Einleitung

Die Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz ist und bleibt auch in Zukunft eine große Herausforderung. In Deutschland sind fast 1,6 Millionen Menschen von einer Form der Demenz betroffen. Die Zahl könnte aufgrund der steigenden Lebenserwartung bis 2050 auf etwa drei Millionen ansteigen, denn Demenzerkrankungen treten vermehrt im hohen Alter auf.

Damit kommen auf die zukünftige Gesellschaft große Herausforderungen für die Therapie, Pflege und Versorgung der Erkrankten zu. Neben der körperlichen und seelischen Belastung für Betroffene, deren Angehörige und Pflegende verursachen Demenzen erhebliche Kosten im Gesundheitssystem. Der Anteil von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, die in Pflegeeinrichtungen betreut werden, wird ansteigen.

Dieser aktualisierte Ratgeber richtet sich an Pflegende und Demenzbegleiter. Er zielt darauf ab, wesentliche Grundlagen zu vermitteln, die zu einem neuen Verständnis von Pflege und Begleitung älterer Menschen mit Demenz im Alltag führen. Eine ausreichende Qualifikation aller Mitarbeiter im Umgang mit dieser Klientel schafft die Basis für eine Organisation, die an die individuellen Bedürfnisse der Bewohner angepasst ist, und eine räumliche Umgebung, die Geborgenheit und Häuslichkeit vermittelt.

Bisher gibt es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, wie die Krankheit Demenz geheilt werden kann. Die Forschung fokussiert Prävention, Ursachen und Therapie. Neben der medikamentösen Therapie spielen insbesondere nicht-medikamentöse Therapieansätze eine bedeutende Rolle, die zur besseren Lebensqualität von Menschen mit Demenz beitragen. Dieser Ratgeber zeigt, wie solche nicht-medikamentösen Ansätze in der Praxis umgesetzt werden können.

Die Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit von Menschen mit einer demenziellen Erkrankung spielt in der Pflege und Begleitung eine ganz zentrale Rolle.

Die Weiterentwicklung der Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen erfordert eine enge Kooperation von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis, um bestehende Ansätze zu evaluieren und wissenschaftliche Erkenntnisse sinnvoll in der Praxis zu implementieren. Voraussetzung dafür sind regelmäßige Fortbildungen und Schulungen bezüglich einer optimalen Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz. Fundiertes Wissen, vor allem zum Krankheitsbild und den Symptomen bei Demenz, ist unabdingbar. Ebenso wichtig ist es, dem Menschen mit Demenz mit einem hohen Maß an Einfühlungsvermögen (Empathie) und Verständnis zu begegnen.

Dieser aktualisierte Ratgeber vermittelt einen Überblick über das Krankheitsbild Demenz sowie über Diagnostik und medikamentöse Therapie. Des Weiteren werden spezielle Prophylaxen bei Menschen mit Demenz erläutert. Ein Kapitel beschäftigt sich mit den Besonderheiten im Umgang mit demenzkranken Menschen und gibt Tipps für eine erfolgreiche Kommunikation.

Ein zusätzliches Kapitel stellt sinnvolle Beschäftigungsangebote für ältere Menschen mit einer Demenz vor, denn besonders Alltagsaktivitäten und Beschäftigungsangebote können diesen Menschen das Gefühl von Nützlichkeit und Gebrauchtwerden vermitteln. Die Selbstständigkeit und das Selbstwertgefühl dieser Menschen können mit einer gezielten Einbindung in den Alltag gestärkt werden.

Schließlich wurde das Kapitel über rechtliche Grundlagen aktualisiert, zum Beispiel in Bezug auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff und die zusätzliche Betreuung in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 43b SGB XI.

Für die Umsetzung in die Praxis liefert dieser Ratgeber verschiedene Beispiele und Praxistipps.

Weiterführende Links und Literatur ergänzen dieses Schulungsmaterial.

Wir wünschen allen Lesern viel Erfolg in der Pflege und der Begleitung von Menschen mit Demenz.

Sylke Werner

Freiberufliche Dozentin
in der Beruflichen Bildung
B.sc. Gesundheits-/
Pflegemanagement
Staatl. anerkannte Altenpflegerin

Medizinische Diagnostik der Demenzen

2

„Die Erkennung behandelbarer Demenzursachen ist das erste Ziel der ärztlichen Diagnostik. Von weit geringerer Bedeutung ist die akademische Korrektheit einer Verdachtsdiagnose, die nur durch den Neuropathologen bestätigt werden kann." (Förstl H, Calabrese P: Rationelle Diagnostik, in: Förstl H (Hrsg): Demenzen in Theorie und Praxis, Springer Berlin Heidelberg New York 2001: 229)

2.1 Einführung in die medizinische Diagnostik der Demenzen

„Demenz" ist eine klinische Diagnose und ein Syndrom, das der weiteren diagnostischen Klärung bedarf.

Entscheidend für die Diagnose der primären Demenzen (neurodegenerative und vaskuläre Formen) ist die Feststellung des progredienten dementiellen Syndroms.

Auschluss von z.B. sekundären Demenzen durch Diagnose

Klinisch ähnliche Bilder, wie depressive oder dissoziative Pseudodemenz (Ganser-Syndrom), Spätschizophrenie oder anhaltende kognitive Beeinträchtigung bei chronischer Schizophrenie müssen ausgeschlossen werden.

Wichtig ist auch der Ausschluss sekundärer Demenzen wie etwa chronischer Intoxikationen (z.B. durch Medikamente, Infektionen des ZNS wie Lues oder Neuroborreliose, endokrinologische Störungen wie Hypothyreose, Avitaminosen wie Thiaminmangel oder Vitamin B12-Mangel, hirnstrukturelle Veränderungen wie Niederdruckhydrozephalus oder chronisches Subduralhämatom).

Patienten mit einer Depression, einer dissoziativen Störung oder einer Schizophrenie bedürfen einer anderen spezifischen auf das Störungsbild bezogenen psychiatrischen Therapie.

WICHTIG!

Sekundäre Demenzen sind im Prinzip ursächlich therapierbar, sodass es fatal wäre, sie zu übersehen.

Neurodegenerative Demenzen nehmen zwar einen schicksalhaften Verlauf, dennoch gibt es Möglichkeiten das Schicksal von Patienten und Angehörigen zu erleichtern. Durch eine adäquate antidementive Medikation lässt sich die Progression über eine gewisse Zeit verzögern und Pflegebedürftigkeit hinausschieben.

Medikamentöse Behandlung der nichtkognitiven Symptome erleichtert die Pflege und sollte rechtzeitig erfolgen, wo sie erforderlich ist (z.B. bei psychotischen Symptomen). Nicht-medikamentöse Verfahren inklusive moderner Pflegekonzepte können helfen, auf nebenwirkungsarme Art den Einsatz der Medikamente auf das Nötige zu beschränken.

Bei den häufigen vaskulären Demenzen (die auch in Kombination mit einer Alzheimerdemenz auftreten können), kann eine ursachengerichtete Behandlung (wie Hochdruckbehandlung, Beseitigung einer Emboliequelle, Thrombozytenaggregationshemmer) das Fortschreiten verhindern oder verzögern.

PRAXISTIPP

Der erste Schritt zur Demenzdiagnostik ist so banal wie elementar: **daran denken**!

Es ist wichtig, vom Mythos eines regelhaften mentalen Abbaus im Alter („Presbyophrenie") Abschied zu nehmen. Demenz ist immer eine abklärungs- und behandlungsbedürftige Störung und kein normaler Alterungsprozess.

WICHTIG!

Pathologische Veränderungen des Gehirns beginnen – insbesondere bei der Alzheimer-Demenz – Jahre (bis Jahrzehnte) vor Sichtbarwerden der klinischen Symptome. Bereits zu einem frühen Zeitpunkt der Demenzerkrankung erlauben klinische Untersuchungen Rückschlüsse auf deren Ursache und Differentialdiagnose. Dazu zählen:

- Neuropsychologische Untersuchungen
- Laboruntersuchungen
- Bildgebung (cCT, cMRT)
- Liquordiagnostik (Bestimmung von „Neurodegenerationsmarkern")
- Nuklearmedizinische Untersuchungen (Amyloid PET, Glukose PET) (DGPPN et al., 2016: 25)

Schleichende, noch nicht deutlich ausgeprägte Veränderungen können auch nahen Angehörigen oft über längere Zeit nicht auffallen. Etwa ein Viertel der Alzheimerpatienten klagt inital über depressive Symptome (Stoppe G: Diagnose und Differentialdiagnose der Demenz und Demenzerkrankungen 1997). Hier ist die Abgrenzung gegenüber den gut behandelbaren depressiven Episoden des Rückbildungs- und des Greisenalters wichtig. Verminderung von Konzentrations- und Merkfähigkeit werden von den Patienten anfänglich bemerkt und auch berichtet. Diese werden aber auch bei gehemmten Depressionen beklagt.

Bei der Anamneseerhebung können Fragen nach Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, schlechtem Namensgedächtnis und Verlegen von Gegenständen Hinweise geben.

Subjektive Schilderungen ersetzen nicht die objektive Diagnose

Die subjektive Beschwerdenschilderung ersetzt aber nicht die objektive Testung. Einfache Instrumente wie die Mini Mental State Examination nach Folstein, der Uhrentest, der DemTect und der Test zur Früher-

kennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) ergeben erste Hinweise. Der Uhrentest erhöht in Kombination mit den anderen Kurztestverfahren die diagnostische Aussagekraft, ist jedoch als alleiniger kognitiver Test nicht ausreichend.

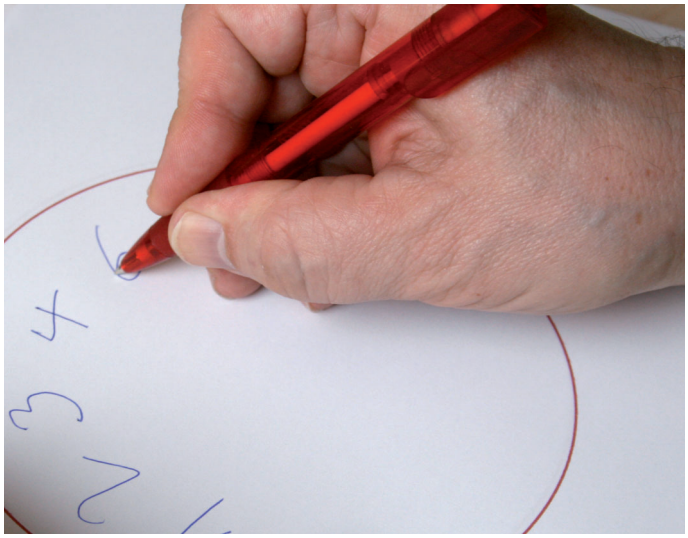


Abb. 2.3-1
Uhrentest

Es handelt sich dabei um „Screeningtests", das heißt auf bestimmte Kriterien ausgerichtete, orientierende „Siebtests". Die Sensitivität dieser Verfahren ist bei leicht gradiger und fraglicher Demenz begrenzt und zur Differenzialdiagnostik verschiedener Demenzen nicht geeignet.

Tests helfen bei der Abschätzung kognitiver Beeinträchtigung

Diese Tests sind dennoch sehr hilfreich, da die quantitative Abschätzung der kognitiven Beeinträchtigung für die Festlegung auf einen Demenzschweregrad notwendig ist und die subjektive Einschätzung der kognitiven Leistung allein dafür nicht geeignet ist.

Hinsichtlich der Schweregradeinteilung einer Demenz spricht im Falle der Alzheimer-Demenz ein

- MMST 20 bis 26 Punkte: für eine leichte Alzheimer-Erkrankung
- MMST 10 bis 19 Punkte: für eine moderate/mittelschwere Alzheimer-Erkrankung
- MMST weniger als 10 Punkte: für eine schwere Alzheimer-Erkrankung

Die anamnestischen Angaben, die Ergebnisse der körperlichen und psychopathologischen Untersuchung sowie die Ergebnisse eines geeigneten Kurztests dienen als Grundlage der syndromalen diagnostischen Zuordnung.

Neben den orientierenden Screeningtests beruht die Diagnose wesentlich auf *Anamnese* (inklusive Familienanamnese und *Fremdanamnese*), *klinischem Befund* (wie etwa neurologische und internistische Unter-

suchung), psychopathologischer Befund und technischen Befunden (Labor, Liquor, Bildgebung).

Die Diagnostik von Demenzerkrankungen dient dazu, eine syndromale und ursächliche Zuordnung der Demenz zu erreichen. Die Diagnose ist Grundlage der Therapie und Betreuung.

WICHTIG!

Gerade im Frühstadium der Erkrankung können viele therapeutische und präventive Ansätze die Belastung und Pflegebedürftigkeit verzögern. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Diagnostik von Demenzerkrankungen erforderlich.

2.2 Anamnese

Aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung des Erkrankten ist neben der Eigenanamnese die Fremdanamnese (zwingend) erforderlich. Familien- und Sozialanamnese ergeben Hinweise auf Risikofaktoren sowie aktuelle Ressourcen und Problemkonstellationen für die Krankheitsbewältigung.

Erfasst werden:

- Symptomentwicklung in den Bereichen Kognition, Verhalten und Alltagsfunktionen mit zeitlicher Dynamik
- vegetative Anamnese
- vorbestehende somatische und psychische Krankheiten
- Medikamentenanamnese (insbesondere Medikamente mit kognitiv beeinträchtigenden Nebenwirkungen)
- Familienanamnese
- Sozialanamnese

2.3 Körperliche und psychopathologische Untersuchung

Eine Vielzahl von Erkrankungen kann zum klinischen Syndrom einer Demenz führen. Eine internistische, neurologische und psychiatrische Untersuchung ist daher unabdingbar. Dabei muss besonders auf kardiovaskuläre, metabolische und endokrinologische Erkrankungen geachtet werden.

Differenzierung von Demenzen durch körperliche und psychopathologische Untersuchungen

Die ***neurologische Untersuchung*** dient der Feststellung von Symptomen, die auf Krankheiten hinweisen, die als primäre Ursache der Demenz gelten (z.B. Parkinson-Symptomatik bei M. Parkinson und Lewy-Körperchen-Demenz; Hinweise für zerebrale Ischämien bei vaskulärer Demenz). Darüber hinaus dient die neurologische Untersuchung der Erfassung von Demenzursachen, die nicht primär neurodegenerativ

oder sekundär vaskulär bedingt sind (z.B. Normaldruckhydrozephalus).

Der ***psychopathologische Befund*** liefert Hinweise zu wesentlichen Differenzialdiagnosen zur Demenz, insbesondere Depression, Delir, Negativsymptomatik bei Schizophrenie, schizophrenes Residuum und Abhängigkeitserkrankungen. Depressive Symptome müssen gezielt erfasst werden, da sie als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Demenz gelten, Begleitsymptome von beginnender Demenz sein können und möglicherweise auch die Ursache von kognitiven Störungen darstellen. Gleichzeitig werden mit Hilfe des psychopathologischen Befundes wesentliche psychische und dementielle Verhaltenssymptome, die bei der Behandlung von Demenzerkrankten besonders relevant sind, erfasst.

Eine ***neuropsychologische*** Untersuchung ist angezeigt bei einem klinisch nicht eindeutigen Befund, im frühen Stadium oder zur ätiologischen Zuordnung eines Demenzsyndroms. Gleichwohl kann eine Demenzdiagnose nicht allein anhand eines neuropsychologischen Tests gestellt werden, da sie als wesentliches Merkmal zusätzlich Funktionseinschränkungen bei Alltagsaktivitäten umfasst.

Für die Abgrenzung der Lewy-Körperchen-Demenz sollte die visuoperzeptive (Beteiligung mehrerer visueller Leistungen) Leistungsfähigkeit und die Stabilität der Aufmerksamkeitsleistung untersucht werden.

2.4 Labor-Diagnostik

Plasmauntersuchungen werden empfohlen

Im Rahmen der ***Labor-Basisdiagnostik*** werden laut S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie Serum- bzw. Plasmauntersuchungen empfohlen.

Besonderes Augenmerk sollte auf die häufigen kardiovaskulären, metabolischen und endokrinologischen Erkrankungen gelegt werden. Bei klinischen Verdachtsfällen müssen entsprechende zusätzliche Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Im Falle klinisch unklarer Situationen oder bei spezifischen Verdachtsdiagnosen sollten gezielte weitergehende Laboruntersuchungen durchgeführt werden.

Die ***Liquordiagnostik*** dient dazu, Erkrankungen zu erfassen, die eine sekundäre Demenz verursachen können und für deren Vorliegen klinische Hinweise bestehen (z.B. Demenz bei Virusenzephalitiden und postviralen Enzephalitiden, Lues, M. Whipple, Neuroborreliose, Neurosarkoidose und Hirnabszess). Weiterhin können über die Liquordiagnostik Vaskulitiden, Metastasen, paraneoplastische Enzephalopathien und die multiple Sklerose abgegrenzt werden. Es ist auch möglich, dass bei einer Liquoruntersuchung eine Erkrankung erkannt wird, für die aufgrund der klinischen Befunde kein unmittelbarer Verdacht vorlag. Daher sollen im Falle der Liquordiagnostik bei Demenz auch die Werte bestimmt werden, die auf solche Erkrankungen hinweisen können.

3.4 Künstlerische Therapien (Musik- und Kunsttherapie)

Musik- und Kunsttherapie gehören zu jenen Therapieverfahren, die sich auf Emotionalität und Kreativität Demenzkranker beziehen. Demenzkranke, denen aufgrund der Erkrankung durch fortschreitende Defizite lebenslang praktizierte Wege der Kommunikation in geringerem Maße zur Verfügung stehen, haben hier die Möglichkeit, mithilfe künstlerischer Gestaltung Gefühle wiederzuerleben. In der Praxis bieten sich das Anhören von Musik, das gemeinsame Malen/Zeichnen oder das Anschauen von Bildern an, mit einer oft erstaunlichen Wirkung. Dabei hervorgerufene Emotionen sollten jedoch wahrgenommen und therapeutisch eingesetzt werden (z.B. Validation).

3.5 Sensorische Verfahren

3.5.1 Basale Stimulation

Unter Basaler Stimulation versteht man die Anregung basaler Sinne, beispielsweise durch Aktivierung des Gleichgewichtssinns, Körperkontakt oder Vibrationsreize. Dieser Ansatz kommt besonders dann zum Tragen, wenn eine Kontaktaufnahme durch Sprache nicht mehr möglich ist.

Begriffserklärung: Basale Stimulation

> Basale Stimulation in der Pflege bedeutet, dem Patienten nonverbale Information über sich oder die Umwelt (Stimulation) anzubieten, die er als angenehm empfindet und die in ihm Erinnerungen an bekannte Erfahrungen wecken.

Dieses Konzept wurde 1975 vom Sonderpädagogen Andreas Fröhlich zur Förderung, Pflege und Begleitung schwerstbeeinträchtigter Menschen entwickelt.

Seit den 80er-Jahren wurde das Konzept zusammen mit Christel Bienstein (Pflegewissenschaftlerin, Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke) zunächst in der Intensivpflege, später in der Neonatologie und Geriatrie und inzwischen in nahezu allen Bereichen der Pflege umgesetzt.

Berührung ist ein unverzichtbarer Bestandteil des menschlichen Lebens.

Für Menschen, die über Worte und Gesten nur noch schwer zu erreichen sind, gewinnt die Kommunikation über Berührung immer mehr an Bedeutung. Basale Stimulation ist eine Methode, die Berührung bewusst einsetzt, um z.B. Menschen mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium in ihrer Welt zu erreichen.

PRAXISTIPP

- In der Pflege von Demenzkranken können Pflegende Basale Stimulation sehr gut anwenden, z.B. bei der Körperpflege. Dabei werden bewusst unterschiedliche Reize eingesetzt, wobei der Betroffene Körper und Umwelt besser wahrnehmen kann, z.B. durch leichten Druck beim Einseifen, wechselnden Gebrauch von Schwämmen und Waschlappen, abtrocknen mit unterschiedlich weichen Handtüchern, einreiben, massieren oder der Verwendung bekannter Düfte.
- Basale Stimulation lässt sich sehr gut mit Biografiearbeit verbinden, da Erinnerungen an die Vergangenheit geweckt werden können, z.B. über den Geruch-, Tast- oder Geschmacksinn.
- Die Berührung spielt in der Basalen Stimulation eine bedeutende Rolle, wobei es nicht nur um den Bereich Körperpflege geht, sondern vielmehr um die Stärkung des Person-Seins. Pflegende können Berührung mit anderen Maßnahmen kombinieren, die bei dem Demenzkranken Emotionen auslösen, z.B. ein Duft, ein Gespräch oder eine Erinnerung.
- Besonders alte Menschen, die aufgrund ihres Allgemeinzustandes viel Zeit im Bett verbringen (müssen), sollten unbedingt mit unterschiedlichsten Gegenständen stimuliert werden (z.B. „mobil" kochen am Bett).

Zentrale Ziele

- Leben erhalten und Entwicklung erfahren
- Sicherheit geben und Vertrauen aufbauen
- das eigene Leben spüren
- eigenen Rhythmus entwickeln
- die Außenwelt erfahren
- Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten
- Sinn und Bedeutung geben
- sein Leben gestalten
- Autonomie und Verantwortung leben (Fröhlich 2010; Bienstein/Fröhlich 2012)

3.5.2 Snoezelen

Der Begriff „*Snoezelen*" leitet sich aus zwei niederländischen Worten ab:

- „snuffelen" (schnüffeln = tun, was man will) und
- „doezelen" (dösen = entspannen).

Begriffserklärung: Snoezelen

Snoezelen bedeutet in der Pflege und Betreuung entspannen, wohlfühlen, genießen und erleben durch verschiedene Anreize wie z.B. Licht oder Düfte.

Beim Snoezelen werden in einem Raum mit angenehmer Atmosphäre Klänge, Düfte und Lichteffekte dargeboten. Es stehen außerdem meist Möbelstücke oder Gegenstände mit unterschiedlicher Oberflächentextur zum Ertasten und Erfühlen zur Verfügung.

Der Aufenthalt in einem solchen Raum soll der Anregung verschiedener Sinne und der Entspannung dienen. Da die unwirkliche Atmosphäre und die Vielzahl unterschiedlicher Reize den Menschen mit Demenz aber auch überfordern kann, sollte Snoezelen stets in Begleitung erfolgen und ggf. rechtzeitig abgebrochen werden.

3.6 Biografiearbeit

Die Biografie oder Lebensgeschichte eines Menschen versteht sich als von ihm selbst bewerteter Lebenslauf im Zusammenhang mit seiner gesellschaftlichen und zeitgeschichtlichen Prägung.

3.6.1 Bedeutung von Biografiearbeit für demenzkranke Menschen

Biografiearbeit ist Teil fast jedes Therapieplans

Jeder Mensch hat eine individuelle Lebensgeschichte, die keiner anderen gleicht. Die Höhen und Tiefen eines langen Lebens haben auch den demenzkranken Menschen geprägt und bestimmen sein Verhalten, seine Gewohnheiten, Vorlieben und Empfindlichkeiten. Das Wissen über seine Lebensgeschichte und seinen Charakter ermöglicht den Demenzkranken und sein Verhalten zu verstehen (Kap. 6.2) und hilft Pflegenden sowie Betreuern entsprechend auf ihn einzugehen.

Diese Grundhaltung und das Verständnis sind wichtige Voraussetzungen dafür, Verletzungen nicht persönlich zu nehmen, sondern sie als Versuche Demenzkranker zu werten, unbewältigte Gefühle zu verarbeiten.

Die Biografiearbeit ist für demenzkranke Menschen eine wichtige Hilfe zur Überwindung zahlreicher Alltagsprobleme. Mit ihr wird den Klienten der Respekt entgegengebracht, den sie und ihr Lebenswerk verdienen.

Biografiearbeit gehört zu nahezu jedem Therapieplan. Selbst das Zusammenwirken von Arzt, Pfleger und Patient kann durch die Beschäftigung mit der Biografie wesentlich erleichtert werden, weil dadurch ein wachsendes Verständnis für den Patienten entstehen kann.

PRAXISTIPP

Pflegende sollten den Betroffenen zur Biografiearbeit ermutigen. Oft reicht es, Impulse zu geben, z.B. nach dem früheren Arbeitsleben, der ersten großen Liebe, Hobbys und Lieblingsspeisen zu fragen.

Biografiearbeit stellt einen Zugang zu verborgenen Fähigkeiten dar, die es bewusst zu fördern und möglichst lange zu erhalten gilt.

Demenzkranke vergessen viele Dinge, da sich ihre Erinnerung und gegenwärtige Lebensorientierung zunehmend auflösen und teilweise nur noch aus einzelnen Puzzleteilen bestehen. So leben demente Bewohner

in der Vergangenheit mit den Erinnerungen an ihre Kindheit oder ihr mittleres Alter, z.B. an die Zeit als Familienvater und im Beruf.

Für die Erinnerungspflege mit Demenzkranken eignet sich eine Vielzahl von Themen, die Erinnerungen wachrufen können.

Die Palette an möglichen Themen reicht von Heimat über Hobbys, Arbeit, Ausflüge/Reisen, Redewendungen und Sprichwörter bis hin zum Schulbesuch. Sichtbare Erinnerungsecken mit vertrauten Objekten (Mobiliar, Familienbilder, bibliophile Bücher, Lebenskiste) können diese Erinnerungen wachhalten, zurückrufen und eine Verständigung erleichtern (Milieutherapie).

Abb. 3.6.1-1 Gemeinsames Erinnern mit Fotoalben

3.6.2 Wesentliche Ziele von Biografiearbeit

Biografiearbeit stellt einen wichtigen Zugang zu demenzkranken Menschen dar

Die wesentlichen Ziele der Biografiearbeit sind:

- Bedürfnisse und Wünsche schneller erkennen und verstehen
- Fehlinterpretationen reduzieren und kritische Situationen besser meistern
- Biografiearbeit dient als Kommunikationsmittel und ermöglicht soziale Kontakte
- Sicherheit und Geborgenheit schaffen, indem alte Gewohnheiten beibehalten werden
- Identität des Klienten stärken

Medikamentöse Therapie der Demenzen

4

Die Therapie von Demenzerkrankungen umfasst die pharmakologische Behandlung und die psychosozialen Interventionen für Betroffene und Angehörige im Kontext eines Gesamtbehandlungsplans.

Wegen der vielfältigen Konstellationen von Symptomen und Einzelfallproblemen muss die Therapie individuell abgestimmt sein und der progredienten Veränderung des Schweregrads der Erkrankung gerecht werden.

Ist der Betroffene krankheitsbedingt nicht einwilligungsfähig, ist das Vorliegen einer Vollmacht bzw. einer Betreuung für Gesundheitsfürsorge Voraussetzung der Behandlung.

Bei den Therapieentscheidungen sind Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Abwägungen, Kosten, Verfügbarkeit von Verfahren und Ressourcen sowie der individuelle Schweregrad der Erkrankung zu beachten.

WICHTIG!

„Schätzungsweise 50.000 Wissenschaftler weltweit forschen an der Alzheimer-Erkrankung. Dutzende Wirkstoffe befinden sich in klinischen Studien – und doch gibt es noch kein Medikament, das einen krankheitsmodifizierenden Effekt besitzt, und es ist kurzfristig leider auch keines in Sicht […]Viele weitere Medikamente werden derzeit bei Demenzpatienten angewendet, obwohl sie in Studien keine Wirkung gezeigt haben. Die Leitlinie listet diese Wirkstoffe auf." (DGN, 2016)

4.1 Pharmakotherapie der Alzheimer-Demenz

Die aktuell verfügbaren Medikamente mit Wirksamkeitsnachweis zur Behandlung der Kernsymptomatik der Alzheimer-Demenz (kognitive Störungen, Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten) sind die Acetylcholinesterase-Hemmer und der nichtkompetitive NMDA-Antagonist Memantin (letzterer ist hinsichtlich seiner Wirksamkeit in Diskussion).

Acetylcholinesterase-Hemmer

Die *Acetylcholinesterase-Hemmer* Donepezil, Galantamin und Rivastigmin sind zur Behandlung der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Die Wirkung der Acetylcholinesterase-Hemmer ist dosisabhängig, sodass die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden sollte. Acetylcholinesterase-Hemmer können bei guter Verträglich-

keit im leichten bis mittleren Stadium fortlaufend gegeben werden, die Wirksamkeit für das schwere Stadium ist nicht gesichert.

Acetylcholinesterase-Hemmer sind wirksam in Hinsicht auf die Fähigkeit zur Verrichtung von Alltagsaktivitäten, auf kognitive Funktionen und auf den ärztlichen Gesamteindruck des Erkrankten bei der leichten bis mittelschweren Alzheimer-Demenz. Die Auswahl eines Acetylcholinesterase-Hemmers sollte sich primär am Neben- und Wechselwirkungsprofil orientieren, da keine ausreichenden Hinweise für klinisch relevante Unterschiede in der Wirksamkeit der verfügbaren Substanzen vorliegen.

NMDA-Antagonist

Der nichtkompetitive NMDA-Antagonist *Memantin* ist in Deutschland zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz (MMST: 0-20 Punkte) zugelassen. Eine Zulassung für die leichte Demenz besteht für Memantin nicht.

Im Allgemeinen ist Memantin gut verträglich. Häufige eventuell nur vorübergehend auftretende Nebenwirkungen sind Schwindel, Kopfschmerz, Obstipation, erhöhter Blutdruck und Schläfrigkeit. Der klinische Nutzen ist umstritten und wird von einigen Institutionen (z.B. IQWIK) derzeit in Frage gestellt. Laut IQWIK gibt es keinen Beleg für einen Nutzen der Memantin-Therapie bei Patienten mit Alzheimer Demenz. Die Analyse des IQWIK wurde jedoch von gerontopsychiatrischer Seite kritisiert, sodass man das Weitere abwarten muss.

Ginkgo Biloba

Ginkgo Biloba – Arzneimittel werden häufig zur Behandlung von kognitiver Störung und Demenz eingesetzt. Das Extrakt EgB761 ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung von „hirnorganisch bedingten geistigen Leistungseinbußen bei demenziellen Syndromen“. Es gibt keine überzeugende Evidenz für die Wirksamkeit ginkgohaltiger Präparate. Sie werden daher in der S3-Leitlinie nicht empfohlen.

Vitamin E

Die Behandlung der Alzheimer-Demenz mit *Vitamin E* wird wegen mangelnder Evidenz für Wirksamkeit und aufgrund des Nebenwirkungsrisikos nicht empfohlen.

4.2 Pharmakotherapie bei Vaskulärer Demenz

Das Konzept der vaskulären Demenz umfasst alle zerebrovaskulär bedingten Schädigungen, die zu einer Demenz führen. Dazu gehören im Wesentlichen mikroangiopathische Läsionen und Makroinfarkte.

Daraus ergibt sich, dass die Prävention von weiteren vaskulären Schädigungen ein wesentlicher Bestandteil der Therapie der vaskulären Demenz ist.

WICHTIG!

Es existiert keine zugelassene oder durch ausreichende Evidenz belegte medikamentöse symptomatische Therapie für vaskuläre Demenzformen, die einen regelhaften Einsatz rechtfertigen. Es gibt Hinweise für die Wirksamkeit von Acetylcholinesterase-Hemmern und Memantin, insbesondere auf exekutive Funktionen bei Patienten mit subkortikaler vaskulärer Demenz. Die Behandlung der vaskulären Demenz mit einem Acetylcholinesterase-Hemmer oder Memantin ist eine Behandlung außerhalb der zugelassenen Indikation (eine sogenannte Off-Label-Behandlung).

4.3 Pharmakotherapie weiterer Demenzen

Gemischte Demenz

Klinisch besteht Verdacht auf eine gemischte Demenz bei einem Krankheitsverlauf, der mit einer Alzheimer-Demenz vereinbar ist und zusätzlichen vaskulären Ereignissen, die den Verlauf klinisch modifizieren bzw. deutliche Hinweise auf vaskuläre Schädigungen in der zerebralen Bildgebung geben.

Die Evidenz für die Wirksamkeit von Antidementiva ist gering, daher setzt die Indikationsstellung zur Therapie eine sorgfältige Nutzen- und Risikoabwägung voraus.

Frontotemporale Demenz

Es gibt keine überzeugende Evidenz zur pharmakologischen Behandlung kognitiver Symptome oder Verhaltenssymptome bei Patienten mit frontotemporaler Demenz.

Demenz bei Morbus Parkinson

Für die Behandlung der Demenz bei Morbus Parkinson ist Rivastigmin als Kapsel zugelassen.

Lewy-Körperchen-Demenz

Für die antidementive Behandlung der Lewy-Körperchen-Demenz existiert keine zugelassene oder ausreichend belegte Medikation. Es gibt Hinweise für eine Wirksamkeit von Rivastigmin auf Verhaltenssymptome. Ein entsprechender Behandlungsversuch kann erwogen werden.

4.4 Pharmakotherapie von nicht kognitiven Symptomen

Demenzerkrankungen sind neben kognitiven Störungen durch Veränderungen des Erlebens und Verhaltens charakterisiert (nichtkognitive Symptome).

Die Identifizierung von Auslösern ist der erste Schritt der Behandlung.

Können körperliche Symptome (z.B. Schmerzen) und Umweltbedingungen (z.B. Kommunikationsverhalten, Umgebung) als auslösende Faktoren identifiziert und geändert werden, können psychische und Verhaltenssymptome ohne pharmakologische Intervention abklingen. Auch psychosozialen Interventionen können zur Besserung dieser Symptome beitragen.

WICHTIG!

Soweit es die klinische Situation erlaubt, sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird.

Eine Indikation für eine pharmakologische Intervention besteht, wenn die Verhaltenstörung gravierend ist und psychosoziale Interventionen weder effektiv noch ausreichend oder verfügbar sind. Bei Eigen- oder Fremdgefährdung, die nicht anders abwendbar ist, ist eine unmittelbare pharmakologische Intervention erforderlich.

Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz

Für Patienten mit *Parkinson-Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz* und verwandten Erkrankungen sind klassische und viele atypische Neuroleptika kontraindiziert, da sie Parkinson-Symptome verstärken und Somnolenzattacken auslösen können. Einsetzbare Antipsychotika bei diesen Erkrankungen sind Clozapin und mit geringerer Evidenz Quetiapin.

WICHTIG!

Der Einsatz von Antipsychotika bei Demenzerkrankten ist mit einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko assoziiert.

Darüber hinaus ist ein erhöhtes Risiko durch Antipsychotika für das Auftreten cerebrovaskulärer Ereignisse bei Demenzerkrankten beschrieben worden. Diese Medikamente haben zudem extrapyramidale, kardiale oder orthostatische Nebenwirkungen, die mit Sturzgefahr verbunden sind.

6.2.2 Ursachen für herausfordernde Verhaltensweisen

Gründe für ablehnende Verhaltensweisen in der Pflege können u.a. sein:

- Bedürfnisse oder Schmerzen, welche die Person mit Demenz nicht mitteilen kann, wie etwa: Obstipation, Harn- oder Stuhldrang
- Reaktionen auf Kompetenz- und/oder Autonomieverlust (z. B. Fehldeutung von Situationen, Konflikte, Überforderung durch die Situation oder in der Kommunikation, unangemessene Reize)
- situative Gegebenheiten (z. B. Einweisung ins Krankenhaus, Einzug in ein Pflegeheim, Verlegung in andere Zimmer oder Bereiche, Urlaub der Kinder)
- auch körperliche Erkrankungen (z. B. Infektionen, Exsikkose oder auch Nebenwirkungen von Medikamenten)

Ursachen für herausforderndes Verhalten können u.a. sein:
Körperliche Erkrankungen • Infektionen – mit und ohne Fieber • Exsikkose • Herzinsuffizienz • Zerebrale Erkrankungen • Elektrolyt- und Stoffwechselstörungen • Medikamentennebenwirkungen • Intoxikationen/Entzug
Bedürfnisse oder Schmerzen, die der Betroffene nicht mitteilen kann, wie etwa: • Obstipation • Harndrang • Blasenentleerungsstörung • DK = transurethraler Dauerkatheter • Postoperative Durchgangssyndrome • Fixierung • Grunderkrankung
Reaktionen auf Kompetenzverlust • Fehldeutung von Situationen • Konfliktbeladene Familien- oder Pflegebeziehungen • Überforderung durch die Situation oder in der Kommunikation • Irritierende Umweltreize • Situative Gegebenheiten: KH-Einweisung, Verlegung, Seniorenheimaufnahme, Umzug, Urlaub der Kinder …

Tab. 6.2.2-1 Ursachen für herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz

Ferner sind im Verlauf einer Demenzerkrankung sowohl entsprechende Symptomausprägungen (Tab. 6.2.2-2) als auch die Psychopathologie zu berücksichtigen (Tab. 6.2.2-3).

Symptomausprägung im Verlauf einer Demenzerkrankung	
Demenzstadium	**Symptome**
Leicht	Apathie, Zurückgezogenheit, Reizbarkeit, Angst
Mittelschwer	Wahnvorstellung, Halluzination, Depression, Aggression, Herumlaufen
Schwer	Rufen, Schreien, Agitation

Tab. 6.2.2-2 Symptomausprägung im Verlauf einer Demenzerkrankung

Psychopathologie bei Demenz	
Psychotische Phänomene	Wahnbildung, Verkennungen, Sinnestäuschungen
Affektive Störungen	Depressivität, Angst, emotionale Labilität, Aggression
Persönlichkeitsveränderung	hypo-, hyper- oder heterotypischer Persönlichkeitswandel
Herausforderndes Verhalten	Nichtkognitive Störungen, Verhaltensstörungen und -auffälligkeiten, BPSD (behavorial and psychological symptoms in dementia)

Tab. 6.2.2-3 Psychopathologie bei Demenz

Verhaltensweisen haben verschiedene Ursachen

Es ist wichtig, den Verhaltensweisen auf den Grund zu gehen.

Im Pflegealltag werden Demenzkranke mit dem stetigen Verlust ihrer geistigen Fähigkeiten, wie Kurzzeitgedächtnis-, Benennungs- und Wortfindungsstörungen, konfrontiert. Dies fällt nicht nur ihrer Umgebung, sondern auch den Erkrankten selbst auf.

Demenzkranken wird bewusst, dass sie sich nicht mehr auf jahrzehntelang eingespielte Wahrnehmungs-, Erkennungs- und Gedächtnisstrategien verlassen zu können. Sie spüren, dass Erinnerungen und alltägliche Fähigkeiten verloren gehen und sind einem existentiellen Leidens- und Belastungsdruck ausgesetzt. Ihre bisher vertraute Umgebung, nahe stehende Personen und bestimmte Alltagssituationen wirken fremd und lassen sich nicht mehr eindeutig zuordnen.

Sie vergessen den situativen Kontext des Handlungszusammenhanges. Typische Stresssymptome sind die Folge wie z.B.:

- Angst, Unsicherheit
- Unruhe (Agitiertheit)
- Schreien
- Verbale und tätliche Aggressionen
- Apathie
- Fluchtreaktionen

Demente kämpfen gegen das Nachlassen geistiger und körperlicher Fähigkeiten an. Sie leben in einer Welt, die sie immer weniger verste-

hen. Sie verlieren jene kognitiven Voraussetzungen, die für eine Reflektion und Verarbeitung ihrer Defizite notwendig sind.

Das ist ein ganz entscheidender Unterschied zum Krankheitserleben von körperlich kranken oder behinderten Menschen. Gerade die Unfähigkeit zur bewussten Reflektion der Einschränkungen wird als belastend empfunden. Diese Belastung wird auch dadurch nicht zu bewältigen sein, dass sie durch immer wiederkehrende Versagenserlebnisse erneut gestärkt wird. Ein Teufelskreis beginnt, der wiederum Fehlleistungen hervorruft.

Das Erleben von Misserfolgen bei geistig gesunden Menschen kann gemildert werden, wenn gleichzeitig Erinnerungen an bereits erbrachte Leistungen und positive Erfahrungen aktiviert werden. So stellen beispielsweise Misserfolge für uns keine grundsätzliche Bedrohung des Selbstwertgefühls dar. Dem demenzkranken Menschen steht diese Fähigkeit zur kognitiven und emotionalen Kontrolle des Selbsterlebens nicht mehr zur Verfügung. Alltagssituationen, die für Pflegende völlig logisch sind, werden für Demenzkranke unüberschaubar und chaotisch. Sie können ihre Eindrücke nicht mehr in Handlungsabläufe einordnen und wissen nicht mehr, wie sie sich verhalten sollen.

Das Verhalten, das Pflegende stört, ist ein Symptom der Gehirnerkrankung und die Person mit Demenz kann es nicht willentlich kontrollieren.

Im Umgang mit Demenzpatienten sowie zur Verhinderung von herausfordernden Verhaltensweisen stellt die Empathie ein professionelles Werkzeug für die Pflege dar.

6.2.3 Umgang mit herausforderndem Verhalten

Der Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen bei Demenzpatienten stellt Pflegekräfte immer wieder vor neue Herausforderungen.

Als Hilfestellung wurden im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebenen Forschungsprojekts durch eine Expertengruppe verschiedene standardisierte Rahmenempfehlungen für die stationäre Altenhilfe entwickelt (vgl. Bartholomeyczik et al. 2006):

1. Verstehende Diagnostik

Im Mittelpunkt der Pflege und Betreuung steht die Perspektive des an Demenz erkrankten Menschen und nicht allein die Sichtweise der Pflege- und Betreuungspersonen. Von dieser „subjektiven Wirklichkeit" ausgehend, soll ein besonderes Verständnis für herausforderndes Verhalten entstehen. Die verstehende Diagnostik sucht nach möglichst vielen erklärenden Aspekten und bezieht alle beteiligten Personen und Institutionen mit ein.

Zur Analyse des Verhaltens empfiehlt sich die Verwendung des NDB-Modells. Dieses Strukturmodell berücksichtigt verschiedene Einflussfaktoren, wie etwa:

Hintergrundfaktoren

- neurologischer Status
- Gesundheitszustand
- demografische Variablen
- psychosoziale Variablen

Proximalfaktoren

- physiologische Bedürfnisse
- funktionale Performanz
- psychosoziale Bedürfnisse
- physikalische Umgebung
- soziale Umgebung

2. Assessmentinstrumente

Basis der verstehenden Diagnostik ist die strukturierte Erfassung von herausforderndem Verhalten durch standardisierte Erhebungsinstrumente.

Folgende Assessmentinstrumente können genutzt werden:

- NOSGER (Nurses Observation Scale for Geriatric Patients)
- RAI (Resident Assessment Instrument)
- CMAI (Cohen Mansfield Agitation Inventory)
- DCM (Dementia Care Mapping)

3. Validation

Validation ist eine wertschätzende und akzeptierende Grundhaltung, die sich im Umgang mit herausforderndem Verhalten an dessen gefühlsmäßigen und motivierten Beweggründen orientiert.

Validieren bedeutet:

- Einfühlungsvermögen, Akzeptanz der Demenz
- Verstehen von Beweggründen
- keine bestimmte Schule
- kein begrenzter „therapeutischer" Einsatz

4. Erinnerungspflege

Das Erinnern lebensgeschichtlicher Ereignisse und gelebter Beziehungen stärkt die Identität und das soziale Zugehörigkeitsgefühl. Erinnerungspflege kann sowohl als Aktivität als auch als Kommunikationsmittel praktiziert werden.

5. Berührung, Basale Stimulation, Snoezelen

Die Integration einzelner oder mehrerer Sinne in die pflegerische Beziehung kann die Prävention von herausforderndem Verhalten unterstützen.

6. Bewegungsförderung

Die Verbesserung der Funktionsfähigkeit durch Bewegung minimiert den funktionellen Abbau und ist der Gesundheit sowie dem Wohlbefinden zuträglich, besonders bei Demenzpatienten.

7. Pflegerisches Handeln in akuten psychiatrischen Krisen

In Krisen, die etwa durch Wahn, Halluzinationen oder Panikattacken hervorgerufen werden, sowie bei aggressivem Verhalten sollten die Prinzipien der Validation und bestimmte Deeskalationsstrategien angewandt werden.

Berücksichtigt werden sollte auch, wie sich das Verhalten demenzkranker älterer Menschen und das Verhalten Pflegender gegenseitig beeinflussen kann

Wechselwirkung zwischen dem Verhalten Kranker und Pflegender	
Verhalten Demenzkranker	**Verhalten Pflegender**
unruhig, gereizt	ungeduldig, sediert
wandert, läuft weg	ist besorgt, sperrt ein
aggressiv	hilflos, wütend
apathisch	infantilisiert
depressiv	überfürsorglich
paranoid	Rückzug
Schlaf-Wach-Störung	Resignation, brennt aus

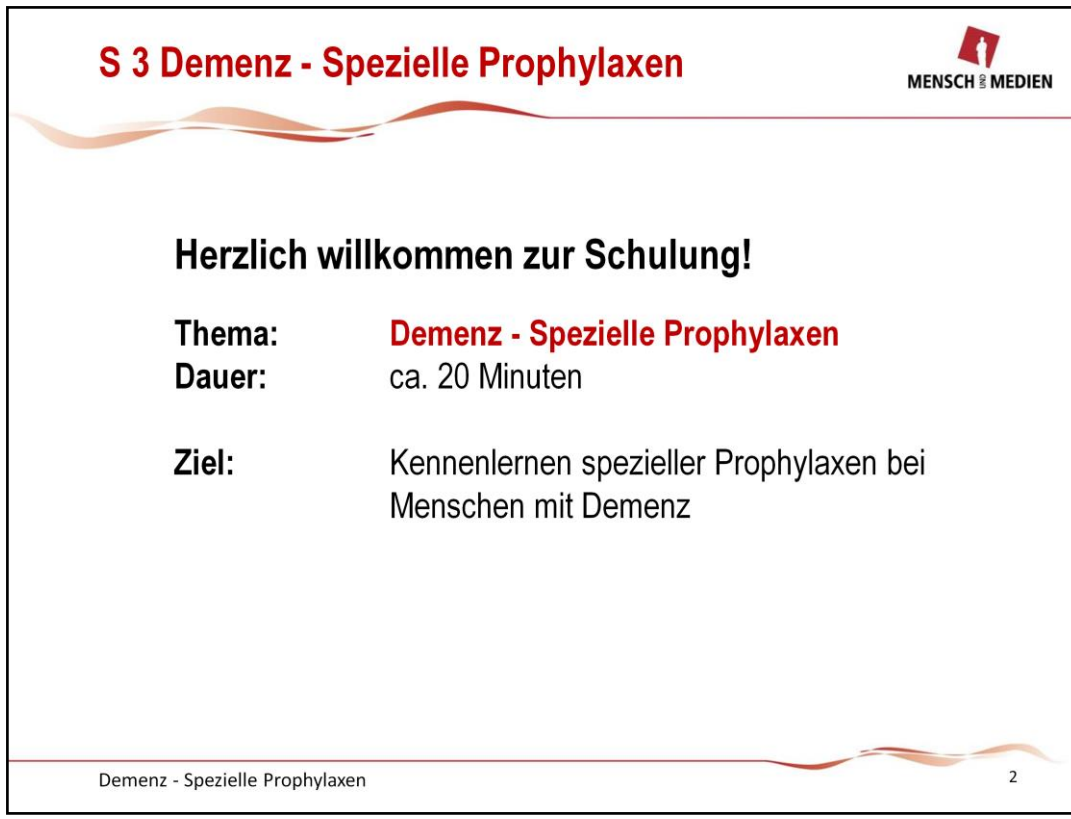
Tab. 6.2.3-1 Wechselwirkung zwischen dem Verhalten Kranker und Pflegender

Interventionen in der Praxis

Mögliche Interventionen wären demzufolge z.B.:

- gemütliches, heimisches Umfeld schaffen > Milieutherapie
- Orientierung und Zuwendung gewährleisten
- für regelmäßige Bewegung und Aufenthalte im Freien sorgen
- regelmäßige, sinnvolle Aktivitäten anbieten (dabei auf biografischen Hintergrund und Interessen achten)
- Schmerzmanagement
- Psychische und soziale Faktoren beeinflussen den Verlauf der Demenz!

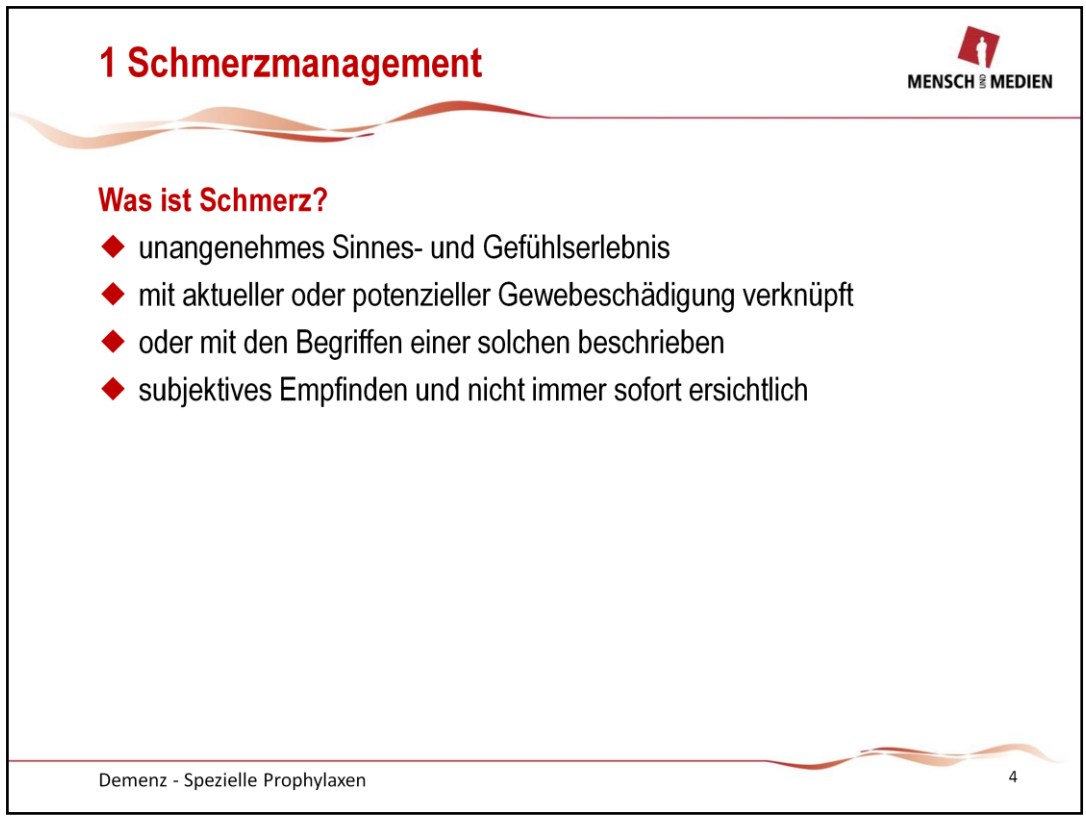
Demenz - Spezielle Prophylaxen



Zu dieser Folie:

Zu dieser Folie:

Die Inhalte der Schulung unterteilen sich in 5 Abschnitte.

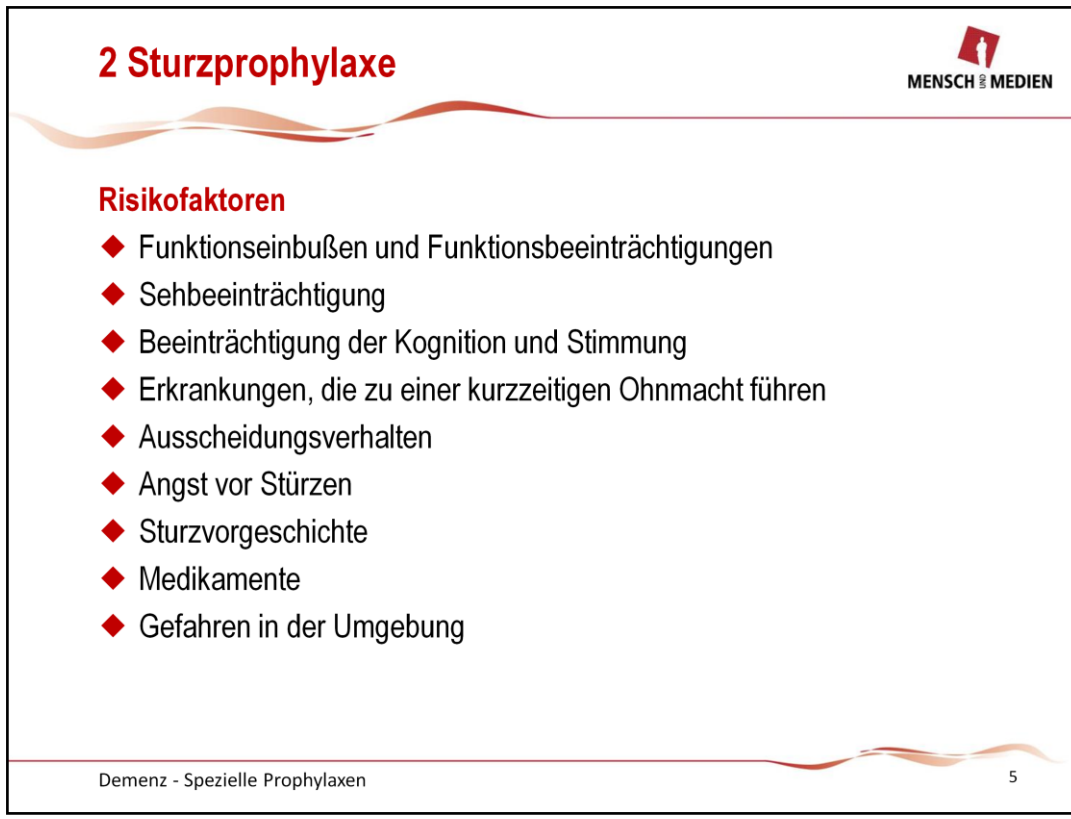


Zu dieser Folie:

Viele Erkrankungen gehen mit untypischen Schmerzen einher. Manchen an Demenz erkrankten Menschen fällt es schwer, Schmerzen zu äußern bzw. sie sind aufgrund fortgeschrittener Demenz nicht mehr dazu fähig.
Der Nationale Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege wurde 2005 für Deutschland vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) entwickelt. Die erste Aktualisierung des Expertenstandards fand unter dem Titel „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ statt. (DNQP 2011)
Das Schmerzmanagement von chronischen Schmerzen ist im „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ beschrieben (DNQP 2015). Darin wird betont, dass bei allen Patienten mit akuten oder chronischen Schmerzen sowie zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement durchzuführen ist.
Grundsätzlich muss Schmerz durch Selbst- oder Fremdeinschätzung erkannt und dem Betroffenen zugebilligt werden.
Menschen mit einer Demenzerkrankung sind besonders darauf angewiesen, dass ihre Schmerzen durch Fremdeinschätzung rechtzeitig erkannt und richtig eingeschätzt werden.

Verständnisfrage
Frage: Was ist Schmerz und warum ist eine Schmerzeinschätzung wichtig?

Überleitung zur nächsten Folie
Neben dem Schmerzmanagement gehört es auch zu den Aufgaben Pflegender, das Sturzrisiko zu erkennen. Dabei müssen alle Risikofaktoren betrachtet und individuell geprüft werden, inwieweit für den Betroffenen ein Sturzrisiko vorliegt oder nicht.



Zu dieser Folie:

Die Risikoerfassung erfolgt in drei Gruppen (DNQP 2013): Personenbezogene, umgebungsbezogene Risikofaktoren sowie Medikamente (CD-ROM Einschätzen der Risikofaktoren bei der Sturzprophylaxe nach DNQP).
Um weitere Stürze zu vermeiden, ist es erforderlich, bei einem Sturz ein sogenanntes Sturzprotokoll zu erstellen (CD-ROM Checkliste Sturzprotokoll-Beispiel). Das Ziel ist, je nach Möglichkeit gemeinsam mit den Betroffenen, Strategien zum Umgang mit der Sturzgefahr zu entdecken und weiterzuentwickeln.
Alle geplanten Strategien und Maßnahmen zur Sturzprophylaxe sind für alle Mitarbeiter verbindlich und müssen Bestandteil der Dokumentation sein.
Entscheidend ist, worauf der Fokus der jeweiligen Maßnahme für den Betroffenen liegt: den Sturz zu verhindern oder bei einem eventuellen Sturz die Folgen zu reduzieren.
Maßnahmen zur Sturzprophylaxe können als Interventionsprogramme oder als Einzelintervention angelegt sein. Beide sind in der Praxis nicht losgelöst voneinander zu betrachten. Zu sogenannten Interventionsprogrammen gehören z. B. auch Programme, die auf Balancefähigkeit und Krafttraining ausgerichtet sind. Laut DNQP erreichen sie die größte Effektivität bei der Reduzierung von Stürzen.

Verständnisfragen

Frage 1: Welche Risikofaktoren können zu einem Sturz führen?
Frage 2: Welche Möglichkeiten der Sturzprävention gibt es?

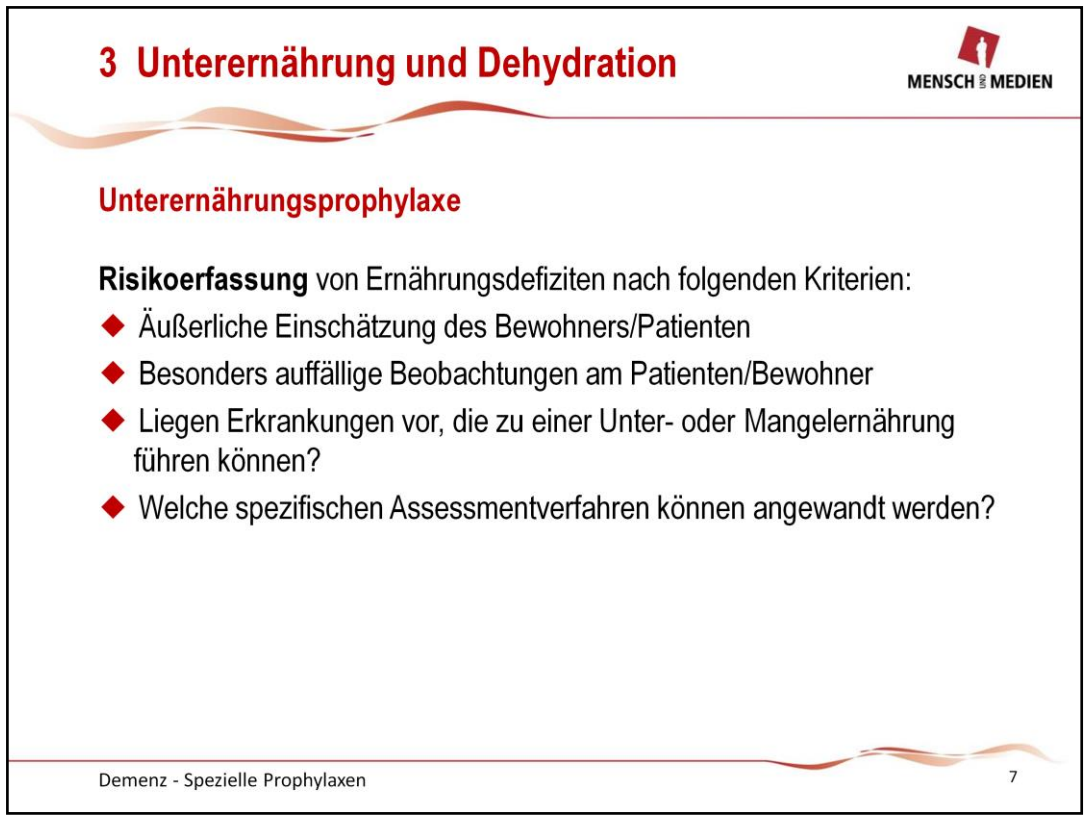
Überleitung zur nächsten Folie

Eine weitere wichtige Prophylaxe bei Menschen mit Demenz ist die der Unterernährung und Dehydration. Zum Problem, dass im Alter Hunger- und Durstgefühl nachlassen, kommen bei Menschen mit Demenz Vergesslichkeit, Desorientierung oder Antriebslosigkeit hinzu.

Zu dieser Folie:
Unter- bzw. Mangelernährung entwickeln sich über Wochen oder manchmal auch Jahre, sofern keine akute Erkrankung (z. B. Tumorerkrankung, Schlaganfall mit Schluckstörung) vorliegt. Ein Gewichtsverlust wird unter Umständen erst spät erkannt.
Eine Dehydration kann sich im Gegensatz dazu relativ schnell entwickeln und Symptome können innerhalb weniger Tage sichtbar sein.
Ein schlechter Ernährungszustand führt zu einem erhöhten Morbiditätsrisiko, funktionale und kognitive Fähigkeiten verschlechtern sich. Der Pflegebedarf steigt und vor allem ist die Lebensqualität des Betroffenen beeinträchtigt.
Der siebte Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP 2009) „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ beschreibt den pflegerischen Beitrag am Ernährungsmanagement. Seit 2017 liegt eine Aktualisierung vor.
Ein Ernährungsmanagement zielt darauf ab, bei jedem Patienten und Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sicherzustellen.

Verständnisfrage
Frage: Wann sprechen wir von „Unterernährung“ und „Dehydration“?

Überleitung zur nächsten Folie
Auch hier ist eine genaue Einschätzung des Risikos notwendig, um dann adäquat handeln zu können. Sehen wir uns die Risikofaktoren an.



Zu dieser Folie:

Die Einschätzung des Ernährungszustands und des Ernährungsverhaltens ist eine grundlegende Aufgabe Pflegender.

Die Risikoerfassung spielt in der gerontopsychiatrischen Pflege eine zunehmend bedeutende Rolle. Sie sollte nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Äußerliche Einschätzung des Bewohners/Patienten
- Welchen Gesamteindruck hat die Pflegeperson vom Patienten/Bewohner?
- Sind Zeichen einer Auszehrung vorhanden, z. B. schlaffe Hautfalten an Gesäß und Bauch?
- Sind besonders hervorstehende Knochen sichtbar?
- Besitzt der Patient/Bewohner eigene Kleidung, die ihm „zu groß“ ist?
- Besonders auffällige Beobachtungen am Patienten/Bewohner
- Kann der Patient/Bewohner nicht mehr selbstständig essen und bekommt er die Nahrung gereicht?
- Liegt beim Patienten/Bewohner ein Mangel an Appetit vor?
- Liegt beim Patienten/Bewohner ein niedriges Körpergewicht vor?
- Liegt beim Patienten/Bewohner ein häufiger Alkoholkonsum vor?
- Liegen Erkrankungen vor, die zu einer Unter- oder Mangelernährung führen können?
- Welche spezifischen Assessmentverfahren können angewandt werden?

Verständnisfrage

Frage: Nach welchen Kriterien sollte eine Risikoerfassung erfolgen?

Überleitung zur nächsten Folie

Sehen wir uns nun die Symptome einer Dehydration an.

Zu dieser Folie:

Der menschliche Körper besteht zu 50 bis 60 Prozent aus Wasser. Durch Miktion (Wasserlassen), Defäkation (Stuhlentleerung), Transpiration (Schweiß) und Respiration (Atmung) verliert ein Mensch jeden Tag eine beträchtliche Menge, die durch Flüssigkeitsaufnahme kompensiert werden muss.

Als minimale Flüssigkeitszufuhr gelten 2,5 Liter Wasser. Davon werden ca. 1,5 Liter über Getränke und 1 Liter über die Nahrung zugeführt. Wird die dem Körper entzogene Flüssigkeit nicht ersetzt, kommt es zu einem Defizit im Wasser- und Elektrolythaushalt, „Dehydration“ oder „Exsikkose“. Wenn die ersten Krankheitssymptome auftreten, umfasst das Defizit rund vier Liter.

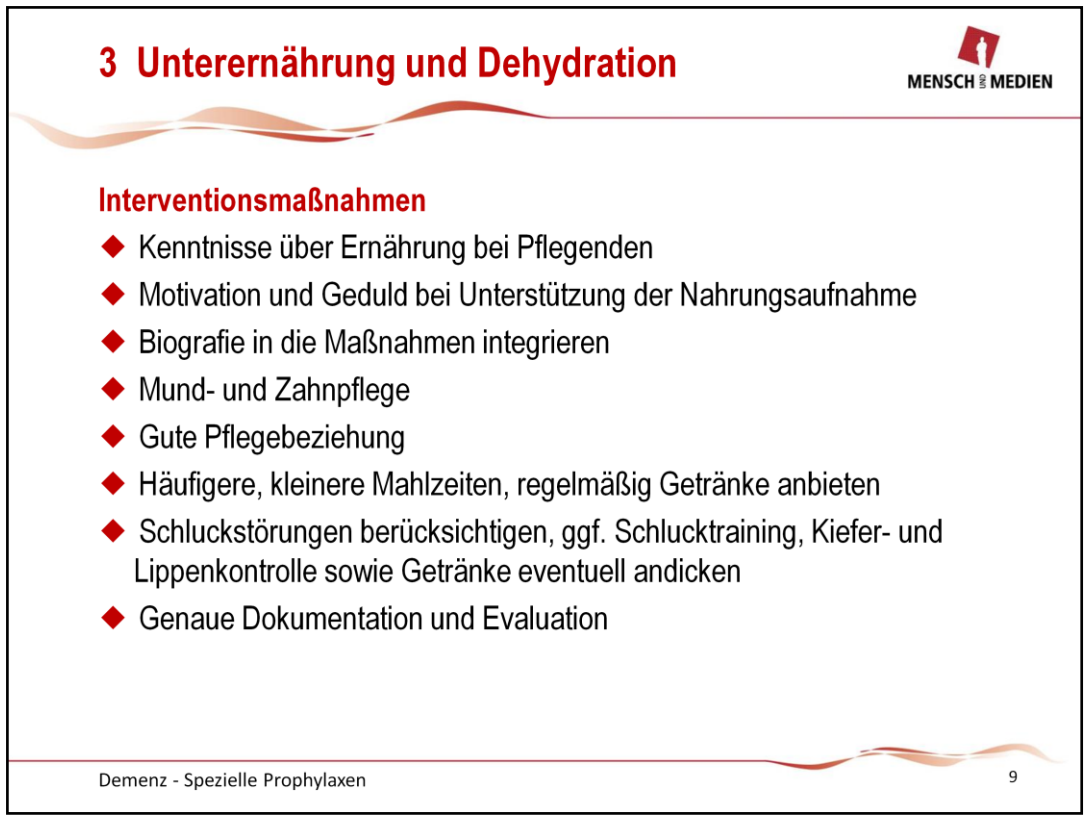
Das Risiko einer Dehydration darf keinesfalls unterschätzt werden, denn es kann Lebensgefahr bestehen. Außerdem können Unruhe und Desorientiertheit durch Flüssigkeitsmangel zunehmen. Weitere mögliche Komplikationen sind Thrombose, Embolie, Obstipation sowie eine erhöhte Dekubitusgefahr.

Verständnisfragen

Frage 1: Welche Symptome deuten auf eine Dehydration hin?
Frage 2: Warum ist es so wichtig, eine Dehydration frühzeitig zu erkennen?

Überleitung zur nächsten Folie

Nachdem die Risiken eines Ernährungsdefizits und einer Dehydration erfasst wurden, sind Maßnahmen erforderlich, die eine positive Nahrungsaufnahme sowie eine ausreichende Aufnahme von Flüssigkeit gewährleisten.



Zu dieser Folie:

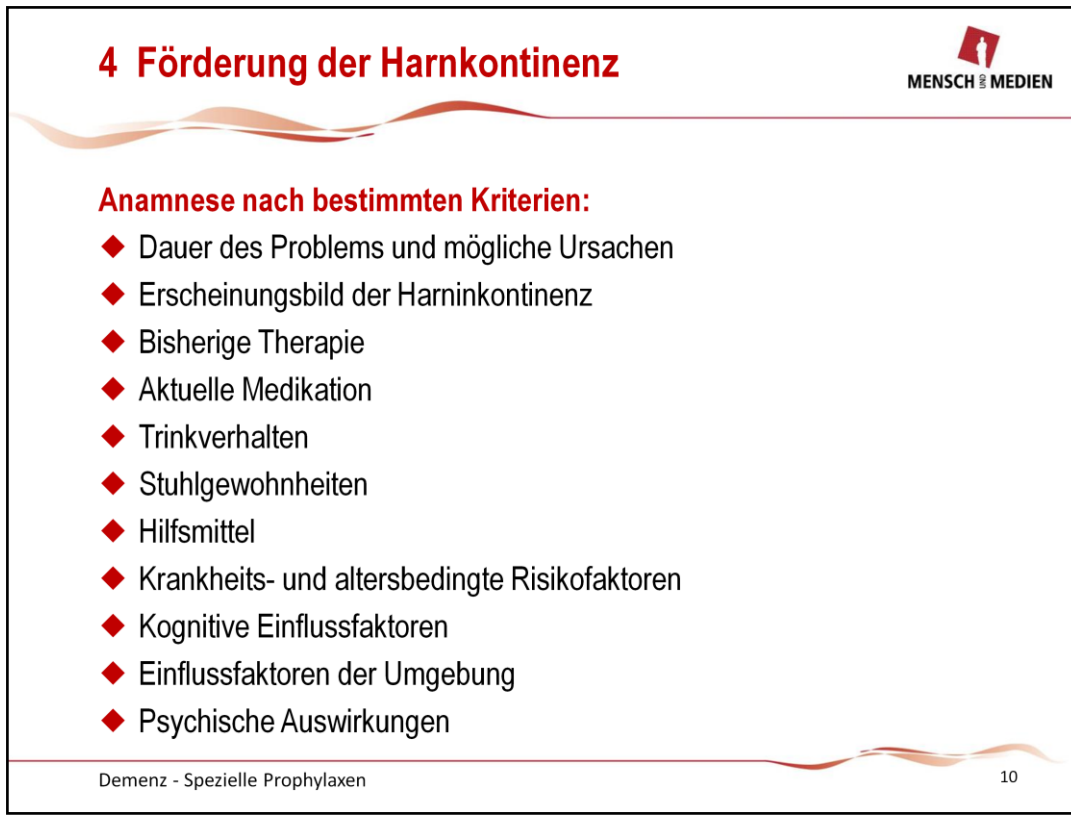
- Dünnflüssige Nahrungsmittel (Getränke, Suppen) für Betroffene mit Schluckstörung vermeiden (Andicken mit Gelatine oder Stärke empfohlen).
- Bewohner stets aufrecht sitzen lassen!
- Löffel nicht überladen und den Mund nicht „vollstopfen“
- Tempo an den Pflegebedürftigen anpassen, warten, bis er geschluckt hat
- Trost und Sicherheit bieten, indem man leicht eine Hand hält, während man mit der anderen das Essen eingibt oder Getränke reicht
- Betroffene können sich auch sicherer und aktiver fühlen, wenn sie einen Löffel in der Hand halten.
- Schluckreflex stimulieren mit aromatischen Eiswürfeln zum Lutschen oder Speicheldrüsen unter dem Kinn leicht massieren
- Geschirr den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen anpassen

Verständnisfrage

Frage: Welche Interventionsmaßnahmen sind bei der Gefahr von Unterernährung und Dehydration möglich?

Überleitung zur nächsten Folie

Eine weitere Prophylaxe stellt die Förderung der Harnkontinenz dar, denn Harninkontinenz tritt häufig bei Demenzpatienten im mittleren und fortgeschrittenen Stadium auf. Sie kann das Wohlbefinden des Betroffenen beeinflussen.



Zu dieser Folie:
Aufgrund der zerebralen Schädigung bei der Alzheimer-Demenz kommt es zum Wegfall bzw. zur Beeinträchtigung der zerebralen Hemmung > Dranginkontinenz.
Anfänglich vorübergehend, im weiteren Demenzverlauf aber auch dauerhaft
Diese Form der Dranginkontinenz ist gekennzeichnet durch zwanghaften Harndrang oder vermehrte nächtliche Harnausscheidung.
Der aktualisierte Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ (2014) gibt Aufschluss über Risikofaktoren und Risikogruppen sowie über Maßnahmen zur Kontinenzförderung.
Harninkontinenz kann durch unterschiedliche Ursachen ausgelöst werden.
Verschiedene Formen der Harninkontinenz (DNQP 2014) **(Kap. 5.4.3)**
Je eher bei dementen Menschen eine Diagnostik bezüglich einer Kontinenzstörung stattfindet, umso eher kann interveniert werden.
Eine Kontinenzstörung im Anfangsstadium muss sich somit nicht erst zu einer chronischen Inkontinenz entwickeln.
Für die Inkontinenzbehandlung bei Dementen ist sehr wichtig, das Demenzsyndrom selbst im Rahmen eines ganzheitlichen Therapieansatzes so weit wie möglich positiv zu beeinflussen.

Verständnisfrage
Frage: Nach welchen Kriterien erfolgt eine differenzierte Einschätzung der Harninkontinenz und warum?

Überleitung zur nächsten Folie
Schließlich ist im Rahmen der speziellen Prophylaxen die der sensorischen Deprivation zu nennen.