

Bachelorarbeit

Medizinische Universität Graz

Gesundheits- und Pflegewissenschaft

über das Thema

Demenz – Herausforderungen in der Pflege von demenzkranken PatientInnen

Im Rahmen der Lehrveranstaltung
„Physiologie“

vorgelegt von

Margret Nöbler

begutachtet von

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ phil. Anna Gries

Eingereicht am: 16. Oktober 2016

Jahr der Vorlage: 2016

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtliche oder inhaltliche entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 5.Oktober 2016

Margret Nöbler, eh.

Inhalt

1. Einleitung.....	7
2. Demenz	8
2.1 Definition	8
2.2 Diagnose.....	9
2.3 Einschränkungen bei einer Demenz	10
2.4 Häufigkeit der Demenz.....	10
2.5 Ursachen einer Demenz	11
2.5.1 Die Alzheimer – Krankheit	11
2.5.2 Die vaskuläre Demenz	15
2.5.3 Demenz vom Lewy – Körper – Typ	15
2.5.4 Die frontotemporale Demenz (Morbus Pick).....	16
2.6. Therapie.....	17
2.6.1 Wert der Musiktherapie bei Demenz	17
2.7 Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten	18
3. Betreuung und Pflege	21
3.1 Pflege von demenzkranken PatientInnen im stationären Bereich	21
3.2 Herausforderungen in der Pflege von demenzkranken PatientInnen.....	28
3.2.1 Umgang mit herausforderndem Verhalten.....	28
3.2.2 Aggressives Verhalten.....	28
3.2.3 Agitiertes Verhalten – Unruhe.....	29
3.2.4 Herumwandern, Weglaufgefährdung.....	30
3.2.5 Apathie	30
3.2.6 Halluzinationen und Wahnvorstellungen	31
3.2.7 Angstzustände und ängstliches Verhalten.....	32
3.2.8 Enthemmtes Verhalten	33
3.3 Pflege von demenzkranken PatientInnen durch Angehörige	34
3.3.1 Die zehn Gebote der Pflege von Demenzkranken durch Angehörige	36

3.4 Unterstützung für pflegende Angehörige	38
3.4.1 Richtig kommunizieren	38
3.4.2 Im Alltag unterstützen.....	38
3.4.3 Schönes Erleben	39
3.4.4 Konflikte bewältigen.....	39
3.4.5 Sich Entlasten – Überforderung vermeiden.....	39
4. Ausblick und Diskussion	40
4.1 Ausblick – Was bringt die Zukunft für demenzkranke PatientInnen	40
4.2 Diskussion.....	41
5. Schlussfolgerung	42
6. Literaturliste	43
7. Internet	43

Abbildungen

Abbildung 1: Zunahme der Häufigkeit einer Demenz mit dem Lebensalter (Diekämper: S.26)	11
Abbildung 2: Das Gehirn – Alzheimer Krankheit (www.preci.com)	12
Abbildung 3: Verlust der Lebenserinnerungen bei fortschreitender Demenz (Diekämper: S.54)	19
Abbildung 4: Hände waschen mit verbliebenen Fähigkeiten und anleitender Unterstützung (Diekämper: S: 59)	23
Abbildung 5: Pyramide der Bedürfnisse (Diekämper: S.96).....	27

Zusammenfassung

Demenz – Herausforderungen in der Pflege von demenzkranken PatientInnen

Demenz kann jeden Menschen treffen. Mit fortschreitendem Alter steigt auch die Wahrscheinlichkeit an Demenz zu erkranken. Im ersten Teil wird das Krankheitsbild der Demenz beschrieben, sowie Diagnose, Einschränkungen bei Demenz, Ursachen, welche die häufigsten Formen sind, Therapie, Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten. Im zweiten Teil wird auf die Betreuung und Pflege von demenzkranken PatientInnen im stationären Bereich eingegangen und welche Herausforderungen in der Pflege erwartet werden können. Außerdem wird auch auf die Pflege durch Angehörige und deren Herausforderungen eingegangen.

Abstract

Dementia - challenges in the care of dementia patients

Dementia can affect any human being. As the age progresses, the likelihood of developing dementia increases. In the first part, the disease pattern of dementia is described, as well as diagnosis, limitations of dementia, causes, which are the most common forms, therapy and experiences and possibilities for action. In the second part the care of dementia patients in the inpatient care and what challenges can be expected in nursing are discussed. In addition, the care of relatives and their challenges is addressed.

1. Einleitung

„Jeder bekommt Alzheimer – man muss nur alt genug werden!“ (Dr. Konrad Beyreuther, deutscher Molekularbiologe und Gründungsdirektor des Netzwerkes Altersforschung)

Und leider scheint es zu stimmen. Je älter man wird, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, an Demenz zu erkranken. Die Diagnose Demenz ist nicht nur ein Schock für die/den Erkrankten selbst, sondern natürlich auch für die Angehörigen. Viele Fragen stellen sich. Wie wird die Demenz verlaufen, wie schnell wird sie voranschreiten. Rechtliche Fragen müssen geklärt werden, können finanzielle Hilfen beantragt werden und Fragen rund um die Betreuung tun sich auf. Gefordert ist die ganze Familie. Sie entscheidet gemeinsam mit der/dem erkranktem Familienmitglied, wie die weitere Betreuung verlaufen wird.

Neben der medikamentösen Therapie ist die Pflege Hauptbestandteil der Versorgung der erkrankten Personen. Pflege ist immer eine Herausforderung – bei Demenz kommen durch die Wesensveränderung und herausfordernden Verhaltensweisen noch weitere Erschwernisse hinzu. Auf diese möchte ich in meiner Bachelorarbeit „Demenz - Herausforderungen in der Pflege“ detailliert eingehen. Ich möchte einen Überblick über das Krankheitsbild Demenz geben: Wie die Diagnose erfolgt, welche Demenzformen es gibt und wie sich die Therapie gestaltet. Der Hauptteil der Arbeit wird der Pflege mit all ihren Herausforderungen im stationären Bereich sowie auch der Pflege im häuslichen Bereich gewidmet. In der gesamten Arbeit wird auch immer auf das Empfinden der erkrankten Personen eingegangen und welche Handlungsmöglichkeiten die pflegende Person hat. Abschließend möchte ich auf Literatur, Ratgeber und Hilfestellungen für Angehörige von demenzkranken PatientInnen eingehen. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Alzheimer – Demenz, weil diese die häufigste Demenzform ist. Ich möchte mit dieser Bachelorarbeit einen Einblick geben, was eine Familie erwartet, wenn ein Familienmitglied die Diagnose Demenz erhält.

2. Demenz

2.1 Definition

„Der Geist ist weg – ohne Geist – der Verstand ist verloren“ sind Beschreibungen zum Wort Demenz. Entstehen kann eine Demenz, wenn durch eine organische Erkrankung Funktionen und Leistungen des Gehirns beeinträchtigt werden.¹

„Demenz 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 und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“²

Es gibt sehr viele Demenzformen und daher kein einheitliches Krankheitsbild. Demenz ist keine eigenständige Krankheit sondern die Folge einer Erkrankung. Die einzelnen Krankheiten unterscheiden sich darin, wie sie das Gehirn schädigen und wie die Krankheit weiter verläuft. Jede einzelne Krankheit entwickelt eine eigene Demenzform. Nur im Endstadium gleichen sich die einzelnen Krankheiten an.

Die Entwicklung einer Demenz ist ein langsamer und ein oft lang andauernder Prozess. Für die Mitmenschen machen erkrankte Personen sehr lange einen „normalen“ Eindruck. Wenn die Schädigung des Gehirns fortgeschritten ist, werden Veränderungen im Verhalten beobachtet.³

„Demenzformen, die im ICD-10 angeführt werden:

- Demenz bei Alzheimer – Krankheit
- vaskuläre Demenz
- Multiinfarkt – Demenz
- subkortikal vaskuläre Demenz
- Demenz bei Pick – Krankheit
- Demenz bei Creutzfeld – Jakob – Krankheit

¹ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 20

² Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 21

³ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 22

- Demenz bei Chorea Huntington
- Demenz bei primärem Parkinson – Syndrom
- Demenz bei HIV – Krankheit
- Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten“⁴

2.2 Diagnose

Um eine Demenz zu diagnostizieren, müssen positive neuropsychologische Tests durchgeführt werden. Wenn die Diagnose Demenz bestätigt wurde, wird die zugrundeliegende organische Krankheit diagnostiziert.

Eine Demenz könnte sich entwickelt haben, wenn über einen längeren Zeitraum mehrere der unten angeführten Einschränkungen und Verhaltensweisen beobachtet werden:

- Neue Informationen werden schlecht behalten, Probleme beim Lernen, keine Erinnerung an kurz zurückliegende Ereignisse
- Gegenstände wie Schlüssel, Brille, Handy, Geldbörse... werden verlegt und immer häufiger gesucht
- Termine werden nicht eingehalten
- Haushaltsgeräte werden nicht mehr richtig bedient
- Gewohnte Tätigkeiten werden nicht mehr richtig durchgeführt
- Gegenstände werden nicht an die üblichen Orte gelegt – das Bügeleisen im Schuhregal
- In Gesprächen werden nicht mehr die passenden Worte gefunden, unpassende Füllwörter und weitschweifige Umschreibungen werden stattdessen benutzt
- Die Orientierung in neuen Umgebungen fehlt, teilweise wird die eigene Wohnung nicht erkannt, der Nachhauseweg wird nicht gefunden
- Betroffene wissen nicht, wie sie zu einem Aufenthaltsort gekommen sind und erkennen auch den Aufenthaltsort nicht
- Der Bezug zum Wert des Geldes geht verloren
- Gespräche können inhaltlich nicht mehr verfolgt werden
- Kleidungsstücke werden nicht mehr richtig angezogen, Kleidung kann nicht mehr der Witterung oder dem Anlass angepasst werden

⁴ Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 21

- Häufig sind Betroffene gereizt, verärgert und depressiv verstimmt
- Verzweiflung, Verwirrtheit und Verstörtheit können beobachtet werden
- Individuelle Eigenschaften werden verstärkt - aus Sparsamkeit wird Geiz

2.3 Einschränkungen bei einer Demenz

Hauptsächlich sind das Gedächtnis, das Denken und Handeln bei einer Demenz beeinträchtigt. Es können aber auch die Aufmerksamkeit und die visuelle Wahrnehmung betroffen sein sowie die motorischen Fähigkeiten.

Lernen: Man kann sich nichts mehr merken, hat keine Orientierung an neuen Orten, das Zeitgefühl fehlt, man verliert das Gefühl zum eigenen Handeln und zur eigenen Lebenssituation.

Erkennen: Die gewohnte Umgebung und alltägliche Dinge werden nicht mehr erkannt.

Sprache: Die Sprachfähigkeit, der Wortschatz und das Sprachverständnis gehen verloren.

Denken und Urteilen: Einsichtigkeit und die Kontrolle des eigenen Verhaltens lassen nach.

Erinnern: Die biografischen Lebenserfahrungen verschwinden und es entwickelt sich eine Desorientierung zur eigenen Person.

Handeln: Praktische Fähigkeiten werden verlernt.

Aufmerksamkeit: Schnelles Ablenken bei alltäglichen Tätigkeiten, Gesprächen nicht mehr folgen können.

Motorische Steuerung: Verlust der Beweglichkeit und Feinmotorik.

2.4 Häufigkeit der Demenz

In den Industrieländern leiden 6-9 Prozent der über 65-Jährigen an einer Demenz. Mit zunehmendem Alter steigt die Häufigkeit einer Demenz steil an. Bei den über 90-Jährigen leiden bereits 30 Prozent an einer Demenz. Für Männer und Frauen in

gleichem Alter ist die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu leiden etwa gleich hoch. Da Frauen im Durchschnitt aber 7 Jahre länger leben, gibt es in der hohen Altersgruppe deutlich mehr Frauen, die an einer Demenz leiden – 70 Prozent Frauen zu 30 Prozent Männer.⁵

In der folgenden Abbildung wird die Wahrscheinlichkeit, mit zunehmendem Alter an einer Demenz zu leiden, dargestellt:

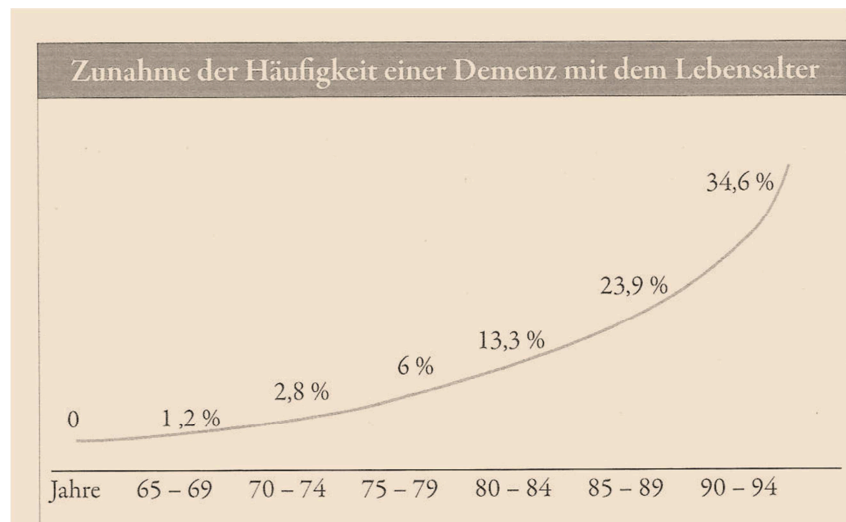


Abbildung 1: Zunahme der Häufigkeit einer Demenz mit dem Lebensalter (Diekämper: S.26)

2.5 Ursachen einer Demenz

Wie bereits beschrieben, ist Demenz keine eigene Krankheit sondern wird durch verschiedene Krankheiten ausgelöst. Bei 90 Prozent der Erkrankungen beginnt dieser degenerative Prozess direkt im Gehirn. Diese degenerativen Prozesse beginnen langsam. Ein Fortschreiten der Erkrankung ist meist nicht aufzuhalten und nicht behandelbar.

2.5.1 Die Alzheimer – Krankheit

Die Alzheimer – Krankheit ist die am häufigsten vorkommende Erkrankung, welche zu einer Demenz führt. Bei sechs von zehn Menschen ist die Alzheimer – Krankheit der Auslöser für Demenz. Benannt wurde Sie nach dem Nervenarzt Alois Alzheimer, (1864-1914) der diese Erkrankung als erster Wissenschaftler genauer untersucht hat.

⁵ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 23-25

Gekennzeichnet ist die Erkrankung durch einen langsam fortschreitenden Untergang von Nervenzellen und Nervenzellverbindungen (den sogenannten Synapsen), Plaquesbildung im Gehirn (Amyloid – Ablagerungen), Bildung von Neurofibrillenbündeln (Ablagerungen aus Tauprotein) und ein Mangel an Acetylcholin. Welche Faktoren die Krankheit auslösen, ist bislang nicht bekannt. Daher ist es nicht möglich, die Krankheit ursächlich zu behandeln. Wenn die Veränderungen im Gehirn einmal begonnen haben, schreiten sie unaufhaltsam fort.

Durch den Verlust von Nervenzellen und Nervenzellverbindungen kommt es zu einer Atrophie des Gehirns. Es entstehen breite Furchen im Gehirn und auch die Hirnkammern sind stark erweitert. Mit fortschreitender Krankheit können die Nervenzellen bis zur Hälfte verloren gehen.

In der anschließenden Grafik wird die Veränderung im Gehirn bei der Alzheimer – Krankheit dargestellt:

Das Gehirn – Alzheimer Krankheit

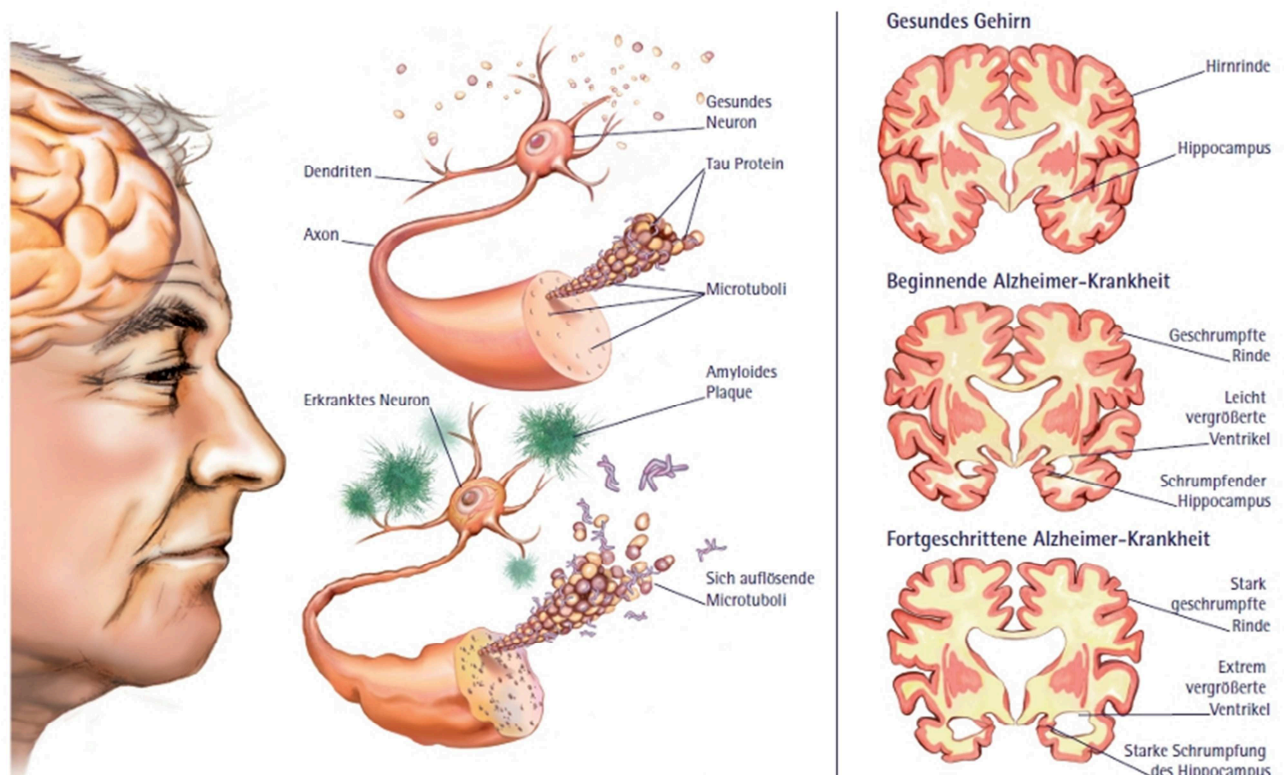


Abbildung 2: Das Gehirn – Alzheimer Krankheit (www.preci.com)

Leider wird die Krankheit erst bemerkt, wenn bereits der Verlust der Nervenzellen eine bestimmte Schwelle überschritten hat. Erst dann werden erste Einschränkungen des Gedächtnisses bemerkbar.

Die Diagnose der Alzheimer – Erkrankung ist eine sogenannte Ausschlussdiagnose, da der zerstörende Prozess im Gehirn nicht beobachtet werden kann. Wenn alle anderen demenzverursachenden Krankheiten ausgeschlossen werden können, kann man mit hoher Wahrscheinlichkeit die Alzheimer – Krankheit diagnostizieren.⁶

Die Reisberg – Skala beschreibt die Schweregrade der Demenz bei der Alzheimer – Krankheit. Durch die Skala haben Angehörige und Pflegepersonal eine Möglichkeit, verbliebene Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten bestimmen zu können und den Pflegebedarf anzupassen.

1. Keine kognitiven Einbußen

Weder subjektive Beschwerden, noch objektiv feststellbare Einbußen sind erkennbar.

2. Zweifelhafte kognitive Einbußen

Subjektiv wird ein Vergessen wahrgenommen. Vergessen, wo etwas abgelegt wurde, Vergessen von Namen vertrauter Personen.

Objektiv gibt es keine feststellbaren Hinweise auf Einbußen.

3. Geringe kognitive Einbußen

Erste eindeutige Einbußen sind vorhanden. Die Arbeitsleistung verringert sich, Desorientierung an fremden Orten, Wortfindungsstörungen und das Verlegen und Vergessen von Gegenständen werden nun immer häufiger. Diese Veränderungen bemerken anfangs nur enge Angehörige. Die Betroffenen selbst leugnen ihre Defizite gern und empfinden leichte Angst.

4. Mäßige kognitive Einbußen

Nun beginnt das Vergessen von aktuellen oder kurz zurückliegenden Ereignissen. Gedächtnislücken im eigenen Lebenslauf kommen hinzu, sowie die immer größer werdende Unfähigkeit mit Geld umzugehen, sich örtlich zu orientieren und komplexe Aufgaben durchführen zu können.

⁶ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 32-34

Jedoch bleibt vorerst die Fähigkeit zum Zeitgefühl, das Wiedererkennen vertrauter Menschen, Gesichter und Orte erhalten.

Betroffene Personen meiden Anforderungen und leugnen die bereits vorhandenen Einbußen.

5. Mittelschwere kognitive Einbußen

Einbußen zur Erinnerung an das eigene Leben/die eigene Person sind nun feststellbar. Es werden Adresse, Name, Familienangehörige vergessen. Außerdem können Jahreszeit, Datum, Wochentag nicht mehr erkannt werden. Die Auswahl passender Kleidung funktioniert nicht mehr und auch Rechenaufgaben sind nicht mehr zu bewältigen.

Einige Fakten die eigene Person oder enge Angehörige betreffend bleiben vorhanden. Auch die Selbstständigkeit beim Toilettengang und beim Essen bleibt noch aufrecht.

6. Schwere kognitive Einbußen

In diesem Stadium haben Betroffene bereits einen vollständigen Wissensverlust an kurz zurückliegende Situationen, können sich an die eigene Vergangenheit nur noch bruchstückhaft erinnern, haben keine Wahrnehmung mehr bezüglich zeitlicher Veränderungen, Störung vom Tag-Nacht-Rhythmus, finden sich an bekannten Orten nicht mehr zurecht. Oft ist ein selbstständiges Essen und zur Toilette gehen nicht mehr möglich.

Die Erinnerung an den eigenen Namen und das Erkennen von bekannten und fremden Personen bleibt oft noch erhalten.

In dieser Phase kommt es auch zu Persönlichkeitsveränderungen und Gefühlsstörungen. Erkrankte Personen leiden an Verfolgungsgedanken, Zwangshandlungen, Angst, Unruhe, aggressivem Verhalten und fehlendem Willensantrieb.

7. Sehr schwere kognitive Einbußen

Hier können erkrankte Personen einen völligen Sprachverlust und Harninkontinenz erleben, sowie die Unfähigkeit, selbstständig zur Toilette zu gehen und zu essen. Auch ein zunehmender Verlust von psychomotorischen Fähigkeiten, wie Laufen, kommt hier hinzu.⁷

⁷ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 27-30

2.5.2 Die vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Demenzform. Von Menschen mit Demenz haben ca. 15-20 Prozent ihre Einschränkungen durch mangelhafte Durchblutung des Gehirns. Viele ältere Menschen haben arteriosklerotische Veränderungen der Blutgefäße. Aber erst im Zusammenhang mit verminderten Fähigkeiten ist der Verdacht auf eine vaskuläre Demenz gegeben.

Hauptursache für die vaskuläre Demenz sind zerebrale Infarkte (Schlaganfälle) und durch Bluthochdruck geschädigte arterielle Gefäße. Bei multiplen Infarkten können Lakunen entstehen. Lakunen sind kleine löchrige Schädigungen und können an mehreren Bereichen im Gehirn auftreten. Demenz entsteht dann, wenn sich Lakunen häufen bzw. sich zu größeren Hohlräumen vereinen. Die Einschränkungen können aber schwanken oder treten nur bei Ermüdung auf. Daher wird eine Demenz oft nicht erkannt. Anzeichen können Kopfschmerzen, Schwindel oder transitorisch - ischämische Attacken sein. Hier kommt es zu kurzen Durchblutungsstörungen im Gehirn, welche mit Lähmungen oder Seh- und Sprachstörungen verbunden sind.

Wenn das Frontalhirn unbeschädigt bleibt, kann die Persönlichkeit bis in späte Phasen der Erkrankung erhalten bleiben. Betroffene Personen haben die größten Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit und der Konzentration. Diese Einschränkungen können je nach Durchblutung des Gehirns innerhalb von Stunden und Tagen sehr schwanken.

Auch bei der vaskulären Demenz ist der gleiche Verlauf wie bei der Alzheimer – Krankheit möglich. Ausschlaggebend für den Verlauf ist jedoch, welche Regionen im Gehirn durch die mindere Durchblutung geschädigt wurden. Hier sind oft nicht nur geistige und praktische Fähigkeiten eingeschränkt sondern vor allem treten Lähmungen, Bewegungs- und Schluckstörungen auf und das Sprechen kann beeinträchtigt sein.

2.5.3 Demenz vom Lewy – Körper – Typ

In der Struktur der Nervenzellen bilden sich Einschlusskörper. Diese werden als Lewy – Körper bezeichnet. Sie kommen in der Großhirnrinde wie auch in subkortikalen Regionen des Gehirns vor. Durch die Bildung der Lewy – Körper verringert sich die Produktion des Neurotransmitters Dopamin.

Die Krankheit kann alleine auftreten oder mit einer bereits bestehenden Parkinson-Krankheit einhergehen. Der Krankheitsverlauf ähnelt von Geschwindigkeit und Verlust der Fähigkeiten sehr der Alzheimer – Krankheit. Diese Demenzform unterscheidet sich sehr von anderen Formen, weil es ein starkes und rasches Hin und Her von verbliebenen Fähigkeiten und totalem Ausfall gibt. Diese Wechsel können von Stunde zu Stunde oder in noch kürzeren Abständen vorkommen. Bei diesen extremen Ausfällen von Aufmerksamkeit und Wachheit sind PatientInnen stumm und kaum ansprechbar. Außerdem können plötzlich visuelle Halluzinationen auftreten, worauf PatientInnen mit Verwirrtheit und Ängsten reagieren. Auch zeigen etwa 40 Prozent der Betroffenen Anzeichen einer Depression. Bis zu 70 Prozent der Betroffenen haben für die Parkinson – Krankheit typische Beeinträchtigungen wie Muskelsteifheit, Verlangsamung der Bewegungsabläufe und Gangstörungen.

2.5.4 Die frontotemporale Demenz (Morbus Pick)

Diese Erkrankung tritt in der Regel zwischen dem 45. Und 65. Lebensjahr auf und ist die zweithäufigste Form in den mittleren Lebensjahren.

Die Krankheit wird verursacht durch einen auf den Stirnlappen und auf den Schläfenlappen begrenzten Verlust von Nervenzellen. Es kommt zu einer auffallenden Schrumpfung des Gehirns in diesem Bereich. Fast alle Betroffenen haben am Beginn der Erkrankung eine Persönlichkeitsveränderung und ändern auch ihr Sozialverhalten. Eine Einsicht der Erkrankung ist kaum vorhanden. Sie wirken unkonzentriert, oberflächlich, vernachlässigen ihre Pflichten, sind teilnahmslos und verlieren ihr Interesse an sozialen Kontakten und Beschäftigungen. Auch die Sprache wird immer eingeschränkter. Dadurch benutzen Betroffene zu Beginn mehrfach stereotype Redewendungen, um den Verlust auszugleichen. Gerne wiederholen sie beständig Worte der sie begleitenden Personen. Gedanken sind kaum noch kontrollierbar oder steuerbar. Zunehmends werden Betroffene taktlos anderen Menschen gegenüber, sind gereizt und offen aggressiv. Es kann auch passieren, dass sie unangemessen gekleidet oder gar nicht bekleidet in der Öffentlichkeit erscheinen.

Je nachdem in welchem Bereich die Schäden im Gehirn auftreten, sind die Einschränkungen sehr unterschiedlich. Wenn vorwiegend der vordere, obere Bereich

des Frontallappens geschädigt wurde, kommt es zu einer deutlichen Enthemmung des Verhaltens.⁸

2.6. Therapie

Obwohl jahrzehntelang nach einem Heilmittel für Demenz geforscht wird, gibt es bis heute keinen Durchbruch. Therapiert wird mit Medikamenten, die die Symptome lindern. Hier gibt es zwei große Gruppen. Die sogenannten Antidementiva, welche die Krankheitssymptome hinauszögern. Die zweite Gruppe sind die Antipsychotika, welche gegen Verhaltensauffälligkeiten, starke Unruhe, Wahnvorstellungen, Angst und tätliche Aggression eingesetzt werden.⁹

2.6.1 Wert der Musiktherapie bei Demenz

Demenzkranke fallen aus der gängigen Raum- und Zeitstruktur heraus. Sie finden sich in ihrer Umgebung nicht mehr zurecht und leben ihr eigenes Tempo. Ein großes Problem ist für Demenzkranke, dass sie den Anschluss an die Gesellschaft verlieren. Gemeinschaftserlebnisse kommen zu kurz.

Musik kann ohne Umwege direkt in unsere innere Welt hineinwirken und uns in freudige oder wenn gewünscht, in traurige Stimmung versetzen. MusiktherapeutInnen setzen das gezielt auf die Bedürfnisse der jeweiligen PatientInnen ein.

So kann man beobachten, wenn eine Gruppe demenzkranker PatientInnen Lieder singt, dass sich die Gruppe im Rhythmus der Musik bewegt. Es ist sogar möglich, dass PatientInnen, die im Zuge der Krankheit bereits das Sprechen verlernt haben, keine Textschwierigkeiten bei den Liedern haben und mitsingen können. Dadurch ergeben sich unweigerlich Glücksmomente für die Betroffenen und sie haben wieder ein Gemeinschaftserlebnis. Alle bewegen sich im selben Rhythmus und treten aus ihrer Isolation heraus. Dadurch kann mit Hilfe von MusiktherapeutInnen ein vorübergehendes Gemeinschaftsgefühl hergestellt werden. Es kann auch eine schöne Möglichkeit sein, zu einem engen Angehörigen über ein Lied wieder Kontakt zueinander

⁸ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 35-39

⁹ vgl. Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S. 94

herzustellen. Wenn man als Kind nicht mehr erkannt wird, kann man über ein gemeinsam gehörtes Lied wieder kurz etwas Gemeinsames erleben.¹⁰

2.7 Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten

Menschen mit Demenz leben im Augenblick. Die Fähigkeit zu lernen verliert sich langsam. Besser können Informationen und Erfahrungen mit großer emotionaler Bedeutung gespeichert werden. Alles was unwichtig erscheint, hat keine Möglichkeit mehr, ins Gedächtnis aufgenommen zu werden. Wenn die Schädigungen im Gehirn fortgeschritten sind, können Erlebnisse nur noch für Sekunden, maximal Minuten im Kurzzeitgedächtnis festgehalten werden. Nachdem zusammenhängende Ereignisse, die über den Tag erlebt werden, fehlen, geht auch das Gefühl für die Zeit verloren. Es gibt keine Chronik vom Tag, nur noch den Augenblick – keine Vergangenheit und auch keine Zukunft. Erinnerungen aus der Vergangenheit mischen sich in die Tätigkeiten der Gegenwart. Das ganze entwickelt sich zu einem unentwirrbaren Ganzen mit Rollen aus der Vergangenheit (die Mutter sucht ihre Kinder).

Menschen mit Lernstörungen können sich an einem neuen Ort nicht mehr orientieren. Dadurch fühlen sie sich hilflos, verängstigt und sind verunsichert. Sie sind rastlos damit beschäftigt, alle Zimmer abzulaufen und sich an irgendetwas zu erinnern. Aber das Gehirn kann die neue Umgebung nicht mehr abspeichern. Der Wohnort an dem zuletzt gelebt wurde, wird als erstes vergessen. Somit wird die vertraute Umgebung immer fremder und der Wunsch „nach Hause“ zu gehen wird immer größer. Oft möchten sie an Orte, an denen sie in früheren Zeiten gelebt haben.

Damit die Umgebung erkannt wird, müssen Sinneswahrnehmungen ständig durch das Gedächtnis verarbeitet werden. Sinneseindrücke erhalten erst dann eine Bedeutung, wenn sie mit bereits gespeichertem Wissen verglichen werden können und erkannt werden. Diese ständige Mensch – Umwelt – Beziehung ist ein lebenslanger Lernprozess. Wer ständig dazulernt, ist auch aktuell orientiert. Bei Menschen mit Demenz hat das Gedächtnis die Fähigkeit verloren, Dinge so zu verarbeiten, dass sie auch erkannt werden. Dadurch sind sie desorientiert, verwirrt und ängstlich. Oft werden Dinge aus dem alltäglichen Leben zweckentfremdet verwendet. So kann es auch

¹⁰ vgl. Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S.104-106

passieren, dass das Mittagessen nicht angerührt wird, weil nicht mehr erkannt wird, welches Verhalten zur Situation nun passend wäre.

Im Laufe der Erkrankung können sich Betroffene an die autobiografische Geschichte oft nur noch teilweise erinnern. Erinnerungen und die zeitliche Abfolge können dabei verloren gehen. Dabei geht Neues vor Altem verloren. Wenn man sich das Leben als Regal mit Jahrbüchern vorstellt, so gehen am Beginn die letzten Jahrbücher verloren. Mit fortschreitender Krankheit bleiben nur noch die Kindheit und sehr intensive Lebensphasen in Erinnerung, was in der folgenden Grafik schematisch dargestellt wird:

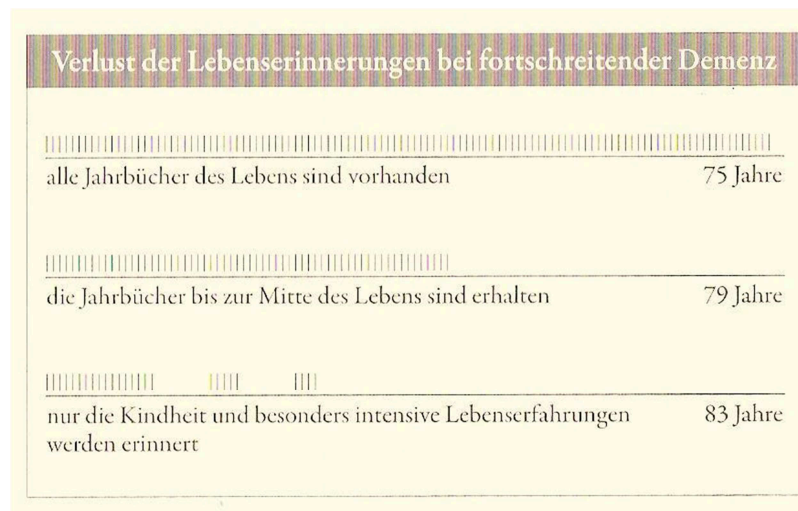


Abbildung 3: Verlust der Lebenserinnerungen bei fortschreitender Demenz (Diekämper: S.54)

Wenn die letzten Lebensjahre fehlen, halten sich die Betroffenen für wesentlich jünger und sind dann die Person, die sie damals waren. So kann es durchaus passieren, dass eine 80-Jährige Person sich in den Vierzigern befindet und mit Männern flirtet.

Wenn Erinnerungen und Erfahrungen immer mehr verschwinden, bekommt die Identität starke Risse. Der Beruf, soziale Rollen, die Mitmenschen verschwinden und die wenigen Erinnerungen, die noch bleiben, geben nicht mehr genug Halt. Somit verlieren Betroffene an Sicherheit und Orientierung. Die Biografie zerbröselt und es bleiben einzelne Episoden übrig. Dieses Vorgehen wird von den Betroffenen bewusst erlebt und sie leben mit der Angst, dass die Persönlichkeit vernichtet wird. Daher ist es eine besondere Aufgabe der Pflege, die Identität und die Erinnerung an die Vergangenheit möglichst lange zu wahren. Mit Hilfe von Fotos und bedeutsamen

Erinnerungsstücken kann man Erinnerungen wachrufen. Dadurch werden das Wohlbefinden und ein positives Selbsterleben gefördert.

Menschen mit fortgeschrittener Demenz erkennen sich selbst nicht mehr im Spiegel oder auf Fotos, die aus jüngster Vergangenheit stammen. Sie unterhalten sich oft angeregt mit ihrem Spiegelbild und halten dies für eine fremde Person. Auf weit zurückliegenden Fotos können sich Menschen mit Demenz oft sehr lange erkennen. Das gleiche gilt für enge Angehörige. LebenspartnerIn und Kinder werden oft nicht mehr erkannt.

Allmählich können sich Menschen mit Demenz nicht mehr selbst versorgen. Sie können sich an Handlungsabläufe nicht mehr erinnern bzw. verlieren sie während einer Tätigkeit den roten Faden und brechen Handlungen ab. So kann es passieren, dass sie während der Körperwaschung das Waschbecken mit dem Waschlappen zu putzen beginnen. Auch können sie oft eine begonnene Tätigkeit nicht mehr beenden. Erst wenn sie von außen abgelenkt werden, können sie die Tätigkeit abschließen.

Nach und nach wird auch die motorische Fähigkeit eingebüßt. Beispielsweise geht der Pinzettengriff verloren. Auch können Bewegungsabläufe nicht mehr gesteuert werden. Der Gang wird schlurfend, die Schritte kleiner. Der Oberkörper neigt sich nach vorne und beim Sitzen können sich Menschen mit Demenz nicht mehr aufrecht halten und kippen zur Seite. Es macht Sinn, Bewegung solange wie möglich zu fördern, da dies oft die letzte bleibende Fähigkeit ist, bevor die Betroffenen in der dauerhaften Bettlägerigkeit münden.

Durch die Demenz leben Betroffene in ihrer eigenen Wirklichkeit. Sie lassen andere Ansichten und Meinungen nicht gelten und beharren auf ihr Recht. Es gelingt ihnen auch nicht mehr, sich in andere Personen hineinzusetzen. Sie können auch ihre eigene Lebenssituation nicht verstehen und haben keine Einsicht, dass Hilfe benötigt wird oder Medikamente eingenommen werden müssen.

Letztendlich kann auch das Verhalten nicht mehr gesteuert werden. Hemmschwellen fallen, unterdrückte Begierden werden hemmungslos ausgelebt. Gefühle und Empfindungen werden oft frei und offen gezeigt und ausgesprochen. Menschen mit Demenz wirken dann auf ihre Angehörigen total verändert und verhalten sich fremd. Menschen mit Demenz, die Regeln und Normen des gewohnten sozialen Verhaltens nicht mehr einhalten, brauchen ein Umfeld, das ihr verändertes, unangepasstes

Verhalten toleriert. Sie lassen sich auch nicht zu einem normalen Verhalten bringen. Menschen mit Demenz haben nicht mehr die Fähigkeit, Erwartungen anderer zu erfüllen. Häufig bekommen sie durch Zurechtweisungen und Appelle erst recht eine aggressive Stimmung.¹¹

3. Betreuung und Pflege

3.1 Pflege von demenzkranken PatientInnen im stationären Bereich

Die Kommunikation mit Demenzkranken kann erschwert sein, wenn PatientInnen wenig oder gar nicht sprechen, unklar oder unverständlich sprechen, sich unkooperativ verhalten und nicht klar ist, ob das Gesprochene verstanden wurde. Für eine gute Kommunikation gibt es kein Patentrezept. Daher müssen Pflegende oft intuitiv handeln und sich auf ihr Einfühlungsvermögen verlassen.

In der Pflege kommt es zu zahlreichen Körperkontakten. Sehr oft sind dies technisch – funktionale Berührungen bei körperbezogenen Maßnahmen. Aber Körperkontakt kann auch gezielt eingesetzt werden, um Kontakt herzustellen, beruhigend oder aktivierend einzuwirken. Streicheln der Hände, Halten des Kopfes oder eine tröstende Umarmung reduzieren Stress und stabilisieren die vegetativen Funktionen. Durch Berührungen kann eine vertrauensvolle Atmosphäre gestaltet werden.

In der Pflege wurde die Bedeutung von Berührung durch den Ansatz der **Basalen Stimulation** verdeutlicht. Die Basale Stimulation wurde ursprünglich für schwer- und mehrfachbehinderte Kinder entwickelt. Sie eignet sich aber für alle Menschen mit Kommunikations- und Wahrnehmungsbeeinträchtigungen – somit auch für demenzkranke Menschen. Die Basale Stimulation ist eine einfache Kontaktaufnahme über den Körper mittels Berührung und Bewegung und hilft den Menschen, sich selbst wieder zu spüren. Es werden damit frühentwickelte Wahrnehmungssysteme angesprochen und dadurch Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Hierzu können pflegerische Aktivitäten eingesetzt werden, wie eine beruhigende Ganzkörperwaschung, eine atemstimulierende Einreibung, Schaukelbewegungen, auditive Stimulation wie Singen, Geschichten erzählen, olfaktorische Stimulation durch bekannte Gerüche, Kochgerüche und visuelle Stimulation durch Fotos und Bilder. Natürlich müssen hier-

¹¹ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 48-68

bei die persönlichen Grenzen akzeptiert und kulturelle, generationen- und geschlechterspezifische Besonderheiten bewahrt werden. Berührungen müssen passen und dürfen nicht unangemessen sein. Bei PatientInnen mit Demenz können unerwartete Berührungen auch zu großer Irritation führen.

Auch die **Aromatherapie** kann in der Pflege von demenzkranken PatientInnen sehr hilfreich sein. Es kann die aktivierende Wirkung von Düften zur Anregung des Appetits genutzt werden, die beruhigende Wirkung kann schlaffördernd und angstlösend sein. Durch Weihnachtsdüfte kann z.B. das Erinnerungsvermögen aktiviert werden.

Menschen mit Demenz brauchen meist Unterstützung bei der **Körperpflege** und der Ankleidung. Die PatientInnen sind meist physisch noch gut in der Lage sich selbstständig zu waschen, jedoch benötigen sie aufgrund der kognitiven Einschränkungen eine Anleitung. Auch beim Ankleiden sollten Pflegekräfte unterstützend zur Seite stehen, damit die Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge angezogen werden. Die anleitende Funktion der Pflegekräfte kann zwar mehr Zeit in Anspruch nehmen, jedoch wird so die Selbstständigkeit solange wie möglich erhalten. Wenn Gewohnheiten und Rituale bekannt sind, soll die Körperpflege dementsprechend ermöglicht werden. Demenzkranke PatientInnen sollen tagsüber normale und gutsitzende Kleidung tragen, damit die Grenzen des Körpers besser wahrgenommen werden und die Orientierung gefördert werden kann.

In der folgenden Tabelle wird dargestellt, wie beim Händewaschen die noch vorhandenen Fähigkeiten eingesetzt werden können und die Pflegekraft anleitend bei verloren gegangenen Fähigkeiten unterstützt:

Handlungsablauf	verbliebene Fähigkeiten	Hilfe und Unterstützung
Wasserhahn aufdrehen		Wasserhahn aufdrehen
Seife in die Hand nehmen		Seife in die Hand geben
Seife verreiben	Seife verreiben	
Seife zurücklegen		Seife aus der Hand nehmen und zurücklegen
Hände aneinanderreiben	Hände aneinanderreiben	
Schmutz und Seife abspülen	Schmutz und Seife abspülen	
Wasserhahn zudrehen		Wasserhahn zudrehen
Handtuch nehmen		Handtuch nehmen und in die Hand legen
Hände abtrocknen	Hände abtrocknen	
Handtuch zurückhängen	Handtuch zurückhängen	zeigen, wo das Handtuch aufgehängt werden kann

Abbildung 4: Hände waschen mit verbliebenen Fähigkeiten und anleitender Unterstützung (Diekämper: S: 59)

Häufig ist eine Hilfestellung bei der **Ernährung** bei Menschen mit Demenz notwendig. Im stationären Bereich essen demenzkranke PatientInnen oft wenig bis gar nicht. Da die Ernährungssituation bei Menschen mit Demenz ohnehin problematisch ist, muss dem unbedingt auf den Grund gegangen und eine Lösung gefunden werden. Oft sind fehlendes Hungergefühl, Schluckbeschwerden oder Schmerzen die Ursache. In manchen Fällen kann es sich auch um eine palliative Situation handeln, in der Essen nicht mehr notwendig und angemessen ist.

In der Pflegeanamnese muss daher unbedingt der Ernährungsstatus erhoben werden. Auch Essgewohnheiten wie Uhrzeit, Vorlieben, generationstypische Küche sollen berücksichtigt werden. Die Pflegekräfte sollen auch auf eine gute Dokumentation der Ess- und Trinkmenge achten, nach Möglichkeit das Essen in der Gemeinschaft anbieten und fördern, eventuell mittels Aromatherapie den Appetit anregen, auf eine gute Mundhygiene achten und besondere Formen der Ernährung, wie Fingerfood anbieten.¹²

¹² vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege: Demenzkranke Patienten im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 29-36

„Folgen von Mangelernährung

- Allgemeine Schwäche
- Reduzierte Muskelmasse
- Erhöhtes Sturzrisiko, Risiko von Knochenbrüchen
- Immobilität
- Infektionsanfälligkeit
- Verdauungsprobleme
- Erhöhtes Dekubitusrisiko
- Vermehrte Krankenhausaufenthalte, verlangsamte Genesungsfähigkeit, erhöhtes Komplikationsrisiko
- Verlust der Eigenständigkeit
- Verlust an Lebensfreude
- Erhöhtes Sterberisiko¹³

Wenn sich der/die demenzkranke PatientIn trotz aller Bemühungen nicht auf natürlichem Weg ernährt, stellt sich die Frage, ob mittels Sondenkost ernährt werden soll. Solchen Entscheidungen muss der/die PatientIn zustimmen, wenn sich jedoch der/die PatientIn nicht mehr äußern kann, müssen, wenn nicht durch eine Patientenverfügung geregelt, Angehörige, das professionelle Pflegeteam, der Hausarzt, das Krankenhausteam gemeinsam zu einer Entscheidung kommen.¹⁴

Manche Ärzte beziehen sogar klar Stellung und meinen, dass eine Ernährungssonde niemals bei Menschen mit Demenz eingesetzt werden soll. Es ist eine heikle Situation – soll man einen Menschen in Frieden gehen lassen – soll man einen Menschen verhungern lassen – ist es nicht unmenschlich einen Sterbeprozess zu unterbrechen? Ein heikler Balanceakt, wenn dies nicht zuvor mittels einer Patientenverfügung geregelt wurde.¹⁵

Inkontinenz wird meist mit fortschreitendem Alter zum Thema. Aber auch bei einer fortgeschrittenen Demenz kann es zu Inkontinenz kommen. Oft wird der Harn- und Stuhldrang nicht mehr wahrgenommen. Im stationären Bereich kann es aber auch vorkommen, dass demenzkranke PatientInnen die Toilette nicht finden. Auch gewisse Medikamente können eine Inkontinenz fördern. Wichtig ist, dass nach einmaliger Inkontinenz trotzdem die Kontinenz weiterhin gefördert wird. Ansonsten werden demenzkranke PatientInnen schnell unnötig dauerhaft inkontinent, was natürlich die

¹³ Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S.83

¹⁴ vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege: Demenzkranke Patienten im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2010, S.37

¹⁵ vgl. Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S. 85-86

Lebensqualität enorm einschränkt. Wichtige Interventionen, die durch das Pflege-team gesetzt werden können, sind eine deutliche Kennzeichnung der Toiletten-räume, leicht zu öffnende Kleidung, Mobilitätsförderung anbieten, regelmäßige Toilet-tengänge unterstützen, Medikamente zu überprüfen und abends die Trinkmenge zu reduzieren.

Bei demenzkranken Menschen kann sich der **Tag – Nacht – Rhythmus** verschie-ben, was dann zu erheblichen Schlafproblemen in der Nacht führen kann. Schlaf-probleme sind nicht nur für die/den PatientIn eine Belastung, sondern auch für ange-hörige Pflegende bzw. auch für die professionellen Pflegekräfte im stationären Be-reich. Wenn Schmerzen, Hunger und Durst, Harn und Stuhldrang, Angst, innere Un-ruhe oder fehlendes Zeitgefühl ausgeschlossen werden können, ist es ratsam, durch Anbieten von leichter Bewegung vor dem Schlafengehen, Beschäftigung am Tag, beruhigende Tees und Aromapflege die Nachtruhe zu fördern.

Bewegung ist die Grundvoraussetzung des Lebens. Wer sich nicht bewegt, kann seine/ihre Grundbedürfnisse nicht erfüllen und kann auch nicht am sozialen Leben teilhaben. Außerdem verliert man die Orientierung zum eigenen Körper. Muskelkraft und Beweglichkeit lassen schnell nach und der Allgemeinzustand der PatientInnen kann sich rasch verschlechtern. Auch werden durch fehlende Bewegung die Atmung und die Verdauung beeinträchtigt und das Sturz- und Dekubitusrisiko erhöhen sich. Daher ist es bei pflegerischen Maßnahmen unbedingt erforderlich, die Eigenbewe-gung der PatientInnen zu fördern und zu nutzen. Um die Beweglichkeit von demenz-kranken PatientInnen aufrecht zu erhalten, bieten sich begleitete Spaziergänge an, die Befestigung von Wandläufen, zweimal täglich Mobilisation, Krankengymnastik und Kraft- und Balancetraining, Orientierungshilfen und auch die Sicherheit vor dem Weglaufen zu gewähren.

Ein Hauptelement, um eine **Tagesstruktur** im stationären Bereich zu erhalten, sind die gemeinsamen Mahlzeiten. Auch Gruppenaktivitäten wie gemeinsames Spielen, Basteln und Singen geben dem Tag Struktur und können der inneren Unruhe, wel-che viele demenzkranke PatientInnen verspüren, entgegenwirken. Auch für individu-elle Beschäftigungen wie Kartenspielen, Fernsehen, Kreuzworträtsel lösen soll im stationären Bereich gesorgt werden.

Viele demenzkranke PatientInnen haben den Drang zu gehen, sogenannte **Wanderungstendenzen** und möchten das Krankenhausgelände verlassen. Wenn ein/e PatientIn tatsächlich „verloren“ geht, ist dies für die Angehörigen und das Pflegeteam eine enorme Belastung. Meist sind die PatientInnen nicht der Witterung entsprechend gekleidet und sie sind auch immer desorientiert. Eine Abhilfe können Induktionsschleifen an den Ausgängen und dazugehörige Armbänder für die PatientInnen schaffen, welche den Pflegekräften ein Signal beim Durchschreiten übermitteln. Für solche Armbänder muss immer das Einverständnis der/des PatientIn eingeholt werden. Ob dieses System zu einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme zählt, ist umstritten.

Auch gibt es die Möglichkeit von manueller Fixierung an Bett oder Stuhl mittels Gurten, Bettgittern oder Fixierdecken. Auch eine räumliche Fixierung ist möglich (Einsperren, Zurückhalten beim Verlassen der Station, Wegnahme eines Hilfsmittels zur Fortbewegung, sedierende Medikamente). Solche Maßnahmen sind ohne Rechtfertigungsgrund grundsätzlich strafbar. Als Gründe kommen hier nur die Einwilligung der/des PatientIn, Notwehr oder ernsthafte Gefährdung der/des PatientIn bzw. von Dritten in Betracht. Sie sind nur angebracht, wenn keine anderen Maßnahmen zum Erfolg führen. Hier sollte man unbedingt bedenken, dass Demenzkranke gar nicht verstehen können, wie ihnen geschieht und Erklärungen meist schnell wieder vergessen.¹⁶

Grundsätzlich sollte man bei der Pflege von demenzkranken PatientInnen im Auge behalten, dass sie dieselben Bedürfnisse haben wie andere Menschen auch. Viele demenzkranke PatientInnen suchen Zuwendung und Geborgenheit in Beziehungen zu anderen Menschen. In diesen Beziehungen erleben sie die Sicherheit, die sie bisher im vertrauten Lebensumfeld und der inneren Identität gehabt haben. Für sie stehen nicht mehr physiologische Bedürfnisse im Vordergrund sondern Sicherheit, soziale Bindung, Geborgenheit und Zuwendung. Auch wenn demenzkranke

¹⁶ vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege: Demenzkranke Patienten im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 38-55

PatientInnen nicht mehr über die Sprache erreichbar sind, bleiben sie über ihr Gefühlsleben und Sinnes- und Körpererfahrungen erreichbar.¹⁷

In der folgenden Motivhierarchie von Abraham Maslow werden die Bedürfnisse von Menschen in Form einer Pyramide wiedergegeben und es wird gezeigt, welche Bedürfnisse gesichert sein müssen, um nach „höheren“ Bedürfnissen streben zu können.¹⁸

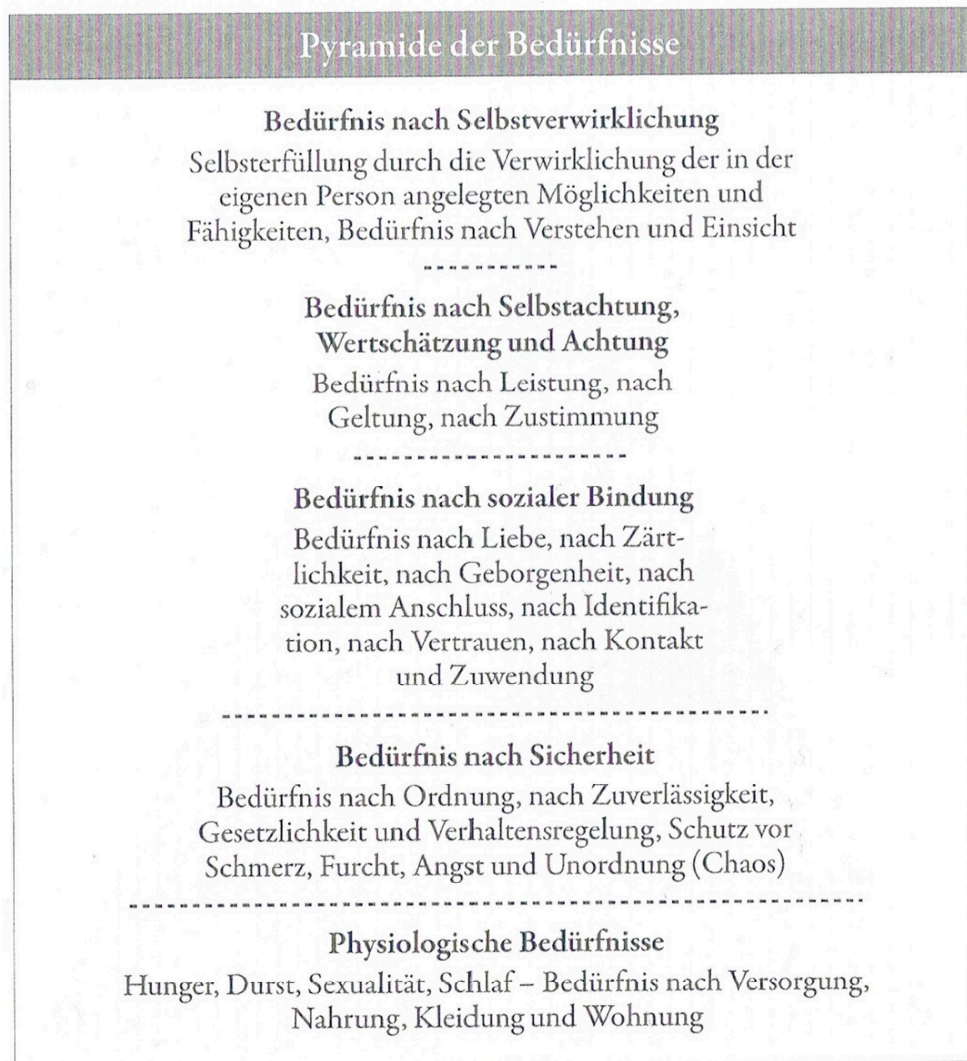


Abbildung 5: Pyramide der Bedürfnisse (Diekämper: S.96)

¹⁷ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 97

¹⁸ vgl. Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013, S. 96

3.2 Herausforderungen in der Pflege von demenzkranken PatientInnen

3.2.1 Umgang mit herausforderndem Verhalten

Demenzkranke PatientInnen können die professionellen und alltäglichen Handlungskompetenzen der Pflegenden sehr durcheinander bringen. Sie können sehr unruhig sein, aggressiv, laut, ruhelos wandernd oder apathisch. Zu den häufigsten Verhaltensweisen gehört die Agitation (das ziellose Herumwandern) und zu den am längsten andauernden, ca. zwei Jahre lang, gehört die Aggressivität.

Die Ursachen für diese Verhaltensweisen können vielfältig sein. Physisches Unwohlsein durch Schmerz, der Verlust der Kontrolle über das eigene Verhalten durch die Veränderungen im Gehirn, Halluzinationen und Wahnvorstellungen, die Beschämung durch die eigene Hilflosigkeit, Verletzung von Schamgrenzen, Verlust von Unabhängigkeit, die misslungene Kommunikation, Missverständnisse oder Stress können herausfordernde Verhaltensweisen hervorrufen.

Mit einer guten Pflegebeziehung, welche sich an Gewohnheiten und Eigenheiten des/der PatientIn orientiert, können herausfordernde Verhaltensweisen abgeschwächt werden. Wenn diese auftreten, sollte man sie wertneutral beobachten und in weiterer Folge achtsam sein, wann diese Verhaltensweisen auftreten, z.B. immer zur gleichen Tageszeit. Natürlich sollte das professionelle Pflegeteam die Ursachen für das Verhalten ermitteln und für Schutz und Sicherheit der PatientInnen sorgen.

Herausfordernde Verhaltensweisen lassen sich nicht vermeiden, da die Demenz Verhaltensveränderungen im Krankheitsverlauf mit sich bringt. Es wird immer Situationen geben, die Angst und Abwehr bei den PatientInnen auslösen.

Für die pflegenden Personen ist es eine Herausforderung, da sie ihr eigenes Verhalten gegenüber der/dem demenzkranken PatientIn reflektieren oder gegebenenfalls ändern müssen.

3.2.2 Aggressives Verhalten

Bei Menschen mit Demenz können aggressive Verhaltensweisen wie Beleidigungen, verbale und physische Bedrohungen, körperliche Gewalt gegen andere (Schlagen, Kratzen, Beißen, Treten, Spucken) und Sachbeschädigungen vorkommen. Auslöser

hierfür können unter anderem medizinisch notwendige Handlungen sein, die von den PatientInnen nicht verstanden oder als Angriff gesehen werden.

Interventionen:

- Körperliche Ursachen, wie Schmerzen, abklären
- Bezugspersonen in die Anamnese einbeziehen, beobachten und dokumentieren
- Nicht diskutieren – Ruhe bewahren, alternative Verhaltensweisen anbieten
- Bei steigender Anspannung sofort den Kontakt zur/zum PatientIn suchen
- Grenzen setzen und Raum lassen – der/den PatientIn Ausweichmöglichkeiten offen lassen, nicht in die Enge treiben
- Die Gefühlsebene ansprechen und emotionale Botschaften erkennen
- Ablenkung versuchen, aus der Situation holen, z.B. gemeinsam eine Tasse Tee holen
- Eventuell die geplanten Pflegemaßnahmen verschieben

Auch für das Wohl der Pflegenden muss gesorgt sein, eine angstfreie Arbeitsumgebung muss gewahrt werden. Bei Unsicherheiten soll Unterstützung hinzugeholt werden.

3.2.3 Agitiertes Verhalten – Unruhe

Viele Menschen mit Demenz wiederholen ständig Bewegungen, Wörter, Geräusche, Weinen, Schreie oder Fragen und wandern ziellos umher. Dieses Verhalten kann für Pflegende aber auch für MitpatientInnen sehr unangenehm sein. Oft ist es ein Ruf nach Aufmerksamkeit, oft auch eine Möglichkeit, sich durch Geräusche selbst wahrzunehmen.

Interventionen:

- Abklärung der körperlichen Ursachen
- Beobachtung, Dokumentation, Bezugspersonen in Anamnese miteinbeziehen
- Stress reduzieren (Lärm, Unruhe)
- Eventuell Zimmerbelegung überdenken
- Gewohnheiten beibehalten und somit Sicherheit und Kontinuität vermitteln
- Tagesstrukturen anbieten
- Pflegehandlungen ausgiebig erläutern

- Nicht auf Konfrontation gehen
- Basale Stimulation anbieten
- Medikamente überprüfen

Oft bleibt die einzige Möglichkeit, dieses Verhalten zu tolerieren und die Umgebung so auszurichten, dass Pflegende und MitpatientInnen Rückzugsmöglichkeiten haben.

3.2.4 Herumwandern, Weglaufgefährdung

Fast nicht kontrollierbar ist das ziellose Wandern von demenzkranken Menschen. Hauptsächlich tritt diese Verhaltensweise bei der Alzheimer – Krankheit in den ersten zwei Phasen auf. Hier muss unbedingt zwischen ruhelosem Herumlaufen und Weglaufen unterschieden werden.

Das ruhelose Herumlaufen ist meist durch wiederholtes Aufsuchen von Räumen, nächtlicher Unruhe mit Herumlaufen oder anderen Menschen nachlaufen charakterisiert.

Das Weglaufen kommt meist aus dem Drang „nach Hause“ zu gehen und unbekannte Situationen oder Orte verlassen zu wollen.

Interventionen:

- Weglaufen und Herumlaufen in der Anamnese erfragen
- Tagesstruktur und Beschäftigungen anbieten
- Orientierungshilfen anbringen
- Regelmäßige Bewegung fördern, dem Bewegungsdrang nachgeben und ermöglichen mit Hilfe von z.B. PraktikantInnen, ehrenamtlichen MitarbeiterInnen
- Passende Kleidung und Schuhwerk anziehen
- Nach Möglichkeit elektrische Weglaufsysteme nutzen
- Eventuell medikamentöse Maßnahmen in Erwägung ziehen

Unbedingt zu beachten ist, dass ruheloses Herumwandern keine Indikation zur Fixierung ist. Fixierung und Sedierung dürfen nur angewendet werden, wenn keine anderen Maßnahmen erfolgreich sind.

3.2.5 Apathie

Unter Apathie versteht man Teilnahmslosigkeit, Leidenschaftslosigkeit, mangelnde Erregbarkeit und Unempfindlichkeit auf äußere Reize. Bei PatientInnen mit Alzheimer

– Krankheit sind bis zu 88 Prozent im späteren Krankheitsverlauf von Apathie betroffen. Im stationären Bereich besteht die Gefahr, dass Apathie vom Pflegepersonal nicht erkannt wird, da sich diese PatientInnen keine Aufmerksamkeit verschaffen. Apathie kann aber ein Zeichen für Delir sein und kann auch zum Verlust von Fähigkeiten führen.

Interventionen:

- Mögliche Depression abklären
- Medikamentennebenwirkungen überprüfen
- Delir abklären
- Abklärung der selbstständigen Pflege – eventuell Unterversorgung, aktivierend pflegen
- Tagesstruktur, Beschäftigung und Bewegung anbieten
- Tag – Nacht – Rhythmus
- Zimmerbelegungen prüfen, nicht depressive und apathische PatientInnen zusammenlegen
- Pflegenden Angehörige in die Situation miteinbeziehen
- Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr im Auge behalten
- Seelsorgerische Angebote anbieten

Besonders für pflegende Angehörige stellt Apathie eine große Belastung dar.

3.2.6 Halluzinationen und Wahnvorstellungen

Manchmal können demenzkranke PatientInnen von Wahrnehmungen und Vorstellungen erzählen, welche nicht der Realität entsprechen. Für die Betroffenen sind sie jedoch sehr real und lösen dementsprechende Emotionen, wie Angst, aus. Halluzinationen von Stimmen und Bildern, Verfolgungs- und Größenwahn, Wahnvorstellungen (bestohlen werden) und Verwechslung von Angehörigen, oder dass das eigene Spiegelbild eine fremde Person ist, können zu diesen Wahrnehmungen zählen.

Diese Wahrnehmungen entstehen, weil die Informationen vom Gehirn nicht mehr richtig verarbeitet werden können. Ein weiteres Problem ist, dass immer mehr Erinnerungslücken vorhanden sind und dadurch Zusammenhänge nicht mehr verstanden werden können.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass diese Wahrnehmungen durch andere Ursachen ausgelöst werden, wie z.B. durch eine neue, fremde Umgebung, schlechte Beleuchtung, Fieber, Schmerzen, Mangelernährung, Dehydration, Delir, frühere traumatische Erlebnisse (z.B. sexueller Missbrauch, Kriegserlebnisse), Nebenwirkungen von Medikamenten oder Seh- und Hörstörungen.

Interventionen:

- Körperliche Ursachen abklären
- Eventuell durch Medikamente die Symptome behandeln
- Angehörige miteinbeziehen
- Tagesstruktur und Beschäftigung anbieten
- Keine Diskussionen beginnen, nicht Betroffene vom Gegenteil überzeugen wollen
- Auf die dadurch ausgelösten Gefühle eingehen
- Keine Beschuldigungen machen, ob verschwundene Gegenstände selbst von der/dem PatientIn versteckt wurden
- Verdächtigungen von PatientInnen ernst nehmen – es kann auch der Wirklichkeit entsprechen
- PatientInnen ablenken und beruhigend einwirken

Die Betroffenen sollten von den Pflegenden in ihren Halluzinationen oder Wahnvorstellungen ernst genommen werden, da diese für die PatientInnen bedrohlich sind. Außerdem kann es immer einen realen Hintergrund geben.

3.2.7 Angstzustände und ängstliches Verhalten

Oft haben demenzkranke PatientInnen große Angst und Sorge. Sie wissen aber nicht, woher diese Angst kommt. Es kann sogar vorkommen, dass sie Pflegende nicht gehen lassen, sich an sie klammern, wenn diese den Raum verlassen wollen.

Angst kann viele Ursachen haben. Vor einer weiteren Intervention müssen die möglichen Ursachen abgeklärt werden. Gefühle von Verlust und Stress können Angst auslösen, weil Betroffene oft das Geschehen rund um sie nicht mehr verstehen können und Anforderungen Dritter nicht gewachsen sind. Auch das bewusste Erleben von verlorenen Fähigkeiten und der Kontrollverlust können Auslöser für Angst sein. Besonders schlimm sind Halluzinationen und Wahnvorstellungen, die durch Ereignisse

in der Vergangenheit ausgelöst wurden und nun aktuell wieder erlebt werden. Angst kann auch eine Nebenwirkung eines Medikamentes sein oder eine Reaktion auf Stress in der Umgebung.

Eine neue Umgebung, insbesondere ein Krankenhaus, stellt für demenzkranke PatientInnen eine generelle Bedrohung dar.

Interventionen:

- Abklärung von medizinischen Ursachen (Depression)
- Lärm, Unruhe vermeiden – Wohlbefinden steigern
- Gewohnheiten in den Tagesablauf miteinbauen, das gibt Sicherheit
- Gefühle ansprechen und diese ernst nehmen und wertschätzen
- PatientInnen aus der Situation holen, ablenken
- Keine aufputschenden Lebensmittel geben
- Seelsorgerische Angebote anbieten
- Pflegerische Maßnahmen erklären, eventuell verschieben

Die Angst sollte den demenzkranken PatientInnen so gut wie möglich genommen werden, weil Angst andere herausfordernde Verhaltensweisen nach sich ziehen kann. Eventuell möchten sie aus der Situation flüchten und laufen weg, oder sie reagieren mit Aggression.

3.2.8 Enthemmtes Verhalten

Enthemmte Verhalten sind taktlose, anstößige oder beleidigende Verhaltensweisen. Dazu gehören taktlose, beleidigende Bemerkungen, unpassendes Flirten oder sexualisierte Bemerkungen, Entkleiden an nicht passenden Orten und Zeiten, sexuell assoziierte Berührungen des eigenen Körpers und Selbstbefriedigung vor Dritten sowie sexuelle Annäherungsversuche.

Hauptsächlich kommt dieses Verhalten bei frontotemporalen Demenzen vor.

Mögliche Ursachen können Verwechslungen von Personen (die Pflegerin wird als eigene Frau gesehen), Gefühl von Unbehagen, Juckreiz, zu enge Kleidung, PatientInnen wissen nicht mehr wo sie sind und was als angemessen gilt, haben räumliche und zeitliche Desorientierung (meinen sie seien im Bad und es ist Zeit, sich auszukleiden) oder Nebenwirkungen von Medikamenten sein.

Interventionen:

- Abklärung medizinischer Ursachen
- Wertneutrales Beschreiben des Verhaltens – wann treten Verhaltensweisen auf, was wird konkret gemacht
- Mit Empathie und Geduld entgegenkommen, auch wenn das Verhalten beleidigend oder peinlich ist
- Angehörige einbinden
- Beschäftigung anbieten

Bei allen Schwierigkeiten die das enthemmte Verhalten mit sich bringt ist es wichtig, den Respekt vor der/dem PatientIn zu behalten. Menschen mit frontotemporaler Demenz machen eine totale Verhaltensänderung durch. Da sie sich aber an fast alles erinnern können und eine weitgehend normale Unterhaltung mit ihnen möglich ist, ist es kaum vorstellbar, dass die PatientInnen ihr Verhalten nicht kontrollieren bzw. abstellen können.¹⁹

3.3 Pflege von demenzkranken PatientInnen durch Angehörige

„Jede wahre Kunst der Hilfe muss mit Erniedrigung anfangen. Der Helfer muss zuerst knien vor dem, dem er helfen möchte. Er muss begreifen, dass zu helfen nicht zu beherrschen ist, sondern zu dienen; dass Helfen nicht eine Macht, sondern eine Geduldsausübung ist; dass die Absicht zu helfen einem Willen gleichkommt, bis auf Weiteres zu akzeptieren, im Unrecht zu bleiben und nicht zu begreifen, was der andere Verstanden hat.“ (Soren Kierkegaard, dänischer Philosoph)²⁰

Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen erfolgt zu 80 Prozent in der Familie. Die Pflege wird hauptsächlich von Ehefrauen, Töchtern und Schwiegertöchtern übernommen. Eine Rund um die Uhr Betreuung wird von 74 Prozent der Angehörigen geleistet.²¹

¹⁹ vgl. Stiftung Wohlfahrtspflege: Demenzkranke Patienten im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2010, S. 57-64

²⁰ Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S. 119-120

²¹ vgl. Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S. 111

Bevor man zu Hause die Betreuung und Pflege eines demenzkranken Angehörigen übernimmt, sind einige Punkte zu beachten und zu überlegen, damit man nicht blauäugig in diese Verantwortung hineingeht.

Es ist zu überlegen, wie man die Pflege als betreuende/r Angehörige/r übernimmt, das heißt, ob man die Pflege und Betreuung für die/den Angehörigen organisiert, oder ob man als pflegende/r Angehörige/r sich selbst um die Pflege und Betreuung kümmert.

In weiterer Folge ist zu klären, wer als Hauptbetreuungsperson auftritt um Verantwortlichkeiten und Zeitplanung festlegen zu können. Auch der Standort der Pflege ist zu klären. Findet die Pflege in der Wohnung der/des Pflegenden statt oder bei der Betreuungsperson, oder wird ein neuer Ort gefunden, wie z.B. eine Einrichtung des „Betreuten Wohnens“.

Ein sehr wichtiger Punkt ist die Klärung der Höhe des Pflegebedarfs. Was kann noch selbstständig erledigt werden, wo wird unbedingt Hilfe benötigt? Das sollte man in Rücksprache mit dem professionellen Pflegedienst abklären. Auch der Zeitaufwand für die Pflege muss ermittelt werden und ob zusätzlich mobile Pflegedienste einen Teil der Pflege übernehmen sollen. Vielleicht ist für die Familie auch die Organisation einer 24 – Stunden – Pflege eine Lösung.

Um die Pflege zu Hause für die pflegenden Angehörigen körperlich möglichst einfach zu gestalten, ist meist eine Anpassung der Wohnungssituation notwendig. Es sollte ein barrierefreier Zugang in die Wohnung sowie zu Bad und WC vorhanden sein. Stolperfallen wie Teppichkanten oder Kleinmöbel sollten entfernt werden. Bewegungsmelder und Nachtlichter können die Situation am Abend und in der Nacht deutlich verbessern. Auch die Kennzeichnung von Türen, besonders von WC und Bad ist für demenzkranke Angehörige eine Erleichterung. Auch auf Rauchmelder sollte nicht verzichtet werden. In den Sanitärbereichen bringen Toilettensitzerhöhungen, Haltegriffe, Antirutschmatten, Badewannen mit Hebevorrichtungen eine Erleichterung. Wenn eine Gehbehinderung vorliegt, müssen Treppenlift, Rollstuhlrampen, eventuell Türverbreiterungen angebracht werden, um die Mobilität der/des Pflegenden möglichst aufrecht zu erhalten.

Seniorengerechte Möbel können den Alltag sehr viel komfortabler machen. Pflegebetten, Rollstuhl, Rollator, Notrufsysteme sind in der Pflege von Angehörigen eine große Unterstützung.

Wenn selbst einkaufen gehen und die Versorgung des Haushalts nicht mehr möglich sind, können Essen auf Rädern, Online Bestelldienste, ambulante Fußpflege oder Hauswirtschaftsdienste die betreuenden PflegerInnen entlasten.

Unerlässlich ist mit der/dem Pflegebedürftigen die Führung eines Gesprächs bzgl. Patientenverfügung und Testament sowie die finanzielle Klärung der Pflege zu Hause.

Um dieser enormen Belastung der Pflege zu Hause auf Dauer gewachsen zu sein, ist es wichtig, dass pflegende Angehörige für sich selbst Auszeiten von der Pflege organisieren.²²

3.3.1 Die zehn Gebote der Pflege von Demenzkranken durch Angehörige

Gebot 1: Bevor es zur Übernahme der Pflege kommt, müssen sich alle Beteiligten mit der Situation und der bevorstehenden Veränderung auseinandersetzen und Klarheit schaffen, was passieren soll. Welche Vorstellungen die einzelnen Beteiligten haben, welche finanziellen Mittel vorhanden sind, ob Alternativen zur häuslichen Pflege in Frage kommen. Gibt es eine PatientInnenverfügung, gibt es ein Testament? Das Gespräch sollte unter allen Familienmitgliedern stattfinden, um eine zufriedenstellende Betreuungssituation schaffen zu können.

Gebot 2: Bevor man die Betreuung übernimmt, muss man für sich selbst einige Fragen beantworten. „Kann“ man mit der zu betreuenden Person? Gibt es vielleicht ungelöste Konflikte, und hat man selbst genügend Kraftreserven zur Verfügung um die Pflege leisten zu können. Man muss auch die zu pflegende Person mit ihren physischen und psychischen Einschränkungen annehmen können. Keinesfalls sollte man sich die Entscheidung aufzwingen lassen. Denn dann wird es in einer unzureichenden Pflege enden und diejenigen, die Schutz brauchen, erfahren dann nicht selten Gewalt.

Gebot 3: Hilfe holen und Hilfe annehmen. Nicht glauben, alles alleine schaffen zu können bzw. zu müssen. Immer wieder mit allen beteiligten Familienmitgliedern die

²² vgl. Friedel, Petz: Pflege und Betreuung, C.H. Beck Verlag, 2. Auflage, 2015, S. 5-11

Aufgabenteilung besprechen, um Konflikte zu erkennen und im Gespräch Hilfen für den Alltag zu finden. Ehrenamtliche Besuchsdienste oder Tagesbetreuungen für Demenzkranke ausfindig machen.

Gebot 4: Die Pflege muss für die pflegenden Angehörigen so einfach wie möglich gemacht werden. Daher ist die Wohnungssituation bzw. die Wohnungsbeschaffenheit zu überprüfen. In der Pflege ist alles möglich. Die Erkenntnis, dass einen der Dienst am Nächsten reicher macht, aber auch, dass aufopfernde Pflege aggressiv machen kann. Wichtig ist der Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen, wie etwa bei der Interessensgemeinschaft pflegender Angehöriger.

Gebot 5: Es müssen eindeutige finanzielle Vereinbarungen getroffen werden. Auch die Offenlegung der Vermögenssituation ist hier eine Grundvoraussetzung um über mögliche Betreuungshilfen entscheiden zu können und um einen „Familienkrieg“ vorzeitig abzuwenden.

Gebot 6: Engen Kontakt mit dem Hausarzt pflegen um Betreuungsschritte und Medikamenteneinstellungen besprechen zu können. Auch abklären, ob der Hausarzt bereit ist, die pflegende Person in jeder Hinsicht zu betreuen, eventuell auch den Sterbeprozess zu begleiten.

Gebot 7: Hinaus gehen! Nicht verkriechen! Kontakte bewusst organisieren und auch über die Pflegesituation sprechen.

Gebot 8: Immer wieder nach Betreuungsunterstützungen suchen und abwägen, ob diese Unterstützungen für die eigene Pflegesituation brauchbar sind.

Gebot 9: Entscheidung Pflegeheim. Auch hier sollte mit allen Familienmitgliedern die Situation besprochen werden. Oft ist dieser Schritt mit Schuldgefühlen belastet. Das Hauptaugenmerk bei der Auswahl eines Pflegeheims sollte darin liegen, ob ein Lebensabend in Würde möglich ist und ob die räumlichen und personellen Bedingungen zufriedenstellend sind.

Gebot 10: Die letzten Dinge sollten als Erstes geregelt werden. Sollen lebensverlängernde Maßnahmen gesetzt werden? Ist eine PatientInnenverfügung vorhanden? Gibt es bestimmte Wünsche rund um das Begräbnis?²³

²³ vgl. Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014, S. 130-132

3.4 Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Diagnose Demenz ist nicht nur für die/den Betroffenen eine Herausforderung, sondern für die gesamte Familie. Die pflegenden Angehörigen erfahren während des Krankheitsverlaufs ein Wechselbad der Gefühle. Von Schmerz und Mitleid, bis zur Hilflosigkeit, Verzweiflung, Trauer und auch Ärger und Wut ist alles vorhanden. Vorteilhaft ist es, sich rechtzeitig Unterstützung zu holen und sich gut über Demenz zu informieren. Pflegende Angehörige wenden einen Großteil ihrer Zeit für die Pflege ihrer erkrankten Familienangehörigen auf und spüren mit der Zeit sehr gut, wie sie ihre kranken Angehörigen bestmöglich unterstützen können und erleben aber auch trotz der Krankheit schöne Stunden zusammen.

3.4.1 Richtig kommunizieren

Gespräche werden immer schwieriger, bis sie irgendwann gar nicht mehr möglich sind. Wenn man sich immer wieder in die Situation der/des Erkrankten hineinversetzt wird man wieder neue Wege finden um miteinander kommunizieren zu können. Es bringt nichts, die/den Erkrankten darauf hinzuweisen, dass die Frage vor fünf Minuten bereits beantwortet wurde. Besser ist es, wenn auch manchmal aufreibend, wieder die Antwort zu geben und danach das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Demenzkranke verwechseln Gegenwart und Vergangenheit. Da bringt es nichts, sie aus ihrer Realität zurückzuholen. Einfacher ist es, sich auf diese Realität einzulassen und so miteinander ein Gespräch zu finden. Eventuell kann ein Erinnerungsbuch mit Fotos und kleinen Anekdoten eine Entlastung sein. Außerdem bietet so ein Erinnerungsbuch auch gleich eine Grundlage für ein Gespräch mit anderen Pflegekräften oder Besuchern.

Auch Demenzkranke brauchen Bestätigung. Wenn etwas gut gemacht wurde, sollte es auch gelobt werden. Kritik ist nicht mehr angebracht. Außerdem brauchen sie mehr Zeit, um eine Antwort formulieren zu können. Diese Zeit sollte man ihnen geben und sich darauf einstellen. Langsam und deutlich zu sprechen und in möglichst einfachen Sätzen bzw. bei fortgeschrittener Demenz nur mehr geschlossene Fragen zu stellen, erleichtert die Kommunikation. Vorwürfe und Anschuldigen sollte man überhören. Meist sind diese nicht persönlich gemeint.

3.4.2 Im Alltag unterstützen

Vieles können Demenzkranke noch selbst erledigen. Man muss ein gutes Gespür entwickeln, wo nur eine Anregung gegeben werden muss, wo man wirklich helfen

muss und welche Tätigkeiten man als pflegende Angehörige komplett übernehmen muss. Manchmal muss man ihnen einfach Zeit lassen. Dann dauert eben das Hemd anzuziehen einige Minuten länger. Man kann in der Zwischenzeit etwas anderes erledigen und zwischenzeitlich bitten, sich das Hemd anzuziehen. Erst wenn die wiederholten Aufforderungen nicht funktionieren, soll man zur Hand gehen und helfen.

3.4.3 Schönes Erleben

Die Erinnerung an die frühe Vergangenheit hält meist am besten. Daher ist es sinnvoll mit der/den demenzerkrankten Angehörigen einen Ausflug dorthin zu machen. Durch Lieblingslieder, Lieblingsessen, Tanzen, Singen oder gemeinsames Kuchenbacken kann man schöne Momente miteinander verbringen.

3.4.4 Konflikte bewältigen

Pflege fordert viel Kraft und Geduld. Durch die Wesensveränderung im Zuge einer Demenz können Angehörige oft aggressiv und rechthaberisch werden. Manchmal können auch alte Familienprobleme hochkommen. Das kann für die pflegenden Angehörigen sehr anstrengend werden. Es bringt nichts, Demenzkranke zu korrigieren. Das fördert nur Streit. Es ist besser nachzugeben, auch wenn die Behauptungen falsch sind.

3.4.5 Sich Entlasten – Überforderung vermeiden

Es ist vollkommen menschlich, wütend zu werden und erschöpft zu sein, wenn die Pflege eines/einer Angehörigen zu viel wird. Es ist schön, wenn man füreinander da ist. Wenn man sich aber aufopfert, tut das der eigenen Gesundheit nicht gut. Daher ist es wichtig, sich rechtzeitig Hilfe durch professionelle Pflegekräfte, Familienmitglieder oder ehrenamtliche Helfer zu holen. Das schafft für die Hauptpflegeperson Auszeiten. Wenn man sich gut um sich selbst kümmert, kann man sich auch gut um andere kümmern.

Warnzeichen für Überlastung erkennen:

- Sich gehetzt fühlen und Angst zu haben, nicht alles zu schaffen
- Wenn die Gedanken nur mehr um die nächsten Arbeitsschritte in der Pflege kreisen

- Wenn man todmüde ins Bett fällt und trotzdem keinen erholsamen Schlaf findet
- Erkältungs- und Krankheitsanfälligkeit häufen sich
- Gewichtsabnahme durch unregelmäßiges Essen
- Gewichtszunahme durch Frustessen, Naschen zur Ablenkung
- Gereiztheit gegenüber dem demenzkranken Familienmitglied
- Man hat kaum noch soziale Kontakte außerhalb der Familie
- Hobbys werden vernachlässigt

Am besten sollte man sich schon bevor es zu diesen Warnsignalen kommt, Rat und Hilfe holen. Man muss nicht alleine mit allem zurechtkommen. Eventuell gibt es Selbsthilfegruppen oder wöchentliche Treffen für demenzkranke Angehörige, um sich austauschen zu können.²⁴

4. Ausblick und Diskussion

4.1 Ausblick – Was bringt die Zukunft für demenzkranke PatientInnen

Die Forschung läuft weltweit auf Hochtouren, um neue Behandlungsmethoden oder Methoden zur Prävention von Alzheimer – Krankheit und anderen Demenzformen zu finden. Momentan können nur Symptome gelindert werden. Die Forschung arbeitet daran, das Fortschreiten zu verlangsamen bzw. zu stoppen, Risikofaktoren zu bestimmen und Diagnosemöglichkeiten zu verbessern. Noch gibt es keine klaren Antworten. Es werden noch weiterhin großangelegte Studien benötigt, um den Einfluss von Ernährung, Bewegung, sozialer und geistiger Stimulation und anderen Faktoren bei der Entstehung der Alzheimer – Krankheit zu erforschen.²⁵

²⁴ vgl. <http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/alltag-mit-demenzerkrankung/tipps-fuer-angehoerige.html>, 2016-08-30

²⁵ vgl. <http://www.alz.org/de/forschung-alzheimer-demenz-gehirn.asp>, 2016-08-30

4.2 Diskussion

Die Fragestellung, welche Herausforderungen professionelle Pflegende und angehörige Pflegende in der Pflege von demenzkranken PatientInnen erleben, kann mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Literatur sehr gut beantwortet werden. Es wird ein guter Einblick vermittelt, was es bedeutet, die Pflege eines Angehörigen zu übernehmen und welche Belastungen damit verbunden sind.

Nachdem 80 Prozent der demenzkranken Angehörigen zu Hause gepflegt werden, sollte es wirklich flächendeckend, auch im ländlichen Bereich, genügend Hilfsangebote wie ehrenamtliche HelferInnen und Selbsthilfegruppen für Angehörige geben, um der Hauptpflegeperson regelmäßige Auszeiten und Entlastung zu ermöglichen. Aus dem ersten österreichischen Demenzbericht der Wiener Krankenkassa geht sogar hervor, dass bis zu 47 Prozent der pflegenden Angehörigen an einer Depression leiden und dass sogar ein 60 Prozent höheres Mortalitätsrisiko besteht.

Die herausfordernden Verhaltensweisen wie Aggression, Unruhe, Herumwandern, Apathie, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Angstzustände und enthemmtes Verhalten sind für alle Pflegepersonen sehr anstrengende Verhaltensweisen und können die Pflegepersonen, egal ob professionelle PflegerInnen oder angehörige Pflegende, an ihre Grenzen bringen.

Speziell für angehörige Pflegende kann die Wesensveränderung bei Demenzkranken sehr belastend sein, da oft nur mehr wenig von dem ursprünglichen Menschen übrig bleibt. Viele gemeinsame Tätigkeiten, die das Zusammenleben ausgemacht haben, fallen weg. Stattdessen muss man sich mit ganz neuen Verhaltensweisen arrangieren.

Durch die ständige Forschungsarbeit wird es hoffentlich gelingen, die Ursachen für die Entstehung von Demenz klar definieren zu können und somit auch entsprechende Medikamente herzustellen um Demenz verhindern zu können bzw. zu stoppen.

Dank der zahlreichen Literatur zum Thema Demenz und der Enttabuisierung der Krankheit gibt es mittlerweile viele Ratgeber und Erfahrungsberichte. Dadurch können sich Angehörige ein besseres Bild über den Verlauf der Erkrankung machen und erkennen, dass sie nicht alleine sind, sondern dass sehr viele andere pflegende Angehörige ähnliche Situationen durchleben.

5. Schlussfolgerung

Das früher umgangssprachliche „verkalkt sein“ hat dem Begriff „Demenz“ weichen müssen und hat sicher an Schwere der Bedeutung hinzubekommen. Dement zu sein, heißt zu vergessen. Erst vergisst man alltägliche Dinge. Zum Schluss kann man nicht einmal sein eigenes Spiegelbild erkennen und vergisst, bis auf wenige Brocken der frühen Vergangenheit, schließlich sich selbst.

Bis man die Diagnose erhält ist es auch schon zu spät. Die Schädigungen im Gehirn sind bereits fortgeschritten und ein Aufhalten ist nicht möglich. Mit Medikamenten kann man die Symptome zwar lindern, aber Heilung ist aus heutiger Sicht der Wissenschaft leider nicht möglich.

So bleibt die Hoffnung, den Betroffenen trotz allem einen würdigen, schönen Lebensabend zu bieten. Mithilfe der heutigen Pflege, egal ob zu Hause durch Angehörige, mobile Dienste, 24 – Stunden – Pflege oder in einer stationären Einrichtung durch professionelle Pflegekräfte ist dies glücklicherweise möglich. Für demenzkranke PatientInnen ist ein Leben ohne Hilfe in der körperlichen Pflege nicht möglich.

Pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte leisten täglich Unglaubliches in der Pflege. So kann, auch nach der Diagnose Demenz trotzdem ein würdevolles Leben geführt werden. Auch die pflegenden Angehörigen können oft trotz der enormen Belastung der Pflege wunderschöne und innige Momente mit ihren erkrankten Angehörigen erleben. Und auch das professionelle Pflegeteam hat trotz der Herausforderungen immer wieder schöne Momente in der Pflege, die Kraft und Sinn für die tägliche Arbeit geben.

6. Literaturliste

Müller, Dal-Bianco, Alzheimer, Verein für Konsumenteninformation, 2014

Diekämper: Menschen mit Demenz, Cornelsen Schulverlage, 2013

Stiftung Wohlfahrtspflege: Demenzkranke Patienten im Krankenhaus, Schlütersche Verlagsgesellschaft, 2010,

Friedel, Petz: Pflege und Betreuung, C.H. Beck Verlag, 2. Auflage, 2015,

7. Internet

<http://www.wegweiser-demenz.de/informationen/alltag-mit-demenzerkrankung/tipps-fuer-angehoerige.html>

<http://www.alz.org/de/forschung-alzheimer-demenz-gehirn.asp>

<http://www.wgkk.at/portal27/wgkkversportal/content?contentid=10007.724662&portal:componentId=gtn6b322dd1-28e0-48f3-b1f3-af33c64194c5&viewmode=content>