



öifam

ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN
Schule für medizinische Assistenzberufe

A- 9020 Klagenfurt, St. Veiter Straße 34, www.allmed.at

Leitung: Dr. Wilfried Tschiggerl

ZVR-Zahl: 477634321

Demenz

Wie können die Bedürfnisse für Menschen mit Demenz als Pflegekraft erfüllt werden?

Beran Susanne

20.11.2016

Frau Mag.^a HAUBITZER Sonja

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	I
1. VORWORT	1
1. DEMENZ	3
1.1. SYMPTOME DER DEMENZ	4
1.1.1. KOGNITIVE SYMPTOME	4
1.1.2. PSYCHISCHE SYMPTOME	5
1.1.3. KÖRPERLICHE SYMPTOME	6
1.2. URSACHEN DER DEMENZ	7
1.3. EINTEILUNG DER DEMENZ	8
1.3.1. LEICHTE FORM	8
1.3.2. MITTELSCHWERE FORM	9
1.3.3. SCHWERE FORM	9
1.4. DEMENZVERBREITUNG IN ÖSTERREICH	10
1.5. DIAGNOSE	11
2. BEDÜRFNISSE BEI DEMENZ	13
2.1. BEDÜRFNISPYRAMIDE NACH MASLOW	13
2.2. BIOGRAPHIE	14
2.3. PSYCHISCHE BEDÜRFNISSE BEI DEMENZ	16
2.3.1. KÖRPERPFLEGE	17
2.3.2. AUSSCHIEDUNG	18
2.4. PHYSIOLOGISCHE BEDÜRFNISSE	19
2.5. SICHERHEITSBEDÜRFNISSE	20
2.6. SCHMERZ	21
2.7. SOZIALE BEDÜRFNISSE	22
2.8. BEDÜRFNIS RESSOURCENUNTERSTÜTZUNG	23
3. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG	26
4. LITERATURVERZEICHNIS	28
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	29

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Fachbereichsarbeit selbstständig angefertigt und die mit ihr unmittelbar verbundenen Tätigkeiten selbst erbracht habe. Ich erkläre des Weiteren, dass ich keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle ausgedruckten, ungedruckten Quellen oder dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte sind gemäß den Regeln für wissenschaftliche Arbeiten zitiert und durch Fußnoten bzw. durch andere genaue Quellenangaben gekennzeichnet.

Die während des Arbeitsvorganges gewährte Unterstützung einschließlich signifikanter Betreuungshinweise ist vollständig angegeben.

Diese Fachbereichsarbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden. Diese Fachbereichsarbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben. Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit dem der gedruckten Version übereinstimmt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Susanne Beran

Bregenz, 30. Juli 2017

Im Sinne des Gender Mainstreaming weise ich darauf hin, dass ich den Grundsätzen der sprachlichen Gleichbehandlung der Geschlechter so weit wie möglich entsprochen habe, ohne die Lesbarkeit des Textes zu erschweren.

1. VORWORT

Demenz ist ein Thema, mit dem ich mich in meinem Beruf fast täglich auseinandersetze. Mit zunehmender Lebenserwartung steigt die Zahl hochbetagter Menschen und als Hauptrisiko im Alter steigt von Jahr zu Jahr die Anzahl an Demenzkranken. Pflegepersonal für Demenzkranke und das Verständnis für pflegebedürftige Menschen werden zur immer größeren Herausforderung. Durch die veränderten Verhaltensweisen löst die Demenz bei Angehörigen Angst und Ratlosigkeit aus. Doch auch bei den Demenzkranken werden Angst, Hilflosigkeit und Trauer beobachtet.

Ich wurde in meinem Pflegeberuf auf folgende Situation aufmerksam:

Eine neunzigjährige Bewohnerin, die seit fünf Jahren im Heim ist und nicht mehr alleine leben kann, da sie am Borderline-Syndrom leidet, hat mich zum Nachdenken gebracht.

Die Bewohnerin war bis vor ca. einem halben Jahr selbstständig unterwegs und nahm an den verschiedensten Aktivitäten teil, die ihr Spaß machten und die ihr Borderline Syndrom (Persönlichkeitsstörung) auch zuließen.

Ich beobachtete sie ca. vier Monate lang, und es fiel mir auf, dass sie sich immer mehr zurückzog. Beim Frühstück erkannte sie nicht mehr, dass Brot essbar ist. Ebenso erkannte sie die Toilette nicht als solche, war orientierungslos und nicht mehr selbstständig. Es wurde mir gesagt, diese Bewohnerin spiele alles nur vor. Eine Biografie war leider nicht vorhanden, da sie nicht von ihrer Vergangenheit sprechen wollte, und es auch bis heute nicht getan hat.

Nach meinen Beobachtungen wurde die Patientin nochmals medizinisch genauer untersucht und als Hauptdiagnose Demenz im fortgeschrittenen Stadium erkannt. Nun wird die Bewohnerin von den Heimhelfern auch dort abgeholt sowie die Unterstützung danach ausgerichtet.

Es war eine schwierige Situation, da sich die Persönlichkeitsstörung mit der Demenz vermischte. Dies zeigt auch, wie schwierig die Früherkennung sein kann. Zuerst muss also das Verhalten der demenzkranken Person verstanden werden, um weiter gezielt in der Pflege arbeiten zu können.

Mein persönlicher Entschluss war, mich mit dem Krankheitsbild Demenz intensiver zu befassen. Ich habe versucht, die wichtigsten psychischen Bedürfnisse für Menschen mit Demenz zu beschreiben.

1. DEMENZ

Demenz (lat.) bedeutet auch „ohne Geistesverstand“ sowie Verlust der Merkfähigkeit (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 139). Durch krankhafte Prozesse in den Hirnzellen entsteht ein demenzielles Syndrom (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 162). Demenz ist eine erworbene globale geistige Beeinträchtigung. Die Störung des Gedächtnisses und mindestens einer weiteren Teilleistung sind nicht auszuschließen. Es werden die Funktionen im sozialen oder beruflichen Verhalten beeinträchtigt (vgl. Hufschmidt, Lücking 2003, S. 16). Demenzerkrankungen treten im späteren Lebensabschnitt auf. Demenz ist eine Krankheit mit anhaltendem und zunehmendem Verlust der sprachlichen Funktionen. Davon ist das Kurz- oder Langzeitgedächtnis betroffen. In weiterer Folge beeinträchtigt die Demenz die kortikalen Funktionen wie z. B. das Urteilsvermögen, Rechnen, Aufmerksamkeit usw. Die Demenzkrankheit wirkt sich durch Verlust der sozialen und beruflichen Kompetenzen sowie in einer Persönlichkeitsveränderung aus (vgl. Rohkamm 2009, S. 178). Demenz ist eine chronische und langsam fortschreitende Beeinträchtigung der Hirnfunktionen. Das Syndrom ist organisch bedingt und besteht aus kognitiven und nicht kognitiven Symptomen, die sich, je nach Ausprägung, auf die Lebensqualität auswirken (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 143). Unter Demenz versteht man eine hinausgehende Hirnstörung, die mehr als 6 Monate andauert, das Gedächtnis oder die Orientierung betrifft und sich eher verschlechtert. Dies ist eine große Beeinträchtigung des Alltags (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 9). Ein organisch bedingter fortschreitender Verlust der Gedächtnisfähigkeit, der eine Desorientiertheit wie auch Denkstörungen, beeinträchtigtes Urteilsvermögen, Veränderung der Persönlichkeit, Werkzeugstörungen sowie eine Folge von körperlichem Abbau ist, wird als Demenz bezeichnet (vgl. Menche et al., 2014, S. 1278). Demenz ist ein Oberbegriff für Erkrankungen, die eine progrediente Verschlechterung der geistigen Leistungsfähigkeiten sind. Bei Störungen der Affektkontrolle, Persönlichkeitsstörungen sowie die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Funktionen, die länger als 6 Monate mit chronisch progredientem Verlauf andauern, spricht man von Demenz (vgl. Stechl 2006, S. 11f).

1.1. SYMPTOME DER DEMENZ

Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu einer Manifestation bestimmter Symptome, welche auf eine Alzheimer-Demenz schließen lassen können (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 38). Aufgrund von Plaques und Tangles (Hirnveränderungen) äußert sich die Erkrankung vorerst durch emotionale- und Persönlichkeitsveränderungen. Nahezu zeitgleich kommt es zu Störungen des Gedächtnisses und der motorischen und sprachlichen Fähigkeiten. Später kommt es zu Inkontinenz, Bewegungsstörungen und auch Störungen der Nahrungsaufnahme (vgl. Held 2013, S. 34-37). Ausgehend von einer Demenz versucht man die Symptome näher zu ergründen. Für eine demenzielle Erkrankung sind die Störungen im Bereich der Orientierung, der Psyche, der körperlichen Funktionen oder des Verhaltens maßgeblich. Wie bei keiner anderen Krankheit sind biographische, psychische, soziale und genetische Faktoren sehr wichtig. Die Symptome bei den meisten Demenzkranken sind, dass sie sich ihre eigene Wahrheit bilden, die mit der Realität zunehmend weniger übereinstimmt. Was real und wahr ist, kann ein Demenzkranker nicht verstehen, das große Vergessen beginnt (vgl. Jende 2013, S. 16f).

1.1.1. KOGNITIVE SYMPTOME

Die Störungen der Denkprozesse im Allgemeinen sind die wesentlichen Kennzeichen einer demenziellen Erkrankung. Je nach Ausbreitungsgrad und Lokalisation der Schädigung, kommt es zu unterschiedlichen Symptomen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 10ff). Späterhin haben Alzheimer-Erkrankte auch Probleme, die richtigen Worte zu finden oder sogar Aphasien mit eventuellen Wortneuschöpfungen. Im Verlauf der Erkrankung kann es auch zur Agnosie kommen. Die Betroffenen erkennen einen alltäglichen Gegenstand nicht mehr oder haben vergessen, wofür er angewendet wird. Wenn dann auch noch eine Apraxie, also eine Werkzeugstörung hinzukommt, sind Betroffene meist nicht mehr in der Lage, normale Handlungsabläufe nachzuvollziehen, noch diese auszuführen. Die Anhängigkeit von anderen beginnt (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 10ff). Kognitive

Symptome bei Demenzerkrankungen sind: Störungen des Gedächtnisses, Einschränkungen des Urteilsvermögens, Orientierungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Einschränkung der praktischen und exekutiven Funktionen und Fähigkeiten, Aphasie, Agnosie, Apraxie. Die Orientierungsstörungen zeigen sich bei der betroffenen Person sowohl bei örtlichen Gegebenheiten (sich verirren) als auch bei der fehlenden Einschätzung der Zeit, einer Tag- und Nachtumkehr mit daraus folgenden Schlafstörungen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 10). Durch die starken Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit kann es zu gefährlichen Situationen im Alltag kommen, indem die Demenzkranken gefährliche Situationen nicht mehr erkennen können (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 35).

1.1.2. PSYCHISCHE SYMPTOME

Psychopathologische Symptome zeigen sich bei der Alzheimer-Demenz bereits recht früh, unterschieden werden hierbei vier verschiedene Erkrankungsmuster. Erstens affektive Störungen wie Angst oder Depression, zweitens Hyperaktivität wie Aggression und zielloses Umherirren, drittens Apathie und viertens psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 122f). Viele Menschen haben Ängste, der Unterschied zu Alzheimer-Erkrankten liegt darin, dass sich erkrankte Menschen durch beispielsweise einer Aphasie nicht mehr artikulieren können. Das heißt, sie können sich meist nicht mehr verständlich über Ängste äußern. Hierzu wäre es wichtig, über Biographiearbeit mit Angehörigen eventuelle Ängste herauszufinden. Wenn dies aus irgendwelchen Gründen nicht möglich ist, muss man den erkrankten Menschen beobachten und auf Unwohlsein und Unruhe reagieren. Wenn ein demenziell erkrankter Mensch berichtet, Halluzinationen zu haben, oder sein Verhalten darauf schließen lässt, handelt es sich meist um ein sogenanntes Verkennen. Verkennungen treten häufig bei schlecht ausgeleuchteten Räumen, bei Hör- oder Sehbeeinträchtigungen auf. Personen berichten dann über einen Mann/eine Frau welche/r sich im Zimmer aufhält (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 13-18).

Verhaltensänderungen gehen mit der demenziellen Entwicklung einher, so wird das Angebot, beim Duschen helfen zu wollen, als eine Art Angriff gesehen. Somit reagiert der Patient mit Aggressionen gegen das Pflegepersonal. Er sieht sich in einer solchen Situation hilflos und glaubt, sich nur auf diese Weise schützen zu können (vgl. Held 2013, S. 43). Das ziellose Umhergehen ist auch ein typisches Phänomen, das man bei Alzheimer-Erkrankten findet. Für die Umgebung ist es eine störende Angewohnheit, doch es ist sehr vielmehr ein selbst- und fremdgefährdendes Verhalten. Ursächlich für diese Agitiertheit können aktuelle Ereignisse, Konflikte aus der Vergangenheit oder Einsamkeit sein (vgl. Kastner, Löbach 2014, S 13-18). Psychische Störungen und Verhaltensänderungen bei fortschreitender Demenzerkrankungen werden oft über längere Phasen beobachtet. Es ist oft sehr schwierig, die psychischen Erkrankungen von anderen zu beobachtenden Symptomen abzugrenzen. Hier gilt es, eine genaue Dokumentation des Betroffenen zu führen. Psychische Symptome können alle Formen von Depression zeigen, die organische Depression, reaktive Depression sowie Demenz mit Depression können parallel auftreten. Bei psychischen Symptomen werden auch Furcht, Misstrauen, Verknennung und Halluzinationen beobachtet (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 13f).

1.1.3. KÖRPERLICHE SYMPTOME

Körperliche Symptome sind nicht nur einer demenziellen Erkrankung zuzuschreiben, in den meisten Fällen ist es der natürliche degenerative Alterungsprozess. Viele alte Menschen haben irgendwann Probleme beim Ein- oder Durchschlafen, allerdings sind Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus meist einer Demenz zuzuschreiben. Viele Alzheimer-Erkrankte haben eine sogenannte Tag-Nacht-Umkehr, welche sich durch Schlafphasen tagsüber und Wachphasen nachts zeigt. Einschränkungen in der Mobilität oder der Sensibilität sind mehr oder weniger eine normale Alterserscheinung. Abzugrenzen von Sensibilitätsstörungen ist der Schmerz, dieser hat bei der Pflege von Alzheimer-Erkrankten einen hohen Stellenwert. Betroffene zeigen häufig eine herabgesetzte Schmerzwahrnehmung und können Schmerzen auch meist nicht mehr verständlich artikulieren. Dies ist

auch der Grund für unbemerkte Frakturen, Magengeschwüre oder stumme Herzinfarkte (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 19-22). Bei zunehmender Atrophie des Gehirns und der Reihenfolge des Gewebeverlustes dominieren auch stereotype Bewegungsmuster wie das automatisch ablaufende Wischen, Nesteln oder Zupfen. Auch die visuell-räumlichen Störungen treten im Verlauf gehäuft auf. Diesen Wahrnehmungsstörungen können auch Sturzgeschehen zugeschrieben werden. Menschen mit Morbus Alzheimer haben Probleme bei der Einschätzung ihrer Position im Raum sowie mit der Einschätzung von Entfernung oder Größe und Form von Objekten (vgl. Held 2013, S. 33–37).

1.2. URSACHEN DER DEMENZ

Für Demenz gibt es unterschiedliche körperliche und organische Ursachen, welche die Gehirnfunktionen beeinträchtigen. Die Krankheit entsteht dann, wenn die ausreichende Versorgung der Gehirnzellen nicht mehr gegeben ist. Bei Alzheimer-Demenz z.B. sind es die krankhaften Veränderungen der Nervenzellen im Gehirn. Eine Vergiftung oder ein Infekt kann ebenso eine Demenz zur Folge haben (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 36). Für die Ursachen einer Demenzerkrankung genügt es nicht, nur die organischen Veränderungen für die Demenz festzulegen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 10). Demenz umfasst eine Reihe an Krankheitsbildern verschiedenster Ursachen und Verlaufsformen (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 139). Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol können aufgrund einer toxischen Wirkung zu kognitiven Störungen führen. Spricht man von einer Störung, ist dies, je nach Ausprägung, ein alkoholbedingtes amnestisches Syndrom oder eine Alkoholdemenz. Es sind vermehrt jüngere Menschen von einer Alkoholdemenz betroffen und durch eine Alkoholkarenz kann es vereinzelt zur Abmilderung der Symptomatik kommen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 45). Die Ursachen für eine Demenz sind immer körperliche, welche die Hirnfunktionen beeinträchtigen. Krankhafte Prozesse können im Gehirn wie auch in anderen Organen des Körpers sein. Krankhafte Veränderung der Nervenzellen im Gehirn ist die Alzheimer Demenz. Wenn die ausreichende Versorgung der Gehirnzellen nicht mehr gegeben ist, z.B. durch eine Vergiftung oder Infektion, kann

dies auch zu einer Demenz führen (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 36).

1.3. EINTEILUNG DER DEMENZ

Jede Krankheit oder jede Entwicklung, die mit einer Unterversorgung des Gehirns einhergeht und bei der die Gehirnzellen geschädigt werden, kann zu einer Demenz führen (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 161). Ein höheres Risiko an einer Demenz zu erkranken hat jemand, der geistig, körperlich und sozial inaktiv ist. Doch der größte Risikofaktor, an einer Demenz zu erkranken, ist das zunehmende hohe Alter (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 198). Da sich der demenzielle Prozess meist auf die gleiche Weise ausbreitet, ist die Einteilung und die Zuordnung zu den einzelnen Stadien des Krankheitsverlaufs der Demenz wie folgt (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 38):

1.3.1. LEICHTE FORM

Anfänglich kommt es zur Verminderung der Merkfähigkeit und zu einem emotionalen Rückzug. Den Betroffenen mangelt es an Antrieb und so ziehen sie sich immer mehr vom gesellschaftlichen Leben zurück. Sichtbar werden kognitive Beeinträchtigungen meist nur in einem intensiven Gespräch. Der/die Betroffene kann dem Gesprochenem oftmals nicht folgen, versteht Zusammenhänge nicht und kann keine adäquaten Antworten geben (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 26). Im frühen Stadium der Demenz kommt es zu wiederholten Fragen wie an welchem Tag oder zu welcher Zeit die nächste Mahlzeit serviert wird. Die demenzkranke Person versucht, die Gedächtnislücken und -ausfälle im Anfangsstadium zu überspielen, sie hält eine Fassade aufrecht, indem sie Antworten verniedlicht, um einer peinlichen Situation auszuweichen (vgl. Kuhn, Verity 2012, S. 19).

1.3.2. MITTELSCHWERE FORM

Das mittelschwere Stadium der Alzheimer Demenz äußert sich meist durch rastloses Umherirren, erste Verhaltensstörungen oder auch psychische Störungen. Es kommt zu Ängsten, wahnhaftem Erleben und Verhalten sowie zu Orientierungsstörungen. Durch Erinnerungen aus der frühen Kindheit wollen betroffene Menschen oft nach Hause, damit meinen sie meist das Elternhaus. Viele Angehörige wollen dieses wahnhafte Verhalten korrigieren und dies führt folglich zu Konflikten, auf verbaler oder sogar auf körperlicher Ebene. Hinzu kommt auch noch die veränderte Schlafsituation, die sich häufig in einer Tag-Nacht-Umkehr manifestiert. Durch die vorwiegend vorhandene Inkontinenz und das Verkennen von Gegenständen kann es passieren, dass der Betroffene die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreicht oder irrtümlicherweise einen Stuhl benutzt (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 27f). Im mittleren Stadium der Demenz werden Probleme mit Worten kompensiert, etwa „Regenstock“ statt „Regenschirm“ oder „Zucker“ wird durch das Wort „Salz“ ersetzt. Eine Tätigkeit zu beginnen und fortzusetzen wird fast unmöglich, da die Initiative verloren geht, örtliche Desorientiertheit sowie auch das Durcheinanderbringen der Generationen sind vorhanden. Bei der Körperpflege werden auch einige Fähigkeiten verloren, die von der Pflegeassistentin übernommen werden (vgl. Kuhn, Verity 2012, S. 20).

1.3.3. SCHWERE FORM

In der letzten Phase der Alzheimer Demenz ist eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich, da es zu hochgradigen Störungen der geistigen Leistungen und zu körperlichen Symptomen kommt (vgl. Stechl 2006, S. 13). Schließlich kommt es auch zu körperlich-neurologischen Störungen. Beginnende Gangbildstörungen münden meist in wiederholten Stürzen oder in der Gehunfähigkeit. Durch Störungen im Bereich der Koordination ist folglich auch das Sitzen keine Option mehr, der Betroffene ist nun bettlägerig. Die kognitiven Fähigkeiten bauen auch zunehmend ab, eine regelgerechte Kommunikation ist nicht mehr möglich. In diesem Stadium gewinnen die emotionale Beziehung und der körperliche Kontakt zunehmend an

Bedeutung für die Kommunikation (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 28). Im Spätstadium wird die Hilfe der Pflegekraft durchgehend notwendig, da die Demenz schon sehr ausgeprägt ist und die Unterstützung der alltäglichen Aktivitäten des Lebens nicht mehr selbstständig möglich ist. In dieser Phase der Demenz leben die Betroffenen in einer eigenen, persönlichen Welt. Sie beobachten still die Aktivitäten und Emotionen der anderen, ohne sich mit ihnen einzulassen, oder gehen am Flur auf und ab. Auch eine Puppe wird für ein Demenzkranken wieder lebendig (vgl. Kuhn, Verity 2012, S. 21).

1.4. DEMENZVERBREITUNG IN ÖSTERREICH

Die Häufigkeit bei Demenz liegt bei ca. 1,5 % bei 65-69-Jährigen, und mit steigendem Alter liegt der Anteil an Demenz bei ca. 30 % bei > 90-jährigen. Im Jahr 2050 werden die Erkrankungszahlen aufgrund der demografischen Entwicklung in Europäischen Ländern doppelt so hoch erwartet (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 185). Derzeit leiden in Deutschland ca. 100.000 Menschen an einer Demenzerkrankung, aufgrund der steigenden Lebenserwartung werden die Zahlen bis zum Jahr 2050 auf 250.000 ansteigen. Es wird eine dauerhafte Unterstützung der Pflege benötigt und bei den ärztlichen und pflegerischen Einrichtungen im ambulanten Bereich sowie in den stationären Bereichen ist mit diesem Anstieg an demenziell Erkrankten zu rechnen. Der Anteil an demenzkranken Personen, die ins Altersheim kamen, lag im Jahre 2003 bei 65,3 % und im Jahre 2016 bei ca. 85 %. Es wäre für die betroffenen Personen von Vorteil, vermehrt die Fachärzte zu konsultieren sowie die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu nützen. Mit einer richtigen Deutung der Symptome, der Einbeziehung möglicher Ursachen und einer sorgfältigen Diagnose kann das Krankheitsbild einer von Demenz betroffenen Person konkretisiert und beschrieben werden. Dazu dienen im Wesentlichen medizinische Grundlagen. Die pflegerische Arbeit und Unterstützung der kranken Person baut auf diesen Grundlagen und Erkenntnissen auf (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 188f). Demenzen sind eine der folgenreichsten psychiatrischen Erkrankungen im höheren Alter. Die steigende Prävalenz der Demenzerkrankung ist für die demografische Entwicklung in den Industrieländern maßgebend. Die

Demenzkrankungen in den Altersklassen 80-84 wird sich von 1,47 Mio. im Jahr 2000 auf 4,04 Mio. im Jahr 2050 verdoppeln sowie die über 90-Jährigen bis zum Jahr 2050 verdreifachen. Damit adäquate pflegerische und medizinische Versorgung der Demenzkranken gewährleistet ist, ist eine frühe Diagnostik unabdingbar (vgl. Stechl 2006, S. 9f).

1.5. DIAGNOSE

Demenzielle Erkrankungen sollten an einem festen Diagnoseschema abgeklärt werden, weil Demenzen sich in vielfältigen Erscheinungsbildern präsentieren. Klagen über Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sind für demenzielle Erkrankung zu unspezifisch, denn es könnte auch eine Depression oder ein altersbedingter Leistungsverlust sein. In regelmäßigen Abständen sollten die Langzeitmedikation und das zerebrale Leistungsniveau überprüft werden, denn Medikamente können ebenfalls das Gedächtnis beeinträchtigen. Die klinische Verdachtsdiagnose einer Demenz kann nur durch spezifische Laboruntersuchungen und apparative Untersuchungen gestellt werden. Die Diagnose wird durch den progredienten Verlauf der kognitiven Symptomatik erhärtet. Für die Diagnosefindung wird ein Zeitraum von ca. drei bis sechs Monaten in Anspruch genommen (vgl. Rohkamm 2009, S. 178).

Zusammenfassung:

Demenz ist ein krankhafter Prozess der Hirnzellen, der sich auf die Lebensqualität und die Persönlichkeit auswirkt. Symptome der Demenz sind das Nachlassen der Gehirn- und Gedächtnisleistung, des Denkvermögens sowie anderer kognitiver Fähigkeiten. Die kognitiven Symptome sind Störungen der Denkprozesse sowie im fortgeschrittenen Stadium der Demenz auch Wortfindungsstörungen. Zu den körperlichen Symptomen gehören die Schlafstörungen wie die Tag-Nacht-Umkehr; Angst, Depression, zielloses Umherirren gehören zu den psychischen Symptomen. Krankhafte Veränderungen der Nervenzellen im Gehirn durch einen Infekt oder Vergiftung sowie Alkoholmissbrauch können Ursachen einer Demenz sein. Der

Einteilungsverlauf und die Zuordnung zu den einzelnen Stadien des Krankheitsverlaufs bei Demenz ist die leichte Form mit anfänglicher Verminderung der Merkfähigkeit des Kurzzeitgedächtnisses, Wortfindungsstörungen und emotionalem Rückzug, bei der mittleren Form zeigen sich Störungen des Langzeitgedächtnisses, Orientierungsstörungen auch in vertrauter Umgebung und Verkennen vertrauter Personen. Bei der schweren Demenzform wird Hilfe bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens notwendig. Es treten Sprachverlust sowie Verlust der motorischen Fähigkeiten bei fortschreitender Krankheit auf, dabei kann es auch zu körperlichen Komplikationen und neurologischen Symptomen kommen. Die Anzahl der hochbetagten Menschen wird in den nächsten Jahrzehnten weiterwachsen und somit ist auch mit einem Anstieg an demenzerkrankten Menschen zu rechnen, die eine dauerhafte Pflegekraft benötigen werden. Um festzustellen, dass es sich um eine Demenz handelt, sind die Diagnosekriterien zu erfüllen. Für eine sichere klinische Diagnose muss der Verlauf der Krankheit mindestens über 6 Monate bestehen.

2. BEDÜRFNISSE BEI DEMENZ

Um die Bedürfnisse bei Menschen mit Demenz so gut es geht individuell aufrecht zu erhalten, ist es für Pflegekräfte wichtig, die Qualität der Wahrnehmung und Kommunikation aufmerksam, geduldig und mit hohem Aufwand bei der Betreuung von Menschen mit Demenz zu gewährleisten. Jeder Demenzkranke hat seine eigene fragmentierte Erinnerung nämlich unterschiedlich. Er verknüpft seine zerrissenen Gedanken immer wieder neu (vgl. Held 2013, S. 18). Bedürfnisse, zu reflektieren, und welche Unterstützungen Menschen mit Demenz annehmen oder ablehnen, darüber können Demenzkranke keine eindeutigen und zuverlässigen Angaben machen (vgl. Held 2013, S. 17). Um die jeweiligen Bedürfnisse von Demenzkranken zu erkennen, bietet die Maslow–Bedürfnispyramide eine nutzbare Struktur, um menschliche Bedürfnisse zu ordnen und darüber nachzudenken (vgl. Menche et al. 2014, S. 98).

2.1. BEDÜRFNISPYRAMIDE NACH MASLOW

Die Bedürfnispyramide ist die Grundlage für die menschliche Motivation und die psychologischen Bedürfnisse sind die mächtigsten unter allen. Alle Bedürfnisse, die unbefriedigt sind, werden im Organismus von den psychologischen Bedürfnissen beherrscht, alle anderen rücken in den Hintergrund. Auch im Alltag bietet die Bedürfnispyramide eine Hilfestellung (vgl. Maslow 2016, S. 63ff). Wenn die Basisbedürfnisse befriedigt, sind sucht der Mensch nach höheren Bedürfnissen, die in der hierarchischen Anordnung umstritten sind. Um die menschlichen Bedürfnisse zu ordnen und darüber nachzudenken, bietet die Bedürfnispyramide eine nutzbare Struktur. Maslow stellt die Bedürfnisse nach einer Hierarchie dar (vgl. Menche et al. 2014, S. 98). Die Verhaltensweisen werden bildlich und auch verständlich dargestellt.

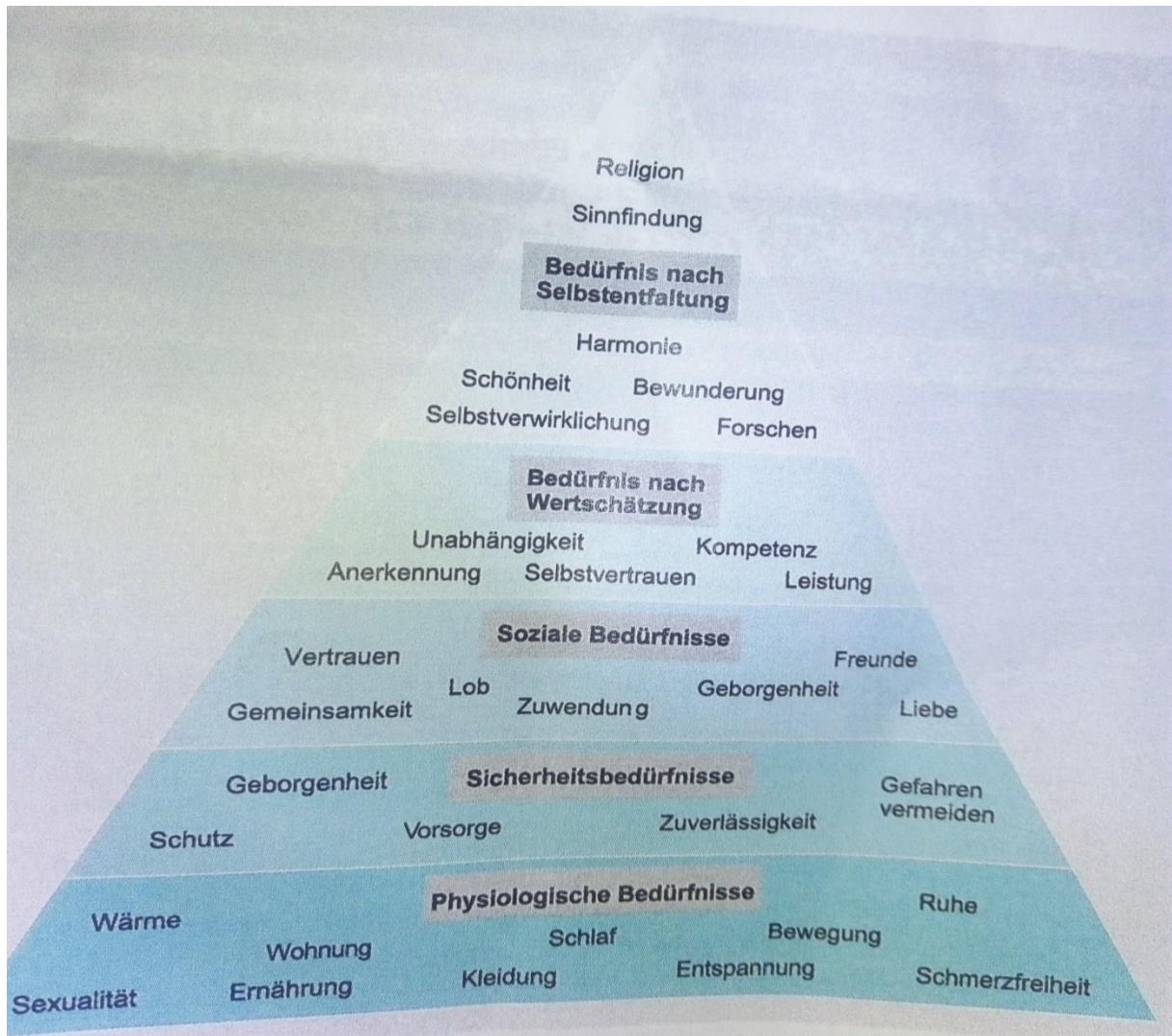


Abb. 1: Bedürfnispyramide (Menche et al. 2014, S. 98).

2.2. BIOGRAPHIE

Biographie ist die Erinnerungsarbeit des eigenen Lebens der jeweiligen Person. Deshalb ist Biographiearbeit für jeden Einzelnen individuell verschieden wichtig, um zu wissen, was die Person gerne gemacht und erlebt hat. Aber Biographiearbeit ist keine Therapie, sondern ein Mittel zum besseren Verstehen, zur Kommunikation, zur Stärkung der Identität und zur geistigen Aktivierung. Daneben enthält diese Arbeit aber auch Gefahren und Probleme, die gerade bei psychotraumatischen Personen oder psychisch erkrankten Personen mit Demenz Verschiedenes auslösen können (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 73f):

- Überbewerten lebensgeschichtlicher Ereignisse seitens der Bezugsperson
- Retraumatisierung: Verleugnen, Verdrängen sowie Vergessen zum eigenen Schutz
- Fehlerhafte Erinnerungen
- Erwünschte Erinnerungen
- Verletzung der Intimsphäre
- Verletzung der Schweigepflicht
- Informationen aus zweiter Hand können subjektiv gefärbt oder falsch sein

Eine gute Biographiearbeit braucht Zeit und Raum zum Zuhören und Verstehen sowie das Vertrauen der jeweiligen Person. Die Pflegepersonen haben die Aufgabe, eine gute Beobachtung und Kommunikation mit dem Demenzkranken aufzubauen und mit Beobachtungsgabe und Zuhören wichtige Hinweise auf die Lebensgeschichte zu dokumentieren, damit die Pflegenden den Demenzkranken dort abholen können, wo sich dieser gerade befindet und ihm den Aufenthalt so angenehm und hilfreich wie möglich zu gestalten (vgl. Kastner, Löbach 2014 S. 73f). Die Arbeit sollte sich auf das beschränken, was die Person von ihrer Lebensgeschichte erzählen möchte, und dies sollte von einer ausgebildeten Pflegerin ausgeführt werden. Biographiearbeit aus zweiter Hand von Angehörigen oder Bekannten unterliegt oft subjektiven Veränderungen oder falscher Interpretation der Wahrheit. Doch wenn der Demenzerkrankte nicht mehr selbstständig dazu in der Lage ist, sollen Angehörige miteinbezogen werden, denn sie können wichtige Hinweise geben. Die individuelle Biographie ist die Lebensgeschichte, die Hilfestellung für die Pflege und die erwünschten Pflegemaßnahmen. Die Biographiearbeit hat die Aufgabe, zu verstehen, warum die Demenzkranken so reagieren, was dem Demenzkranken wichtig war und ist, und soll die Privatsphäre des Gegenübers schützen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 73f).

Biographie ist mehr als nur ein Lebenslauf, es ist das subjektiv Erlebte und die subjektive Verarbeitung der Lebensgeschichte. Das individuelle Lebensschicksal ist die jeweilige Sichtweise der betroffenen Person. Es werden bestimmte Lebenssituationen verdrängt und vergessen. Da es immer mehr Single-Haushalte gibt, und es in der heutigen Gesellschaft so ist, dass die Kinder auch in eigenen Haushalten wohnen und oft der soziale Kontakt zu den Nachbarn fehlt, fallen die

Biographien der einzelnen Personen nur sehr spärlich aus. Wenn es zu einer Pflegebedürftigkeit in der schweren Demenzphase kommt, sind Konflikte und Probleme in dieser Lebensphase die Einsamkeit, Altersarmut und Reduzierung des sozialen Netzwerkes. Es ist somit schwerer, die aktive Gestaltung von Lebensentwürfen zu bewältigen. Die Frage im Alter heißt nicht mehr: Was habe ich zu erwarten? Worauf muss ich mich einstellen? Sondern: Wie gestalte ich meine Lebensbedingungen rechtzeitig entsprechend meinen eigenen Vorstellungen? Den Zugang zur Biographie zu öffnen und offen zu halten wirkt sich gerade bei demenzkranken Personen im Arbeitsbereich positiv aus. Das Gefühl der Geborgenheit und Vertrautheit ist gestärkt, wenn Gewohnheiten so bleiben, wie sie immer waren. Wenn die Biographie bekannt ist, können Wünsche schneller verstanden werden, falls es zu Sprachstörungen, Störungen der Handlungsabläufe oder Gedächtnisstörungen kommt. In kritischen Situationen können Kenntnisse über besondere Lebensereignisse mit großer emotionaler Bedeutung helfen, die Bewohner aus einer Konfrontation herauszuführen. Angst, Trauer oder Aggressivität können mit schönen Erinnerungen und Gesprächen gemindert werden. Damit sich der Bewohner wohl fühlt und zufrieden ist, bietet es sich an, aus der Biographie zu entnehmen, welche Beschäftigungsmöglichkeiten sinnvoll sind. Dies wäre eine Verbesserung der gesamten Atmosphäre für Bewohner und Pflegepersonal. Die Lebensgeschichte ist der Schlüssel zum Verständnis der Gegenwart (Stuhlmann 2011, S. 78ff).

2.3. PSYCHISCHE BEDÜRFNISSE BEI DEMENZ

Alle Menschen, gesund oder krank, sehnen sich nach Erfüllung ihrer Bedürfnisse. Der Begründer der person-zentrierten Pflege ist Tom Kitwood. Demenzkranke Menschen sollten von den Pflegekräften in ihrer gesamten Persönlichkeit in den Mittelpunkt gestellt werden, sie sollten nicht auf die Erkrankung oder die Symptome reduziert werden. Pflegekräfte sollten die Würde des Bewohners achten und diesen nicht als „Wegläufer“ oder „Schreier“ bezeichnen. Diese Verhaltensweisen sind bei Demenzkranken ein Versuch, Kontakt aufzunehmen oder Bedürfnisse zu äußern. Vom Pflegepersonal sollte dies nicht als Störung, sondern als Herausforderung

verstanden werden. Die jeweiligen Bedürfnisse von Demenzkranken zu erkennen und wahrzunehmen hängt von den Fähigkeiten der Pflegekräfte ab. Kitwood beschreibt fünf wichtige psychische Bedürfnisse (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 54). Wenn man unglücklich und verzweifelt ist und viele Verluste zu verarbeiten versucht, wie es bei demenzkranken Menschen oft der Fall ist, ist es ein Trost, Beziehung und eine besondere Bindung zu Menschen zu haben, auf die man sich verlassen und auf deren Unterstützung man zählen kann. Demenzkranke Menschen sind nicht in der Lage, aus eigener Initiative auf andere zuzugehen. Sie lassen sich auch schwer in Gruppen in gemeinsame Aktivitäten einbeziehen. Damit keine Langweile entsteht, ist es wichtig, die Demenzkranken so zu beschäftigen, dass die Tätigkeiten einen Sinn ergeben. Im Laufe der Demenz verschlechtert sich die Orientierung. Die demenzkranken Personen soll ihre Identität als die gleiche Person in Vergangenheit und Gegenwart erleben. (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 54). Diese Bedürfnisse können die Demenzkranken oft in Worten nicht mehr äußern. Von sich aus ist der Demenzkranke nicht mehr in der Lage, für diese Bedürfnisse zu sorgen, und es bedarf einer aufmerksamen, sensiblen Begleitung (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 54). Die Verhaltensweisen bei Demenzkranken werden als unbefriedigte Bedürfnisse aufgefasst. Das Verhalten ist ein Versuch, ein Bedürfnis zu erfüllen, ein Hinweis auf ein Bedürfnis oder der Ausdruck von Frust, weil ein Bedürfnis nicht erfüllt wird (vgl. James 2013, S. 113f). Zu den psychischen Bedürfnissen zählen jene höheren Bedürfnisse, die der Mensch befriedigen muss, um sein Selbstwertgefühl zu steigern. Dazu gehören vor allem das Geltungsbedürfnis und der Drang nach Selbstverwirklichung (vgl. Maslow 2016, S. 95).

2.3.1. KÖRPERPFLEGE

Sich pflegen zu können fördert die Einheit von Körper und Seele, denn damit werden auch die psychischen Bedürfnisse befriedigt. Wer den Körper pflegt, reinigt gleichsam auch die Seele (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 123). Die Körperpflege der Menschen ist sehr unterschiedlich. Jeder ist individuell verschieden was die Frisur, das Makeup, das Parfum sowie das Rasierwasser oder Duschgel angeht. Sich nicht mehr selbst pflegen zu können ist oft mit Ängsten vor einer Abhängigkeit verbunden

und ein Eingriff in die Intimsphäre. Personen mit Demenz können oft nicht mehr selbstständig die Körperpflege ausführen und sind auf Hilfe angewiesen. Nun sind wir als Pflegende fremde Personen und die Demenzkranken verstehen diese Situation oftmals nicht. Sie empfinden Schamgefühl oder interpretieren Körperpflege manchmal als sexuelle Belästigung. So hören wir als Pflegende immer wieder von Demenzkranken, die sehr verunsichert sind, dass sie sich schon gewaschen haben oder dass sie dies später selber machen. Die Pflegepersonen sind sehr gefordert, professionell damit umzugehen und es sollten gleichgeschlechtliche Pflegepersonen die Körperpflege übernehmen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 124). Wichtig ist es auch, das Verhalten beim Pflegeablauf der demenzkranken Person genau zu beobachten und zu dokumentieren, damit sich alle Pflegepersonen an die Pflegeplanung halten können. Sollte die Durchführung der Körperpflege bei/m Patienten/ der Patientin auf ablehnendes Verhalten stoßen, kann man eventuell zu zweit ruhig und zügig arbeiten oder die Pflege auch einmal auf den nächsten Tag verschieben. Ist die Körperpflege vorbei, soll nochmals eine kurze freundliche Kontaktaufnahme ohne weitere Anforderungen erfolgen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 123f).

2.3.2. AUSSCHIEDUNG

Im Verlauf der Demenzkrankheit verlieren die Personen immer öfters die Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen. Im mittleren Stadium der Demenz bemerken die Personen den Harn oder Stuhl drang, dies ist die funktionelle Inkontinenz. Ohne Hilfe finden sie den Weg zur Toilette nicht mehr oder können sich auch nicht mehr mitteilen. Oft ist es auch so, dass sie sich schämen, um Hilfe zu bitten, weil sie mit der Kleidung nicht mehr zurechtkommen oder gar die Toilette nicht mehr erkennen. Um ein Toilettentraining zu machen, gehen die Pflegenden mit den Personen auf die Toilette und warten auch bisweilen im WC, bis die Person mit dem WC-Gang fertig ist, damit sich die Person im Intimbereich mit den Händen, Kleidung oder anderen falschen Hilfsmitteln nicht schmutzig macht. Die Anwesenheit einer Pflegekraft irritiert und lenkt auch die demenzkranken Personen ab. Im schweren Stadium sind die Personen harn- und stuhlinkontinent und es kommt zu unwillkürlichem Einnässen und Einkoten. Eingenässte Inkontinenzunterlagen können

in dieser schwierigen Phase vom Demenzkranken als störend empfunden und versteckt oder entfernt werden. Sollte dies der Fall sein, ist das Inkontinenzmaterial dort nicht sinnvoll eingesetzt. Es ist auch wichtig, einen Schutz auf die Matratze zu geben, damit diese nicht verunreinigt wird, und die Hygiene gegeben ist. Teilweise ist es unvermeidbar, dass es zu störenden Gerüchen kommt, deshalb sollen die Räume gut gelüftet und Türen zum Fäkalbereich geschlossen sein, auch ein Duftspray kann hier eingesetzt werden (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 12ff). In einer Toilettenstudie von Stokes 2001 wird beschrieben, dass viele Menschen mit Demenz ein Problem mit übelriechenden und unwirtlichen Toiletten in Pflegeeinrichtungen haben. Er vermutet, dass die Toiletten ungern aufgesucht werden, weil sie abstoßend sind, was zu einer vermehrten Inkontinenz führen könnte. Die Pflegekräfte wurden zu diesem Thema betreffend Gebrauch einer öffentlichen Toilette und Toilettengewohnheiten mit einer Checkliste befragt. Die Ergebnisse wurden in einer Studie ausgewertet und das Personal wurde darauf sensibilisiert, zu verstehen, warum Schwierigkeiten mit der Benutzung öffentlicher Toiletten bestehen. In dieser Forschungsarbeit sollte das Bewusstsein des Personals für den hohen Stellenwert von Privatsphäre, Würde und für das Wohlbefinden der Bewohner geweckt werden (vgl. James 2013, S. 182).

2.4. PHYSIOLOGISCHE BEDÜRFNISSE

Ist man hungrig, wird das Bewusstsein fast nur noch vom Hunger erfüllt, und alle Fähigkeiten des Organismus werden fast vollständig zum Zweck, den Hunger zu stillen, determiniert. Der Wunsch nach neuen Schuhen, einem neuen Auto oder das Interesse an Gedichten werden zweitrangig, wenn man Hunger hat, da man nur noch von der Nahrungsaufnahme getrieben ist. Sind jedoch die physiologischen Bedürfnisse gestillt, tauchen sofort weitere Bedürfnisse auf. Die unbefriedigten Bedürfnisse werden vom Organismus dominiert und sein Verhalten von den unbefriedigten Bedürfnissen organisiert (vgl. Maslow 2016, S. 63ff). Essen und Trinken können schon in frühen Phasen der Demenz fatale Auswirkungen haben. Schon das Einkaufen, Planen und Zubereiten der Speisen ist für Demenzkranke ohne Fremdhilfe fast unmöglich. Die Ernährung ist oft mangelhaft. In späteren

Phasen der Demenz ist das Kauen und Schlucken sehr eingeschränkt (vgl. Held 2013, S. 57).

Durch motorische Aktivitäten bei Demenzkranken ist es für eine Pflegekraft wichtig, vorausschauend zu agieren, um das Sturzrisiko zu verringern. (vgl. Held 2013, S. 76). Für Menschen mit Demenz sind auch Spiele mit dem Ball, Wortspiele, Brettspiele etc. ein guter Ansatz, um Brücken zwischen Menschen, Kulturen und Sprachen zu bauen. Auf einen spielerischen Ansatz reagieren Demenzkranke oft positiv mit Lachen oder Klatschen. Wenn sie etwas nicht mögen, wird es durch verbales oder auch nonverbales Feedback vermittelt (vgl. Kuhn 2012, S. 47).

2.5. SICHERHEITSBEDÜRFNISSE

Nachdem die psychologischen Bedürfnisse gestillt sind, sucht der Mensch nach Schutz und Geborgenheit. Die Beobachtung der Sicherheitsbedürfnisse ist bei Kindern viel deutlicher und klarer als bei den Erwachsenen, da in unserer Gesellschaft die Reaktionen unterdrückt werden. Körperliche Erkrankungen sind bei Kindern viel schneller sichtbar, da sie sich unsicher fühlen. Bei Durchfall oder anderen starken Schmerzen verwandelt sich für Kinder die ganze Welt vom sonnigen zum finsternen Platz. Davor war die Welt stabil und nun fängt diese an zu schwanken. In dieser Zeit der Erkrankung bekommt ein Kind von den Eltern vermehrt Schutz und Ermunterung. Bedürfnisse, die Kinder ängstlich und unsicher machen, sowie Ungerechtigkeiten die ein Schmerzgefühl verursachen, lassen die Welt als unzuverlässig, unsicher oder unvorhersehbar erscheinen. Erwachsene demenzkranke Menschen reagieren, als würde eine große Katastrophe drohen, wenn die Sicherheitsbedürfnisse Schutz und Geborgenheit nicht gegeben sind (vgl. Maslow 2016, S. 66-69).

2.6. SCHMERZ

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung von demenzkranken Personen so beschrieben wird, als wäre die Ursache eine Gewebebeschädigung. Ca. 50-80 % aller alten Menschen leiden an Schmerzen. In Alten- und Pflegeheimen besteht oft eine Unterversorgung der Bewohner mit Schmerzmitteln. Dies liegt an der veränderten Schmerz Wahrnehmung, Schmerzpräsentation und an der oft fehlenden Diagnostik. Mit fortschreitenden Demenzphasen erhalten Betroffene oft weniger Schmerztherapie als Menschen ohne Demenz. Zum Beispiel gibt man nach einer Oberschenkelhalsfraktur Demenzkranken bis zu dreimal weniger Morphinäquivalente. Auch Demenzkranke Menschen leiden unter Schmerzen, wie man unter anderem an der Mimik erkennen kann. Bei maskierter Schmerzsymptomatik ist bei psychischen Veränderungen sowie bei Verhaltensauffälligkeiten bei Demenzkranken mit dem behandelnden Arzt eine Schmerztherapie als Behandlungsversuch in Erwägung zu ziehen. Die indirekten Schmerzzeichen bei Demenzkranken sind: Grimassieren, Wort- und Satzwiederholungen, Schreien, Weinen, Angst, Unruhe, abweisendes Verhalten, Nahrungsverweigerung, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus, Halluzination, Delir, Bewegungseinschränkung oder Berührungsempfindlichkeiten (vgl. Kastner/Löbach, 2014, S. 31f). Es bestehen für Menschen mit Demenz und zusätzlichen Erkrankungen einige Risiken und Gefährdungen. Zusätzliche Erkrankungen können bei fortschreitender Demenzkrankheit durch Medikamente verstärkt werden. Dadurch wird es oft verabsäumt, die Medikamente abzusetzen oder die Medikamentendosis anzupassen. Durch die Kommunikationsschwierigkeiten der demenzkranken Personen können zusätzliche Erkrankungen und die Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht rechtzeitig festgestellt werden. Krankheiten werden oft übersehen, weil der Zustand des Patienten dem Fortschreiten der Demenz zugeschrieben wird (vgl. Marwendel/Weyerer/Schäufele, 2013, S. 250). Psychische Probleme sind keine Seltenheit. Die Veränderungen der Gehirnpathologie können psychotische Symptome, Halluzinationen, Wahnvorstellungen sowie Schmerzen hervorrufen. In der Pflegepraxis wird je nach Grad der Hilfsbedürftigkeit das Wohlbefinden

individuell gestaltet. Die demenzkranken Personen können Schmerzen vielfältig äußern, etwa durch Schreien, Herumgehen oder aggressives Verhalten. Es gibt verschiedene Formen des Schreiens, man kann kreischen ächzen, repetitive Wörter oder Sätze unterscheiden. Die Auslöser, Häufigkeit und die Zeitpunkte müssen ermittelt werden, um die psychischen Bedürfnisse zu eruieren (vgl. James, 2013, S. 36-40). Die Biologischen Faktoren sind kognitive und neurologische Beeinträchtigungen. So wird die Realität der demenzkranken Person anders wahrgenommen als von ihren Mitmenschen. Körperliche Beeinträchtigungen haben viele demenzkranke Personen. Sie sind gesundheitlich angeschlagen und haben altersbedingte Beschwerden wie Arthritis, Rückenschmerzen, Krebs, Zahnschmerzen, Obstipation, Blutdruckprobleme usw. Schmerzen und körperliches Missbehagen haben oft mit herausforderndem Verhalten zu tun. Mit Schmerzen verschlimmern sich oft die Pflegeinterventionen wie z. B. ein Transfer, Körperpflegemaßnahmen oder der Toilettengang. Im Alter kann der Körper auch die Medikamente und die Nahrungsmittel nicht mehr so gut verstoffwechseln, da die Leistungsfähigkeit der Organe abnimmt. Viele ältere Menschen nehmen im Durchschnitt fünf oder mehr verschiedene Medikamente, die Nebenwirkungen und Wechselwirkungen haben. Besorgniserregend ist, dass einige Medikamente herausforderndes Verhalten verstärken können: Statine fördern die Agitation und Parkinson Medikamente die Hypersexualität. Die Verabreichung von beruhigenden und sedierenden Medikamenten, die bei herausforderndem Verhalten gerne zum Einsatz kommen, ist mitunter bedenklich (vgl. James 2013, S. 36-40).

2.7. SOZIALE BEDÜRFNISSE

Sind die physiologischen- und Sicherheitsbedürfnisse befriedigt, sucht der Mensch nach Liebe, Zuwendung und Zugehörigkeit. Nun fühlt sich der Mensch so stark wie nie zuvor, durch Freunde, die anwesend sind, dem Wissen, geliebt zu werden und in liebevoller Beziehung mit anderen Menschen zu sein sowie einen Platz in der Gruppe erreicht zu haben (vgl. Maslow 2016, S. 70). In unserer Gesellschaft haben alle Menschen den Wunsch nach einer hohen Wertschätzung ihrer Person, nach Selbstachtung und der Achtung seitens anderer. Die Befriedigung des Bedürfnisses

nach Selbstachtung führt zu Gefühlen des Selbstvertrauens, der Stärke, der Fähigkeit zum Gefühl, von der ganzen Welt gebraucht zu werden. Wird dieses Bedürfnis jedoch zur Frustration, bewirkt dies Gefühle der Minderwertigkeit, der Schwäche, Entmutigung oder Hilflosigkeit, dadurch können verschiedene Krankheitsbilder entstehen (vgl. Maslow 2016, S. 72f). Sind all diese Bedürfnisse befriedigt, ist ein Mensch das, was er sein muss: Der Musiker macht Musik, der Dichter schreibt, jeder Mensch ist ein Individuum. (vgl. Maslow 2016, S. 73f). Viele Demenzbetroffene empfinden es als große Erleichterung, wenn sie von ihren Gesprächspartnern nicht ständig durch die Frage: „Warum?“ zum Nachdenken über sich selbst aufgefordert werden. Die sozialen Bedürfnisse der demenzkranken Menschen sind von der Pflegekraft zu respektieren, auf die verbalen und nonverbalen Signale ist zu achten. Die Gefühle der Demenzkranken wie Wut, Angst oder Heimweh sind zu akzeptieren. Man soll sich für die Kommunikation im Betreuungsalltag mit Demenzkranken einen guten Gesprächsstoff geben lassen wie zum Beispiel durch früh erworbenes Wissen (vgl. Held 2013, S. 50f).

2.8. BEDÜRFNIS RESSOURCENUNTERSTÜTZUNG

Der eigentliche Wortsinn für Ressourcen kommt aus dem Lateinischen und bedeutet: sich wieder erheben, wiederherstellen oder aufrichten. Dazu müssen die Fähigkeiten dafür da sein sowie auch in der jeweiligen Situation aktiviert werden. Aus Erfahrungen der Biographie können Ressourcen aktiviert werden, soweit es der körperliche Einsatz und die geistigen Fähigkeiten zulassen. Es ist Aufgabe der Pflegekraft, die Biographie zu erheben. Durch die Demenz verändert sich der Zugriff auf die Ressourcen und es bedarf sozialer Unterstützung. Auch können wir die Ressourcen für Demenz nicht vereinheitlichen, denn die Demenzkranken sind individuell verschieden. Bisher schenkte man dem Erleben und der Bewältigung dieser schweren Krankheit der Demenz wenig Beachtung in Bezug auf Ressourcen (vgl. Stuhlmann 2011, S. 46f).

Bestimmte Fähigkeiten und Interessen gehen bei Demenzkranken oft erst später oder überhaupt nicht verloren. Dadurch kann das Pflegepersonal diese

Ressourcen, die noch erhalten geblieben sind, nützen (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 67).

Die Fähigkeit, Emotionen zu empfinden, bleibt bestehen. Sie kann zur Kontaktaufnahme mit Demenzkranken auch im schweren Stadium in Körpersprache mit Sprechbegleitung gut genutzt werden. Demenzkranke Personen sind sehr sensibel für Stimmung und Spannung, sie spüren sofort, ob es das Gegenüber ehrlich mit ihnen meint (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 67f).

Tätigkeiten der Kreativität wie bspw. Malen wirken als Stressabbau, sie helfen, die Konzentrationsfähigkeiten zu verbessern, Selbstsicherheit zu gewinnen sowie ermöglichen sie es, eine andere Form der Kommunikation zu erfahren, wenn der Verlust der Sprache gegeben ist (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 76).

Die bildnerische Kunst bietet auch noch weitere Vorteile in der Ergotherapie, zur Erhaltung der motorischen und funktionellen Fähigkeiten sowie die Aktivierung der geistigen und neuropsychologischen Förderungen (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 77). Je nach Biographie ist Kreatives wie z.B. Malen oder Musik trotz demenzieller Erkrankung weiterhin vorhanden. Erstaunlich ist immer wieder, dass die demenzkranken Personen sich auch mit schweren Gedächtnisstörungen an mehrstrophige Liedtexte erinnern können. Sie singen diese fast fehlerfrei (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 68).

Die Musiktherapie kommt selbst sprachverarmten Betroffenen zugute, denn bei alten Liedern oder Gedichten wird das Erinnerungsvermögen angeregt. Da es früher nicht so viele Medien wie heute gab, hatte eigenständiges Singen und Musizieren einen höheren Stellenwert als heute (vgl. Kastner, Löbach 2014, S. 76).

Tiere in Altersheimen bewirken oft eine Bereicherung für die demenzkranken Personen, denn Tiere sorgen für ein psychisches und seelisches Wohlbefinden sowie für Entspannung untereinander. Die Kommunikation wird somit auch gefördert, da viele Emotionen ausgetauscht werden können. Die Ressourcen von Mensch und Tier sollten viel mehr genützt und unterstützt werden (vgl. Marwedel, Weyerer, Schäufele 2013, S. 69).

Das Ausschöpfen von Ressourcen bedeutet, ein Ziel zu erreichen. Es steht immer zusammen mit den Ressourcen von persönlichen Zielen und Motivationen. Verschiedene Ressourcen stehen oft in Konkurrenz und Widerspruch zueinander. Es gelingt einem Demenzkranken immer wieder, einen Ausweg zu finden, um das

Versagen zu vertuschen. Dieser Erfolg ist meist ein Schaden für den Demenzkranken selbst, denn die Folgen sind meist die Isolation und der Verlust des Selbstwertgefühls (vgl. Stuhlmann 2011, S. 47f).

Zusammenfassung:

Um die Bedürfnisse zu erfüllen, ist die Pflegeassistenz für eine Biographie Anamnese verantwortlich, damit auf die Bedürfnisse von Demenzkranken eingegangen werden kann. Jeder Demenzkranke hat eine Lebensgeschichte mit interessanten Kapiteln aus der Vergangenheit, und vielleicht gewinnt man als Pflegekraft den Zugang zum Langzeitgedächtnis, indem die Erinnerungen wiedererweckt werden. Jeder ist auf seine Art und Weise ein Individuum: wenn es um Nahrung geht, mag der eine eventuell fast alles und manche sind sehr wählerisch. Manche sind körperlich aktiv, andere haben individuelle Bedürfnisse und Vorlieben auf anderen Ebenen. Um die menschlichen Bedürfnisse zu befriedigen, ist die „Maslowsche Bedürfnispyramide“ für die Pflegekräfte eine nutzbare Struktur. Um die physiologischen und psychologischen Bedürfnisse sowie die Sicherheitsbedürfnisse und sozialen Bedürfnisse als Pflegekraft erfüllen zu können wie Nahrung, Ruhe, Schlaf, Kleidung, Geborgenheit, Zuwendung, Gemeinsamkeit, Musik, ist die Biographiearbeit eine der wichtigsten Aufgaben. Damit der Demenzkranke seine Selbstständigkeit so lang wie möglich aufrechterhalten kann, sollte die Pflegeassistenz so möglichst alle Ressourcen ausschöpfen, die der Demenzkranken noch selbst tätigen kann. Die Aufgabe der Pflege ist es auch, auf die Schmerzerfassung bei fortgeschrittenem Stadium der Demenzkranken einzugehen, denn das ist eine große Herausforderung für das Pflegeteam. Schmerzen bei Demenzkranken können sich als aggressive Zustände oder Unruhe wie nervöses hin und her Laufen äußern. Um dies zu erkennen, braucht es sehr viel Beobachtung vom Pflegepersonal, damit auch gleich reagiert werden kann denn, Schmerzen sind behandelbar.

3. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Demenz ist einer der häufigsten Erkrankungen im Alter, deren Ursache pathologische Veränderungen im Gehirn sind. Es gibt verschiedene Stadien der Demenz. Im Frühstadium sind die Menschen vergesslicher und ihre Denkfähigkeit nimmt immer mehr ab. Im mittleren Stadium der Demenz bezieht sich die Vergesslichkeit auf kurz zurückliegende Ereignisse, gefolgt von rascher Verwirrtheit, und es fällt dem Demenzkranken schwer, die richtigen Worte zu finden. Sie bringen die Generationen durcheinander, sehen in der Tochter die Schwester, und glauben, ihre Mutter sei noch am Leben. Im Spätstadium ist die Demenz schon sehr ausgeprägt und der Demenzkranke braucht bei der Körperpflege Unterstützung sowie auch bei den weiteren grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die psychischen Bedürfnisse von Demenzkranken zu erfüllen ist schwierig. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse nach Sicherheit, Zugehörigkeit, Liebe, Achtung und Selbstachtung sowie kognitive Bedürfnisse nach Wissen und Verstehen bleiben offen. Zu den psychischen Bedürfnissen zählen jene höheren Bedürfnisse, die der Mensch befriedigen muss, um sein Selbstwertgefühl zu steigern. Dazu gehören vor allem das Geltungsbedürfnis und die seelische Gesundheit.

Als Pflegekraft den Demenzkranken die Möglichkeit zu geben, sich im Ruheraum oder in den eigenen Zimmern auszuruhen, sorgt für Entspannung. Dies sind Voraussetzungen, die auf einen erholsamen Schlaf wirken, der sich ebenfalls entscheidend auf die psychische Verfassung und das Wohlbefinden auswirkt. Die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz folgen keiner speziellen Psychotherapieeinrichtung. Notwendig ist es auch für das Pflegepersonal, keine allzu großen Erwartungshaltungen zu haben. Wichtige Punkte, die psychischen Bedürfnisse zu erfüllen, sind der Umgang mit Stress und Stimmungsschwankungen, die Wertschätzung des bisher im Leben Erreichten, Krankheitsbewältigung, Reduktion von Verhaltensänderungen und die Förderung des Wohlbefindens des Betroffenen.

Daraus kann notwendige Kraft geschöpft werden und sich das Gefühl von Geborgenheit für Betroffene einstellen. Schmerzen bei Demenzerkrankten zeichnen sich oft mehrdeutig ab und sind nicht so leicht zu deuten. Durch gute

Beobachtung vom Pflorgeteam können im Verhalten des Demenzkranken die indirekten Schmerzzeichen wie eine verkrampfte Haltung, unsicheres Gehen, verstärkter Rückzug, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Rastlosigkeit usw. erkannt werden. Als Aufgabe der Pflegekraft kann dem Bewohner die Geborgenheit durch die Schaffung einer angenehmen Umgebung in seinem Wohnbereich etwa mit persönlichen Gegenständen, Bildern, Blumenschmuck und dergleichen vermittelt werden. Im Tagesablauf ist für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Ruhephasen und körperlicher Bewegung zu sorgen. Dies wirkt sich unmittelbar auf die Psyche aus, besonders, wenn erkennbar ist, dass dies dem Bewohner Spaß macht und mit Kontakt in der Gruppe durchgeführt werden kann. Unter Verwendung verschiedener Sportarten wie Bewegung mit Bällen werden neben dem gesundheitlichen Aspekt auch motorische und kognitive Fähigkeiten trainiert. Im Rahmen der Organisation des Tagesablaufes ist es wichtig, die Demenzkranken so zu beschäftigen, dass sie sich wichtig und verstanden fühlen.

Für Demenzkranke und deren psychische Verfassung ist auch im fortschreitenden Stadium ihrer Krankheit die Wahrung ihrer Persönlichkeit wichtig, die bei allen Bewohnern und Kranken zu beachten ist. Dabei spielt die Rückbesinnung auf Erlebtes und Vergangenes eine große Rolle. Unterstützen kann man dies im Rahmen der Pflege durch Kenntnis früherer Tätigkeiten, Lieblingsbeschäftigungen, von Erfolgserlebnissen und wichtigen Ereignissen im familiären und persönlichen Umfeld. Das Zeigen von Erinnerungsstücken aus alten Zeiten, die Durchsicht von Fotoalben, das Abspielen bekannter und beliebter Musikstücke, das Verwenden gewohnter Kleidungsstücke und Gebrauchsgegenstände sollte seitens des Pflegepersonals ermöglicht werden. Da es an zeitlicher, örtlicher und persönlicher Orientierung fehlt, werden vielleicht Erinnerungen wach, an die das Pflegepersonal gut anknüpfen kann. Menschen mit Demenz können diese wichtigen psychischen Bedürfnisse nicht mehr alleine befriedigen. Sind all diese Bedürfnisse befriedigt, ist ein Mensch das, was er wahrhaft ist. Zu den höheren Bedürfnissen zählen kognitive Befriedigung, Liebe und Respekt. Die Pflegekraft sollte auf die psychischen Befriedigungen jeder Art, die von menschlicher Beziehung gesucht werden, eingehen. Die pflegerische Beziehung zu den demenzkranken Menschen ist wichtig. Ihnen die psychischen Bedürfnisse mit dem Ausdruck von Liebe und Zuneigung zu geben, ist Balsam für die Seele.

4. LITERATURVERZEICHNIS

Andrew, J.: Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. Einschätzen, verstehen und behandeln. Huber: Bern 2013.

Böhm, E.: Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm. Band I - Grundlagen, Band II – Arbeitsbuch. Verlag für Medizinische Wissenschaften. Maudrich: Wien 1999.

Held, C.: Was ist „gute“ Demenzpflege? Demenz als dissoziatives Erleben – ein Praxisbuch für Pflegenden. Huber: Bern 2013.

Hufschmidt, A./Lücking, C. H. (Hrsg.): Neurologie compact. Leitlinien für Klinik und Praxis. 3. erweiterte Auflage. Thieme: Stuttgart 2003.

Jende, C.: Menschenwürdiger Umgang mit Demenzkranken. Diplomica: Hamburg 2013.

Kastner U./Löbach R.: Handbuch Demenz. Fachwissen für Pflege und Beratung. 3. Auflage. Urban & Fischer: München 2014.

Kidwood, T.: Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 5. ergänzte Auflage. Huber: Bern 2008.

Kuhn, D./Verity, J.: Die Kunst der Pflege von Menschen mit Demenz. Den Funken des Lebens leuchten lassen. Huber: Bern: 2012.

Marwedel, U./Weyerer, S./Schäufele, M.: Demenzielle Erkrankungen. Europa-Lehrmittel: Haan-Gruiten 2013.

Maslow, Abraham H.: Motivation und Persönlichkeit. 14. Auflage. Rowohlt: Reinbek bei Hamburg 2016.

Menche, N./Lauster, M./Drescher, A./Wiederhold, D. (Hrsg.): Pflege Heute. 6. Auflage. Urban und Fischer: München 2014.

Stechl, E.: Subjektive Wahrnehmung und Bewältigung der Demenz im Frühstadium: Eine qualitative Interviewstudie mit Betroffenen und ihren Angehörigen (=Wissenschaftliche Schriftenreihe Psychologie 15). Köster: Berlin 2006.

Stuhlmann, W.: Demenz braucht Bindung. Wie man Biographiearbeit in der Altenpflege einsetzt. 2. Auflage. Reinhardt: München 2011

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bedürfnispyramide (Menche et al. 2014, S. 98) Seite 14