

Richtlinie
Demenz

Genehmigt durch die Geschäftsleitung	15.10.2019
Letzte Anpassung am	28.12.2023
Nächste Überprüfung am	Dezember 2027

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	4
1.1	Ziel und Zweck der integrativen Pflege und Betreuung von Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer dementiellen Erkrankung.....	4
1.2	Sicherheit.....	4
1.3	Aufnahme eines Bewohners oder einer Bewohnerin mit einer dementiellen Erkrankung ..	4
1.4	Verlegung	5
1.5	Selbstbestimmung versus Sicherheit	5
2.	Zusammenarbeit mit Angehörigen.....	5
3.	Räumliche Gestaltung.....	6
3.1	Innenräume.....	6
3.2	Aussenraum	6
4.	Was bedeutet eine dementielle Erkrankung	6
4.1	Verschiedene Formen von Demenz.....	6
4.2	Diagnostik.....	8
4.3	Medikamentöse Behandlung.....	9
4.4	Symptome und Stadien einer Demenz.....	9
4.5	Spätes Stadium (schwere Demenz)	10
4.6	Dissoziation und Demenz	10
5.	Pflege- und Betreuungsansätze.....	11
5.1	Person-zentrierter Ansatz von Tom Kitwood	11
5.2	Biografiearbeit.....	14
5.3	Validation VA-CH	15
5.4	Basale Stimulation	15
6.	Tagesstruktur, Aktivierung, Bewegung	16
6.1	10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg	17
6.2	Körperliche Aktivierung - Bewegung	17
6.3	Singen und Musik	17
7.	Grundsätze in der Kommunikation	17
7.1	Verbale Kommunikation.....	17
7.2	Kommunikation ohne Worte.....	18
8.	Aktivitäten des täglichen Lebens.....	18
8.1	Essen und trinken.....	19
8.2	Ruhen und Schlafen	20
8.3	Der Gang zur Toilette.....	20
8.4	Sich bewegen.....	21
8.5	Sexualität leben.....	22
9.	Herausforderndes Verhalten	22

9.1	Herausforderndes Verhalten - Verhaltenssymptome.....	22
9.2	Vorgehen bei Verhaltensveränderungen – Serial Trial Intervention (STI).....	23
9.3	Beobachtungsphase	26
9.4	Deeskalation und Notsituationen.....	26
10.	Spiritualität und Religiosität.....	27
11.	Lebensende	27
12.	Personal, Schulung und Weiterbildung.....	27
13.	Qualitätsmanagement.....	28
14.	Quellen und Literatur.....	29

1. Einleitung

Die Richtlinie Demenz des Alterszentrum Bremgarten bei Bern (AZB) dient einerseits dazu, unsere Haltung und Pflegeansätze im Bereich Demenz festzulegen, andererseits soll es aber auch als Informationsgrundlage und Arbeitsinstrument für die Mitarbeitenden dienen. Deshalb sind in der Richtlinie unsere Grundhaltung und allgemeine Informationen zu Demenz ebenso enthalten wie kurze Beschreibungen der einzelnen Konzepte und pflegerischen Aspekte.

1.1 Ziel und Zweck der integrativen Pflege und Betreuung von Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer dementiellen Erkrankung

Das AZB schafft für Menschen mit einer dementiellen Erkrankung ein Umfeld, das im konventionellen, gemischten Betreuungsrahmen Nähe, Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln kann. Die Pflege und Betreuung wie auch die Tagesgestaltung orientieren sich an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner. Durch Einfühlung und Verständnis, verbunden mit fachlicher Kompetenz, wird die Individualität der Menschen mit Demenz berücksichtigt und deren Integrität geschützt. Es ist ein sehr hoher Anspruch, Menschen mit Demenz integrativ zu pflegen, weil die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Menschen ohne Demenz oder mit erst leichter Demenz manchmal diametral entgegenlaufen.

1.2 Sicherheit

Das AZB wurde 1987 als Altersheim mit Bewohnerinnen und Bewohnern, die wenig Pflege und Betreuung beanspruchten, konzipiert. Nach Einführung der Neuen Pflegefinanzierung im Jahr 2011 hat sich die Institution zu einer Alters- und Pflegeinstitution entwickelt, in der zunehmend auch Menschen mit Demenz zuhause sind. Obwohl den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Demenz bei der Gestaltung von Innen- und Aussenräumen so gut als möglich Rechnung getragen wird, gibt es doch einige Aspekte, die bei der Frage nach einem möglichen Aufenthalt im AZB zu beachten sind.

Das AZB ist grundsätzlich ein offenes Haus, das jederzeit verlassen werden kann. Die Eingangstüren sind tagsüber geöffnet und können abends und nachts per Knopfdruck geöffnet werden.

Der Garten ist nur teilweise umzäunt und kann ebenfalls jederzeit verlassen werden.

Im Innern des Gebäudes sind die Türen zu den Treppenhäusern aus feuerpolizeilichen Gründen nicht abgeschlossen.

Um gefährliche Situationen zu vermeiden, kann mithilfe der Rufanlage individuell ein Weglaufschutz aufgeschaltet werden.

1.3 Aufnahme eines Bewohners oder einer Bewohnerin mit einer dementiellen Erkrankung

Bei einem Aufnahmegesuch für eine an Demenz erkrankten Person wird mit den Angehörigen und beteiligten Fachpersonen erörtert, ob ein Aufenthalt im AZB machbar und sinnvoll ist oder ob die betroffene Person je nach Ausprägung der Symptomatik, insbesondere bei Weglaufgefährdung, Tag-Nacht-Umkehr oder aggressivem Verhalten, in einer auf Demenz spezialisierten Institution besser aufgehoben wäre. Angehörige werden informiert über unsere Haltung (Pflege, Betreuung,

Mobilität, Sturzgefahr) und gemeinsam wird vor Eintritt z.B. das Vorgehen bei Weglaufen festgelegt. Sind begründete Zweifel vorhanden, ob das AZB die Sicherheit und das Wohlbefinden des Menschen mit Demenz gewährleisten kann, wird ein Aufnahmegesuch abgelehnt.

1.4 Verlegung

Veränderungen und Wechsel im Alltag, bei den Bezugspersonen, in der Umgebung oder im Gesundheitszustand können bei Menschen mit Demenz zu verändertem Verhalten führen. Wenn trotz eingeleiteter Interventionen und Massnahmen der betroffene Mensch, Mitarbeitende oder Mitbewohnende an Grenzen stossen, so wird gemeinsam mit den Angehörigen, dem zuständigen Arzt, der Pflege und der Geschäftsleitung eine vorübergehende oder definitive externe Lösung gesucht.

1.5 Selbstbestimmung versus Sicherheit

Menschen mit Demenz verlieren im Laufe ihrer Erkrankung die Denk-, Urteils- und Abstraktionsfähigkeit. Das bringt mit sich, dass sie ihre Situation und die Umgebung nicht mehr realistisch einschätzen können. Sie können in gewissen Bereichen aber durchaus urteilsfähig bleiben (z.B. den Willen äussern, etwas Bestimmtes zu essen, ein spezielles Kleidungsstück anzuziehen etc.), allerdings nicht in allen Handlungen. Dem Schutz der Selbstbestimmung im Rahmen vorhandener Möglichkeiten wird im AZB eine hohe Priorität eingeräumt. Die Einschränkung von Selbstbestimmung bei möglichen Risiken (z.B. Mobilität, Hygiene, Sturzgefahr, etc.) wird sorgfältig und in Absprache mit den Angehörigen erwogen.

2. Zusammenarbeit mit Angehörigen

Angehörige haben teilweise bereits eine jahrelange Geschichte mit dem Menschen mit Demenz hinter sich, ohne je auf diese Krankheit vorbereitet gewesen zu sein. Sie hatten häufig auch keinerlei fachliche oder persönliche Unterstützung in ihrer belastenden Situation. Die Zeit der Begleitung vor und nach der Diagnosestellung (oder eben ohne Diagnose), ist in der Regel von viel Unsicherheit, Leid und Entbehrungen gekennzeichnet.

Manchmal treten Menschen zu einem Zeitpunkt in eine Institution ein, zu dem noch keine dementielle Symptomatik erkennbar ist. Die Demenz entwickelt sich erst während der Zeit im Pflegeheim. Auch hier sind Angehörige sehr belastet, weil sie ihre Nächsten nicht mehr als die erkennen, die sie waren. Es ist möglich, dass die Angehörigen die Veränderung ihrer Nächsten im Pflegeheim-Alltag beobachten und dann Schuldzuweisungen entwickeln, die für die Mitarbeitenden belastend sein können.

Angehörige werden durch Pflegefachkräfte über die Erkrankung und ihre möglichen Folgen informiert und beraten. Sie erhalten auf Wunsch Hinweise, Adressen und/oder Unterlagen für die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema Demenz zur Verfügung gestellt. Die Einbindung von Angehörigen in die Betreuung entsprechend ihren Bedürfnissen und Möglichkeiten wird im AZB als sinnvoll und wünschenswert angesehen.

Mindestens ein Eintrittsgespräch mit den Angehörigen findet vor dem Eintritt statt. Dabei werden nebst organisatorischen, gesundheitlichen und pflegerischen Fragen insbesondere auch spezifische Bedürfnisse, das integrative Pflegemodell und allfällige Sicherheitsaspekte besprochen und Vereinbarungen schriftlich festgehalten.

Rund drei Monate nach Eintritt erfolgt ein erstes Standortgespräch mit den Angehörigen, weitere Gespräche und Standortbestimmungen mit den Angehörigen erfolgen bei Veränderungen der Situation oder nach Bedarf bzw. auf Wunsch der Beteiligten. Die Gespräche werden im BESA dokumentiert.

3. Räumliche Gestaltung

3.1 Innenräume

Menschen mit Demenz halten sich meist 365 Tage im Jahr im AZB auf. Deshalb gilt es, dem menschlichen Grundbedürfnis, sich zu Hause zu fühlen, bestmöglich gerecht zu werden. Das Konzept der Healing Architecture möchte mit einer heimeligen Innenarchitektur eine vertraute Welt und bestmögliche Lebensqualität schaffen. In Anlehnung an das «Normalitätsprinzip» von Böhm orientiert sich die Raumgestaltung an einer Umgebung, die dementen Bewohnern aus ihrem früheren Leben bekannt ist und ihnen Sicherheit, Orientierung und ein Gefühl des Wohlbefindens vermittelt.

- Diese Leitgedanken setzen wir um,
- indem unsere Bewohnerinnen und Bewohner ihre privaten Zimmer mit ihren vertrauten Möbeln und Gegenständen einrichten können.
- indem wir mit der Farbgestaltung und Beschriftung im öffentlichen Bereich Orientierung ermöglichen.
- indem wir Menschen mit Demenz Begegnungs- und Aktivierungsmöglichkeiten in geschütztem Rahmen bieten.
- indem Korridore wohnlich gestaltet sind und zur Bewegung und zum Ausruhen einladen.

3.2 Aussenraum

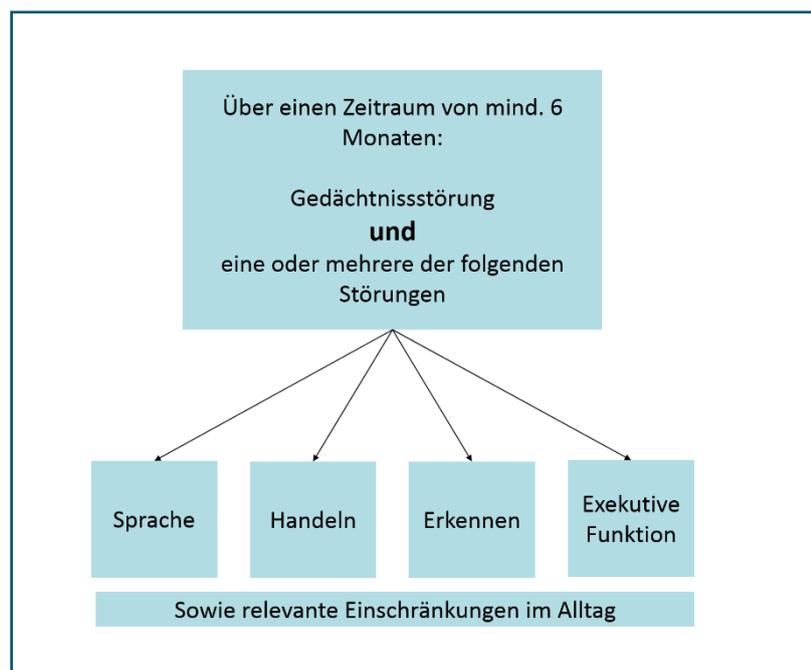
- Der grosse Garten des AZB lädt mit Rundwegen, lauschigen Plätzen, Sitzgelegenheiten, Blumen und Biotop zur Bewegung und zum Aufenthalt im Freien ein.
- Beschäftigung und Aktivitäten im Garten werden ermöglicht (z.B. durch Hochbeete)

4. Was bedeutet eine dementielle Erkrankung

4.1 Verschiedene Formen von Demenz

Der Begriff «Demenz» beschreibt nicht nur eine Krankheit, sondern ist ein Überbegriff für mehrere Krankheiten, die mit dem Verlust geistiger Fähigkeiten einhergehen. Neben den kognitiven Fähigkeiten betrifft dies auch Bereiche wie die Wahrnehmung und Affektivität (Gesamtheit der Gefühle), Persönlichkeitsmerkmale und den Willen. Diese Schädigungen haben gravierende Einschränkungen der Alltagskompetenzen zur Folge.

Definition nach DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Auflage)



Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Demenzformen unterschieden. Eine primäre Demenz ist eine Demenz, der keine andere Erkrankung zu Grunde liegt. Sekundäre Demenzen sind Demenzformen, die als Begleiterscheinung einer anderen Krankheit (z.B. Durchblutungsstörungen) auftreten.

Nachfolgend werden häufige Demenzformen kurz beschrieben.

Demenz vom Typ Alzheimer

Die Alzheimerdemenz ist die häufigste Demenz. Mehr als 60% der an einer Demenz erkrankten Personen sind von einer Alzheimerdemenz betroffen.

Die Alzheimererkrankung gehört zu den primären Demenzen, ihr liegt also keine andere Erkrankung zu Grunde. Die Ursachen für eine Alzheimerdemenz sind das Absterben von Hirnzellen sowie der Abbau von Botenstoffen, sogenannten Neurotransmittern, im Gehirn, welche für die Weiterleitung der Informationen zwischen den Nervenzellen zuständig sind. Durch diese Veränderungen werden die kognitiven Leistungen beeinträchtigt, das Erkennen, das Urteilen, die Orientierung und das gezielte Handeln werden eingeschränkt. Betroffene werden immer vergesslicher und verwirrter, bis hin zu vollständiger Orientierungslosigkeit und Unselbständigkeit.

Frontotemporale Demenz

Diese Demenzform betrifft vor allem den vorderen Stirnlappen. Da dort ein Grossteil der Persönlichkeit eines Menschen gespeichert ist, verändert sich diese bei einer frontotemporalen Demenz stark. Die Frontallappendemenz tritt oft schon vor dem 60. Lebensjahr auf. Ehemals friedliebende, freundliche, empathische Personen werden aufgrund der Krankheit plötzlich zu ganz anderen Persönlichkeiten, sie können aggressiv, verstimmt und/oder enthemmt auftreten, was gerade für deren Angehörige eine immense Herausforderung bedeutet.

Parkinson Demenz

Die Parkinsondemenz entsteht, genau wie die oben erwähnte Alzheimerdemenz, aufgrund des Abbaus von Nervenzellen und Botenstoffen. Speziell bei dieser Demenz ist, dass die Botenstoffe, die zuständig sind für die Übertragung in die für die Feinmotorik verantwortliche Hirnregion, am stärksten abgebaut werden. So entsteht das typische Zittern. Die Parkinsondemenz bringt für die Betroffenen neben den psychischen Defiziten zusätzlich schon im frühen Stadium auch eine starke physische Einschränkung mit sich. Das Halten eines Wasserglases oder das Zähneputzen werden zu grossen Herausforderungen und die selbständige Meisterung des Alltages wird immer schwieriger.

Vaskuläre Demenz

Bei ungefähr jedem fünften Menschen, der an Demenz erkrankt, liegt die Ursache in Durchblutungsstörungen. Die sogenannte "vaskuläre Demenz" ist damit nach Alzheimer die häufigste Form der Demenz. Verantwortlich für die Durchblutungsstörungen sind kleine Schlaganfälle, also krankhafte Veränderungen der Gefäße. Der Verlauf einer vaskulären Demenz hängt unter anderem davon ab, ob es einen einzelnen schweren Hirnschlag gab oder mehrere kleine. Ein schwerer Hirnschlag legt abrupt einen bestimmten Bereich des Gehirns lahm. Die Funktionen, die diese Hirnregion steuert, sind also schon unmittelbar nach dem Schlag beeinträchtigt.

Besonders tückisch sind kleine Hirnschläge, die sich mehrfach wiederholen. Denn häufig bleiben sie unbemerkt. Außerdem treffen sie unterschiedliche Regionen des Gehirns und verursachen statt eines großen Schadens möglicherweise viele kleine. Eine Folge besteht darin, dass die geistige Leistungsfähigkeit von Betroffenen schwankt. Mal wirken sie verwirrt, dann phasenweise wieder klar. Hirnschläge zerstören Verbindungen zwischen Nervenzellen, sodass die betroffene Hirnregion zu wenig Sauerstoff erhält und Gewebe abstirbt. Das wirkt sich häufig nicht nur auf die geistige Leistungsfähigkeit aus. Eine körperliche Folge der vaskulären Demenz kann etwa darin bestehen, dass der Gang unsicher wird oder die Betroffenen den Harndrang nicht kontrollieren können.

Korsakow Demenz

Das Korsakow-Syndrom (Morbus Korsakow) ist eine Erkrankung des Gehirns, die sich vor allem durch starke Gedächtnisstörungen äußert. Auftretende Gedächtnislücken füllen Betroffene meist mit erfundenen Inhalten (Konfabulieren). Zusätzlich zu diesen Symptomen kann sich ein Korsakow-Syndrom auch auf die Persönlichkeit betroffener Menschen auswirken. So können Erkrankte unangemessen euphorisch oder distanzlos auftreten, aber auch sehr niedergeschlagen und passiv sein. Die Krankheit tritt meist bei Menschen auf, die jahrelang zu viel Alkohol konsumiert haben. Die Störungen sind auch bei fachgerechter Therapie meist nicht vollständig umkehrbar.

4.2 Diagnostik

Meist fällt der betroffenen Person selbst oder ihren Angehörigen ein verändertes Verhalten auf. Der erste Schritt führt in der Regel zum Hausarzt, der im Gespräch und mithilfe einfacher Testverfahren (z.B. Mini Mental Test) einen Verdacht auf eine dementielle Erkrankung feststellen kann. Danach dienen weitere Untersuchungen, z.B. in einer Memory Klinik, und bildgebende Verfahren dazu, eine andere Ursache der Symptome auszuschliessen. All diese Abklärungen sind wichtig, um behandlungsrelevante Erkrankungen zu erkennen, welche das Auftreten von auffälligen Symptomen begünstigen können. So können etwa Verwirrtheitszustände auch durch Mangelernährung und Dehydration ausgelöst werden. Zu denken ist in diesem Zusammenhang auch an Herzerkrankungen, Atemaussetzer während der Nachtruhe, Hör- und

Sehbeeinträchtigungen, Trauer, Schmerz, Depression oder Reaktionen auf strukturelle Veränderungen, wie z.B. Umzüge oder Krankenhausaufenthalte.

4.3 Medikamentöse Behandlung

Grundsätzlich gibt es aktuell keine Möglichkeit, eine Demenz zu „heilen“. Zur Verzögerung des Krankheitsverlaufs und zur Aufrechterhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit sowie der Alltagsbewältigung können Antidementiva (Cholinesterasepräparate, Glutamat-Antagonisten oder pflanzliche Präparate) eingesetzt werden. Wirkung und Erfolg dieser Medikamente werden in Studien unterschiedlich beurteilt. Bei der Gabe von Antidementiva müssen immer auch mögliche Nebenwirkungen beobachtet werden.

Begleitsymptome der dementiellen Erkrankung, wie beispielsweise Unruhe, Aggressivität und Sinnestäuschungen, werden oft mit Neuroleptika behandelt. Bei depressiven Verstimmungen und Antriebsminderung kommen Antidepressiva zum Einsatz. Auch hier sind häufig Nebenwirkungen zu beobachten.

Neue Studien zeigen auf, dass Menschen mit einer dementiellen Erkrankung deutlich weniger Schmerzmittel erhalten als Menschen ohne Demenz. Da sie bei fortschreitender Demenz ihren Schmerz oft nicht lokalisieren und artikulieren können, ist es eine wichtige Aufgabe der Pflege durch Beobachtung eine allfällige Schmerzthematik zu erkennen und eine adäquate Therapie in die Wege zu leiten.

4.4 Symptome und Stadien einer Demenz

Zusätzlich zur Diagnose ist die Bestimmung der Demenzstufen wichtig. Sinnvollerweise bezieht man sich dabei auf das Ausmass des Betreuungsbedarfs und unterscheidet zwischen den Demenzstufen leicht, mittel und schwer.

Frühes Stadium (leichte Demenz)

Der Abbau von Nervenzellen beginnt meist schon viele Jahre vor dem Auftreten der ersten Symptome, dies bleibt aufgrund der grossen Reservekapazität unseres Gehirns lange unbemerkt. Für Aussenstehende ist der Anfang der Krankheit meist gar nicht erkennbar, nur die betroffene Person ist sich im Klaren, dass ihre geistige Leistungsfähigkeit nachlässt. Die Betroffenen vergessen immer öfter Dinge, Wörter kommen ihnen nicht mehr in den Sinn oder sie haben Mühe, einem Gespräch aufmerksam zu folgen. Die betroffene Person kann die geistigen Defizite aber meist gut überspielen, sie geht kniffligen Situationen aus dem Weg und meidet neue Orte und Situationen. Oft verlieren Demenzkranke in dieser Zeit ihre Aktivität, ihre Spontaneität und ihre Eigeninitiative. Sie werden unsicher, ängstlich und teilweise auch wütend und aggressiv, da sie von Zukunftsängsten und Minderwertigkeitskomplexen geplagt werden.

Mittleres Stadium (mittlere Demenz)

Die Krankheit wird nun deutlich erkennbar, Betroffene verlieren in Gesprächen oft «den roten Faden», werden immer desorientierter und haben Sinnestäuschungen. So können Gerüche wahrgenommen werden, die nicht existieren oder eine sanfte Berührung kann als sehr schmerzhaft empfunden werden. Einfache tägliche Verrichtungen, wie Duschen oder Anziehen, werden immer anspruchsvoller und können schliesslich nur noch mit fremder Hilfe ausgeführt werden. Betroffene werden immer unselbständiger, dies löst oft starke Unruhe und Stimmungsschwankungen aus.

4.5 Spätes Stadium (schwere Demenz)

Die räumliche und die zeitliche Orientierung wie auch die Sprach- und Kommunikationsfähigkeit lassen stark nach. Betroffene erkennen ihre engsten Verwandten und auch sich selbst im Spiegel nicht mehr. In diesem Stadium kommt es oft auch zu motorischen Störungen. Gehen, schlucken und sogar lächeln sind nicht mehr möglich. Betroffene können bettlägerig werden und das Immunsystem verschlechtert sich. Diese Faktoren begünstigen Infektionen des Atmungstraktes, wie beispielsweise Lungenentzündungen, welche die häufigste Todesursache in diesem Stadium sind.

Frühes Stadium (leichte Demenz)	Mittleres Stadium (Mittlere Demenz)	Spätes Stadium (Schwere Demenz)
Zeitliche Orientierungslosigkeit	Entscheidungsschwierigkeit	Einschränkung/Verlust verbale Kommunikation
Vergessen von Namen und Personen	Räumliche Orientierungslosigkeit	Angehörige/Bekannte werden nicht mehr erkannt
Vergessen/Suchen von Gegenständen	Koordinationsschwierigkeiten, Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	Inkontinenz, Schluckstörungen, Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Tabelle Symptome

4.6 Dissoziation und Demenz

Als Dissoziation wird das Auseinanderfallen von normalerweise zusammenhängenden Funktionen bezeichnet. Bei einer Demenz wird dem Selbst («Ich-Erleben») durch die Zerstörung von Nervenzellen langsam der Boden entzogen. Das führt nicht nur zum Vergessen der autobiografischen Zusammenhänge (z.B. Alter oder erlernter Beruf). Die fortschreitende Krankheit führt auch zu einer Veränderung der eigenen Wahrnehmung und der eigenen Handlungen. Bei dissoziierten Gehirnfunktionen kann Erfahrung als gespeicherte Erinnerung zwar noch abgerufen, aber nicht mehr mit entsprechenden Handlungen der Gegenwart verknüpft werden. Die Menschen mit einer demenziellen Erkrankung wissen dann oft nicht, was sie tun sollen, und wirken in ihrem Verhalten zerrissen und verloren. Sie führen viele Tätigkeiten und übliche Handlungen scheinbar selbstständig aus, aber die Bewegungen wirken mechanisch, fremdbestimmt. Diese Ziellosigkeit zeigt sich beispielsweise darin, dass Betroffene bei jedem Schritt fragen, was sie nun machen sollen oder sich nicht mehr in der richtigen Reihenfolge anziehen können. Die ATL's können zunehmend nur noch unter konkreter Anleitung und durch das Vorführen der entsprechenden Handlungen ausgeführt werden. Der Zustand der Dissoziation führt oft zu einer zu optimistischen Einschätzung der vorhandenen Ressourcen. Werden die Menschen mit einer dementiellen Erkrankung in ihren vorhandenen Kompetenzen überschätzt, können sie mit Verzweiflung, Wut oder Trotz reagieren.

5. Pflege- und Betreuungsansätze

Das Fortschreiten einer dementiellen Erkrankung und die eingeschränkten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten führen im Verlauf der Erkrankung zu verschiedensten Behinderungen für den betroffenen Menschen. Die Qualität von Pflege und Betreuung kann jedoch einen wesentlichen Beitrag zu seinem Wohlbefinden leisten.

Im AZB bilden der personzentrierte Ansatz von Tom Kitwood, die Biografiearbeit, die VA-CH Validation und das Konzept der basalen Stimulation die verbindliche Basis für die Pflege und Betreuung eines Menschen mit Demenz.

Noch fast wichtiger als die konzeptionellen, methodischen und theoretischen Grundlagen für die Pflege von Menschen mit Demenz sind aber die grundsätzliche Haltung und Achtsamkeit der einzelnen Mitarbeitenden. Es ist deshalb unser Ziel,

- dass wir alle die einzelnen theoretischen Bausteine zu einem Ganzen vernetzen können und Teile davon gezielt und individuell im täglichen Pflegeablauf einfließen lassen.
- dass wir von den Besten und aus Erfahrung lernen und uns so als Team weiterentwickeln
- dass wir uns ernsthaft, achtsam, feinfühlig und wertschätzend in die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz einbringen.

5.1 Person-zentrierter Ansatz von Tom Kitwood

Einleitung

Die Ursprünge des Ansatzes der person-zentrierten Pflege – dabei spricht man teilweise auch vom personenzentrierten Ansatz – gehen auf Theorie und Praxis der klientenzentrierten Psychotherapie des amerikanischen Psychologen Carl Rogers zurück.

Hinter dem personenzentrierten Ansatz steht eine Grundhaltung, die bis heute Aktualität besitzt: Das Ziel ist, dass Menschen mit Behinderung ihr Leben selbstbestimmt als soziale Wesen in Beziehungen mit Rechten und Pflichten in der Gesellschaft leben können.

In den 1980er-Jahren entwickelten Tom Kitwood und die Bradford Dementia Group in England den Ansatz zu einem spezifischen Betreuungsansatz für Menschen mit einer Demenzerkrankung weiter. Bezugnehmend auf Rogers nannten sie ihren Ansatz «person-centred care» – person-zentrierte Pflege.

Für Tom Kitwood ist die Demenzerkrankung mehr als eine neurologische Beeinträchtigung. Er versteht sie als eine Form der Behinderung, die infolge einer Interaktion von fünf verschiedenen Ursachenkomplexen entsteht:

- Persönlichkeitsentwicklung
- Biografie
- Körperliche Gesundheit
- Neurologische Beeinträchtigung
- Sozialpsychologie

Grundsätze und Ziele

Der person-zentrierte Ansatz stellt die Person in den Mittelpunkt aller Betrachtungen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, das Personsein von Menschen mit einer Demenzerkrankung zu erhalten und zu fördern. Dabei wird der zugrunde liegende Personenbegriff umfassend definiert. Neben der Kognition beinhaltet er Gefühle, Handlung, Zugehörigkeit, Bindungen an andere Personen und Identität. Menschen, die über diese vier Empfindungszustände in einem ausreichenden Mass verfügen, können sich trotz einer demenziellen Erkrankung relativ wohlfühlen.

Menschen mit einer demenziellen Erkrankung sind mit dem Fortschreiten des demenziellen Prozesses immer weniger in der Lage, ihr Personsein aufrechtzuerhalten. Damit das Personsein im Verlauf der Demenzerkrankung nicht auseinanderfällt, benötigen diese Menschen Begleitpersonen, die fähig und bereit sind, ihr Personsein anzuerkennen. Zum Personsein gehören die folgenden vier globalen Empfindungszustände:

- Das Gefühl, etwas wert zu sein
- Das Gefühl, etwas tun, etwas bewirken zu können
- Das Gefühl, Kontakt zu anderen Menschen zu haben, dazuzugehören
- Das Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen und Hoffnung

Grundbedürfnisse

Tom Kitwood geht davon aus, dass sich die Bedürfnisse von Menschen mit einer Demenzerkrankung nicht wesentlich von denen eines Menschen ohne Demenz unterscheiden. Ein grosser Unterschied besteht jedoch darin, dass an Demenz Erkrankte ihre Bedürfnisse oft nicht so direkt äussern können. Zentrale Bedürfnisse verbergen sich häufig hinter den sogenannten «problematischen Verhaltensweisen». Kitwood hat fünf zentrale Grundbedürfnisse identifiziert, die sich gegenseitig überlappen und sich in dem zentralen Bedürfnis nach grosszügiger, bedingungsloser, verzeihender Annahme – nach Liebe – verbinden.

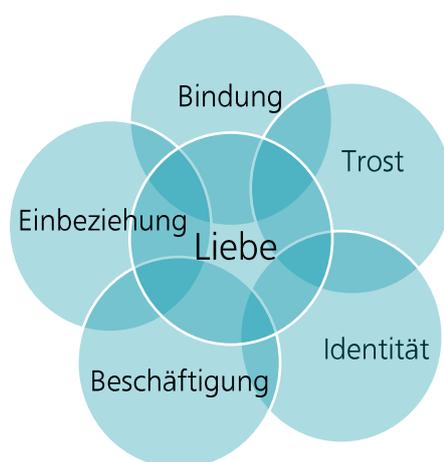


Abbildung *Grundbedürfnisse nach Kitwood*

Positive Interaktionen

Tom Kitwood beschreibt 12 verschiedene Arten positiver Interaktion. Jede dieser Aktionen stärkt das Personsein auf andere Weise, indem sie ein positives Gefühl verstärkt, eine Fähigkeit nährt oder dabei hilft, eine seelische Wunde zu heilen.

Positive Interaktionen	
Anerkennen	Anerkennen des Menschen mit Demenz als Person (z.B. Grüßen mit Namen, bestätigen in seiner Einzigartigkeit)
Verhandeln	Menschen mit Demenz werden gefragt was sie möchten, statt dass das gemacht wird, was vermutet wird (z.B. möchten Sie jetzt aufstehen?)
Zusammenarbeiten	Gemeinsam etwas machen, bedeutet z.B. dass Körperpflege nicht einfach angetan wird, sondern gemeinsam gemacht wird, unter Einbezug aller noch vorhandenen Ressourcen.
Spielen	Spielen fördert Spontaneität und Selbstaussdruck
Timalation	Hierbei handelt es sich um Interaktionen, bei denen der Zugang zum Menschen mit Demenz über sensorische oder sinnenbezogene Weise erfolgt (z.B. Aromatherapie, Massage). Solche Interaktionen können gerade bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung Kontakt, Sicherheit und Vergnügen bieten.
Feiern	Freudvolle Augenblicke des Lebens (nicht nur Weihnachten und Ostern!) in Gesellschaft erleben und feiern lassen. Bei dieser Interaktion lösen sich die Grenzen zwischen Betreutem und Betreuer am ehesten auf.
Entspannen	Viele Menschen mit Demenz vermögen nur zu entspannen, wenn andere in der Nähe sind oder wenn unmittelbarer Körperkontakt hergestellt wird.
Validieren	s. Kapitel „Validation“
Halten	Im psychologischen Sinn bedeutet „halten“ einen sicheren psychologischen Raum bieten, wo verborgene Traumata, Konflikte oder Verwundbarkeit geäußert und gezeigt werden können. Eine „gehaltene“ Person kann so erleben, dass auch überwältigende Trauer und abgrundtiefer Schrecken nicht zur Desintegration der Seele führen. Psychologisches Halten kann auch körperliches Halten umfassen.
Erleichtern	Erleichtern bedeutet, eine Person in die Lage zu versetzen, etwas tun zu können, das sie ansonsten nicht tun könnte (siehe auch „zusammenarbeiten“). Erschliesst sich einer Person der Handlungssinn einer Sache nicht mehr, d.h. sie weiss nicht mehr, was und wie sie etwas tun soll, setzt „Erleichtern“ im psychotherapeutischen Sinn an: Die Aufgabe des Erleichterns besteht nun darin, die Interaktion in Gang zu bringen und der Person schrittweise zu helfen, sie mit Bedeutung zu füllen.
Schöpferisch sein	Eine Person mit einer dementiellen Erkrankung bietet in einem sozialen Setting spontan etwas aus ihrem Vorrat an Fähigkeiten oder sozialen Fertigkeiten an, indem sie zum Beispiel zu singen oder tanzen anfängt und andere auffordert, mitzumachen.

Geben	Hier nähert sich die Interaktion dem Ich-Du-Modus an. Die Person mit Demenz bringt Besorgnis, Zuneigung oder Dankbarkeit zum Ausdruck, bietet Hilfe an oder macht ein Geschenk.
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabelle positive Interaktionen nach Kitwood

5.2 Biografiearbeit

Identität ist ein grundlegendes psychisches Bedürfnis der Menschen. Eine Demenz nimmt den Betroffenen nach und nach ihre Erinnerungen und damit das Bewusstsein dafür, wer sie sind und waren. Weil sich Menschen mit Demenz nur noch in Fragmenten an ihre Lebensgeschichte erinnern, soll diese für sie bewahrt werden.

Aus der individuellen Lebensgeschichte eines Menschen erwachsen Fähigkeiten und Eigenarten, deren Betrachtung eine bedürfnisorientierte Begleitung ermöglicht. Biografien beinhalten nicht nur kognitive, sondern immer auch emotionale und körperliche Dimensionen. Impulse über den Körper und die Sinneswahrnehmungen können darum gezielt genutzt werden, um Erinnerungen anzuregen.

Biografiearbeit gibt auch Auskunft darüber, nach welchen Werten der Mensch mit Demenz gelebt hat, wie seine Persönlichkeit war, wie er gewichtige Ereignisse bewältigt hat etc. Mit der Biografiearbeit kann auch Verständnis für allfälliges herausforderndes Verhalten bewirkt werden.

Grundsätze

Wir setzen uns dafür ein, die Lebensgeschichte der Menschen mit Demenz so weit wie möglich zu erfassen.

- Wir kennen die lebensgeschichtlichen Erfahrungen und beziehen diese als Orientierungshilfen im Alltag ein.
- Wir knüpfen an die biografischen Gewohnheiten und Strategien an und versuchen, ein Lebensumfeld zu schaffen, das Vertrauen, Erinnerung und Geborgenheit schafft.
- Es ist uns bewusst, dass die momentane Befindlichkeit von Menschen mit Demenz nicht immer aus der Biografie abgeleitet werden kann und wir beziehen deshalb auch stets die Gegenwart der Menschen mit Demenz mit ein.
- Wir wissen, dass das Wecken von Erinnerungen auch Verdrängtes und Traumatisches hervorrufen kann. In einem solchen Fall ist es wichtig, dem Menschen mit Demenz aus der Situation herauszuhelfen.

Biografien erfassen

Im AZB werden biografische Angaben grundsätzlich auf zwei Arten erfasst und für alle zugänglich im BESA unter Verlaufsdocumentation/persönliche Angaben/Biografie/Umfeld und Lebensgewohnheiten dokumentiert:

Systematisch erfolgt einige Tage nach dem Eintritt bei allen Bewohnern und Bewohnerinnen mithilfe eines standardisierten Fragebogens ein Gespräch zur Erfassung von biografischen Angaben. Wenn sich eine Bewohnerin bzw. ein Bewohner nicht mehr selbst äussern oder erinnern kann, werden dafür wenn möglich die Angehörigen beigezogen.

Viele Erinnerungen tauchen plötzlich oder im Verlauf einer bestimmten Situation auf, Menschen mit Demenz fassen Vertrauen und öffnen sich gegenüber einer bestimmten Pflegeperson, Pflegenden können während ihrer Arbeit bestimmte Vorlieben/Abneigungen beobachten, usw. All

diese zusätzlichen Informationen werden laufend ebenfalls dokumentiert, damit ein möglichst umfassendes Bild der Vergangenheit, aber auch der Gegenwart eines Menschen entstehen kann.

5.3 Validation VA-CH

Validation ist sowohl eine Methode als auch eine wertschätzende Haltung im Umgang mit Menschen mit Demenz und hat zum Ziel, das Verhalten von Menschen mit Demenz als für sie gültig zu akzeptieren („zu validieren“). Zum anderen ist das Validieren eine besondere Kommunikationsform, die von einer akzeptierenden, nicht korrigierenden Sprache geprägt ist, die die Bedürfnisse des betroffenen Menschen zu verstehen und zu spiegeln versucht.

2015 wurde in der Schweiz die VA-CH Validation Schweiz GmbH gegründet. VA-CH® umfasst sowohl ein Modell wie eine Methode und bietet praxisorientierte Schulungen an. Das AZB richtet sich bei der Validation nach der VA-CH® aus und bildet seine Mitarbeitenden entsprechend weiter.

VA-CH Validation Schweiz ist eine Haltungs- und Kommunikationsmethode, die auf eine wertschätzende und eine auf Achtung basierende Begleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung zielt. Bei dieser Methode geht es um die Erfassung der Bedürfnisse und Gewohnheiten der an Demenz erkrankten Person. Durch die (erneute) Integration dieser Bedürfnisse und Gewohnheiten in den Alltag sollen die Bedürfnisse und Gewohnheiten erhalten und gefördert werden. Krankheitsverlauf, Phasen und Demenzform der erkrankten Person werden berücksichtigt und die dabei zentralen Themen und spezifischen Merkmale werden aufgenommen, um eine auf den Menschen in seiner Lebenswelt bezogene Begleitung zu ermöglichen. Die Methode arbeitet hinsichtlich der Vermeidung von Krisen präventiv, umfasst aber auch eine gezielte Krisenintervention.

5.4 Basale Stimulation

Basale Stimulation wurde von Andreas Fröhlich, einem Professor für Heilpädagogik und heilpädagogische Psychologie, auf der Suche nach elementaren Fördermöglichkeiten für schwerstmehrfachbehinderte Kinder entwickelt.

Andreas Fröhlich beschreibt die Entwicklung der ersten Lebensjahre im Modell von sechs Orientierungs- und Erfahrungsräumen, die sich immer mehr ausweiten. Sie reichen vom Erleben des eignen Torsos (Rumpf mit Mund und Hals) über den ganzen Körper, das Bett, den (Roll-)Stuhl, das Zimmer mit Mobiliar, das ganze Haus mit Aussenanlagen bis hin zum Wohnort und darüber hinaus (ganze Welt).

In Anlehnung an früh entwickelte Erlebens- und Kommunikationsformen versucht Basale Stimulation mit den Menschen in Kontakt zu treten und diesen Kontakt aufrecht zu erhalten bzw. zu erweitern. Das Konzept geht davon aus, dass jeder Mensch, so lange er lebt, auf elementare Sinnes- und Kommunikationssysteme zurückgreifen kann. Dies trotz seinen kognitiven, somatischen und psychischen Einschränkungen. Zugangsmöglichkeiten bieten die unterschiedlichen Wahrnehmungsbereiche, die einem Menschen zur Verfügung stehen. Im Zentrum steht ein multisensorischer, körpersprachlicher Dialog – der «somatische Dialog».

Besonders bedeutsam ist der Ansatz der Basalen Stimulation bei Menschen mit einer Demenzerkrankung. Die basale Stimulation trägt dazu bei, dass diese Menschen sich im eigenen Körper, in Raum, Zeit und Umwelt zurechtfinden.

Im Verlauf der Krankheit, kann die Entwicklungsbewegung von der grossen weiten Welt über die sich immer stärker verdichtenden Räume in Richtung des eigenen Körpers verlaufen. Die

verschiedenen demenziellen Entwicklungen zielen, wenn die Person nicht zuvor verstirbt, letztlich in Richtung des letzten lebendig erfahr- und entdeckbaren Raums, des Lebens- und Orientierungsraums des eigenen Körpers. In ihm lebt die ganze Person weiter, mitsamt ihrer im Körper verankerten Geschichte. Über die Sinnesorgane bleibt sie bis zum Ende «ansprechbar» und «berührbar».

Basale Stimulation: Lebensthemen nach Christel Bienstein

Im Jahr 2003 wurden von Christel Bienstein die zentralen Ziele der basalen Stimulation im Konzept der aktuellen Lebensthemen neu formuliert. Als Lebensthemen gelten Themen, die im Leben eines Menschen von Bedeutung sind und ihn beschäftigen. Sie werden also aus der Perspektive des Menschen, um den es geht, formuliert und können deshalb gut für eine Prioritätensetzung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens eingesetzt werden. Nicht alle Lebensthemen sind jederzeit für den einzelnen Menschen gleich wichtig.

Als Lebensthemen gelten:

- Leben erhalten und Entwicklung erfahren
- Das eigene Leben spüren
- Sicherheit erleben und Vertrauen aufbauen
- Den eigenen Rhythmus entwickeln
- Das Leben selbst gestalten
- Die Aussenwelt erfahren
- Beziehungen aufnehmen und Begegnungen gestalten
- Sinn und Bedeutung geben und erfahren
- Selbstbestimmung und Verantwortung leben
- Die Welt entdecken und sich entwickeln

6. Tagesstruktur, Aktivierung, Bewegung

Grundsätzlich sollen Strukturen und tägliche/wöchentliche Fixpunkte Sicherheit vermitteln. Es ist uns aber auch wichtig, auf die Tagesform und Vorlieben eines Menschen mit Demenz eingehen zu können und gemeinsam mit ihm eine individuelle und bei Bedarf sich ändernde Tagesplanung im Rahmen des Möglichen zu gestalten.

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden mit ausgewählten Aktivitäten dort abgeholt, wo ihre körperlichen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten liegen. Dabei ist der Gruppenzusammensetzung, dem Schutz vor der Kritik von anderen, der Reizüberflutung und einer möglichen Überforderung des Menschen mit Demenz besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Eine für die Aktivierung verantwortliche Pflegerin organisiert mehrmals wöchentlich Aktivitäten (individuell, Kleingruppen oder auch für das ganze Haus). Zudem erfolgen in die Pflege integrierte Aktivierungen, externe Personen übernehmen Gruppenaktivitäten wie Singen oder Andacht und Freiwillige und Zivildienstleistende gehen mit Bewohnern und Bewohnerinnen z.B. spazieren oder einkaufen.

6.1 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg

Ziele und erwünschte Ergebnisse der 10-Minuten-Aktivierung nach Ute Schmidt-Hackenberg sind:

- Die Konzentration fördern
- Erinnerungen aktivieren
- Das Abrufen von Wörtern aus dem Wortspeicher fördern.

Aus verschiedenen Lebensbereichen werden Aktivitäten und Beschäftigungen für höchstens zehn Minuten angeboten. Die dazu notwendigen Materialien sind in einzelnen, beschrifteten Kartons vorbereitet und nach Themengebieten sortiert. Im Deckel eines jeden Kartons finden sich die Impulse zum Gespräch und eventuell zur Körperbewegung, die damit ausgeführt werden kann.

Die Themen richten sich nach der Biografie der Teilnehmenden. Die Aktivitäten können sowohl kleinen Gruppen als auch einzelnen Personen angeboten werden.

6.2 Körperliche Aktivierung - Bewegung

Eine körperliche Aktivierung hat verschiedene positive Auswirkungen auf das Leben eines Menschen mit einer Demenzerkrankung. Bewegung fördert die Durchblutung und damit auch die Sauerstoffversorgung des Gehirns. Damit verbunden ist ein verlangsamter Abbau kognitiver Leistungen. Ein gezieltes Bewegungstraining hilft Menschen mit einer Demenzerkrankung, die körperlichen und motorischen Kompetenzen zu erhalten, die gebraucht werden, um den Alltag möglichst selbstständig zu meistern. Eine regelmässige körperliche Aktivierung hat positive Auswirkungen auf typische Verhaltensauffälligkeiten, z.B. auf Schlafstörungen oder depressive Verstimmungen. Das AZB bietet körperliche Aktivierung in Form von Gruppenaktivierung (Turnen, Bewegung mit Musik) wie auch als Einzelaktivität an (Gehtraining, Bewegungsübungen, Spaziergänge).

6.3 Singen und Musik

Musik hilft Menschen, sowohl mit anderen Menschen als auch mit der eigenen Gefühlswelt und dem eigenen Körper in Kontakt zu treten. Musik vermag, die eigene Vergangenheit und die kulturelle Herkunft in Erinnerung zu rufen und ein Gefühl der Verwurzelung und der bleibenden Geborgenheit zu stärken. So sind beispielsweise Liedtexte aus der Kindheit meist auch bei fortgeschrittener Demenz bis auf die letzte Strophe problemlos reproduzierbar, was zu einer momentanen Steigerung des Selbstbewusstseins führen kann. Das AZB bietet Singen als Gruppenaktivität an und ist ein „musikalisches“ Haus, in dem regelmässig musikalische Veranstaltungen angeboten werden. Musik wird im AZB auch individuell genutzt, um das Wohlbefinden zu fördern und um das Verhalten oder die Stimmung positiv zu beeinflussen.

7. Grundsätze in der Kommunikation

7.1 Verbale Kommunikation

Die Kommunikation mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, erfordert als wichtigste Grundlage eine anerkennende und respektvolle Haltung. Zur weiteren Verbesserung der verbalen Kommunikation mit Menschen mit Demenz nennt Sabine Engel (2012) aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse folgende Kernelemente:

- Nicht auf Fehler oder Defizite hinweisen
- Vorsichtige Hilfestellungen bei Wortfindungsproblemen
- Störreize vermeiden
- Sich bei Gesprächen im Blickfeld des Gegenübers aufhalten
- Wenn der Gesprächsfaden verloren geht, vorsichtig den «gerissenen» Gedanken aufnehmen
- Kurze und einfache Sätze verwenden
- Ein Satz soll nur eine Botschaft enthalten
- Langsam und mit Pausen sprechen
- Falls vorhanden Zahnprothese, Hörgeräte und Brille nutzen
- Vorsicht walten lassen bei Pronomen, lieber Namen nennen
- Eindeutige Mimik und Gestik einsetzen
- Themenwechsel langsam vorbereiten
- Vorsicht bzw. verzichten auf Ironie, indirekten Sprechakten und bildhaften Redewendungen
- Schlüsselwörter betonen
- Zur Kommunikation aktivieren

7.2 Kommunikation ohne Worte

Einschränkungen von Sprachproduktion und Sprachverständnis bei Menschen mit einer Demenzerkrankung erfordern, dass bei Fortschreiten der Erkrankung bei der Interaktion der Schwerpunkt auf die nonverbalen Kommunikationsmöglichkeiten gelegt wird. Die Grundvoraussetzung der nonverbalen Kommunikation ist die Bereitschaft des Gegenübers da zu sein, achtsam zu sein und die jeweiligen Einschränkungen bzw. Beeinträchtigung zu erkennen und in die Kommunikation einzubinden. Bei der nonverbalen Kommunikation spielen Nähe-Distanzverhalten, Geruch, Körperhaltung, Körperspannung, Atmung, Blickkontakt, Berührung, etc. eine wichtige Rolle. Bereits das 'mitteilende Schweigen' ist Basis eines Dialogs, welcher sich ganz ohne Worte ausdrücken kann.

8. Aktivitäten des täglichen Lebens

Lebensaktivitäten bestimmen den Alltag eines jeden Menschen. Er gestaltet sie nach seinen grundlegenden Lebensbedürfnissen. Diese Lebensaktivitäten beeinflussen die persönliche Lebensqualität. Menschen mit einer Demenzerkrankung weisen zunehmend Lücken in der Fähigkeit der Selbstgestaltung dieser Aktivitäten auf. Erworbene Alltagskompetenzen gehen stufenweise verloren. Als Folge davon müssen Pflege-, Betreuungs- und Begleitungsleistungen zunehmend intensiviert werden. In den folgenden Abschnitten werden Auswirkungen einer fortgeschrittenen Demenz auf ausgewählte Lebensaktivitäten beschrieben und für die Pflege und Betreuung relevante Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt.

8.1 Essen und trinken

Grundsätze

Mahlzeiten sind mehr als Nahrungsaufnahme. Sie sind wichtige Orientierungspunkte im Tagesablauf. Sie sind auch Grundlage von Erleben und im besten Fall von Gemeinschaft.

Menschen mit Demenz spüren manchmal keinen Hunger und Durst bzw. haben kein Sättigungsgefühl mehr. Es kommt vor, dass Menschen mit Demenz den Gebrauch von Geschirr und Besteck vergessen. Spezielle Darreichungsformen (z.B. Finger-Food) können geeignete Alternativen sein, sind jedoch nicht für alle Menschen und in jedem Setting geeignet. Menschen mit Demenz müssen vor der Kritik anderer geschützt werden, wenn sie die allgemeinen Essgepflogenheiten nicht mehr einhalten können.

Ist das Einnehmen der Mahlzeiten im Speisesaal nicht mehr möglich, werden Menschen mit Demenz auf dem Stockwerk in einer ruhigen, wohnlichen Atmosphäre in einer kleinen Gruppe mit Unterstützung gepflegt.

Wird die Einnahme von Nahrung und Getränken verweigert, wird geprüft, ob behebbare Gründe vorliegen, die dazu führen (z.B. Zahnschmerzen, Zeitdruck, Lärm, ungeeignete Lebensmittel). Liegen keine solchen Gründe vor, wird dieses Verhalten als nonverbale Willensäußerung, nicht mehr essen oder trinken zu wollen, akzeptiert.

Auswirkungen der Demenzerkrankung in späten Phasen

- Apraxie ist eine Störung der willkürlichen, zielgerichteten Bewegungen bei intakter motorischer Funktion (z.B. Umgang mit Besteck, Tassen und Gläsern).
- Agnosie ist eine Erkenntnisstörung trotz intakter Sinnesorgane. Es werden z.B. Speisen auf dem Teller nicht mehr erkannt oder das Wissen, was mit dem Essbesteck gemacht wird, kann nicht mehr abgerufen werden.
- Entscheidungsunfähigkeit bei mehreren Komponenten auf dem Teller.
- Dysphagie, d.h. Störungen beim Beissen, Kauen und Schlucken von Nahrungsmitteln und Getränken.
- Aspirieren, d.h. Eindringen von Nahrung in die Atemwege.
- Hunger- und Durstgefühle werden nicht mehr wahrgenommen bzw. können nicht zugeordnet werden. Dies kann zu einer Gewichtsabnahme und einer Dehydrierung führen.
- Kachexie ist ein pathologischer Gewichtsverlust, der einhergeht mit Blutarmut, Appetitlosigkeit und Kräfteschwund.

Unterstützungsmöglichkeiten

- Genügend Ruhe- und Essenszeiten gewähren und diese auf den ganzen Tag verteilen.
- Kleine Zwischenmahlzeiten (bei Bedarf auch nachts) anbieten
- Unterstützung nach dem Grundsatz «nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich».
- Jahreszeiten, Brauchtum, Rituale berücksichtigen.
- Biografiebezogene Verpflegung und entsprechendes Essmilieu. Dabei gilt es unter anderem, die regionale Küche und das Essen aus der Kindheit und der Jugendzeit zu berücksichtigen.

- Essdünfte ermöglichen (Buffet, kochen und backen auf Stockwerken) um die Sinne anzuregen.
- Fingerfood und „Food-Tankstellen“ anbieten

8.2 Ruhen und Schlafen

Auswirkungen der Demenzerkrankung

- Zunehmende Unruhe am späten Nachmittag und am Abend.
- Agitation am Morgen (kann auch in Zusammenhang mit einer Depression auftreten).
- Zubettgehen und Einschlafen kann schwierig werden.
- Längere Wachperioden in der Nacht, aufstehen und Drang zu Aktivitäten.
- Beim polyphasischen Schlaf wird der Schlafbedarf nicht am Stück, sondern in mindestens drei Schlafphasen gedeckt. Dabei sind Schlaf- und Wachphasen unabhängig von Tages- und Nachtzeit.
- Bei der Tag-und Nacht-Umkehr wird der Tag zur Nacht und die Nacht zum Tag.

Unterstützungsmöglichkeiten

- Genügend Aktivitäten und soziale Kontakte am Tag ermöglichen.
- Viel Bewegung tagsüber, möglichst im Freien, z. B. durch Spaziergänge. Die Aufnahme von genügend Tageslicht unterstützt die Produktion des körpereigenen Hormons Melatonin, das den Schlaf reguliert.
- Klare, einfache, gleichbleibende und möglichst vertraute Tagesstruktur.
- Am Abend gedämpftes Licht. Reize und Aufregung vermeiden.
- Friedliches, beruhigendes Abend- und/oder Einschlafritual, Entspannungstee, sanfte Musik.
- Abklären von körperlichen Ursachen für den gestörten Schlaf (z.B. Schmerzen, Halluzinationen, Depressionen, Hunger oder Durst, Nebenwirkungen von Medikamenten).
- Kaffee kann bei Menschen mit einer Demenzerkrankung entspannend wirken und sie schläfrig machen.
- Bei Schlafmedikamenten ist die erhöhte Sturzgefahr zu beachten.
- Verständnis für die Rhythmusänderung, wenn der Tag zur Nacht wird. Oft ist diese Änderung eine zeitlich begrenzte Phase im Verlauf der Krankheit.

8.3 Der Gang zur Toilette

Auswirkungen der Demenzerkrankung

- Durch die Demenzerkrankung kann die notwendige Verknüpfung von verschiedenen kognitiven Fähigkeiten verloren gehen, welche zur Ausführung dieser Aktivität notwendig sind (z.B. Ausscheidungsbedürfnis wahrnehmen, Entscheidung für den Toilettengang treffen, Toilette finden, sich entkleiden und die Entleerung gezielt durchführen). Dadurch entsteht eine nicht steuerbare Situation bei der Entleerung der Blase und des Enddarms.
- Das Schamgefühl erschwert die Akzeptanz von Unterstützungsleistungen.

Unterstützungsmöglichkeiten

- Täglich ballaststoffreiche Ernährung einnehmen und genügend trinken, d.h. 2–3 Liter Flüssigkeit, bei Bedarf leicht abführende Getränke und Nahrungsmittel anbieten (z.B. Apfelsaft).
- Auf eine regelmässige Darmentleerung achten (Stuhlprotokoll führen) und bei Anzeichen von Verstopfung Laxantien und/oder Klistiere frühzeitig verabreichen.
- Intimsphäre wahren.
- Einlagen langsam wechseln, eventuell unter dem Deckbett.
- Auf nonverbale Signale oder Bedürfnisse achten.
- Regelmässig zum Toilettengang animieren oder direkt auf die Toilette begleiten.
- Leicht zu öffnende Kleidungsstücke benutzen.
- Klar erkennbare Toiletteneingänge, gute Beleuchtung.
- Bequemes Sitzen ermöglichen (evtl. Aufsatz, Schemel).
- Erfolg bestätigen, eventuell loben und sich bedanken.
- Basale Stimulation durch langsame Streichbewegungen des Bauches in Darmrichtung.

8.4 Sich bewegen

Auswirkungen der Demenzerkrankung

- Die erlernte, hochkomplexe Planung, Steuerung und Koordination des Gehens geht verloren.
- Unfähigkeit zur Ausführung gleichzeitiger Handlungen (z.B. jemandem beim Gehen zuhören oder etwas erzählen).
- Stellt man eine Frage, steht der Demenzkranke abrupt still und versucht, diese zu beantworten.
- Bewegungsprobleme entstehen oft in Kombination mit anderen Einschränkungen (z.B. eingeschränkte Wahrnehmung der Oberfläche von Gehstrecken, Seh- und Hörprobleme, Gelenkschmerzen, schwindende Muskelkraft).
- Zunehmende Sturzgefahr.
- Teilweise, d.h. bei etwa 10–20 Prozent aller Patienten mit fortgeschrittener Demenz, treten unmotivierte motorische Bewegungsmuster auf (z.B. Umherstreifen, Umherirren).

Unterstützungsmöglichkeiten

- Für eine Sturzprophylaxe ist an unterschiedliche Massnahmen zu denken (Zimmermöblierung, Beleuchtung, Gehhilfen, Haltestangen, aber auch an die Verbesserung der Sehfähigkeit (Brille) und des Gehörs (Hörapparat)).
- Eine proteinreiche Ernährung kann die muskuläre Stabilität und Balance unterstützen.
- Ressourcen und Fähigkeiten vorausschauend einschätzen, nicht überfordern.

- Bewegungsabläufe nicht im «Hauruckverfahren», sondern nach kinästhetischen Grundsätzen ausführen.
- Bewegungskompetenz durch den gezielten Einsatz von rhythmischen Kadenzen fördern, z.B. durch Singen, Taktklopfen oder Tanzen.

8.5 Sexualität leben

Auswirkungen der Demenzerkrankung

- Das Bedürfnis nach Nähe und Intimität kann sich infolge der Krankheit Demenz verändern.
- Eigene Bedürfnisse können im Vordergrund stehen, z.T. kommt es, insbesondere bei einer frontotemporalen Demenz, zu einer Enthemmung, da die Selbstkontrolle vermindert ist.
- Die sozialen und moralischen Verhaltensformen können verloren gehen. Auch Hemmschwellen können schwinden. Dies kann ein unangepasstes Verhalten, mitunter auch in der Öffentlichkeit, zur Folge haben (grobe Wörter, Annäherungsversuche, Berühren des eigenen Intimbereichs oder des Intimbereichs anderer Personen).
- Das Schamgefühl im eigentlichen Sinne ist oft nicht mehr vorhanden.
- Da Menschen mit einer Demenzerkrankung eher in der Vergangenheit als in der Gegenwart leben, nehmen sie sich selbst häufig als jung wahr und wissen beispielsweise nicht mehr, dass sie verheiratet waren oder sind.
- Sie können sich bei der Intimpflege bedroht oder stimuliert fühlen.

Unterstützungsmöglichkeiten

- Privat- und Intimsphäre wahren.
- Spärlich bekleidete oder sexuell erregte Person umsichtig vor fremden Blicken schützen.
- Bei der Intimpflege begleitend erklären, was gemacht wird und was die Rolle der pflegenden Person ist.

9. Herausforderndes Verhalten

Im Verlauf der Krankheit kann sich das Verhalten von Menschen mit einer Demenzerkrankung so verändern, dass es als störend und problematisch empfunden wird. Verhalten ist immer im Beziehungskontext zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu betrachten und zu verstehen, d.h. das Verhalten einer Person steht immer in Beziehung zu ihrer aktuellen Umwelt. Daher ist neben der Lebensgeschichte auch diese Beziehung zu berücksichtigen, um ein Verhalten verstehen zu können.

9.1 Herausforderndes Verhalten - Verhaltenssymptome

Herausforderndes Verhalten im Sinne von psychischen Symptomen und Verhaltenssymptomen ist bei Menschen mit einer Demenzerkrankung sehr häufig: 80–90 Prozent aller Erkrankten sind im Verlauf ihrer Krankheit davon betroffen. Als häufigste Symptome sind bekannt:

- Agitation (Angetrieben sein/Aggression)
- Reizbarkeit, Apathie (Teilnahmslosigkeit)

- Depression
- Ängstlichkeit
- Wahnvorstellungen
- Enthemmung
- Abweichendes motorisches Verhalten
- Euphorie
- Halluzinationen

Herausforderndes Verhalten kann in verschiedenen Stadien der demenziellen Erkrankung in unterschiedlichen Ausprägungen und Kombinationen auftreten. Dieses Verhalten belastet Erkrankte, Angehörige, Betreuende und Pflegende oft stärker als die kognitiven Einschränkungen. Herausforderndes Verhalten kann viele Gründe haben, wobei diese oft nicht klar zu eruieren sind.

9.2 Vorgehen bei Verhaltensveränderungen – Serial Trial Intervention (STI)

Im AZB wird bei herausforderndem Verhalten von Bewohnerinnen und Bewohnern mithilfe des Modells STI gearbeitet. „Serial“ bedeutet dabei seriell im Sinne einer Abfolge, „Trial“ ist der Versuch und „Intervention“ entspricht einer systematischen, zielgerichteten Handlung (Massnahme). Die grundlegenden Haltungen und Absichten von STI sind

- Erkennen von herausfordernden Verhaltensweisen
- Verhaltensweisen als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse begreifen (siehe auch nachfolgenden Abschnitt über das NDB Modell)
- Die Verhaltensweisen (und ihre Ursachen) beurteilen
- Die Verhaltensweisen behandeln, indem das ihnen zugrunde liegende Bedürfnis befriedigt wird.
- Erkennen des oft unterschätzten Zusammenhangs zwischen herausforderndem Verhalten und Schmerz
- Reduktion von Psychopharmaka auf ein Mindestmass

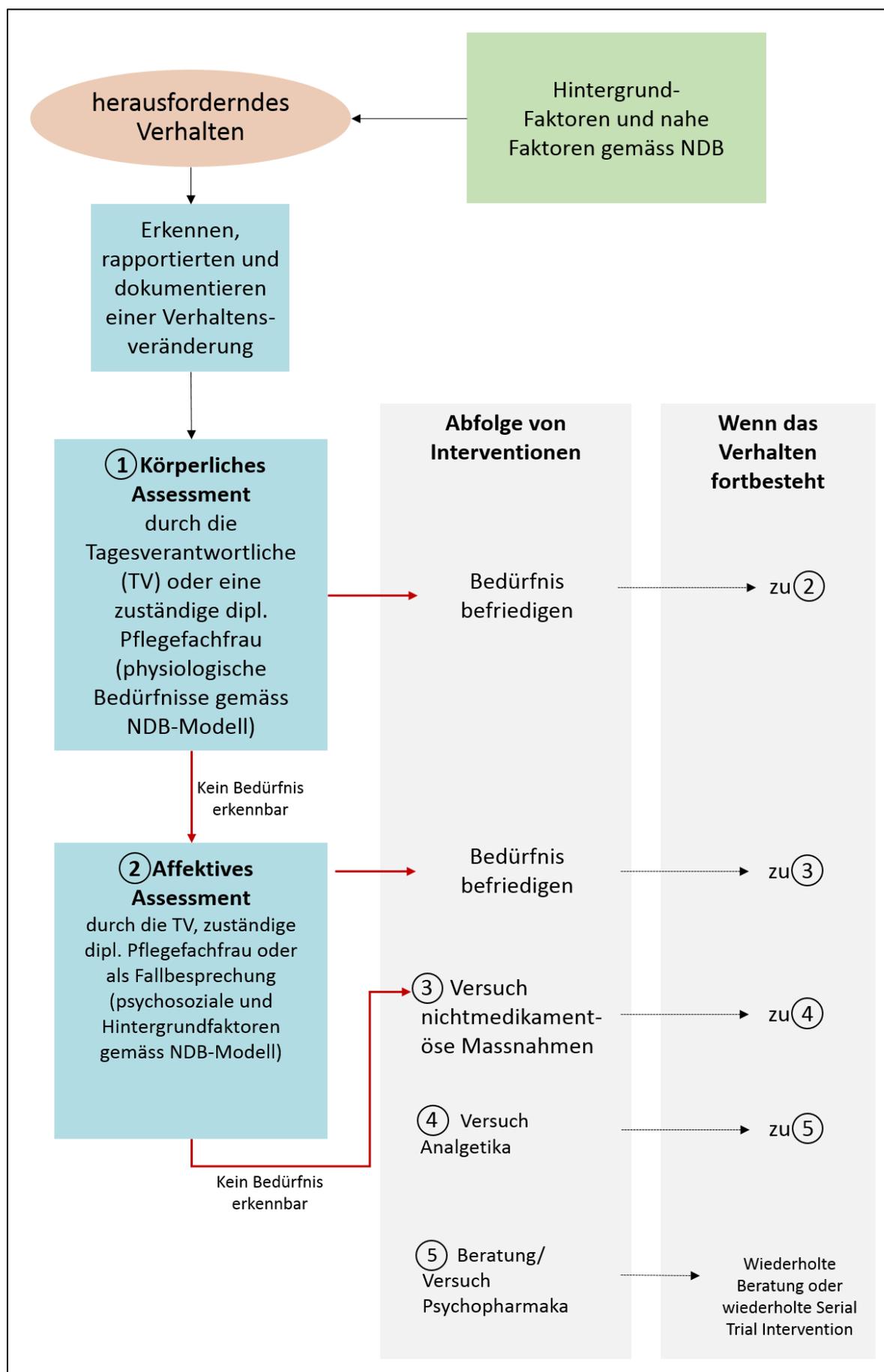


Abbildung „Vorgehen bei herausforderndem Verhalten gemäss Modell STI“

Das NDB-Modell

Eine handhabbare Übersicht über mögliche Ursachen und Auslöser für herausforderndes Verhalten bietet das sogenannte NDB-Modell (need-driven dementia-compromised behavior model), das von einer Gruppe von nordamerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen entwickelt wurde. Das NDB-Modell wird im deutschsprachigen Raum als «bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz» bezeichnet.

Das Modell unterscheidet zwei Arten von Variablen oder Faktoren, die ein Verhalten beeinflussen. Es handelt sich dabei einerseits um Hintergrundfaktoren, welche durch Interventionen kaum beeinflusst werden können. Die Beschreibung dieser Faktoren hilft aber, Risiken zu erfassen. Zur Gruppe der Hintergrundfaktoren zählen etwa der Gesundheitsstatus, physische und kognitive Fähigkeiten, aber auch Merkmale, die in die Krankheit mitgebracht wurden (z.B. Persönlichkeitseigenschaften, Reaktionen auf Belastungen). Die zweite Gruppe von Faktoren wird als nahe Faktoren bezeichnet. Diese können eher beeinflusst werden. Zu ihnen gehören physiologische Bedürfnisse (z.B. Schmerzen, Hunger, Durst, Schlafstörungen), psychosoziale Bedürfnisse, Umgebungsreize (z.B. Licht, Farben, Lärm, Geräusche) sowie die soziale Umgebung (z.B. Kontinuität des Personals, Spannungen im Team oder mit Angehörigen).

Hintergrundfaktoren	Nahe Faktoren
Neurologisch <ul style="list-style-type: none"> ■ Tages-Nachtrhythmus ■ Motorische Fähigkeiten ■ Gedächtnisfähigkeiten/Merkfähigkeit ■ Sprache ■ Sensorische Fähigkeiten 	Physiologische Bedürfnisse <ul style="list-style-type: none"> ■ Hunger und Durst ■ Ausscheidung ■ Schmerz ■ Unwohlsein, Hitze, Kälte ■ Schlafstörungen ■ Veränderungen im Gesundheitszustand
Gesundheitsstatus, Biografie <ul style="list-style-type: none"> ■ Allgemeinzustand ■ Funktionsfähigkeit (Aktivitäten des täglichen Lebens) ■ Affekt ■ Geschlecht ■ Ethnie ■ Familienstand ■ Schulbildung ■ Beruf 	Psychosoziale Faktoren <ul style="list-style-type: none"> ■ Affekt, Emotionen (Angst, Trauer Langeweile, Reizüberflutung) ■ Anpassung der Unterstützung an die Fähigkeiten ■ Abhängigkeit von Pflege
Psychosoziale Variablen <ul style="list-style-type: none"> ■ Persönlichkeit (s. Biografie) ■ Verhaltensweisen auf Stress 	Umgebung <ul style="list-style-type: none"> ■ Gestaltung, Design ■ Routine/Stationsalltag (pflegerische Situation) ■ Licht ■ Geräusche ■ Wärme/Kälte ■ Stabilität/Wechsel in sozialen Beziehungen ■ Präsenz von anderen Menschen

Tabelle *Hintergrund- und nahe Faktoren*

9.3 Beobachtungsphase

Bei Menschen mit einer Demenzerkrankung kommt dem Beobachten des täglichen Verhaltens eine sehr wichtige Bedeutung zu. Im AZB wird bei verändertem Verhalten, insbesondere bei auftretendem herausforderndem Verhalten durch die Tagesverantwortliche entschieden, ob genügend Wissen für eine Serial Trial Intervention (STI) vorhanden ist, oder ob es eine zusätzliche spezifische BESA-Beobachtungsphase („Verhaltensmonitoring“) braucht. Der Entscheid für eine solche Beobachtungsphase kann auch während eines STI's erfolgen.

Wird im BESA eine Beobachtungsphase aufgeschaltet, bedeutet dies, dass während dieser Phase die entsprechenden Beobachtungen auf dem Formular „Darstellung von Verhaltensmuster“ eingetragen werden. Das Formular wird nach Ablauf im Bewohnerdossier aufbewahrt.

9.4 Deeskalation und Notsituationen

Im AZB angewendete Interventionsmöglichkeiten zur Deeskalation

- Wenn bekannt: Vermeiden oder Minimieren von Auslösefaktoren
- Auf eigene Sicherheit achten
- Reizabschirmung bzw. Reizreduktion
- Personenwechsel
- Ablenkung bzw. aus der Situation aussteigen, dazu können auch räumliche bzw. örtliche Veränderungen dienen
- Vertrauen aufbauen, um Spannungen und Angst zu reduzieren (freundliches Gesicht, eigene Körperhaltung und Stimmlage reflektieren)
- Ausschöpfung der Reservemedikation gemäss ärztlicher Verordnung
- Ursachen, Hintergründe und Not der Aggression ermitteln. (Welches Ziel wird mit der Aggression verfolgt?--> siehe Abschnitt STI)

Interventionsmöglichkeiten in Notsituationen (Krisenbewältigung)

Der Schutz und die Sicherheit der Mitarbeitenden und der anderen Anwesenden stehen an erster Stelle!

- Abwehr und/oder Befreiung von körperlichen Angriffen (unter Berücksichtigung der Verhältnismässigkeit)
- Sicherheit aller Beteiligten neu einschätzen
- Alarmierung
- Durchführung von freiheitsbeschränkenden Massnahmen bei Selbst- oder Fremdgefährdung nach den Richtlinien des Erwachsenenschutzrechts und den internen Vorgehensrichtlinien. Diese sind immer verhältnismässig einzusetzen und sind erst dann in Betracht zu ziehen, wenn alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind
- Angemessene Information der Angehörigen
- Nachbearbeitung im Team, Betreuung der involvierten Personen (Mitarbeitende, Mitbewohnende)

10. Spiritualität und Religiosität

Im AZB soll es auch Menschen mit Demenz möglich sein, gemäss ihren Bedürfnissen und Wünschen (Biografie) sowie den vorhandenen Fähigkeiten ihre Religionszugehörigkeit resp. ihre Spiritualität zu leben. Einmal wöchentlich findet im Haus eine Andacht statt, und es besteht die Möglichkeit an ausgewählten Sonntagen mit dem Fahrdienst den Gottesdienst zu besuchen. Fachleute der Landeskirchen stehen individuell für Betreuungsgespräche zur Verfügung. Mitarbeitende der Pflege können in alltäglichen Ritualen Unterstützung bieten (Hilfe bei einem Gebet, einschalten des Fernsehgeräts für die Übertragung eines Gottesdienstes, Vorlesen eines Textes, usw.)

Traditionell werden im AZB Weihnachten und Ostern gemeinsam mit den Bewohnern und Bewohnerinnen gefeiert. Dabei werden auch Menschen mit Demenz bei den Vorbereitungsarbeiten und Ritualen aktiv miteinbezogen.

Der deutsche Diplomat, Psychotherapeut und Zen-Lehrer Karlfried Graf Dürckheim (1896–1988) geht von drei Grundängsten des menschlichen Lebens aus: Angst vor dem Alleingelassen sein, Angst vor Verlusterfahrungen, Angst vor der Sinnlosigkeit. Wichtig sind deshalb:

- Aufgehobensein, Getragensein, Geborgenheit
- Kraft, Zuversicht, Hoffnung
- Sinn, Ordnung Klarheit

Die Vermutung besteht, dass sich diese drei Dimensionen von Spiritualität im Verlauf einer Demenzkrankheit in ihrer Wichtigkeit verändern. Aber bis zuletzt hat der Aspekt von Aufgehoben sein, Getragen sein, Geborgenheit eine grosse Bedeutung.

11. Lebensende

Das im AZB geltende Palliativ Konzept gilt auch für Menschen mit Demenz und beinhaltet ein Kapitel „Palliative Care für Menschen mit Demenz“.

12. Personal, Schulung und Weiterbildung

Personal

Die professionelle Betreuung von Menschen mit Demenz in einem konventionellen, gemischten Betreuungsrahmen stellt hohe Anforderungen an die fachliche Kompetenz und an die persönliche Reife der Mitarbeitenden aller Bereiche. Die grundlegenden Anforderungen an die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen sind in den entsprechenden Funktionsbeschreibungen formuliert und werden an den jährlichen Mitarbeitergesprächen zielorientiert beurteilt.

Bei der Rekrutierung der Mitarbeitenden für das Pflege- und Betreuungsteam wird ein spezielles Augenmerk auf Eignung, Neigung und Interesse für die Arbeit mit Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, gelegt.

Mitarbeitende aus anderen Bereichen sowie freiwillige Mitarbeitende haben Zugang zu der Richtlinie Demenz und werden im Umgang mit Bewohnern und Bewohnerinnen, die an einer dementiellen Erkrankung leiden, intern geschult.

Lernende FaGe

Das AZB befähigt die Auszubildenden stufengerecht, das Verhalten von Menschen mit Demenz und die Symptome einer dementiellen Erkrankung zu erkennen und zu verstehen. Auszubildende lernen im Verlauf ihrer Ausbildungszeit die Grundlagen für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz kennen und können diese in die Praxis umsetzen.

Fort- und Weiterbildung

Durch interne und externe Weiterbildungen werden Professionalität und Qualität sichergestellt. Die Leitung Pflege überprüft jährlich im Vorfeld der Mitarbeitergespräche ob die nötige Fachkompetenz im Team, resp. bei einzelnen Mitarbeitern vorhanden ist und ergreift bei Bedarf entsprechende Massnahmen. Dabei kann es Sinn machen, einzelne Mitarbeitende gezielt auszubilden, so dass sie ihr Wissen dem Team anlässlich von internen Weiterbildungen weitergeben können. Diese Fachspezialistinnen unterstützen das Team bei aussergewöhnlichen, herausfordernden Situationen und werden bei Fallbesprechungen hinzugezogen.

Die nötige Fachkompetenz umfasst für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz insbesondere folgende Aspekte:

- Kennen der Krankheitsbilder der Demenz, Verlauf und Auswirkungen auf die Betroffenen, die Angehörigen und die Pflegenden.
- Kennen und Anwenden der im AZB gelten Grundlagen und Theorien (person-zentrierter Ansatz von Kitwood, Validation VA-CH, Biografiearbeit, Basale Stimulation)
- Kommunikation mit Menschen mit Demenz
- Umgang mit herausforderndem Verhalten

13. Qualitätsmanagement

Einführung/Umsetzung der Richtlinie Demenz

Nach Erstellung und bei wesentlichen Änderungen wird die Richtlinie Demenz des AZB den Mitarbeitenden im Rahmen einer Informationsveranstaltung vermittelt.

Während der Einführungszeit erhalten die neuen Mitarbeitenden die Gelegenheit, die Richtlinie Demenz zu lesen und bestätigen dies mit ihrem Visum auf dem Dokument „Einführung Übersicht“.

Rückmeldung zur Umsetzung

Wir nutzen verschiedene Möglichkeiten, um aktiv Rückmeldungen zur Umsetzung unserer Richtlinie Demenz einzuholen. Dazu gehören: Arbeitssitzungen, Pflegerapporte, Fallbesprechungen, interne Fortbildungen, Angehörigengespräche, Umfragen, Mitarbeiterbeurteilungen usw.

Weiterentwicklung der Richtlinie Demenz

Die Richtlinie Demenz wird spätestens alle vier Jahre durch die Leitung Pflege an den aktuellen Entwicklungen, neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sonstigen Anregungen aus Theorie und Praxis gemessen und überprüft.

Im Falle eines Veränderungsbedarfes an der Richtlinie werden entsprechende Vorschläge erarbeitet. Die neuen Elemente werden im Team besprochen und gegebenenfalls in einem vereinbarten Zeitrahmen erprobt, evaluiert und eingeführt.

14. Quellen und Literatur

Die vorliegende Richtlinie Demenz basiert auf der Demenzbox von Curaviva und dem Musterkonzept von Curaviva Thurgau. Die Quellenangaben sind in einem separaten Literaturverzeichnis aufgeführt.

Nützliche Links

<https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Demenz/Zur-Demenzbox/Pv9rG/>

<https://www.alzheimer-schweiz.ch/startseite/>

<https://alzheimer.ch/>

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html>