in Demenzprozessen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bd. Ethik und Recht Bern. 2007, 33.

Seitz, B. Dementia Care Mapping als Instrument zur Qualitätssicherung und -verbesserung der Demenzpflege in Pflegeeinrichtungen. Med Sach. 2005, 6, 201-203.

Selai, C. Assessing quality of life in dementia. Med Care 2001, 39(8), 753-755.

Selwood, A., Thorgrimsen, L. & Orrell, M. Quality of life in dementia - a one-year follow-up study. Int J Geriatr Psychiatry. 2005, 20(3), 232-237.

Simon, M., Tackenberg, P., Hasselhorn, H.M., Kümmerling, A., Büscher, A. & Müller, B.H. Auswertung der ersten Befragung der NEXT-Studie in Deutschland. Universität Wuppertal. 2005. <http://www.next.uni-wuppertal.de>

Smith, S. C., Lamping, D. L., Banerjee, S., Harwood, R., Foley, B., Smith, P. et al. Measurement of health-related quality of life for people with dementia: development of a new instrument (DEMQOL) and an evaluation of current methodology. Health Technol.Assess. 2005, 9(10), 1-4.

Staack, S. Milieuthérapie. Ein Konzept zur Betreuung demenziell Erkrankter. Hannover. 2004.

Staehelin, H.B. Epidemiologie der Demenzerkrankungen. Schweiz Med Forum 2004, 4, 247-250.

Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands bis 2050. Berlin. 2003.

- Stoppe, G. Diagnose und Differentialdiagnose der Demenzerkrankungen. In: Wächter, C. (Hrsg.). Demenzen. Stuttgart. 1997, S. 17-39.
- Student, J.C., Mühlum, A. & Student, U. Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care. München. 2004.
- Synofzik, M. PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz: eine evidenz gestützte ethische Analyse. Nervenarzt. 2007, 78(4), 418-428.
- TAnDem: Haberstroß, J., Neumeyer, K., Schmitz, B. & Pantel, J. TAnDem: Entwicklung, Durchführung und Evaluation eines Kommunikationstrainings für pflegende Angehörige von Demenzpatienten. In: Teising, M., Drach, L.M., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R. Wolter, D.K. (Hrsg.). Alt und psychisch krank. Stuttgart. 2007, S. 328ff.
- Teising, M., Drach, L.M., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R. & Wolter, D.K. (Hrsg.): Alt und psychisch krank. Stuttgart. 2007.
- Thorgrimsen, L., Selwood, A., Spector, A., Royan, L., de Madariaga, L.M., Woods, R.T. et al. Whose quality of life is it anyway? The validity and reliability of the Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) scale. Alzheimer Dis.Assoc.Disord 2003,17(4), 201-208.
- Tremmel, L. & Spiegel, R. Clinical experience with the Nosger: Tentative normative data and sensitivity to change. International Journal of Geriatric Psychiatry, 1993, 8, 311-317.
- Trilling, A., Bruce, Hodgson & Schweitzer. Erinnerungen pflegen. Hannover. 2001.
- Tschirner, K. Den Schatz der Erinnerungen heben. Altenpflege. 1997, 22, 43-45.
- van den Bussche, H., Weyerer, S., Schäufele, M., Lübke, N., Schröfel, S.C & Dietsche, S. Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland -Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2009, 240-246.
- van der Kooij, C. Die Wechselwirkung von Gefühlen - Basis der Pflegebeziehung. In: Nübel, G. & Kuhlmann, H.P. (Hrsg.) Die ungepflegten Alten. Jahrbuch der Gerontopsychiatrie. Gütersloh. 2000a, S. 49-52.
- van der Kooij, C. Der Lohn ist ein Lächeln. Mäeutik: Die Methode des gefühlsmäßigen Wissens. Heim+Pflege, 2000b, 31, 278-284.
- van Weert, J.C., Kerkstra, A., van Dulmen, A.M., Bensing, J.M., Peter, J.G. & Ribbe, M.W. The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers. Int J Nurs Stud. 2004, 41, 397-409.
- Vedder, B. Was ist Hermeneutik? Ein Weg von der Textdeutung zur Interpretation der Wirklichkeit. Stuttgart. 2000.

Vlad, S., Miller, D.R., Kowall, N.W. & Felson, D.T. Protective effects of NSAIDs on the development of Alzheimer disease. *Neurology*. 2008, 70, 1672-1677.

Volkert, D. et al. Leitlinie Enterale Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 2004, 29, 198 - 225.

Vollmar, H.C., Butzlaff, M.E., Lefering, R. & Rieger, M.A. Knowledge translation on dementia: a cluster randomized trial to compare a blended learning approach with a "classical" advanced training in GP quality circles. *BMC Health Services Research* 2007, 7, 92 und: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/92>.

Wächtler, C. (Hrsg). *Demenzen*. Stuttgart, New York. 1997, S. 17-39.

Wagner G, Abholz H: Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2002, 78, 239-244.

Wagner Jauregg, J. Über die Einwirkung der Malaria auf die Progressive Paralyse. *Psychiatr. Neurol. Wschr.* 1918, 21/22, 132-134.

Wahle, M., Häller, S. & Spiegel, R. Validation of the NOSGER: Reliability and validity of a caregiver rating instrument. *International Psychogeriatrics*, 1966, 8, 525 – 548.

Walker, M.D, Salek, S.S. & Bayer, A.J. A review of quality of life in Alzheimer's disease. Part 1: Issues in assessing disease impact. *Pharmacoeconomics*. 1998, 14 (5), 499-530.

Wallesch, C.-W. & Förstl, H. *Demenzen*. Stuttgart, New York. 2005.

Watson, Y.I., Arfken, C.L. & Birge, S.J. Clock completion: an objective screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc.* 1993, 21/22, 1235-1240.

Wells, D. L. & Dawson, P. Description of retained abilities in older persons with dementia. *Res Nurs Health*, 2000a, 23, 158-166.

Wells, D.L., Dawson, P., Sidani, S., Craig, D. & Pringle, D. Effects of an abilities-focused program of morning care on residents who have dementia and on caregivers. *J Am Geriatr Soc*, 2000b, 48, 442-449.

Weyerer, S. Altersdemenz. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 2005, 28.

Weyerer, S., Schäufele, M., Hendlmeier, I., Kofahl, C. & Sattel, H. *Demenzkranken Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich*, Stuttgart. 2006.

Whitehouse, P.J., Orgogozo, J.M., Becker, R.E., Gauthier, S., Pontecorvo, M., Erzigkeit H et al. Quality-of-life assessment in dementia drug development. Position paper from the International Working Group on Harmonization of Dementia Drug Guidelines. *Alzheimer Dis.Assoc.Disord.* 1997,11 Suppl, 356-60.

Wojnar, J. Demenzkranke verstehen. In: Dürrmann, Peter (Hrsg.). *Besondere stationäre Dementenbetreuung.* Hannover. 2001.

Wojnar, J. *Die Welt der Demenzkranken. Leben im Augenblick.* Hannover 2007.

Wolter, D. Risiken von Antipsychotika im Alter, speziell bei Demenzen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie.* 2009, 22 (1), 17–56.

Wood, S.A. et al. Assessing the Impact of Neuropsychiatric Symptoms on Distress in Professional Caregivers. *Aging & Mental Health,* 1999, 3, 3, 241-245.

Ziegler, S., Arndt, C. & Windeler, J. Donepezil, Rivastigmin und Galantamin in der Therapie der Demenz vom Alzheimer-Typ. Essen. 2002.

Zieres, G. & Weibler, U. *Herausforderung Demenz.* MDK Rheinland-Pfalz, 2007

Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist.* 2005, 45 Spec No 1, 96-105.

Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams, C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., Boustani, M. & Dobbs, D. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes. *Gerontologist.* 2005b, 45 Spec No 1, 133-146.

16 Anlage

deutsch/englisch 2000-2006

Datenbanken:

- Medline
- Gerolit
- CINAHL

Suchnummer		Keywords
1		Demen?
2		Langzeitpflege <u>OR</u> stationäre Pflege <u>OR</u> long term care <u>OR</u> nursing home <u>OR</u> geriatric psychiatry
3		1 AND 2
4	3 <u>AND</u>	Assessment <u>OR</u> Instrument <u>OR</u> Test AND pflege <u>OR</u> nurs

Suchnummer		Keywords
5	3 <u>AND</u>	Milieu (Mileuthérapie, Milieugestaltung) <u>OR</u> Lebenswelt <u>OR</u> Lebensstil OR Biografie
6	3 <u>AND</u>	Lichttherapie
7	3 <u>AND</u>	Wohngruppe <u>OR</u> Hausgemeinschaft or Wohngemeinschaft
8	3 <u>AND</u>	Segregation <u>OR</u> Integration <u>OR</u> Domus <u>OR</u> Normalisierung
9	3 <u>AND</u>	Oase <u>OR</u> drei Welten
10	3 <u>AND</u>	Beschäftigung
11	3 <u>AND</u>	Kommunikation

Suchnummer		Keywords
12	3 <u>AND</u>	Angehörige <u>OR</u> mh AND

Suchnummer		Keywords
22	3 <u>AND</u>	Selbst Erhaltungs Therapie <u>OR</u> SET
23	3 <u>AND</u>	Nachtcafé <u>OR</u> Nachtkaffee
24	3 <u>AND</u>	Tier
25	3 <u>AND</u>	Snoezelen
26	3 <u>AND</u>	Tellington Touch Methode <u>OR</u> therapeutic touch
27	3 <u>AND</u>	Realitätsorientierungstraining <u>OR</u> Realitäts Orientierungs Training <u>OR</u> ROT
28	3 <u>AND</u>	Massage
29	3 <u>AND</u>	aroma therapy
30	1 <u>AND</u>	professionelle Pflege <u>OR</u> professional care
31	3 <u>AND</u>	Belastung <u>OR</u> burn out

Suchnummer		Keywords
32	1 <u>AND</u>	AND pflege <u>OR</u> Weiterbildung <u>OR</u> Fortbildung



MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

45116 Essen

Telefon: 0201 8327-0

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de