

1. Vorwort

Nach wie vor leben die meisten Demenzerkrankten in privaten Haushalten und werden zumeist von nahen Angehörigen (vor allem von ihren Ehepartnern, Töchtern oder Schwiegertöchtern) betreut und gepflegt. Dies verlangt von den Angehörigen viel Engagement, Verzicht auf Freizeit und die Bereitschaft, gegebenenfalls „Rund-um-die-Uhr“ zu begleiten und zu unterstützen. Pflegende Angehörige stehen daher häufig unter hohem psychischen, physischen und sozialen Druck. Viele Angehörige berichten,

- dass sich während der Pflege ihre körperliche Gesundheit verschlechtert und sie häufiger Medikamente benötigen
- dass Freunde, Bekannte und/oder Familienmitglieder den Kontakt meiden
- dass sie ihren Beruf und ihre Hobbies aufgeben.

Die Demenz aus fachlicher Sicht ist eine Erkrankung, die viele Menschen im zunehmenden Alter betrifft. eine Erkrankung die mit dem sukzessiven Verlust kognitiver Fähigkeiten, aber auch mit der Abnahme sozialer und emotionaler Leistungen einhergeht, die zwangsläufig zu Beeinträchtigungen im beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld führt.

Damit ist die Demenz auch ein Thema, das viele Menschen, gleich welchen Alters erschreckt und ängstigt. Ängste vor Entlarvung, Ängste vor einer möglichen Diagnose; Ängste vor Stigmatisierung und Ausgrenzung, die uns nur allzu gut nachvollziehbar erscheinen.

Unser Anliegen ist es daher, diese Menschen weitgehend und so lange wie möglich in gewohnten, bekannten Netzwerkstrukturen, seien sie familiär oder institutioneller Struktur, weiterhin zu versorgen.

Als besonders belastend wird es empfunden, wenn problematische Verhaltensweisen wie Aggressivität, Schreien, Wahnvorstellungen bei dem Erkrankten hinzukommen.

Niemand kann und muss diese schweren Aufgaben auf Dauer und ganz alleine erfüllen.

Auch im Interesse des Kranken ist es wichtig und ratsam, mit den eigenen Kräften hauszuhalten und sich professionelle Hilfe zu holen.

Hierzu bietet der „Fachpflegedienst Woderski GbR“ ein gesondertes Angebot.

2. Spezialisierte Ambulante Versorgung Demenzerkrankter (SAVD)

Versorgungsangebot

- Individuelle Beratung und Schulung für Angehörige dementiell Erkrankter (z.B. zum herausforderndes Verhalten, der Validation, Freiheitsentziehende Maßnahmen, Milieugestaltung)
- Krisenintervention über die 24 Stündige Rufbereitschaft
- Netzwerk mit niedergelassenen Ärzten und Therapeuten
- Individuelle Therapeutische Begleitung im Alltagsgeschehen
 - Wasch- u. Anziehtraining
 - Realitäts-Orientierungstraining (ROT),
 - 10 Minuten Aktivierung,
 - Basale Stimulation
 - Ausflüge (in den Zoo, in ein Kaffee)
 - Individuelle biographiebezogene Betreuungs- und Entlastungsleistung
- Professionelle Einschätzung der dementiellen Entwicklung (zB. mit Hilfe eines Mini-Mental-Testes)
- Begleitung bei der Antragsstellung zur eingeschränkten Alltagskompetenz

Erstellung am: 16.08.2016	Durch: Angela Woderski	Freigabe am: 17.06.2016	Durch: Angela & Heiko Woderski
Geändert am:	Durch:	Freigabe am:	Durch:

3. Krankheitsbild nach ICD*

Die Demenz ist nach ICD 10 ein Syndrom mit vielfältigen Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit, ursächlich ist es eine Erkrankung des Gehirns selbst. Das Leitsymptom ist die Gedächtnisstörung, aber auch das Denken an sich, die Orientierung, die Auffassungsgabe, kalkulatorische Fähigkeiten, Sprache und Urteilsvermögen sind stark beeinträchtigt. Aus diesen Defiziten resultieren Verluste der emotionalen und sozialen Kompetenzen.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer-Krankheit als neurodegenerative Erkrankung. Die vaskuläre Demenz, infolge von gefäßbedingter Unterversorgung, weiterhin differenziert man die sogenannte sekundäre Demenz, die mit anderen Grunderkrankungen wie z.B. Morbus Parkinson, Epilepsie, Hypothyreose einhergehen. Hauptrisikofaktor für die Erkrankung an einer Demenz ist das Alter an sich, aber auch Depressionen, Hypertonie und Stoffwechselerkrankungen werden in Zusammenhang mit der Erkrankung an einer Demenz gesehen.

4. Medikamentöse Therapie

Grundsätzlich wird versucht, die Medikation auf das notwendige Minimum zu beschränken um die verbundenen Gefahren zu minimieren. Sollte jedoch eine medikamentöse Behandlung unumgänglich oder förderlich für den Betroffenen sein, so entspricht diese Behandlung den S3 Leitlinien (www.leitlinien.de).

5. Therapeutisch-pflegerische Behandlungskonzepte

Diese nicht-medikamentösen Behandlungsansätze dienen der Zustandserhaltung und/oder der Verbesserung der jeweiligen Fähigkeiten des Betroffenen und komplettieren so ggf. die medikamentöse Therapie.

Die wesentlichen Aspekte zielen auf die Motorik, die Alltagskompetenz, die Kognition und die sozialen Fähigkeiten. All diese Aspekte sind eng miteinander verknüpft.

5.1. Biografiearbeit

Die biografische Anamnese ist grundlegend für alle Behandlungsplanungen, beschreibt sie doch die Alltagssituation, in der sich ein Betroffener gedanklich und aktuell befindet. Hierzu gehören Informationen über Alltagsroutinen und Rituale (mit sich und anderen), deren Weiterführung den betroffenen Menschen Sicherheit vermitteln kann, wie auch Kenntnisse über die häusliche und soziale Umgebung.

Durch die Erhebung solcher biografischen Daten können defizitäre Verhaltensweisen wie z.B. Weglauftendenzen, Schlafstörungen und enthemmtes Verhalten reduziert werden. Ziel ist hier die Schaffung einer Wissensbasis, um größtmögliche Selbständigkeit der Betroffenen zu erlangen, zu erhalten, sowie die Rückgewinnung verlorengegangener Kompetenzen.

Die biografische Anamnese wird regulär vom "Fachpflegedienst Woderski" zunächst mit dem Betroffenen selbst, aber auch mit den Angehörigen erhoben.

Erstellung am: 16.08.2016	Durch: Angela Woderski	Freigabe am: 17.06.2016	Durch: Angela & Heiko Woderski
Geändert am:	Durch:	Freigabe am:	Durch:

5.2. motorisches Training

Das Bewegungstraining beeinflusst die Bereiche Neuromotorik, Sensomotorik, Psychomotorik und Soziomotorik positiv.

- Apraxien und Antriebsminderung
 - z.B. die Bedeutung von Messer und Gabel ist nicht mehr präsent
(**pflegerische Ansätze:** mit Ruhe und Geduld, das tägliche Ritual "Messer und Gabel benutzen" üben)
- Psychomotorische Unruhe und Agitation
 - zB. aggressives Verhalten, wie Schreien, Rufen und tätlicher Gewalt gegen Andere
(**pflegerische Ansätze:** den Demenzerkrankten ernst nehmen, nicht diskutieren, Streit vermeiden; Ablenkung aus der Situation)
- Sturzprophylaxe
 - häufig zu beobachten ist ein kleinschrittiger, schlurfender Gang, bei gleichzeitigen mangelnden Halterelexen, dazu kommen muskuläre Schwäche, Störungen des Gleichgewichts und der Fähigkeit
(**pflegerische Ansätze:** festes Schuhwerk, Rollator, Einhaken beim Partner)

5.3. Hirnleistungstraining

- äußert sich nicht nur in Vergesslichkeit, sondern auch das Denkvermögen als Solches, das Lernen, die Fähigkeit zur Vorstellung und die Handlungsplanung und das Sprachvermögen mehr oder minder stark betroffen.
(**pflegerische Ansätze:** 10 Minuten Aktivierung, Denkspiele, Gespräche)

5.4. Soziale Teilhabe

- das "Einbezogen sein in eine Lebenssituation"(vgl.def.WHO 2011) Auch Demenzerkrankte haben ein grundsätzliches Potential und das Bedürfnis soziale Kontakte zu knüpfen, Gemeinschaft zu erleben, persönliche Tätigkeiten zu verrichten und Erinnerungen zu pflegen. neben dem Bedürfnis auf Autonomie und Respekt. Sie wollen verstanden werden und sich kompetent fühlen
(**pflegerische Ansätze:** Gesprächs- und Beschäftigungsangebote in der Gruppe, gemeinsame Ausflüge; Gesprächskreise, gemeinsames Singen, gemeinsame Mahlzeiten)

5.5. Kontinenzertalt

- der Erhalt der Kontinenz, gerade im öffentlichen Raum ist von wesentlicher Bedeutung, da Scham, Isolation und der Verlust der Würde absehbar wären.
(**pflegerische Ansätze:** Toilettentraining; Regulierung der Trinkmengen; Einsatz von Hilfsmittel; Erreichbarkeit durch Orientierungshilfen fürs WC)

6. Ernährungsstörungen

Mangelernährung ist ein zentrales Thema der Altersmedizin, häufig sind alte Menschen chronisch fehl- und mangelernährt und leiden nicht selten an einer Exsikkose. Die Ursachen sind vielfältig.

6.1 altersgerechte physiologische Veränderungen

durch den funktionellen Verlust von Geschmacksknospen verändert sich auch die Geschmackswahrnehmung und kann, neben dem abnehmenden Hunger und Durstgefühl zusätzlich zur Inappetenz führen. Oft werden süße Speisen bevorzugt.

(**pflegerische Ansätze:** nach biografischen und aktuelle Vorlieben orientieren; Bilanzierung der Kalorien und Flüssigkeitsmengen)

6.2 Kau- und Schluckstörungen

muskuläre Schwäche, nachlassender oder gestörter Schluckreflex, schlecht angepasster Zahnersatz können zu einer Vermeidungshaltung insbesondere kauintensiver Lebensmittel führen. Diese Ablehnung wird durch Husten, Würgereize und Aspiration von Nahrung verstärkt.

(**pflegerische Ansätze:** adäquate Versorgung der Betroffenen sowie ausreichend Zeit für den Betroffenen, z.B. passierte Kost; ruhige Essatmosphäre; Esskultur)

6.3 Medikamentöse Wirkungen

viele Medikamente können Übelkeit auslösen oder den Appetit beeinflussen.

6.4 kognitive Einschränkungen

Dementiell Erkrankte vergessen die Nahrungsaufnahme, verkennen den Gebrauch von Essbesteck

(**pflegerische Ansätze:** Mahlzeiten in Gesellschaft einnehmen, verschiedene Fingerfoods, hochkalorische Trinknahrung immer bereitstellen)

6.5 sozialökonomische und soziale Aspekte

Einsamkeit und Altersarmut gehören u.a. zu den Ursachen der Mangelernährung, man macht sich nicht mehr die Mühe der Zubereitung der Speisen. Teilweise Ökonomische Verhältnisse gestatten keinen ausreichenden hochwertigen Lebensmittelkonsum.

(**pflegerische Ansätze:** Mahlzeitenzubereitung als Erlebnis gestalten; Einkaufsbegleitung, Nahrungsergänzungsmittel anbieten)

6.6 Instrumentation einer PEG

Wenn eine somatische Schluckstörung eine orale Ernährung nicht mehr zulassen, sollte über eine Anlage einer PEG nachgedacht werden. Fragen und Zweifel sollten im Voraus abgeklärt sein, orale Kost sollte zusätzlich angeboten werden um das Geschmackserlebnis so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Nahrungsaufnahme bedeutet auch immer Zuwendung und soziale Interaktion, die für demenziell Erkrankte unabdingbar ist.

6.7 Schulungsansätze

Umfassende, spezifische Schulungen zum Krankheitsbild Demenz ist unabdingbar. Alle Pflegekräfte werden nachweislich auf den aktuellen wissenschaftlichen Stand geschult.

6.8 Beratungsgespräche

Für Angehörige die unter den sozialen Folgen der Erkrankung leiden und den Persönlichkeitsverlust der Betroffenen als Verlust erleben, werden Beratungsgespräche angeboten. Diese Gespräche verfolgen das Ziel, Wissenslücken zu füllen und kritische Aufklärung zu leisten.

Erstellung am: 16.08.2016	Durch: Angela Woderski	Freigabe am: 17.06.2016	Durch: Angela & Heiko Woderski
Geändert am:	Durch:	Freigabe am:	Durch:

6.9 Validation

Nahezu wörtlich übersetzt meint Validation die Anerkennung der Wahrnehmung und des Erlebens der Erkrankten. Über die Technik der Kommunikation hinaus, kommt die innere Haltung den Betroffenen gegenüber zum Ausdruck. Validation soll den Menschen in seiner letzten Lebensaufgabe, in der Verarbeitung alter Gefühle und Konflikte unterstützen und begleiten. Die Erfahrung zeigt, dass sich validierte Menschen auch in ihren körperlichen Fähigkeiten wie z.B. gehen; essen etc. deutlich verbessern können, da der innere Rückzug aufgehalten werden kann.

7. Strukturelle Rahmenbedingungen

7.1 Farbgestaltung

Farben beeinflussen Stimmung und Wohlbefinden., sind also grundsätzlich geeignet einige Symptome der Demenz wie Unruhe und Antrieb positiv zu verändern. Warme Farben wie Rot, Orange, Gelb können stimulieren, Geborgenheit und Harmonie vermitteln. Kalte Farben hingegen können innere Spannungen lösen und werden mit Ruhe und Stabilität assoziiert, starke Kontraste dienen der Orientierung.

7.2 Lichtquellen

Licht beeinflusst Wohlbefinden, Konzentrationsfähigkeit und Biorhythmus des Menschen und steuert über hormonelle Effekte etliche Körperfunktionen. Licht als Taktgeber für die sogenannte "innere Uhr" ist insbesondere für einen physiologischen Tag/ Nachtrhythmus unabdingbar. Blaue Farben bewirken eine Steigerung der Wachheit, während Rotanteile die Ausschüttung schlafförderndem Melatonin erhöhen. Dunkle Bereiche sollten vermieden werden, da sie als angstausslösend betrachtet werden können

7.3 Bodengestaltung

spiegelnde Böden oder Flächen lösen Ängste aus und gelten als unüberwindbare Hindernisse. Da Spiegelungen als Nässe, Glätte oder instabile Raumverhältnisse suggeriert werden, sollte auf Hochglanzmittel verzichtet werden.

7.4 Milieugerechte Gestaltung

die Gestaltung von überschaubaren Räume, die behaglich und wohnlich gestaltet werden sollten ist für Demenkerkrankte unabdingbar, sie brauchen Rückzugsmöglichkeiten. Die Nutzung der Räumlichkeiten sollte in Ess- und Wohnraum unterschieden werden. Die Esskultur wird individuell und Biografieorientiert gestaltet. Erinnerungsbilder der Familie, Freunde oder Dekorationsartikel sind im Sichtfeld des Betroffenen aufgestellt. Gute Erfahrungen gibt es in der Kleintierhaltung, das "Streicheln" der Tiere wirkt beruhigend.

7.5 Freiheitsentziehung

generell gilt, dass Personen nicht gegen ihren Willen eingeschlossen werden dürfen und ihnen keine Medikamente zur Beruhigung verabreicht werden dürfen, da diese sedierend wirken. Eine Eigen- oder Fremdgefährdung kann durch kurzfristige Intervention, wie Trennung der Räumlichkeit geregelt werden. Insbesondere das nächtliche Rufen belastet Angehörige immens. Betroffene mit einer Weglauftendenz können mit einem transpondergesteuerten Sicherungssystem geschützt werden. Für dieses System gelten alle Vorgaben des FEM. Bettgitter an Pflegebetten dienen der Sicherung vor Sturz, sollten den Betroffenen aber nicht an seinem Laufdrang hindern.

Erstellung am: 16.08.2016	Durch: Angela Woderski	Freigabe am: 17.06.2016	Durch: Angela & Heiko Woderski
Geändert am:	Durch:	Freigabe am:	Durch:

8. Hilfsmittel

Die Auswahl der therapeutischen Hilfsmittel muss sich auf die zu erlernenden/ zu erhaltenden alltagspraktischen Fähigkeit beziehen, dazu gehören auch die Befähigung zur Beschäftigung und zur sozialen Teilhabe. Um die Eigenständigkeit im motorischen Bereich zu gewährleisten gehören Hilfsmittel wie Rollator, WC Erhöhung, einhändig zu benutzendes Geschirr und Besteck etc. zu jeden Betroffenen. Hilfsmittel werden rezeptiert, größere Anschaffungen wie Pflegebett werden zB. über den Sozialdienst vom Krankenhaus organisiert, dabei wäre ein Niedrigbett immer zu empfehlen.

9. Organisation

9.1 Fallbesprechungen

Im therapeutischem Team (Pflege, Ärzte; Psychologe; Physio- /Ergotherapeuten; Logopäde) wird im Fallgespräch die individuelle Förderung, der Unterstützungsbedarf, auch die Verlaufsbeurteilung des Betroffenen besprochen. das Fallgespräch wird mit dem Angehörigen abgestimmt und wird über den "Fachpflegedienst Woderski" koordiniert.

9.2 Angehörigengespräche

Der Gesprächsbedarf der Angehörigen, seien es konkrete Fragen zur Versorgung oder die Klärung bestehender Unsicherheiten, wird individuell abgestimmt. Die Termine werden vorab geplant und inhaltlich dokumentiert.

9.3 Entlassungsplanung

Im Überleitungsmanagement begleiten wir die Angehörigen des Betroffenen vom Krankenhaus in die Häuslichkeit zurück und sollte eine Notwendigkeit bestehen, wird die Überleitung in einem Pflegeheim vorbereitet. Krankenhausbesuche während eines Krankenhausaufenthaltes wird mit den Angehörigen abgestimmt.

9.4 Netzwerkstrukturen

Ein Aufbau eines Netzwerkes im Raum Biesenthal ist Ziel unseres Fachpflegedienstes, wobei das gerontopsychiatrische Krankenhaus Eberswalde als Partner gewonnen werden soll. Vorhandene Netzwerke im Raum Bernau/ Berlin werden kontaktiert und zur Zusammenarbeit eingeladen.

Erstellung am: 16.08.2016	Durch: Angela Woderski	Freigabe am: 17.06.2016	Durch: Angela & Heiko Woderski
Geändert am:	Durch:	Freigabe am:	Durch:

10. Vereinfachte Erklärungen zu Fachwörter alphabetisch geordnet:

A

Aspiration das Eindringen von Material (Speichel/Flüssigkeit/Nahrung/Refluat/Kontrastmittel) in die Atemwege bis unter die Glottisebene. Umgangssprachlich wird es als „etwas in den falschen Hals bekommen“ oder „sich verschlucken“ bezeichnet.

B

C

D

E

Epilepsie im Deutschen Fallsucht oder auch Krampfleiden genannt, bezeichnet ein Krankheitsbild mit mindestens einem spontan aufgetretenen Krampfanfall, der nicht durch eine vorausgehende erkennbare Ursache (beispielsweise eine akute Entzündung, einen Stromschlag oder eine Vergiftung) hervorgerufen wurde.

Exsikkose die Austrocknung durch Abnahme des Körperwassers bezeichnet.

F

FEM freiheitsentziehende Maßnahmen, sind mechanische (z.B. Bettgitter, Fixiergurt), räumliche (z.B. Isolierung) oder chemische Maßnahmen (z.B. Verabreichen von Psychopharmaka) mit dem Ziel, den Betroffenen in seiner Bewegungsfreiheit zu beschränken. Alle freiheitseinschränkende Maßnahmen stehen zunächst im Gegensatz zu der in den Grundrechten der Verfassung verankerten staatlichen Freiheitsgarantie.

G

Gerontopsychiatrie bezeichnet ein Fachgebiet der Psychiatrie und ist laut Definition der Psychiatrie-Enquete von 1975 die "Wissenschaft von der Krankheitslehre, Diagnostik, Therapie und Prävention psychischer Erkrankungen des hohen und höheren Alters"

H

Hypertonie Bluthochdruck
Hypotonie niedriger Blutdruck
Hypothyreose ist gekennzeichnet durch eine unzureichende Versorgung der Körperzellen mit Schilddrüsenhormonen. Verantwortlich dafür ist häufig eine mangelhafte oder sogar fehlende Produktion der Schilddrüsenhormone.

I

ICD Der ICD-Schlüssel ist eine medizinische Klassifikation zur Systematisierung von Diagnosen. Die Abkürzung "ICD" steht für International Classification of Diseases (ins Deutsche übersetzt: "Internationale Klassifikation von Krankheiten").
Insult Anfall, Verletzung, Schädigung; z. B. *apoplektischer Insult* = Schlaganfall, *psychischer Insult* = seelische Schädigung.

Inappetenz Appetitlosigkeit

J

K

L

M	
Morbus Parkinson	Der Morbus Parkinson ist gekennzeichnet durch das vornehmliche Absterben der dopaminproduzierenden Nervenzellen in der Substantia nigra (einer Struktur im Mittelhirn). Der Mangel an dem Botenstoff Dopamin führt letztlich zu einer Verminderung der aktivierenden Wirkung der Basalganglien auf die Großhirnrinde.
N	
neurodegenerativ	eine Gruppe von meist langsam fortschreitenden, erblichen oder sporadisch auftretenden Erkrankungen des Nervensystems
O	
P	
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie, ist ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen in den Magen. Im Gegensatz zur transnasalen Magensonde verläuft die PEG-Sonde also nicht durch die Speiseröhre, sondern durch Haut und Bauchwand in den Magen.
Q	
R	
S	
sekundär	nachrangig, darauffolgend
somatisch	das, was sich auf den Körper bezieht; körperlich
Sukzessiv	allmählich, langsam, schrittweise
T	
U	
V	
Vaskulär	zu den Blutgefäßen gehörend
W	
X	
Y	
Z	

Quellen:
Wikipedia; Duden