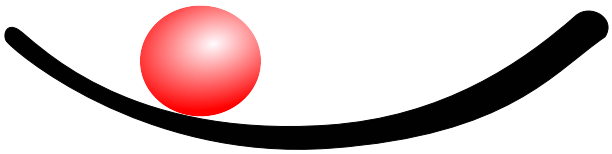


Herausforderung Demenz
Fachtagung 18.11.2006

Rhein-Sieg-Kreis

:rhein-sieg-kreis

Impressum

Herausgeber: Rhein-Sieg-Kreis
Der Landrat
Gesundheitsamt
Abteilung Koordination der Gesundheitsförderung
Kaiser-Wilhelm-Platz 1
53721 Siegburg
www.rhein-sieg-kreis.de

Text: Referentinnen und Referenten der Fachtagung
Schriftführerinnen und Schriftführer der Workshops

Gestaltung: Karl-Heinz Arenz
Paul Mandt

Siegburg, im März 2007

1. Auflage 1 - 150

"Herausforderung Demenz"
Fachtagung 18.11.2006
Rhein-Sieg-Kreis
in Kooperation mit dem
Demenznetz Bonn Rhein-Sieg
und der

Landesinitiative Demenz-Service
NRW.
Demenz-Servicezentrum für die Region
Köln und das südliche Rheinland

Vorwort

Neben Depressionen und Angststörungen ist die Demenz die mit Abstand häufigst vorkommende psychische Erkrankung der über 70-Jährigen.

Bleibt ein Durchbruch bei der Prävention und Therapie der Demenz aus, ist aufgrund der demographischen Entwicklung auch im Rhein-Sieg-Kreis mit einer steigenden Zahl von an Demenz erkrankten Menschen zu rechnen. Der Anteil der über 70-Jährigen wird sich von derzeit 61.000 bis zum Jahr 2020 auf ca. 97.000 erhöhen. Somit steigt auch die Zahl der psychisch Erkrankten in dieser Altersgruppe von ca. 15.000 auf voraussichtlich über 25.000 Menschen an. Über 70% der an Demenz erkrankten Menschen werden zu Hause gepflegt.

Daher kommt der Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte als Kernpunkt des Konzeptes zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreisgebiet eine große, nicht zuletzt auch gesamtgesellschaftliche Bedeutung zu.

Aus diesem Grunde haben das Demenznetz Bonn Rhein-Sieg, das Demenzservicezentrum für Köln und das südliche Rheinland in Zusammenarbeit mit dem Rhein-Sieg-Kreis die Fachtagung *Herausforderung Demenz* organisiert. Über 200 Fachkräfte aus der stationären und ambulanten Pflege aber auch pflegende Angehörige und Ärzte nahmen an der Veranstaltung teil.

Die überaus positive Resonanz der Tagungsteilnehmer zeigt, dass viele Impulse für die Pflege und Versorgung von demenzkranken Menschen in unserer Region von dieser Fachtagung ausgegangen sind.

Um diese Impulse auch nachhaltig wirken zu lassen, freue ich mich, Ihnen die vorliegende Dokumentation der Vorträge und Workshops zu überreichen.

Ein besonderer Dank gilt dem Verein Gerontopsychiatrische Kompetenz Bonn e.V., der diese Fachtagung finanziell unterstützt hat, sowie den Referenten und Moderatoren, die auf Honorarforderungen verzichteten und somit die Veranstaltung erst möglich machten.

Siegburg im Februar 2006

Frithjof Kühn
Landrat

Inhaltsverzeichnis

I. Vorträge **9**

1. Demenz – Schicksal für Patienten – Herausforderung für Betreute **9**

2. Demenz braucht Bindung **17**

3. Hospitzarbeit und Sterbebegleitung **25**

4. Migration und Demenz **37**

5. Demenz und Sexualität **45**

6. Essen und Trinken bei Demenz **49**

7. Nichtmedikamentöse Therapie **61**

8. Hauswohngemeinschaften **83**

9. Sturzprophylaxe **101**

II. Workshops **115**

10. Essen und Trinken bei Demenz **115**

11. Demenz und Sexualität **133**

12. Kommunikation und Biographie **135**

13. Hauswohngemeinschaften und neue Konzepte **143**

14. Frühdiagnostik und Therapie **145**

15. Sterbebegleitung **157**

16. Sturzprophylaxe **161**

17. Referenten und Moderatoren **165**

18. Presse **167**

Teil I.

Vorträge

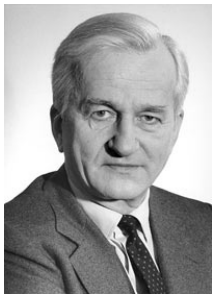
1. Demenz – Schicksal für Patienten – Herausforderung für Betreute

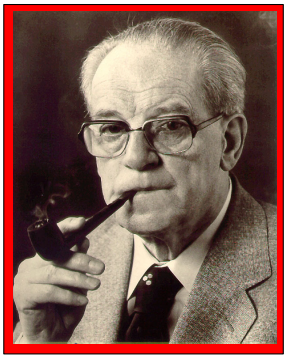
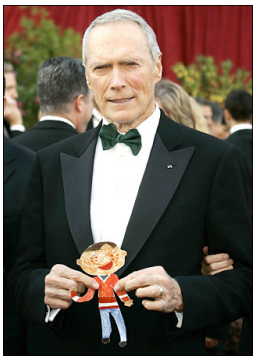
Alzheimer Demenz:

Schicksal für Patienten – Herausforderung für Betreuende

Frank Jessen

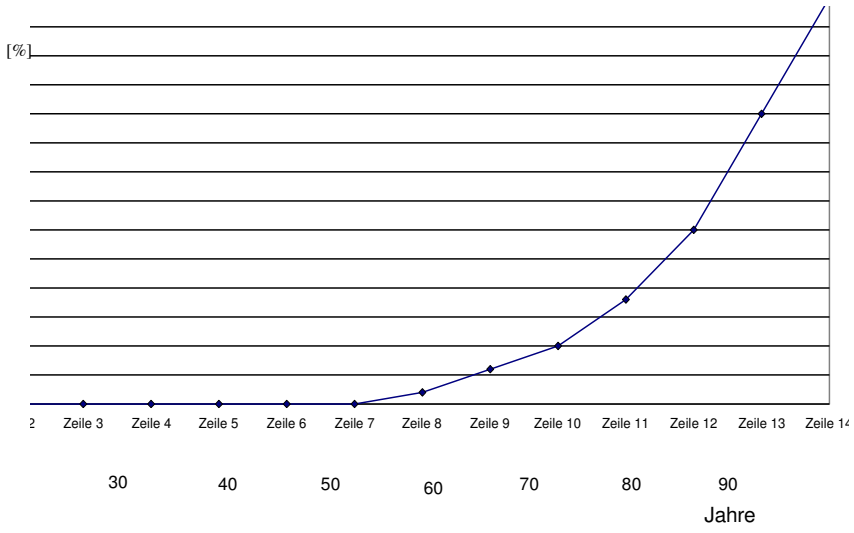
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Ist die Alzheimer Demenz eine schicksalhafte Erkrankung ?

Wer bekommt eine Demenz ?



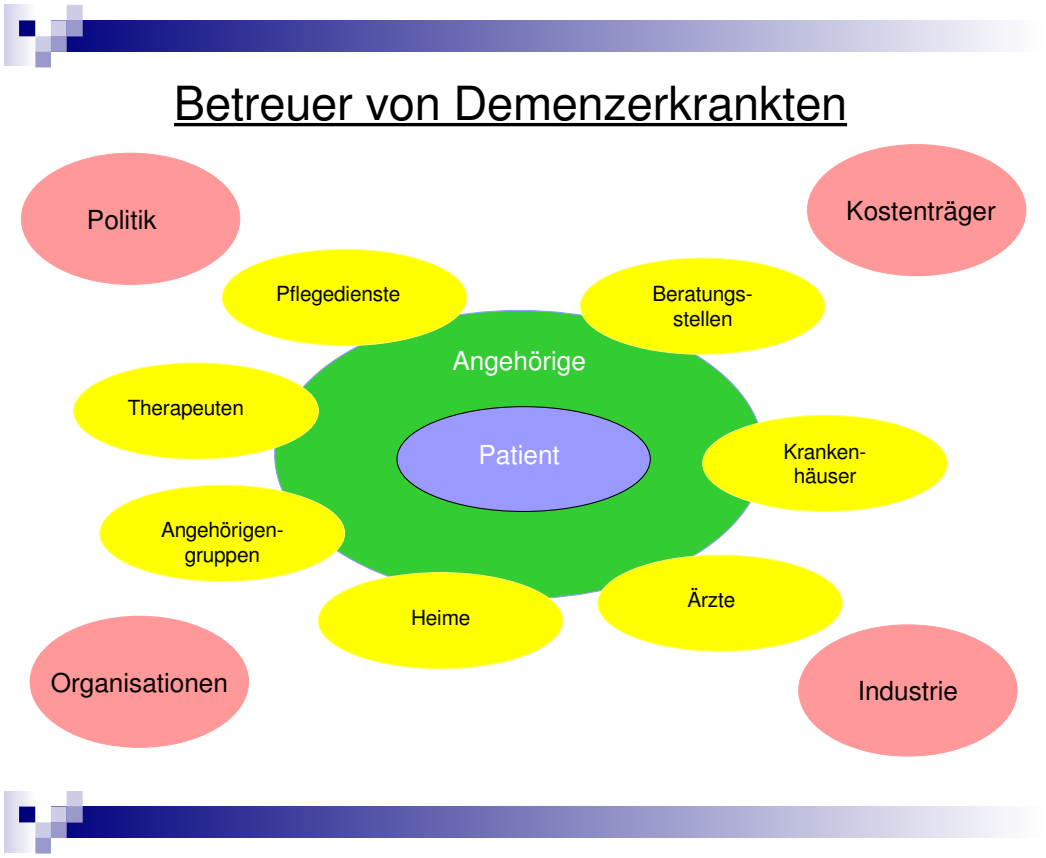
alte Menschen bekommen eine Demenz

Demenzrisiko: modifizierende Faktoren

Risikofaktoren:	***Schutzfaktoren:***
→ Alter	→ Östrogensubstitution (Frauen)
→ APO-Lipoprotein E Allel 4	→ Antiphlogistika
→ Familiäre Belastung mit Alzheimer-Demenz	→ Lipidsenker (Statine) (?)
→ Weibliches Geschlecht	→ mentale Reservekapazität
→ Schädel-Hirn-Trauma	→ Körperliche Aktivität
→ kardio-vask. Risikofaktoren	→ Geistige Aktivität
→ Niedriges Bildungsniveau	→ Soziale Aktivität
	→ „mediterane Diät“

Demenz als Schicksal

- Ein hohes Lebensalter ist der Hauptrisikofaktor für Demenz
- Risiko-modifizierende Faktoren sind nur zum Teil beeinflussbar
- Beeinflussbare Faktoren haben nur einen begrenzten Effekt
- Eine kausale Therapie steht heute nicht zur Verfügung
- Heutige Therapien beeinflussen das Fortschreiten der Erkrankung nur gering



Herausforderung: Betreuung von Demenzerkrankten

"Eine gute Betreuung Demenzkranker kann nur dann verwirklicht werden, wenn es gelingt, die innere Welt der Kranken, d.h. ihre Wahrnehmungen, das Erleben und die Denkvorgänge zu verstehen und in den Mittelpunkt aller Bemühungen zu stellen." (Wojnar, 2001)

Stadien der Demenz – frühe Phase

Kognitive Störungen:

- Kurzzeitgedächtnis
- Wortfindung
- Orientierung (Zeit)

Nicht-kognitive Symptome:

- Depression
- Angst
- Rückzug
- Aggression

Innere Welt des Patienten

- Verunsicherung
- Angst
- Abwehr
- Ratlosigkeit

Notwendigkeit in der Betreuung:

- Klärung der Erkrankung
- Aufklärung / Beratung
- Bearbeitung von Konflikten
- Vermittlung von Perspektiven

Stadien der Demenz – mittlere Phase

Kognitive Störungen:

- Langzeitgedächtnis
- Orientierung (Ort, Person)
- komplexe Handlungsabläufe

Nicht-kognitive Symptome:

- Apathie
- Aggression
- Halluzination
- Wahn
- Schlafstörungen

Innere Welt des Patienten

- Fehlen von Selbstreflexion
- Ausgeliefert sein an Eindrücke
- Verlust des Bezugs zur Zeit
- Verlust der Biographie

Notwendigkeit in der Betreuung:

- Akzeptanz
- Vermittlung von Sicherheit
- Übernahme von Verantwortung

Stadien der Demenz – späte Phase

Kognitive Störungen:

- Sprachproduktion / Verständnis
- einfache Tätigkeiten
- Kontinenz

Nicht-kognitive Symptome:

- Apathie
- Psychomotorische Unruhe

Innere Welt des Patienten

- Fehlen von Ausdrucksfähigkeit
- Vollständige Hilflosigkeit
- Verlust von vitalen Antrieben

Notwendigkeit in der Betreuung:

- Bedürfnisse erkennen
- Pflegen
- Ernähren
- Sterbebegleitung

Bedürfnisse von Menschen mit Demenz

Nur ein abgestimmtes Vorgehen von Angehörigen und Experten aus verschiedenen Bereichen kann eine stadiengerechte Betreuung von Demenzpatienten gewährleisten –

eine umfassende Kommunikation aller Beteiligten ist daher zwingend erforderlich

- Klärung der Erkrankung
- Aufklärung / Beratung
- Bearbeitung von Konflikten
- Vermittlung von Perspektiven

- Akzeptanz
- Vermittlung von Sicherheit
- Übernahme von Verantwortung

- Bedürfnisse erkennen
- Pflegen
- Ernähren
- Sterbebegleitung

2. Demenz braucht Bindung

Demenz braucht Bindung

Pflegen mit dem Bindungskonzept

Fachtagung

"Herausforderung Demenz"

18. November 2006

Dr. Wilhelm Stuhlmann
Landesverband der Alzheimer Gesellschaften NRW

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Definition von Bindung

- *Bindung ist ein emotionales Band zwischen Personen (Objekten),*
- *das sich während der Kindheit entwickelt, dessen Einfluss aber nicht auf diese Entwicklungsphase beschränkt ist, sondern sich auch auf alle weiteren Lebensabschnitte erstreckt.*
- *Somit stellt Bindung eine emotionale Basis während des ganzen Lebens bis ins höhere Lebensalter hinein dar.*
- *Bindungen beeinflussen die Art und Weise, wie wir Beziehungen wahrnehmen, bewerten und gestalten.*

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Ebenen von Bindung

- Bindung als biologisch notwendiges **Grundbedürfnis** um in den ersten Lebensjahren zu überleben: Genährt werden, Schutz und Geborgenheit erleben
- Bindung als Grundlage (Rückendeckung, sicherer Hafen), sich etwas zuzutrauen um Selbstsicherheit und **Selbstvertrauen** zu entwickeln
- Bindung wird durch bestimmt **Eigenschaften in der Beziehung** gegenseitig gefestigt:
  - Zuverlässigkeit und Feinfühligkeit, Helfen und Hilfe zulassen können, Dankbarkeit zeigen, gegenseitiges Vertrauen
- Frühe Erfahrungen mit Bindung zu den ersten Bezugspersonen prägen ein **Muster für spätere Beziehungen** im Leben (bis lebenslang): es entsteht ein **inneres Modell** (Einstellung) von Beziehungen
- Bindungsmuster wirken **über Generationen** hinweg (Kind-Eltern-Großeltern)

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Feinfühligkeit

- Ist die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Umsetzung von Grundbedürfnissen durch:
  - Wahrnehmung von Signalen – durch aufmerksames Beobachten von Mimik, Gestik, Stimme u.a.
  - Richtige Interpretation der Signale aus der Sicht der Person heraus, d.h. nicht gefärbt durch die Bedürfnisse der Bezugsperson.
  - Prompte Reaktion – damit Verstärkung des Erlebens der eigenen Wirksamkeit der (Pflege) abhängigen Person.
  - Angemessene, die Würde wahrende Reaktion, (Situations-, Alters - und Krankheitsangemessen).
  - Anwendung in den Alltagssituationen der Betreuung, Pflege und Behandlung.

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Bindungsmuster beim Kleinkind und bei Erwachsenen

Untersuchungsmethoden	
Im Alter von 12 - 18 Monaten	**Als Erwachsener**
Induzierung von kurzdauerndem Trennungsstress (sog. fremde Situation)	Bindungsinterviews (z.B. AAI) Projektiver Bindungstest
Bindungsmuster	
sicher	sicher
Unsicher - vermeidend	Unsicher - distanziert
Unsicher - ambivalent	Unsicher - verstrickt
Unsicher - desorganisiert	Unbewältigtes Trauma

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Sicheres Bindungsmuster bei gesunden Erwachsenen und bei Demenz

Bindungstyp	Erwachsener vor der Demenzerkrankung	Demenzkranker
Sicher	Wertschätzung von Bindung, ausgeglichen, einfühlsam, gutes Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Sicherheit gebend, hilfsbereit, positive Gefühlsäußerungen, Gleichgewicht von Nähe und Distanz in Beziehungen	Akzeptanz von Hilfe und Umgehen mit Abhängigkeit, Dankbarkeit zeigen, Vertrauen in Bezugspersonen, Freude, selber helfen wollen, weitgehendes Wohlbefinden

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Unsichere Bindungsmuster bei gesunden Erwachsenen und bei Demenz

Bindungstyp	Erwachsener vor der Demenzerkrankung	Demenzkranker
Unsicher-ambivalent bzw. verstrickt	Unsicher in Beziehungen, Neigung zu Panik, Depressionen und Ängsten, überstarke Abhängigkeit und Verlustängste, Sicherheit fordernd, Idealisierung und Abwertung von Beziehungen	Anklammernd, ängstlich, Hilflosigkeit betonend und Hilfe suchend (rufen), Regression, Wechselnde Stimmungslage, stark aktiviertes Bindungsverhalten
Unsicher - distanziert	Sich autonom gebend, nach außen abweisend und scheinbar unbeeindruckt – nach innen angespannt, Betonung von Autonomie, weniger Empathie, mehr Misstrauen, Probleme mit Nähe und Körperkontakt, kann nicht gut Hilfe annehmen	Verleugnung, Projektion, Misstrauen, wahnhafte Erlebnisverarbeitung und Fehlinterpretation von Situationen, mehr Verhaltensauffälligkeiten mit dem Ziel der Distanzierung, weniger kooperationsbereit und -fähig
Unsicher - desorganisiert	Unbewältigtes Trauma, stark wechselnde Affekte, keine Integration oder Zugang zum Trauma	Situationen der Trauma-Reaktivierung wie z. B. bei (notwendigen?) Grenz-Überschreitungen in der (Intim) Pflege oder Erinnerungen an alte traumatische Ereignisse

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Verhalten zur Bindungssuche und Bindungsvermeidung bei Demenzkranken

	Bindungssuche	Bindungsvermeidung
Auslösende Situationen	Einschränkung der Autonomie, Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Trennung (real oder befürchtet) Bedrohung, Überforderung, Erschöpfung, Krankheit, Schmerzen, Isolation, Umgebungswechsel, ständig wechselnde Bezugspersonen, realer oder vermeintlicher Verlust von Besitz, Angst und Panik, Krankenhausaufenthalt, diagnostische Maßnahmen, schmerzhafte Eingriffe	Einschränkungen der Autonomie durch Zulassen müssen von Nähe und Grenzüberschreitungen bei der (Intim)pflege, unerwünschte oder unangenehme Berührungen, Fehlinterpretation von Situationen, wahnhaftes Erleben, Wiederholung traumatischer Erfahrungen real oder (re)aktiviert aus der Vergangenheit
Verhalten	rufen, weinen, ständiges wiederholen von Fragen (häufig Zeitfragen), schreien, (hin)laufen, Elternsuche, Überzeugung verlassen worden zu sein, nachlaufen, sammeln und horten aber auch helfen wollen, helfen dürfen, Dankbarkeit zeigen	Misstrauen , (Wieder)herstellen der Kontrolle durch Rückzug, Verweigerung, Zurückweisung, Abwehr, verbale und/oder körperliche Aggressivität, Umdeuten von Situationen der Nähe als Bedrohung,

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Was gehört zu einer sicheren Basis bei der Pflege von Demenzkranken?

Pflegeperson	Konstanz der Bezugspersonen (Bezugspflege), absolute Zuverlässigkeit bei Zusagen, Reflektion der eigenen Bindungsgeschichte und Bindungsbedürfnisse, Klärung von Rollen und Aufgaben, Teamzugehörigkeit und Unterstützung durch die Leitung.
Im Umgang mit Demenzkranken	Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soviel und solange es möglich ist, Stützen der Identität aus der Biographie, Anerkennen und Bestätigen der Gefühle, Gespür für das Gleichgewicht zwischen Nähe und Distanz. Unterscheiden von bindungssuchendem Verhalten und Verhaltensweisen anderer Ursachen, eindeutiges Respektieren von Grenzen und Schutz vor Grenzüberschreitungen, Förderung von konkretem Verhalten – damit Stärken von Autonomie und der eigenen Handlungsfähigkeit.
Umgebung	Normalität, Übersichtlichkeit, Sicherheit und Vertrautheit der Umgebung, Erkennbarkeit der Individualität der Person an der biographisch orientierten Einrichtung des Zimmers.
Strukturell	Verlässlichkeit der Zeitabläufe, Prinzip der Handlungskette: ein Element nach dem anderen, Prinzip der Einzeitigkeit – nur eine Information zur selben Zeit, Realitätsbezug herstellen.

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

♥ - lichen

Dank für Ihre Aufmerksamkeit

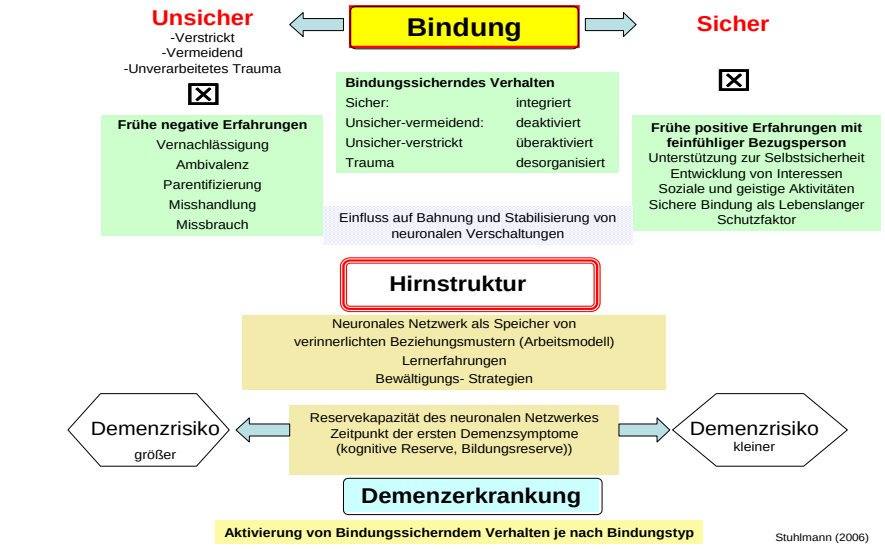
Literaturangaben und die wichtigsten Informationen (Folien)
zum Vortrag stehen Ihnen im Internet unter

www.geronet.de

Unter „Arbeit in der Pflege nach dem Bindungskonzept“ zur Verfügung

Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

Bindung und Hirnstruktur



Dr. med. Dipl. Psych. Wilhelm Stuhlmann © 2006 - www.geronet.de

3. Hospitzarbeit und Sterbebegleitung

Hospizarbeit, Palliativmedizin und Sterbebegleitung

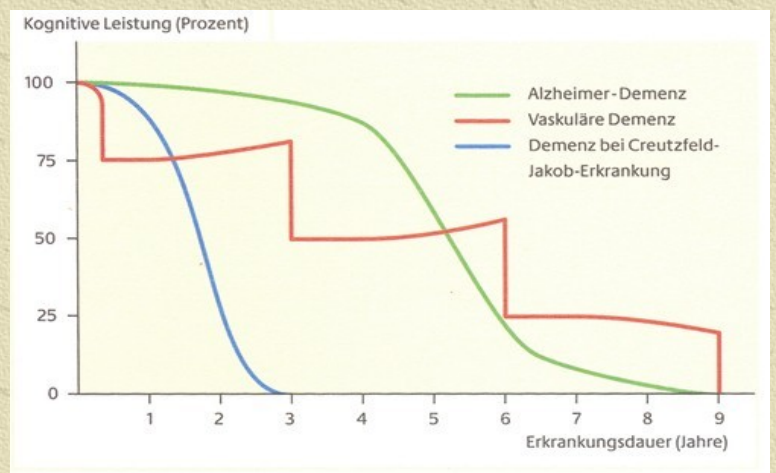
Dr. med. Klaus Maria Perrar
Expertenbeirat BAG Hospiz,
Rheinische Kliniken Düren

Vortrag anlässlich der Tagung
„Herausforderung Demenz“
Siegburg, 18. November 2006

- Vor 10 Jahren mussten wir die Krankenschwestern darin schulen, sich beschäftigungstherapeutisch den dementen Menschen zuzuwenden, heute benötigen wir wieder die Schwester, die sich um die pflegerischen Bedürfnisse kümmert.

Heimleiterin einer SCU im Juni 2006

Demenz eine maligne Erkrankung?



Der Abbau kognitiver Leistungen verläuft bei unterschiedlichen Demenzformen verschieden rasch und auch nicht immer stetig – so etwa bei den vaskulären Demenzen.

Demenz eine maligne Erkrankung!

- Die altersspezifische Sterberate ist bei Demenzkranken um das 2 bis 5fache erhöht

  (Mahlberg/Gutzmann 2005)

- In den USA gehen 7,1% der Todesfälle auf die Alzheimerkrankheit zurück

  (Ewbank, 1999)

Mittlere Lebenserwartung (Median)

- Kanada, 821 Personen: 3,3 Jahre
  (Wolfson et al. 2001)
- USA, 521 Personen: 4,2 J. ♂, 5,7 J. ♀
  (Larson et al. 2004)
- Frankreich, 281 Personen: 4,5 J.
  (Dewey/Saz 2001)
- Diagnose mit 65: 8,3 J.; mit 90: 3,4 J.
  (Brockmeyer et al. 2002)

Verstorbene mit Demenz

	65-74	75-84	85+
Cancer:	2,9%	8,8%	29,1%
Circulatory:	3,0%	8,8%	29,4%
Respiratory:	2,9%	8,6%	28,6%

(National Council for Palliative Care 2006)

Woran sterben Demenzkranke?

- ???

(Dewey/Saz 2001)

- Pneumonien
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Herzkreislauferkrankungen

(Helmer et al. 2001)

- Demenzkranke haben im Alter vermutlich ein ähnliches Risiko an einer Tumorerkrankung zu erkranken

Besonderheiten

- Problem der Prognostizierbarkeit
- Problem der fehlenden Forschungsdaten
- Problem der (mangelnden) Evidenzbasierung
- Evidence based versus values based
- Cave: Hospiz versus kurative Leistungen

- Aktueller Stand:
  Guidelines for a Palliative Approach
  in Residential Care,
  Australian Government & Department of Health and Aging, 2004

Besonderheiten

- Das Wissen/Bewusstsein um die eigene Endlichkeit/das eigene Sterben geht verloren
- Der Erkrankte verliert das Wissen um sein „Kranksein“
- Die Einsichtsfähigkeit in anstehende Therapien erlischt
- Entscheidungen müssen stellvertretend gefällt werden.
- Die Veränderungen der sprachlichen Ausdrucks-fähigkeit lässt eine Erhebung der subjektiven Krankheitssymptome immer weniger zu.

Medizinische Problemstellungen

Infekte

- Infekte der Atemwege und Harnwege gehören zu den häufigen Begleiterkrankungen des späten Stadiums
- Orale Therapie genauso wirksam wie parenterale, aber Gefahr der Aspirationspneumonie
- Problem der Wiedererkrankung, Nebenwirkungen
- 3-Monats-Überlebensrate nahezu identisch zwischen hospitalisierten/nicht-hospitalisierten Heimbewohnern

(Koopmans et al. 2006)

Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme

- Vor einer PEG-Anlage kommen zahlreiche andere Maßnahmen in Betracht
- Es steht in Frage, ob die PEG-Anlage Pneumonien oder das Entstehen von Decubiti vermindert
- Es steht in Frage, ob die PEG-Anlage bei Schwerstdementen das Leben wirklich verlängert

Leitlinie der DGEM und DGG

- Für final Demenzkranke (irreversibel, immobil, kommunikationsunfähig, vollständig pflegeabhängig, mangelnde körperliche Reserven) wird eine Sondenernährung nicht empfohlen.

Volkert et al., 2004

Schmerztherapie

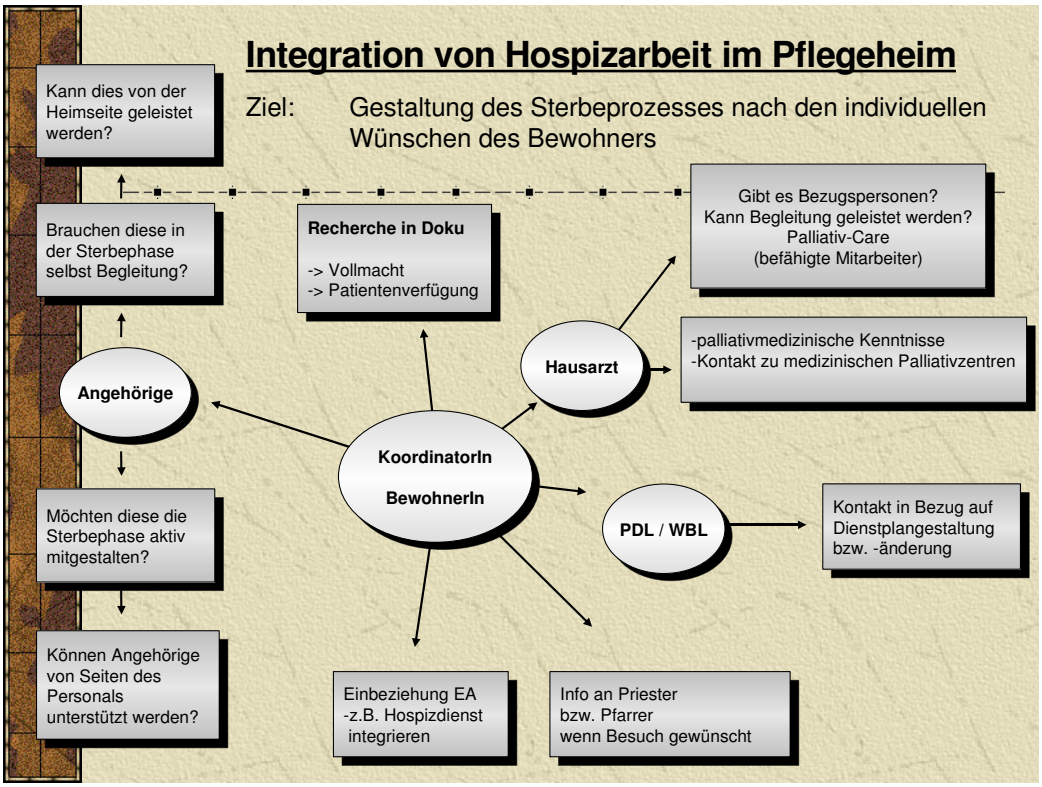
- Erhebung mittels standardisierter Bögen
- Bei plötzlichen Verhaltensänderungen immer an Schmerzen denken
- Im Zweifel ausprobieren einer ausreichenden (!) Schmerzmedikation
- Im Zweifel Hinzuziehung eines Schmerztherapeuten

Wiederbelebung

- Auf Notsituationen gefasst sein
- Wer kann/soll über das Zulassen des Sterbens entscheiden?
- Bescheinigung des Hausarztes/Betreuers bereit halten
- Notärzte/Notdienst befinden sich in einer medizisch-rechtlich-ethischen Zwickmühle

Verlegung ins Krankenhaus

- Der gefährlichste Ort für einen alten Menschen ist ein Krankenhaus
- Unterstützungssysteme nutzen (häusliche Pflege, Hausarzt, aufsuchende Dienste, Helferkreise)
- Mit einer Verschlechterung der Symptomatik rechnen

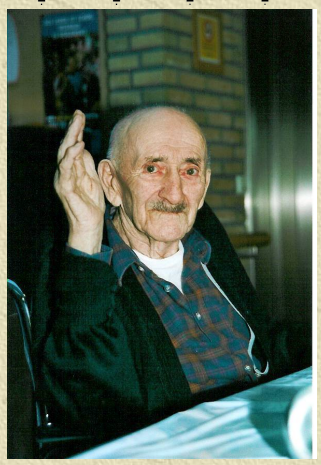

Integration von Hospizarbeit im Pflegeheim
Ziel: Gestaltung des Sterbeprozesses nach den individuellen Wünschen des Bewohners
Kann dies von der Heimseite geleistet werden?
Brauchen diese in der Sterbephase selbst Begleitung?
Recherche in Doku
-> Vollmacht
-> Patientenverfügung
Gibt es Bezugspersonen?
Kann Begleitung geleistet werden?
Palliativ-Care
(befähigte Mitarbeiter)
Hausarzt
-palliativmedizinische Kenntnisse
-Kontakt zu medizinischen Palliativzentren
Angehörige
KoordinatorIn
BewohnerIn
PDL / WBL
Kontakt in Bezug auf Dienstplangestaltung bzw. -änderung
Möchten diese die Sterbephase aktiv mitgestalten?
Können Angehörige von Seiten des Personals unterstützt werden?
Einbeziehung EA
-z.B. Hospizdienst integrieren
Info an Priester
bzw. Pfarrer
wenn Besuch gewünscht

Ein paar
persönliche Wünsche

Was wünsche ich mir als Mediziner für meine dementen Patienten in ihrer letzten Lebensphase?

- Ausbau der Palliativmedizin/-pflege auch im Bereich der Nichttumorpatienten
- Weitere Erforschung der genannten Problemfelder
- Eine sensiblere Wahrnehmung der Betroffenen und Bereitschaft gemeinsame Verantwortung zu übernehmen

- Eine hospizliche Kultur, möglichst früh das Sterben thematisieren zu können.



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

DeSS orientiert 2/06

„Menschen mit Demenz
in ihrer letzten Lebensphase“

Kostenlos herunterzuladen bei:

www.demenz-support.de

4. Migration und Demenz

Fachtagung „Herausforderung Demenz“
Siegburg – 18.11.2006

Landesinitiative Demenz-Service NRW
Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

Migration und Demenz

Verena Leve, Demenz-Servicezentrum für die Region Köln und das südliche Rheinland

Christine Sowinski, Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Landesinitiative Demenz-Service NRW
Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gliederung

- ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland
- kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz
- Praxisbeispiel aus der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Migration und demographischer Wandel - Daten und Fakten

Landesinitiative Demenz-Service NRW
Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund:

- Arbeitsmigranten/innen
- Neue Arbeitsmigranten/innen
- Flucht-/ Asylmigranten/innen
- Spätaussiedler/innen
- Jüdische Kontingentflüchtlinge

Ausländische Bevölkerung in Deutschland nach Land der Staatsangehörigkeit und Altersgruppen, 2005

Land der Staatsangehörigkeit	Altersgruppe					
	Insgesamt	unter 45 J.	45 - unter 65 J.	65 - unter 75 J.	75 - unter 85 J.	85 Jahre und älter
Ausländer insgesamt	6.755.811	4.756.186	1.547.355	342.507	90.905	18.858
Türkei	1.764.041	1.314.380	333.982	102.786	12.086	807
Asien insgesamt	826.432	679.151	125.907	14.444	5.667	1.263
Italien	540.810	338.687	157.076	34.301	9.215	1.531
Polen	326.596	238.345	79.704	4.790	2.891	866
Griechenland	309.794	192.473	84.047	27.369	5.386	519
Serbien, Montenegro (ehemals Jugoslawien)	297.004	220.955	60.582	12.784	2.383	300
Kroatien	228.926	119.419	87.821	18.780	2.720	186
Russische Föderation	185.931	139.284	32.252	9.745	3.724	926
Bosnien, Herzegowina	156.872	104.013	44.372	7.457	938	92
Ukraine	130.674	84.437	27.165	12.353	5.468	1.251
Portugal	115.606	79.200	29.466	5.965	869	106
Spanien	107.778	63.634	30.593	10.077	3.144	330
Rumänien	73.043	59.073	11.712	1.332	671	255

Quelle: © GeroStat - Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Altern in der Migration

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Der Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund an der Bevölkerung wird zukünftig zunehmen
- Der Anteil der an Demenz erkrankten Migranten/innen wir ebenfalls zunehmen
- Rückkehrillusion – Insbesondere bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird die Orientierung an das Herkunftsland häufig aufgegeben
- Ethnischer Rückzug im Alter
- Frauenanteil überwiegt auch bei Migranten/innen im Alter

Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Problem- und Bedarfslagen I

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Starke gesundheitliche Risiken durch belastende Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Hoher Anteil an Frühverrentungen
- Risiken sozialer Ungleichheit werden zunehmen
- Integration ist abhängig von der Migrationsmotivation
- Grad der Integration entscheidet über Kenntnisse vom und Zugänge zum Versorgungssystem

Ältere Migrantinnen und Migranten in Deutschland

Problem- und Bedarfslagen II

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Bedeutung von Sprache als Teil der eigenen Identität
- Risiko der Retraumatisierung steigt insbesondere bei demenzerkrankten Migranten/innen

Die Bedarfe von demenzerkrankten Migranten/innen sind so **heterogen** wie die Gruppe der Menschen mit Migrationshintergrund

Kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz

Ansätze einer kultursensiblen Altenhilfe I

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen
- Kultursensible Biographiearbeit unter Einbezug der migrationsspezifischen, individuellen Veränderungen
- Einsatz von Pflegekräften mit Migrationshintergrund
- Einführung von mehrsprachigen Informations- und Arbeitsmaterialien
- Schaffen von interkulturellen Räumen und Umwelten
- Einrichtung von mehrsprachigen Beratungszentren

Kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz

Ansätze einer kultursensiblen Altenhilfe II

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Schulung und Einbindung von muttersprachlichen Ehrenamtlichen bspw. in Betreuungsgruppen und Helfer/innen-Kreisen
- Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen bei haupt- und ehrenamtlich Tätigen:

  Kommunikationsfähigkeit, Ambiguitätstoleranz, Empathie, Stresstoleranz, eigenkulturelles Bewusstsein, Offenheit, Sensibilität für kulturelle Unterschiede, Kenntnisse von interkulturellen Pflegetheorien, sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen

Kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz

Krankheitssyndrom Demenz

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Demenz lt. ICD-10 (aktuelle Definition)
- Gedächtnisstörung
- Abbau des Denkvermögens
- Veränderung der Persönlichkeit
- In der Folge deutliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit im Alter
- Dauer der Symptomatik: länger als 6 Monate

Kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

Demenz = Fremdwerden in der früheren Lebenswelt

Auch innerhalb der eigenen Kultur werden Menschen mit Demenz „Fremde“, die man nicht versteht.

Hilfreich ist die Kenntnis des Krankheitsbildes (bildhafte Vorstellung davon, was im Gehirn passiert, z. B. Demenz Alzheimer-Typ = Nervenverbindungen werden unterbrochen, es werden viele „Türöffner“ benötigt.)

Königsweg zum Menschen mit Demenz ist das Gefühl.

Kultursensible Altenhilfe für Menschen mit Demenz

Landesinitiative Demenz-Service NRW. Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

1. **„Verstehen“ der früheren Lebenswelt**
2. **„Verstehen“ der Demenz**

Ohne lebensgeschichtliche und kulturelle Kenntnisse der Person und ihrer Familie, ist der Zugang zu Menschen mit Demenz sehr schwer.

Benötigt werden „kulturelle“ Vermittlerinnen und Vermittler zwischen Betroffenen und freiwilligen und professionellen Helferinnen und Helfern.

Praxisbeispiel aus der Landesinitiative Demenz-Service NRW

Landesinitiative Demenz-Service NRW
Koordinierungsstelle im Kuratorium Deutsche Altershilfe

Vorbildliches Modellprojekt der Stiftung Wohlfahrtspflege

Demenz und Migration

Aufbau einer muttersprachlichen Fachstelle für an Demenz erkrankte alte MigrantInnen und deren Familienangehörige in Gelsenkirchen (Telefon: 0231/5483-0)

Arbeiterwohlfahrt BV Westliches Westfalen e.V., Dortmund
s. auch www.demenz-service-nrw.de (Stichwort: Modellprojekte)

5. Demenz und Sexualität

Über Sexualität zu reden ist oft unangenehm – über Sexualität im Alter wollte nicht einmal Sigmund Freud sprechen! Sexualität alter, pflegebedürftiger Menschen, insbesondere demenziell veränderter, weckt bei den meisten Pflegekräften unangenehme Gefühle.

Demenz beeinflusst und verändert die Wahrnehmung, die Denkabläufe und das Verhalten. Erhalten – und nicht selten verstärkt – sind Bedürfnisse nach Sicherheit, Zugehörigkeit, Intimität und Liebe.

Ziel meines Vortrages und der Auseinandersetzung mit dieser Thematik ist:

Die demente Frau, den dementen Mann - unter Berücksichtigung der jeweils individuellen Lebensgeschichte - respektvoll und würdevoll pflegen und begleiten zu wollen/zu können, auch in den jeweiligen sexuellen Bedürfnissen.
Vor allem wünsche ich mir mit dem Thema Sexualität einen Umgang: ohne zu bewerten und ohne allgemeingültige Lösungen zu propagieren!!!

Dazu ist erforderlich:

1. dass sich die MitarbeiterInnen selber mit dem Thema Sexualität im Alter, Sexualität und Demenz in dem Sinne auseinandersetzen, dass eigene Erfahrungen, die eigene Haltung, ethische und moralische Fragen bewusst beleuchtet werden

2. Biografisches Wissen als Prozess zu erwerben und Zeitgeschichte zu kennen

3. Hintergrundwissen zu haben, um auch nur annähernd die Reaktionen des Demenzkranken zu erkennen, zu begreifen, zu verstehen, als Voraussetzung für einen ressentimentfreien Umgang

4. Alternativen für den Umgang zu kennen

5. MitarbeiterInnen in Fortbildungen , Fallbesprechungen, Supervision zu schulen; zu sensibilisieren und ihnen damit auch Handwerkszeug zu vermitteln !

Brigitte Merkwitz, Nov. 2006

Sexualität und Demenz

Auch Menschen mit Demenz sind FRAUEN und MÄNNER.
Dementsprechend haben sie sexuelle Bedürfnisse.

Der Mensch steht im Vordergrund, s.auch Tom Kitwood:
MENSCH mit Demenz
nicht Mensch mit DEMENZ

AEDL (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens):
10. Sich als Mann, sich als Frau fühlen und verhalten

Brigitte Merkwitz, Nov.2006

Aspekte zu : Sexualität im Alter

- **Unter Sexualität (u.a. auch im Alter) ist nicht nur der Geschlechtsakt zu verstehen, sondern auch jede Form von Zärtlichkeit und Erotik, Umarmungen, Küssen, Streicheln**

- **Das sexuelle Interesse nimmt im Alter nur leicht ab; 80 % der Männer bis 70 J. sind sexuell aktiv, nach dem 70 Lebensj. ca 30%**

- **90% der Männer um die 80 J. haben Interesse an Sex. Frauen bleiben generell bis ins hohe Alter sexuell genuss- und orgasmusfähig (Vortrag von Wojnar, Grond; Untersuchungen an der Uni Köln 1998/99 mit Männern. Es gibt kaum Untersuchungen zur Sexualität älterer und alter Frauen!!!)**

- **Lieben und Geliebt werden beinhalten also auch im Alter körperliche Ausdrucksformen: positiv empfundenes Sexualverhalten, gegenseitige Achtung und personale Bindung hängen selbstverständlich mit positivem Altern zusammen**

- **Sexualität ist individuell und wie jedes Verhalten dem Wandel unterworfen**

Brigitte Merkwitz, Nov. 06

6. Essen und Trinken bei Demenz

Essen und Trinken im Alter und insbesondere bei Demenz

Henry Kieschnick
Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Siegburg, 18.11.2006

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Geplante Themen:

- Hintergrund / Wichtigkeit des Themas
- Risikofaktoren und Auswirkungen von Mangelernährung / Flüssigkeitsdefizit
- Erkennen von Mangelernährung / Flüssigkeitsdefizit
- Grundlegende Ansätze zu deren Vermeidung

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtige Definitionen

Mangelernährung (Seiler 1999):

„Nicht dem Bedarf entsprechende, unzureichende Aufnahme von Energie und/oder Nährstoffen (Eiweiß, Fett, Kohlehydrate, Ballaststoffe, Wasser, Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente)“

Dehydratation:

„ Abnahme des Körperwassers, …, ohne entsprechende Zufuhr…“

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtigkeit des Themas
(Ergebnisse von Studien)

Paderborner Altenheimstudie (Schmid und Heseker, 2001):

- Ein Drittel der pflegebedürftigen Senioren leben in Heimen, davon bis zu 40% unterernährt.
- 7% aller älteren Krankenhauspatienten/innen weisen als Haupt- oder Nebendiagnose eine Dehydratation auf.

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtigkeit des Themas
(Ergebnisse von Studien)

Bethanien- Ernährungsstudie (Volkert 1997):

- Von 100 über 75- jährige neu hospitalisierten geriatrischen Patienten waren
  - 23 untergewichtig,
  - davon 17 mit 4 und mehr Risikofaktoren,
  - kein Untergewichtiger war ohne Risikofaktor.

Ergebnisse des Benchmarkingprojekts (Erhebung mittels MNA):

- Ca. 34% der Bewohner/-innen liegen im Risikobereich der Unterernährung
- Ca. 21% der Bewohner/-innen sind mangelernährt

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtiger Risikofaktor für Mangelernährung im Alter: Verminderter Appetit

- Frühzeitiges Sättigungsgefühl bei verminderter Magendehnung im Alter
- Veränderung der Sättigungshormone im Alter beeinflusst die Hunger- Sättigungs-Steuerung

  → Gehirn erhält vorzeitige Sättigungssignale

  → Essen wird abgebrochen, ohne dass Energiebedarf gedeckt ist
- Energiebedarf nimmt mit dem Alter ab

  → Hochbetagte wählen oft nur kleine Portionen

  → Alte Menschen sollen deshalb Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte wählen (z.B. Vitamine, Spurenelemente)
- Geruchs- / Geschmacksempfinden ist vermindert

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Weitere Risikofaktoren für Mangelernährung

- Allein lebend (vor allem für ambulanten Bereich relevant)
- „Untere soziale Schicht“, Sozialhilfeempfänger (ambulanter Bereich)
- Keine gekochten Mahlzeiten (ambulanter Bereich)
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Galle…)
- Kaubeschwerden / Zahnlosigkeit
- Schluckprobleme
- Geistige Beeinträchtigung (z.B. durch Demenz)
- Depression
- Belastende Lebensereignisse
- Immobilität
- Schwierigkeiten in der Motorik (z.B. beim Schneiden)
-
-

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Besondere/zusätzliche Risikofaktoren bei Menschen mit Demenz

Hauptgründe, warum für Menschen mit Demenz die besondere Gefahr einer Mangelernährung besteht:

- Fehlendes Zeitgefühl – Essenszeiten
- Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit
- Wahnvorstellungen - sie glauben, ihr Essen sei vergiftet
- Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
- Anpassungsverluste an neue Situationen/Umgebungen (z.B. Schwierigkeiten bei nicht vertrautem Geschirr)
- Verlust der Fähigkeit selbst zu essen → können darüber frustriert sein

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Mögliche Folgen der Mangelernährung

Allgemein: Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes, Müdigkeit, Antriebslosigkeit	**Skelettmuskulatur:** Abnahme der Muskelkraft, Erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	**Atemmuskulatur:** Begünstigung von Störungen der Atemfunktion, Pneumonie
Immunfunktion: Erhöhte Infektanfälligkeit	**Haut:** Erhöhtes Dekubitusrisiko	**Gehirn:** Neurologische und kognitive Störungen, Verwirrtheit
Soziale Auswirkungen: Verlust der Eigenständigkeit	**Morbidität (Krankheitsrisiko):** Beeinträchtigte Wundheilung, erhöhtes Komplikationsrisiko	**Mortalität (Sterblichkeit):** Erhöhtes Mortalitätsrisiko

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtiger Risikofaktor für Dehydratation im Alter: Vermindertes Durstempfinden

- Biologische Regulation des Durstgefühls ist mit zunehmenden Alter abgeschwächt
- Bestehendes Flüssigkeitsdefizit nehmen ältere Menschen nicht mehr wahr
- Bei nachweisbarem Flüssigkeitsmangel empfinden sie kein Durstgefühl und trinken nicht bedarfsgerecht

- Bei Menschen mit Demenz tritt aufgrund der kognitiven Einschränkungen dieser Risikofaktor verstärkt/gehäuft auf

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Mögliche Folgen der Dehydratation

Besonders pflegerelevante Folgen der Dehydratation („ungenügenden Flüssigkeitsversorgung“):

- Schwäche/ Schwindel
  - Folge: Sturzneigung, Knochenbrüche, Immobilität, Dekubitus…
- Reduzierte Wahrnehmungsfähigkeit/ Verwirrtheitszustände
  - Folge: Abwehrverhalten…
- Verstopfung

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

Welche Anzeichen können auf Ernährungs-/ Flüssigkeits-probleme hinweisen?

Gesamteindruck des Ernährungszustandes („klinisches Erscheinungsbild“):

- Abnahme der Körpermasse
- Auszehrung und ein offensichtlicher Verlust von Unterhautfettgewebe und Muskelmasse
  → Schlaffe Hautfalten an Gesäß und Bauch
  → Markant hervorstehende Knochen

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

„Symptome“ der Mangelernährung:

- Ödeme
- Blasse Hautfarbe
- Allgemeine Schwäche
- Apathie
- Tremor
- Hautläsionen
- Schuppige Haut
- Risse oder wunde Stellen am Mund

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

Erkennen von Problemen / Risiken:

Allgemeine Feststellung:

- Kleinere Kleidergrößen notwendig / vorhandene Kleider sind plötzlich zu groß
- Gürtel für die Hosen erforderlich/ muss enger gestellt werden
- Ehe- und andere Ringe sind zu locker
- Zahnprothese passt nicht mehr
- Es wird immer / häufig Essen auf dem Teller zurückgelassen

Spezielle Feststellung:

- Gewichtsverlauf, BMI (inkl. Verlauf)
- Einsatz von Assessmentinstrumenten, z.B. MNA- Bogen [MNA]

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung

Grundsätzliche Aspekte:

- Möglichst reagieren bevor ein erheblicher Verlust an Körpermasse eingetreten ist
- Bevorzugte Speisen und andere Ernährungsgewohnheiten in Erfahrung bringen und Informationen – wenn notwendig - aktualisieren (Biografiearbeit)
- Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt anbieten
- Altersgerechte Lebensmittel sollten energieärmer und gleichzeitig besonders nährstoffreich sein
- Trotz kleinerer Portionsgrößen den Nährstoffgehalt einer normalen Portion sichern
- Regelmäßige körperliche Aktivität: Effekt auf den Appetit, Aufbau von Muskelmasse

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung

Besondere Aspekte bei Demenzkranken:

- Beim Tischdecken mithelfen lassen (Handlungsprogramm für das Essen wird freigesetzt)
- Gemeinsam mit den Demenzkranken essen (sie werden daran erinnert, wie gegessen wird)
- Tischrituale nutzen (Mahlzeitenbeginn wird deutlich)
- Übersicht auf dem Tisch: einzelne Gänge nacheinander servieren
- Nahrungskomponenten nicht mischen (nur, wenn gewünscht)
- Keine zusätzlichen Reize (Radio, Fernsehen…)
- Immer den gleichen Ort der Nahrungsaufnahme wählen
- Wenn notwendig: individuelle Ansätze wie Fingerfood, persönliches Besteck etc. (Biografiearbeit)
- Nicht nur Süßes !!

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Trinkmenge

- Bevorzugte Getränke in Erfahrung bringen und Informationen aktualisieren (Biografiearbeit, Angehörigengespräch)
- Geeignete, vom Demenzkranken bevorzugte Trinkgefässe nutzen (evtl. von zu Hause)
- Tassen und andere Trinkgefäße sollten nicht zu schwer sein
- Umgreifen der Tasse und ihr richtiger Sitz in der Hand sind wichtig
- Eingeschänkte Getränkte immer in Reichweite stellen
- Regelmäßig Getränke anbieten, z.B. stündlich
- Ggf. farbige Getränke verwenden / Getränke färben
- Verwendung von Schnabelbecher ist bei Schluckstörungen eingeschränkt sinnvoll (unbedingt aufrechtes Sitzen des Betroffenen erforderlich)

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Literatur (Auswahl)

- Crawley, Helen: Essen und Trinken bei Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2005
- Pro Alter, Heft 3/2005: mehrere Beiträge zum Thema „Essen und Trinken bei Demenz“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Jenkins, Deirdre: Der beste Anzug, Hautpflege bei Menschen mit Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2006
- „Wie geht es Ihnen?“, Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz, Demenz-Service Heft 3, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Schwerdt, Ruth (Hrsg.): Probleme der Ernährung dementiell veränderter älterer Menschen, dementia service development Band 1, Fachhochschulverlag 2004
- DBfK (Hrsg.): Ernährung im Alter, „Essen – Lust oder Frust im Pflegealltag“, Alltagshilfen/Werkstatthefte Folgen 1 bis 7, DBfK-Bundesverband 2005/2006

Kuratorium Deutsche Altershilfe

Kontaktmöglichkeit

Henry Kieschnick
Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Tel.: 0221 / 93 18 47 0 (Zentrale)
Mail: henry.kieschnick@kda.de

Bestellmöglichkeit Literatur:

Internet: www.kda.de

Telefonisch:

- Herr Kowitz: 0221 / 93 18 47 17
- Frau Herrndorf: 0221 / 93 18 47 20

Kuratorium Deutsche Altershilfe

7. Nichtmedikamentöse Therapie

Nicht-Pharmakologische Therapie bei Demenz

Dr. Ulrich Kastner
Gerontopsychiatrisches Zentrum Bonn

Problemstellung

- Begriff „Therapie“ – Abgrenzung z.B. zur Pflegemaßnahme?
- Wer führt Therapien bei Demenzerkankten durch?
- Gibt es verbindliche Standards?
- „Therapie“ einer progredienten Erkrankung
- Gibt es ursächlicher Therapieformen
- Nachweis der Wirksamkeit?

Begriff der „Therapie“

- vom griechischen θεραπεία = das Dienen, zu dienen, heilen, pflegen,
- Maßnahmen zur Behandlung von Krankheiten und Verletzungen.
- Ziel des Therapeuten ist die Heilung, die Beseitigung oder Linderung der Symptome und die Wiederherstellung der körperlichen oder psychischen Funktion.

Begriff der „Therapie“

ODER ABER …

- Ist das was die Krankenkasse bezahlt!
- Können nur Ärzte oder Psychotherapeuten durchführen
- Nur durch geschultes Personal
- Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Logopäden, Altentherapeuten
- Pflege führt Maßnahmen durch - Therapeuten Therapien?
- Rechtlich – Körperverletzung!

Therapieformen

- **Kausal** - beseitigt Krankheitsursachen
- **Symptomatisch** – Linderung
- **Kurativ** – hat Genesung zum Ziel
- **Palliativ** – Komplikationen bei fortschreitenden Erkrankungen behandeln
- **Supportiv** – Nebenwirkungen werden behandelt
- **Kalkuliert** – ohne feststehende Diagnose wird direkt therapiert (Notfall)
- **Elektiv** – Zeitpunkt kann bestimmt werden
- **Frustran** – vergeblich
- **Prophylaktisch** – vorsorgliche Behandlung einer noch nicht ausgebrochenen Erkrankung

www.wikipedia.de

Kognitive Symptome bei Demenzerkrankten

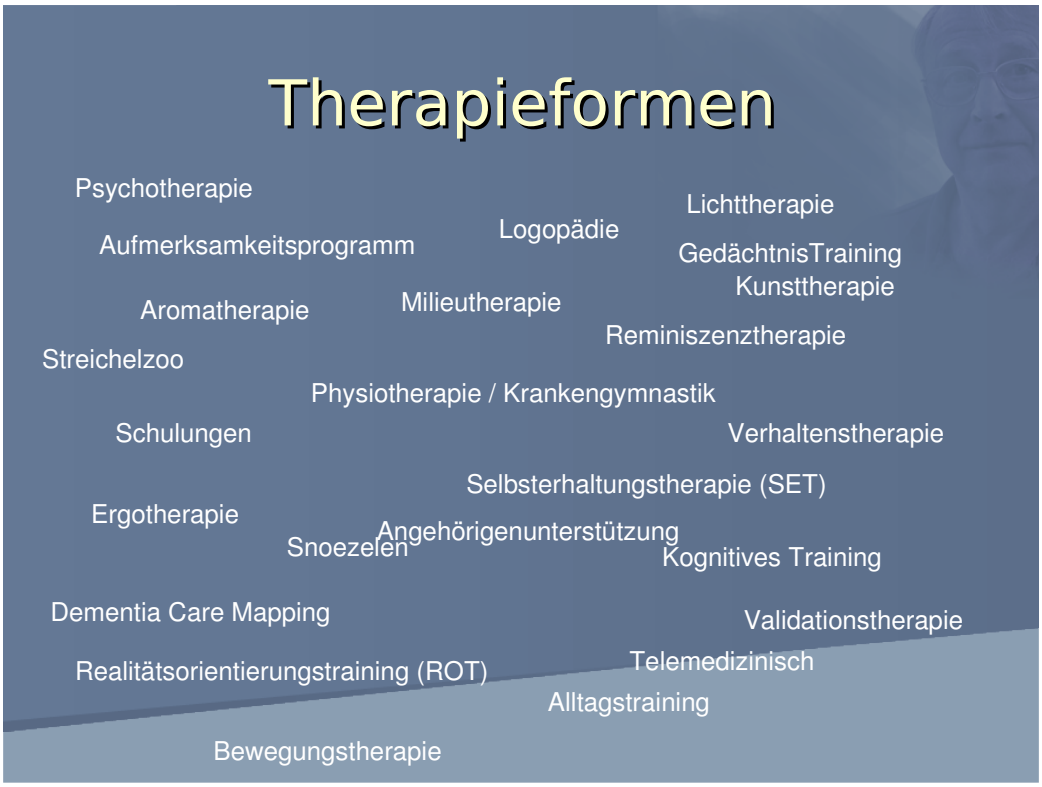
- Störung der Merkfähigkeit
- Verminderung der Gedächtnisleistung
- Orientierungsstörungen
- Auffassungs- und Konzentrationsminderung
- Störung der Urteilsbildung
- Wortfindungsstörungen

Verhaltensaufälligkeiten bei Demenzerkrankte

- Ruheloses Umherwandern
- Aggressivität
- Rufen
- Unangemessenes Verhalten
- Sexuelle Enthemmung
- Nächtliche Unruhe
- Bewegungsstereotypien

Psychische Störungen bei Demenzerkrankten

- Depression
- Angst
- Verkennungen
- Wahnhafte Veränderungen
- Stimmungsschwankungen
- Misstrauen
- Halluzinationen


Therapieformen
Psychotherapie
Lichttherapie
Logopädie
Aufmerksamkeitsprogramm
GedächtnisTraining
Kunsttherapie
Aromatherapie
Milieutherapie
Reminiszenztherapie
Streichelzoo
Physiotherapie / Krankengymnastik
Schulungen
Verhaltenstherapie
Selbsterhaltungstherapie (SET)
Ergotherapie
Angehörigenunterstützung
Snoezelen
Kognitives Training
Dementia Care Mapping
Validationstherapie
Realitätsorientierungstraining (ROT)
Telemedizinisch
Alltagstraining
Bewegungstherapie

Therapiemaßnahmen in der wissenschaftlichen Überprüfung
Institution
Spezialisierte Demenzstationen
Schulungen für Pflegende
Kombinationstherapie
Angehörige
Kombinationstherapie
Case Management
Betreuungsgruppen
Schulung
Unterstützung
Patienten
Kombinationstherapie
Beratung/Unterstützung
Erholung/Urlaub
Physikalische Therapie
Licht, Massagen, Musik
Validation
Reminiszenz
ATL Training
Kognitives Training
Kognitive Stimulation
Ergotherapie
TENS trancutane elektrische Nervenstimulation

Problem der Wirksamkeitsüberprüfung

- Warum überhaupt ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis?
- Wenn es mir Freude macht und wenn es dem Betroffenen Freude macht und wenn es den Angehörigen Freude macht – reicht das nicht?

Aber …

- Kann die Therapie Schaden zufügen?
- Ist sie wirksam im Sinne der versprochenen Aussicht?
- Stehen Aufwand und Gewinn in einer Relation?

Wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis

Therapieformen	Vorraussetzungen	Evidenz
Gedächtnistraining	MMST >23	keine
Musiktherapie	auch im fortgeschrittenen Stadium	keine, positive Tendenz
Realitätsorientierung	Vermeidung von Überforderung	gering, unklar Dauer
Reminiszenz	erhaltenes Altgedächtnis	keine, positive Tendenz
Validation	Ausbildung	keine, positive Tendenz
Snoezeln	auch im fortgeschrittenen Stadium	keine
Aromatherapie	auch im fortgeschrittenen Stadium	wirksam bei Unruhe

Allgemeine Therapieansätze bei Demenzerkrankten

- Demenzpräventive Therapie
- Heimverzögernde Therapie
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Besserung der Kognition
- Therapie von Verhaltensauffälligkeiten
- Therapie psychischer Veränderungen
- Therapie motorischer Störungen und körperlicher Erkrankungen

Demenzpräventive Therapie

- Beruht auf dem Prinzip nachgewiesene Risikofaktoren einer Demenz zu eliminieren – anders gesagt: Was kann ich heute tun um Alzheimer zu vermeiden?
- Studien konnten zeigen, dass nach Schädel-Hirn-Traumata das Risiko für eine Alzheimer-Krankheit steigt!
- Trinken Sie Rotwein – aber bitte regelmäßig!
- Bier ist schlecht - Frischfisch hilft!
- Hören Sie mit dem Rauchen auf!
- Nur für Frauen:
  Denken Sie an eine Geschlechtsumwandlung!

Präventive Biographiearbeit

- Autobiographie
- Sammeln wichtiger Erinnerungen aus dem Alltag
- Erinnerungsbücher
- Wie möchte ich im Alter leben?
- Welche Lebensform ist für mich angemessen?
- Welche Ansprüche an Lebensqualität, Mobilität, Beziehungen und Kontakten stelle ich?

Heimverzögernde Therapie oder Maßnahmen

- Entlastungsangebote, Tagespflege oder Kurzzeitpflege bedingen keine Verzögerung
- Schulung, Beratung und Entlastungsangebote in Kombination bringen Verzögerung (Mittelmann)
- Gilt nur für frühe Stadien, in späten Stadien beschleunigen diese Maßnahmen dagegen den Heimeintritt
- Es ist besser Männer (Heimverzögerung der Aufnahme der Ehefrau um 554 Tage) zu schulen als Frauen (Heimverzögerung um 244 Tage)

Therapien für das Wohlbefinden

- Interventionen auf das Wohlbefinden sind wirksamer als AChE-Hemmer oder Antidepressiva
- Allein Schulung, Beratung, Angehörigengruppe oder Entlastungsangebote brachten für pflegende Angehörige keine Verbesserung des Wohlbefindens, wohl aber die Kombination aus allen Verfahren.
- Demenzkranke im Pflegeheim:
  - Versorgung in einer besonderen Wohnform
  - Regelmäßige Besuche durch Angehörige, am besten mit Foto

Spezifische Therapieformen

Realitätsorientierung

- Realitätsorientierungstraining – ROT
- Class-room-ROT
- 24h-ROT
- Orientierung zur Person, Zeit, und Ort
- Positive Effekte auf Kognition und Verhalten
- Aber unklar ob die Verbesserung auch nach Beendigung der Maßnahme anhält
- Verhaltensstörungen nahmen teilweise zu

Age Exchange Zentren

- Seit 1983, v.a. in Großbritannien
- Ausstellung von Gebrauchsgegenständen des 19.Jhd.
- Kulturzentren
- Angenehmer Umgang mit Erinnerung, keine Konfrontation
- Reminiszieren z.B. mit Erinnerungskoffer

Reminiszenz

lateinisch: reminiscentia, von reminisci = sich erinnern

- **Visuell:** Fotografien, Bilder. Autobiographisch wichtige Gegenstände
- **Musik:** bekannte Melodien aus dem Radio, von CD oder Musik mit verschiedenen Instrumenten.
- **Geruch und Geschmack:** Gerüche, Speisen
- **Tasten:** Berühren von Gegenständen, Oberflächen erfühlen, Malen oder Töpfern.

Formen der Reminiszenz

- **Einfache Reminiszenz.** Vergangenheit in einer informativen und genussvollen Art zu reflektieren.
- **Evaluative Reminiszenz** eher therapeutischen Ansatz, zur Lebensbetrachtung oder in Konfliktsituationen
- **Offensive-defensive Reminiszenz** Abrufen von unangenehmen oder Stress auslösenden Informationen
  Ziel: im besten Fall die negative Erinnerung zu beenden/löschen

Fall Knopfsurren

- Fr. S. sprach schon lange nicht mehr - am Tisch mit anderen sitzend beobachtete sie ihre Umgebung, eine Kommunikation war nicht mehr möglich.
- Die **Knopfkiste** gehörte zu den neuen Errungenschaft, seit Einführung der 10-Minuten-Aktivierung. Als wir gemeinsam mit verschiedenen Bewohnern am Tisch saßen begann Fr. S. plötzlich mit einem Lächeln zu „Surren“.
- Nach anfänglicher Verwunderung gelang des Rätsels Lösung, ein altes Spiel mit Bindfaden und Knopf, indem man ihn durch Verdrehen des Bindfadens zum Surren bringt. „Spiel“ war dann das erste, leider auch das letzte Wort der Bewohnerin. Aber es machte Mut weitere Dinge auszuprobieren.

Erinnerungsalben

- Verbinden von visuellen Reizen mit Erlebtem
- Verknüpfen mit anderen Ereignissen
- Gemeinschaftliche Arbeit von Familie und Betroffenen
- Bedeutsame Lebensereignisse
- Alltagsdinge als Schlüsselreize
- Nutzbarkeit von anderen Personen in der Kommunikation
- Möglichkeit der Erinnerung von guten Zeiten
- Ermöglicht Halt, Steigerung des Selbstwertes
- Präventive Biographiearbeit für Familien

Validation

- Therapie zur Kommunikation mit Demenzerkrankten
- Selbstwert
- Reduktion der pharmakologischen Interventionen
- Stress und Angstreduktion
- Lösung unbeendeter Lebenskonflikte
- Unabhängiges Leben weiter ermöglichen

Gedächtnistraining

- Wirksam in Grenzen auf Kognition
- Kaum Auswirkungen auf den Alltag
- Frustration möglich
- Übungen angepasst an kognitive Möglichkeiten
- Spielerische Umgang, weniger Prüfung

- **Regula Schmid:** Multimodales, themenzentriertes Gedächtnistraining durch das ganze Jahr
- Kein signifikanter Effekt auf Kognition, Alltagsaktivität, oder Stimmung -> aber Verbesserung der individuellen Lebensqualität

Musiktherapie

- Lieder, Musikstücke, Kirchenlieder
- Vorspielen oder aktiv beteiligen
- auch in fortgeschrittenen Stadien
- Gedächtnis für Melodien besser erhalten als für Sprache
- Wirksam auf Wohlbefinden

Besondere Dementenbetreuung vs. traditionelle Versorgung

- In der bes. Dementenbetreuung waren Demenzkranke
  - häufiger in Aktivitäten eingebunden
  - Zeigten mehr positive Gefühle
  - Weit weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen
  - Wurden wesentlich häufiger psychiatrisch behandelt
  - Angehörige waren stärker in Pflege und Betreuung eingebunden
  - Verschlechterung langsamer, Mobilität besser erhalten
  - Mitarbeiter zufriedener, weniger krank
- Wirksam auf Wohlbefinden, Progression und Verhaltensänderungen

Weyerer S (2004), Evaluation der besonderen stationären Dementenbetreuung

Schulung pflegender Angehöriger

- Mittelmann, Kurz, Schmid u.a.
- „Hilfe zum Helfen“ Deutsche Alzheimer Gesellschaft

- Beratung, Schulung, Kontakt in Krisen
- Wohlbefinden, Wissen der Angehörigen steigt
- Verhaltensstörungen der Betroffenen weniger
- Depressivität der Angehörigen geringer
- Unklare Auswirkung auf Heimverzögerung

Mehrkomponententherapie

- Aufmerksamkeitsübungen und Exekutivfunktionen
- Realitätsorientierungstraining
- kognitiv motorisches Training
- Entspannung, Imaginationsübungen
- Geschichten erzählen

- Wirksam bei frühen Störungen

Aromatherapie

- Lavendel-Inhalationen
- Lavendel-Massagen
- Kurzfristige Effekte, aber keine Langzeiteffekte auf ...
- Agitiertheit, Angst, Depression und Verhaltensstörung

Gartentherapie

- http://www.garten-therapie.de
- Gerüche, Tasten, Schmecken, Hören, Sehen fördert autobiographisches Gedächtnis
- Wertschätzung der Betroffenen
- Neue Aufgaben
- Vorsicht vor Überforderung
- Klare Rollenaufteilung, Pflegekräfte von Verantwortung für Garten entbinden
- Wohlbefinden steigt

Ergotherapie

- **Im frühen Stadium**
  - Stützung der Orientierung
  - Kognitive Fähigkeiten erhalten
  - Durch Biographiearbeit und Erinnerungsarbeit Langzeitgedächtnis stabilisieren
- **Im fortgeschrittenen Stadium**
  - Kommunikationspotenziale
  - Erhalt und >Förderung der Körperwahrnehmung
  - Abbau von Unruhe und Ängsten
  - Reduktion des Muskeltonus
  - Kontrakturprophylaxe
  - Störung der Nahrungsaufnahme
  - Anregung der Sprache
  - Förderung der Konzentration und Aufmerksamkeit
  - Besserung des Sozialverhaltens

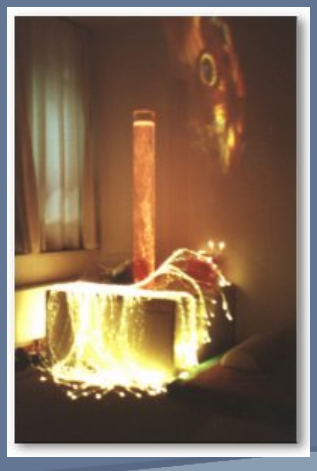
Basale Stimulation Andreas Fröhlich

- Wahrnehmung ist die Summe aller sensorischen Erfahrungen
- Ohne Wahrnehmung könne wir nicht denken oder Handlungen ausführen
- Wahrnehmung ist nicht primär die Aufnahme sensorischer Reize, sondern auch deren sinnstiftende Verarbeitung

Kunst-Therapie in Gruppen oder Einzel

- Reduktion von Angst und Depression
- Verbesserung der Interaktion zwischen den Patienten
- Verbesserung des Wohlgefühls durch Kreativ-Sein
- Kognitive Stabilisierung, Verbesserung
- Wertschätzung

Sensorische Stimulation *Snoezelen*



- Beruhigung bei motorisch unruhigen Patienten
- mobile Einheiten möglich
- Bereiche in Tagesräumen
- Alternativen z.B. Badezimmer, Ruheräume
- Wissenschaftlicher Nachweis?

Körperliche Störungen

- Gangstörung – Sturzrisiko – Immobilität
  - Physiotherapie, Balancetraining
  - Ergotherapie - Feinmotorik
- Schluckstörungen
  - Umgebungsgestaltung
  - Essensgabe - Darreichung
  - Logopädie
- Inkontinenz – schlechter
- Sprachstörungen – schlechter

Zusammenfassung

- Im Frühstadium sind nicht-pharmakologische Therapieverfahren gegenüber Medikamenten gleichwertig oder überlegen
- Besonders im Bereich Prävention und Verbesserung der Lebensqualität
- Zielsymptom Kognition weniger tauglich
- Auch im fortgeschrittenen Stadium, dann aber andere Ziele: Verhaltensstörungen und Motorik
- **Nicht alles was gut ist wird auch beforscht, nicht alles was beforscht wird ist auch alltagstauglich!**
- **Und ...**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

8. Hauswohngemeinschaften

Hauswohngemeinschaften

und neue Konzepte für stationäre Pflegeeinrichtungen

Ein Beispiel:

CBT - Wohnhaus St. Lucia

Wesseling

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Die Entwicklung

- 108 Bewohner
- 60 Einzelzimmer
- 24 Zweibettzimmer
- 4 Etagen

1984

Begleitungskonzept 1992

Wohngruppenzuordnung der Psychosozialen Begleitung 2000

Wohngruppenzuordnung der Service-Mitarbeiter 2001

Hausgemeinschaft Himmelblau 2003

Hausgemeinschaften Regenbogen und Sonnenschein 2004

Wohngruppenzuordnung der Mitarbeiter der Hauswirtschaft 2005

Autarkes Kochen in den Hausgemeinschaften 2005

Hausgemeinschaft „Wolke Sieben“ 2006

Weitere Hausgemeinschaften Auflösung Hausrestaurant 2007

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Die Ziele

- Normalität des Lebens
- Wohnküche als zentraler Mittelpunkt
- Orientierung an Fähigkeiten
- Orientierung am Bewohner (nicht an der Organisation)
- Multiprofessionelle Teams
- Gefühl des Gebrauchtseins
- Vertrautheit, Geborgenheit
- Freude
- Würde

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Normalität

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnküche als zentraler Mittelpunkt

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

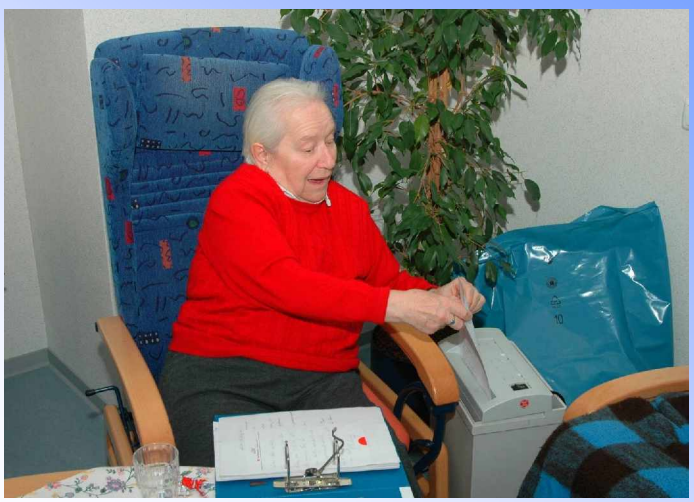
Orientierung an Fähigkeiten

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Orientierung an Fähigkeiten

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Orientierung an Fähigkeiten

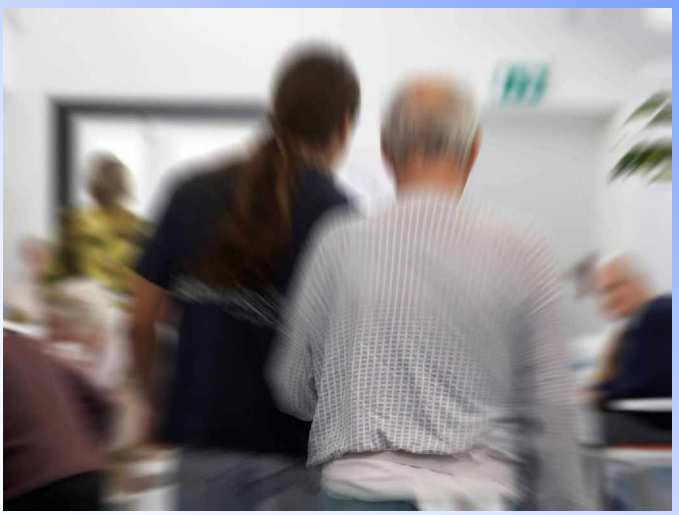


René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Orientierung an Fähigkeiten

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Orientierung am Bewohner



René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Orientierung am Bewohner

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

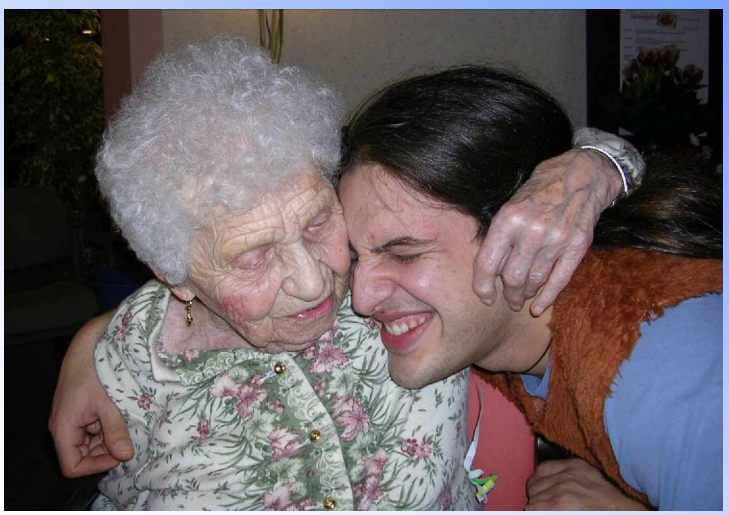
Multiprofessionelle Teams

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Gefühl des Gebrauchtseins

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Vertrautheit, Geborgenheit

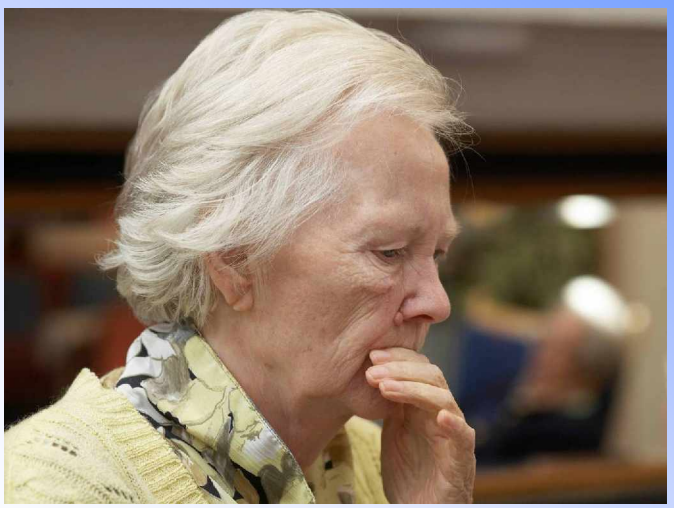


René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Freude

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Würde



René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Rahmenbedingungen

- Wohnraum
- Beziehungsgestaltung
- Strukturen
- Prozesse

Wohnraum

Eine häusliche Wohnatmosphäre
- Wohnzimmer
- Wohnküche und Esszimmer
- Individueller Schlafbereich

Schwerpunkte
- Farbliche Gestaltung
- Tageslicht, Beleuchtung
- Möblierung
- Überschaubarkeit
- Bewegungsfreiheit

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

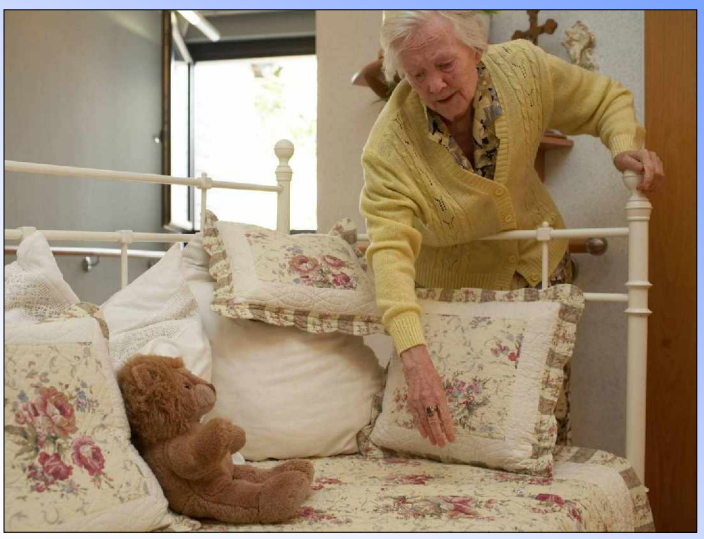
Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum



René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Wohnraum

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Beziehungsgestaltung

- Konstante Bezugsperson
- Kontinuierliche Mitarbeiterpräsenz
- Lust auf Gemeinschaft
- Intensivere Kontaktmöglichkeiten
- Ungezwungene Atmosphäre
- Von der „Pflege“ zur „Begleitung“

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Strukturen

- Alte Strukturen loslassen
- Bewohner einbeziehen
- Freiräume zulassen
- Flexible Gestaltung des Tagesablaufes
- Flexible Dienstzeiten
- Tages- Nachtrhythmus (Abendangebote)

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Prozesse

- Anreiz zu mehr Eigeninitiative
- Neugier wecken
- Reaktivierung von Gedächtnisinhalten
- Stimulation aller Sinne
  (besonders olfaktorisch und gustatorisch)
- Biographiearbeit
- Spontaneität
- Flexibilität

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Erfolge bei Bewohnern

- Unruhe lässt nach, weniger Hinlauftendenzen
- Reduzierung der Psychopharmaka bis zu 50%
- Mehr Konzentration und Aufmerksamkeit
- Mehr Aktivität und Beteiligung
- Lust auf Gemeinschaft und Geselligkeit
- Zufriedenheit der Bewohner
- Erhöhte Selbständigkeit
- Verbesserung der Mobilität
- Die Lust am Essen (Verzicht auf PEG`s)

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Erfolge bei Mitarbeitern

- Von Schnittstellen zu Nahtstellen
- Gegenseitige Entlastung
- Ganzheitliche Beobachtung (verschiedene Blickwinkel)
- Flexible Tagesabläufe nehmen Zeitdruck
- Abwechslungsreicheres Betätigungsfeld
- Entdecken und fördern der persönlichen Stärken
- Mehr Erfolgserlebnisse
- Hohe Mitarbeiterzufriedenheit
- Hohe Motivation

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

Sind Sie neugierig geworden?
Dann rufen Sie uns an!

Ansprechpartner:

René Pischel
CBT-Wohnhaus St. Lucia
Pontivystraße 10
50389 Wesseling
Telefon: 02236 705-0
Telefax: 02236 705-200
eMail: r.pischel@cbt-gmbh.de
www.cbt-gmbh.de

René Pischel – CBT-Wohnhaus St. Lucia / Fachtagung „Herausforderung Demenz“ / Siegburg / 18. 11.2006

9. Sturzprophylaxe

„Sicher und Mobil“

Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen, v.a. Hüftfrakturen, bei Senioren - Förderung und Erhalt von Mobilität und Selbständigkeit im Alter

PD Dr. Dr. Andrea Icks, Ärztekammer Nordrhein

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

1. Einführung in das Thema

2. Projekt in Nordrhein

3. Perspektiven

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

1. Einführung in das Thema

- Zahlen und Daten
- Risikofaktoren für Stürze und Hüftfrakturen
- Ansätze der Sturzprävention
- Modelle in Baden-Württemberg und Hamburg
- Kosten-Nutzen-Analysen

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Relevanz des Themas

- Zunehmende Diskussion um Gesundheitsförderung bei Senioren
- Zentrales Ziel: Erhalt von Mobilität, Selbständigkeit, Lebensqualität
- Sturzbedingte Verletzungen, v.a. Hüftfraktur sind häufige Anlässe für deren Einschränkung
- Besonders betroffenen:
  BewohnerInnen von Einrichtungen der Altenhilfe
- Sturzprävention ist Thema des Expertenstandards der Pflege 2004
- Verschiedene Leitlinien liegen vor (DEGAM, DVO, DGU)

Epidemiologie von Sturz und sturzbedingter Verletzung

- 30% der über 60Jährigen, 50% der HeimbewohnerInnen stürzen mindestens einmal pro Jahr
- Als Sturzfolge entstehen in 10-20% behandlungsbedürftige Verletzungen,
  in 1-2% sturzbedingte Hüftfrakturen („Oberschenkelhalsbrüche“)
- In Deutschland pro Jahr 120.000 Hüftfrakturen, davon
  90% der Behandlungsfälle Personen über 65 Jahre,
  90% sturzbedingt
- Anstieg der Zahl der Hüftfrakturen um 4% pro Jahr

Folgen von Hüftfrakturen

- 50% der Betroffenen erlangen ursprüngliche Beweglichkeit nicht zurück
- 20% werden ständig pflegebedürftig
- Angst der Betroffenen, erneut zu stürzen, führt zu Verlust von Selbstvertrauen im Alltag, Einschränkung der Lebensqualität für Betroffene und Angehörige
- Direkte Kosten für unmittelbare Behandlung über 1 Milliarde Euro pro Jahr (Deutschland, ohne indirekte und Folgekosten)

Sturzassoziierte Faktoren und Präventionsansätze

Vielfältige sturzassoziierte Faktoren . . .

- Sturzrisiko höher bei Frauen und in höherem Alter, bei vorausgegangenem Sturz, Gangstörung
- Hohes Risiko bei BewohnerInnen von Einrichtungen der Altenhilfe und -pflege
- Vielzahl personenbezogener, umgebungsbezogener, verhaltensbedingter Einflussfaktoren

Sturzassoziierte Faktoren und Präventionsansätze

. . . und zahlreiche Ansätze der Sturzprävention

- Diskussion der Wirksamkeit sturz- / frakturpräventiver Maßnahmen
- Wichtig:
  - Alle Beteiligten einbeziehen – Senioren, Angehörige, Betreuende
  - BewohnerInnen von Einrichtungen der Altenhilfe relevante Zielgruppe
  - Kraft- und Balancetraining, Hüftprotektoren, flankierende Maßnahmen nachgewiesenermaßen effektiv

Ulmer Modell: Kraft- und Balancetraining

- Intervention:
  - Kraft- und Balance-Training als Gruppenangebot
  - 6-8 Personen, mindestens eine Trainingseinheit pro Woche
  - Information und Schulung von HeimmitarbeiterInnen
  - flankierende Maßnahmen
- Evaluation (RCT, Becker 2003):
  ⇨ Reduktion von Stürzen um 40%, von Hüftfrakturen um 30%

Hamburger Modell: Strukturierte Information zu Hüftprotektoren

- Intervention:
  - Angebot von Hüftprotektoren
  - Einführende strukturierte „Schulung“ von HeimmitarbeiterInnen
- Evaluation (RCT, Meyer 2003):
  - ⇨ Verbesserung der Akzeptanz bei Bewohnern und Angehörigen
  - ⇨ Reduktion von Hüftfrakturen um 43%
  - ⇨ Reduktion von Sturzangst, Verbesserung der Lebensqualität

Ökonomische Analysen

Kosten-Nutzen-Studien sprechen für erhebliche Kostenreduktion (cost savings):

- Abschätzungen aus Deutschland, basierend auf Ulmer Modell (Becker 2003):
  Pro 1000 Bewohnern und 2Jahre:
  Einsatz 80.000€, Gewinn 320.000€
- Cost Effectiveness Analyse aus den USA (Colon-Emeric 2003):
  Pro Person und 18 Monate: Gewinn von 300US$

2. Projekt in Nordrhein

- Konzeption
- Stand der Umsetzung in den Heimen
- Ärzte

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Modell der Ärztekammer Nordrhein

gefördert von BKK

- Kraft- und Balancetraining (Ulmer Modell)
- Empfehlung von Protektoren, strukturierte Schulung (Hamburger Modell)
- Fortbildung und Schulung, Monitoring
- Ausführliche Information der die Heime betreuenden ÄrztInnen als wichtige Bezugspersonen für Bewohner-Innen, Angehörige, Pflegefachkräfte
- Standardisierte Dokumentation

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Stand der Umsetzung des Projekts in Nordrhein

- Projekt in 22 Heimen implementiert
- Hohe Akzeptanz bei Pflegekräften, Trainern, Bewohnern
- Zwischen 10% und 25% der Bewohner nehmen an Training teil

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Befragung der ÄrztInnen (nach 1 Jahr)

- 151 ÄrztInnen hauptsächlich betreuend
- 60% antworteten auf schriftliche Befragung
- 80% kannten das Projekt
- 50% waren eingebunden
  - Risikoassessment (Hausärztlich-geriatrisches Basis-A.)
  - Beratung BewohnerInnen und Angehörige, Motivation
  - Entscheidung über Eignung zur Trainingsteilnahme

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

3. Perspektiven

- Konzeption und Finanzierung
- Umsetzung im Rahmen bestehender Empfehlungen
- Landesinitiative

ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Perspektiven

Konzeption . . .

- Prävention - Reha - aktivierende Pflege - Prä-Reha - ...
- Diskussion der Umsetzung als Landesinitiative i.R. des Präventionskonzepts NRW
- Thema ärztlicher Leitlinien und des Pflege-Expertenstandards „Sturzprävention“

Finanzierung . . .

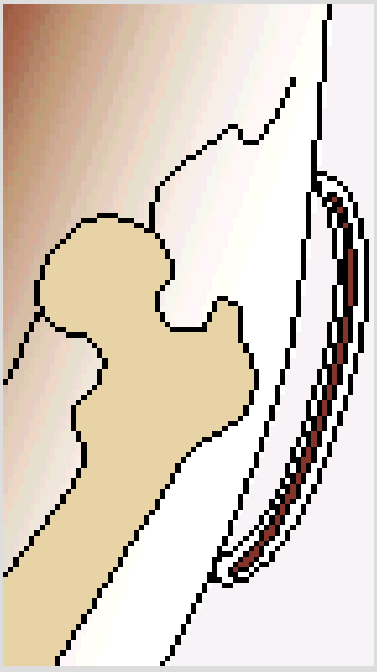
- Aktuelle Diskussion um Erstattung der Hüftprotektoren
- Diskussion um Kostenübernahme für Kraft- und Balance-Training
- Kosten-Nutzen-Studien sprechen für erhebliche Kostenreduktion (cost savings)

Ziele

- Strukturziel: In einem 3-Jahres-Zeitraum sollen 20%der Heime in NRW sturzpräventive Maßnahmen anbieten.

- Prozeßziel: Die sturzpräventiven Maßnahmen sollen nach definierten Kriterien und Standards erbracht werden; die Maßnahmen sowie Stürze und Hüftfrakturen sollen standardisiert dokumentiert werden.

- Ergebnisziel: Hüftfrakturen bei Senioren und betagten Menschen in NRW (über 65Jährige, über 80Jährige) sollen um 20%zurückgehen.
  Die Inzidenz von Hüftfrakturen bei Heim-BewohnerInnen sollen maximal 2 pro 100 Bewohnerjahren betragen.



Teil II.

Workshops

10. Essen und Trinken bei Demenz

Workshop

„Essen und Trinken bei Demenz“

Henry Kieschnick

Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Siegburg, 18.11.2006

Hintergrund meiner Beschäftigung mit dem Thema:

Projekt „Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

- 8 Altenpflegeheime aus NRW (Vergleich der Heime untereinander)
- Erhebungen in den Einrichtungen und Austausch über „Gute-Praxis- Beispiele“
- Vorrangige Frage:
  Wie kann eine ausreichende und gute Ernährung sichergestellt werden? (Wie kann Mangelernährung vermieden werden?)
- Auftraggeber/Förderer: Bundesministerium für Gesundheit
- Projektpartner: KDA und KCR (Konkret Consult Ruhr, Gelsenkirchen)

Geplante Themen für den Workshop:

- Warum sind Menschen mit Demenz besonders gefährdet hinsichtlich Mangelernährung / Flüssigkeitsdefizit?
- Wie kann man ermitteln, ob alte Menschen und insbesondere Menschen mit Demenz ausreichend ernährt und zufrieden sind?
- Wie kann die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung von alten und demenzkranken Menschen verbessert werden?
- Was ist bei der Umsetzung von Neuerungen / Verbesserungen in die Praxis zu beachten?

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Warum sind Menschen mit Demenz besonders gefährdet hinsichtlich Mangelernährung / Flüssigkeitsdefizit?

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Wichtiger Risikofaktor für Mangelernährung im Alter: Verminderter Appetit

- Frühzeitiges Sättigungsgefühl bei verminderter Magendehnung im Alter
- Veränderung der Sättigungshormone im Alter beeinflusst die Hunger- Sättigungs-Steuerung
  → Gehirn erhält vorzeitige Sättigungssignale
  → Essen wird abgebrochen, ohne dass Energiebedarf gedeckt ist
- Energiebedarf nimmt mit dem Alter ab
  → Hochbetagte wählen oft nur kleine Portionen
  → Alte Menschen sollen deshalb Lebensmittel mit hoher Nährstoffdichte wählen (z.B. Vitamine, Spurenelemente)
- Geruchs- / Geschmacksempfinden ist vermindert

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Weitere Risikofaktoren für Mangelernährung

- Allein lebend (vor allem für ambulanten Bereich relevant)
- „Untere soziale Schicht“, Sozialhilfeempfänger (ambulanter Bereich)
- Keine gekochten Mahlzeiten (ambulanter Bereich)
- Erkrankungen der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Galle…)
- Kaubeschwerden / Zahnlosigkeit
- Schluckprobleme *(insbesondere bei fortgeschrittener Demenz)*
- Geistige Beeinträchtigung (z.B. durch Demenz)
- Depression / belastende Lebensereignisse
- Immobilität *(insbesondere bei fortgeschrittener Demenz)*
- Schwierigkeiten in der Motorik (z.B. beim Schneiden, *insbesondere bei fortgeschrittener Demenz*)
-

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Besondere/zusätzliche Risikofaktoren bei Menschen mit Demenz

Hauptgründe, warum für Menschen mit Demenz die besondere Gefahr einer Mangelernährung besteht:

- Fehlendes Zeitgefühl – Essenszeiten
- Eingeschränkte Wahrnehmungs- und Urteilsfähigkeit
- Wahnvorstellungen - sie glauben, ihr Essen sei vergiftet
- Eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit
- Anpassungsverluste an neue Situationen/Umgebungen (z.B. Schwierigkeiten bei nicht vertrautem Geschirr)
- Verlust der Fähigkeit selbst zu essen → können darüber frustriert sein

Details: siehe nächste Folie

Besondere/zusätzliche Risikofaktoren bei Menschen mit Demenz

- Apraxie:
  geläufige Handlungen gelingen nicht mehr (Eingießen von Getränken, Fleisch schneiden, Besteck und Trinkgefäße zielgerichtet zum Mund führen)
- Aphasie:
  Gestörtes Sprachverständnis:
  Aufforderung zum Essen / Trinken wird nicht verstanden, Fragen nach Essenswünschen können nicht beantwortet werden
  Eingeschränkte Spontansprache:
  Demenzkranker kann sich nicht äußern, wenn das Essen nicht schmeckt
- Agnosie:
  Störungen des Erkennens; Gegenstände werden durch das Ansehen in ihrer Verwendung nicht erkannt, erst durch das Tasten oder ein dazugehöriges Geräusch (Löffel in die Hand geben, Trinkgefäß in die Hand geben)
- Alexie:
  Unfähigkeit, Geschriebenes zu lesen (Speisepläne können nicht gelesen werden)

Wichtiger Risikofaktor für Dehydratation im Alter: Vermindertes Durstempfinden

- Biologische Regulation des Durstgefühls ist mit zunehmenden Alter abgeschwächt
- Bestehendes Flüssigkeitsdefizit nehmen ältere Menschen nicht mehr wahr
- Bei nachweisbarem Flüssigkeitsmangel empfinden sie kein Durstgefühl und trinken nicht bedarfsgerecht

- Bei Menschen mit Demenz tritt aufgrund der kognitiven Einschränkungen dieser Risikofaktor verstärkt/gehäuft auf

Mögliche Folgen der Dehydratation

Besonders pflegerelevante Folgen der Dehydratation („ungenügenden Flüssigkeitsversorgung“):

- Schwäche/ Schwindel
  - Folge: Sturzneigung, Knochenbrüche, Immobilität, Dekubitus…
- Reduzierte Wahrnehmungsfähigkeit/ Verwirrtheitszustände
  - Folge: Abwehrverhalten…
- Verstopfung

Wie kann man ermitteln, ob alte Menschen und insbesondere Menschen mit Demenz ausreichend ernährt und zufrieden sind?

Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme dienen nicht nur der Befriedigung physiologischer Bedürfnisse/Notwendigkeiten, sondern sollen auch Genuss sein.

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

Welche Anzeichen können auf Ernährungs-/ Flüssigkeits-probleme hinweisen?

Gesamteindruck des Ernährungszustandes („klinisches Erscheinungsbild“):

- Abnahme der Körpermasse
- Auszehrung und ein offensichtlicher Verlust von Unterhautfettgewebe und Muskelmasse
  - → Schlaffe Hautfalten an Gesäß und Bauch
  - → Markant hervorstehende Knochen

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

„Symptome“ der Mangelernährung:

- Ödeme
- Blasse Hautfarbe
- Allgemeine Schwäche
- Apathie
- Tremor
- Hautläsionen
- Schuppige Haut
- Risse oder wunde Stellen am Mund

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

Erkennen von Problemen / Risiken:

Allgemeine Feststellung:

- Kleinere Kleidergrößen notwendig / vorhandene Kleider sind plötzlich zu groß
- Gürtel für die Hosen erforderlich/ muss enger gestellt werden
- Ehe- und andere Ringe sind zu locker
- Zahnprothese passt nicht mehr
- Es wird immer / häufig Essen auf dem Teller zurückgelassen

Spezielle Feststellung:

- Gewichtsverlauf, BMI (inkl. Verlauf)
- Einsatz von Assessmentinstrumenten, z.B. MNA- Bogen [MNA]

Erkennen und Erfassen von Ernährungsproblemen und Risikofaktoren

Ergebnisse des Benchmarkingprojektes (1. Erhebung):

- Ca. 34% der Bewohner/-innen: *Risikobereich für Unterernährung*
- Ca. 21% der Bewohner/-innen: *Mangelernährung*

Drei <u>vermutete</u> Gründe (konnten <u>nur teilweise bestätigt</u> werden!):

- Bewohner/-innen ziehen bereits mangelernährt ins Heim ein Verweil
- Mangelernährung entwickelt sich mit zunehmendem Alter Alter
- Mit Schwere einer Demenzerkrankung wächst das Risiko von Mangelernährung Demenz

Ergebnisse der 2. Erhebung: Gesamt

- Ca. 8% mehr guter Ernährungszustand
- Ca. 6% weniger Mangelernährung

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erfassen der Zufriedenheit

Ansatz 1 im Benchmarkingprojekt:

- Durchführung von Bewohner- und Mitarbeiterbefragung bezüglich
  - Mahlzeitenqualität
  - Verbreitung von Unterstützungsmaßnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung
  - Beschwerdemanagement
  - *Diffusion vorhandener Instrumente zur Ernährungsplanung*
  - *Hinderungsgründe für ausreichende Ernährung*
  - *Qualifizierungsstand und -bedarf in Ernährungsfragen*
- Erfolgskontrolle der Projektmaßnahmen durch Wiederholungs-befragung
- <u>Aber</u>: Bewohnerbefragung nur bei „befragbaren“ Bewohner(n)/-innen

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Erfassen der Zufriedenheit

Ergebnisse der 1. Befragung:

- Generell hohe Zufriedenheit mit Qualität der Speisen und Getränke, Abwechslungsreichtum
- Verbesserungspotenziale:
  - Räumlichkeiten und Service
  - Mitsprache bei Planung und Gestaltung
  - Individualität (Lieblingsspeisen, persönliche Wünsche)
- Tendenziell kritischere Sicht der Mitarbeiter/-innen
- Problemfeld I: Zusammenarbeit mit Ärztinnen/Ärzten
- Problemfeld II: Interne Zusammenarbeit

Ergebnis der 2. Befragung:

Überwiegend (deutliche) Verbesserungen Bew. MA

Erfassen der Zufriedenheit

Ansatz 2 im Benchmarkingprojekt:

- Ermittlung der Zufriedenheit der nicht befragungsfähigen Bewohner/-innen (überwiegend mit Demenzerkrankungen)
- Evaluation (Wirksamkeit der Maßnahmenumsetzung im Projekt?)

Vorgehen:

- Beobachtung von Bewohnergruppen (Bewertung positiver und negativer Aspekte bezogen auf die Mahlzeitensituationen) Situation
- Beobachtung einzelner Bewohner/-innen (mit Hilfe einer reduzierten Wohlbefindensskala der Bradford Dementia Group) Wohlbefinden
- Beide Beobachtungen: „Fremdbeobachtung“ (Heime gegenseitig)

Erfassen der Zufriedenheit

Ergebnisse der Beobachtungen:

- Beobachtung von Gruppen / Gesamtsituation liefert gute Hinweise auf gute Praxis und Verbesserungspotentiale E-Situation
- Bewohnerbeobachtung eher problematisch in der Verwertbarkeit:
  - Bei Fremdbeobachtung fehlt Kontextwissen! E-Bew.
  - Nur wenige Hinweise auf Verbesserungen
  - Eher geeignet für den Einsatz durch „eigene“ Mitarbeiter/-innen

Wie kann die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung von alten und demenzkranken Menschen verbessert werden?

Häufig vernachlässigter Faktor: Gestaltung der Mahlzeitensituation

Wie sollte die Mahlzeitensituation gestaltet sein, damit sie für die Demenzkranken angenehm und „fördernd“ ist?

Aufgabe:

Denken Sie an Mahlzeitensituationen in Ihrem Arbeitsbereich.

Fragen:

- Was ist Ihnen positiv in den Mahlzeitensituationen aufgefallen (insbesondere bezogen auf die Rahmenbedingungen und das Verhalten der Mitarbeiter/-innen)?
- Was ist Ihnen negativ in den Mahlzeitensituationen aufgefallen?

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gestaltung der Mahlzeitensituation

Allgemeine Regeln:

- Falls erforderlich: Hilfsmittel verwenden (Zahnprothese, Hörgeräte, Brille, spezielles Besteck, Rutschbrett…)
- Richtige Haltung und Sitzposition des Betroffenen beim Essen
- Möglichst immer die gleiche Person sollte dabei sein bzw. das Essen anreichen
- Genug Zeit nehmen
- Betroffener sollte während des Essens nicht sprechen, helfende Person sollte keine / nur dringende Fragen stellen
- Pflegeperson soll beim Anreichen der Nahrung sitzen
- Während des Anreichens nicht mit jemand anderen sprechen

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Gestaltung der Mahlzeitensituation

Besondere Aspekte bei Demenzkranken:

- Beim Tischdecken mithelfen lassen (Handlungsprogramm für das Essen wird freigesetzt)
- Gemeinsam mit den Demenzkranken essen (sie werden daran erinnert, wie gegessen wird)
- Tischrituale nutzen (Mahlzeitenbeginn wird deutlich), z.B. Gebet, Gesang, Sprüche, eine bestimmte Melodie für die Essenszeit
- Übersicht auf dem Tisch: einzelne Gänge nacheinander servieren
- Nahrungskomponenten nicht mischen (nur, wenn gewünscht)
- Keine zusätzlichen Reize (Radio, Fernsehen…)
- Immer den gleichen Ort der Nahrungsaufnahme wählen
- Wenn notwendig: individuelle Ansätze wie Fingerfood, persönliches Besteck, Essen im Gehen etc. (Biografiearbeit)
- Nicht nur Süßes !!

Gestaltung der Mahlzeitensituation

Weitere Aspekte: BM

- Angebotene Gerichte appetitlich zubereiten/anbieten:
  - Essenskomponenten getrennt
  - Unzerkleinert
  - Garniert
  - Auf Porzellangeschirr serviert
  - Kräftige Farben und abwechselnde Kost
  - Kräftig würzen
  - Kleine bzw. angemessene Portionen
- Ggf. Hilfestellung, aber am tatsächlichen Hilfebedarf und an vorhandenen Ressourcen (Handlungsmustern/Routinen) orientiert Film

Weitere Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung

- Möglichst reagieren bevor ein erheblicher Verlust an Körpermasse eingetreten ist
- Bevorzugte Speisen und andere Ernährungsgewohnheiten in Erfahrung bringen und Informationen – wenn notwendig - aktualisieren (Biografiearbeit)

Aufgabe:

Denken Sie an eine Ihnen bekannte Person (ggf. an sich selbst).

Was ist dieser Person in Bezug auf das Essen besonders wichtig (hinsichtlich Vorlieben, Abneigungen, aber auch in Bezug auf „Rahmenbedingungen“)? -> maximal 2 Aspekte

Weitere Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung

- Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt anbieten
- Altersgerechte Lebensmittel sollten energieärmer und gleichzeitig besonders nährstoffreich sein
- Trotz kleinerer Portionsgrößen den Nährstoffgehalt einer normalen Portion sichern

Nahrungsmittel mit hohem Nährstoffgehalt:

Fleisch, Fisch, Geflügel, Innereien, Käse, Eier, Soja, Nüsse und Körner

Nahrungsmittel mit niedrigem Nährstoffgehalt:

Süßgetränke, Gebäck, Süßigkeiten, süße Puddings, alkoholische Getränke, einige Kuchen und Backwaren

Weitere Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Ernährung

- Bei Erhöhung der Ballaststoffmenge auch Erhöhung der Trinkmenge (ansonsten Gefahr der Verstopfung)
- Abstand zwischen Abendessen und dem Frühstück am nächsten Tag nicht mehr als 12 Stunden, bei Diabetikern und dementiell Erkrankten nicht mehr als 10 Stunden
- Lebensmittelzusammenstellung: täglich 1 warme Mahlzeit, 1 Stück Obst, 1 Portion Gemüse, 1 Glas Milch / Portion Joghurt, Quark oder Käse, 1 Scheibe Vollkornbrot, mehrmals pro Woche Fleisch, Fisch oder 1 Ei
- Regelmäßige körperliche Aktivität: Effekt auf den Appetit, Aufbau von Muskelmasse

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Möglichkeiten zur Sicherung einer ausreichenden Trinkmenge

- Anzustrebende tägliche Trinkmenge: 1,5-2,0 Liter
- Bevorzugte Getränke in Erfahrung bringen und Informationen aktualisieren (Biografiearbeit, Angehörigengespräch)
- Geeignete, vom Demenzkranken bevorzugte Trinkgefässe nutzen (evtl. von zu Hause)
- Tassen und andere Trinkgefäße sollten nicht zu schwer sein
- Umgreifen der Tasse und ihr richtiger Sitz in der Hand sind wichtig
- Eingeschenkte Getränkte immer in Reichweite stellen
- Regelmäßig Getränke anbieten, z.B. stündlich
- Ggf. farbige Getränke verwenden / Getränke färben
- Verwendung von Schnabelbecher ist bei Schluckstörungen eingeschränkt sinnvoll (unbedingt aufrechtes Sitzen des Betroffenen erforderlich)

Workshop „Essen und Trinken bei Demenz“, 18.11.2006 Kuratorium Deutsche Altershilfe

Was ist bei der Umsetzung von Neuerungen / Verbesserungen in die Praxis zu beachten?

Der Ermittlung des Ernährungszustands
und der „Umgebungsfaktoren“ kommt große Bedeutung zu.

Oft kann bereits
mit einfachen und wenig aufwendigen Mitteln
viel erreicht werden.

Bedeutung / Beispiele von „Low-Hanging-Fruits“: Beispiel

- Einführung eines „Schnuckerkühlschranks“
- Mitarbeiter/-innen werden zum „Mobilen Waffelbäcker“
- Durchführung von „Lockenwicklerabfragen“
- Einführung „farbiger Getränke“
- Wettbewerb zur Namensfindung für „Fingerfood“
- Brotbackautomaten mit Zeitschaltuhr
- Fotodokumentation zur Essensportionierung
- Speiseplan mit Nährwertangaben
- Jahreszeitendinner für Angehörige und Bewohner/-innen

Literatur (Auswahl)

- Crawley, Helen: Essen und Trinken bei Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2005
- Pro Alter, Heft 3/2005: mehrere Beiträge zum Thema „Essen und Trinken bei Demenz“, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Jenkins, Deirdre: Der beste Anzug, Hautpflege bei Menschen mit Demenz, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2006
- „Wie geht es Ihnen?“, Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz, Demenz-Service Heft 3, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln
- Schwerdt, Ruth (Hrsg.): Probleme der Ernährung dementiell veränderter älterer Menschen, dementia service development Band 1, Fachhochschulverlag 2004
- DBfK (Hrsg.): Ernährung im Alter, „Essen – Lust oder Frust im Pflegealltag“, Alltagshilfen/Werkstatthefte Folgen 1 bis 7, DBfK-Bundesverband 2005/2006

Kontaktmöglichkeit

Henry Kieschnick
Kuratorium Deutsche Altershilfe
An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Tel.: 0221 / 93 18 47 0 (Zentrale)
Mail: henry.kieschnick@kda.de

Bestellmöglichkeit Literatur:

Internet: www.kda.de

Telefonisch:

- Herr Kowitz: 0221 / 93 18 47 17
- Frau Herrndorf: 0221 / 93 18 47 20

11. Demenz und Sexualität

Brigitte Merkwitz

Ausdruck von Bedürfnissen nach Zuwendung und sexuellen Bedürfnissen sind oft bei Menschen mit Demenz schwer zu unterscheiden. Scham, Peinlichkeiten bis hin zu Ekel sind Gefühle, die sehr viele Pflegekräfte kennen. Warum ist das so? Wie kann man besser, d.h. professionell und liebevoll, mit diesen Bedürfnissen demenziell veränderter Menschen umgehen?

Der Beantwortung dieser Fragen werden wir uns während des Workshops widmen; bestenfalls mit konkreten Fallbeispielen, die Sie aus Ihrer Praxis mitbringen. Ich werde auch über Zusammenhänge aufklären, die zwischen Traumatisierungen im Leben alter Menschen, Demenz und Sexualität bestehen, um eine Sensibilisierung zu vertiefen.

Zur Einleitung des Workshops zum Thema Sexualität und Demenz gibt die Referentin im Rahmen einer Imaginationsübung eine Fallvorstellung, worin eine Altenpflegekraft beim Betreten des Zimmers einer dementen Bewohnerin registriert, dass diese sexuellen Kontakt mit einem anderen – noch verheirateten – Bewohner hat. Inwieweit die demente Bewohnerin mit diesem Kontakt einverstanden ist, ist nicht eindeutig erfassbar.

Die Gruppe tauscht die wahrgenommen Gefühle und Gedanken aus und es entwickelt sich ein Dialog über die Frage, wie mit einer solchen Situation umgegangen werden kann. Gefühle wie Hilflosigkeit, Respekt, Freude, aber auch Ekel werden geäußert. Gerade auch unangenehme Gefühle gilt es anzuerkennen.

Der Konflikt Sexualität als Ausdruck der Selbstbestimmung ⇔ Schutzfunktion der Betreuer wird deutlich. Eine weitere Schwierigkeit stellen die oft sehr ablehnenden Reaktionen der Angehörigen auf sexuelle Bedürfnisse und sexuelles Handeln ihrer Verwandten dar. Es wird deutlich, dass es für Angehörige sehr schwer ist, das lebenslang geprägte Bild ihres Verwandten zu verändern. Weiterhin wurden Unterschiede in der Reaktion deutlich im Hinblick darauf, ob der sexuelle Kontakt von einem Mann oder einer Frau ausgeht. Männern werden sexuelle Bedürfnisse häufig zugestanden, bei Frauen entspricht dies weniger den Erwartungen.

Zu unterscheiden sind zwei Ebenen:

1. Informations-, Wissensebene: es gibt Sexualität auch im Alter und auch bei Demenz

2. Einstellungsebene: Wie ist meine eigene Haltung zu Sexualität?

Diese kann im Gespräch abgeglichen werden mit der Haltung der jeweiligen Bewohner, der Angehörigen, des Teams und auch des Trägers. Der Austausch mit KollegInnen wirkt entlastend, im Idealfall kann eine gemeinsame Haltung im Team entwickelt werden, die für die Zukunft mehr Sicherheit vermittelt. Werden Grenzen gesetzt (z.B. sexuelle Handlungen in allgemein zugänglichen Bereichen des Heims o.a.), dann sollten dies im Konsens des Teams erfolgen und auf Kongruenz der verbalen und non–verbalen Kommunikation geachtet werden.

Zum geschichtlichen Hintergrund ist wichtig sich zu vergegenwärtigen, dass die Generation der jetzigen Altenheimbewohnerinnen aufgewachsen ist in einer tabubesetzten Zeit und möglicherweise erst jetzt im Alter – auch unter den Veränderungen der Demenz mit dem teilweisen Verschwinden von Moralvorstellungen – Sexualität hemmungsloser und lustvoller genießen kann In dieser Generation findet sich weiterhin einer hoher Anteil traumatisierter, besonders auch sexuell traumatisierter Frauen; besonders im Rahmen der Körperpflege sind Trauma-Reaktivierungen möglich. Besonders schwer zu entschlüsseln sind Traumatisierungen, die mit *innerlichem Weggehen*, d.h. Erstarren, *darüber hinweggehen* beantwortet werden.

Besondere Personengruppen stellen Ehepaare im Altenheim sowie neue und/oder konflikthafte Beziehungen dar.

Körperkontakt bei Demenzkranken ist als Beziehungsangebot zu verstehen. Es kann, muss aber nicht sexuell geprägt sein. Frau Merkwitz berichtet von einem speziellen Bett (wird in der Schweiz eingesetzt), welches Wiegebewegungen ermöglicht und damit tiefe Bedürfnisse nach Körperlichkeit befriedigt. Steht der sexuelle Aspekt im Vordergrund, so kann über Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten nachgedacht werden im Form pornographischer Magazine, Hilfsmitteln bis zum Einsatz von Prostituierten.

Fazit:

1. Sexualität im Alter gibt es - auch bei Demenzkranken
2. Es ist wichtig, sich die eigene Haltung zu Sexualität bewusst zu machen
3. Ein erster Schritt zum veränderten Umgang mit Sexualität im Altenheim ist deren Thematisierung im Team, in Fallbesprechungen, im Gespräch mit der Leitung zur Klärung der Fragen:
    a) Wie stehe ich dazu?
    b) Wie steht das Team dazu? Was können wir unterstützen, akzeptieren, wo beginnt unsere Schutzfunktion, was ist nicht akzeptabel?
    c) Gibt es Positionen des Trägers, die auch für das Team und die einzelnen Mitarbeiter verbindlich sind?

12. Kommunikation und Biographie

„Herausforderung Demenz“
- Kommunikation / Biografie -

Workshop 3
Rita Löbach
Fachaltenpflegerin f. Psychiatrie

Chronische Verwirrtheit

Eine irreversible, seit langem bestehende und / oder progressive **schwere** Beeinträchtigung von Intellekt und Persönlichkeit, charakterisiert durch eine Verminderung der Denkfähigkeit und **der Fähigkeit, Stimuli aus der Umwelt zu interpretieren**, und die sich manifestiert durch Störungen von **Gedächtnis**, Orientierung und **Verhalten**

Kommunikation

- Übermittlung einer Nachricht zwischen Sender und Empfänger mittels eines Mediums
- Verständigung, zwischenmenschliche Begegnung

Biografie

Eine **Biografie** ist die Lebensbeschreibung einer Person

Chronische Verwirrtheit und Kommunikation

Kommunikationsstörung des Betroffenen als Sender und Empfänger (Sprachausdruck / Sprachverständnis)

- Kommunikation erfolgt zunehmend über das Verhalten

→ „ Jedes Verhalten ist bedeutsame Kommunikation “ (T. Kitwood)

Chronische Verwirrtheit und Kommunikation

Probleme in Pflege und Betreuung durch „Herausforderndes Verhalten“ des Betroffenen

→“ „Herausforderndes Verhalten“ ist meist unverstandenes Verhalten „ (Pflegeexperten d. Universität Witten - Herdecke)

Pflegeziel: Verständigung! Aber wie?

durch Anwendung bestimmter Grundprinzipien in der Kommunikation / Interaktion mit den Betroffenen

→ABC – Motto (nach Powell)

→Personenzentrierte Interaktionen (n. Kitwood)

→Teilprinzipien der Validation (z.B. Gefühle verbalisieren / nicht anzweifeln)

Pflegeziel: Verständigung! Aber wie?

durch Kenntnis und Berücksichtigung der Regeln des Alltaglebens in der prägenden Kinder und Jugendzeit der Betroffenen

→ Geschichtliche Ereignisse

→Auseinandersetzung mit Kulturgeschichte

→zeitgebundenes Rollenverständnis / Rollenverhalten

Pflegeziel: Verständigung! Aber wie?

durch Kenntnis und Berücksichtigung der individuellen Biografie des Betroffenen

→wird umfassende Anwendung der integrativen Validation / Validation erst ermöglicht (Antriebe für Verhalten deuten; Rollenzuweisung usw.)

→wird Verhalten nachvollziehbar / verständlich

→kann herausforderndem Verhalten mit individuellen Pflegemaßnahmen vorgebeugt, bzw. begegnet werden

Biografie-Erhebung

→durch wen?

→wann?

→wie?

Biografie - Erhebung

→Privatsphäre

→Familiengeheimnisse

→Tabus

Biografie - Erhebung

- Angehörige als „biografische Experten“ hinzuziehen

13. Hauswohngemeinschaften und neue Konzepte

Die Teilnehmenden trugen die Grundvoraussetzungen für eine Hauswohngemeinschaft zusammen. (Hauswohngemeinschaft hier: Hauswohngemeinschaften innerhalb eines bestehenden Pflegeheimes)

Leitung muss bereit sein, neue Wege zu gehen.

- ▷ Bereitschaft zum ausprobieren und zu Zugeständnissen
- ▷ Fehlertoleranz
- ▷ Motivation und Begleitung der Mitarbeitenden

Flexibilität als Grundhaltung

- ▷ Improvisation zulassen
- ▷ flexible Dienstpläne und Arbeitsabläufe
- ▷ Mitarbeitende dürfen nicht ausschließlich an ihre Profession gebunden sein, sondern müssen bereit sein, Aufgaben anderer Fachgebiete zu erledigen

Gute Mischung der Bewohnergruppe

- ▷ ausschließlich demente Bewohnerinnen und Bewohner ABER innerhalb der Wohngruppe Bewohner in verschiedenen Demenzstadien
- ▷ Bei geplanter Neuaufnahme vorheriger Hausbesuch dringend notwendig

Personal muss zum Angebot passen

- ▷ veränderter Stellschlüssel: mehr Mitarbeitende in Begleitung und Hauswirtschaft, weniger in der Pflege
- ▷ Personalauswahl gemäß des Konzeptes; Mitarbeitende müssen das Konzept persönlich mittragen und mit Leben füllen
- ▷ Fortbildung/ Schulung: Kompakttheoriekurs „Demenz“ für alle Mitarbeitenden

Kommunikation aller Beteiligten

- ▷ Reflexion/ Austausch der Mitarbeitenden der verschiedenen Professionen unabdingbar
- ▷ Angehörige einbinden

Konklusion: Hauswohngemeinschaften sind EINE (sehr gute) Möglichkeit für Menschen mit Demenz zu leben, dürfen aber nicht als alleinseligmachendes Konzept betrachtet werden.

14. Frühdiagnostik und Therapie

Im Rahmen des Workshops *Frühdiagnostik und Therapie* wurden die Möglichkeiten der frühen Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen im Gerontopsychiatrischen Zentrum der Rheinischen Kliniken in Bonn anhand der nachfolgenden Präsentation vorgestellt. Mit Hilfe von Fallbeispielen und der Vorstellung konkreter Testverfahren, die mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops praktisch ausprobiert wurden, wurde die Theorie veranschaulicht. So wurde unter Einbeziehung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Anwendung des sog. *Uhrentest*, des *Dem Tect* und des *Mini-Mental Status Test* durch den Moderator vorgestellt, die ebenfalls nachfolgend beigefügt sind.

Frühdiagnostik und Therapie der Alzheimer Demenz

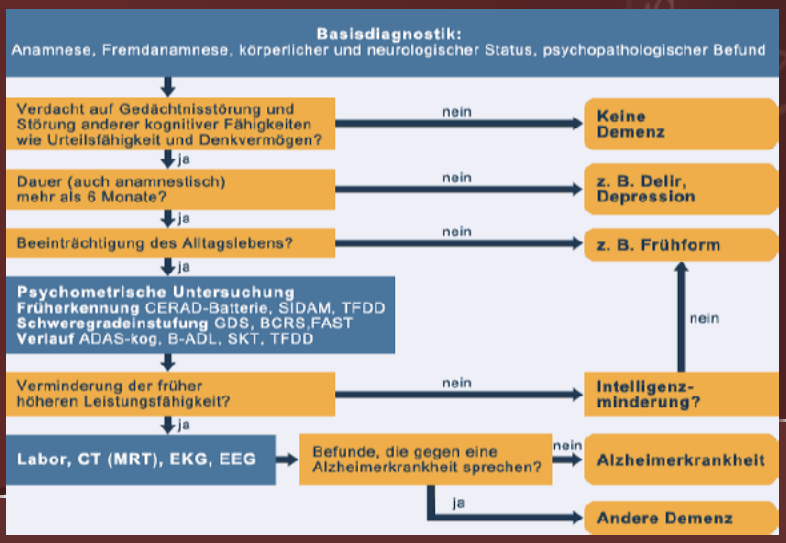
Dr. Ulrich Kastner
Gerontopsychiatrisches Zentrum Bonn

Workshop - Fachtagung „Herausforderung Demenz“ am 18.11.2006 in Siegburg

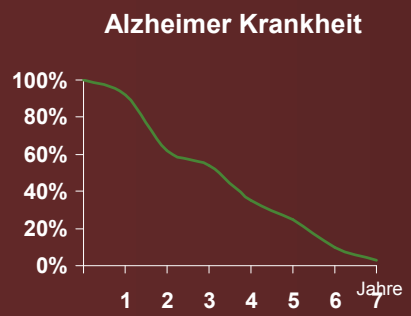
Screeningfragen

- Merkt sich weniger als früher !?
- Leistungsfähigkeit hat nachgelassen !?
- Findet in letzter Zeit häufiger nicht die richtigen Wörter im Gespräch !?
- Sucht häufiger als früher nach Gegenständen z. B. Hausschlüssel, Werkzeugen !?
- Wann hat es begonnen ?
- Wer hat es zuerst bemerkt ?
- Alkohol, Medikamentenwechsel, Trinken, Inkontinenz und Gangstörung !?

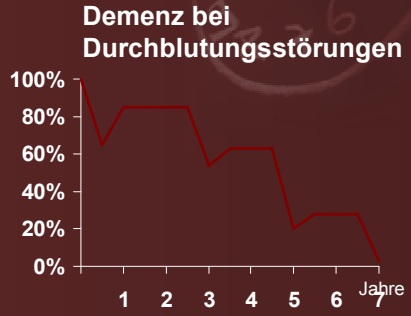
Diagnostik



Die zwei wichtigsten Demenzformen



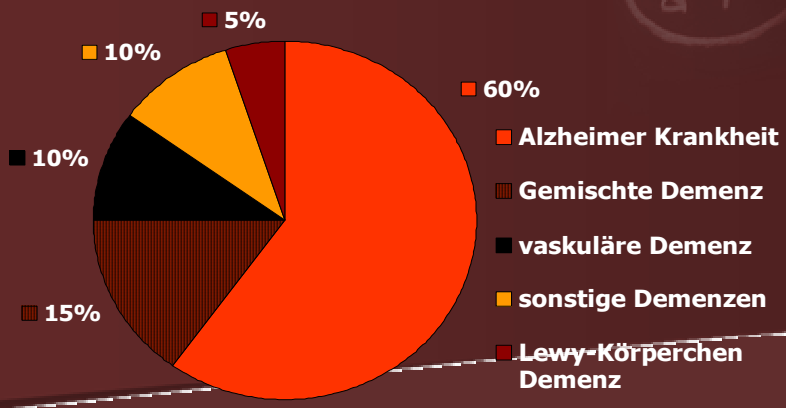
- schleichender Beginn
- allmähliche Verschlechterung
- progredienter (fortschreitender) Verlauf



- abrupter Beginn
- stufenweise Verschlechterung
- zeitlicher Zusammenhang zwischen Infarkt und Verschlechterung

Demenzerkrankungen

„**DEMENZ** ist der Oberbegriff vieler verschiedener Krankheitsbilder, unter anderem der **Alzheimer Krankheit**"



Fallbeispiel Herr N., 73 J.

- Herr N, 73 J., ehemaliger Filialleiter einer Sparkasse stellt sich beim Hausarzt vor und klagt über Antriebslosigkeit - **„Ich fühle mich seit längerem so schlapp und habe keine Lust mehr etwas zu unternehmen."**
- Der Hausarzt erhebt eine Krankengeschichte und führt eine gründliche körperliche Untersuchung durch. Er stellt einen Bluthochdruck und einen leichten Altersdiabetes (Typ 2) fest.
- Er bittet den Patienten ein Blutdrucktagebuch zu führen.
- **Verschriebene Medikamente: Blutdrucksenker + Diabetespräparat**
  Nach weiteren neun Monaten verbessert sich die Antriebslosigkeit nicht wesentlich.

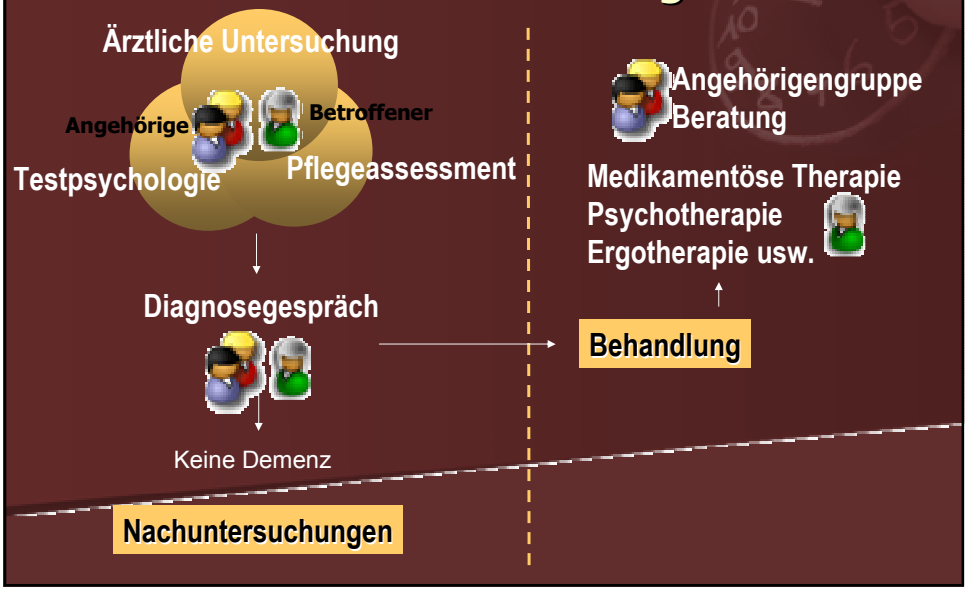
Das Blutdrucktagebuch

Das Blutdrucktagebuch

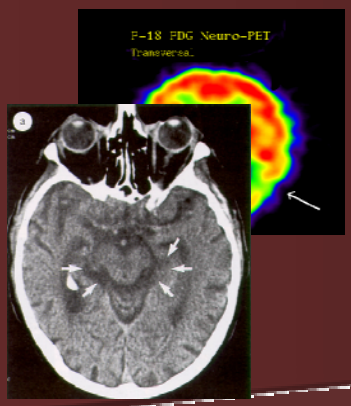
Diagnostik in einer Memory Clinic/Gedächtnisambulanz

- Es gibt **keinen** geprüften Einzeltest
- Krankengeschichte
- Psychiatrische Untersuchung
- Einschätzung der Alltagskompetenz
- Klärung des Soziales Umfeld
- Testpsychologie
- Veranlassung medizinischer Untersuchungen (Blutlabor, MRT, CCT usw.)

Ablauf der ambulanten Untersuchung



Apparative Verfahren



- PET (Positronen-Emissions-Tomographie)
- SPECT (single photon emission computed tomography)
- CCT (craniale Computer-Tomographie)
- **MRT (Magnet-Resonaz-Tomographie)**

Untersuchungsgang

Diagnostisches Procedere:
Zumeist 2-3 ambulante Einzeltermine

- Anamnese: Eigen-A., Fremd-A., Familien-A.
- Untersuchung: internistisch und neurologisch
- Labor: BZ, Elektrolyte, BB, TSH, Vitamin B_{12}, Folsäure
- Testpsychometrie: MMST, Uhrentest, DemTect, CERAD
- Bildgebung: CCT oder MRT

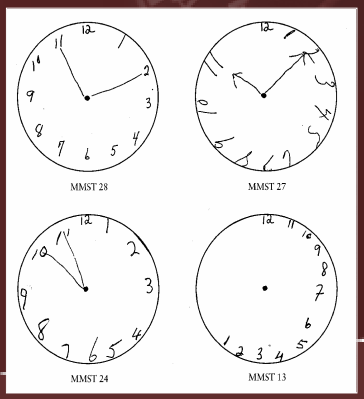
Testpsychologie

- Gedächtnis (Worte/Bilder)
- Wortfindung
- Aufmerksamkeit
- Konzentration
- Orientierung
- Auffassung
- Konstruktive Fähigkeiten

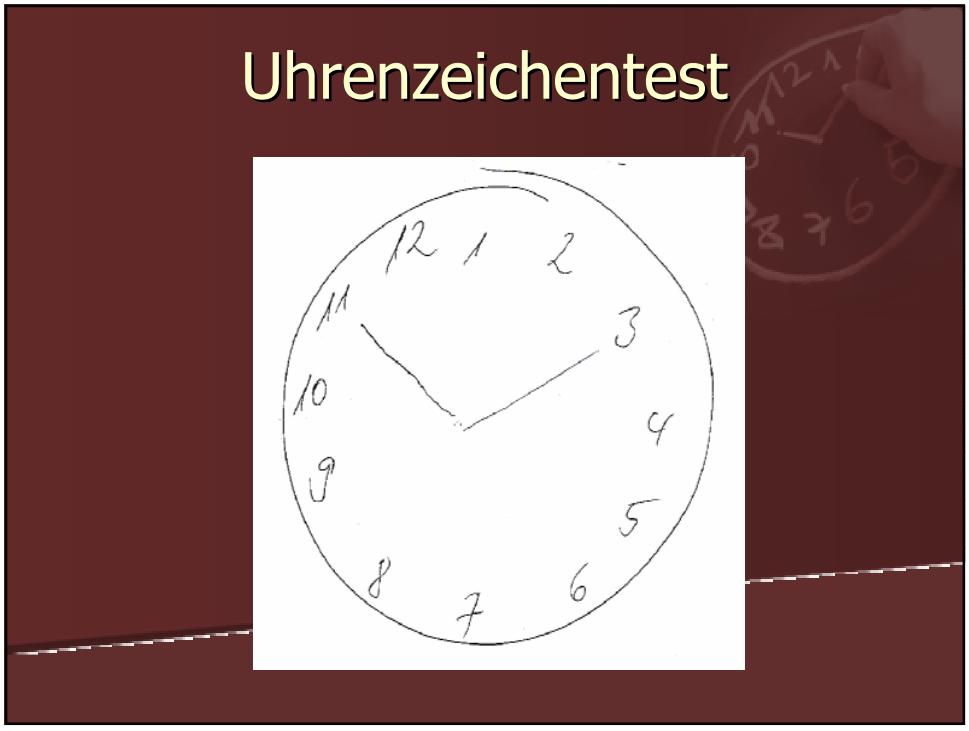
Testpsychologie - Uhrentest

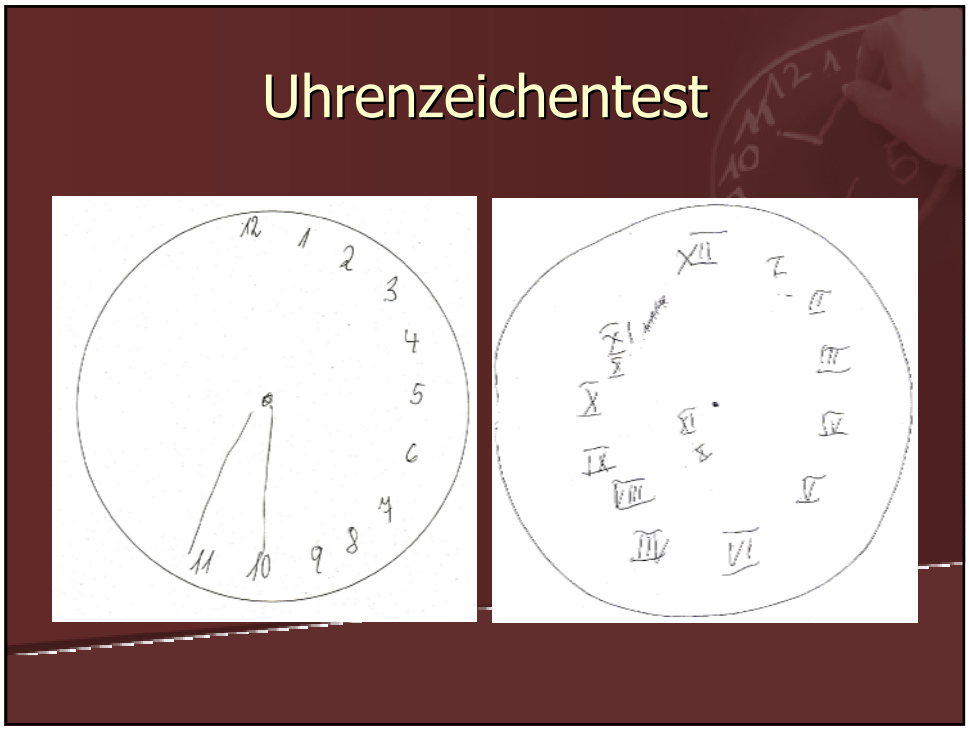
- leicht durchzuführender Test
- Auskunft über: problemlösendes Denken, räumliche Leistungen
- Beurteilung:
  - 1 = perfekt
  - 2 = leichte visuell-räumliche Fehler
  - 3 = Uhrzeit fehlerhaft, erhaltene visuell-räumliche Darstellung
  - 4 = mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation
  - 5 = schwergradige visuell-räumliche Desorganisation
  - 6 = keine Uhr erkennbar

Modifiziert nach: Shulman et al. (1993)



Aus: Gauthier, Burns, Pettit: Alzheimer-Demenz in der Primärversorgung, S. 15


Uhrenzeichentest


Uhrenzeichentest

DemTect

3 Gedächtnistests für Wörter und Zahlen
1 Zahlenumwandlungsaufgabe *
1 verbale Flüssigkeitsaufgabe *
Zeitaufwand etwa 8 Minuten
Als Verlaufskontrolle zur Dokumentation

DemTect

Name: [redacted] Untersuchungsdatum: 8.4.03
Vorname: [redacted] geb.: Alter:
Schulbildung: Beruf (evt. vor Rente):

1) Wortliste

	Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
1.	☑	☑	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☑	☐	☑

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20)

2) Zahlen-Umwandeln (siehe Rückseite)
Richtige Umwandlungen (max. 4)

3) Supermarktaufgabe (1 Min.)
Genannte Begriffe (max. 30) 3

4) Zahlenfolge rückwärts

1. Versuch	2. Versuch	
7-2	8-6	☐ 2
4-7-9	3-1-5	☑ 3
5-4-9-6	1-9-7-4	☐ 4
2-7-5-3-6	1-3-5-4-8	☑ 5
9-1-3-5-4-2	4-1-2-7-4-5	☐ 6

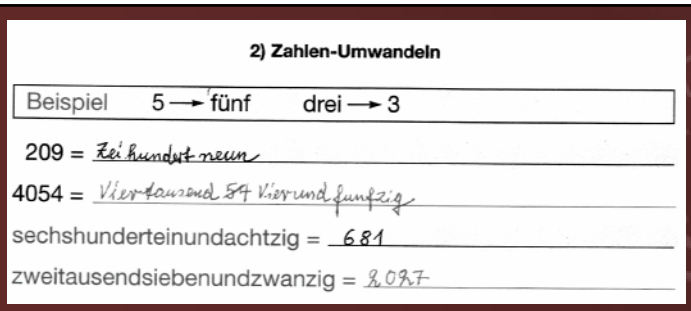
Längste richtig rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max. 6) 3

5) Erneute Abfrage der Wortliste

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10)

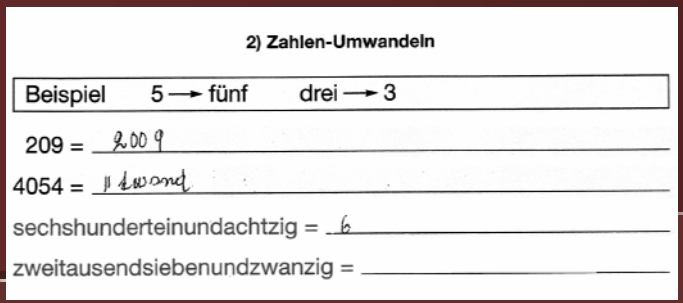
* Aufgaben im RDS
Rapid Dementia Screening Test


2) Zahlen-Umwandeln

Beispiel 5 → fünf drei → 3

209 = Zweihundertneun
4054 = Viertausend 54 Vierundfunfzig
sechshunderteinundachtzig = 681
zweitausendsiebenundzwanzig = 2037

DemTect
11 Punkte
2001


2) Zahlen-Umwandeln

Beispiel 5 → fünf drei → 3

209 = 2009
4054 = 11 4wand
sechshunderteinundachtzig = 6
zweitausendsiebenundzwanzig =

DemTect
3 Punkte
2003

Therapie der frühen Demenzerkrankungen

Therapiemöglichkeiten

- Demenzpräventive Therapie
- Heimverzögernde Therapie
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Besserung der Kognition
- Therapie von Verhaltensauffälligkeiten
- Therapie psychischer Veränderungen
- Therapie motorischer Störungen und körperlicher Erkrankungen

Nichtpharmakologisch

- Angehörigenberatung
- Angehörigenschulung
- Kontaktmöglichkeit
- Entlastungsdienste
- Ergotherapie
- Soziale Kontakte
- Bewegung Sport

Pharmakologisch

- Acetylcholinesterase-Hemmer (AChEH)
- Bei Therapieversagen Wechsel auf 2. AChE-Hemmer
- Bei Kontraindikationen oder erneuten Therapieversagen Memantin
- Antidepressive Therapie
- Cholesterinsenkung
- Behandlung des kardiovaskulären Risikos

15. Sterbebegleitung

Aspekte des Sterbens dementer Menschen:

- Von der Diagnose einer Demenz bis zum Tode vergehe im Durchschnitt 7-9 Jahre mit großer interindividueller Abweichung, vermutlich deutlich weniger
- Eine Sterbephase lässt sich selten eingrenzen
- Eine schwindende Introspektionsfähigkeit lässt eine Rückschau auf das eigene Leben immer weniger zu
- Prozesse oder Zeitabläufe werden von Dementen immer weniger empfunden, sie verharren in einem „ewigen Augenblick“
- Die eigene Endlichkeit ist immer weniger Bestandteil des dementen Denkens
- Das Thema Sterben und Tod verschwindet zunehmend in der Selbstwahrnehmung des Dementen
- Der Tod anderer, auch sehr nahe stehender Personen, erzeugt nur kurzfristige (emotionale)Reaktionen
- Demenzkranke reagieren diesbezüglich eher auf Verhalten ihrer Umwelt
- Die Auseinandersetzung mit sich und der Umwelt ist situationsnah eher emotional und sozial, weniger verbal und rational
- In der späten Phase ihres Lebens ist ihnen eine verbale Kommunikation kaum noch möglich, nicht selten sind sie bettlägerig

Frage: Wann sollte bei einer Demenz der Hospizdienst mit einbezogen werden?

Die Hospize öffnen sich zunehmend dem Thema Demenz, die BAG Hospiz hat dazu ein Curriculum für die Fortbildung von Ehrenamtlichen entwickelt.

Der Zeitpunkt der Einbeziehung eines Hospizdienstes ist eine Frage der Kultur der Einrichtung: Wenn grundsätzlich mit einem ambulanten Hospizdienst zusammengearbeitet wir, sollte die Entscheidung im jeweiligen Einzelfall gemeinsam getroffen werden.

Die Frage „Wann beginnt das Sterben beim Demenzkranken“ ist schwer zu beantworten; die Bindungstheorie spricht dafür, möglichst frühzeitig den Hospizdienst einzubeziehen. Grundsätzlich ist die Aufgabe, die beiden Systeme „Demenzbegleitung“ und „Sterbebegleitung“ zusammenzubringen. Das wird deutlich am Beispiel der Ernährung beim Umgang mit Nahrungsverweigerung: wird das Essen mit allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten (Fingerfood etc.) angeregt oder wird die Nahrungsverweigerung als Rückzug aus dem Leben (Beginn des Sterbens) akzeptiert

Hospizkultur und Palliativkompetenz in Alten- und Pflegeeinrichtungen

Indikatoren und Empfehlungen:

- Ganzheitliches Begleiten von Sterbenden und ihren Angehörigen, um ein Leben in Würde bis zuletzt zu ermöglichen
- Erkennen und Lindern der körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Achtung der Autonomie aller Betroffenen
- Anerkennen des Sterbens und der Trauer als Teil des Lebens
- Einbeziehen von befähigten ehrenamtlichen in der Sterbebegleitung
- Begleitung und Beistand statt aktiver Sterbehilfe

Folgende 4 Aspekte sind dabei wichtig:

- ▷ Leitungsverantwortung (top-down)
- ▷ Basisorientierung (bottom-up)
- ▷ Interdisziplinarität
- ▷ Zeitliche Kontinuität

Aspekt der Leitungsverantwortung

Beschreibt eine Leitungskultur mit Projektarbeit und dokumentierten Leitlinien, die auf ihre Nachhaltigkeit hin evaluiert wird, Lösungsmodelle für Ethikkonflikte entwickelt und dies alles auch öffentlich macht.

Nur eine lernende Organisation, die in ihrem Leitbild den Sterbenskranken mit einbezieht, wird die Palliativmedizin berücksichtigen.

Leitbild

Die Arbeit im dienst am Menschen ist einem ständigen Wandel unterzogen.

Der Mensch im Alter braucht ein stabiles Fundament zum Leben und zum Sterben

Die Mitarbeiter im Pflegeheim unterstützen, betreuen und begleiten den Menschen in dieser Lebensphase.

Wir wollen das Alter lebbar gestalten und für ein würdevolles Sterben Sorge tragen

Aspekt der Basisorientierung

Beschäftigt sich nicht nur mit den Bedürfnissen der Bewohner, sondern auch mit den Vorstellungen der Mitarbeitenden. Ebenso müssen dabei auch die Angehörigen sowie die Mitbewohner als Teil einer „Abschiedskultur“ einbezogen werden.

Beispiel Mitarbeiter:

- ▷ Fortbildung aller Mitarbeiter zum Thema „Hospiz und Palliativmedizin“(3 Tage á 8 Stunden)
- ▷ Fortbildung der Pflegefachkräfte in Palliativ Care (160 Stunden)
- ▷ Fortbildung des Sozialen Dienstes als Koordinatorin für Hospizarbeit und Palliativmedizin (160 Stunden)

Aspekt der Interprofessionalität

Beschreibt die Vernetzung aller an der Hospizkultur Beteiligten mit allen Betroffenen innerhalb und nach außen hin sowie mit den befähigten Ehrenamtlichen

Beispiel Vernetzung:

Vernetzung mit bestehenden Hospizdiensten, Pflegediensten, palliativen Zentren, Pflege- und Gesundheitskonferenzen und Selbsthilfeorganisationen

Beispiel Hausärzte:

Die Visite ist ein wichtiger Bestandteil bei der Berücksichtigung der Palliativmedizin, da im Pflegeheim keine ärztliche Versorgung rund um die Uhr gewährleistet ist. Deshalb muss die Visite am Bewohner unter evtl. Einbeziehung von Angehörigen stattfinden.

Aspekt der Kontinuität

Weist auf folgende Situation eines Prozesses hin:

- ▷ der Blick auf Vergangenes (z.B. das vergangene Leben, Trauer über erlebte Todesfälle Nahestehender. . .)
- ▷ das jetzige (eigene) Sterben
- ▷ danach das Abschiednehmen vom Verstorbenen

Was benötigen demenzkranke Sterbende?

- ▷ Wissen um und Verständnis für ihre Erkrankung
- ▷ Eine akzeptierende Haltung der Umgebung
- ▷ Das Erkennen und Anerkennen ihrer subjektiven Realität
- ▷ Eine aufmerksame Umgebung zur Wahrnehmung von Symptomen wie Schmerzen, Ängsten, sensorischer Deprivation usw.
- ▷ Die professionelle Linderung von quälenden Symptomen wie Schmerzen oder Ängsten
- ▷ Eine Akzeptanz ihres Sterbeprozesses
- ▷ Klare Absprachen der Betroffenen
- ▷ Respekt vor einem voraus verfügten Willen
- ▷ Die (körperliche) Nähe anderer Menschen
- ▷ Eine Abschiedskultur, die die Besonderheit der Demenzkranken berücksichtigt
- ▷ Die Integration der Angehörigen in die Begleitung
- ▷ Das Gefühl des „Geborgenseins“
- ▷ Jemanden, der schweigend zu kommunizieren versucht
- ▷ Eine (möglichst) stressarme Umgebung
- ▷ Die Zusammenarbeit aller an der Begleitung, Behandlung und Pflege Beteiligten

Wie sollte das Sterben Demenzkranker gestaltet werden?

- ▷ Körpernahe Angebote: Berührung, basale Stimulation
- ▷ Basale Kommunikation
- ▷ Angebote von Musik, Aromen, Farben usw.
- ▷ Rituale: zur Entlastung der Umwelt
- ▷ Rituale: zur Erleichterung des Abschieds

Probleme in der Praxis der Pflegeeinrichtungen

- ▷ Keine Schmerzmedikation
- ▷ Häufig wird doch noch der Notarzt gerufen, da Pflegepersonal, das anders handelt, rechtlich nicht abgesichert ist Wer von unten her eine andere *Sterbekultur* implementieren will, gerät unter Druck
- ▷ Patientenverfügung wird oft nicht akzeptiert (Man darf einen Menschen doch nicht verhungern und verdursten lassen)
- ▷ Hierarchie Ärzte – Pflegepersonal

Forderungen:

- ▷ Das Sterben muss akzeptiert werden
- ▷ Wir brauchen eine hierarchiefreie Zone, wo der Patient im Mittelpunkt steht

16. Sturzprophylaxe

Am Workshop *Sturzprophylaxe* nahmen insgesamt 14 Teilnehmerinnen und ein Teilnehmer teil. Der Workshop begann mit einem praktischen Beispiel einer Gruppengymnastik. Die Anwesenden führten unter Anleitung von Herrn Seidel eine kombinierte Übung zu Konzentration, Gedächtnis und Schulung der Motorik aus.

Im Weiteren gab der Moderator einen theoretischen Input, der inhaltlich wie folgt zusammengefasst wird: Sturzprophylaxe ist kein demenzspezifisches Thema, sondern ein Thema des Alterns ganz allgemein. Ab dem 75. Lebensjahr nehmen die motorischen Grundfunktionen in ihrer Leistungsfähigkeit rapide ab und Stürze in ihrer Häufigkeit extrem zu. Bei den motorischen Grundfunktionen handelt es sich um:

- die sensomotorischen Funktionen,
- die kognitiven Funktionen,
- die psychosozialen Funktionen.

Darauf bauen auf, die Basisfähigkeiten (einfache motorische Handlungen), die Fertigkeiten (komplexe Bewegungsabläufe wie z.B. Anziehen) und das situative Handeln (spontanes Reagieren auf plötzliche Reize aus der Umwelt). Je nachdem wie stark die motorischen Grundfunktionen eingeschränkt sind, sind die Betroffenen zunehmend sturzgefährdet und deren Alltagsmotorik wird gehemmt bzw. unmöglich.

Begleiterkrankungen wie die Demenz verstärken den Abbau der Motorik massiv und erhöhen so die Sturzgefährdung. Im Alter haben Stürze immer fatale Folgen und führen häufig zu Inaktivität. Betroffene haben Angst, erneut zu stürzen und verlieren so rasch ihre Selbständigkeit im Alltag. Die Betroffenen geraten gewissermaßen *in einen Teufelskreis*, der sich immer mehr beschleunigt.

Aufgabe der Sturzprophylaxe ist es, gefährdete Personen rechtzeitig zu erkennen und diese in ein Programm zur Prävention einzubinden. In Altenheimen und anderen Einrichtungen ist es zudem notwendig, eine standardisierte Sturzdokumentation einzuführen.

Kommt es dennoch zu Stürzen, ist es wichtig, die Betroffenen einer spezifischen Behandlung zuzuführen, damit die motorischen Restfähigkeiten erhalten bleiben, die Beweglichkeit insgesamt verbessert wird und der oben erwähnte *Teufelskreis* nicht einsetzen kann.

Zielsetzung der Sturzprophylaxe ist es, ein möglichst sicheres Gangbild zu erhalten bzw. wiederzuerlangen sowie die sichere Ausführung von Transfers (vom Sitzen zum Stehen, vom Bett in den Rollstuhl usw.) und die Verbesserung der Mitarbeit bei der Pflege. Insgesamt lässt sich durch die Verbesserung der Beweglichkeit die Unabhängigkeit im Alter länger erhalten und die Lebensqualität von Betroffenen steigern.

Zur Untermauerung der vermittelten theoretischen Kenntnisse demonstrierte der Moderator eine Einzelkrankengymnastik und die mangelnde Bewegungsplanung von demenzerkrankten Menschen, z.B. bei Benutzung eines Rollators. Herr Seidel betonte, dass in der Einzelbehandlung auch demenzerkrankte Menschen in aller Regel sehr gut zur Mitarbeit motiviert werden können (90 bis 95 % der Patienten sind bereit mitzuarbeiten). Bei der Arbeit mit demenzerkrankten Menschen ist es insbesondere wichtig, dass die einzelnen Übungen weniger komplex sind; Bewegungsaufträge müssen kleiner strukturiert und Übungen bei Bedarf vorgemacht werden.

Die Sturzprophylaxe im Rahmen einer Gruppenbehandlung erläuterte Herr Seidel am Beispiel des Altenheims Maria Hilf in Bornheim. Hier nehmen derzeit ca. 20 Hausbewohner und Bewohnerinnen einmal wöchentlich an einer 45-minütigen Gruppenbehandlung teil. Es handelt sich um eine gemischte Gruppe mit kognitiv und motorisch

schwächeren und stärkeren Gruppenmitgliedern. Die Maßnahme ist zeit- (durch Holen und Bringen) und personalintensiv; die regelmäßige Mithilfe von zwei Zivildienstleistenden ist erforderlich. Die Übungsbehandlung wird über ärztliche Einzelverordnung abgerechnet. Die Ausführungen zu diesem Themenkomplex wurden durch Filmbeispiele eindrucksvoll veranschaulicht.

Im Workshop gab es Gelegenheit zu Fragen und Austausch. Die Diskussion beschäftigte sich hauptsächlich mit dem Einsatz von Hüftprotektoren, deren Nutzen eindeutig belegt ist und deren Wirksamkeit und sinnvolle Ergänzung zu den krankengymnastischen Übungen vom Moderator betont wurde.

Sicher und Mobil

Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen in Einrichtungen der stationären Altenpflege – Beitrag zu Sicherheit, Selbständigkeit und Mobilität im Alter

PD Dr. Dr. Andrea Icks

Projekt der Ärztekammer Nordrhein, gefördert von BKK Bundes- und Landesverband

Hintergrund

Stürze und vor allem sturzbedingte Hüftfrakturen bei Älteren verursachen erhebliche gesundheitliche Probleme. In Deutschland ereignen sich pro Jahr mehr als 100.000 Hüftfrakturen, mehrheitlich bei Menschen jenseits der 65. Die Häufigkeit von Hüftfrakturen scheint anzusteigen. BewohnerInnen von stationären Einrichtungen der Altenpflege haben ein besonders hohes Risiko zu stürzen und eine Hüftfraktur zu erleiden. Leitlinien und Empfehlungen zur Sturzprävention existieren (z.B. Expertenstandard in der Pflege, Leitlinien ärztlicher Fachgesellschaften).

Ziele des Projekts, das Ende 2004 startete, sind die Vermeidung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen, insbesondere Hüftfrakturen, bei BewohnerInnen von stationären Einrichtungen der Altenpflege in Nordrhein, die Förderung von Mobilität und Selbständigkeit, die Förderung der Kooperation zwischen allen beteiligten Gruppen.

Umsetzung

Bausteine des Projekts sind ein Kraft- und Balance-Training in Gruppen von 6 bis 8 BewohnerInnen, das durch spezifisch geschulte Trainer mindestens einmal pro Woche angeleitet wird (Becker 2003) die Empfehlung von Hüftprotektoren, begleitet von einer einführenden strukturierten Schulung (Meyer 2003) Information, Schulung und kontinuierliche Begleitung der Betreuer, mit Empfehlungen für weitere sturzpräventive Maßnahmen (z.B. Wohnumfeldgestaltung) die Einbeziehung der Hausärzte der BewohnerInnen die Implementierung einer standardisierten Dokumentation der Projektumsetzung, von Stürzen und Hüftfrakturen in den Einrichtungen (als Basis für eine Evaluation des Projekts und ein internes Bench mark). Die Einbeziehung der betreuenden ÄrztInnen, die wichtige Ansprechpartner und Bezugspersonen für BewohnerInnen und deren Angehörige sind, ist ein spezifischer Bestandteil des Projekts. Die ÄrztInnen werden ausführlich informiert, und kontinuierliche Fortbildung wird angeboten. Ziel ist, dass die ÄrztInnen über das Projekt informiert sind, so dass sie Pflegekräfte unterstützen sowie BewohnerInnen und deren Angehörige beraten und zur Teilnahme an den sturzpräventiven Maßnahmen motivieren können. Seit 2005 können ÄrztInnen das Sturzrisiko im Rahmen des “Hausärztlich-geriatrischen Basis-Assessments” erheben.

Stand

Aktuell findet das Projekt in 22 Einrichtungen der Altenpflege in 4 Regionen in Nordrhein statt. Zwischen 4 and 25% der BewohnerInnen

nehmen am Kraft- und Balance-Training teil. Die Dokumentation ist in allen Einrichtungen implementiert. Rund 150 ÄrztInnen betreuen im wesentlichen die BewohnerInnen der teilnehmenden Einrichtungen. Von diesen antworteten 60% auf eine postalische Befragung über ihre Projekterfahrungen ein Jahr nach Beginn. 80% kannten das Projekt. Rund 50% waren involviert: In Kooperation mit Pflegekräften und Trainern erhoben sie das Sturzrisiko, informierten BewohnerInnen und Angehörige über sturzpräventive Maßnahmen, und trugen bei zur Entscheidung, ob BewohnerInnen am Training teilnehmen können.

Schlussfolgerung

Die ersten Ergebnisse im Hinblick auf Akzeptanz und Machbarkeit des Projekts sind ermutigend. Ggf könnte die Kooperation zwischen den Betreuenden in den Einrichtungen und betreuenden ÄrztInnen ausgebaut werden. Eine Ausweitung des Projekts wird aktuell diskutiert.

Danksagung

Wir danken allen Beteiligten für ihre Unterstützung, insbesondere auch Prof. Meyer (Uni Bremen) und PD Dr. Becker.

17. Referenten und Moderatoren

Name	E-Mail-Adresse:
Priv. Dozent Dr. Frank Jessen, Universitätsklinikum Bonn	frank.jessen@ukb.uni-bonn.de
Dr. Wilhelm Stuhlmann, Alzheimer Gesellschaft NRW	stuhlmann@geronet.de
Dr. Klaus Maria Perrar, Rheinische Kliniken Düren	dr.klausmaria.perrar@lvr.de
Verena Leve	verena.leve@uni-dortmund.de
Christine Sowinski, Kuratorium Deutsche Altershilfe KdA	christine.sowinski@kda.de
Brigitte Merkwitz, Dipl. Pädagogin, Psychodramaleiterin	merkwitz.seminare@gmx.de
Henry Kieschnick, Kuratorium Deutsche Altershilfe KdA	henry.kieschnick@kda.de
Dr. Ulrich Kastner	ulrich.kastner@burgellern.de
René Pischel, CBT-Wohnhaus St.Lucia, Wesseling	r.pischel@cbt-gmbh.de
Priv. Doz. Dr. Dr. Andrea Icks, Ärztekammer Nordrhein	andrea.icks@aekno.de
Rita Löbach, Rheinische Kliniken Bonn	rita.loebach@lvr.de
Harard Seidel, Physiotherapeut	hareram@gmx.de

18. Presse

Regionalzeitung aus der innovativen Kreisstadt
Boulevard Siegburg
vormals Kurstadt Siegburg

vom: Dienstag, 21. November 2006

Verwirrt? Vergesslich? Verunsichert?

Rhein-Sieg-Kreis veranstaltet Fachtagung „Herausforderung Demenz"

Rhein-Sieg-Kreis (tw) - Jeder hat das schon mal erlebt: Ein Name will uns nicht einfallen. Er liegt uns auf der Zunge, aber so sehr wir auch nachdenken, wir kommen nicht darauf. Oder: Es fällt uns beim besten Willen nicht ein, wo wir den Schlüssel hingelegt haben. Je älter man wird, desto schwieriger wird das mit dem Gedächtnis. Alt und vergesslich: Ist das schon Demenz?

Dieser und vielen anderen Fragen zum Thema Demenz stellen sich die Teilnehmer einer Fachtagung mit dem Titel „Herausforderung Demenz", die am kommenden Samstag, dem 18. November im Siegburger Kreishaus stattfinden wird. Organisator und Initiator der Veranstaltung ist das Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises. In Deutschland leben zurzeit etwa eine Million Menschen mit einer Demenzerkrankung. Tendenz steigend. Nach Schätzungen des Statistischen Bundesamtes werden in 2020 schon rund 1,4 Millionen Menschen an Demenzen leiden. Diese Krankheit gehört zu den häufigsten und folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im hohen Alter. Daher kommt der Pflege und Versorgung von demenzkranken Menschen eine herausragende gesellschaftliche Bedeutung zu. Bei der Eröffnung der Fachtagung wird Landrat Frithjof Kühn darlegen, dass der Rhein-Sieg-Kreis in seinem Konzept zur gerontopsychiatrischen Versorgung auch einen Schwerpunkt auf den Umgang mit Demenzkranken legt. Besondere Bedeutung kommt der Information über die Krankheit sowie der Aus- und Fortbildung aller im Umgang mit Demenzkranken tätigen Menschen, vom pflegenden Angehörigen über den behandelnden Arzt bis hin zum Pflegepersonal, zu.

Dieser Herausforderung/Aufgabe stellt sich die von vielen Wissenschaftlern besetzte Fachtagung in Vorträgen und Workshops, zum Beispiel zu den Themen: „Demenz braucht Bindung", „Hospizarbeit und Sterbebegleitung", „Essen und Trinken bei Demenz", „Nichtmedikamentöse Therapieformen", „Sturzprophylaxe" und viele andere.

„Diese Aktion ist ein weiterer wichtiger Baustein in der Gesamtkonzeption Gesundheitsförderung des Rhein-Sieg-Kreises", sagt auch der Gesundheitsdezernent des Rhein-Sieg-Kreises, Hermann Allroggen. Das Kreisgesundheitsamt ist besonders aktiv in der Kindergesundheit beim Thema Bewegung, Ernährung und Entspannung im Rahmen der Aktion „GUT DRAUF", ebenso wie bei der Bekämpfung von Impfmüdigkeit. Erst kürzlich hat das Kreisgesundheitsamt die Kampagne zum Thema „Schlaganfall - Ein Notfall" gestartet, um die Bevölkerung über die Risiken und Folgen des Schlaganfalls zu informieren, damit präventiv zu wirken und die Betroffenen einer optimalen, raschen Behandlung zu zuführen.

Am vergangenen Samstag ist das vom Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises mit initiierte „Bündnis gegen Depression" gestartet, das die Situation für Menschen, die unter Depressionen leiden, in der Region Bonn/Rhein-Sieg verbessern will. Die Veranstaltung ist eine Fachtagung für geladene Gäste und aufgrund der begrenzten räumlichen Kapazitäten ohne Publikum vorgesehen.

Wer weitere Informationen zum Thema wünscht, kann sich an das Gesundheitsamt des Rhein-Sieg-Kreises - Der Landrat - Paul Mandt, Telefon-Nummer: 02241/133043 oder E-Mail: paul.mandt@rhein-sieg-kreis.de wenden.

Bonn EXPRESS

vom: Freitag, 1. Dezember 2006

Fachtagung Demenz

Siegburg – 200 Teilnehmer zählte die Fachtagung „Herausforderung Demenz" im Kreishaus.

Blick aktuell Die Heimatzeitung
HEIMATZEITUNG FÜR DIE GEMEINDE WACHTBERG UND UMGEBUNG
Wachtberg
www.blick-aktuell.de

vom: Donnerstag, 7. Dezember 2006

„Herausforderung Demenz“

Fachtagung im Siegburger Kreishaus

Rhein-Sieg-Kreis. „Herausforderung Demenz“ hieß die Fachtagung, die kürzlich vom Rhein-Sieg-Kreis, dem Demenznetz Bonn Rhein-Sieg sowie dem Demenzservicezentrum für Köln und das südliche Rheinland im Siegburger Kreishaus angeboten wurde. Über 200 interessierte Besucher waren der Einladung gefolgt. Dabei handelte es sich überwiegend um Mitarbeiter aus der ambulanten und stationären Pflege, aber auch um Ärzte, Heimträger und Heimleiter aus der Region.

Demenz ist ein Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem Gedächtnisleistung und Denkvermögen nehmen dabei ab. Betroffene haben meist Schwierigkeiten, neue gedankliche Inhalte aufzunehmen und wiederzugeben. Allerdings bedeutet eine reine Vergesslichkeit allein noch keine Demenz. Beeinträchtigt werden die Orientierung und Urteilsfähigkeit. Später lassen das Sprach- und Rechenvermögen nach und Teile der Persönlichkeit werden zerstört. Alltagsaktivitäten wie Waschen, Kochen oder Einkaufen gelingen nur eingeschränkt und im weiteren Verlauf oft gar nicht mehr. Die Betroffenen werden zum Teil aggressiv oder enthemmt, depressiv oder in ihrer Stimmung sprunghaft, was für Angehörige und Pfleger erhebliche Probleme aufwirft.

Die Bandbreite der angebotenen Tagungsthemen war groß: Tipps zur Ernährung bei Demenz wurden ebenso besprochen wie nicht medikamentöse Therapieformen oder Bindungsformen zu dementiell erkrankten Menschen. Auch ganz schwierige Themen wie Migration und Demenz, Sexualität und Demenz sowie Sterbebegleitung und Hospizarbeit bei Demenz wurden berücksichtigt.

Stephan Kleinstück vom Demenzservicezentrum für Köln und das südliche Rheinland, Dr. Ulrich Kastner vom Demenznetz Bonn Rhein-Sieg und Paul Mandt, Koordinator für die gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis waren zufrieden mit der überwiegend positiven Resonanz der Tagungsteilnehmer. Auf diese Weise konnten neue Impulse für die Pflege und Versorgung im stationären und ambulanten Bereich ihren Weg nehmen.

Landrat Frithjof Kühn begrüßte die Teilnehmer. Er unterstrich nachdrücklich die Bedeutung der Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte als Kernpunkt des Konzeptes zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreisgebiet. Kühn dankte den Veranstaltern für ihr vielfältiges Engagement. Auf diese Weise sei bereits im Vorfeld ein ausbaufähiges Netzwerk regionaler Zusammenarbeit entstanden.

Presseinformation Rhein-Sieg-Kreis

53.0

Blick aktuell DIE HEIMATZEITUNG
HEIMATZEITUNG FÜR DIE STADT RHEINBACH UND UMGEBUNG
Rheinbach
www.blick-aktuell.de

vom: Mittwoch, 20. Dezember 2006

„Herausforderung Demenz“

Fachtagung im Siegburger Kreishaus

Rhein-Sieg-Kreis. „Herausforderung Demenz“ hieß die Fachtagung, die kürzlich vom Rhein-Sieg-Kreis, dem Demenznetz Bonn Rhein-Sieg sowie dem Demenzservicezentrum für Köln und das südliche Rheinland im Siegburger Kreishaus angeboten wurde. Über 200 interessierte Besucher waren der Einladung gefolgt. Dabei handelte es sich überwiegend um Mitarbeiter aus der ambulanten und stationären Pflege, aber auch um Ärzte, Heimträger und Heimleiter aus der Region.

Demenz ist ein Verfall der geistigen Leistungsfähigkeit. Vor allem Gedächtnisleistung und Denkvermögen nehmen dabei ab. Betroffene haben meist Schwierigkeiten, neue gedankliche Inhalte aufzunehmen und wiederzugeben. Allerdings bedeutet eine reine Vergesslichkeit allein noch keine Demenz. Beeinträchtigt werden die Orientierung und Urteilsfähigkeit. Später lassen das Sprach- und Rechenvermögen nach und Teile der Persönlichkeit werden zerstört. Alltagsaktivitäten wie Waschen, Kochen oder Einkaufen gelingen nur eingeschränkt und im weiteren Verlauf oft gar nicht mehr. Die Betroffenen werden zum Teil aggressiv oder enthemmt, depressiv oder in ihrer Stimmung sprunghaft, was für Angehörige und Pfleger erhebliche Probleme aufwirft.

Die Bandbreite der angebotenen Tagungsthemen war groß: Tipps zur Ernährung bei Demenz wurden ebenso besprochen wie nicht medikamentöse Therapieformen oder Bindungsformen zu dementiell erkrankten Menschen. Auch ganz schwierige Themen wie Migration und Demenz, Sexualität und Demenz sowie Sterbebegleitung und Hospizarbeit bei Demenz wurden berücksichtigt.

Stephan Kleinstück vom Demenzservicezentrum für Köln und das südliche Rheinland, Dr. Ulrich Kastner vom Demenznetz Bonn Rhein-Sieg und Paul Mandt, Koordinator für die gerontopsychiatrische Versorgung im Rhein-Sieg-Kreis waren zufrieden mit der überwiegend positiven Resonanz der Tagungsteilnehmer. Auf diese Weise konnten neue Impulse für die Pflege und Versorgung im stationären und ambulanten Bereich ihren Weg nehmen.

Landrat Frithjof Kühn begrüßte die Teilnehmer. Er unterstrich nachdrücklich die Bedeutung der Aus- und Fortbildung der Pflegekräfte als Kernpunkt des Konzeptes zur gerontopsychiatrischen Versorgung im Kreisgebiet. Kühn dankte den Veranstaltern für ihr vielfältiges Engagement. Auf diese Weise sei bereits im Vorfeld ein ausbaufähiges Netzwerk regionaler Zusammenarbeit entstanden.

Presseinformation Rhein-Sieg-Kreis

Kölner Stadt-Anzeiger
www.ksta.de

Drucken
DRUCK-VERSION
20.11.06

Schicksal Demenz die Stirn bieten

ERSTELLT 19.11.06, 17:50H, AKTUALISIERT 19.11.06, 17:51H

Verwirrt? Vergesslich? Verunsichert? Diese Fragen standen über der Fachtagung zum Thema Demenz, die das Kreisgesundheitsamt initiierte und organisierte und am Samstag im Kreishaus über die Bühne brachte. Gesundheitsamtsleiter Erich Klemme gibt Auskunft über Beweg- und Hintergründe.

RHEIN-SIEG-ANZEIGER: Herr Klemme, Sie haben mit ihrem Amt die Fachtagung „Herausforderung Demenz" organisiert. Was ist Ihnen so wichtig an dem Thema?

ERICH KLEMME: Es ist deshalb so entscheidend, weil Demenz eine schicksalhafte Erkrankung ist, der man letztendlich nicht vorbeugen und die man nicht verhindern kann.

Sind Sie zufrieden mit dem Ausgang der Veranstaltung?

KLEMME: Mehr als das. Wir hatten rund 200 Gäste - und das, obwohl wir im Vorfeld schon vielen hatten absagen müssen. So gut wie die Nachfrage war, sind auch die Rückmeldungen. Wir werden die Tagung auf jeden Fall dokumentieren und wollen auch weiterhin am Thema bleiben.

Je älter man wird,umso schwieriger wird das mit dem Gedächtnis. Ist das schon Demenz?

KLEMME: Nein, natürlich werden wir alle vergesslicher. Aber Demenz geht weit darüber hinaus. Die Betroffenen verlieren nicht nur Kurzzeitgedächtnis, Sprachkompetenz und Orientierung. Auch das Sozialverhalten weicht wesentlich vom bisher Gewohnten ab. Das Spektrum der Veränderungen reicht von Schlafstörungen über Aggression bis hin zu sexueller Enthemmung.

Kann ich dem im Vorfeld begegnen?

KLEMME: Man kann den Ausbruch nicht verhindern. Aber es gibt Risikofaktoren. In erster Linie gehört Rauchen dazu. Und Bewegungsmangel. Die beste Prophylaxe ist, im Leben zu bleiben, und sich körperlich und geistig rege zu halten.

Demenz macht Angst. Muss das sein?

KLEMME: Das Risiko zu erkranken ist immer Angst besetzt. Es ist Schicksal für die Betroffenen und eine Herausforderung für die Angehörigen. Die Erkrankten haben nur im Frühstadium Angst. Für die Pflegenden bauen wir ein Netzwerk auf, damit sie nicht alleine mit dem Problem sind. Denn mit der älter werdenden Gesellschaft wird es auch immer mehr Demenzkranke geben.

Die Diagnose „Demenz" ist gestellt. Was ist jetzt zu tun?

KLEMME: Erst einmal ist es wichtig, die Krankheit anzunehmen und sich dem Problem zu stellen. Danach muss geklärt werden, wie damit umzugehen ist. Wichtig für Demenzkranke ist auf jeden Fall ein stabiles und vertrautes Umfeld, das ihnen Halt gibt und bei der Orientierung hilft. Außerdem gibt es inzwischen medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlungen, die den Verlauf der Krankheit positiv beeinflussen.