

Gudrun Schaade

Demenz

Therapeutische Behandlungsansätze
für alle Stadien der Erkrankung



- Abschluss ihrer Ausbildung zur staatlich anerkannten Beschäftigungstherapeutin 1965
- Danach Tätigkeit als Beschäftigungstherapeutin in einem Krankenhaus mit Schwerpunkt »querschnittsgelähmte Menschen«
- Später arbeitete sie 3 Jahre in Hamburg am berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Boberg ebenfalls mit querschnittsgelähmten Patienten
- Nach der Geburt ihrer 4 Kinder war sie seit 1983 als Ergotherapeutin in der Geriatrie bei einer staatlichen Hamburger Einrichtung mit dem Schwerpunkt der Betreuung einer geschlossenen Station für demenziell Erkrankte tätig
- Von 1999–2002 Begleitung der Menschen mit meist schwerster demenzieller Erkrankung in der besonderen stationären Betreuung
- Daneben unterrichtete Frau Schaade viele Jahre an Fachschulen für Ergotherapie, nach wie vor hält sie Vorträge und Seminare. Seit Jahren engagiert sie sich bei der Alzheimer-Gesellschaft und ist Mitglied bei der DED (Deutsche Expertengruppe Demenz)

Gudrun Schaade

Demenz

Therapeutische Behandlungsansätze
für alle Stadien der Erkrankung

Mit einem Geleitwort von Dr. Jan Wojnar

Gudrun Schaade
Bei der Lutherbuche 32 f
22529 Hamburg

ISBN-13 978-3-540-89540-4 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch, bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag.
springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Marga Botsch, Heidelberg
Projektmanagement: Claudia Bauer, Heidelberg
Lektorat: Heidi Pietron, Neckargemünd
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India
Layout und Umschlaggestaltung: deblik Berlin
SPIN 12267637
Gedruckt auf säurefreiem Papier 22/2122/cb – 5 4 3 2 1 0

Dieses Buch soll allen an Alzheimer erkrankten Menschen gewidmet sein,
die mir in meinem Leben begegnet sind:

»Non ridere, non lugere neque detestari, sed intelligere« –

»nicht belachen, nicht beweinen noch verabscheuen, sondern begreifen!

Spinoza (1632-77) in Tractus politicus 1,4.

Geleitwort

Die Erfassung des »Selbst« und der Umwelt mit allen Sinnen ist für das Überleben jedes Einzelnen von so grundsätzlicher Bedeutung, dass ihre ungestörte Funktion als etwas Selbstverständliches betrachtet wird. Meistens ist es auch gar nicht bewusst, wie kompliziert die Kontroll- und Steuerungsmechanismen sind, die bereits so einfachen Tätigkeiten wie Gehen, Treppenabsteigen oder Aufsuchen der Toilette in der Dunkelheit, zugrunde liegen. Erst wenn Erkrankungen oder das Altern die Funktionen einzelner Sinnesorgane beeinträchtigen, wird deren Bedeutung bewusst. Die Umwelt fängt langsam an zu verschwimmen und zu verstummen, der Körper reagiert kaum noch auf die Veränderungen der Temperatur, die Beschaffenheit der berührten Flächen und Vibrationen der Gelenke beim Auftreten, die Speisen verlieren ihren Geschmack und die Blumen ihren Duft. Die Außenwelt beschränkt sich dann zunehmend auf die Bilder der Erinnerung und nur noch die unmittelbare Anwesenheit anderer Menschen bildet die Brücke zur Realität. Die Beeinträchtigung der Wahrnehmung ist für Menschen mit ausgeprägten (durch Demenzerkrankung oder sog. Korsakow-Syndrom bedingten) Gedächtnisstörungen besonders belastend, verstärkt ihre Isolation und führt zu ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten.

Gudrun Schaade, die sich als eine der ersten deutschen Ergotherapeutinnen weitgehend der Betreuung schwer demenzkranker Menschen gewidmet hat, erkannte schnell die grundsätzliche Bedeutung der sensorischen Stimulation für die Lebensqualität der Betroffenen. Sie erlebte aber auch, wie schwierig es ist, notwendige therapeutische Handlungen so zu gestalten, dass sie den Kranken viel Freude bereiten, und nicht als eine zusätzliche Quelle von Entfremdung und Angst erlebt werden.

Wer das vorliegende Buch gelesen hat, wird nicht mehr das »Händchenhalten« milde belächeln oder angesichts einer demenzkranken Frau mit einer Puppe auf dem Schoß entsetzt reagieren. Er wird erkennen, dass alle notwendigen alltäglichen Handlungen bei der »Versorgung« von Demenzkranken auch der sensorischen Stimulation dienen - aber nur dann, wenn sie »therapeutisch« richtig durchgeführt werden. Hierzu ist es notwendig, die normalen Funktionen der Sinnesorgane und deren Veränderungen im Laufe des Lebens und bei Erkrankungen zu verstehen, um die Reaktionen der Kranken auf bestimmte Handlungen richtig interpretieren zu können und eigenes Verhalten entsprechend zu modifizieren.

Es ist dem Buch hoch anzurechnen, dass es die notwendigen Unterschiede im therapeutischen Umgang mit Demenzkranken (Menschen mit ausgeprägten Störungen aller kognitiven Funktionen) und Kranken mit einem Korsakow-Syndrom (ausschließlichen Störungen der Gedächtnisfunktionen) ausführlich erklärt. Dadurch bleiben Allen, die beide Gruppen der Kranken betreuen, viele Enttäuschungen und Ärger erspart.

Nach »Ergotherapie bei Demenzerkrankungen« beweist Gudrun Schaade mit dem vorliegenden Buch erneut, dass die Betreuung Demenzkranker zu einer der faszinierendsten Aufgaben gehört, die einen aufmerksamen Beobachter ständig vor neuen Fragen stellt und so immer tiefer in die Geheimnisse des menschlichen Seins führt.

Dr. Jan Wojnar

(Mitbegründer der Alzheimer Gesellschaft Hamburg
und Deutsche Expertengruppe Demenzbetreuung)
Frankreich 2009

Vorwort

Nach der Internationalen Klassifizierung (ICF in MMI 2005) wird Demenz als Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung aus unterschiedlichen Ursachen bezeichnet. Man unterscheidet die primäre und die sekundäre Demenz, wobei die primären Demenzerkrankungen, zu denen auch die Alzheimer-Erkrankung gezählt wird, den weitaus größeren Anteil ausmachen. Bei der Alzheimer-Krankheit handelt es sich um eine progressive neuro-degenerative Demenz mit schleichendem Beginn. Die Demenzerkrankung ist ein komplexes Geschehen, das zunächst »nur« die Kognition und das Verhalten eines Menschen beeinträchtigt, sich aber später auch auf die gesamte Körperlichkeit auswirkt. Hier trifft man auf Symptome, die man bei vielen neurologischen Erkrankungen erkennen kann.

Es geht um den zunehmenden Verlust der Bewegung und der Körperwahrnehmung. Es soll insbesondere der Frage nachgegangen werden, ob sich die Erkenntnisse der »**Sensorische Integration**« aus der Arbeit mit Kindern auf die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen übertragen lassen. Es ist mir klar, dass die Sensorische Integration wissenschaftlich sehr umstritten ist, aber bei intensiver Beobachtung von Menschen mit Alzheimer-Demenz kann man die gleichen Störungen der Sensorischen Integration erkennen, wie Ayres sie bei Kindern beschreibt. In dem Buch »Ergotherapie bei Demenzerkrankungen« (Schaade 2008) wurde schon der Versuch unternommen, auf diese einzugehen und sie therapeutisch umzusetzen; nun soll dies noch intensiver erläutert werden.

Neben der primären Demenz, der **Alzheimer-Erkrankung**, spielt das **Korsakow-Syndrom** (das Anamnestiche Syndrom) eine große Rolle. Hier kommt es zu einer Gehirnerkrankung durch die toxische Wirkung von Alkohol.

Über die Behandlung und Therapieansätze des Korsakow-Syndroms gibt es kaum Literatur, darum soll in diesem Buch zusätzlich zur Vertiefung des Therapieansatzes bei Alzheimer-Erkrankung auch auf die Möglichkeit, bei einem Korsakow-Syndrom therapeutisch tätig zu werden, eingegangen werden.

Gudrun Schaade

Hamburg, im Frühjahr 2009

Danksagung

Wie bei der Entstehung eines jeden Buches gibt es Menschen, die einem Anregungen, positive Kritik und einen neuen Blickwinkel auf die vorgestellten Probleme geben. So war es auch bei der Entstehung dieses Buches. Über lange Jahre habe ich die Ideen dazu in mir getragen, und nur durch die Hinweise von Kollegen und Freunden konnte ich diese Gedanken auf Papier bringen. So danke ich ganz herzlich Frau Christa Berting-Hünecke, die meine ersten Versuche, über Wahrnehmung zu berichten, gelesen und mir Hinweise gegeben hatte. Außerdem hat mir der Austausch mit Dr. Jan Wojnar sehr geholfen, der mir in seiner freundlichen Art Kritik als helfende Information übermittelte. Ein großes Dankeschön geht an die Kolleginnen des Hamburger Fachkreises Ergotherapie & Demenz, mit denen ich bei vielen Treffen über eine große Anzahl von Themen diskutieren konnte. Ein besonderer Dank geht dabei an Dorothee Danke und Susanne Volkmann. Frau Hannelore Stigler gilt mein ganz inniger Dank, dass sie das Bild von ihrer demenzkranken Mutter und sich für das Cover zur Verfügung gestellt hat. Als Letztes, aber doch nicht weniger wichtig ist mir der Dank an das Team des Springer Verlags, Marga Botsch (Planung) und Claudia Bauer (Projekmanagement), außerdem die Lektorin Frau Heidi Pietron. Ohne deren professionellen Einsatz und auch ihre hilfreiche Begleitung wäre das Buch sicher nicht so gut gelungen.

Inhaltsverzeichnis

1	Betreuungskonzepte für Menschen mit demenzieller Erkrankung	1
1.1	Betreuungsformen	2
1.2	Betreuungsformen in Einrichtungen für demenzkranke Menschen	4
1.3	Betreuungskonzepte	5
1.4	Zusammenfassung	11
2	Aufbau und Funktion des Gehirns	13
2.1	Anatomische Grundbegriffe	14
2.2	Funktionen des Gehirns	14
2.3	Schlussbemerkung	17
3	Kognition	19
3.1	Was bedeutet Kognition?	20
3.2	Störungen der Kognition bei Demenzerkrankungen	22
3.3	Fazit	25
4	Wahrnehmung	27
4.1	Was ist Wahrnehmung?	28
4.2	Wahrnehmungsfähigkeit	30
4.3	Wahrnehmungskonzepte	32
4.4	Wahrnehmungsstörungen bei demenzieller Erkrankung	35
4.5	Altersbedingte Veränderung der physiologischen und psychischen Funktionen als normales Altern	37
4.6	Zusammenfassung	39
5	Sensorische Integration und Demenzerkrankung	41
5.1	Geschichte der Sensorischen Integrationstherapie	42
5.2	Was bedeutet Sensorische Integration?	42
5.3	Störung in der sensorischen Integration	46
5.4	Die Symptome bei einer Störung der sensorischen Integration	48
5.5	Behandlungsziele	51
5.6	Möglichkeiten und Grenzen der Sensorischen Integration beim demenziell Erkrankten	53
5.7	Verhalten der Therapeutin	53
5.8	Sensorische Integrationstherapie	54
5.9	Therapieansätze von Smith Roley, Blanche und Schaaf	56
5.10	Zusammenfassung	57
6	Die Hände als wichtiges »Sinnesorgan« Demenzkranker	59
6.1	Hände als wichtiges Ausdrucksmittel des Menschen	60
6.2	Verarbeitung der Sinnesreize der Hand im Gehirn	61
6.3	Kraftdosierung der Hände	62
6.4	Be-greifen	62
6.5	Die Hand, ein aktives Sinnesorgan	63

6.6	Hände als Greifraum	63
6.7	Koordination der Hände – Bilaterales Arbeiten mit den Händen	63
6.8	Fazit	65
7	Therapie bei beginnender Demenz	67
7.1	Die Bedeutung der Krankheitsstadien für die Therapie	68
7.2	Orientierungshilfen bei beginnender Demenz	69
7.3	Sicherheit	70
7.4	Hilfestellung	70
7.5	Behandlungsplanung	71
7.6	Warum will man aktivieren?	72
7.7	Nachahmen – kontrovers diskutiert	73
7.8	Stimulation der Aufmerksamkeit und Konzentration	74
7.9	Stimulation der Merkfähigkeit	74
7.10	Biographiearbeit	75
7.11	Tätigkeiten des täglichen Lebens (ADL)	76
7.12	Kreatives Tun	76
7.13	Spiel bei beginnender Erkrankung	77
7.14	Körperinformation	77
7.15	Zusammenfassung	77
8	Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung	79
8.1	Ziele	80
8.2	Autostimulationen	81
8.3	Immobilität	83
8.4	»Pflegeoasen«	84
8.5	Essstörungen	85
8.6	»Bodenpflege«	86
8.7	Zusammenfassung	88
9	Einzeltherapie	89
9.1	Die Hausbehandlung	90
9.2	Einzelbehandlung bei Hyperaktivität	90
9.3	Einzelbehandlung bei Schwerstkranken	91
9.4	Fazit	91
10	Das Spiel als therapeutisches Mittel	93
10.1	Definition des Begriffs »Spiel«	94
10.2	Warum spielt der Mensch?	94
10.3	Wirkung des Spielens	95
10.4	Vorraussetzung für das Spiel mit demenziell erkrankten Menschen	95
10.5	Umgang mit Musikinstrumenten	97
10.6	Puppen – Handpuppen – Stofftiere	98
10.7	Praktischer Teil – Zusammenfassung von Spielmöglichkeiten	99
10.8	Anstelle einer Zusammenfassung	101

11	Korsakow-Syndrom (anamnestisches Syndrom)	103
11.1	Geschichte des Alkohols	104
11.2	Suchtverhalten – Was ist Sucht?	105
11.3	Was ist Alkohol?	106
11.4	Allgemeine körperliche Schädigungen durch Alkoholabusus	106
11.5	Definition des Korsakow-Syndroms (amnestisches Psychosyndrom)	107
11.6	Störungsbild des Korsakow-Syndroms	109
11.7	Verhalten der Therapeutin	110
11.8	Therapeutisches Vorgehen	111
11.9	Ausblick	115
12	Religiosität im Zusammenhang mit demenzieller Erkrankung	117
12.1	Definition Religiosität und Spiritualität	118
12.2	Bedeutung für den Demenzkranken	118
12.3	Einbeziehen von Religiosität in die Therapie	119
12.4	Zusammenfassung	121
13	Arbeitsmaterialien	123
13.1	Materialien bei beginnender Demenzerkrankung	124
13.2	Materialien bei zunehmender Demenzerkrankung	125
13.3	Fazit	127
	Literatur	129
	Wichtige Adressen und Hinweise	131
	Stichwortverzeichnis	133

Betreuungskonzepte für Menschen mit demenzieller Erkrankung

- 1.1 **Betreuungsformen – 2**
- 1.2 **Betreuungsformen in Einrichtungen für demenzkranke Menschen – 4**
 - 1.2.1 Das Integrationsprinzip – 4
 - 1.2.2 Das Domus-Prinzip oder die segregative Einrichtung – 4
 - 1.2.3 Wohngemeinschaften – 5
- 1.3 **Betreuungskonzepte – 5**
 - 1.3.1 Milieuthherapie – 5
- 1.4 **Zusammenfassung – 11**

Die Betreuung von Menschen mit einer Demenzerkrankung ist glücklicherweise in den letzten 20 Jahren sehr vielfältig geworden. Man weiß etwas mehr über die Krankheiten, man kann Demenzerkrankungen besser differenzieren, aber nach wie vor ist z. B. die Ursache der Alzheimer-Erkrankung noch nicht erforscht und damit fehlt es auch an medikamentöser Therapie. Es gibt zwar inzwischen verschiedenste Medikamente, aber diese können letztlich nur symptomatisch eingesetzt werden.

Um mit demenziell erkrankten Menschen als Therapeutin arbeiten zu können, muss man sich zunächst mit allen inzwischen bekannten Möglichkeiten befassen, die mit der Betreuung dieser Menschen zu tun haben. Natürlich geht es zuerst um das **Wissen über das Krankheitsbild** und die Symptome, aber daraus resultieren verschiedene **Betreuungsansätze**, die notwendig für den richtigen Umgang mit demenzkranken Menschen sind. Dies gilt für alle betreuenden Personen, seien es Angehörige, Pflegekräfte oder Therapeuten. Schließlich sollte man die Zusammenarbeit aller Menschen, die mit demenziell erkrankten Menschen zu tun haben, in seine Überlegungen einbeziehen. Dies sind zunächst die Angehörigen und die Pflegekräfte, darüber hinaus die Ärzte und alle therapeutischen Bereiche. In diesem Zusammenhang sind natürlich die Ergotherapeuten als erste zu nennen; weiterhin ist die Zusammenarbeit mit den Musiktherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten von größter Bedeutung. Es geht um das **Zusammenspiel aller Berufsgruppen** und nicht um die Bedürfnisse einzelner. Es geht um die kranken Menschen, die das interdisziplinäre Team benötigen. Diese Bereiche ergänzen sich und können aus ihrer Sicht jeweils ein ganz anderes Bild des kranken Menschen gewinnen, welches in Teambesprechungen ausgetauscht werden sollte. So muss unbedingt darauf geachtet werden, dass es ein Miteinander in der Betreuung geht und um kein Gegeneinander. Wenn dies sinnvoll geschieht, kann es nur zum Wohle des demenziell erkrankten Menschen sein.

1.1 Betreuungsformen

So entsteht die Frage, in welcher Betreuungsform der demenziell erkrankte Mensch gepflegt werden

soll. Bei beginnender Erkrankung kann der betroffene Mensch sich meistens noch in seinem gewohnten Umfeld also der **Häuslichkeit** bewegen. Er braucht aber bereits Hilfestellung bei Behörden-gängen und Autofahren. Vielleicht braucht er auch schon Hilfe durch »Essen auf Rädern« usw.

Wenn die Erkrankung weiter voranschreitet gibt es viele Möglichkeiten der Betreuung. Zunächst stehen Einrichtungen mit einer **Tagespflege** zur Verfügung. Die kranken Menschen leben noch in ihrer Häuslichkeit, aber für gewisse Tage oder Stunden werden sie in speziellen Pflegeeinrichtungen tagsüber versorgt, damit die Angehörigen entlastet werden. Es geht bei der Tagespflege aber nicht nur um die Entlastung der Familie, sondern auch darum, dass die kranken Menschen mit ebenfalls anderen kranken Menschen zusammenkommen können. Ein demenziell erkrankter Mensch kann mit noch so viel Liebe umgeben werden, aber er ist immer in einer Gesellschaft, die kognitiv ausgerichtet ist, ein Außenseiter. In gesonderten Einrichtungen kann es so sein, wie es seine Krankheit ihm auferlegt.

Manchmal werden die kranken Menschen aus unterschiedlichsten Ursachen ins **Krankenhaus** gebracht. Das Krankenhaus ist natürlich nur ein vorübergehender Aufenthaltsort für demenziell erkrankte Menschen, denn das Krankenhaus bringt sowohl für den kranken Menschen als auch für das Personal große Probleme mit sich. Die meisten Krankenhäuser sind nicht auf die Betreuung demenziell erkrankter Menschen eingerichtet, es sei denn, dass es sich um eine **psychiatrische Klinik** mit speziellem Bereich für demenzkranke Menschen handelt. Besonders schwierig wird die Unterbringung im Krankenhaus, wenn es sich z. B. um einen demenziell erkrankten Menschen mit einer Schenkelhalsfraktur oder auch mit einer Lungenentzündung handelt. Hier müssen diese Kranken mit allen anderen Patienten betreut werden. Dieses Pflegepersonal hat natürlich nicht die nötigen Kenntnisse über die spezielle Betreuung demenziell erkrankter Menschen. So konnte die Autorin eine Situation erleben als sie eine Bekannte auf einer Internen Station eines allgemeinen Krankenhauses besuchte.

Beispiel

Die Autorin musste vor dem Krankenzimmer warten, da der Patient versorgt werden musste. Während sie auf dem Flur saß, öffnete sich die Zimmertür des Nachbarzimmers, eine alte Dame erschien völlig entkleidet auf dem Flur. Eine Stationshilfe, die gerade den Flur reinigte, rief aus: »Nun haben Sie sich schon wieder ausgezogen!« Die Stationshilfe forderte eine andere Patientin auf, die gerade aus dem nächsten Zimmer auf den Flur trat, diese alte Dame festzuhalten, damit sie Hilfe bei der Schwester holen konnte. Diese Dame weigert sich verständlicherweise. Nun war die Autorin gefragt, einzugreifen. Sie beruhigte die Stationshilfe, bot an, sich um diese Frau zu kümmern, damit Hilfe durch die Schwester geholt werden konnte. Beruhigend sprach die Autorin auf die alte Dame ein und diese kam ohne Probleme wieder mit ins Zimmer. Schließlich kam eine Schwester mit der aufgeregten Bemerkung: »Nun haben Sie sich schon wieder ausgezogen!« Dieser kleine Vorfall verdeutlicht die Problematik in der Versorgung demenziell erkrankter Menschen im Krankenhaus.

Auch das Umfeld kann im Krankenhaus den Bedürfnissen des demenziell erkrankten Menschen meistens nicht angepasst werden. Das Umfeld besteht aus mehr als aus der Räumlichkeit. Das Umfeld besteht aus dem **personellen Umfeld**, das die Familie und Freunde, amtlich bestellte Betreuer und meistens auch Pflegekräfte – ambulant oder stationär – umfasst. Angehörige sind sehr häufig mit der Pflege demenziell erkrankter Menschen überfordert. Sie müssen Unterstützung in der Häuslichkeit bekommen, sowohl physisch als auch psychisch. Es werden ca. 80% aller demenziell erkrankten Menschen **zu Hause gepflegt**. Die Pflege von an Demenz erkrankten Menschen erstreckt sich rund um die Uhr. Die Familie, häufig Ehefrauen, Ehemänner oder Kinder haben mit zunehmender Erkrankung keine Chance mehr auf ein eigenes Leben, da die Kranken ständig Betreuung brauchen, da sie sich nicht mehr orientieren können und sich deshalb z. B. beim Einkaufen verlaufen und den Weg nach Hause nicht mehr finden. Sie entwickeln Verhaltensveränderungen, die oft in Aggressionen münden, da sie z. B. das Waschen und Anziehen, Nahrungsaufnahme usw. nicht mehr als eine normale

Alltagshandlung einordnen könne. Deshalb geht es hier um Aufklärung der Angehörigen und der Betreuenden über den besonderen Umgang mit den kranken Menschen. Außerdem sollen Anlaufstellen vermittelt werden, wie z. B. Alzheimer-Gesellschaften, um Ansprechpartner zum Austausch zu finden und konkrete Ratschläge einholen zu können.

Aber auch wenn die Kranken sich in einer **Einrichtung** befinden, muss den Angehörigen Hilfeleistung gegeben werden, damit sie mit der Situation fertig werden. Häufig kommt es bei Angehörigen zu Schuldgefühlen, dass sie den Kranken in ein Heim, bringen mussten. Außerdem entsteht oft die Situation, dass die Angehörigen von dem demenziell Erkrankten nicht mehr erkannt werden und bei Besuchen keine Notiz von ihnen genommen wird. Dies ruft bei Angehörigen häufig Unverständnis, ja psychische Verletzungen hervor. Bei amtlich bestellten Betreuern kann es sein, dass sie sehr viele kranke Menschen zu betreuen haben und dadurch nur sehr wenig Kontakt zu dem einzelnen haben können.

Wichtig

Wichtig ist, dass man als Therapeutin mit allen Menschen des sozialen Umfelds Kontakt pflegt sowohl im häuslichen Bereich als auch in einer Einrichtung, damit man viele Informationen erhält und dadurch dem demenziell Erkrankten möglichst gute Bedingungen für sein Wohlbefinden geben kann.

Auch als Therapeutin kann man informative Gespräche mit den Angehörigen führen. Man kann sie zu Angehörigen-Nachmittagen oder Abenden einladen, um den Austausch untereinander zu fördern. Man sollte die Angehörigen aber auch einladen, bei **Gruppenaktivitäten** teilzunehmen, da dort die Kranken sich ganz anders verhalten als sonst im Stationsalltag. Viele Angehörigen wissen immer weniger, was sie mit ihren Kranken während des Besuchs anfangen sollen. Auch hier hilft die Teilnahme an dem Gruppengeschehen. Es gab Angehörige, die nur zu der Zeit kamen, während der die Gruppentherapie stattfand. Sie hatten selbst sehr viel Spaß und Freude beim gemeinsamen Tun und freuten sich über die oft nicht gesehenen Ak-

tivitäten ihrer kranken Angehörigen. Gerade die Weihnachtszeit bietet sich an, »Weihnachtsbastelei« für Kranke und ihre Angehörigen anzubieten. Leider haben nicht alle demenziell erkrankten Menschen Angehörige oder aber diese haben keine Zeit, so ist es schön zu sehen, wie die anwesenden Angehörigen sich auch um die anderen Bewohner kümmern. Man muss sehr einfache Dinge zum »Basteln« anbieten, z. B. vorgegebene Sterne aus Goldpapier ausschneiden lassen. Oft müssen die Angehörigen praktisch helfen, so dass die Kranken in diesem Fall vielleicht noch den einen oder anderen Handgriff tun oder einfach zusehen können. Man kann Weihnachtslieder über CD laufen lassen und dadurch einfach Weihnachtsstimmung erzeugen. Die Sterne werden dann an einer Schnur im Gemeinschaftsraum aufgehängt. Das Ziel bei dieser Aktion ist vor allem die Gemeinsamkeit zwischen den kranken Menschen und ihren Angehörigen. Bei den anderen Gruppenaktivitäten stehen andere Ziele im Vordergrund (Schaade 2004).

1.2 **Betreuungsformen in Einrichtungen für demenzkranke Menschen**

In Einrichtungen gibt es verschiedene Möglichkeiten der Betreuung. Man spricht vom Integrationsprinzip oder vom Domusprinzip bzw. Segregativ Einrichtung.

1.2.1 **Das Integrationsprinzip**

Unter dem Integrationsprinzip versteht man eine Begleitung und Betreuung d.h. notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote für den Demenzkranken in einer teilintegrierten Versorgung, die in die stationäre »Rund-um-die-Uhr« Betreuung eingebettet ist.

Es gibt Einrichtungen, in denen vor allem Ergotherapeuten die Tagesbetreuung dieser an Demenz erkrankten Menschen übernehmen.

1.2.2 **Das Domus-Prinzip oder die segregative Einrichtung**

Unter dem Domusprinzip versteht man eine spezialisierte, segregative »Rund-um-die-Uhr«-Betreuung d.h. die notwendige pflegerische Versorgung, Tagesstrukturierung und ergänzende aktivierende therapeutische Angebote für demenziell Erkrankte. Sie leben zusammen in einem für sie besonders gestalteten Wohnbereich. Die betreuenden Personen unterstützen sie zu einer möglichst normalen Lebensführung bei allen krankheitsbedingten Einschränkungen. Alle pflegerischen Maßnahmen werden für den demenziell Erkrankten mit verständlichem Angebot möglichst stressfrei für ihn durchgeführt. (Hamburger Modell zur stationären Betreuung Demenzkranker 2000) In die besondere stationäre Betreuung müssen Therapeuten in den Stationsalltag integriert sein, so dass z. B. in Hamburg in jeder dieser Abteilungen häufig Musiktherapeuten und Ergotherapeuten arbeiten. Bei besonderer schwerer Form der demenziellen Erkrankung kann es erforderlich werden, den Kranken zu seinem eigenen Schutz in einer **geschlossenen gerontopsychiatrischen Einrichtung** unterzubringen. Auch hier sollten die Regeln für das Domus-Prinzip gelten.

Das Domus-Prinzip ist an manchen Stellen umstritten, da man nicht will, dass demenziell Erkrankte ausgeschlossen und ausgegrenzt werden. Aber diese Menschen ziehen sich in ihre eigene Welt zurück und brauchen Schutz, um darin leben zu können. Sie dürfen nicht ständig durch Verbote, Ermahnungen und manchmal sogar Beschimpfungen von ihren »Tätigkeiten« abgehalten werden. Es ist für einen kranken alten Menschen, der kognitiv noch gesund ist, schwierig zu tolerieren, dass ein an Demenz Erkrankter an seine Sachen geht, vielleicht die Schokolade aufisst und sich noch in das fremde Bett legt. Dies führt manches Mal zu Ärger und Streit, vor allem aber kann es die Aggressionen des demenziell Erkrankten verstärken. Er weiß nicht, warum er jetzt beschimpft und aus dem Zimmer vertrieben wird. Er kann dies nicht mehr einordnen. So ist die segregative Einrichtung ein Schutzraum.