

Ingrid Hametner

100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz

Diagnostik & Symptome – Kommunikation & Hilfe –
Krisen & Interventionen

Mit dem
neuen Pflege-
bedürftigkeits-
begriff

4., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS



S

schlütersche

Ingrid Hametner

100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz

4., aktualisierte Auflage

PFLEGE

PRAXIS

- Diagnostik & Symptome
- Kommunikation & Hilfe
- Krisen & Interventionen

schlütersche

Ingrid Hametner ist Diplom-Pädagogin, Gesundheits- und Pflegefachkraft, Pflegepädagogin sowie ausgebildete Management- und Personaltrainerin. Sie ist seit vielen Jahren u. a. in der Fortbildung von Pflegefachkräften tätig.

*Egal, wie alt du bist oder wie du lebst –
du bist etwas Besonderes und Einzigartiges.*

*Weil du bist, wie du bist, hat Dein Leben
eine Bedeutung.*

BARBARA DE ANGELIS





pflegebrief – die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-89993-961-3 (Print)

ISBN 978-3-8426-8933-6 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8934-3 (EPUB)

**© 2018 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Reihengestaltung: Groothuis, Lohfert, Consorten, Hamburg

Umschlaggestaltung: Kerker + Baum, Büro für Gestaltung GbR, Hannover

Titelbild: Dan Barbalata-123rf.com

Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig

Druck: Silber Druck oHG, Niestetal

INHALT

Danksagung	10
Vorwort	11
Vorwort zur 4., aktualisierten Auflage	12
1 Was ist eine Demenz?	14
1. Frage: Was ist eine Demenz?	14
2. Frage: Wodurch entsteht eine Demenz?	15
3. Frage: Wie viel Vergessen ist normal?	16
4. Frage: Wie verläuft die Diagnostik?	16
5. Frage: Was ist eine Memory-Klinik?	17
6. Frage: Welche Stichworte zur Diagnostik sind wichtig?	17
7. Frage: Nach welchen anerkannten Kriterien wird eine Demenz diagnostiziert?	19
8. Frage: Kann man plötzlich an einer Demenz erkranken?	20
9. Frage: Ist Demenz gleich Alzheimer?	21
10. Frage: Welche Demenzformen werden unterschieden?	21
11. Frage: Wie hoch ist die durchschnittliche Lebenserwartung bei einer Demenz?	21
12. Frage: Was ist eine Pseudodemenz?	22
2 Demenzielle Veränderungen	23
13. Frage: Welche Veränderungen zeigen sich zu Beginn der Erkrankung?	23
14. Frage: Welche Auswirkungen auf Verhalten und Lebensführung entstehen durch die demenziell bedingten Veränderungen? ...	23
15. Frage: Ab wann sollte die betroffene Person eine diagnostische Abklärung anstreben?	25
16. Frage: Was bedeutet die Diagnose Demenz?	27
17. Frage: Welchen besonderen Belastungen sind Angehörige ausgesetzt?	29
18. Frage: Ab wann sind Pflegefachkräfte in die Veränderungen involviert?	30
19. Frage: Was ist Pflegebedürftigkeit?	32
20. Frage: Nach welchen Kriterien wird die Pflegebedürftigkeit beurteilt?	33
21. Frage: Welche Leistungen sind zur Unterstützung im Alltag vorgesehen?	37
22. Frage: Welche Aufgaben haben Pflegefachfrauen/Pflegefachmänner?	39

23. Frage: Was versteht man unter dem Begriff Assessment in der Pflege?	43
24. Frage: Welche Instrumente stehen zum Assessment des Pflegebedarfs bei Demenz derzeit zur Verfügung?	43
25. Frage: Wie unterscheiden sich die Assessmentskalen?	44
26. Frage: Welche Grundsätze sollten in der Pflege Demenzkranker beachtet werden?	46
27. Frage: Nach welchen Schweregraden wird die Alzheimer-Krankheit eingeteilt?	47
28. Frage: Was ist mit der »GDS« gemeint?	47
29. Frage: Was ist die »Mini-Mental-State Examination (MMSE)«?	49
30. Frage: Was hat es mit der Mäeutik auf sich?	50
3 Der Herausforderung Demenz begegnen	52
31. Frage: Um welche Herausforderung geht es?	52
32. Frage: Was macht die Hilfeleistung für Menschen mit Demenz so schwierig?	52
33. Frage: Woran kann sich eine Pflege- oder Betreuungskraft orientieren?	54
34. Frage: Welche Bedürfnisse müssen bei der Pflege von Menschen mit Demenz beachtet werden?	55
35. Frage: Welche Bedürfnisse haben Menschen mit Demenz?	56
36. Frage: Was gehört zu einem professionellen Pflegeverständnis für die Pflege von Menschen mit Demenz?	57
37. Frage: Welche Kommunikationsmodelle und Interventionsmethoden werden für die Pflege von Menschen mit Demenz verwendet?	58
38. Frage: Was ist der person-zentrierte Ansatz nach Kitwood?	58
39. Frage: Was ist die Validation nach Feil?	59
40. Frage: Was ist die Integrative Validation® nach Richard?	60
41. Frage: Was ist Basale Stimulation®?	61
4 Wege der Verständigung	64
42. Frage: Was kennzeichnet eine erfolgreiche Kommunikation?	64
43. Frage: Welche Gesprächstechniken sollten für die Begleitung von Menschen mit Demenz bekannt sein?	65
44. Frage: Wo liegen die größten Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz?	66
45. Frage: Was ist Kontakt?	67
46. Frage: Was ist der »Diana-Effekt«?	69
47. Frage: Wie stellt man den Kontakt zum demenziell veränderten Menschen her?	70

48. Frage: Was setzt die »Begegnung auf Augenhöhe« voraus	70
49. Frage: Was sind die Grundprinzipien der klientenzentrierten Gesprächsführung nach Rogers?	71
50. Frage: Wie lassen sich Verständigungs- und Pflegekonzepte miteinander verbinden?	71
51. Frage: Was bedeutet Interaktion?	72
52. Frage: Was sind »Positive Interaktionsformen«?	73
5 Biografie als Schlüssel zur Verständigung	75
53. Frage: Was heißt eigentlich Biografie?	75
54. Frage: Was wird im pflegerischen Sinne unter Biografiearbeit verstanden?	75
55. Frage: Welche Informationen gehören zur Biografiearbeit?	76
56. Frage: Warum hat die Biografie eine so große Bedeutung für die Pflege von Menschen mit Demenz?	77
57. Frage: Gibt es eine biografische Erklärung dafür, wenn jemand nachts seinen Kleiderschrank ausräumt?	79
58. Frage: Welche Formen der Biografiearbeit werden in der Altenpflege unterschieden?	80
59. Frage: Wie lässt sich Biografiearbeit mit einer Anregung der Sinne verbinden?	81
60. Frage: Welche politischen Ereignisse des letzten Jahrhunderts sollten einer Pflegefachkraft, die mit demenziell erkrankten Menschen arbeitet, bekannt sein?	82
61. Frage: Was sagt die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität in der stationären Pflege zur Biografiearbeit?	84
62. Frage: Wie können Pflegekräfte die Angehörigen stärker in die Biografiearbeit einbeziehen?	85
63. Frage: Wie lässt sich das »Psychobiografische Modell nach Böhm« beschreiben?	86
64. Frage: Was sind Bewältigungsstrategien?	88
65. Frage: Welche Zielsetzungen werden bezüglich des Pflegeprozesses mit der Biografiearbeit verbunden?	88
66. Frage: Wie lässt sich die Biografiearbeit in der ambulanten Pflege umsetzen?	89
67. Frage: Wie lässt sich die Biografiearbeit in der stationären Altenpflege umsetzen?	90

6	Die Würde des Menschen ist unantastbar	92
68. Frage:	Was steht in Artikel 1 des Grundgesetzes?	92
69. Frage:	Bleiben demenziell veränderte Menschen Akteure mit eigenem Recht oder können Angehörige oder Freunde für sie entscheiden?	92
70. Frage:	Wie kann die Entscheidungsfähigkeit übertragen werden?	93
71. Frage:	Was sagt das Gesetz zur Geschäftsfähigkeit?	94
72. Frage:	Was sind die Bedingungen für eine Betreuung?	94
73. Frage:	Wann sollten die Rechtsgeschäfte einer demenziell erkrankten Person an eine andere Person übertragen werden?	95
74. Frage:	Was ist Pflegeethik?	95
7	Der milieutheraeutische Ansatz	97
75. Frage:	Was ist Milieuthapie?	97
76. Frage:	Wie entstand der milieutheraeutische Ansatz?	100
77. Frage:	Welche Auswirkungen hat das Milieu auf den Menschen?	101
78. Frage:	Muss ein Mensch mit Demenz ständig beschäftigt werden?	102
79. Frage:	Was kann man tun?	102
80. Frage:	Woran kann man sich bei den Beschäftigungsangeboten für Menschen mit Demenz orientieren?	103
81. Frage:	Welche Haltung brauchen die Mitarbeiter für die Beschäftigungsangebote?	104
82. Frage:	Was wird unter einem Hobby verstanden?	105
83. Frage:	Was bedeutet es, Bindung zu bieten und gleichzeitig Freiräume zu schaffen?	106
84. Frage:	Was versteht man unter Pflegeoasen?	107
8	Schwierige Situationen und entlastende Hilfen	109
85. Frage:	Können Menschen mit einer Demenz Schmerzen haben?	109
86. Frage:	Wie definiert man Schmerz?	110
87. Frage:	Welche Zeichen können bei einer demenziellen Erkrankung auf Schmerzen hinweisen?	110
88. Frage:	Welches Assessmentinstrument lässt sich bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit für die Schmerzbestimmung nutzen?	111
89. Frage:	Wie wird der ECPA-Bogen eingesetzt?	112
90. Frage:	Was sollte man über Weglauftendenzen wissen?	113
91. Frage:	Was gibt Menschen mit Demenz Sicherheit in der Pflege- beziehung?	115

92. Frage: Was ist mit dem neuen Expertenstandard »Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz« gemeint?	116
93. Frage: Welche Handlungen der Pflegefachkraft führen zu einer Gefährdung der Pflegequalität?	117
94. Frage: Was sind Merkmale einer Überforderung, die nur die betroffene Pflegekraft bzw. andere Personen aus der Umgebung wahrnehmen?	118
95. Frage: Was ist ein »Burnout«?	119
96. Frage: Was kann eine Pflege- oder Betreuungskraft tun, um einem »Burnout« vorzubeugen?	120

9

Gesundheit – Welche Beachtung gebe ich meiner

Gesundheit?

122

97. Frage: Welche strukturellen Bedingungen müssen geschaffen werden, um Mitarbeiter/Innen zu entlasten?	122
98. Frage: Was kann helfen, in Berufen mit hohen psychischen Anforderungen gesund zu bleiben?	123
99. Frage: Gibt es Fragen, die den achtsamen Umgang mit der Rolle als Pflegefach-, Pflegehilfs- und Betreuungskraft unterstützen? ...	124
100. Frage: Welche Coping-Strategien gibt es, um mit schwierigen Situationen umzugehen?	125

Wichtige Adressen

126

Internet

126

Informationsmaterial

126

Literatur

128

Register

133

DANKSAGUNG

Ich habe vielen Menschen zu danken, die mich immer wieder mit dem Problem der Demenz vertraut gemacht haben. Ich danke besonders all denen, die mir gezeigt haben, mit welcher Lebensfreude sie trotz einer demenziellen Erkrankung ihr Leben meistern. Auch ihren Angehörigen gilt mein Dank, die mir mit Offenheit Einblick in ihre schwierige Lebenssituation gewährt haben.

Ich bedanke mich vor allem auch bei den Teilnehmern meiner Demenzseminare in Deutschland und der Schweiz, die sich mit großem Engagement mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Sie haben mich auf die Idee gebracht, dieses Buch zu schreiben, um ihre Fragen auf einer breiteren Basis zu beantworten.

Den Einrichtungen, die mich an ihren Entwicklungsprozessen beteiligt und mir die praktische Umsetzbarkeit von Modellen gezeigt haben, gilt mein großer Dank.

Ich danke Thorsten Ohlmann für seine juristische Beratung.

Ganz herzlich möchte ich mich bei meinem Sohn Tobias für seine Anmerkungen und hilfreichen Kommentare bedanken.

An dieser Stelle bedanke ich mich ebenfalls bei Claudia Flöer für die weiterführenden Gespräche und ein hervorragendes Lektorat.

VORWORT

Wir alle wissen nicht, wie wir alt werden. Welche Stadien werden wir durchlaufen, ehe der Tod uns abrufft? Vielleicht ist dies überhaupt die größte Furcht, irgendwann in diesem Prozess, der das Leben zu Ende bringt, die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zu verlieren.

Deshalb ist kaum ein Thema mit so vielen Mutmaßungen und Befürchtungen besetzt, wie die Möglichkeit, an Demenz zu erkranken.

Ingrid Hametner antwortet auf vielfältige Fragen, die dieses Krankheitsbild aufwirft. Sie verbindet unterschiedliche Aspekte zu einem informativen Überblick. Mit einem Ausblick auf einen durchdachten Umgang mit Menschen mit einer demenziellen Erkrankung zeigt sie, dass es vielfältige Möglichkeiten gibt, dieser Krankheit zu begegnen.

Sie gibt uns durch ihre langjährige Bildungs- und Beratungstätigkeit zur Pflege und Betreuung Demenzkranker Informationen aus erster Hand.

Solche Informationen können irrationale Ängste abbauen und Hoffnung stiften im Umgang mit den eigenen Befürchtungen.

Dr. Eva Renate Schmidt,
Pfarrerin und Organisationsberaterin

VORWORT ZUR 4., AKTUALISIERTEN AUFLAGE

In Bearbeitung der vierten Auflage wurde mir deutlich, welche großen Fortschritte im Verstehen von Menschen mit Demenz gemacht worden sind. Gesellschaftlich, politisch, aber auch auf den beruflichen Ebenen ist das Thema »in aller Munde«. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die gesellschaftliche Herausforderung wahrzunehmen und Strukturen zu schaffen, die beim Leben mit einer demenziellen Erkrankung Hoffnung stiften. Wichtiger denn je scheint es, dem sogenannten CARE-Gedanken – als ein zentrales Element einer am humanistischen Menschenbild orientierten Gesellschaft – zu folgen.

Dazu gehört ebenso, dass Pflegearbeit in den professionellen Bereichen endlich entsprechend ihrer Bedeutung für das Wohlergehen der pflegebedürftigen Menschen gesehen und bewertet wird.

Wie ich in meiner Beraterinnentätigkeit erlebe, ist in den letzten Jahren in den unterschiedlichen Formen der Versorgung alter Menschen die Bereitschaft gewachsen, die Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu verbessern. Das geschieht durch eine institutionalisierte Kultur der Wertschätzung des erkrankten Menschen und der Beachtung seiner Bedürfnisse. Diese Kultur verdanken wir den Expert/Innen in der Pflege, die ihre berufliche Rolle mit Persönlichkeits-, Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz ausfüllen.

Die Pflegereform 2017 zeigt, dass mit dem neuen Pflegebegriff endlich auch die seelischen Belastungen und krankheitsbedingten Einschränkungen der Selbstständigkeit, z. B. auch im Umgang mit der Krankheit anerkannt werden, um fachlich begründete Hilfen einzufordern, die als abrechenbare Leistungen vergütet werden. Menschen mit Demenz brauchen die Sicherheit mit professioneller Unterstützung – bei der speziellen Symptomatik – weitestgehend selbstbestimmt zu leben und in ihrem »So – Sein« anerkannt zu werden.

Die gesellschaftliche Zielsetzung muss weiterhin darin bestehen, dass Menschen mit Demenz mehr Unterstützung in ihrer schwierigen Lebenssitua-

tion und pflegende Angehörige zusätzliche Entlastung erfahren. Die Pflege-reform von 2017 ist nur ein Schritt in die richtige Richtung, um diesen Gedanken weiter zu folgen.

Es zeigt allerdings gleichzeitig, dass die Aufgabenstellungen der Pflegefachkräfte in den sich entwickelnden Versorgungsstrukturen einer Gesellschaft des längeren Lebens enorm wachsen werden. Es sind zukünftig entsprechende Fortbildungs- und Weiterbildungsverordnungen durch den Gesetzgeber im gerontopsychiatrischen Bereich angezeigt. Die Verstärkung der Teams durch qualifizierte Betreuungskräfte und qualifizierte PflegehelferInnen ist eine gute Sache, die allerdings nicht als »Ersatzmodell« für Pflegefachkräfte etabliert werden darf.

Um betroffene Menschen und ihre Angehörigen zu beraten und die multi-professionellen Teams zu führen, brauchen alle Akteure eine entsprechende Aus- und Weiterbildung. Die Strukturqualität in der institutionellen Versorgung benötigt außerdem Stellenschlüssel, die eine Wertigkeit der sorgenden Berufe verdeutlicht.

Meinen Ratgeber betrachte ich – und so wird es mir von den Lesern rückgemeldet – als einen Wegweiser zum Umgang mit Menschen mit Demenz.

Er enthält viele praktische Hilfen und ermuntert alle Beteiligten, Menschen mit Demenz zu vermitteln, dass sie wertgeschätzt sind und selbstverständlich auch mit einer Demenz ein gutes Leben haben können.

Ich wünsche mir, dass Sie meinen Ratgeber als Mut-mach-Buch erleben.

Bremerhaven, im März 2018

Ingrid Hametner

1 WAS IST EINE DEMENZ?

1. Frage: Was ist eine Demenz?

Demenz stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie »ohne Geist sein«. Diese Bezeichnung ist bereits eine Stigmatisierung an sich und wird dem Krankheitsbild nicht gerecht.

Die WHO-Definition

»Demenz ist eine erworbene globale (umfassende) Beeinträchtigung der höheren Hirnfunktion, einschließlich Gedächtnis, der Fähigkeit Alltagsprobleme zu lösen, sensomotorischer und sozialer Fertigkeiten der Sprache und Kommunikation, sowie der Kontrolle emotionaler Reaktionen, ohne Bewusstseinsstörungen. Meist ist der Verlauf progredient (fortschreitend) und nicht notwendigerweise irreversibel«.

Das Krankheitsbild einer Demenz ist, unabhängig von der Ursache, durch die Abnahme der Gedächtnisleistungen und eine deutliche Verminderung des Denkvermögens gekennzeichnet. Die Besonderheit der Demenz liegt darin, dass sich beim Betroffenen Gedächtnis und Intelligenz immer weiter verschlechtern, obwohl vorher keine Einschränkungen vorhanden waren. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation begleitet.

2. Frage: Wodurch entsteht eine Demenz?

Ein Symptomkomplex

Bei der Demenz handelt es sich nicht um eine einzelne ursächliche Erkrankung, sondern um ein klinisches Syndrom (Symptomkomplex), das bei zahlreichen Erkrankungen, die das Gehirn primär oder sekundär schädigen, auftreten kann.

Zu den primären Schädigungen des Gehirns gehören die neurodegenerativen und vaskulären Ursachen, die Nervenzellen zerstören und damit zum Funktionsverlust in unterschiedlichen Hirnregionen führen. Wir kennen die Bezeichnungen Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, gemischte Demenz und Lewy-Körperchen-Demenz.

Auch schwere neurologische Erkrankungen, wie Parkinson, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder Chorea-Huntington-Krankheit, können eine Demenz hervorrufen. Wir sprechen dann etwa von der Demenz bei Morbus Parkinson.

Bei den sekundären Einflüssen liegt die Ursache für die sogenannte »symptomatische Demenz« in einer anderen Erkrankung, die ihren Ursprung nicht im Gehirn hat. Diese Form der Demenz entsteht bei schweren Stoffwechselstörungen, schweren Vitaminmangelzuständen, Herz- und hämatologischen Erkrankungen, Intoxikationen (z. B. durch Benzodiazepine oder Alkohol) und Hypoxien (Sauerstoffmangel).

Die begleitenden Symptome müssen allerdings die Definition einer Demenz nach den anerkannten Kriterien erfüllen und dürfen nicht mit Delirien (vorübergehende Verwirrheitszustände) verwechselt werden.

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD 10 über mindestens 6 Monate bestanden haben und die Funktion der Sinne (Sinnesorgane und Wahrnehmung) sollte im üblichen Rahmen liegen.

3. Frage: Wie viel Vergessen ist normal?

Viele Menschen haben Angst, an einer Demenz zu leiden, weil sie im Alltag Dinge vergessen. Es ist wichtig, eine Balance zwischen unbegründeter Panikmache und der Aufmerksamkeit für erste Anzeichen einer evtl. Erkrankung zu finden. Das ist ein individueller Prozess. Ein Großvater wurde aufmerksam, als er eines Tages vergaß, sein Enkelkind vom Kindergarten abzuholen. Dabei war das seine tägliche Aufgabe und das Enkelkind bedeutete ihm natürlich viel.

4. Frage: Wie verläuft die Diagnostik?

Das diagnostische Vorgehen ist für die Psychohygiene des Patienten und den weiteren Verlauf der Erkrankung extrem wichtig. Jeder Hausarzt sollte es ernst nehmen, wenn ein Patient berichtet, dass seine geistige Leistungsfähigkeit nachlässt.

Bei der Diagnostik empfiehlt sich ein zweistufiges Vorgehen, bei dem auf der ersten Stufe das demenzielle Syndrom zu sichern und auf der zweiten Stufe die Ursache zu ermitteln ist.

- Stufe 1: Diagnostik des demenziellen Syndroms: Anamnese/Fremdanamnese, psychopathologischer Befund, neuropsychologische Screeningverfahren (z. B. Mini-Mental-Status, Uhrentest, Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD), Demenz-Detections-Test (DemTect) etc.)
- Stufe 2: Differentialdiagnostik. Unerlässlich sind bildgebende Verfahren wie cCt oder cMRT. Bei Verdacht auf eine vaskuläre Demenz sollte eine Dopplersonografie der hirnersorgenden Gefäße durchgeführt werden, außerdem EKG und umfangreiche Labordiagnostik einschließlich TSH, Folsäure und Urinteststreifen
- Fakultativ (im Bedarfsfall): Test des Urins auf Benzodiazepine, weitergehende neuropsychologische Untersuchung, EEG, Liquordiagnostik und weitere Labordiagnostik, z. B. Lues-Serologie, HbA1 etc.
- Weitere bildgebende Verfahren wie Positronen-Emissions-Tomografie (PET) bzw. Einzelphotonen-Emissions-Computer-Tomografie (SPECT)

5. Frage: Was ist eine Memory-Klinik?

Die Hauptaufgabe einer Memory-Klinik liegt in der Diagnose von Hirnleistungsschwächen. Neben der Diagnostik und dem Befund geht es auch immer um die Evaluation der Betreuungssituation des Patienten. Die Überweisung erfolgt durch den Hausarzt, bei dem auch die weitere ärztliche Betreuung liegt.

1983 eröffnete in Großbritannien die erste Memory-Klinik, um die Ursachen von Gedächtnisstörungen bei älteren Patienten möglichst früh zu erfassen. Seither sind in verschiedenen Ländern ähnliche Institutionen ins Leben gerufen worden.

In Deutschland wurde die erste ambulante Gedächtnissprechstunde 1985 an der TU München gegründet. Inzwischen gibt es in Deutschland, Österreich und der Schweiz etwa 120 Einrichtungen dieser Art.

Adressen von Gedächtnissprechstunden, Gedächtnisambulanzen und Memory-Kliniken finden sich bspw. auf den Internetseiten der Hirnliga (www.hirnliga.de) oder der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (www.deutsche-alzheimer.de).

6. Frage: Welche Stichworte zur Diagnostik sind wichtig?

Die Diagnose einer Demenz ist prinzipiell eine Ausschlussdiagnose. In der ICD-10 wird neben dem Fehlen von Hinweisen auf andere Krankheitsursachen die Erfüllung weiterer Kriterien verlangt. Dazu zählen neben einem demenziellen Bild auch ein schleichendes Einsetzen der Symptomatik und eine kontinuierliche Verschlechterung. Zur Diagnostik und Therapie von Demenzen haben die Fachgesellschaften DGPPN und DGN in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft die sogenannte »S3-Leitlinie Demenzen« herausgegeben, in der systematisch und differenziert Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Prognose der unterschiedlichen Demenzformen beschrieben werden.

4 WEGE DER VERSTÄNDIGUNG

42. Frage: Was kennzeichnet eine erfolgreiche Kommunikation?

Das Wort Kommunikation kommt aus dem Lateinischen (communicare) und bedeutet so viel wie »Teilen, mitteilen, teilnehmen lassen, gemeinsam machen, vereinigen.«

Hinweis

Der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick hat den Satz geprägt: »Man kann nicht nicht kommunizieren.« Das bedeutet, auch wenn wir nicht miteinander reden, teilen wir etwas mit.

Wir unterscheiden die verbalen (sprachlichen) und nonverbalen (Gestik, Mimik Körperhaltung) Kommunikationsmöglichkeiten.

Kommunikation beinhaltet, vereinfacht gesagt, einen Mitteilungsaustausch zwischen mindestens zwei komplexen Systemen. Der Erfolg des Dialogs hängt vom Erkennen der Mitteilungen ab. Dieser Prozess ist vom Wissen der Beteiligten über Kommunikation und ihre Wahrnehmungskompetenz geprägt. Nur wenn sich die Partner der unterschiedlichen Mitteilungsebenen ihrer übereinstimmenden oder unterschiedlichen Sprachcodes bewusst sind und sie ihre Zeichen erkennen und begreifen, entsteht eine erfolgreiche Kommunikation.

Ein Beispiel: Stellen sie sich vor, Sie sind in einem fremdsprachigen Land, vielleicht sogar mit japanischen oder chinesischen Schriftzeichen und haben Ihre einheimische Reisebegleitung verloren. Ihr Handy liegt im Hotel, dessen Namen Sie nicht mehr wissen. Sie suchen nach einer Möglichkeit der Verständigung mit einem am Straßenrand stehenden Polizisten, damit er ihnen hilft, entweder ihre Reisebegleitung oder das Hotel wieder zu finden.

Wahrscheinlich wünschen Sie sich nichts sehnlicher als einen Menschen, der Ihre Hilflosigkeit wahrnimmt und Ihnen weiterhilft. Aber er müsste schon eine Sprache sprechen, die Sie auch kennen!

43. Frage: Welche Gesprächstechniken sollten für die Begleitung von Menschen mit Demenz bekannt sein?

- Zuhören
- Aktives Zuhören
- Paraphrasieren
- Spiegeln
- Zusammenfassen

Folgende Unterschiede gehören zu den Techniken:

- **Zuhören** ist schwieriger, als es auf den ersten Blick erscheinen mag. Tatsächliches Zuhören beinhaltet nämlich, dass ich dem Gesprächspartner nicht nur meine Ohren zur Verfügung stelle, sondern mit meiner gesamten Wahrnehmung und Konzentration beteiligt bin.
- Eine Steigerung liegt im **Aktiven Zuhören**. Wenn ich diese Methode einsetze, bestätige ich dem Gesprächspartner durch Kopfnicken oder ein »hm« oder »ja«, dass ich ihn gehört habe. Ich kann weitere bestätigende Aussagen, wie zum Beispiel, »hab ich verstanden ...«, in das aktive Zuhören einfügen. Es ist sogar möglich, offene Frage zu stellen, z. B. »Mögen Sie mehr darüber sagen?«, um den Gesprächspartner zu ermutigen, mehr zu erzählen.
- **Paraphrasieren** bedeutet, die Worte des Gegenübers noch einmal mit eigenen Worten zu wiederholen. Indem wir dies tun, ermöglichen wir es dem Gesprächspartner, seine Aussage aus einer etwas anderen Sicht erneut zu betrachten und klarer zu sehen. Die Wiederholung mit eigenen Worten könnte zum Beispiel sein »Sie haben Schmerzen im ganzen Körper?«, wenn vorher die Aussage kam: »Mir tut alles weh«.
- Das **Spiegeln** ist dem Paraphrasieren ähnlich, geht aber noch darüber hinaus. Beim Spiegeln greifen wir nicht nur das Gesagte auf, sondern passen uns als Gesprächspartner der Stimmungslage, die hinter dem

Gesagten steckt, an und spiegeln mit unserer Tonlage und Gestik, Mimik und Körperhaltung das, was in den Aussagen mitschwingt.

- **Zusammenfassen** bedeutet, dass wir nach einem längeren Gesprächsabschnitt den Kern des Gesagten noch einmal zusammenfassen und damit dem Gesprächspartner vermitteln, wie das Gesagte verstanden worden ist.

44. Frage: **Wo liegen die größten Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Menschen mit Demenz?**

Das größte Problem liegt für Personen mit einer fortgeschrittenen Demenz im Erkennen der Mitteilung. Es existieren häufig keine entsprechenden Konzepte mehr, um die Worte anderer zu entschlüsseln. Bilder zu dem, was der andere sagt, können nur schwer gebildet werden. Oftmals vermischen sie sich mit falschen Bildern.

Ein Beispiel: Zu dem Appell bei der täglichen Körperpflege: »Frau N., nehmen Sie mal den Waschlappen«, entsteht keine Vorstellung, weil es keine Vorstellung des Waschlappens mehr gibt. Es kann auch sein, dass ein ganz anderes Bild vor dem inneren Auge von Frau N. erscheint, das nicht unbedingt etwas mit einem Waschlappen zu tun haben muss.

Wenn richtige Bilder entstanden sind, entgleiten sie häufig schnell wieder. Jenny Powell hat für dieses Phänomen ein Sinnbild (Metapher) entworfen: »Es ist wie der Versuch, feinen Sand in der Hand zu halten. Er rinnt zwischen den Fingern davon.«²⁰

In der Verständigung mit einer Person, die eine leichte Demenz hat, gibt es kaum Schwierigkeiten, alte Erinnerungen aus der Zeit vor der Demenz abzurufen. Vielleicht kann die Person sich sogar daran erinnern, wie sie mit ihren Geschwistern im Waschzuber gebadet wurde, doch die neuere Erinnerung, zum Beispiel an die Körperpflege am gestrigen Morgen, ist nicht mehr im Gedächtnis. Inzwischen weiß man, dass es nicht unbedingt am Vergessen liegt, sondern ebenso auch daran, dass dieses alltägliche Ereignis

²⁰ Vgl. Powell, J. (2005). Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA

nicht registriert wurde. Je weniger die Sinne – in diesem Fall mithilfe der Lieblingsseife oder des Parfums, evtl. durch ein Lied, vorgewärmte Handtücher etc. – angesprochen worden sind, umso schneller geht das Ereignis verloren.

45. Frage: Was ist Kontakt?

»Sobald ein Mensch auf diese Erde kommt, ist Kommunikation der größte Einzelfaktor, der darüber entscheidet, welche Art von Beziehungen er mit anderen eingeht und was ihm widerfährt.«²¹ Gerade in der Begleitung von Menschen mit Demenz ist die Kontaktaufnahme ein zentraler Punkt für die Verständigung. Im Ansatz der person-zentrierten Pflege nach Kitwood wurde die Aussage »Kontakt vor Funktion« geprägt.

Definition

Kontakt, aus dem Lateinischen *contingere* & *berühren* übernommen, unterscheidet die drei Ebenen

1. Kontakt im Allgemeinen
2. Sozialer Kontakt
3. Körperkontakt

Unter **Kontakt im Allgemeinen** wird in der Psychologie das gegenseitige »In-Beziehung-Treten« zweier oder mehrerer Individuen, also ihre Interaktion, verstanden. Kontaktfähigkeit besteht darin, anderen Menschen mit angemessener Offenheit und Achtung zu begegnen und ihr Verhalten situationsgerecht zu interpretieren.

Im sozialen Kontakt nutzen wir den Blickkontakt, der eine erste Orientierung im zwischenmenschlichen Kontakt ermöglicht. Erwidert mein Gegenüber meinen Blick, wird ein Interesse am Kontakt erkennbar. Die Mimik, vielleicht noch verstärkt durch Gesten, kann mich in der Kontaktaufnahme

²¹ Vgl. Satir, V. (2003). Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. 10.Aufl. Freiburg: Lambertus

7 DER MILIEUTHERAPEUTISCHE ANSATZ

75. Frage: Was ist Milieuthherapie?

Die Milieuthherapie stellt keine Einzelmaßnahme dar, sondern beschreibt eine Reihe von Maßnahmen, die die Lebensqualität der Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege beeinflussen. Milieuthherapie ist also ein Handlungs- und Betreuungsprinzip, das seit den 1990er Jahren bereits Anwendung findet. Die Milieuthherapie betrachtet die Einflüsse aus der Umgebung als therapeutisch wirksam. Sie versucht unter dem Ziel der Erhaltung oder Wiedererlangung alltagsrelevanter Kompetenzen für eine Patientengruppe ein heilungsförderndes Klima und eine ebensolche Umgebung zu erhalten.

Definition

Unter Milieuthherapie wird eine Vorgehensweise verstanden, bei der sich die materielle und soziale Umwelt an krankheitsbedingte Veränderungen der Wahrnehmung, des Erlebens und der Verluste bzw. die Reserven der demenzkranken Bewohner anpasst.

Mit der Milieugestaltung wird versucht, Menschen mit Demenz Selbstwertgefühl und Sicherheit zu vermitteln.

Oberstes Ziel ist es, eine Atmosphäre zu schaffen, in der die Menschen ein möglichst ungestörtes Leben führen können. Lind²⁶ spricht von einem »Konzept der demenzspezifischen Normalität«.

Man gliedert bei der praktischen Umsetzung in:

- materielle (räumlich-sachlich-atmosphärisch) Gesichtspunkte, um durch die Umgebung Sicherheit zu vermitteln und Bewegungsfreiheit zu ermöglichen, zum Beispiel durch geschützte Gartenbereiche;
- organisatorische Gesichtspunkte, u. a. Tagesstrukturierung in Verbindung zur Biografiearbeit;

²⁶ Vgl. Lind, S. (2007). Demenzkranke pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern: Huber

- den Umgang mit den Menschen mit einer Demenz als Gesichtspunkt (bewusste Ansprache, bewusste Alltagsgestaltung, individuelle Beschäftigungsangebote);
- die Haltung gegenüber dem Menschen mit Demenz (Personalqualifizierung unter dem Aspekt der Anerkennung und Wertschätzung des Menschen mit Demenz).

Dabei gelten Prinzipien wie Kontinuität (z. B. der Menschen, die in diesem Lebensraum arbeiten und leben), Überschaubarkeit, Vertrautheit, räumliche Möglichkeiten (wie Wohnküchen, um miteinander ins Gespräch zu kommen und etwas zu tun zu haben), Freiräume, um sich bewegen zu können, (Bewegungsfreiheit innerhalb der Einrichtung, geschützter Garten), die Vermeidung von Störreizen, (z. B. durch ständige Radiomusik oder ständiges Fernsehprogramm, lautes Rufen nach Bewohner/Innen oder Kolleg/Innen etc.).

Hinweis

Die pflegende oder betreuende Person orientiert sich in der Ablaufgestaltung an den Lebensrhythmen der einzelnen Bewohner und an der augenblicklich vorherrschenden Atmosphäre. Priorität hat das vom Menschen mitgeteilte Empfinden, auf das die Pflege- oder Betreuungsperson eingehen muss, damit eine Verständigungsebene entstehen kann.

Die Gestaltung einer Tagesstrukturierung orientiert sich an den Gewohnheiten der Bewohner/Innen und wird kontinuierlich eingehalten, um Sicherheit zu geben. Auch nachts kann es Wünsche geben, zum Beispiel eine Tasse heiße Milch oder einen Kaffee.²⁷

Das Aufgreifen biografisch verankerter Fähigkeiten (Handwerker, Hausfrau, Gärtner) und das Aufgreifen gelebter Antriebe (z. B. Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein, Fürsorglichkeit) gehören in die Pflegeprozesse, um

²⁷ Vgl. Schnell, M. (2012). Warten bis zum nächsten Mittagessen. In: pflegen: Demenz 3/2012. Seelze: Friedrich

bewusst ein kommunikationsförderndes Milieu zu leben oder auch erlebbar zu machen.

Bei der Gestaltung des eigenen Zimmers werden möglichst viele vertraute persönliche Einrichtungsgegenstände in das Umfeld der erkrankten Person gebracht, um eine gemütliche Atmosphäre zu schaffen. Erinnerungsgegenstände, alte Wanduhr, Bilder, Fotografien, Porzellan, Gläser, Bestecke, Möbel, sollten in eine stationäre Einrichtung mitgenommen werden können.

Die Angehörigen sind wichtige Kooperationspartner, wenn die erkrankte Person ihre Interessen nicht mehr deutlich machen kann bzw. keine Möglichkeit mehr besteht, von ihr zu erfahren, wie sie ihre bisherige Lebensumgebung eingerichtet hatte.

Die Gemeinschaftsräume sind mithilfe von Fachleuten geschmackvoll zu gestalten. Hier sollte man von funktional eingerichteten Räumen, die keine Geborgenheit geben können, absehen. Es ist aber ebenfalls nicht sinnvoll, mit dem Verweis auf die Tradition eine Atmosphäre wie auf einem Trödelmarkt zu schaffen.

Es sollte beachtet werden, dass die Art des Wohnens in jeder Generation im Ermessen der Bewohner lag und somit in Gemeinschaftsräumen sehr unterschiedliche Vorstellungen über »schönes Wohnen« zusammenkommen werden. Es hat sich inzwischen ein Stil etabliert, bei dem neben der geschmackvollen Einrichtung interessante architektonische Ideen Beachtung finden und viel mit weichen Stoffen für Sitzcken und Ohrensesseln gearbeitet wird; in stationären Einrichtungen darf bei der Auswahl der Stoffe und der Dekoration der Brandschutz nicht außer Acht gelassen werden.

Auf die Wahl der Beleuchtung ist zu achten. Viele Wohnbereiche werden mittlerweile mit einer warmen, schattenfreien und hellen Beleuchtung (500 Lux) ausgestattet, die stimmungsaufhellend wirkt und zu einer besseren Orientierung verhilft.

9 GESUNDHEIT – WELCHE BEACHTUNG GEBE ICH MEINER GESUNDHEIT?

97. Frage: Welche strukturellen Bedingungen müssen geschaffen werden, um Mitarbeiter/Innen zu entlasten?

Bei der Überprüfung vermuteter Einflussfaktoren ist immer ein starker Zusammenhang zwischen den beruflichen Belastungen und einem »Burn-out« erkennbar. Kurz zusammengefasst ergibt sich eine Personalführung unter folgenden Schwerpunkten:

- Die Organisation gibt Strukturen vor und gibt den Mitarbeiter/Innen Sicherheit; gleichzeitig erlaubt die Organisation Unvorhergesehenes und schützt damit vor Überforderung.
- Der Führungsstil ist grundsätzlich wertschätzend und an der Weiterentwicklung von Fachwissen, personalen und kommunikativen Kompetenzen orientiert.
- Die Mitarbeiter/Innen haben fundierte Ausbildungen und evtl. Fachweiterbildungen; alle nicht ausgebildeten Mitarbeiter/Innen erhalten Fortbildungen zur Pflege oder Betreuung von Menschen mit Demenz.
- Die Aufbau- und Ablauforganisation ist so gestaltet, dass Mitarbeiter/Innen ihre Aufgabenbereiche kennen und sich entfalten können.
- Die Anerkennung der geleisteten Arbeit gehört zur Kultur des Hauses, sodass die Vorgesetzten sich als Ansprechpartner verstehen und eine Feedback-Kultur gepflegt wird.
- Es ist vorgesehen, dass Mitwirkung bei bestimmten Entscheidungsprozessen dazu gehört.
- Alle am Pflegeprozess beteiligten Personen erhalten sorgfältige Informationen; eine Überprüfung der Ergebnisse ist institutionalisiert.
- Eine erfolgreiche Kooperation im Team wird als Herausforderung gesehen.
- Verbesserungsvorschläge durch die Mitarbeiter/Innen sind ausdrücklich erwünscht.
- Mit anderen Berufsgruppen wird eine gleichberechtigte Zusammenarbeit gepflegt.

- Eine regelmäßige Teambesprechung zur Unterstützung des professionellen Handelns wird (von außen) durchgeführt.

98. Frage: Was kann helfen, in Berufen mit hohen psychischen Anforderungen gesund zu bleiben?

Die WHO definiert Gesundheit als einen »Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Krankheit ist ein Zustand körperlicher, geistiger und sozialer Unangepasstheit und des mangelnden oder fehlenden Wohlbefindens.«

Hintergrund

Gesundheit und Wohlbefinden sind ein Prozess, der von vielen Faktoren abhängt. Als Gesundheit kann auch die Fähigkeit gesehen werden, konstruktiv mit Belastungen und Beeinträchtigungen körperlicher, seelischer und sozialer Art umzugehen. Ein positives Grundgefühl kann entscheidend dazu beitragen, gesund zu bleiben. Dazu gehört Vertrauen in sich und die eigene Leistung sowie die Überzeugung, dass man die Fähigkeit besitzt, schwierige Situationen zu meistern. Ebenso wichtig bleibt das Erkennen eigener Grenzen und die Bereitschaft, sich Hilfe zu holen.

Besonders in der Pflege und Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen ist es unerlässlich, im Rahmen von Mitarbeitergesprächen ein Feedback zur beruflichen Rolle zu bekommen. Die Rückmeldungen der Vorgesetzten können zur Entwicklung genutzt werden. Seminare zur Aufarbeitung eigener Erfahrungen oder mit anderen inhaltlichen Schwerpunkten ermöglichen eine Distanzierung zum Arbeitsalltag. »Der Mensch braucht Lob« – mit diesem Titel wurde ein Interview mit Schwester Liliane Juchli überschrieben, das in der deutschen Wochenzeitung »Die Zeit« erschien.⁴⁵ Liliane Juchli schildert in dem Interview ihre Erfahrungen mit schwierigen Lebenssituationen im helfenden Beruf und ihren Umgang

⁴⁵ Vgl. DIE ZEIT Nr. 2, 2. Januar 2014

damit. Auch die DVD zu ihrem 80. Geburtstag gibt einen Einblick in Juchlis Fähigkeiten, mit Krisen im Leben umzugehen.⁴⁶

Pflegende, die Menschen mit Demenz betreuen, brauchen zur Psychohygiene eine Teamberatung. Die Work-Life-Balance mit einem regelmäßigen Wechsel zwischen Arbeit und Freizeit sollte in der Arbeitsorganisation beachtet werden.

99. Frage: Gibt es Fragen, die den achtsamen Umgang mit der Rolle als Pflegefach-, Pflegehilfs- und Betreuungskraft unterstützen?

Zum Gesundbleiben im Betrieb kann eine sorgfältige Rollenanalyse beitragen. Es kann hilfreich sein, sich bei Unklarheiten folgende Fragen zu stellen:

- Was genau ist das Ziel meiner Aufgabe?
- Mit welchen Personen und Stellen habe ich bei der Erfüllung meiner Aufgaben hauptsächlich Kontakt?
- Was erwarten diese Stellen von mir im Zusammenhang mit der Erfüllung meiner Aufgaben?
- Welche Erwartungen habe ich an mich selber?
- Welche Erwartungen habe ich an meine Partner?
- Habe ich in meiner Rolle Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen?
- Welche unklaren oder konfliktträchtigen Erwartungen stelle ich im Hinblick auf das, was meine Partner tun sollten, fest?
- Welche Möglichkeiten habe ich, über das Ergebnis zu reden?
- Lässt sich das Ergebnis für Verbesserungen nutzen?⁴⁷

⁴⁶ Pietscher, M. (2012). Leiden schafft Pflege. Sr. Liliane Juchli, ein Leben für die Würde des Menschen. DVD. Hannover: Schlütersche

⁴⁷ Vgl. Schmidt, E. R. (2003). »Leitbilder weiblicher Führung«. Seminar im Antoniushaus Mattli (CH)

LITERATUR

- Ahmann, M. et al. (2016). Praxisratgeber: Das Strukturmodell für die Pflegedokumentation. Hannover: Schlütersche
- Bartholomeycik, S. & Halek, M. (2006). Verstehen und Handeln. Wittener Schriften. Hannover: Schlütersche
- Bauer, J. (2013). Arbeit – Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht. München: Blessing
- Bienstein, C. & Fröhlich, A. (2012). Basale Stimulation in der Pflege. Seelze: Kallmeyer
- Böhm, E. (2012). Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Bopp – Kistler, I. (2016) demenz – Fakten Geschichten Perspektiven. Zürich: Rüffer & Rup
- Bopp – Kistler, I et al. (2014) Da und doch so fern: Vom liebevollen Umgang mit Demenzkranken. Zürich: Rüffer & Rup
- Bowlby, J. (2012). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München: Reinhardt
- Brandenburg, H. & Adam-Paffrath, R. (2012). Pflegeoasen in Deutschland. Forschungs- und handlungsrelevanten Perspektiven zu einem Wohn- und Pflegekonzept für Menschen mit schwerer Demenz. Hannover: Schlütersche
- Bundesministerium für Gesundheit; Bartholomeycik, S. et al. (2006). Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausfordernden Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Witten
- Darching, J.H. (2009). Wirtschaftswunder-Deutschland 1952–1967. Köln: Evergreen GmbH
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (2011). Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück: DNQP
- Eglin, A. et al. (2009). Tragendes entdecken – Spiritualität im Alltag von Menschen mit Demenz. Zürich: Theologischer Verlag
- Falk, J. (2009). Basiswissen Demenz. Lern- und Arbeitsbuch für berufliche Kompetenz und Versorgungsqualität. Weinheim: Juventa
- Feil, N. & de Klerk-Rubin, N. (2013). Validation. München: Reinhardt
- Fengler, J. (2012). Helfen macht müde. München: Pfeiffer

- Fercher, P. & Sramek, G. (2013).** Brücken in die Welt der Demenz. München: Reinhardt
- Folstein, M. (1975).** Mini-Mental-State. In: <http://de.wikipedia.org/wiki/Mini-Mental-Status-Test>
- Förstl, H. (2011).** Demenzen in Theorie und Praxis. Berlin: Springer
- Förstl, H. (Hrsg.) (2003).** Lehrbuch Gerontopsychiatrie und -psychotherapie. Stuttgart: Thieme
- Freudenberger, H.; Richelson, G. & Germann, L. (1982).** Ausgebrannt. Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden. Berlin. Kindler
- Freudenberger, H. (2012).** Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt: Fischer
- Fröse, S. (2017).** Was Sie über Pflegeberatung wissen sollten. Hannover: Schlütersche
- Geiger, A. (2011).** Der alte König in seinem Exil. München: Hanser
- Graber-Dünow, M. (2003).** Milieutherapie in der stationären Altenhilfe. Hannover: Schlütersche
- Gronemeyer, R. et al. (2017)** Die fremde Seele ist ein dunkler Wald – Über den Umgang mit Demenz in Familien mit Migrationshintergrund. Gießen: Psychosozial Verlag
- Grün, A. (2012).** Kraftvolle Visionen gegen Burnout und Blockaden. Freiburg: Kreuz
- Gusset – Bährer, S. (2013)** Demenz bei geistiger Behinderung. München: Reinhardt
- Gutzmann, H. Demenzerkrankungen. Vortrag vor der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und- psychotherapie, Berlin**
- Hametner, I. (2004).** So organisieren Sie die Ausbildung in der Altenpflege. Hannover: Schlütersche
- Hametner, I. (2015).** 100 Fragen zu Palliative Care. Hannover: Schlütersche
- Haubold, T. & Wolf B. (2009).** Daran erinnere ich mich gern! Ein Bilderbuch für die Biografiearbeit. Hannover: Schlütersche
- Haus im Park (Hrsg.) (2010).** Demenz braucht Kompetenz und vieles mehr. Bremerhaven: Verlag für neue Wissenschaft GmbH
- Hecker, T. et al. (2016).** Praxisratgeber: die strukturierte Informationssammlung (SIS®): richtig fragen – kompetent dokumentieren. Hannover: Schlütersche
- Heim, E. (1985).** Praxis der Milieutherapie. Berlin: Springer

- Hildebrandt, P. (2012). Individuelles Zutrauen und Selbsteinschätzung von Patienten mit Demenz. Heinrich-Heine-Universität, Dissertation, Düsseldorf
- Höwler, E. (2016). Gerontopsychiatrische Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch. Hannover: Schlütersche
- Hummel, K. (2009). Gute Nacht, Liebster. Ein berührender Bericht über Liebe und Vergessen. Bergisch Gladbach: Lübbe
- Inauen, F. (2016). Demenz – Eins nach dem anderen. Texte und Zeichnungen eines Menschen mit Demenz. Bern: Hogrefe
- Jantzen, W. (2007). Allgemeine Behindertenpädagogik. Berlin: Lehmanns Media
- Jones, M. (1976). Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft. Soziales Lernen und Sozialpsychiatrie. Bern. Huber
- Kitwood, T. (2016). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber
- Klie, T. u. Gaymann, P (2015). Demensch. Texte und Zeichnungen. Heidelberg: medhochzwei
- Knipping, C. (2007). Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber
- Kooij, C. van der (2007). Ein Lächeln im Vorübergehen. Erlebnisorientierte Altenpflege mithilfe der Mäeutik. Bern: Huber
- Kojer, M. (2006). Palliative Praxis. Handbuch für Moderatoren. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2001). Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln: KDA
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004). PRO ALTER 4/04. Köln: KDA
- Keil, A. (2011). Auf brüchigem Boden Land gewinnen. Biografische Antworten auf Kranksein und Krisen. München: Kösel
- Lind, S. (2007). Demenzkranke pflegen. Grundlagen, Strategien und Konzepte. Bern: Huber
- Lind, S. (2005). Tagesstrukturierung für Demenzkranke. In: Die Schwester/ Der Pfleger 12/05. Melsungen: Bibliomed
- Löser, A. (2013). Pflegeberichte endlich professionell schreiben. Hannover. Schlütersche
- Mace, N. & Rabins, P. (2012). Der 36-Stunden-Tag. Die Pflege des verwirrten älteren Menschen, speziell des Alzheimer-Kranken. Bern: Huber
- Maslach, C. & Leiter, M. (2001). Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können. Wien: Springer

- MDS e.V. (2014).** Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären und ambulanten Pflege. Essen: MDS
- MDS e.V. (2014).** 4. Bericht des MDS nach §114a Abs. 6 SBB XI – Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen: MDS
- MDS e.V. (2016)** Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches vom 15.4.2016
- MDS e.V. (2017).** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Essen: MDS
- Meckel, M. (2010).** Brief an mein Leben. Erfahrungen mit einem Burnout. Hamburg: Rowohlt
- Ohlmann, T.(2017).** Demenzkrank – welche Rechte bleiben. Hannover: Schlütersche
- Peplau, H. (2009).** Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege. Bern: Huber
- Perrar, K. et al.(2011).** Gerontopsychiatrie für Pflegeberufe. Stuttgart: Thieme
- Pietscher, M. (2012).** Leiden schafft Pflege. Sr. Liliane Juchli, ein Leben für die Würde des Menschen. DVD. Hannover: Schlütersche
- Powell, J. (2005).** Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Köln: KDA
- Reisberg, B. in: Ihl, R. & Fröhlich, L. (1991).** Die Reisberg Skalen. Weinheim: Beltz
- Richard, N. (2004).** Die Integrative Validation. Brake: Prodos
- Roper, N. (1997).** Pflegeprinzipien im Pflegeprozess. Bern: Huber
- Rothe, V. et al. (2017)** Im Leben bleiben – unterwegs zu Demenzfreundlichen Kommunen. Bielefeld: transcript Verlag
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz (2009).** S3-Leitlinie
- Sander, K. (2005).** Biografiearbeit Heft 21. Brake: Prodos
- Satir, V. (2003).** Familienbehandlung. Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie. Freiburg: Lambertus
- Schmieder, M. (2007).** »Pflegeoasen«. Vortrag auf der Wandsbeker Pflegekonferenz am 20.03.2007
- Schmidt, E. R. (2004).** Beraten mit Kontakt. Frankfurt: Gabal

- Schmidt, E. R. (2003).** »Leitbilder weiblicher Führung«. Seminar im Antoniusshaus Mattli (CH)
- Schmidt, E. R. (2006).** »Frauen als Veränderungsmanagerinnen«. Seminar im Antoniusshaus Mattli (CH)
- Schmieder, M. (2015).** Dement, aber nicht bescheuert. Berlin: Ullstein
- Schnell, M. (2012).** Warten bis zum nächsten Mittagessen. In pflegen: Demenz 3/2012. Seelze: Friedrich
- Schulz von Thun, F. (2003).** Miteinander reden. Band 1–3. Hamburg: Rowohlt
- Schwerdt, R. (1998).** Eine Ethik für die Altenpflege. Bern: Huber
- Seifert, L. & Tracy, B. (2002).** Work-Life-Balance. Frankfurt: Gabal
- Sieveking, D. (2012).** Vergiss mein nicht. Freiburg: Herder
- Sonntag, J. (2013).** Demenz und Atmosphäre. Frankfurt: Mabuse
- Staub, M.; Abderhalden, C.; Georg, J. & Doenges, M. (2013).** Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen. Bern. Huber
- Stuhlmann, W. (2011).** Demenz braucht Bindung: Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt. München: Reinhardt
- Von Fellenberg-Bitzi, T. (2013).** Liliane Juchli. Ein Leben für die Pflege. Stuttgart: Thieme
- Wagner, P. (2014).** »Der Mensch braucht Lob«. Ein Gespräch mit der Schweizer Ordensschwester Liliane Juchli über ihren Longseller zur Krankenpflege und eigene schmerzliche Erfahrungen. In: DIE ZEIT Nr. 2 vom 2. Januar 2014
- Werner, Sylke (2017)** in Heilberufe – Das Pflegemagazin: Schmerzen erkennen bei Menschen mit Demenz. Berlin: Springer Medizin Verlag, Ausgabe 11/2017
- Zimmermann, C. & Wißmann, P. (2011).** Auf dem Weg mit Alzheimer. Wie sich mit einer Demenz leben lässt. Frankfurt: Mabuse

REGISTER

- ABEDL® 112
 Agnosie 20, 41, 54
 Alzheimer 21
 – -Demenz 21, 23
 – -Krankheit, Schweregrade 47
 Angehörige, Belastungen 29
 Ansatz
 – milieutherapeutischer 97
 – personenzentrierter 47, 58
 Aphasie 20, 41, 54
 Apraxie 20, 41, 54
 Assessment 40, 43
 Assessmentinstrumente 43
 Ausschlussdiagnose 17

 Basale Stimulation® 58, 61
 Bedürfnisse 55
 Begegnung auf Augenhöhe 70
 Begutachtung, Lebensbereiche 33
 Begutachtungsinstrument 31
 Beschäftigungsangebote 103
 Betreuung 94
 Beurteilungsskala für geriatrische
 Patienten 45
 Bewältigungsstrategien 88
 Bewältigung und selbständiger
 Umgang mit krankheitsbeding-
 ten oder durch die Therapie
 bedingte Anforderungen und
 Belastungen 35
 Bindung 106
 Biografie 75
 Biografiearbeit 75, 79, 80, 84
 – ambulant 89
 – Angehörige 85
 – stationär 90
 Burnout 119

 Cohen-Mansfield Agitation Inven-
 tory 45
 Coping 24
 – -Strategien 125

 Dementia Care Mapping 45
 Demenz
 – Beschäftigung 102
 – Definition 14
 – Diagnose 25, 27
 – Diagnostik 16
 – Diagnostik, Kriterien 19
 – Formen 21
 – Lebenserwartung 21
 – Lebensführung 23
 – Prävention 26
 – Rechte 92
 – Schmerzen 109
 – Symptomatik 27
 – Syndrom 15
 DemTect 46
 Diana-Effekt 69
 DSM 4 20

 ECPA-Bogen 111
 Entlastungsleistungen 38
 Entscheidungsfähigkeit 93
 Ereignisse, zeitgeschichtliche 82
 Erinnerungsarbeit 80
 Evaluation 40

- Expertenstandard
 - Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz 116
 - Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 109
- Flexirente 39
- Fluktuationen 18
- Freiräume 106
- Frontotemporale Demenz 18
- Geschäftsfähigkeit 94
- Gesprächsführung, klientenzentrierte 71
- Gesprächstechniken 65
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte 36
- Global Deterioration Scale 44, 47
- Hobby 105
- Hospitalismus 100
- ICD-10 19
- Integrative Validation® nach Richard 60
- Interaktion 72
- Interaktionsformen, positive 73
- Intervention 40
- Interventionsmethoden 58
- Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten 33
- Kommunikation 64
 - Schwierigkeiten 66
- Kommunikationsfähigkeit, eingeschränkte 111
- Kommunikationsmodelle 58
- Kontakt 67, 70
- Lebensaktivitäten 88
- Leistungen sind zur Unterstützung im Alltag 37
- Lewy Body Demenz 18
- Lewy-Körperchen-Demenz 18, 23
- Mäeutik 50
- Maßnahmenplanung 41
- Memory-Klinik 17
- Menschenwürde 92
- MI-DEMAS 100
- Milieu, Auswirkungen 101
- Milieutherapie 97
- Mini-Mental-State Examination 46, 49
- Mobilität 33
- Nosger-Skala® 45
- Orientierungsstörungen 23
- Pflege
 - Beziehungsarbeit 53
 - Grundsätze 46
 - Pflegebedürftigkeit
 - Begriff 32
 - Feststellung 30
 - Pflegebedürftigkeit, Kriterien 33
 - Pflegeberufsgesetz 42
 - Pflegebeziehung 115
 - Pflegeethik 95
 - Pflegefachkräfte, Aufgaben 39

- Pflegegrad 31
- Pflegekonzepte 71
- Pflegeoase 107
- Pflegeprozess, WHO 40
- Pflegequalität, Gefährdung 117
- Pflegeverständnis, professionelles 57
- Pick-Krankheit 23
- Planung 40
- Pseudodemenz 22
- Psychobiografische Modell nach Böhm 86

- RAI® 45
- Rechtsgeschäfte 95
- Reminiszieren 80

- Schmerzen
 - Definition 110
 - Hinweise 110

- Selbständigkeit 30
- Selbstversorgung 34
- SGB XI 37, 38

- Trigger 82

- Überforderung, Merkmale 118

- Validation nach Feil 59
- Veränderungen, demenzielle 23
- Vergessen 16
- Verhalten, herausforderndes 55
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 34
- Versorgung, professionelle 30
- Verständigungskonzepte 71

- Weglauftendenzen 113
- Work-Life-Balance 124
- Wortfindungsstörungen 23

Am Anfang einer Begleitung steht das Wissen

Gerade für Menschen mit Demenz hat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich die lang erwartete Hilfe gebracht. Es steht mehr Geld zur Verfügung, um die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz individuell und wertschätzend zu gestalten.

Doch am Anfang aller Begleitung steht das kompetente Wissen um die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. In der 4., aktualisierten Auflage beantwortet dieses Buch die 100 wichtigsten Fragen, wenn es um den Umgang mit Menschen mit Demenz geht.

Dieses Buch legt das Fundament, auf dem sich der Umgang mit demenziell erkrankten Menschen gestalten lässt. In leicht verständlicher Sprache gibt die Autorin Auskunft, damit die Begleitung kreativ, fachgerecht und kompetent gestaltet werden kann. Der ideale Ratgeber für Anfänger und Profis!

Wichtige Grundlagen

Tipps für den Alltag

Hilfe bei Problemen

Die Autorin

Ingrid Hametner ist Diplom-Pädagogin, Gesundheits- und Pflegefachkraft, Pflegepädagogin sowie ausgebildete Management- und Personaltrainerin. Sie ist seit vielen Jahren u. a. in der Fortbildung von Pflegefachkräften tätig.

ISBN 978-3-89993-961-3



9 783899 939613

