



# **BISTUM FULDA**

## Konzeption zur Pflege und Betreuung für an Demenz erkrankte Menschen

Caritasverband für die Diözese Fulda e. V.  
Wilhelmstraße 2, 36037 Fulda

DICV-4-2-K-1-1	Erstellung	Prüfung	Freigabe
Datum	Juni 2010	Juni 2010	Juni 2010
Name/ Gremium	AG Demenz PORTALIS	Externer Qualitätszirkel	Heim- und Pflege- dienstleitung
Unterschrift	Entfällt	Entfällt	

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
2. Grundsätze des Konzeptes .....	3
3. Die Bedürfnisse von Bewohnern mit Demenz und psychischen Veränderungen .....	4
4. Der biographische Ansatz .....	5
5. Pflegemodelle (M. Krohwinkel, Prof. E. Böhm).....	5
5.1 Theoretische Grundlage und praktische Umsetzung des Pflegemodells nach Prof. E. Böhm ...	5
5. 2 Besonderheiten im Rahmen der AEDLs.....	9
6. Art und Umfang der Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohnern.....	12
6.1. Betreuungsangebote .....	12
7. Angehörigenarbeit.....	14
8. Milieugestaltung .....	15

## 1. Einleitung

Die vorliegende Rahmenkonzeption bildet die Grundlage eines bedürfnisorientierten Angebotes zur Betreuung demenzkranker und psychisch veränderter Bewohnerinnen und Bewohner in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe des DiCV Fulda. Sie orientiert sich am Psychobiografischen Pflegemodell nach Prof. E. Böhm (im Folgenden Böhm-Konzept genannt). Aus Gründen der Vereinfachung wird die männliche Form beschrieben. Die Sachverhalte gelten jedoch sowohl für weibliche als auch für männliche Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtungen.

Ziel der Pflege und Betreuung von demenzkranken und psychisch veränderten alten Menschen ist es, ein Lebensumfeld anzubieten, das vorhandene Gefühle, Fähigkeiten und Möglichkeiten unterstützt und fördert. Durch die Schaffung einer nicht-bedrohlichen Umwelt, ausgestattet mit Hilfen zur Orientierung für die Betroffenen, sollen Ängste die als Folge von Gedächtnis- und Erinnerungsverlusten auftreten, vermindert werden.

In der praktischen Arbeit werden unterschiedliche Betreuungsansätze berücksichtigt, um so individuell auf die Bedarfe der Erkrankten eingehen zu können. Das Konzept baut auf bereits vorhandene Dokumente wie z.B. dem Pflegekonzept, dem Konzept der Sozialen Betreuung etc. auf.

Der Begriff „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen und lässt sich etwa übersetzen als „ohne Verstand“ oder „der Geist ist weg“. Gemeint ist aber eine organisch bedingte, chronische, (bis jetzt) meistens nicht heilbare, allgemeine Hirnleistungsschwäche, verbunden mit Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen“ (Kostrzewa 2008).

In den stationären Einrichtungen des DiCV werden Bewohner aller Demenzgrade betreut.

Die stationären Altenhilfeeinrichtungen beteiligen sich am Projekt „Heimverzeichnis“ der BIVA (Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V.). Die teilnehmenden Einrichtungen unterzeichnen sich hierbei einer freiwilligen Begutachtung bei der die Lebensqualität aller Bewohner in den Bereichen „Teilhabe“, „Humanität“ und „Menschenwürde“ geprüft wird.

## 2. Grundsätze des Konzeptes

### Grundhaltung und übergeordnetes Pflegeziel

Die Arbeit der in den stationären Einrichtungen des DiCV tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richtet sich nach dem Leitbild der Einrichtung (siehe Gesamtkonzeption), welches die Lebensqualität und Autonomie des alten Menschen sowie den caritativen Gedanken in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt. Dieses Leitbild stellt die Unternehmensphilosophie und somit eine bindende Grundlage allen Handelns dar. Alle Mitarbeiter sind verpflichtet, ihr Pflegehandeln an dieser Maßgabe auszurichten.

### 3. Die Bedürfnisse von Bewohnern mit Demenz und psychischen Veränderungen

Um Zugang zu einem dementiell erkrankten oder psychisch veränderten Bewohner mit all seinen noch vorhandenen Fähigkeiten sowie vorliegenden Hilfebedarfen, zu finden, muss dieser als einzigartiges Individuum anerkannt werden. In den stationären Einrichtungen des DiCV werden die Grundbedürfnisse aller Bewohnerinnen und Bewohner berücksichtigt, um hierdurch mehr Lebenszufriedenheit des Einzelnen zu erreichen.

Die Begriffe „Lebensqualität“ und „Wohlbefinden“ bewerten einzelne Menschen sehr unterschiedlich und daher sind diese nur schwer messbar. Um den Bewohnern eine hohe Lebensqualität sowie ein ausgewogenes Maß an Wohlbefinden zu ermöglichen, unterstützen sie die Mitarbeiter in den Einrichtungen bei der Befriedigung ihrer individuellen Bedürfnisse.

Diese sind z.B.:

- Wahrung der Identität
- Zuwendung und Geborgenheit
- Sicherheit und Schutz
- Unabhängigkeit und Selbstbestimmung
- Einbindung und soziale Anerkennung
- Leben von Religion
- Spaß und Freude
- Sexualität leben
- Befriedigung der Grundbedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlafen etc.

Um die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner adäquat verfolgen zu können, haben sich die Mitarbeiter folgende Ziele für die praktische Arbeit gesetzt:

#### **(a) a) Erhaltung der individuellen Lebensqualität und Sicherung der Grundbedürfnisse, d.h.**

Umsetzen von

- Biographischem Arbeiten auf der Grundlagen der Pflegemodelle von M. Krohwinkel und Prof. E. Böhm
- Validierendem Umgang
- Beschäftigung in lebenspraktischen Bereichen unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Ausprägungen
- Nachgeben des Bewegungsdrangs
- Angebote für Bewohner mit schwersten Funktionseinschränkungen
- Angehörigenintegration durch offene Besuchszeiten
- Individuelle Sterbebegleitung

#### **(b) Bewohnerorientierte Milieugestaltung, d. h.**

- eine der Bewohnergruppe angemessene Raumgestaltung
- gemeinsamer Aufenthaltsbereich
- eigene, vertraute Möbel
- Bilder aus der Vergangenheit
- Rückzugsmöglichkeiten in die Bewohnerzimmer
- Orientierungshilfen durch entsprechende Symbole

### (c) Bewohnerorientierte Tagesstrukturierung, d. h

- „Lebenspraktische Beschäftigung“ - orientiert an der Biographie des Einzelnen - z. B. Tätigkeiten im Haushalt
- Kreative Beschäftigung, wie z. B. Malen oder basteln,
- Rituale, z. B. „Singen“
- Ruhepause je nach Bedarf der Bewohner
- Unternehmungen außer Haus z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Gottesdienstbesuche

## 4. Der biographische Ansatz

Das Wissen um die Lebensgeschichte des dementiell erkrankten Menschen gibt den Mitarbeitern die Möglichkeit, ihn entsprechend seiner Fähigkeiten zu fördern und zu fordern, gezielte Reize zu setzen und so sein Selbstwertgefühl und seine innere Zufriedenheit zu stärken bzw. zu unterstützen. Körper, Geist, Seele, soziales Umfeld und die ganz persönliche Geschichte stehen in einem untrennbaren Zusammenhang und wirken aufeinander. Die Kenntnis hierüber, erleichtert es die Themen der Bewohnerinnen und Bewohner aufzugreifen und ihre innere Situation zu verstehen. Auch erklären sich Verhaltensweisen des Einzelnen oft aus der Lebensgeschichte heraus.

## 5. Pflegemodelle (M. Krohwinkel, Prof. E. Böhm)

In den Einrichtungen des DiCV finden das Pflegemodell nach M. Krohwinkel sowie eine starke Anlehnung an das Psychobiographische Pflegemodell nach Prof. Erwin Böhm Anwendung. Beide Modelle wurden bereits im Pflegekonzept beschrieben. Dieses ist vor Ort in der jeweiligen Einrichtung einsehbar. Nachfolgend wird noch einmal detailliert auf das Pflegemodell nach Prof. E. Böhm eingegangen, welches speziell für die Zielgruppe der dementiell erkrankten Bewohnerinnen und Bewohner entwickelt wurde.

### 5.1 Theoretische Grundlage und praktische Umsetzung des Pflegemodells nach Prof. E. Böhm

Das psychobiographische Pflegemodell von Prof. Erwin Böhm bietet einen Ansatz, die Verhaltensweisen von verwirrten und desorientierten Menschen zu erklären, zu verstehen und dadurch eine individuelle, reaktivierende und bewohnerbezogene Pflege zu gewährleisten. Der Begriff des „Normalitätsprinzips“ stellt dabei einen wichtigen Aspekt des Modells dar. Prof. Böhm geht nämlich davon aus, dass jeder Mensch durch seine Sozialisation, Kultur und individuellen Erfahrungen geprägt wird. Aufgrund dieser Prägung, welche innerhalb der ersten 25 – 30 Lebensjahre („Prägungszeit“) erfolgt, entwickelt jeder Mensch eine persönliche Lebensform, die für ihn die Normalität darstellt.

Menschen, welche an einer dementiellen Erkrankung leiden, können nicht mehr über die „Noopsyche“ also den kognitiven Anteil der Psyche erreicht werden. Der Zugang erfolgt meist nur noch über die sogenannte „Thymopsyche“, welche laut Böhm auch als „Welt der Gefühle“ bezeichnet wird.

Die **Noopsyche** wird dabei definiert als der Teil des Seelenlebens, der den Intellekt, das heißt den kognitiven Anteil der Psyche betrifft.

Sie setzt sich zusammen aus:

1. Bewusstsein
2. Orientierung
3. Wahrnehmung
4. Intelligenz
5. Gedächtnis
6. Denken
7. Sprache

Die **Thymopsyche**, ist jener Teil des Seelenlebens, der die Affektivität, das Gemüt betrifft, das heißt überwiegend mit den Gefühlen zu tun hat

Diese setzt sich zusammen aus:

1. Stimmung
2. Befindlichkeit
3. Affekt
4. Affizierbarkeit (= gefühlsmäßiges Ansprechen auf Außenreize oder auf das innere Erleben des Menschen)
5. Antrieb
6. Psychomotorik
7. Biorhythmus
8. Trieb
9. Vegetativum

An Demenz erkrankte Menschen verlieren nach und nach die Kontrolle über ihre noopsychischen Anteile. Sie greifen daher automatisch auf die in der Prägungszeit gemachten und daher bekannten Erfahrungen, sowie darin erlernte Bewältigungsstrategien (Copings) zurück. Erlebnisse aus dieser Zeit haben den Menschen geformt und das spätere Verhalten und die Gefühlswelt beeinflusst.

Böhm spricht hierbei auch von der sogenannten „Psychobiographie“. Deren Erhebung durch das Pflege- und Betreuungspersonal hat das Ziel den Grundstein für die Interaktion mit betroffenen Bewohnern zu legen. Mittels professioneller Gespräche mit dem betroffenen Bewohner, seinen Angehörigen und weiteren Bezugspersonen werden daher biographische Daten erhoben.

Besondere Beachtung bei der Erhebung der Psychobiographie finden dabei

- wann und wo eine Person geboren ist,
- wo und wie diese Person die Jugend verbracht hat,
- aus welcher Herkunftsfamilie mit Größe, Gefüge, Geschwister sie stammt,
- welchem Beruf in der Prägungszeit nachgegangen wurde,
- aus welchem Milieu die Person kommt,
- welche Hobbys und emotionale Ereignisse in der Prägungszeit vorlagen,
- ob es Ehepartner und Kinder gab und
- welche Lebensschicksale erfahren wurden.

Durch eine intensive Biographieerhebung haben wir uns zum Ziel gesetzt die Psychobiographie unserer Bewohnerinnen und Bewohner und die darin enthaltenen „Stories“, Verhaltensmuster und Copings zu erfassen. Dadurch wird gewährleistet unsere dementiell erkrankten Bewohner in ihrer Erfahrungswelt noch besser wahrzunehmen und zu fördern. Die Biografieerhebung erfolgt dabei zum einen im Rahmen des Heimeinzugs, zum anderen findet eine ständige Ergänzung der Biografiedaten im Pflegealltag im Rahmen von Team- und Fallbesprechungen („Böhmgruppen“) statt.

Erhoben werden bei der Psychobiographie nach Böhm:

- Stories  
(Welche Begebenheiten /Erfahrungen waren dem Betroffenen in der Prägungszeit wichtig?)
- Folklore  
(Welche Sitten, Bräuche, Moden herrschten während der Prägungszeit?)
- Copings  
(Welche Bewältigungsstrategien wurden in Krisensituationen während der Prägungszeit verwendet? Wie reagierte der Betroffene z.B. bei Angst, Freude, Heimweh, etc.?)
- Biografie Abstrakt  
(Wie war der chronologische Lebenslauf des Betroffenen innerhalb der Prägungszeit?)

Je nach Grad der dementiellen Entwicklung unterscheidet das Psychobiographische Pflegemodell zudem sieben emotionale Interaktionsstufen (Erreichbarkeitsstufen) in der sich der pflegebedürftige Mensch befinden kann:

### **1. Sozialisation**

Diese Stufe entspricht dem Erwachsenenalter. Eine normale Unterhaltung ist möglich. Ein alter Mensch in dieser Stufe ist kognitiv erreichbar.

### **2. Mutterwitz:**

Die kognitive Leistung des alten Menschen auf dieser Stufe hat schon etwas nachgelassen, entspricht aber noch dem Erwachsenenalter. Alte Menschen dieser Stufe sind gut über Gespräche mit humorigen Aspekten (z.B. durch Verwendung von Sprichwörtern, Zitaten) erreichbar.

### **3. Seelische, soziale Grundbedürfnisse:**

Diese Stufe entspricht dem Lebensalter zwischen dem 12. und 16. Lebensjahr (Pubertät). Menschen dieser Stufe zeigen Verhaltensauffälligkeiten und erste kognitive Einbußen. Der alte Mensch ist nicht mehr über die Noopsyche (Kognitiv geprägter Anteil der Psyche) erreichbar und beginnt, vernachlässigte Grundbedürfnisse (z.B. Zuneigung, Aufmerksamkeit) aus seiner Kindheit einzufordern (z.B. durch Schreien oder Aggressivität). Ab dieser Stufe beginnt laut Böhm der pathologische Abbau.

### **4. Prägungen:**

Diese Stufe entspricht dem Lebensalter zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr. Geprägt wird sie von erlernten Verhaltensnormen und Ritualen, die dem alten Menschen Sicherheit geben (z.B. Kirchengang am Sonntag).

## 5. Triebe:

Diese Stufe entspricht dem Lebensalter zwischen 3 und 6 Jahren und ist geprägt durch das Erfüllen von Trieben wie z.B. Essen und Zuneigung. Ähnlich wie beim Kind soll hier das Pflegepersonal den Bewohner „fördern durch fordern“.

## 6. Intuition:

Diese Stufe entspricht der frühen Kindheit, also dem Lebensalter zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr. Märchen, Religion und Mythen spielen in dieser Phase eine große Rolle. Der alte Mensch zieht sich oft in die „gute, alte Zeit“ zurück und reagiert intuitiv, da er die Welt kognitiv nicht mehr verstehen kann.

## 7. Urkommunikation:

In der letzten Stufe ähnelt der alte Mensch im Verhalten dem eines Säuglings. Der Betroffene liegt oft in einer embryonalen Stellung im Bett und ist teilnahmslos. Durch Spüren des eigenen Körpers (z.B. auch durch Basale Stimulation) kann Kontakt zum Betroffenen aufgenommen werden und Impulse gesetzt werden.

In der praktischen Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen ist es sehr wichtig, die genannten sieben Erreichbarkeitsstufen klar zuzuordnen, um somit

- den Menschen auch psychisch zu erreichen und besser zu verstehen,
- Regression zu verhindern,
- entsprechende Fördermaßnahmen in der Pflege und Betreuung anbieten zu können,
- bei pathologischen Abbauprozessen, wenigstens symptomatisch pflegen zu können und
- nach Möglichkeit reaktivierend eingreifen zu können.

Mit Hilfe des sogenannten „Interaktionsbogens“ werden daher dementiell erkrankte Bewohner ihrer derzeitigen Interaktionsstufe in den Teilbereichen

- Gefühlsleben,
- Psychomotorik,
- Sozialisation.
- Wille / Antrieb,
- Orientierung,
- Gedächtnis,
- Formales Denken und
- Inhaltliches Denken

zugeordnet. Gleichzeitig erfolgt eine Zielsetzung, welche Interaktionsstufe, mittels Setzen individueller Impulse, realistisch erreicht werden kann.

Die Erhebung der Psychobiographie und die individuelle Zielsetzung mittels Interaktionsbogen erfolgt dabei ebenfalls regelmäßig innerhalb von Team- bzw. Fallbesprechungen („Böhmgruppe“). In der Gruppe werden anhand der erhobenen Daten individuell von der Biografie ableitbare Impulse für den Bewohner geplant, die den Bewohner in einer stabilen Phase festigen und in einer instabilen Phase reaktivieren sollen.

Hilfreich hierbei ist das Beantworten folgender Fragen, welche die Interpretation der Psychobiographie und das Finden geeigneter Impulse erleichtern:

- Welcher Grundtyp ist der Bewohner? (Sympathikon – lebhaft / Parasympathikon - ruhig)
- Was war für ihn Alltagsnormalität?
- Was gab ihm sein Daheimgefühl?
- Was fehlt ihm im Vergleich zu damals für das Daheimgefühl?

Das Ergebnis der Einschätzung, sowie die geplanten Impulse werden allen Mitarbeitern, die in direktem Kontakt zu den Bewohnern stehen vorgestellt. Der Erfolg, der gesetzten Impulse wird in der Regel bis zu sieben Tage hin beobachtet und im Planungsbogen festgehalten. Zeigen die Impulse Erfolg, werden diese in der Pflegeplanung aufgenommen. Greifen die Impulse nicht, wird durch die „Böhmgruppe“ ein neuer Impuls festgelegt.

Durch das Böhmmmodell hat die Biographiearbeit einen anderen Stellenwert in den stationären Einrichtungen des DiCV erhalten. Mittelfristig sollen alle Pflegeplanungen auf das Böhmkonzept abgestimmt bzw. umgestellt werden. Nähere Erläuterungen zur praktischen Umsetzung des Böhmm Modells sowie zum Umgang mit demenziell erkrankten Menschen finden sich in unterschiedlichen Verfahrensanweisungen wieder. Diese sind im QM-Regelwerk der Einrichtung einsehbar.

## 5. 2 Besonderheiten im Rahmen der AEDLs

### **Vitale Funktionen:**

#### **Pneumonien:**

Pneumonien sind häufig die Todesursache bei einer fortgeschrittenen Demenz (Schmidtke, H.&Hüll, M.2005). Daher ist auf die Vermeidung einer Pneumonie ein besonderes Augenmerk zu richten. Im Vordergrund steht für das Personal in der Einrichtung, die Mobilität so lange wie möglich zu erhalten.

#### **Schmerzen:**

Es gibt Hinweise darauf, dass Menschen mit Demenz häufig kein adäquates Schmerzmanagement erhalten. Die Wahrscheinlichkeit einer Schmerzmedikation verringert sich mit zunehmendem Grad der Demenz (Schäufele, M. et al.2006). Aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen sind Menschen mit Demenz oft nicht in der Lage Angaben über Schmerz zu machen. Dies führt zu der Gefahr, dass Schmerzen oft nicht erkannt und demzufolge auch nicht behandelt werden können. Unbehandelter Schmerz führt zu einer Verschlechterung des kognitiven Zustands, es kommt zu Schlafstörungen, wodurch wiederum die Schmerzsensibilität erhöht. Schmerz kann darüber hinaus zu Depressionen führen und die Konzentrationsfähigkeit nachteilig beeinflussen (DNQP 2005). Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Schreien, aggressives Verhalten oder Schlafstörungen können unterschiedliche Ursachen haben, als eine Ursache ist dabei auch immer an Schmerzen zu denken. Die tatsächliche Ursache muss – wie auch bei anderen Fragen bei kommunikationseingeschränkten Menschen mit Demenz – durch „Versuch und Irrtum“ ermittelt werden (DNQP 2005; Kunz, R. 2002).

#### **Sich bewegen:**

Bei Menschen mit Demenz kommt aufgrund der erhöhten Sturzgefährdung der Sturzprophylaxe eine große Bedeutung zu. Es besteht die Gefahr einer Hüftfraktur bis hin zur Steigerung der Sterblichkeit in

Folge von Frakturen. Darüber hinaus können Stürze zu Schmerzen und zunehmender Behinderung sowie Unsicherheit führen.

Die Folge kann ein Rückzug und zunehmende Immobilität sein, was wiederum zu einer verminderten Lebensqualität führen kann. Weiterhin besteht bei Menschen mit Demenz häufig ein erhöhter Bewegungsdrang, der sich insbesondere durch Wanderverhalten manifestieren kann. Der Erhaltung der Mobilität kommt eine Schlüsselrolle zu, weil die Mobilität es dem dementiell erkrankten Menschen aus eigenen Stücken ermöglicht, an der Gemeinschaft teilzunehmen.

Auch einem erhöhten Bewegungsdrang (Wandern) sollte entsprochen werden. Wanderverhalten sollte nicht unterbunden, sondern für die Mobilitätsförderung genutzt werden. Hat der dementiell erkrankte Bewohner die Möglichkeit, sich fortzubewegen, hat dies positive Auswirkungen auf den Appetit, den Tag-Nacht-Rhythmus, die Stimmungslage, die Vigilanz und die Wahrnehmungsfähigkeit.

### **Kommunikation:**

Fähigkeiten und Fertigkeiten des Pflege- und Betreuungspersonals zur verbalen und nonverbalen Kommunikation sind in der Betreuung von Menschen mit dementiellen Erkrankungen von großer Bedeutung. Die wichtigste Grundregel für die Kommunikation mit dieser Bewohnergruppe ist, dass das Kommunikationsverhalten an den Schweregrad der Demenz angepasst werden muss.

Das bedeutet,

- im frühen Stadium der Demenz orientierende (nicht korrigierende) Informationen einfließen lassen,
- im mittleren Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die emotionale Ebene legen (z.B. Validation),
- im späten Stadium den Schwerpunkt der Kommunikation auf die nonverbale Kommunikation legen (z.B. basale Stimulation, Berührung).

### **Essen und Trinken:**

Menschen mit einer dementiellen Erkrankung benötigen eine spezielle, den Bedürfnissen angepasste Ernährung da diese besonders betroffen von Mangelernährung sind. Die angebotene Kostform wird auf das individuelle Bedürfnis des Bewohners abgestimmt, vor allem hinsichtlich des erhöhten Vitamin- und Kalorienbedarfs. Ansprechendes und vertrautes Ambiente während der Mahlzeiten sind ebenso eingesetzte wirksame Pflegemaßnahmen wie z.B. auch ausreichend Zeit und Ruhe beim Essen, das Herausfinden der sogenannten Lieblingsspeise des Patienten, „Fingerfood“ oder „Eat by Walking“.

Da das Durstgefühl in vielen Fällen verloren geht, und somit bei Demenzkranken die Gefahr der Dehydratation besteht, wird über das Geschmackserlebnis die Motivation zum Trinken gegeben (Fruchtsäfte, Früchtetees, Obst mit hohem Wassergehalt) und Speisen mit einem hohen Flüssigkeitsanteil angeboten (z.B. Suppen, Kompotte).

### **Ausscheiden:**

Bei demenzkranken Menschen treten einige der bekannten Risikofaktoren für Urininkontinenz zusammen auf: Kognitive und körperliche Einschränkungen, Medikamenteneinnahme (Neuroleptika, Antidepressiva), Komorbiditäten (Morbus Parkinson, Diabetes mellitus). Insbesondere die bei dieser Personengruppe häufige funktionelle Urininkontinenz (Unfähigkeit, die Toilette rechtzeitig zu erreichen) kann durch angemessene Pflegemaßnahmen positiv beeinflusst werden. Es ist ganz oder zeitweise (z.B. am Tag) möglich, eine abhängig erreichte Kontinenz (mit personeller Hilfe wird Kontinenz erreicht) zu gewährleisten. Beim Toiletentraining (das auch bei einer möglichen Stuhlinkontinenz sinnvoll sein kann) ist das Initiieren der Handlung oft hilfreich. Initialreize können gegeben werden, indem die Pflegekraft den Toilettendeckel hebt und Entkleidungs- und Hinsetzbewegungen andeutet.

Auf individuelle Signale (z.B. einsetzende Unruhe, Hochheben des Rockes, Auf- und Abgehen vor der Toilette) des demenzkranken Bewohners sollte mit einem Angebot zum Toilettengang reagiert werden.

Wenn der demenzkranke Bewohner die Toilette nicht mehr erkennt oder Angst signalisiert, muss entschieden werden, ob eine Versorgung mit angemessenen Inkontinenzhilfen weniger belastend für den Bewohner ist (Kämmer, K. 2003).

Insbesondere die Obstipation spielt bei Menschen mit Demenz eine wichtige Rolle bei der Stuhlentleerung. Sie kann u. a. aufgrund mangelnder Bewegung, mangelnder Flüssigkeitszufuhr, aufgrund der Art der Ernährung und der Nebenwirkungen von Medikamenten (Psychopharmaka) auftreten. Nach Möglichkeit sollten die Ursachen behoben werden, ggf. ist es notwendig in Absprache mit dem behandelnden Arzt Abführmittel einzusetzen (Kämmer, K. 2003).

### **Ruhen und Schlafen:**

Schlafstörungen können bei demenzerkrankten Bewohnern in stationären Pflegeeinrichtungen häufig auftreten. Insbesondere wenn es zur sogenannten Tag-Nacht-Umkehr kommt, hat dies zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität des Bewohners und ist mit Belastungen für alle Beteiligten verbunden. Ein bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen häufig anzutreffendes Phänomen ist das so genannte „Sundowning“, bei dem die Unruhe und das nach Hause wollen am Nachmittag deutlich zunehmen.

Ein nicht ausreichender Nachtschlaf führt zu einer vermehrten Müdigkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit am Tage. Durch eine sinnvolle Umfeldgestaltung kann guter Schlaf gefördert werden.

Dazu gehören

- eine angemessene Raumtemperatur und Belüftung
- eine ruhige Atmosphäre und die Möglichkeit, das Zimmer abzudunkeln
- der Einsatz von Gegengeräuschen kann ggf. helfen (z.B. „leises Rauschen“ eines Radios ohne Sender)
- Ausrichtung des Bettes mit Blickrichtung zur Tür
- Nachtbeleuchtung zur besseren Orientierung
- jahreszeitlich angepasste Bettdecken.

Förderlich kann es sein, wenn gewohnte Schlafrituale genutzt werden, um den demenzkranken Bewohner auf den Nachtschlaf einzustimmen. Um dies nutzen zu können, ist es wichtig, den Bewohner und seine Angehörigen nach solchen Informationen zu befragen. Auch kann es hilfreich sein, Methoden wie z.B. atemstimulierende Einreibungen zur Förderung des Einschlafens zu nutzen. (Perrar, K.M. et al. 2007).

### **Sich Beschäftigen:**

Pflegebedürftige Menschen mit einer dementiellen Erkrankung benötigen Beschäftigungsangebote und Reize, um einer Isolation oder einer Deprivation (sensorische, soziale, emotionale Reizarmut) entgegenzuwirken.

Dabei ist es zunächst wichtig, darauf zu achten, dass bei Einschränkungen der Sinnesorgane (Sehbeeinträchtigung, Schwerhörigkeit) erforderliche Hilfsmittel vorhanden, intakt und an die Beeinträchtigung angepasst sind. Im Alter nimmt auch der Geruchs- und Geschmackssinn ab. Dies gilt oft besonders für diese Bewohnergruppe. Ebenso kann der Tastsinn aufgrund neurologischer Ursachen oder verminderter Durchblutung vermindert sein. Die individuelle Tagesgestaltung sollte auf der Grundlage der Biographie des Bewohners erfolgen. Dazu können z. B. Weckrituale, die Berück-

sichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten oder Maßnahmen zur sozialen Integration in die Einrichtung gehören.

Das Angebot der sozialen Betreuung im Rahmen der Tagesgestaltung sollte die Einbindung aller dementiell erkrankten Bewohner, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Schweregrade (leicht-, mittel- und schwerstement) der Erkrankung, sicherstellen.

## **6. Art und Umfang der Betreuung von an Demenz erkrankten Bewohnern**

Defizite der dementiell erkrankten Menschen liegen vor allem in den Bereichen der Selbsthilfefähigkeit, der Orientierung und der Möglichkeit, sich selbst zu beschäftigen. Hierdurch ergibt sich die Notwendigkeit ein Tagesprogramm, eine Struktur oder ein Gerüst an Handlungs-, Anregungs- und Beruhigungsangeboten anzubieten.

Das Angebot der Betreuung richtet sich nach dem Schweregrad der kognitiven Einschränkung der Bewohner. Dieser kann von leicht über mittelgradig bis hin zur sehr schweren Demenzerkrankung einhergehen und nimmt einen fließenden Verlauf. Weiterhin ist das Angebot von der jeweiligen Tagesform der Bewohner abhängig. Hierbei ist die Selbstbestimmung des Bewohners vorrangig.

### **6.1. Betreuungsangebote**

Es werden am Vormittag und am Nachmittag Beschäftigungen angeboten, die an erster Stelle das aktive Zuhören und die Berücksichtigung der Gefühle der Bewohner umfassen. Dabei achtet der Mitarbeiter auf das individuelle Wohlbefinden sowie auf nonverbale Signale des Bewohners. Diese erkennt er, in dem er sich dem Bewohner zuwendet und Augenkontakt hält. Er selbst nimmt eine positive Körperhaltung ein, evtl. nimmt er auch Körperkontakt auf und drückt eine freundliche Mimik und Gestik aus. Besondere Auffälligkeiten (z.B. Schmerzen, Unwohlsein etc.) des Bewohners werden in der Pflegeplanung dokumentiert und im Rahmen der Dienstübergabe an die nächste Schicht weitergeleitet. Gemeinsam werden im Team Maßnahmen zur Erlangung des Wohlbefindens des jeweiligen Bewohners eingeleitet (z.B. Schmerzlinderung, nachgeben des Bewegungsdrangs durch Spaziergang etc.). Die Selbstbestimmung wird hierbei immer berücksichtigt und hat in der täglichen Arbeit mit kognitiv eingeschränkten Menschen oberste Maxime.

Die validierende Begleitung der Bewohner besteht im Wesentlichen darin, die Bewohner so anzunehmen wie sie sind, sie in ihrer eigenen Realität zu belassen und sie dort zu begleiten, sozusagen in ihren „eigenen Schuhen“ zu gehen.

In allen stationären Einrichtungen des DiCV wird eine klare und einfache Tagesstruktur angeboten, die wichtige aber nicht zu viele Reize bietet und den Menschen fördert, aber nicht überfordert.

Strukturierende oder geplante Gruppenangebote zu Bewegung, Wahrnehmung und Kommunikation, welche speziell auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt sind, bieten die Möglichkeit gegenseitiger Bestätigung und Wertschätzung. Hierbei stehen gefühlsbetonte Gruppenangebote wie zum Beispiel das gemeinsame Musikhören, Singen und Erinnern, unter Berücksichtigung von biografischen Kenntnissen, im Vordergrund. Bei mittelgradig bis schwer Erkrankten beträgt die durchschnittliche Aufmerksamkeitsspanne ca. 15 – 20 Minuten. Angebote nehmen daher in der Regel nicht länger als eine halbe Stunde in Anspruch.

Die Anwesenheit von vertrauten Pflege- und Betreuungspersonen vermittelt das Gefühl der Geborgenheit und des Vertrauens. Aus diesem Grund wird bei Betreuung und Pflege für diese Bewohnergruppe ein häufiger Personalwechsel vermieden.

**Beispiele für tagesstrukturierende Maßnahmen sind:**

Kognitive Einschränkung	Angebot, z.B.:
Leicht	Gemeinsame Mahlzeiten
	Hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie z.B. Wäsche legen, Geschirr spülen, Zubereitung kleinerer Speisen
	Spielrunden
	Singkreis
	Bastelkreis
	Spaziergänge
	Tastübungen
	Gedächtnistraining
	Biografiegespräche
	Berücksichtigung von Weckritualen
	Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten
	Maßnahmen zur sozialen Integration
Mittel	Gemeinsame Mahlzeiten
	Singkreis
	10-Minuten-Aktivierung, z.B. Knöpfe, Haushaltsartikel, Socken sortieren,
	Biografiegespräche
	Anregen der Sinne, z.B. Düfte
	Einzelbetreuung z. B. durch: Gespräche, Spaziergänge
Schwer	Nach Möglichkeit gemeinsame Mahlzeiten
	Einzelbetreuung z. B durch: basale Stimulation mit Berührungen, Geräuschen, Düfte, Bilder, Farben, Licht
	Musikangebot nach Biografie

Auch liegt ein besonderes Augenmerk auf der Gestaltung der gemeinsamen Mahlzeiten, d.h. zum Beispiel werden die Sinne durch frisch gebrühtem Kaffee, geröstetem Toast oder Geräuschen beim Tisch decken angeregt.

Bewohner mit einer leichten Demenz werden bei den täglich anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit integriert z.B. den Tisch decken und abräumen, Handtücher legen etc. Auch die Tischdekoration erfolgt gemeinsam und der Jahreszeit entsprechend.

Durch Gruppenangebote im Wohnbereich, wie z. B. gemeinsames Kochen, Kuchen oder Waffel backen werden Reize geschaffen, von denen auch Bewohner profitieren, die nicht mehr an diesen Angeboten teilnehmen können.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Sinnesanregung ist der Kontakt mit Tieren. Deshalb sind Tiere ein fester Bestandteil bei der Alltagsgestaltung. Die Bewohner zeigen z.B. im Umgang mit den Hunden positive Reaktionen, sehr unruhige Bewohner werden durch das Streicheln der Hunde beruhigt, Erinnerungen werden geweckt. Oft sind Tiere der Schlüssel für die Kommunikation mit demenzkranken Bewohnern.

Für Bewohner die nicht mehr aktiv am Tagesgeschehen teilnehmen können, werden spezielle Angebote, innerhalb der Gruppenbetreuung gemacht. Das können sein: Bewegungsangebote und basale Stimulation, d.h. im Einzelnen:

- leichte gymnastische Übungen z.B. der Finger, Hände, Arme, Kopf, Beine, bewegen aktiv oder passiv
- Gehübungen mit und ohne Hilfsmittel
- leichte Massagen von Kopf, Schultern, Rücken, Hände, Beine und Füße, je nach Akzeptanz des Bewohners
- Gedichte und kleine Geschichten vorlesen
- Stimulation durch wechselnde Lagerungen
- Akustische Stimulation z.B. Lieblingsmusik, Vogelgezwitscher, Wasserrauschen, Entspannungsmusik
- Olfaktorische Stimulation z.B. Düfte, elektrische Duftlämpchen, Gewürze, Blumen
- Visuelle Stimulation z.B. bewegender Sternenhimmel, Mobile, Bilder
- Gustatorische Stimulation z.B. verschiedene Geschmacksrichtungen, von Obst, Säften, Gewürzen

Bei der Umsetzung dieser Angebote wird darauf geachtet, dass dem Bewohner die Angebote nicht aufgezwungen werden. Es wird auf die aktuelle Befindlichkeit der Bewohner Rücksicht genommen und das Angebot daran angepasst.

Im Sinne eines wertschätzenden und wertvollen Umgangs wird jedes Verhalten vermieden, welches den älteren Menschen zum Kind macht. Kontinuität ist ein wesentlicher Aspekt, der zur Orientierung dient. Es wird in der Einrichtung darauf geachtet, dass es Freiräume für individuelle Verhaltensweisen, autonome Entscheidungen und Rückzugsmöglichkeiten für jeden Einzelnen gibt. Bewohner mit einer leichten Demenz werden in das Beschäftigungsangebot im Rahmen des Wochenprogramms integriert.

## 7. Angehörigenarbeit

Biographisches Arbeiten und bedürfnisorientierte Tagerstrukturierung, entsprechend dem Normalitätsprinzip und bedürfen einer genauen Kenntnis des bisherigen Lebens. In der Arbeit mit dementiell und psychisch veränderten Bewohnern kommt der Angehörigenarbeit aus diesem Grund ein besonderer Stellenwert zu. Strukturierte Angehörigenarbeit ist darauf ausgerichtet, den Angehörigen/Bezugsperson/Betreuer auf Dauer für eine konstruktive Zusammenarbeit zu gewinnen und diese in die Planungen der Pflege und Betreuung einzubeziehen. Für eine qualitativ gute Betreuung sind Angehörige/Bezugspersonen/Betreuer als Informationsquelle unentbehrlich.

Der Aufbau einer guten Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und Betreuenden beginnt beim Erstkontakt und setzt sich über den gesamten Heimaufenthalt fort. In der Einrichtung wird in Bezug auf die Planung der Pflege und Betreuung besonderer Wert auf den Einbezug von Angehörigen und Bezugspersonen gelegt (im Maßnahmenkatalog „Soziale Betreuung“ können hierzu entsprechende Maßnahmen eingesehen werden).

## 8. Milieugestaltung

Die Bewohnerzimmer können individuell mit vertrauten Möbelstücken eingerichtet werden. Ebenso wird angeregt, die Zimmer mit persönlichen Bildern, Fotos oder anderen Einrichtungsgegenständen wohnlich zu gestalten. Dies soll den Bewohnern ein Gefühl von Vertrautheit vermitteln und die Orientierung erleichtern. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die individuelle, identifikationserleichternde Kennzeichnung der Zimmertüren um so ein Wiederauffinden zu erleichtern.

Bei der Gestaltung sowohl der Bewohnerzimmer, als auch der weiteren Räumlichkeiten wurden folgende Aspekte in den Vordergrund gestellt:

### Beleuchtung:

- Ausreichend schattenfreies, indirekt einfallendes Licht für Aufenthalts- und Flurbereiche
- bei Bedarf Schaffen einer warmen Atmosphäre durch warme Lichtquellen

### Farbgestaltung:

- helle Farben, keine Unruhe durch Farbvielfalt

### Mobiliar:

- nach Möglichkeit Verwendung von vertrautem Mobiliar, z.B. durch Eigenmöblierung, akzentuierte Möblierung der Flurbereiche mit alten Möbeln

### Milieu:

- Einbindung sensorisch anregender Materialien bzw. Gestaltungselemente (Tasttafeln, Stoffe, Tücher) sowie das Angebot von Möglichkeiten zur Beschäftigung (Garderobe mit Kleidung aus dem Fundus, Küchenschrank mit Küchenutensilien, Kleiderschrank usw.).

### Orientierungshilfen:

- Große Kalender
- Große Uhren mit Ziffernblatt
- Kennzeichnung von Räumen

### Außenbereich

Für ein aktives Erleben von Drinnen und Draußen steht den Bewohnern ein gesicherter Außenbereich zur Verfügung. Dieser geschützte Bereich bietet den Bewohnern die Möglichkeit sich Bewegung zu verschaffen, lädt zur Entspannung ein und fördert die Kommunikation und stellt ein Ventil zur Befriedigung des oftmals bestehenden Bewegungsdrangs dar.

Bei der Gestaltung wurde darauf Wert gelegt, dass möglichst viele Sinne angesprochen werden. Dem wird zum Beispiel durch die Bepflanzung mit duftenden oder essbaren Pflanzen Rechnung getragen, ebenso wurden Wasser- und Klangspiele integriert.