



PFLEGE

Christina Hofmann

Wir sind in Kontakt miteinander!

Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz

Christina Hofmann

Wir sind in Kontakt miteinander!

Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz



Christina Hofmann ist Ergotherapeutin mit dem Schwerpunkt der Betreuung von Menschen mit Demenz. Nach ihrem Examen arbeitete sie zwei Jahre in einem Seniorenheim und war dort für den Aufbau zweier – speziell für demenzbetroffene Bewohner eingerichteter – Wohnbereiche zuständig sowie für die Organisation und Durchführung des ergotherapeutischen Angebots. Ab 2008 war sie in einer Ergotherapiepraxis in Hannover mit dem Schwerpunkt Neurologie und Geriatrie tätig. Seit 2011 arbeitet Frau Hofmann in einer psychiatrischen Klinik im gerontopsychiatrischen Bereich in der Schweiz.

*»Lebe das Leben so wie es ist und
gestalte es nach Deinen Wünschen.
Denn verlängern kannst Du es nicht,
sondern nur verschönern.«*

OMA ANNA



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 978-3-89993-294-2 (Print)

ISBN 978-3-8426-8381-5 (PDF)

**© 2012 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 | glcons.de

Titelbild: [photocrew – fotolia.com](http://photocrew-fotolia.com)

Satz: PER Medien+Marketing GmbH, Braunschweig

Druck und Bindung: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

INHALT

Danksagung	9
1 Einleitung	10
2 Demenz und ihre verschiedenen Phasen	12
2.1 Definition	12
2.2 Demenzarten	12
2.3 Wichtigkeit der Diagnosestellung	13
2.4 Verlauf und Symptome der Demenzerkrankung	14
2.4.1 Kognitive (erkenntnismäßige) Symptomatiken	14
2.4.2 Körperliche Symptomatiken	15
2.4.3 Affektive (gefühlsmäßige) Symptomatiken	16
2.5 Arten und Funktionen des Gedächtnisses	17
2.5.1 Sensorisches Gedächtnis	17
2.5.2 Kurzzeitgedächtnis	18
2.5.3 Langzeitgedächtnis	18
2.5.4 Deklaratives Gedächtnis	18
2.5.5 Prozedurales Gedächtnis	18
2.5.6 Prospektives Gedächtnis	19
2.6 Krankheitsverlauf bei schwerer Demenz	19
2.6.1 Verdeutlichung des Verlaufs einer Demenzerkrankung	19
2.6.2 Übergang von mittelgradiger zu schwerer Demenz	19
2.7 Betroffene Gedächtnispartien bei Demenz	20
3 Bedingungen für die Aktivierung von Menschen mit schwerer Demenz	21
3.1 Setting	21
3.2 Zeitplanung	21
3.3 Beobachtungspunkte für die spätere Gestaltung einer Aktivität	22
3.4 Therapieformen	24
3.4.1 Vorteil der Einzeltherapie bei schwerer Demenz	24
3.5 Ziele	25
3.6 Reflexion	26
3.7 Über- oder Unterforderung	27
3.7.1 Unterforderung	27
3.7.2 Überforderung	28
3.8 Angst und Scheu	29
3.9 Schmerzsymptomatik	31

3.10	Sinne	32
3.10.1	Allgemeine Verschlechterung der Sinne, als zusätzliche Einschränkung für den Demenzerkrankten	33
4	Umgang mit schwerer Demenz	35
4.1	Personzentrierter Ansatz	35
4.1.1	Dementia Care Mapping (DCM)	35
4.1.2	Bedürfnisse als Schlüssel	36
4.1.3	Stillen von Bedürfnissen	37
4.1.4	Erläuterung des DCM-Verfahrens	38
4.2	Das Drei Welten Konzept	39
4.2.1	Erläuterung des Drei Welten Konzepts	39
4.2.2	Vor- und Nachteile des Konzepts	41
5	Aktivierung mit Kommunikation	42
5.1	Kommunikation allgemein	42
5.2	Bedeutung von Kommunikation	42
5.3	Veränderung der Kommunikation bei schwerer Demenz	43
5.4	Wahrnehmung des Demenzbetroffenen	44
5.5	Kommunikation und Kontaktaufnahme	44
5.5.1	Blickkontakt und Reaktion	44
5.5.2	Satzfolge, Satzbau und Pausen	45
5.5.3	Wortspiele und Fragen	45
5.5.4	Zwischen Gesagtem und Gemeintem unterscheiden	46
5.5.5	Kränkungen und Wahlmöglichkeiten	46
5.5.6	Wort- und Sprachfindungsstörungen	47
5.5.7	Mimik	47
5.5.8	Ansprache	47
5.5.9	Überprüfung	48
5.5.10	Übungen zur Selbsterfahrung	48
5.6	Integrative Validation® (IVA)	55
5.6.1	Regeln der Integrativen Validation®	56
5.6.2	Anwendung	56
5.6.3	Übungen zur Selbsterfahrung mit der Integrativen Validation®	57
5.7	Kommunikation auf einer Ebene	60
6	Aktivierung der Wahrnehmungs- und Informationsförderung	61
6.1	Basale Stimulation®	62
6.1.1	Basale Stimulation® bei Menschen mit Demenz	63
6.1.2	Ziele der Basalen Stimulation®	64
6.1.3	Ganzheitliches Entwicklungsmodell nach Fröhlich und Haupt	65
6.1.4	Weitere Sinnesbereiche	67

6.1.5	Reaktionen Demenzbetroffener auf Basale Stimulation®	68
6.1.6	Grundvoraussetzungen bei der Anwendung von Basaler Stimulation®	68
6.1.7	Übungen zur Selbsterfahrung ohne Anwendung Basaler Stimulation®	70
6.1.8	Übungen zur Selbsterfahrung unter Anwendung Basaler Stimulation®	77
6.1.9	Fragen zur Basalen Stimulation® bei Menschen mit schwerer Demenz	78
6.1.10	Sensorische Angebote für Menschen mit schwerer Demenz zur Förderung ihrer Wahrnehmung	80
6.1.11	Vibratorische Angebote für Menschen mit schwerer Demenz zur Förderung ihrer Wahrnehmung	89
6.1.12	Einreibungen und Waschungen für Menschen mit schwerer Demenz	93
6.1.13	Förderung der Wahrnehmung durch Fokussieren der Atmung	99
6.1.14	Förderung der Körperwahrnehmung durch Lagerungen	100
6.1.15	Erfahrungsberichte	102
6.2	Das Affolter-Modell® (-Konzept)	109
6.2.1	Entstehung des Modells	109
6.2.2	Einsatz des Modells	111
6.2.3	Reaktionen eines Demenzbetroffenen nach der Anwendung von Affolter	115
6.2.4	Übungen zur Selbsterfahrung mit dem Affolter-Modell®	116
6.2.5	Angebote zum Affolter-Modell®	121
6.2.6	Erfahrungsbeispiele	125

7 Aktivierung durch Biografiearbeit 127

7.1	Ziele der Biografiearbeit	128
7.2	Biografiebezogene Aktivitäten	129
7.2.1	Musik/Lieder	129
7.2.2	Essen	129
7.2.3	Sinnesverknüpfung	130
7.2.4	Rituale	130
7.2.5	Beruf	131
7.2.6	Bekannte Bewegungen einleiten	131
7.2.7	Erfahrungsbeispiele	131

8 Musik und Rhythmus als Aktivierung 135

8.1	Ziele des Einsatzes von Musik	135
8.2	Grundhaltung beim Einsatz von Musik	136
8.3	Musik als Verbindung	137
8.4	Musikbezogene Aktivierungen	137
8.4.1	Singen	137
8.4.2	Bewegen	138
8.4.3	Spüren von Rhythmus	139
8.4.4	Summen	140

8.4.5	Eine Ebene reicht nicht aus	140
8.4.6	Erfahrungsbeispiele	140

9 **Kombinationen** **143**

Literatur **144**

	Bildnachweis	145
--	--------------------	-----

Register **146**

DANKSAGUNG

Zu Beginn möchte ich meinen beiden Großmüttern danken. Der einen, weil ich durch ihre Demenzerkrankung auf den Beruf der Ergotherapeutin aufmerksam wurde und mich u. a. wegen ihrer Erkrankung auf die Thematik »Demenz« spezialisierte.

Der anderen, weil sie mir zeigt, wie aktiv und selbstbestimmt man sein Leben im hohen Alter gestalten und genießen kann.

Ein weiterer Dank gilt meiner Freundin Ana und meinen Kolleginnen Susanne und Brigitte, die mir mit ihrem ergotherapeutischen Wissen sowie Rat und Tat zur Seite standen.

Des Weiteren möchte ich meiner Lektorin Petra Heyde und der Schlüterschen Verlagsgesellschaft für die Ermöglichung dieses Buches danken.

Meinen größten Dank erhält mein Ehemann Karsten, der mich durch alle Phasen des Buches begleitet und unterstützt hat. Sein kritisches Nachfragen hat mich immer wieder ermutigt, meinen Text zu hinterfragen.

Zürich, im Januar 2012

Christina Hofmann

Demenzerkrankungen sind seit Jahren ein aktuelles Thema, das neben den Menschen mit Demenz gleichermaßen auch Angehörige, Therapeuten, Pflegekräfte, ehrenamtliche Mitarbeiter und Heimleitungen beschäftigt. Insbesondere schwere Demenzen zeigen den Beteiligten immer wieder Grenzen in der Kommunikation und im allgemeinen Umgang auf, die unüberwindbar scheinen. Zudem rücken Menschen mit schwerer Demenz oftmals gegenüber anderen Personen, die nicht so stark von einer Erkrankung beeinträchtigt sind, in den Hintergrund. Denn durch ihre fortgeschrittene Krankheitssymptomatik sind sie in ihren Handlungen eingeschränkt und leben quasi in »ihrer eigenen Welt«.

Der Verlauf der Erkrankung wirft für die Betreuenden wiederkehrende Fragen auf:

- Welche Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme bestehen?
- Wie können Interessen beim Betroffenen geweckt werden?
- Was nimmt der Mensch mit Demenz überhaupt wahr?
- Ist eine Förderung noch möglich?

Durch die Arbeit mit Demenzbetroffenen in allen Stadien und während des Schreibens von Fachbeiträgen zum Thema »Demenz« fiel mir auf, dass in der Vielfalt der vorhandenen Bücher das Stadium »schwere Demenz« zwar immer wieder erwähnt wird, jedoch nicht den erforderlichen Raum findet. Die Aktivierung und Kommunikation sind in diesem Stadium stark erschwert, benötigen Geduld und Erfahrung. Deshalb ist es umso wichtiger, ein geeignetes Werk zur Hand zu haben, auf das während der Betreuung zurückgegriffen werden kann.

Dieses Buch soll Ihnen ermöglichen, sich aus unterschiedlichen Richtungen dem Thema »schwere Demenz« zu nähern und Ihre eigenen Erfahrungen zu sammeln. Dazu möchte ich Ihnen Gelegenheit geben: durch die Vermittlung von Basiswissen, durch Anregungen zu Selbsterfahrungen und durch Angebote, die Sie im Kontakt mit Demenzerkrankten verwenden können. Des Weiteren enthält das vorliegende Buch Erfahrungsbeispiele, die ich erleben durfte und die einen positiven Anklang bei Schwerstbetroffenen fanden.

Die unterschiedlichen Methoden sollen Ihnen helfen, diejenigen Ansätze zu wählen, die Sie und die von Ihnen betreute, demenzerkrankte Person am besten unterstützen. Dabei ist es durchaus möglich, Teilaspekte zu kombinieren.

Ich möchte Ihnen zudem Scheu und Angst im Umgang mit Menschen mit Demenz nehmen und Sie anregen, Sicherheit zu erlangen. Seien Sie aktiv und stellen Sie das gemeinsame (Er-)Leben in den Vordergrund.

Auch wenn der ergotherapeutische Ansatz in den einzelnen Kapiteln sichtbar wird, ist dieses Buch von verschiedenen Personen- und Berufsgruppen einsetzbar, die mit Menschen mit Demenz in Kontakt treten. Es richtet sich sowohl an Pflegenden, Therapeuten, Angehörige als auch ehrenamtlich Betreuende. Keinesfalls ersetzt es aber eine professionelle ergotherapeutische Behandlung oder die fachlich ausgebildete Pflegetätigkeit.

Ergotherapeuten erarbeiten nach der Befundaufnahme gemeinsam mit dem Demenzbetroffenen und/oder mit den Betreuenden die Behandlungsziele. Diese werden formuliert und dienen als »Wegweiser« in der Therapie. Anhand der aufgeführten Ziele werden die Ergebnisse in der Therapie überprüft. Sie dienen zusätzlich auch zur Transparenz für alle anderen Berufsgruppen und Betreuenden. Aus diesem Grund werden in den Kapiteln 6–8 regelmäßig Ziele aufgeführt, die Ihnen die Anwendung der Methode verdeutlichen.

Die Würde der Demenzerkrankten zu wahren und in der Arbeit respektvoll miteinander umzugehen, steht im Vordergrund dieses Buchs und ist mir ein großes Anliegen. Nicht zu vergessen ist jedoch, dass auch Sie als Betreuende Ihre Last zu tragen haben und mit den einzelnen Situationen umgehen und diese verarbeiten müssen. Ich hoffe, Ihnen einige Anhaltspunkte geben zu können, damit Ihre Betreuung gelingt und beiderseits positive Gefühle entstehen.

In Verbindung mit Demenz tauchen in Arztberichten oder während eines Gesprächs mit Therapeuten oder Pflegekräften immer wieder medizinische Fachbegriffe auf. Sie werden auch hier verwendet und an den entsprechenden Stellen erklärt.

Um sich auf die Thematik der »schweren Demenz« konzentrieren zu können, setzt dieses Buch voraus, dass Sie sich mit der Thematik leichter bis mittelgradiger Demenz bereits auseinandergesetzt haben. Deshalb werden diese Stadien hier nur teilweise oder gar nicht angesprochen.

Die Namen der Betroffenen in den Erfahrungsberichten sind aus Datenschutzgründen geändert worden. Übereinstimmungen mit tatsächlichen Personen wären rein zufällig.

Der hier immer wieder erwähnte »Mensch mit Demenz« bezieht sich sowohl auf männliche, als auch weibliche Personen und wird unter anderem auch als »Demenzbetroffener«, »Demenzerkrankter«, »Person mit Demenz« oder »Schwerstdemenzbetroffener« bezeichnet, ohne damit Wertungen einbringen zu wollen. Um auf der anderen Seite alle Personen einzuschließen, die mit Demenzbetroffenen in Kontakt treten (Therapeuten, Pflegekräfte, Angehörige, ehrenamtliche Mitarbeiter, Heimleiter usw.), wird für sie der allgemeine Begriff »Betreuende« verwendet.

DEMENZ UND IHRE VERSCHIEDENEN PHASEN

Ihr Basiswissen über schwere Demenz bildet das Grundelement in der Behandlung und Betreuung der Betroffenen. Es ermöglicht Ihnen, aus Beobachtungen Schlüsse zu ziehen und sich auf das individuell eintretende Verhalten der Demenzerkrankten einzustellen. Dieses Kapitel dient als Auffrischung Ihres Wissens. Gleichzeitig werden spezifische Symptome aufgelistet, erklärt sowie der Übergang von mittelgradiger Demenz zur schweren Demenz verdeutlicht.

2.1 Definition

Laut ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) wird erst von einer Demenz gesprochen, wenn eine konstant vorhandene Symptomatik über sechs Monate vorhanden ist. Zu den Symptomen zählen:

- Beeinträchtigung und Minderung des Gedächtnisses
- Störung des Abrufens von vor Kurzem erhaltenden Angaben
- Störung der Handlungsfähigkeit
- Verlust der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens
- Nächtliche Unruhe
- Veränderung der Persönlichkeit
- Sprachstörungen

Des Weiteren wird Demenz im ICD 10 durch die erworbene Beeinträchtigung in Bezug auf die höheren Hirnfunktionen beschrieben, welche im Bereich der Problemlösefähigkeit im Alltag, der Kommunikation, der Gedächtnisleistung und der sozialen Aktivitäten sichtbar werden. Zusätzlich wird häufig eine Doppeldiagnose in Kopplung mit einem Delir bestimmt.

Ebenso erschwert der altersbedingte Abbau der Hirnleistungen, diesen von einer demenziellen Erkrankung zu unterscheiden.^[1]

2.2 Demenzarten

Demenz kann durch verschiedene Vorgänge, die im menschlichen Körper ablaufen, hervorgerufen werden. Um sie zu unterscheiden, wird die Erkrankung in unterschiedliche Kategorien unterteilt.

Primäre Demenz

Bei diesem Krankheitsbild spricht man von einem irreversiblen (unheilbaren) Verlauf, der durch direkte Hirnschäden hervorgerufen wird.

Dabei ist die Form der degenerativen (entarteten) Erkrankungen von denen der vaskulären (Gefäße betreffenden) Erkrankungen zu unterscheiden. Spezifisch für die degenerative Erkrankung ist der Alzheimer-Typ, der wohl durch Ablagerungen von Eiweißabbauprodukten oder dem Abbau von gewissen Partien der Großhirnrinde hervorgerufen wird.

Weitere degenerative Erkrankungen sind u. a. das Parkinson-Syndrom, die Pick-Krankheit und Chorea Huntington.

Multi-Infarkt-Demenzen werden dagegen durch Veränderungen in den kleinen Blutgefäßen hervorgerufen und werden den vaskulären Demenzen zugeteilt. Von einer Mischform spricht man, wenn sich die beiden oben genannten Formen zusammenfügen.^[2 und 3]

Sekundäre Demenz

Eine sekundäre Demenz wird auch als Folgedemenz bezeichnet und ist zum Teil reversibel (heilbar).

Dabei geht der Demenz eine andere Erkrankung voraus. Diese entsteht etwa infolge einer Intoxikation – Vergiftung (z. B. durch Alkohol oder Medikamente), eines Schädelhirntraumas, eines Vitaminmangels, einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems, eines Hirntumors oder einer Stoffwechselerkrankung. Nach einer raschen Diagnosestellung und Behandlung der Ursprungserkrankung ist es möglich, die Symptomatik der Demenz durch gezielte therapeutische und medikamentöse Interventionen zu mindern oder sogar zu beheben.^[2 und 3]

2.3 Wichtigkeit der Diagnosestellung

Durch gezielte Beobachtungen werden die oben aufgeführten Symptome sichtbar. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Symptome bei einem Schwerstbetroffenen auftreten müssen. Sie können auch zusätzlich in unterschiedlichen Ausprägungsgraden sichtbar werden. Genauso individuell wie jeder einzelne Mensch, ist auch der Verlauf jeder Demenzerkrankung.

Anhand der Diagnosestellung sind die Erkrankung und ihr Verlauf jedoch erklärbarer und für alle Beteiligten greifbarer.

Durch Überprüfungen, wie dem Mini-Mental-State-Test nach Folstein, dem Uhren-Zeichen-Test nach Shulman, dem Syndrom-Kurztest, der Reisberg-Skalen und dem DemTect nach Kessler und Calabrese, ist eine Bestätigung der Diagnose Demenz möglich. Zur weiteren Abklärung stehen noch bildgebende Verfahren wie die Computertomografie (CT) und die Magnetresonanztomografie (MRT) sowie Laboruntersuchungen zur Verfügung.^[2]

2.4 Verlauf und Symptome der Demenzerkrankung

Bei einer Demenzerkrankung ist es sinnvoll, die verschiedenen Symptomatiken in unterschiedliche Kategorien einzuteilen. Somit sind diese leichter zuzuordnen und der Betreuende ist in der Lage, die Symptome besser zu beurteilen bzw. in seine Tätigkeit zu integrieren. Denn die Kenntnisse über den neuropsychologischen Verlauf sind die Voraussetzung für eine professionelle Betreuung. In Kapitel 2.4–2.7 werden der allgemeine Verlauf und die entsprechend auftretenden Symptome einer Demenz sowie das Wissen über die verschiedenen Gedächtnisfunktionen aufgelistet.

2.4.1 Kognitive (erkenntnismäßige) Symptomatiken

Gedächtnisstörungen Das Langzeit- und das Kurzzeitgedächtnis sind gestört. Erinnerungen und Erlebtes, aber vor allem die gerade geschehenen Ereignisse, können nicht mehr abgerufen werden. Der Zugriff auf das Langzeitgedächtnis gestaltet sich immer schwieriger. Erinnerungen gehen meist stufenweise in die Kindheit zurück.

Denkstörungen Hier werden die formalen von den inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Die formalen Störungen beziehen sich auf die Veränderung von Bedeutungen – bspw. eines erwähnten Satzes oder einer gesehenen Situation – und des normalen Denkvorgangs. Das bedeutet, dass eine subjektive und objektive Veränderung des Denkens entsteht. Die inhaltlichen Störungen beziehen sich, wie das Wort schon sagt, auf den Inhalt im Bezug auf die Realität.^[5]

Überwiegend finden die Veränderungen im abstrakten und logischen Denken statt.^[5]

Orientierungsstörungen Das Benennen und Wissen der aktuellen Zeitangabe, des Raumes und Angaben zur eigenen Person sind gestört. Es kann eine zeitliche, örtliche, situative oder auf die eigene Person bestimmte Störung vorliegen.

Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen Sie bezeichnen die schnelle Ablenkbarkeit durch Geräusche sowie die kurze Konzentrationsphase auf eine Tätigkeit.

Störungen in der Informationsverarbeitung Informationen, die Betroffene über ihre Sinne erhalten, werden nicht mehr in gänzlicher Fülle und Komplexität aufgenommen und verarbeitet. Sie können nicht mehr mit Erinnerungen verknüpft und abgeglichen werden. Oft entstehen so Missverständnisse.

Verzögerte Anregung/Aktivität Bezogen auf alle Bereiche des täglichen Lebens, d. h. beim Anziehen, beim Essen, beim Sprechen usw.

Apraxie Körperteile werden nicht mehr dem Zweck entsprechend bewegt, obwohl die Beweglichkeit noch vorhanden ist. Dies hat zur Folge, dass Handlungsabläufe nicht mehr sinngemäß ausgeübt werden können.^[6]

Abnahme des Urteilsvermögens Das Vermögen, zwischen wahr und falsch zu unterscheiden, nimmt ab. Das, was erlebt wird, ist die Realität. Somit werden komplexe Aussagen oftmals missverstanden.

Akalkulie Rechenschwäche.^[6]

Alexie Lesestörung.^[6]

Aphasie Wortfindungsstörungen: Der Verlust der Sprachfähigkeit führt zuerst zu Unverständnis des Gesprochenen, später zum Wiederholen von Silben und im weiteren Verlauf zum Lautieren (Laute von sich geben). Dabei ist die Muskulatur, die das Sprechen ermöglicht, noch intakt.^[6 und 7]

Agnosie Personen oder Gegenstände können nicht mehr erkannt werden.^[8]

2.4.2 Körperliche Symptomatiken

Erhöhter Muskeltonus Der Tonus (Anspannungszustand)^[9] des Muskels ist so stark erhöht, dass die Körperstelle vermehrt angespannt ist.

Koordinationsstörungen Bei einer Demenzerkrankung können teilweise die in der Kindheit erlernten Bewegungsabläufe nicht mehr abgerufen werden. Es entstehen Störungen bezüglich der Abstimmung zwischen z. B. den Händen, den Fingern oder den Extremitäten untereinander.^[7]

Störungen des Gangbildes Die Gangart verändert sich im Bezug auf den Gangrhythmus und die Gangausführung. Die Schritte werden kleiner, die Füße werden nicht mehr richtig angehoben und es entsteht Sturzgefahr.

Kachexie Auszehrung, Abnahme des Körpergewichtes.^[9]

Kontrakturen Dauerhafte Verkürzung eines Muskels und daraus resultierende Bewegungsstörungen.

Kontrollverlust über Blase und Darm Die Informationen des Körpers, Urin oder Stuhlgang zu lassen, werden nicht mehr umgesetzt oder wahrgenommen.

Vermehrter oder verminderter Speichelfluss Speichel fließt unbemerkt aus dem Mund heraus oder es wird eine Mundtrockenheit festgestellt.

Aktathisie Rastloses und unruhiges Herumlaufen und der Drang, immer aufstehen zu müssen.^[4]

Ess- und Schluckstörungen Gefahr des Verschluckens von Speisen oder die Verweigerung der Nahrungsaufnahme durch Unwohlsein, da das Essen nicht mehr als Essen erkannt wird. Schluckstörungen verhindern die richtige Aufnahme der Nahrung.

2.4.3 Affektive (gefühlsmäßige) Symptomatiken

Halluzinationen Sinnesreize werden ohne Anhaltspunkte von außen wahrgenommen. Dies bezieht sich auf akustische (Hören), olfaktorische (Riechen), gustatorische (Schmecken) und taktile (Spüren) Reize.^[5]

Aggression und Ängste Treten häufig durch das Missverstehen von Situationen auf, z. B. durch Unstimmigkeiten in der Kommunikation.

Ratlosigkeit Es ist »kein Ausweg in Sicht«.

Depressivität Niedergeschlagene Stimmungen treten häufig auf.

Enthemmung/Distanzlosigkeit Die Norm des richtigen Nähe-Distanz-Verhaltens ist gestört und findet keine Berücksichtigung mehr.

Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus Die »innere Uhr« ist gestört. Der Tag wird zur Nacht und die Nacht zum Tag.

Minderung der sozialen Kompetenzen Soziale Kompetenzen und Fähigkeiten, wie etwa Konflikte und Probleme zu lösen, sich einer Gruppe zugehörig zu fühlen und zu kommunizieren, lassen im Verlauf einer Demenz nach.

Apathie Teilnahmslosigkeit, Gefühllosigkeit.

Affektlabilität Schnelles Wechseln von Gefühlsregungen.^[10]

Antriebslosigkeit oder -steigerung Die initiative Energie, um Aktivitäten durchzuführen, ist gemindert und lässt auf Antriebslosigkeit schließen. Bei einer Antriebssteigerung ist hingegen ein zu hohes Maß an Energie vorhanden.^[5]

Interesselosigkeit Es besteht kein Verlangen mehr, sich mit neuen Gegebenheiten auseinanderzusetzen.

Soziale Isolation Wegen seinem auffälligem Verhalten wie etwa Schreien, Ausziehen, mit Kot spielen u. ä. wird der Demenzerkrankte durch das Unverständnis anderer Menschen ausgegrenzt.

Wesensveränderungen Z.B. die Verstärkung eines Charakterzugs wie Redseligkeit, Misstrauen oder Launigkeit.

2.5 Arten und Funktionen des Gedächtnisses

Das Wissen über die einzelnen Funktionen des Gedächtnisses und der Verlauf des Gedächtnisabbaus spielen im Umgang und bei der Kommunikation mit dem Menschen mit Demenz eine große Rolle.

2.5.1 Sensorisches Gedächtnis

In nur wenigen hundert Millisekunden werden von uns Gerüche und Bilder wahrgenommen. Dieser Eindruck wandert aber erst dann in das Kurzzeitgedächtnis, wenn dem Geschehen Aufmerksamkeit geschenkt oder eine Bedeutung zugeschrieben wird. Das bedeutet, dass wir uns nur einen Bruchteil von dem merken, was wir an Eindrücken und Ereignissen wahrnehmen.

Das sensorische Gedächtnis wird in das ikonische Gedächtnis und das echoische Gedächtnis unterteilt. Das ikonische Gedächtnis ist für den visuellen Reiz und das echoische Gedächtnis ist für den akustischen Reiz zuständig.

Das sensorische Gedächtnis ermöglicht uns also Reize/Geschehnisse aufzunehmen, zu verarbeiten und zu verstehen.^[7 und 11]

2.5.2 Kurzzeitgedächtnis

Es speichert nur für eine sehr kurze Zeit (ca. 30–60 Sekunden) Informationen ab. Einige Neuinformationen gehen somit verloren und werden nicht gespeichert. Darüber hinaus werden Handlungsabläufe, die aufgrund der erhaltenen Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis nur für die Zeit der Ausführung benötigt werden, später verworfen.^[7 und 11]

2.5.3 Langzeitgedächtnis

Im Langzeitgedächtnis werden alle Eindrücke, die aus dem sensorischen und dem Kurzzeitgedächtnis übertragen werden, gespeichert.

Im Langzeitgedächtnis werden Informationen wie etwa gewonnene Erfahrungen, gelernte Fertigkeiten und Wörter, Emotionen, Regeln usw. von einigen Minuten bis über Jahre hinweg gespeichert.^[7 und 11]

2.5.4 Deklaratives Gedächtnis

Dieser Teil des Gedächtnisses wird in das episodische Gedächtnis und das semantische Gedächtnis unterteilt.

Das episodische Gedächtnis ist für das Wissen verantwortlich, das über das Lernen angeeignet wird. Dazu zählen die Bedeutungen von Wörtern oder Definitionen.

Das semantische Gedächtnis zeichnet sich durch die Fähigkeit des Behaltens von Erinnerungen als sehr wichtiges Medium aus. Es prägt die Biografie des Menschen, die bei einem Demenzerkrankten ja eine wichtige Aufgabe übernimmt.^[7 und 11]

2.5.5 Prozedurales Gedächtnis

Das prozedurale Gedächtnis ist für die geistigen und motorischen Fertigkeiten zuständig, die sich durch das Wiederholen der gleichen Tätigkeit einprägen. Dazu gehören z. B. motorische Abläufe wie Fahrradfahren, Schleife binden und Stricken.^[7 und 11]

2.5.6 Prospektives Gedächtnis

Dies bezieht sich auf die Zukunft und ruft aus den Erinnerungen im Voraus geplante Gedanken/Situationen ab, um diese zu verwirklichen.^[7]

2.6 Krankheitsverlauf bei schwerer Demenz

2.6.1 Verdeutlichung des Verlaufs einer Demenzerkrankung

Die Retrogenese nach Reisberg zeigt die Entwicklung eines Kindes im Gegenzug zur Rückentwicklung eines Demenzbetroffenen auf. Sie beschreibt, dass die Entwicklungsstufen eines Kindes – beginnend mit dem Heben des Kopfes über das Lachen, Gehen, Sprechen, der Fähigkeit der eigenen Hygiene, das Ankleiden, das Erlernen des Toilettengangs und das Entwickeln von instrumentellen Fähigkeiten – in umgekehrten Reihenfolge bei Demenzerkrankten abnimmt.^[11] Durch das Betrachten der Retrogenese nach Reisberg und der nachfolgenden Auflistung der Symptome wird verdeutlicht, welche Fähigkeiten im Verlauf der Demenz gemindert werden oder sich ganz zurückbilden.

2.6.2 Übergang von mittelgradiger zu schwerer Demenz

Die Selbstständigkeit der Betroffenen im täglichen Leben ist sehr eingeschränkt und ohne Unterstützung von außen nur noch in den seltensten Fällen möglich. Eine Betreuung ist unabdingbar, da es sonst zu Unfällen oder zur Eigengefährdung kommt.^[2] Personen mit Demenz brechen Handlungsabläufe ab oder vertauschen Teilschritte, was zu einem unkorrekten Gebrauch von Gegenständen führt. Zudem vergessen sie Wörter oder ganze Satzteile und ein gestörter Tag-/Nachtrhythmus offenbart sich.

In der Phase des Übergangs zur schweren Demenz ist die Selbstständigkeit kaum noch vorhanden oder zum größten Teil aufgehoben.^[6] Die Möglichkeit, auf das Langzeitgedächtnis zurückzugreifen, ist sehr stark gemindert. Das hat zur Folge, dass der Mensch mit Demenz bei allen Tätigkeiten oder Aktivitäten Unterstützung benötigt. Damit sind kleinste Verrichtungen wie z. B. das Aufstehen, Ankleiden, Hygiene, Essen, das Einhalten von Körperausscheidungen sowie die Benutzung der Toilette usw. gemeint. Die Bewegungen des Betroffenen sind eingeschränkt, der Muskeltonus erhöht und die Eigenaktivität sehr stark gemindert. Kognitive sowie sprachliche Fähigkeiten sind kaum noch vorhanden, einige Demenzerkrankte kommunizieren nur noch über Laute.^[2] Die Körperwahrnehmung ist sehr eingeschränkt – der Demenzerkrankte kennt seine eigenen Körpergrenzen nicht mehr und fühlt sich dementsprechend unwohl. Oftmals ist der Kontakt erschwert, Handlungen müssen fast immer angelei-

tet und begleitet werden. Die Betroffenen führen häufig Tätigkeiten aus, die für einen Außenstehenden nicht erklärbar scheinen. Teilweise sind demenzerkrankte Personen nicht mehr in der Lage zu gehen und verbringen die überwiegende Zeit des Tages im Bett oder in einem Pflegerollstuhl.

2.7 Betroffene Gedächtnispartien bei Demenz

Bei einer Demenzerkrankung werden das episodische Gedächtnis und das Kurzzeitgedächtnis zuerst in Mitleidenschaft gezogen. Das semantische und das prozedurale Gedächtnis (siehe Kapitel 2.5.4, Seite 18 und 2.5.5, Seite 18) sind dagegen noch lange abrufbar und für die Aktivierung von Demenzerkrankten nutzbar. Aber auch diese Bereiche des Gedächtnisses bauen im letzten Stadium der Erkrankung immer mehr ab.^[11]

Fazit

Die Aufzählung der Symptomatiken, die unterschiedlichen Gedächtnisformen und der Verlauf und die Art der Überprüfungen geben Ihnen einen Überblick und Erklärungsmöglichkeiten, wie sich ein Demenzerkrankter verhält. Diese Auflistungen sagen aber noch nichts über die Behandlungsformen bzw. über die Art der anzubietenden Aktivität aus. Die Symptome geben lediglich Hinweise auf den zu setzenden Schwerpunkt in der Therapie. In jedem Fall ist aber das Wissen darüber von großer Wichtigkeit, um eine Aktivität oder einen Kontakt zu initiieren. Die folgenden Kapitel zeigen Ihnen auf, wie Begegnungen mit Schwerstdemenz betroffenen gestaltet werden können.

3

BEDINGUNGEN FÜR DIE AKTIVIERUNG VON MENSCHEN MIT SCHWERER DEMENZ

Das Gestalten der Kontaktaufnahme mit einem Menschen mit Demenz oder das Anbieten einer Aktivität setzt spezielle Grundhaltungen und das Wissen über den Einsatz bestimmter Kriterien voraus. Darauf wird in den nächsten Kapiteln eingegangen. Anhand dieser Kriterien ist es Ihnen möglich, eine geeignete Grundvoraussetzung zu schaffen, in der die Aktivität auf einem soliden Fundament gebaut ist und sowohl dem Demenzbetroffenen als auch Ihnen einen professionellen Rahmen bietet. Das Wissen über die verschiedenen Kriterien werden Sie später in die Gestaltung der Aktivitäten, die in Kapitel 5–9 beschrieben werden, übertragen und einsetzen können.

Des Weiteren geht dieses Kapitel auf die Auswirkungen eines Angebots wie z. B. die Über- oder Unterforderung ein und greift Themen wie Angst und Scheu, Schmerzsymptomatik sowie die Veränderung der Sinne im Alter auf.

3.1 Setting

Setting wird allgemein mit den Worten »äußere Umgebung, Räumlichkeit und Atmosphäre«^[4] (Habermann/Wittmershaus 2005, 392) oder als »Schauplatz«^[12] (Langenscheidt, Power Dictionary Englisch 2007, 425) beschrieben.

Das Setting setzt sich aus der Raumgröße, der Farbgestaltung, der Lautstärke im Raum, der gestalteten Situation, der Temperatur u. ä. zusammen. Das Setting beeinflusst unser Verhalten und ist somit ein Faktor, der nicht nur in der Kontaktaufnahme und im Anbieten einer Aktivität eine Rolle spielt, sondern gezielt einsetzbar ist und auch immer bedacht werden muss. Denn ein negativ gestaltetes oder schon vorhandenes Setting kann eine ungewollte Reaktion bei Demenzerkrankten auslösen.^[7]

Zudem ist es möglich, das Setting in einer Einzel- oder Gruppentherapie zu gestalten.^[7]

3.2 Zeitplanung

Um eine gezielte Aktivität anbieten zu können, ist es wichtig, eine Zeitplanung zu entwerfen. Damit ist nicht nur die Länge des Kontakts oder der Aktivität gemeint, sondern auch die Zeitplanung des Tages, die Tagesstruktur. Denn nur, wenn die Aktivität mit allen anderen Gegebenheiten im Einklang steht und alle Beteiligten Absprachen treffen und einhalten, entstehen keine Überschneidungen – etwa von Pflegenden und

ehrenamtlichen Mitarbeitern, die beide mit dem Menschen mit Demenz eine Aktivität ausführen möchten. Es ist wichtig, dass die zur Verfügung gestellten Räume zum Zeitpunkt der Behandlung oder des Besuchs frei und den Bedürfnissen des Demenzerkrankten angepasst sind.

Vor oder während einer geplanten Aktivität können unvorhersehbare Vorkommnisse auftreten, wie ein Gespräch oder eine Begleitung zum WC. Sind diese Ereignisse nicht mit eingeplant, minimiert sich das Zeitfenster für die Aktivität rapide. Daher sollte für diese Eventualitäten eine extra Zeitspanne eingeplant werden, die nicht von der eigentlichen, zur Verfügung stehenden Aktivitätszeit abgezogen wird. Finden alle diese Faktoren Berücksichtigung, entwickelt sich eine angenehme Atmosphäre, die sich im Verhalten aller Beteiligten niederschlägt und zu einem positiven Ergebnis führt.

Aus ergotherapeutischer Sicht beinhaltet die Zeitplanung aber auch das Erreichen der besprochenen Ziele in einem gewissen Zeitrahmen^[7] sowie das Vorhandensein eines Zeitfensters für die ebenfalls wichtige Reflexion und Dokumentation der Therapieeinheit.

3.3 Beobachtungspunkte für die spätere Gestaltung einer Aktivität

Ein wichtiges und nicht zuletzt immer einsatzbereites Kriterium ist die Beobachtung. Mit ihrer Hilfe kann im Anschluss einer Aktivität neu geplant und gestaltet werden.

Die Beobachtung dient dazu, jederzeit Fähigkeiten aber auch Veränderungen eines Demenzerkrankten wahrzunehmen und zu analysieren. Beobachtungen können zum einen in natürlichen Situationen gestaltet werden. Zum anderen können durch unnatürliche, erschaffene Situationen gezielt beobachtbare Verhaltensweisen hervorgerufen werden. Somit werden Fähigkeiten und Ressourcen in bestimmten Bereichen sichtbar und geben Aufschluss über die Handlungsfähigkeit der Betroffenen.^[7]

Anhand von verschiedenen Gesichtspunkten und Fragen sind dem Betreuenden gezielte Beobachtungen möglich:

- **Sinnesfähigkeiten:** Ist der Demenzerkrankte fähig zu hören, zu riechen, zu schmecken, zu tasten und zu sehen?
- **Gangfähigkeit:** Besteht eine Sturzgefahr? Wie ist das Gangbild?
- **Biografie:** Wie viele Informationen sind über den Demenzbetroffenen vorhanden und wie sind sie einsetzbar?
- **Sprache und Mimik:** Wie setzt der Betroffene Sprache und Mimik ein? Ist er in der Lage, einen Kontakt zu deuten oder darauf zu reagieren?

- **Gedächtnis:** Wie beeinträchtigt sind die Funktionen des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses? Wie ausgeprägt sind Konzentration, Orientierung und Ausdauer?
- **Aktivitäten des täglichen Lebens:** Inwiefern nimmt der Betroffene am Leben und an Situationen mit anderen Menschen teil? Wie weit ist er in der Lage zu essen, zu trinken oder sich zu pflegen? Besteht die Möglichkeit, dass er Teilschritte der Aktivitäten übernimmt?
- **Verhaltensweise:** Welche Möglichkeiten sind vorhanden, um in Kontakt mit anderen Menschen zu treten? Sind Äußerungen von Bedürfnissen und Wünschen möglich oder erkennbar? Welche Reaktionen treten bei der Kontaktaufnahme auf?
- **Tagesform:** Gibt es verschiedene Verhaltensweisen, unterschiedliche Wünsche, veränderte Gangmuster oder ungleichmäßige Konzentrationsphasen, die durch die vorhandene Tagesform oder Tageszeit bestimmt sind?
- **Handlungen:** Ist der Demenzerkrankte in der Lage, eine Handlung zu beginnen und die Handlungsschritte in der richtigen Reihenfolge auszuführen?
- **Konzentration:** Ist der Mensch mit Demenz schnell von auftretenden Geräuschen ablenkbar?

Verhaltensmuster, Fähigkeiten oder Ressourcen zu beobachten und zu erkennen, ist ein wichtiger Teil in der Arbeit mit Demenzerkrankten. Deshalb sollten alle Betreuenden, die im Kontakt mit einem Menschen mit Demenz stehen, ihre Beobachtungen und Erfahrungen untereinander kommunizieren. Somit sind alle informiert und können auf bevorstehende Situationen gezielt eingehen.

Ergotherapeuten beobachten im Verlauf der vollständigen Behandlung und in jeder Therapieeinheit^[7] – u. a. nach den oben genannten Kriterien – und ziehen aus dem Verhalten des Betroffenen Schlüsse für das weitere Vorgehen. Jede Therapieeinheit wird dokumentiert und ist für alle Betreuenden einsehbar. Auch Ergotherapeuten sind in ihrer Arbeit mit Menschen mit Demenz auf die Erfahrungen und Erkenntnisse von Angehörigen, Pflegekräften und ehrenamtlichen Mitarbeitern angewiesen, denn sie verbringen im Durchschnitt mehr Zeit mit dem Demenzbetroffenen und erleben sie in anderen Situationen als eine Ergotherapeutin selbst.

Genauso wie Angehörige und ehrenamtliche Mitarbeiter haben Ergotherapeuten den Vorteil, dass sie gezielt Zeit mit einzelnen Betroffenen verbringen und diese individuell begleiten können.

Pflegekräfte müssen hingegen in der Lage sein, systematisch wahrzunehmen, welcher der Demenzbetroffenen gerade in welchem Maß ihre Unterstützung benötigt. Gleichzeitig müssen sie ihren Pflichten der Pflege, Dokumentation und der Organisation des Tagesablaufs nachkommen. Dadurch sind Pflegekräfte zu einer Gradwanderung verpflichtet, die allen anderen Beteiligten oftmals nicht sichtbar erscheint oder für sie nicht von vorrangiger Bedeutung ist. Obwohl für Pflegende auch der Demenz-

erkrankte im Vordergrund steht, müssen parallel alle anderen notwendigen Aufgaben wie Dokumentation, Hygienemaßnahmen und pflegerische Leistungen erledigt und berücksichtigt werden.

Angehörige wiederum müssen die Gradwanderung schaffen, sich gezielt Zeit für das Familienmitglied zu nehmen und trotzdem noch genügend Zeit für sich, ihre Arbeit und ggf. weitere Familienmitglieder zu haben. Sie sind oftmals gezwungen, Entscheidungen für jemand anderen zu treffen, die schmerzlichen Veränderungen der Betroffenen wahrzunehmen und mit dem veränderten Wesen des Familienmitglieds umzugehen.

3.4 Therapieformen

Angewendete Therapieformen sind – wie in Kapitel 3.1 erwähnt – die Einzel- oder Gruppentherapie. Sie unterscheiden sich folgendermaßen:

Einzeltherapie

Darunter ist die Gestaltung einer Therapie mit zwei Personen – des Patienten und des Therapeuten/Betreuenden – gemeint. In der Einzeltherapie ist eine ganz gezielte und individuelle Behandlung möglich. Die Einzeltherapie dient zur Behandlung von Funktionseinschränkungen, die nur in dieser Konstellation behandelt werden können.^[4]

Gruppentherapie

Gruppentherapien können bezgl. der Anzahl der Personen von ca. 5–7 Personen (Kleingruppe) bis zu 12 Personen (Großgruppe) variieren.^[4] Dabei steht oftmals nicht die individuelle Förderung im Vordergrund. Vielmehr sollen Kriterien wie Gruppenzugehörigkeit, Geselligkeit, Kommunikationsförderung, Förderung der sozialen Kompetenzen u. ä. berücksichtigt werden.

3.4.1 Vorteil der Einzeltherapie bei schwerer Demenz

In der Regel ist die gezielte Behandlung von Demenzerkrankten im schweren Stadium nur in einer Einzeltherapie möglich. Denn oftmals sind Schwerstbetroffene bettlägerig oder nicht in der Lage, sich auf eine zielgerichtete Therapie zu konzentrieren, wenn in einem Raum andere auditive – akustische/hörbare – Faktoren vorhanden sind. Diese lenken sie ab und erschweren den Aufbau eines Kontakts und das Anbieten einer Aktivität.

Durch die Form der Einzeltherapie ist es möglich, individuell auf eine Über- oder Unterforderung einzugehen und die Therapie den Wünschen, Anforderungen und der Tagesform des Menschen mit Demenz anzupassen.

3.5 Ziele

In der ergotherapeutischen Behandlung ist das Benennen und Erarbeiten von individuellen Zielen gemeinsam mit dem Demenzerkrankten oder mit Angehörigen ein wichtiger Bestandteil. Denn die Voraussetzungen zum Erreichen der Ziele sind das Annehmen und das Sich-Identifizieren der betroffenen Person mit den Zielen. Dazu werden Ziele formuliert, die den komplexen Vorgang einer Behandlung über einen längeren Zeitraum beschreiben. Sie werden Reha- und Richtziele genannt. Ziele, die in einer oder wenigen Therapieeinheiten erreicht werden können, werden Grob- und Feinziele genannt.

Anhand der Definition des DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten) wird deutlich, dass im Zentrum der ergotherapeutischen Behandlung die Ermöglichung der »Gesellschaftlichen Teilhabe«^[13], die »Handlungsfähigkeit im Alltag«^[13] und die »Verbesserung der Lebensqualität«^[13] im Mittelpunkt stehen – also Ziele, die sich durchaus mit pflegerischen Zielen vereinbaren:

Gesellschaftliche Teilhabe

Das Entgegenwirken von Isolation und Rückzug und das Ermöglichen von Kontaktaufnahme und Kommunikation.

Handlungsfähigkeit im Alltag

Das Einbinden in alle alltäglichen Handlungen wie Nahrungsaufnahme, Anziehen und hygienische Maßnahmen. Der Erhalt von Mobilität und die Teilnahme an Aktivitäten fallen ebenso darunter.

Verbesserung der Lebensqualität

Das Annehmen und Befriedigen von Bedürfnissen und Wünschen sowie die Wahrnehmungsförderung und die Verstärkung von positiven Gefühlen.

Die oben aufgeführten Ziele sind nur ein kurzer Ausschnitt derer, die in der ergotherapeutischen Behandlung berücksichtigt werden. Sie sollen einen Einblick in die Arbeit gewähren. Einzelne Ziele in Form von Richt- und Grobzielen werden in den folgenden Kapiteln zu jeder Methode oder jedem Ansatz individuell aufgelistet. Somit wird der individuelle Einsatz begründet und bietet Transparenz für alle Beteiligten.

Bei der Behandlung von Menschen mit einer schweren Demenz sind Kontaktaufnahme und Verständigung sehr eingeschränkt. Das hat zur Folge, dass diese Aktivitäten für den Therapeuten eine große Herausforderung darstellen. Um den Wünschen und Bedürfnissen des Demenzerkrankten gerecht zu werden und Ziele festzulegen, die eine sinnvolle Behandlung ermöglichen, ist der Betreuende stark gefordert. Das Einbeziehen der Biografie des Demenzbetroffenen und seiner Ressourcen ist für die Planung und Durchführung einer individuellen Aktivität unabdingbar. Denn über die Biografiearbeit und einige andere Methoden wie Basale Stimulation®, Integrative Validation®, Affolter-Modell® und Musik ist es möglich, den Demenzerkrankten zu erreichen.

Mit diesen Methoden werden dem Menschen mit Demenz seine Fähigkeiten bewusst, ihm wird Vertrautes geboten und es entsteht ein Gefühl von Sicherheit, Vertrauen und Glück.

3.6 Reflexion

Nach jeder beendeten Kontaktaufnahme und nach jedem unterbreiteten Angebot sollten Sie eine kurze Reflexion durchführen. Sie bildet die Basis für die Dokumentation. Lassen Sie dazu die Begegnung Revue passieren und beurteilen Sie dabei nicht nur die Reaktionen des Menschen mit Demenz, sondern auch Ihre eigenen im Detail.

Dazu können Ihnen folgende Fragestellungen nützlich sein:

- Wie war die Grundstimmung – entspannt oder angespannt?
- Hatten Sie genügend Zeit für das Angebot?
- Hat der Betroffene den Blickkontakt gesucht?
- Hat sich die Mimik des Betroffenen verändert?
- Hat der Demenzkranke in irgendeiner Art und Weise auf den Kontakt oder das Angebot reagiert?
- Hat sich sein Verhalten verändert?
- Wie haben Sie sich bei der Kontaktaufnahme oder bei der Unterbreitung des Angebots gefühlt?
- Konnten Sie sich gemeinsam auf das Angebot einlassen?
- Waren Sie mit dem Angebot zufrieden?
- Haben Sie sich genau die gerade erfolgte Reaktion erhofft oder gar erwartet?
- Haben Sie das Bedürfnis des Menschen mit Demenz stillen können?

Es ist nicht wichtig, dass Sie alle Fragen beantworten können und die Beurteilung positiv ausfällt. Im Vordergrund steht Ihre Reflexion! Es ist wichtig zu überlegen, aus welchem Grund das Angebot genau diese Reaktionen hervorgerufen hat und wie Sie Ihre Beobachtungen in die nächste Einheit integrieren.

Die Reflexion dient gleichzeitig als Grundlage der Dokumentation. Alle Beobachtungen und die daraus resultierenden Ableitungen sind wichtige Bestandteile der Dokumentation und bieten allen Beteiligten eine Informationsquelle. Zu beachten ist, dass die Reaktionen eines Schwerstdemenz betroffenen immer tagesformabhängig sind. Sie können an einem Tag – trotz gleichen Angebots – ganz anders ausfallen als kurz zuvor. Somit ist die Dokumentation kein Verweis auf die »richtige« Betreuung des Menschen mit Demenz, sondern lediglich der Hinweis auf den jetzigen Zustand.

3.7 Über- oder Unterforderung

Besteht die Möglichkeit, dass es bei der Aktivierung von Demenzbetroffenen, aber auch bei den Betreuenden, zu einer Über- oder Unterforderung kommen kann? Die Antwort lautet ganz eindeutig: Ja!

Prinzipiell ist die Über- oder Unterforderung bei Demenzerkrankten bei jeder Kontaktaufnahme und bei jedem Angebot möglich. Um diesem Phänomen entgegenzuwirken, ist es prinzipiell sinnvoll, mit einem niederschwelligeren Angebot (Angebot mit niedrigen Anforderungen) zu beginnen und dieses im Verlauf der Therapieeinheit zu steigern. Dazu benötigen Sie zu Beginn etwas mehr Vorbereitungszeit, die sich im Nachhinein aber bezahlt macht. Verspürt nämlich der Betroffene weder eine Über- noch Unterforderung, kann er sich dementsprechend auf das Angebot einlassen. Sein Selbstbewusstsein und seine Identität werden gestärkt.

3.7.1 Unterforderung

Eine Unterforderung der Person mit Demenz könnte sich darin zeigen, dass er sich nach einer Weile von der Tätigkeit, von dem Angebot abwendet oder mit Leichtigkeit das Angebot ausführt. Eine Unterforderung hat zur Folge, dass der Betroffene die Lust an der Aktivität verliert. Er fühlt sich nicht ernst genommen bzw. nicht gefordert und somit nimmt sein Selbstwertgefühl ab.

Eine Unterforderung des Betreuenden tritt bei Schwerstbetroffenen in den seltensten Fällen auf. Die Arbeit mit Menschen mit Demenz birgt generell eine Herausforderung für die Betreuenden und gerade im Kontakt mit Schwerstdemenz betroffenen sind sie mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit und Kraft gefordert.

3.7.2 Überforderung

Eine Überforderung des Demenzerkrankten könnte zu beobachten sein, wenn er sich von dem Angebot abwendet, das Angebot scheinbar gar nicht wahrnimmt und nicht in Aktion tritt. Er scheint nicht in der Lage zu sein, die gestellte Aufgabe auszuführen. Diese Überforderung führt dazu, dass der Betroffene sich minderwertig fühlt – sein Selbstwertgefühl sinkt und er zeigt kein Interesse, eine Aktivität aufzunehmen.

Eine Überforderung des Betreuenden geschieht häufiger, als es nach außen hin sichtbar ist. Wenn genügend Raum und Zeit für eine Vorbereitung vorhanden sind, bereitet sich der Betreuende auf eine Therapieeinheit oder eine Kontaktaufnahme vor und macht sich Vorstellungen vom Verlauf seines Angebots. Erst während der Durchführung wird er mit den Reaktionen seitens des Menschen mit Demenz konfrontiert. Teilweise rechnet er nicht mit den dargebotenen Reaktionen. Es entsteht dann möglicherweise Unsicherheit und Überforderung.

In diesen Momenten können folgenden Fragen auftauchen:

- Wie gehe ich jetzt mit der Situation um?
- Ist das Angebot richtig passend?
- Besteht eine Über- oder Unterforderung auf der Seite des Menschen mit Demenz oder auf meiner Seite?
- Habe ich den richtigen Zeitpunkt für das Angebot gewählt?
- Steht für den Demenzbetroffenen ein anderes Bedürfnis im Vordergrund?
- Wenn ein anderes Bedürfnis im Vordergrund steht, welches ist es?
- Bin ich in der Lage, dieses Bedürfnis zu erfahren und darauf zu reagieren?

Um einer Überforderung des Betreuenden entgegenzuwirken, ist der Austausch mit allen beteiligten Personengruppen wichtig.

Im Austausch erfahren Sie, wie andere in gleichen oder ähnlichen Situationen mit dem Demenzerkrankten agieren, ob sie eventuell genau dieselben oder ähnliche Schwierigkeiten haben. Die Situation und Schwierigkeiten können miteinander besprochen und anhand von Fallbeispielen reflektiert werden. Um eine Überforderung zu vermeiden, sollten Sie sich in Ihrem Tun und Handeln sicher sein. Diese Sicherheit erhalten Sie aus Ihren Erfahrungen, aus der Teilnahme an Fortbildungen, aus dem Austausch mit anderen Betreuenden und dem Anwenden der einzelnen Methoden.

Aus meinen eigenen Erfahrungen heraus kann ich bestätigen, dass der Mensch mit Demenz oft gerade nicht in der Lage ist, ein geplantes Angebot anzunehmen. In diesem Fall halten Sie sich immer wieder vor Augen, dass es nicht wichtig ist, dem Demenzkranken genau dieses Angebot zu offerieren. Es ist vielmehr wichtig, in seine Welt einzutauchen und mit ihm gemeinsam etwas zu erleben.

So ist es durchaus möglich, dass Sie nach Beendigung der Aktivität die Person mit Demenz wieder verlassen, ohne Ihre geplante Aktivität anwenden zu können. Im Gegenzug dazu haben Sie aber eine schöne, ruhige und gemeinsame Zeit erleben dürfen. Sie haben es verstanden, sich auf den Menschen mit Demenz einzulassen und sich seinen Bedürfnissen angepasst.

Es ist daher hilfreich, mehrere Vorschläge quasi in petto zu haben, aus denen Sie – entsprechend den Bedürfnissen des Demenzkranken – die Kontaktaufnahme oder das Angebot zusammenstellen.

Wenn Sie noch am Anfang Ihrer Erfahrungen mit Schwerstdemenz betroffenen stehen, ist der Zeitaufwand groß, die Vielfalt der Angebote zu erarbeiten und alle nötigen Materialien zu besorgen. Sie werden jedoch bemerken, dass sich der Zeitaufwand im Laufe der Zeit minimiert, da Sie auf schon verwendete Angebote zurückgreifen können. Sie haben dann die Möglichkeit, sich noch intensiver mit der konkreten Wahl des Angebots und den Bedürfnissen des Demenzerkrankten auseinanderzusetzen. Denn im Vorfeld und während des Angebots sind Sie weniger mit sich selbst als mit der Person mit Demenz beschäftigt.

Die Kunst des Betreuenden besteht darin, die individuelle Balance zwischen Überforderung und Unterforderung für den Betroffenen abhängig von seiner Tagesform herauszufinden. Gleichzeitig gilt es, die eigene Stabilität und Sicherheit in der Arbeit mit den Schwerdemenz betroffenen zu finden.

Das Affolter-Modell[®] und Basale Stimulation[®] (siehe Kapitel 6, Seite 61) bieten hierzu einige Ansatzpunkte, die einer Über- oder Unterforderung entgegenwirken bzw. diese gar nicht auftreten lassen.

3.8 Angst und Scheu

Um den Menschen mit Demenz wie auch den Betreuenden Angst und Scheu im Umgang miteinander zu nehmen oder zu minimieren, stehen das langsame Kennenlernen und das schrittweise Herantasten im Vordergrund. Unterschiedliche Methoden wie etwa Basale Stimulation[®], Affolter-Modell[®] und Integrative Validation[®] helfen uns dabei.

Lassen Sie sich daher Zeit bei der Kontaktaufnahme und bei der Durchführung jedes einzelnen Angebots. Beobachten Sie die Reaktionen des Demenzbetroffenen genau und reflektieren Sie diese sowie auch Ihre eigenen. Führen Sie Gespräche mit anderen Betreuenden und versuchen Sie es ein weiteres Mal.

Auch ich habe schon mehrmals die Erfahrung machen müssen, dass eine Kontaktaufnahme oder das Offerieren eines Angebotes kläglich scheitert. Das bedeutet aber nicht, dass Sie nicht in der Lage sind, mit dem Demenzkranken in Kontakt zu treten. Wichtig ist, dass Sie versuchen zu erkennen, welche Handlungen oder welche Sätze eine negative Reaktion – die Ablehnung, das Abwenden, das Desinteresse usw. – bei dem Betroffenen ausgelöst haben. So können Sie bei der nächsten Kontaktaufnahme etwas ändern, um den Kontakt zustande zu bringen oder eine Aktivierung erfolgreich abzuschließen.

Gleichzeitig ist es möglich, dass auch Betreuende Angst und Scheu durch die veränderten Wesenszüge des Demenzbetroffenen empfinden. Teilweise sind uns diese Wesenszüge fremd oder Erinnerungen an den beispielsweise früher agilen, immer auf Ordnung bedachten und gesprächigen Menschen erschweren die Akzeptanz seines jetzigen Zustands. Stellen Sie aber die noch vorhandenen Fähigkeiten in den Fokus Ihres Kontakts mit der demenzerkrankten Person und minimieren die Schwierigkeiten und Defizite, die sichtbar werden durch Ihre Unterstützung. So besteht die Möglichkeit, die Scheu Ihrerseits zu überwinden und den Betroffenen so anzunehmen wie er ist.

Erfahrungsbericht

Der demenzerkrankte Herr Paul beginnt mit Ihrer Unterstützung zu essen. Während des Essens fällt ihm die Nahrung vom Löffel, der Speichel fließt ihm aus dem Mund, dort sind auch Nahrungsreste sichtbar. Er beginnt, nach jedem Bissen zu husten und Sie müssen aufpassen, dass sich die Nahrung nicht »an Ihnen wiederfindet«. Später greift Herr Paul mit den Händen nach dem Essen oder verreibt Essensreste, die auf den Tisch gefallen sind.

Diese oder ähnliche Beispiele können aus zwei Sichtweisen wahrgenommen werden:

1. Sie sehen nur die aus Ihrer Sicht negativen Aspekte wie den Speichelfluss, das Husten und das »Spielen« mit dem Essen.
2. Sie sehen die positiven Fähigkeiten des aktiven und für sich entscheidenden Menschen, der das Aufnehmen der Mahlzeit nach seinen Möglichkeiten gestaltet und sich somit als einen fähigen und selbstbestimmenden Menschen wahrnimmt.

Wichtig: Beachten Sie, dass Sie nicht Ihre Scheu und Angst auf den Menschen mit Demenz übertragen, indem Sie ihm – um das oben genannte Beispiel aufzugreifen – dass selbstständige Essen verwehren, nur damit es für Sie selbst ästhetisch und ansehnlich ist. Denn mit dieser Reaktion erreichen Sie eine Passivität des Demenzbetroffenen und mindern sein Selbstwertgefühl, seine Identität, die Kontaktaufnahme mit sich, mit anderen und mit seiner Umwelt.

Da aber nicht nur der Betroffene mit seinen Bedürfnissen, sondern auch Sie als Person wichtig sind, müssen Sie für sich entscheiden, ob Sie alle in Betreuung von Demenzerkrankten anfallenden Aufgaben erfüllen können. Überlegen Sie, ob es vielleicht möglich ist, die eine oder andere Aufgabe an einen anderen Betreuenden zu delegieren.

Vergleichen Sie nicht, wie der Mensch mit Demenz vorher war und jetzt ist, sondern leben Sie mit dem Demenzerkrankten im Hier und Jetzt. Die positiven Reaktionen des Demenzerkrankten auf Ihre individuell bezogene Pflege und Betreuung wiegen das Beobachten und Erleben von unangenehmen Handlungen auf.

3.9 Schmerzsymptomatik

Eine schmerzhafte Erkrankung wird in der Regel zusammen mit dem Betroffenen, dem Pflegepersonal und dem Arzt durch das Besprechen der Symptome, ggf. Laborparametern oder diagnostischen Untersuchungen festgestellt. Als erster Anhaltspunkt steht dabei oft die verbale Äußerung des Betroffenen, dass er Schmerzen habe. Da sich bei Demenzerkrankten diese Fähigkeit zur sprachlichen Kommunikation immer weiter minimiert, ist das Erfassen des Schmerzes als Symptom einer Erkrankung bei ihnen erschwert.^[14]

Die Herausforderung für das Pflegepersonal, die Angehörigen, Therapeuten und auch die Ärzte ist es nun, mit dem Phänomen der Demenzerkrankung umzugehen und dieses in die Schmerzerfassung zu integrieren. Dies hat zur Folge, dass die Erfassung oft durch andere Kriterien als die Schmerzäußerung erfolgen muss. Hierbei müssen alle Betreuenden genaue Beobachtungen anstellen, die auf eine veränderte Schmerzsymptomatik hinweisen. Dazu dienen Wesensveränderungen, z. B. die Ablehnung von Essen oder der Teilnahme an Aktivitäten, Schreien und Lautieren, Anspannung bei Mobilisation und Unruhe. Auch Ronald Kunz beschreibt in dem Buch von Knipping (C. Knipping 2008, 234–237) diese Veränderungen als Beobachtungskriterien, auf die der Arzt angewiesen ist, um eine Diagnose zu stellen und die entsprechenden Maßnahmen einzuleiten.

Des Weiteren beschreibt Kunz die von ihm 2003 in deutscher Version herausgebrachte Schmerzskala ECPA (Échelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes) zur Schmerzeinschätzung bei kommunikationsbeeinträchtigten alten Menschen. Sie kommt über einen Beobachtungszeitraum von 48 Stunden zur Beurteilung der Schmerzen zum Einsatz. Anhand von acht »Items« – Elementen – werden mit der ECPA Wesensveränderungen aufgelistet und in punkto Schmerz beurteilt. Dadurch wird eine Punktzahl festgestellt, die als Anhaltspunkt für das Ausmaß des Schmerzes dienen kann.^[14]

Kunz erläutert, dass die grundsätzliche Möglichkeit für eine Wesensveränderung auch aufgrund der Demenz stattfinden und die Veränderung somit keinen Hinweis für eine Schmerzsymptomatik bieten kann. Doch je intensiver die ECPA-Beobachtung ausgeführt wird und je höher die Punktzahl ausfällt, desto wahrscheinlicher ist eine Schmerzsymptomatik.

Im Anschluss an das positive (auf Schmerzen hinweisende) Testergebnis wird die Behandlung des Arztes eingeleitet. Nach weiteren 48 Stunden erfolgt eine erneute Testung des Schmerzes über die Beobachtungskriterien des Instruments. Sinkt die Punktzahl, so wird davon ausgegangen, dass die Wesensveränderung mit dem Schmerz in Zusammenhang steht. Die Behandlung erfolgt dann so lange, bis die Punktzahl nicht mehr gesenkt werden kann. Je nach Ausmaß der Schmerzen sind weitere Untersuchungen vom Arzt einzuleiten. Wichtig ist, dass jede Wesensveränderung ernst genommen wird.^[14]

Aus meinen eigenen Erfahrungen heraus möchte ich anmerken, dass durch die Anwendung des ECPA die Wahrscheinlichkeit höher und genauer ist, Schmerzen festzustellen. Das Instrument ECPA gibt zudem in Bezug auf die Entscheidungsfindung Sicherheit.

Buchtipps

Cornelia Knipping (Hrsg.)/Ronald Kunz: Lehrbuch für Palliative Care. Nachdruck d. 2. Auflage. Huber: Bern 2008.

Hier finden Sie auf den Seiten 677 und 678 das Erfassungsinstrument ECPA.

3.10 Sinne

Die menschlichen Sinne werden in fünf Kategorien unterteilt:

1. der taktile,
2. der auditive,
3. der visuelle,
4. der gustatorische und
5. der olfaktorische Sinn.

Das genaue Beschreiben der unterschiedlichen Sinne ist wichtig, weil sie immer wieder den Grundstein für die Anwendung einzelner Konzepte in der Aktivierung und im Kontakt mit Menschen mit Demenz bilden. Über ihre Sinne lassen sich Demenzerkrankte im schwersten Stadium am ehesten aktivieren oder erreichen.

Taktile Sinn (Tasten) Der Tastsinn wird über Berührungen aktiviert. Darüber entstehen Empfindungen, die am Körper wahrgenommen werden. Dabei können verschiedene Materialien mit unterschiedlichen Oberflächen zum Einsatz kommen.^[15]

Auditiver Sinn (Hören) Der Hörsinn ist durch die Aufnahme von Klängen, Geräuschen und Tönen erreichbar. Er kann durch den Einsatz von Musik, Sprache und Musikinstrumenten angeregt werden.^[15]

Visueller Sinn (Sehen) Der Sehsinn ermöglicht das Sehen von Farben und Formen, die durch den Einsatz von Bildern, Tüchern und Lichtern in verschiedenen Farben intensiviert werden können.^[15]

Gustatorischer Sinn (Schmecken) Der Geschmackssinn kann mithilfe von Speisen, die einen ausgeprägten Geschmack von süß, sauer, bitter oder salzig aufweisen, angeregt werden.^[15]

Olfaktorischer Sinn (Riechen) Der Geruchssinn ermöglicht, Düfte und Aromen zu riechen. Der Einsatz von Ölen, Parfums aber auch von Lebensmitteln wie etwa Früchten aktiviert den Geruchssinn.^[15]

3.10.1 Allgemeine Verschlechterung der Sinne, als zusätzliche Einschränkung für den Demenzerkrankten

Die Sensibilität aller Sinnesorgane lässt mit dem Alter nach. Dadurch nimmt gleichzeitig die Lebensqualität ab.^[16] Denn die Wahrnehmung wird über die Sinne gesteuert – nach der Aufnahme von Reizen über die Sinne (Wahrnehmung) erfolgt die Reaktion. Veränderungen der Sinne schränken die betroffenen Personen ein. So können beispielsweise natürliche Reaktionen oder Schutzfunktionen nicht mehr in dem Maße wie bei Menschen mit intakten Sinnesorganen erfolgen.

Folgende Einschränkungen sind zu erwarten:

- Die Beeinträchtigung des **taktile Sinns** (Tasten) ruft eine Veränderung des Temperaturgefühls hervor. Dadurch entsteht das Gefühl des schnelleren Frierens. Gleichzeitig wird die Feinmotorik (gezieltes Greifen mit den Fingern) und die Wahrnehmung von Schmerzen beeinträchtigt.^[16]
- Bei Beeinträchtigungen des **auditiven Sinns** (Hören) kann es zu Falscheinschätzungen von Situationen kommen. Dadurch kann die Anbahnung eines Kontakts oder ein Gefahrensituation zu spät bemerkt werden. Des Weiteren ist die Kommunikation gestört, da das Sprachverständnis beeinträchtigt ist.^[16]
- Bei Beeinträchtigungen des **visuellen Sinns** (Sehen) ist das Lesen oder Erkennen von Schrift, Bildern und Menschen eingeschränkt und führt dementsprechend zu

- Unsicherheit. Zudem kommt es zu Einschränkungen im Einholen und Erhalten von wichtigen Informationen über Zeitschriften, Zeitungen oder auch das Fernsehgerät.
- Bei Beeinträchtigungen des **gustatorischen Sinns** (Schmecken) leidet der Geschmack. Menschen nehmen im Alter den bitteren und sauren Geschmack noch lange wahr. Dagegen lässt das Erkennen von salzigen und süßen Speisen nach.
 - Beeinträchtigungen des **olfaktorischen Sinns** (Riechen) erschweren die Geruchswahrnehmung. Somit sind der eigene Körpergeruch, Schweiß oder Urin und das Einschätzen von Gefahren wie das Riechen von Rauch und Gas eingeschränkt.^[16] Hinzu kommt, dass Gerüche von Lebensmitteln nicht mehr gut wahrgenommen werden und damit die Nahrungsaufnahme nicht mehr so genussvoll und anregend ist.

Diese Auflistung verdeutlicht, dass allgemeine Alterserscheinungen auch bei Demenzbetroffenen berücksichtigt werden müssen. Da diese Anzeichen generell im Alter auftreten, müssen sie bei einer Demenzerkrankung zusätzlich beobachtet und abgeklärt werden. Treten im Bereich der Sinne Auffälligkeiten auf, können sie beispielsweise oft durch ein Hörgerät, eine Sehhilfe oder eine Zahnprothese ausgeglichen werden. Somit entsteht für den älteren Menschen wieder eine positive Sinnesaufnahme, die ihn zum Erleben, zum Reagieren und zum Genießen anregt. Es entsteht eine wieder gewonnene Sicherheit und das Selbstwertgefühl steigert sich.^[16]

Diese Hilfsmittel müssen aber in einem bestimmten Turnus gewartet, kontrolliert und angepasst werden, damit sie dem entsprechenden, nachlassenden Sinn folgen und einen Ausgleich bieten.^[16] Darauf muss auch gerade bei Menschen mit Demenz geachtet werden, da sie in der Regel keine Verschlechterungen oder Anpassungsbedürfnisse ihrer Hilfsmittel äußern.