

P F L E G E
L E I C H T



Jutta König | Claudia Zemlin

100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz

und was Sie dagegen tun können

4., aktualisierte Auflage

- Wertschätzend kommunizieren
- Biografisch pflegen & betreuen
- Milieuorientiert arbeiten



BRIGITTE KUNZ
VERLAG

P F L E G E
L E I C H T



Jutta König | Claudia Zemlin

100 Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz und was Sie dagegen tun können

4., aktualisierte Auflage

- Wertschätzend kommunizieren
- Biografisch pflegen & betreuen
- Milieuorientiert arbeiten



BRIGITTE KUNZ
VERLAG

Die Autorinnen:

Jutta König ist Altenpflegerin, Pflegedienst- und Heimleitung, Wirtschaftsdiplombetriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei verschiedenen Sozialgerichten im Bundesgebiet sowie beim Landessozialgericht in Mainz, Unternehmensberaterin, Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, Heimgesetz und Betreuungsrecht. Tätig im gesamten Bundesgebiet für Auftraggeber der privaten Trägerschaft, Trägerschaften der Kirche, der Wohlfahrtsverbände und öffentliche Trägerschaften.

Dr. Claudia Zemlin ist klinische Psychologin, Fachpsychologin der Medizin, PBD-Gerontologin, PGD dementia studies, Gesprächspsychotherapeutin, Verhaltenstherapeutin, DCM-Trainerin und anerkannte Böhmlehrerin beim Europäischen Netzwerk für Psychobiographische Pflegeforschung nach Prof. Erwin Böhm. Sie ist zurzeit externe Lehrbeauftragte im Masterstudiengang Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz an der Universität Witten/Herdecke.

**Der Pflegebrief Newsletter – für die schnelle Information zwischendurch
Anmelden 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 978-3-89993-832-6 (Print)

ISBN 978-3-8426-8751-6 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8752-3 (EPUB)

© 2016 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

Satz: PER MEDIEN & MARKETING GmbH, Braunschweig

Druck: PHOENIX PRINT GmbH, Würzburg

INHALT

Vorwort	8
1 Erläuterungen	10
2 Die eigene Haltung	14
1. Fehler: Annahme, man könne für die betroffenen Menschen nichts mehr tun	14
2. Fehler: Annahme, Menschen mit Demenz benötigten eine feste Tagesstruktur	15
3. Fehler: Annahme, Menschen mit Demenz könnten keine Entscheidungen mehr treffen	15
4. Fehler: Annahme, alle Menschen mit Demenz seien krank und müssten deshalb ständig betreut werden	16
5. Fehler: Annahme, bei Menschen mit Demenz müsse man immer investieren, bekäme aber kaum etwas zurück	17
6. Fehler: Der Mensch mit Demenz soll lernen, dass er nicht der einzige Klient ist, der Hilfe benötigt	18
7. Fehler: Menschen mit Demenz sollen einsehen, dass sie unselbstständiger sind und deshalb Hilfe annehmen müssen	19
8. Fehler: Man muss nur konsequent genug sein, dann macht ein Mensch mit Demenz auch das, was richtig und notwendig ist	20
9. Fehler: Abläufe werden strikt koordiniert – Menschen mit Demenz fügen sich schon ein	23
10. Fehler: Annahme, manche Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz seien anderen nicht zuzumuten	24
11. Fehler: Pflegende nutzen ihre Erfahrungen mit Menschen mit Demenz, um ihre Arbeit besonders effektiv zu gestalten	25
12. Fehler: Individuelle Bedürfnisse werden zu wenig berücksichtigt	26
13. Fehler: Ich pflege, wie ich selbst gepflegt werden möchte	27
14. Fehler: Bei Menschen mit Demenz wird zu kleinen Notlügen gegriffen	29
15. Fehler: Menschen mit Demenz dürfen nichts allein machen	30
16. Fehler: Menschen mit Demenz werden wie kleine Kinder behandelt	31
17. Fehler: Menschen mit Demenz werden eingeschüchtert	32

18. Fehler: Menschen mit Demenz werden etikettiert	33
19. Fehler: Annahme, in Pflegeoasen seien Menschen mit Demenz gut versorgt	34
20. Fehler: Menschen mit Demenz werden überfordert	35
21. Fehler: Entscheidungen werden abgenommen	36
22. Fehler: Pflegende reagieren enttäuscht, wenn der Mensch mit Demenz nicht wie erwartet reagiert	36
23. Fehler: Reaktionen oder Gefühlsäußerungen werden übergangen	37
24. Fehler: Es wird über den Kopf hinweg kommuniziert	38
25. Fehler: Soziale Kontakte werden ignoriert	39
26. Fehler: Störungen werden nicht erklärt	43
27. Fehler: Es wird über Menschen mit Demenz gelacht	43
28. Fehler: Gefährliche Gegenstände werden von Menschen mit Demenz ferngehalten	44
29. Fehler: Menschen mit Demenz werden weggeschickt	45
30. Fehler: Menschen mit Demenz werden wie Objekte behandelt	45
3 Kommunikation	47
31. Fehler: Es wird nur selten Blickkontakt aufgenommen	47
32. Fehler: Sprache und Stimme werden nicht angepasst	47
33. Fehler: Zeichensprache/Gestik wird nur bei Gehörlosen eingesetzt	48
34. Fehler: Die Konsequenzen einer eingeschränkten Sprache werden nicht beachtet	49
35. Fehler: Pflegende reagieren mit eindeutig negativen Gesten	50
36. Fehler: Es werden zu viele akustische Reize eingesetzt	51
37. Fehler: Die Gelegenheit zum Handschlag wird nicht genutzt	51
38. Fehler: Berührungen werden nicht adäquat eingesetzt	52
39. Fehler: Kosenamen werden unreflektiert benutzt	53
40. Fehler: Auf Wiederholungen wird mit Ungeduld reagiert	54
41. Fehler: Aussagen werden korrigiert	55
42. Fehler: Schlüsselwörter werden zu wenig eingesetzt	55
43. Fehler: Es werden Entscheidungsfragen gestellt	56
44. Fehler: Auf Erzählungen wird nicht eingegangen	57
45. Fehler: Menschen mit Demenz werden zum Nachdenken aufgefordert	58
46. Fehler: Es werden Schuldfragen diskutiert	58
47. Fehler: Falsche Aussagen werden umgehend richtiggestellt	59

48. Fehler: Es wird sich strikt an der Realität orientiert	60
49. Fehler: Ungereimtheiten werden konsequent aufgeklärt	61
50. Fehler: Es wird ausschließlich hochdeutsch gesprochen	61
4 Milieu	63
51. Fehler: Wer einnässt oder die Toilette nicht findet, bekommt Inkontinenzmaterial	63
52. Fehler: Die Ursachen der »Bettflucht« werden nicht hinterfragt ...	65
53. Fehler: Schlafen am Tisch wird nicht erlaubt	66
54. Fehler: Unterschiede werden nicht beachtet	67
55. Fehler: Gottesdienstbesuche werden sehr selten angeboten	68
56. Fehler: Es werden zu wenig religiöse Rituale angeboten	68
57. Fehler: Das Mobiliar entspricht dem Geschmack der Pflegenden ..	69
58. Fehler: Funktionalität hat Vorrang vor Gemütlichkeit	70
59. Fehler: Zimmer werden wie Museen eingerichtet	70
60. Fehler: Zeitschriften werden nicht passgenau ausgewählt	71
61. Fehler: Kalender und Uhren sind nicht immer aktuell	72
62. Fehler: Eine Aromapflege wird unreflektiert eingesetzt	72
63. Fehler: Es werden »kinderleichte« Beschäftigungen angeboten ...	73
64. Fehler: Es werden immer Schnabelbecher zum Trinken eingesetzt	74
65. Fehler: Bei allen Tätigkeiten werden Handschuhe getragen	75
66. Fehler: Dienstkleidung ist Pflicht für alle Pflegenden	76
67. Fehler: Zigaretten werden stets eingeteilt	77
68. Fehler: Produkte aus der Kochgruppe werden nicht in Umlauf gebracht	77
69. Fehler: Übrig gebliebene Lebensmittel werden immer weggeworfen	78
70. Fehler: Per Hand gespültes Geschirr muss immer in die Spülmaschine	79
5 Biografisches Arbeiten	81
71. Fehler: Annahme, Biografiearbeit ohne Hilfe der Angehörigen sei unmöglich	81
72. Fehler: Annahme, Menschen mit Demenz reimten sich ihre Biografie zusammen	82
73. Fehler: Es wird ausgefragt	82
74. Fehler: Vertrauliche Details werden in die Dokumentation eingetragen	83

6	Körperpflege und Ernährung	84
	75. Fehler: Jeder Pflegebedürftige wird täglich gewaschen	84
	76. Fehler: Nahrungsverweigerung wird nie respektiert	85
	77. Fehler: Jeder Pflegebedürftige muss pro Tag 1,5 bis 2 Liter trinken	87
	78. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte müssten spätestens nach zehn Stunden etwas essen	88
	79. Fehler: Annahme, bei fortgeschrittenem Stadium der Demenz sei eine PEG angebracht	89
	80. Fehler: Annahme, bei Schluckstörungen und PEG sollte nicht oral ernährt werden	90
	81. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte hätten kein Sättigungs- gefühl	91
	82. Fehler: Wenn es mit dem Essen nicht klappt, wird ein Latz umgelegt	92
	83. Fehler: Die Tabletteneinnahme findet immer zu den Mahlzeiten statt	93
7	Herausforderndes Verhalten	95
	84. Fehler: Wer sich mit seinen Ausscheidungen beschäftigt, muss einen Overall tragen	95
	85. Fehler: Die Nacht ist (ausschließlich) zum Schlafen da	96
	86. Fehler: Es wird nicht nach den Gründen des Weglaufens gefragt ..	97
	87. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte benötigten wenig Körper- kontakte, weil sie sich zurückziehen	98
	88. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte riefen ohne Grund	99
	89. Fehler: Annahme, alle Arztanordnungen seien durchzuführen ...	100
	90. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte verstecken Sachen und beschuldigen andere	101
	91. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte hätten kein Wärme- empfinden	101
	92. Fehler: Annahme, eine genehmigte freiheitseinschränkende Maßnahme müsse immer durchgeführt werden	102
	93. Fehler: Der Betreuer entscheidet alles	103
	94. Fehler: Annahme, dass die Pflegekraft hafte, wenn sich der demenziell Erkrankte selbst schadet	104
	95. Fehler: Annahme, man müsse demenziell Erkrankte 24 Stunden beaufsichtigen	105

96. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte brauchten immer Psycho- pharmaka	106
97. Fehler: Annahme, demenziell Erkrankte seien ständig unzufrieden und aggressiv	107
98. Fehler: Wer sich nicht äußert, hat auch keine Schmerzen	108
99. Fehler: Eine Facharztkonsultation unterbleibt	110
100. Fehler: Bei Gangunsicherheit wird die Protektorenhose angezogen	111
Literatur	113
Register	116

VORWORT

Demenziell Erkrankte bilden die wohl größte Gruppe von Pflegebedürftigen. Deshalb freuen wir uns, Ihnen dieses Buch zu präsentieren, denn all die strittigen Punkte und Diskussionen rund um das Thema Demenz, das Verhalten und die typischen Fehler im Umgang mit dieser Personengruppe, sind uns seit Langem ein Anliegen.

In vielen Seminaren und Beratungsterminen tauchen immer wieder die gleichen Fragen auf bzw. zeigen sich die immer gleichen Probleme im Umgang mit Menschen mit Demenz. Die hier aufgeführten Fehler und Beispiele entstanden aufgrund jahrelanger Erfahrungen bei Untersuchungen mit dem Dementia-Care-Mapping (DCM)-Verfahren und bei Beratungsterminen zur Qualitätssicherung bei Dutzenden verschiedener Unternehmen in Deutschland.

Wir nutzen in unserem Buch ausdrücklich nicht den Begriff »Patient« oder »Bewohner«. Wir nennen Menschen, die in einigen Bereichen des Lebens der Hilfe bedürfen, Klienten. Klient ist nach der Definition ein Mensch, der in Teilbereichen schutzbedürftig ist und hierbei eine Vertretung benötigt. Unsere Funktion als Pflegenden und Begleitenden sollte sich daher nur auf die Kompensation der Hilfsbedürftigkeit in jenen Bereichen beschränken, die der Klient nicht mehr selbst übernehmen kann. Keinesfalls dürfen wir anderen Menschen, nur weil sie in Teilbereichen hilfsbedürftig werden, alles wegnehmen und durch Neues ersetzen. Wenn wir Menschen aufgrund ihrer lediglich teilweisen Einschränkungen, als »Patient« oder »Bewohner« bezeichnen, nehmen wir ihnen oft die eigene Identität und Perspektive.

Definition Klient

»synonym für Mandant und Mandantin, Auftraggeber.« Klient: »... jemand der Rat, Hilfe bei jemanden Sucht,..seine Interessen wahrzunehmen.« Herkunft des Wortes Klient: »... jemand der Anlehnung gefunden hat.«¹

¹ www.duden.de [Zugriff am 11.08.2011]

Wir verstehen unter einem Klienten jemanden, der lediglich eine Art »Prothese« benötigt, um sein Leben selbstständig weiterzuführen. Ein Klient ist also beispielsweise ein Mensch mit einer Beinamputation, der nur in diesem Zusammenhang eine Unterstützung (Prothese) benötigt, um selbst weiterlaufen zu können. Das gilt auch für einen Menschen mit Demenz. Er braucht keine überversorgende, entmündigende Pflege, sondern eine Umgebung und Begleitung, die auch ihm selbstständiges Handeln ermöglicht. Er benötigt nicht mehr und nicht weniger.

Dieses Büchlein allein kann Ihnen keinen Erfolg beim Umgang mit Menschen mit Demenz garantieren, aber es soll Ihnen zeigen, dass Ihre persönliche Grundhaltung und Einstellung die Grundvoraussetzung für jegliches Tun in der Pflege ist.

Hierfür erläutern wir Zusammenhänge zwischen Haltung, Milieu, Kommunikation, Biografie und herausforderndem Verhalten. Wir möchten Ihnen in anschaulicher Art und Weise die typischen Fehler im Umgang mit Menschen mit Demenz aufzeigen. Denn: Aus Fehlern lernt man.

Wiesbaden und Berlin, im Februar 2016

Jutta König
Dr. Claudia Zemlin

Hinweis

Bei dieser aktualisierten Auflage beziehen wir uns auf die aktuellen »Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR)« vom 17. Januar 2014, die im Internet unter www.mds-ev.de/richtlinienpublikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html als PDF vorliegen bzw. als Broschüre bestellt werden können. Die Seitenangaben können daher von einer späteren Druckversion abweichen.

1 ERLÄUTERUNGEN

Definition der Demenz nach ICD-10

»Demenz (F00 bis F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt.«²

Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens sechs Monate bestanden haben (vgl. Dilling et al. 2000). Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen; gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßerkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.

Definition der Demenz im DSM-IV

Die kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der sozialen und beruflichen Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar. Sie treten nicht im Rahmen einer rasch einsetzenden Bewusstseinstörung oder eines Delirs auf.

Zur Beeinträchtigung des Gedächtnisses muss noch mindestens eine der folgenden Störungen hinzukommen:

- Aphasie: Störung der Sprache;
- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen;
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen;
- Störung der Exekutivfunktionen, d. h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge³.

² vgl. www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm, Zugriff: 26.03.2008).

³ vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#Definition_der_Demenz_nach_ICD_10

Liest man diese Definitionen, dann schiebt sich für viele, die Menschen mit Demenz begleiten und pflegen, die Frage in den Vordergrund: Wie kann man die Lebensqualität bei Menschen mit Demenz entwickeln und sichern?

In den letzten Jahren wurde dieses Thema in Fachkreisen fokussiert und diskutiert. Alte Pflegekultur, die vor allen Dingen somatische Aspekte berücksichtigt, und neue Pflegekultur, die die psychosozialen Aspekte des Betroffenen in den Pflegefokus setzen (Kitwood 1997, 2000), prallen aufeinander. Man macht sich Gedanken, wie man Lebensqualität erzeugen kann und welche Faktoren hierbei hinderlich sind. Ein wesentlicher Aspekt ist die Entwicklung einer Haltung gegenüber den betroffenen Menschen, einer Haltung, die psychische und physische Bedürfnisse erkennt und Lebendigkeit zulässt – trotz Demenz:

- Wie entfalte ich Hoffnung als eine wichtige Einstellung, die die begleitende Umwelt annehmen muss?
- Wie schaffe ich gute Kontakte und fördernde Bedingungen, die eine Lebensqualität ermöglichen?
- Welche Fortbildung brauche ich, um Lebensqualität für die Pflegebedürftigen zu entwickeln?

Tracy Lintern identifizierte einige Haltungen, die es Pflegenden erschweren, einen optimalen Raum für ein Zusammenleben mit Menschen mit Demenz zu erzeugen. Die Beschäftigung mit der eigenen Einstellung hilft, den eigenen Standpunkt zu erkennen, den Bedarf an Wissen zu ermitteln und Prozesse in Bewegung zu bringen, die Lebensqualität möglich machen (vgl. Zemlin/Müller-Hergl 2008). Einige Einstellungen, die Lintern mit dem ADQ (»Approaches to Dementia Questionnaire: An attitude scale for use with dementia care staff«), einem Erhebungsbogen zur Ermittlung von Haltungen in der Pflege, erfragte, werden hier hervorgehoben, da sie nach unseren Beobachtungen weitverbreitet scheinen (vgl. Fehler 1 bis 12).

Damit bezeichnet man Verhaltensweisen, die von pflegenden und begleitenden Mitarbeitern ausgehen und die negativ auf den Menschen mit Demenz wirken. Jemandem die Macht zu nehmen, etwas zu tun oder entscheiden zu können, jemanden nicht wertzuschätzen oder wie ein Objekt zu behandeln – dies sind Verhaltensweisen, die das Personsein untergraben und besonders häufig Menschen treffen, die nicht mehr »der Norm« entsprechen. Kitwood (2000) sieht dieses Verhalten im Rahmen einer malignen (= bösartigen) Sozialpsychologie. Der Grund für diese Verhaltensweisen ist

nicht böswillige Absicht, sondern eine alte Kultur, die sich in allen Bereichen, wo Menschen in soziale Kontakte und besonders in Abhängigkeiten kommen, nachweisen lässt. Diese Zeichen der alten Kultur aufzudecken und schließlich zu vermeiden, sollte Ziel von Pflegeprozessanalysen sein.

Das DCM-Verfahren, das auf dem personenzentrierten Ansatz von Kitwood basiert, unterscheidet verschiedene Formen von personalen De-traktionen, die DCM-Anwender häufig beobachten. Durch die folgende Darstellung, insbesondere bei der Diskussion der Fehler 13 bis 30, die den pflegerischen Alltag betreffen, wollen wir Pflegende auch auf personale De-traktionen milderer Form aufmerksam machen (vgl. Kitwood 1997, 2000).

Biografisches Arbeiten ist eine Voraussetzung, um individuelle Pflege zu ermöglichen. Pflegerische Konzepte, die den Anspruch haben personenzentriert zu sein, brauchen dringlichst eine klare Aussage darüber, wie Biografierarbeit verankert ist, um die Zielsetzung, Zugänge zu den Bedürfnissen, Wünsche und Interessen einer Person zu erkennen.

Die Biografie eines Menschen beleuchtet dessen Lebensgeschichte aus seiner eigenen Perspektive vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen und zeitgeschichtlichen Prägung.

Jeder Mensch ist ein Kind seiner Zeit, was bedeutet, dass die persönliche Entwicklung eines Individuums sowohl durch zeitgeschichtliche Erlebnisse als auch durch die konkrete Lebenssituation in der Familie geprägt ist.

Biografie ist erzählte Erinnerung. Dabei sind die Ziele: Selbsterkenntnis, Selbsthilfe (Eigentherapie), Rechenschaftsbericht, Versuch der Selbstfindung und Entscheidungshilfe.

Biografie ist die Basis für das Verständnis dafür, was einen Menschen bewegt, antreibt, wie er Lebenssituationen bewältigt und seinem Leben Sinn gibt.

Nur wenn Pflegende bereit sind, sich Klienten mit einer angemessenen »Geschichtsfähigkeit« (Böhm 2013), mit einem Interesse an dem Leben des Klienten vor dem Pflegeheim zu nähern, kann Pflege wirklich individuell gestaltet und somit erfolgreich sein. Wenn Pflege auch Seelenpflege sein soll, dann bedarf es eines psychobiografischen Ansatzes, damit die Frage: »Was mache ich bei wem und warum?« sinnvoll beantwortet werden kann.

Dabei ist es wichtig, dass Pflegende wissen, dass ihre eigene Biografie ein bedeutender Aspekt in ihrem Handeln ist. Die eigene Biografie bestimmt oft die Art und Weise, wie jemand pflegt. Gerade in einer Dyade, wo der Klient mit Demenz in ständig zunehmende, auch emotionale Abhängigkeit

vom Umfeld gerät, müssen sich Pflegende ihre selbstreflektorische Verantwortung bewusst machen. Nur unter dieser Bedingung kann gefühlsbiografisches Arbeiten dazu führen, dass sich eine »verstehende Pflege statt eine verständliche Pflege« (Böhm 2013) entwickeln kann (Zemlin & Radzey, 2014, S. 60–61).

Obwohl dies besonders bei den Fehlern 70 bis 74 thematisiert wird, muss man davon ausgehen, dass biografisches Wissen und Verständnis Basis für jedes pflegerische Handlung sein sollte.

2 DIE EIGENE HALTUNG

1. Fehler: **Annahme, man könne für die betroffenen Menschen nichts mehr tun**

Das ist mit Sicherheit eine Annahme, die in einem viel umfassenderen Maße diskutiert werden muss. Sie hat dramatische Folgen in der täglichen Begleitung von Menschen mit Demenz. Diese Haltung, bei der Demenz mit Hoffnungslosigkeit gleichgesetzt wird, stammt, wie Kitwood (1997) es beschreibt, aus der alten Pflegekultur, die Demenz als eine das zentrale Nervensystem zerstörende und somit die Identität und Person vernichtende Erkrankung ansieht, der kein Mittel entgegenwirken kann.

Fakt: Diese Annahme raubt den Angehörigen und Pflegekräften jegliche Zuversicht. Sie halten ihr Tun nur für eine Begleitung, die den Zustand gerade so erträglich machen kann. Diese Hoffnungslosigkeit führt geradezu zu einer Pflege, die wesentliche psychische Bedürfnisse eines Menschen mit Demenz nicht erfüllt, weil sie sie nicht als solche erkennt. Die Pflegebedürftigen verkümmern, weil sie kaum wertschätzende Kontakte und Einbindung in Lebensaktivitäten erleben. Das aber ist das Ergebnis der Pflege – nicht der Demenz.

Fazit

Kitwood (1997, 2000) betrachtet die Demenzerkrankung als eine Form der Behinderung, deren Bewältigung im überwiegenden Maße von der Qualität der Pflege abhängt. Es kommt also darauf an, dass Pflegenden Kenntnisse entwickeln, um für den Menschen mit Demenz eine fördernde und ermutigende Umgebung zu schaffen, sodass er sein Leben von Tag zu Tag mit Optimismus meistern kann.

2. Fehler: **Annahme, Menschen mit Demenz benötigen eine feste Tagesstruktur**

Bei dieser Fehler-Formulierung handelt es sich um eine Aussage, die, wenn sie allgemeingültig festgelegt wird, falsch ist. Individuelle Rituale sind davon unberührt. Wer glaubt, dass er Menschen mit Demenz nur durch einen starren Tagesablauf »lenken« kann, berücksichtigt keine individuellen Schwankungen, keine Launen, plötzlich auftretende Wünsche oder andere Bedürfnisse, die den Einzelnen ausmachen.

Fakt: Es mag sein, dass es Pflegebedürftige gibt, die von festen Abläufen profitieren. Aber oft ist es so, dass feste Abläufe den Menschen entmündigen und ermüden. Vorteilhaft ist ein solcher Ablauf nur für die Pflegenden, die den Pflegebedürftigen in einen überschaubaren Rahmen pressen, der ihm wenig Gelegenheit für Unvorhersehbares lässt – quasi eine kontrollierbare Situation, die kaum Risiken birgt. Leben ist etwas anderes! Dieses Verhalten der Pflegenden kann sehr unterschiedliche Gründe haben. Oft hat es mit der Haltung gegenüber Menschen mit Demenz zu tun. Betrachtet man diese Menschen, als seien sie nur noch durch starre Grenzziehung beherrschbar, weil ansonsten das Chaos herrsche, dann spricht das für Unwissenheit, Unsicherheit und Angst vor Überforderung. Hier benötigen die Pflegenden Hilfe!

Fazit

Neben unterstützenden Schulungen sind auch Hospitationen in Einrichtungen hilfreich, die eine andere, eine neue Pflegekultur leben.

3. Fehler: **Annahme, Menschen mit Demenz könnten keine Entscheidungen mehr treffen**

Jeder Pflegende, der Menschen mit Demenz begleitet, weiß aus seiner täglichen Erfahrung, dass Pflegebedürftige fortwährend eigene Entscheidungen treffen. Sie laufen über den Flur, nehmen Dinge mit, sprechen andere Personen an oder äußern laut, wenn ihnen bestimmte Dinge nicht passen.

Fazit

Die Qualität der Kontakte, auch der Berührungen, wird vor allem von der aktuellen Befindlichkeit der Pflegebedürftigen bestimmt.

39. Fehler: Kosenamen werden unreflektiert benutzt

Im engen Zusammenhang mit dem oben beschriebenen Problem steht das Benennen von Pflegebedürftigen mit Kosenamen wie »meine Süße« oder »Schätzchen«. Alte Menschen mit Demenz sind keine Kinder!

Fakt: Ein wertschätzender Umgang erfordert auch eine angepasste Ansprache, wozu immer ein »Sie« bzw. die Anrede »Herr ...« oder »Frau ...« gehört. Sollte der »angeheiratete« Name bei Frauen nicht mehr erkannt werden, kann auf den Geburtsnamen und ggf. »Fräulein ...« zurückgegriffen werden.

Fazit

Der Vorname und das »Du« sollte nur in Fällen genutzt werden, in denen der Nachname nicht mehr verstanden wird. Beachtenswert ist, dass diese Erreichbarkeitshöhe (vgl. Böhm 1999b) individuell von verschiedenen Faktoren abhängen kann (z. B. Stimmungen, Stress, Tätigkeiten, Tageszeit) und somit nicht stabil sein muss. Wenn das »Du« die geeignete Kommunikationsform in bestimmten Situationen darstellt, muss jeder Mitarbeiter – auch ein Praktikant – darüber Bescheid wissen. Pflegende sollten die aktuelle Erreichbarkeit bei der Kontaktaufnahme stets berücksichtigen und entsprechend adäquat reagieren. Das kann durchaus dazu führen, dass eine Pflegebedürftige morgens »Frau Professor« ist, die Respekt erwartet wie zu ihrer damaligen Berufszeit, abends aber nur auf »Käthchen« reagiert und umsorgt und gedrückt werden möchte. Trotzdem wird sie am nächsten Morgen wieder mit »Frau Professor« angesprochen.

40. Fehler: Auf Wiederholungen wird mit Ungeduld reagiert

Sicher kennen Sie das: Der Mensch mit Demenz stellt wieder und wieder dieselbe Frage und irgendwann bekommt er die Antwort: »Das habe ich Ihnen heute schon ein paar Mal gesagt« (vgl. Powell 2000).

Diese Reaktion kann verschiedene Ursachen haben: Häufig ist es für Pflegende, aber auch für Angehörige, kaum vorstellbar, dass das Gedächtnis einen so im Stich lassen kann, dass eine gerade erst gestellte Frage und die darauf erfolgte Antwort bereits nach einigen Augenblicken völlig vergessen werden. Selbst wenn bekannt ist, dass bei einer demenziellen Erkrankung das Kurzzeitgedächtnis stark betroffen sein kann, bleibt es oft ein Problem, sich in diese Situation hineinzusetzen.

Fakt: Unverständnis erzeugt oft Ungeduld. Entsprechend können die Reaktionen der Pflegenden die Unsicherheit des Pflegebedürftigen weiter schüren, was dann nicht selten zur Verstärkung des Symptoms führt.

Fazit

Ruhiges Beantworten der Frage mit Worten, die man aus Erfahrungen mit dem Pflegebedürftigen als hilfreich erkannt hat, ist sinnvoll. Fragt ein Pflegebedürftiger beispielsweise beständig nach seinem Geld und man weiß aus Gesprächen, dass dieser als einzigen sicheren Aufbewahrungsort seine »Sparkasse« einschätzt, dann kann ein Satz wie »Ihr Geld liegt sicher auf Ihrem Konto in der Sparkasse in der Lindenallee« sehr hilfreich sein.

Gut wäre es, wenn diese Antwort, die man auch als singulären Impuls bezeichnen kann (vgl. Böhm 1999b), von allen Pflegenden in gleicher Form gegeben werden würde. Dies kann in entsprechenden Fallbesprechungen weitergegeben werden. Es kann auch hilfreich sein, die für den Pflegebedürftigen wichtige Aussage aufzuschreiben und ihm so die Möglichkeit zu geben, sich selbst immer wieder zu orientieren und Sicherheit zu finden. Dazu müssen Pflegende wissen, ob der Pflegebedürftige noch lesen kann und welche Schrift (z. B. auch Sütterlin) oder welche Größe der Buchstaben notwendig ist, damit der Pflegebedürftige dieses Angebot nutzen kann.

41. Fehler: Aussagen werden korrigiert

Manche Pflegende korrigieren Aussagen von Menschen mit Demenz, weil diese aus ihrer Sicht falsch sind. Das klassische Beispiel hierfür ist, wenn Pflegebedürftige behaupten, dass sie zu ihrer Mutter gehen müssten, weil diese mit dem Mittagessen auf sie warte. Manche Pflegende rechnen dann sehr freundlich vor, dass das doch gar nicht stimmen könne, denn: »Wie alt sind Sie denn? – Da muss Ihre Mutter ja über 100 Jahre alt sein!« Und da das nicht der Fall sei, müsse sie folglich schon gestorben sein! Erschrockenheit, Verzweiflung und Ungläubigkeit sind nicht selten das Ergebnis dieser Korrektur.

Fakt: Diskussionen auf der Faktenebene helfen Pflegebedürftigen nicht. Biografisches Arbeiten und validierendes Begleiten kann das Repertoire von hilfreichen Antworten auf diese schweren Situationen erweitern und die emotionale Not des Pflegebedürftigen etwas lindern.

Fazit

Pflegende brauchen ein entsprechendes Training, das neben gezielten Fortbildungsinhalten vor allem praxisnahe Fallbesprechungen beinhalten sollte, um ihnen wirklich nützlich zu sein (vgl. Powell 2000; Richard 1994, 1996, 1999; Percy/Zemlin 2000).

42. Fehler: Schlüsselwörter werden zu wenig eingesetzt

Oft werden demenziell Erkrankte mit sogenannten offenen Fragen konfrontiert: »Wie war das eigentlich früher mit dem Schulunterricht?« – »Frau Lindner, erzählen Sie mir mal etwas aus Ihrer Kindheit?«

Fakt: Viele Pflegebedürftige können auf diese Form von Fragen nicht mehr reagieren, weil sie zu dem Thema keine entsprechenden Konzepte, Bilder oder Vorstellungen aktivieren können (vgl. Powell 2000).

Fazit

Lassen Sie in Ihre Fragen eigene Erlebnisse oder Erinnerungen einfließen. Schlüsselwörter aus der Biografie, wie z. B. der Name der Grundschullehrerin, den Sie in einem Zeugnis gefunden haben, oder der Lieblingsort, an dem der Pflegebedürftige als Kind gespielt hat – womöglich noch unterstützt von Fotografien –, erleichtern es, über Erlebnisse zu sprechen. Sie können ein guter Weg sein, um die Qualität der Kontakte zu verbessern und somit Augenblicke mit wirklicher Lebensqualität zu füllen (vgl. Maciejewski et al. 2001; Böhm 1999a, 2002). Sie können konkrete Situationen ansprechen, über die Sie eventuell schon einiges wissen. So bauen Sie hilfreiche Brücken, wenn dem Pflegebedürftigen der Gedankenfaden einmal reißen sollte.

43. Fehler: Es werden Entscheidungsfragen gestellt

Auf der einen Seite wird Menschen mit Demenz komplett die Fähigkeit abgesprochen, eine richtige Entscheidung zu treffen. Ebenso problematisch kann es aber auch sein, wenn sie mit einer Entscheidung überfordert werden. Manche Pflegebedürftige können Fragen wie »Was möchten Sie heute Abend essen?« nicht beantworten, weil sie sich an Lebensmittel oder deren Zusammenstellung nicht mehr erinnern (vgl. Powell 2000).

Fazit

Hilfreich sind hier kleine Angebote wie: »Sie haben mir mal erzählt, dass Sie gern Matjesheringe oder eine Leberwurststulle zum Abend essen, so richtig nach Hausfrauenart. Wäre das etwas, wonach Ihnen heute der Sinn stehen würde?« Die Treffsicherheit der Vorschläge hängt natürlich davon ab, wie viel z. B. ein Pfleger über den Pflegebedürftigen und seine bevorzugten Speisen weiß, die nicht selten in dessen früherer Biografie ihren Ursprung haben.

Natürlich sollten immer alle möglichen Quellen (Angehörige, Ärzte etc.) und Informationen zu Schmerz, z. B. Einschätzung von Schmerzen nach dem »Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege« vom DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2005), genutzt werden.

99. Fehler: Eine Facharztkonsultation unterbleibt

»Da können wir nichts machen.« Dies ist eine sehr häufige Aussage von Pflegekräften, die wir oft gehört haben, wenn es um die Frage ging, ob der Pflegebedürftige adäquate ärztliche Versorgung erhält. Das betrifft die Schmerzversorgung genauso wie die Wundversorgung, die neurologische Betreuung und anderes mehr. Der Hausarzt wird konsultiert und er therapiert im Rahmen seiner Möglichkeiten, will evtl. auch selber keine Konsultation durch einen Facharzt. Er möchte seine Patienten aus wirtschaftlichen Gründen nicht abgeben oder seine Kompetenz nicht infrage gestellt sehen. Möglicherweise ist es aber auch schlicht so, dass die an der Pflege Beteiligten keinen Vorstoß in Richtung Facharzt wagen, da überhaupt keine Überweisung vom Hausarzt eingefordert wird.

Fakt: Wir haben bei Beratungsterminen immer wieder festgestellt, dass Menschen unter- oder nicht optimal versorgt werden und niemand die Initiative ergreift. Die Mitarbeiter schieben es auf den Hausarzt, dieser auf sein Budget und die Angehörigen und Betreuer wiederum auf die Gesamtumstände.

Fazit

Man darf davon ausgehen, dass Fachärzte in ihrer Disziplin nun mal die höhere Kompetenz und Erfahrung mitbringen als ein Hausarzt, auch wenn dieser ein breiteres Spektrum abdecken mag. Binden Sie die Angehörigen und Betreuer mit ein! Stellen Sie die negativen Seiten und die möglichen Folgen zur Diskussion! Bauen Sie in alle Richtungen Druck auf, damit der Mensch mit Demenz in die richtigen Hände kommt.

100. Fehler: Bei Gangunsicherheit wird die Protektorenhose angezogen

Seit die Krankenkassen, vermehrt seit dem Jahr 2000, Regressansprüche stellen, ist das Thema »Sturz und Sturzprophylaxe« bei Pflegenden in aller Munde, zumal seit Erscheinen des Expertenstandards des DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) zur Sturzprophylaxe 2005 (1. Aktualisierung 2013).

Deswegen und aufgrund befürchteter Einsprüche von Angehörigen wird in vielen Pflegeeinrichtungen die Umsetzung des Expertenstandards und der Sturzprophylaxe nahezu blind angestrebt. Wie weit das führen kann, zeigen uns praktische Beispiele wie dieses: Eine Pflegebedürftige kippt vornüber aus dem Rollstuhl, weil sie einen heruntergefallenen Gegenstand aufheben möchte. Welche Maßnahme leiten die Pflegekräfte ein? Das Anlegen einer Protektorenhose. Dies zeigt, wie wenig individuell mit dem Thema »Sturzrisiko« umgegangen wird. Und wie wenig sensibel, das zeigt ein weiteres Beispiel einer Pflegebedürftigen, die nach einem Sturz ebenfalls eine Hose mit eingelegten Protektoren tragen muss. Seit sie diese trägt, kann sie nicht mehr alleine zur Toilette, sondern ist beim Hoch- und Herunterziehen auf Hilfe angewiesen.

Fakt: Eine Protektorenhose verhindert keinen Sturz. Sie kann möglicherweise lediglich die Folgen eines Sturzes mindern.

Selbst das ist mittlerweile strittig. So findet sich im Expertenstandard Sturzprophylaxe folgende Aussagen zu den Protektorenhosen im Zusammenhang mit Schadensvermeidung: »Ambulant zeigen Studien ... keine Effekte auf das Risiko hüftgelenksnaher Frakturen«

Stationär: »Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen den berichteten Effekten ... fanden sich nicht.

... keine Indizien für einen Zusammenhang zwischen Protektortyp und den Effekten«.

Ihr Einsatz bei demenziell Erkrankten muss generell wohlüberlegt sein. Diese Menschen erschließen nicht, welchem Zweck die Hose dient. Menschen mit Demenz sehen solche Vorrichtungen oft nur als Fremdkörper, der beseitigt werden muss, zumindest aber störend ist und fremd.

Es gab sogar schon Stürze, die vermutlich gerade auf die Protektoren zurückzuführen waren, indem ein demenziell Erkrankter fieberhaft an dieser ihm ungewohnten Hose herumnestelte, sich dabei immer mehr nach

vorne beugte und schließlich das Gleichgewicht verlor. Ebenfalls gilt es zu wissen, dass diese Protektorenhosen auch in der Nacht getragen werden sollen. Aber wer möchte schon auf Hartschalen schlafen? Man beraubt den demenziell Erkrankten möglicherweise seines Schlafs oder der nötigen Ruhe. Er wacht evtl. bei jeder Bewegung auf und wird untersuchen, was genau ihm unbequem ist.

Fazit

Eine Protektorenhose ist nur dort sinnvoll, wo sie ständig getragen wird und wo sie nicht behindert.

LITERATUR

- Bundesministerium für Justiz (2014):** Betreuungsrecht. 14. Auflage.
- Böhm, E. (1999a):** Psychobiografisches Pflegemodell Bd. I und II. Maudrich Verlag, Wien.
- Böhm, E. (1999b):** Zuerst muss die Seele bewegt werden. Live-Video. Service RBS a. s. b. l. Seniorenakademie und Fortbildungsinstitut, Itzig.
- Böhm, E. (2002):** Kursmaterialien vom Grund- und Aufbaukurs, »Böhm'sches Pflegemodell«.
- Böhm, E. (2004):** Vortrag auf dem Vitanas-Pflegetag, Berlin.
- Böhm, E. (2013).** Was ist Biographie? Referat auf der internationalen Lehrertagung, Wernstein (15.3.2013).
- Crawley, H. (2005):** Essen und Trinken bei Demenz. In: Türen öffnen zum Menschen mit Demenz, Band 3. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2010):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 1. Aktualisierung, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2011):** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 1. Aktualisierung, Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2013):** Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung, Osnabrück
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000):** ICD. 4. korrigierte und ergänzte Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M. H. (Hrsg.) (2000):** ICD 5. ergänzte Version 05. Verlag Hans Huber, Bern.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG) Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften – (Seuchenrechtsverordnungsgesetz – Se5chRNeuG vom 20. Juli 2000).**
- GKV-Spitzenverband (2014):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 17. Januar 2014.

- Halek, M.; Bartholomeyczik, S.** (2006): Verstehen und Handeln: Forschungsergebnisse zur Pflege von Menschen mit Demenz und herausforderndem Verhalten. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Harmann, B.** (2005): Pain & relief. Saint Louis University.
- Jones, M.** (1999): Gentlecare: Changing the experience of Alzheimer's disease in a positive Way. Hartley & Marks, Vancouver.
- Jones, M.** (2000): Vortrag Pflegeeinrichtung Little Mountain Place, Vancouver.
- Kainz, M.** (2001): Der Tag, der in der Handtasche verschwand. Dokumentarfilm. WDR Fernsehen, Köln.
- Kitwood, T.** (1997): The task of Cultural Transformation. In: Kitwood, T.: Dementia Reconsidered. The Person Comes First, S. 133–144.
- Kitwood, T.** (2000): Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.
- König, J.** (2014): Der MDK – Mit dem Gutachter eine Sprache sprechen. 8. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
- Kreuels, S.; Dreßen, O.** (2005): Pflegen ohne Risiko. Vermeidung haftungsrechtlicher Risiken im Alltag der stationären Altenpflege. Verlag R. S. Schulz, Starnberg.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe** (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Tagungsunterlagen für Teilnehmer der Veranstaltung. Universität Witten-Herdecke, Köln.
- Lenzen-Schulte, M.** (2007): Essen ohne Schlucken. Magensonden sind bei Demenzkranken oft unnötig. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 27.06.2007, Nr. 146, S. N1.
- Lintern, T.; Woods, B.:** Approaches to Dementia Questionnaire (unveröffentlicht).
- Ludovici, C.** (2009): Psychobiographisches Pflegemodell nach Erwin Böhm, Fallbeispiel, Grundkurs. In: Vitanas Senioren Centrum, Schlossgarten, Schwerin.
- Maciejewski, B.; Sowinski, C.; Besselmann, K.; Rückert, W.** (2001): Qualitäts-handbuch Leben mit Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)** (2012): 3. Bericht nach § 118 Abs. 4 SGB XI.
- Müller-Hergl, C.** (2001): DCM Basis Kurs. In: Via Akademie, Meinwerk Institut, Paderborn.

- Müller-Hergl, C.** (2006): Vortrag, Vitanas-Fachtagung »Demenzielle Erkrankungen«, Potsdam.
- Müller-Hergl, C.** (2010): Vortrag, Demenz und Pflege (http://www.awo-siegen-behindertenhilfe.de/lrh/awofiles/fachvortrag_fachtagung_2010_lrh.pdf).
- Percy, K.; Zemlin, C.** (2000): Communication Skills and Strategies Used by Formal Caregivers in Alzheimer Disease Care: An Exploratory Study. Simon Fraser University, BC, Canada (unveröffentlicht).
- Powell, J.** (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Reuter, P.** (2006): Vortrag auf der Vitanas-Fachtagung »Demenzielle Erkrankungen«, Potsdam.
- Richard, N.** (1996): Ein wichtiges Instrument im Handwerkskoffer. In: *Altenpflege*, 11, S. 709–715.
- Richard, N.** (1999): Umgang mit Demenzkranken – Integrative Validation IVA. Institut für IVA, Marienau (unveröffentlicht).
- Richard, N.** (1999): Integrative Validation. Lehrfilm. Vincentz Verlag, Hannover.
- Zemlin, C.; Müller-Hergl, C.** (2008): DCM in der Vitanas Gruppe: Mitarbeiter werden zu internen Experten. In: *Altenheim*, 47 (1), S. 36–38.
- Zemlin, C.; Radzey, B.** (2014): Biografie, psychobiografisches Pflegemodell nach Böhm und DCM. In: Riesner, C. (Hrsg.): *Dementia Care Mapping (DCM). Evaluation und Anwendung im deutschsprachigen Raum*. Huber Verlag, Bern.

REGISTER

- ADQ 11
 Aggression 108
 Agnosie 10
 Ansatz, personenzentrierter 12
 Aphasie 10
 Apraxie 10
 Arztanordnungen 100
 Ausscheidungen 95

 Bedürfnisse 26
 Berührung 52
 Beschäftigungen 73
 Beschuldigung 101
 Betreuer 103
 Bettflucht 65
 Bevormundung 27
 Biografie 82
 Biografiearbeit 81
 Blickkontakt 47

 Daheimgefühl 66
 Demenz 10
 Detraktionen, personale 33, 108
 Dialekte 61
 Dienstkleidung 76
 DSM-IV 10

 Entmündigung 30
 Entscheidungen 16, 36
 Entscheidungsfragen 56
 Entzug, sozialer 39
 Ernährung 88
 Exekutivfunktionen 10

 Facharztkonsultation 110
 Fingerfood 93

 Gefühlsäußerungen 37
 Geschirr 79

 Haftung 104
 Handschuhe 75
 Hoffnungslosigkeit 14, 17
 Hygienevorschriften 78

 ICD-10 10
 Impuls, singulärer 54
 Infektionsschutzgesetz 79
 Inkontinenzmaterial 63

 Kalender 72
 Klammern 18
 Körperkontakte 98
 Körperpflege 84
 Kosenamen 53

 Latz 92
 Lebensgewohnheiten 65
 Lebensmittel 78

 Maßnahme, freiheitseinschrän-
 kende 102, 105
 Medikamente 93
 Medikamentengabe 94
 Milieu 63
 Mobiliar 69

 Nachtruhe bzw. -aktivität 96

- Nahrungsverweigerung 85
Notlügen 29
- Objektstatus 45
Orientierung 23
- PEG 89, 90
Personalität 19
Personenarbeit, positive 19
Prägungsgeschichte, kollektive 81
Protektorenhose 111, 112
Psychopharmaka 106
- Realität 60
Reize, akustische 51
Religion 68
Rituale 23, 65, 68
Rufen 18, 99
- Sättigungsgefühl 91
Schluckstörungen 90
Schlüsselwörter 55
Schmerzäußerung 109
Schmerzen 108
Schmerzmittel 109
Schnabelbecher 74
Schuldfragen 58
- Selbstwertgefühl 67
Sprache 47, 49, 61
Stimme 47
Störungen 43
- Tabletteneinnahme 93
Tagesstruktur 15
Trinkmenge 87
- Überforderung 35
Überversorgtwerden 16
Uhren 72
Umgangsformen 32
- Verallgemeinerung 25
Verbote 44
Verhalten, herausforderndes 95
Verhaltensweisen, herausfordernde
24
Vertraulichkeit 83
- Wärmeempfinden 101
Weglaufen 97
- Zeichensprache 48
Zeitschriften 71
Zigaretten 77

Praxisnah und aktuell
Noch mehr Pflege-Knowhow von Jutta König



Jutta König | Claudia Zemlin

Menschen mit Demenz

**Lebensqualität schenken –
Bestnoten beim MDK sichern**

Handlungsanleitung mit praktischen Beispielen

176 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-253-9
€ 18,95



Jutta König | Marion Schibrowski

FEM – Freiheitseinschränkende Maßnahmen

**Gesetzliche Grundlagen –
Praxisbeispiele – Alternativen**

164 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-320-8
€ 18,95



Jutta König

100 Tipps zur Sturzprophylaxe

**Pflegerische Aufgaben
Sichere Dokumentationen
Haftungs- und Rechtsfragen**

132 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-815-9
€ 14,95

Alle Titel sind auch als eBook erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.



Katja Pape-Raschen

100 Fragen zur Kommunikation mit Menschen mit Demenz

120 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-785-5
€ 11,95

- Gut kommuniziert ist gut gepflegt!
- Der praktische Begleiter für den pflegerischen Alltag
- Verbessert die Kommunikation und die Qualität von Pflege und Betreuung



Ingrid Hametner

100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz

3., aktualisierte Auflage

112 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-816-6
€ 12,95

- Kompetente Antworten rund um das Thema Demenz
- Fundament für einen qualitätsvollen Umgang
- Leicht verständlich, auch für Angehörige geeignet

Alle Titel sind auch als eBook erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.



Erich Grond

Pflege Demenzkranker

5., aktualisierte Auflage

256 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-814-2
€ 24,95

- Standardwerk für die Pflege von Demenzkranken
- Aktueller Überblick über Aufgaben und Anforderungen
- Basis für eine wertschätzende Pflege



Elke Kirchhoff-Rode

Wohlbefinden und Lebensqualität bei Demenzbetroffenen

100 Seiten, kartoniert
ISBN 978-3-89993-797-8
€ 12,95

- ALeWo – das praktische, einfach handhabbare Instrument zum Ermitteln von Wohlbefinden
- Absolut praxistauglicher Ansatz
- MDK-Anforderungen leicht und schnell erfüllen

Alle Titel sind auch als eBook erhältlich

www.buecher.schluetersche.de
Änderungen vorbehalten.

BRIGITTE KUNZ VERLAG

Sensibel und kompetent pflegen!

Es ist nicht einfach, Menschen mit Demenz zu pflegen. Die 100 Fehler in diesem Buch machen es deutlich: Da dürfen Menschen mit Demenz nichts allein machen. Wenn sie weglaufen, wird nicht nach den Gründen gefragt. Vertrauliche Details aus der Biografie stehen – für alle sichtbar – in der Dokumentation.

Es ist vielen Pflegenden wichtig, Menschen mit Demenz so zu pflegen, dass es ihnen gut geht und sie sich wohlfühlen. Doch das gelingt nur, wenn die eigene Haltung, die pflegerische Kompetenz und das fachliche Know-how immer wieder überprüft und verbessert werden. Genau dafür wurde dieser prägnante Ratgeber konzipiert.

Die 4., aktualisierte Auflage enthält zahlreiche Ergänzungen, ist aber wie gewohnt kompakt und übersichtlich.

Die Autorinnen

Jutta König ist Wirtschaftsdiplombetriebswirtin Gesundheit (VWA), Sachverständige bei Sozialgerichten, Mitglied im Bundesverband der unabhängigen Pflegesachverständigen und Pflegeberater, Unternehmensberaterin, Dozentin in den Bereichen SGB XI, SGB V, BSHG, Heimgesetz und Betreuungsrecht.

Dr. Claudia Zemlin ist klinische Psychologin, Fachpsychologin der Medizin, PBD-Gerontologin, Gesprächspsychotherapeutin, Verhaltenstherapeutin, DCM-Trainerin und anerkannte Böhmllehrerin. Sie ist zurzeit externe Lehrbeauftragte im Masterstudiengang Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz an der Universität Witten/Herdecke.

ISBN 978-3-89993-832-6



9 783899 938326