

Gestern wusste ich noch, wie
das geht!

Demenzkrankungen bei Menschen mit
geistiger Behinderung

Dementielle Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen

Verlauf einer dementiellen Erkrankung:

Stadium 1

Leichter Verlust des Kurzzeitgedächtnisses, beginnende Sprachstörungen

Stadium 2

Gravierender Verlust von Sprache und Auffassung, Desorientierung, Verwirrung, Unruhe, Reizbarkeit, Aggression, Störung der motorischen Funktionen, Epilepsie, psych. Veränderungen wie Depressionen, Psychosen, Halluzinationen

Stadium 3

Zunehmende Bettlägerigkeit, Inkontinenz, wenig bis keine Eigenaktivitäten, Schluckproblematiken, zunehmendes Schlafbedürfnis

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Allgemeine Warnsignale die auf eine Demenzerkrankung hindeuten können:

- “ Vergessen kurz zurückliegender Ereignisse
- “ Schwierigkeiten, gewohnte Tätigkeiten auszuführen
- “ Sprachstörungen
- “ Nachlassendes Interesse an Arbeit, Hobbys und Kontakten
- “ Schwierigkeiten, sich in fremder Umgebung zurechtzufinden
- “ Fehleinschätzung von Gefahren
- “ Bislang nicht bekannte Stimmungsschwankungen, zunehmende Ängstlichkeit, Reizbarkeit und Misstrauen
- “ Abstreiten von Irrtümern oder Verwechslungen

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Primäre Symptome der Demenz:

- “ Gedächtnisstörungen
 - Betreffen zunächst das Kurzzeitgedächtnis
 - Später auch das Langzeitgedächtnis
- “ Denkstörungen
 - Logische Abläufe
 - Adäquate Einschätzung von Situationen
- “ Orientierungsstörungen
 - Zuerst zum Ort
 - Nachfolgend zu Zeit und Person
- “ Neurologische Störungen
- “ Verminderung von Antrieb und Aufmerksamkeit

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Sekundäre Symptome der Demenz:

- “ Ängstlichkeit
- “ Sozialer Rückzug und depressive Reaktionen
- “ Aggressives Verhalten
- “ Wahn
- “ Panikreaktionen
- “ Agitation
- “ Apathie
- “ Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Bei Menschen mit geistiger Behinderung wird die „primäre Symptomatik“ meist erst nach der „sekundären Symptomatik“ festgestellt.

Nicht der Verlust der kognitiven Fähigkeiten steht im Vordergrund, sondern eher die Verhaltensänderungen und Verhaltensauffälligkeiten.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Demenz geht weit über den reinen Verlust von Fähigkeiten hinaus.

Sie beeinträchtigt das Wahrnehmen, das Verhalten und das Erleben . also das gesamte Sein.

In der Welt, in der der Betroffene lebt, besitzen Dinge und Ereignisse oft eine völlig andere Bedeutung als in der Welt der „Gesunden“.

Der Betroffene vereinsamt innerlich, da ihm keiner mehr in seine Welt zu folgen vermag.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Nur im Anfangsstadium kann evtl. noch mitgeteilt werden, was der Betroffene empfindet. Später muss es das Betreuungspersonal erföhlen.

Man muss sich also in die Welt des erkrankten Bewohners begeben, um von ihm verstanden zu werden.

Schlüssel für viele Verhaltensweisen liegen in der Biografie verborgen.

Der an Demenz erkrankte geistig behinderte Mensch büßt zwar seine Erinnerung und seine Fähigkeiten ein, seine Erlebnisfähigkeit und sein Geföhlsleben aber bleiben bis zu seinem Tod erhalten.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Erklärungen, die auf Logik beruhen, können nicht mehr verstanden werden. Die Realität kann nicht mehr sinnvoll entschlüsselt werden.

Einfache Gegenstände verlieren ihren Sinn, wie z.B. eine Zahnbürste.

Der Verlust an Kompetenzen kann nicht mehr mit dem Verstand „reguliert“ werden (z.B. beim nächsten Mal klappt es bestimmt), das führt durch die permanenten Misserfolgserlebnisse zu großer Angst, Verweigerung und evtl. auch Verhaltensproblematiken und Aggression.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Die Diagnostik ist ein zentraler Punkt, denn der Beginn der Erkrankung ist gerade im Bereich der geistigen Behinderung nicht leicht zu erkennen.

Menschen mit Behinderungen (wie die so genannten „normalen“ Menschen) neigen dazu, diese beginnenden Störungen sehr geschickt zu überspielen und zu verstecken. Sie merken selbst, dass sich etwas verändert und sie etwas plötzlich nicht mehr können.

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Teilweise ist ihnen das genauso schmerzlich bewusst wie normalen“ Menschen und sie können damit schlecht umgehen, da ihr ganzes Leben aus Defiziten besteht (und ihnen das sehr wohl bewusst ist).

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Die Früherkennung einer dementiellen Erkrankung ist extrem wichtig, da in der Folge früher mit medikamentöser Therapie und pädagogischer Arbeit begonnen werden kann.

Ein Hinauszögern des Fortschritts der Erkrankung ist so möglich.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Probleme bei der Diagnostik:

- “ Beginnende Symptome werden oft von der geistigen Behinderung überlagert oder verdeckt
- “ Tests wie z.B. aus der Seniorenarbeit bekannt (MMS) sind ungeeignet
- “ Starke Leistungsunterschiede“ bei Menschen mit geistiger Behinderung machen generalisierten Test nicht realistisch
- “ Geistig behinderte Menschen können schlecht Auskunft geben über das eigene Befinden bzw. den Verlust von Kompetenzen
- “ Teilweise fehlende Sprache

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Diagnostik macht daher nur in enger Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen, Betreuern und ggf. Angehörigen Sinn.

Dazu gehört eine detaillierte ärztliche Untersuchung und Zusammenarbeit mit dem psychologischen Fachdienst um Differentialdiagnosen ausschließen zu können

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Entwicklung eines Demenz-Screening-Fragebogens von Dr. Andreas Ackermann, Institut für Psychogerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg

Grundlage ist hier eine Bestandsaufnahme der individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem bestimmten Zeitpunkt. Dieser Ratingbogen soll gemeinsam durch ein Betreuungsteam und ggf. den Fachdienst bearbeitet werden. Eine engmaschige zeitliche Überprüfung im Abstand von 3 oder 6 Monaten durch das gesamte Betreuungsteam ist notwendig. Dazu gehören eine individuelle und genaue Dokumentation in der Einrichtung und eine detaillierte ärztliche Diagnostik.

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Ratingskala zur Erfassung demenzbedingter Veränderungen bei Menschen mit geistiger Behinderung (DEMGEB)

Datum der Erhebung: _____ lfd. Nummer: _____ Hz des Beurteilers: _____		Demenzdiagn.: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Datum: _____		- (0)	+/- (1)	+ (2)	Item- punkt- wert
Name: _____ Geb.Dat.: _____ Alter: _____		Art der geistigen Behinderung: _____ <input type="checkbox"/> unbekannt					
TEIL 1 – ADLs und adaptive Fähigkeiten							
01 Fähigkeit sich selbst zu kleiden							
Bewertungskriterium:							
02 Koordinative Fähigkeiten (z.B. beim Handarbeiten oder in der Werkstätte)							
Bewertungskriterium:							
03 Selbstständigkeit bei IADL (z.B. Einkaufen gehen, Aufträge erledigen)							
Bewertungskriterium:							
04 Sprachliche Fähigkeiten, Fähigkeiten zur Kommunikation							
Bewertungskriterium:							
05 Zeitliche Orientierung (z.B. aktuelles Datum)							
Bewertungskriterium:							
06 Fähigkeit zur Unterstützung bei Hausarbeiten (z.B. Zimmer aufräumen, Tisch decken)							
Bewertungskriterium:							
07 Erledigung einfacher Aufgaben (Übernahme von Einzelhandlungen)							
Bewertungskriterium:							
08 Eigeninitiative (Tätigkeiten aus eigenem Antrieb, z.B. Hobbies)							
Bewertungskriterium:							
09 Ausdauer/Beharrlichkeit bei Betätigungen (z.B. Verfolgen einer Sendung)							
Bewertungskriterium:							
10 Umgang mit persönlichen Gegenständen (Pflege von Eigentum)							
Bewertungskriterium:							
11 Kooperationsfähigkeit/Ausführung von Anweisungen							
Bewertungskriterium:							
12 Aktive Teilnahme an sozialen Aktivitäten und Unternehmungen							
Bewertungskriterium:							
Score Teil 1:							

©Ackermann, 2007

vorfällige Arbeitsfassung

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

	- (0)	+/- (1)	+ (2)	Item-punktwert
TEIL 2 – Kognition und Affekt				
13 Sprachflüssigkeit, Wortfindung				
Bewertungskriterium:				
14 Fähigkeit adäquate Entscheidungen zu treffen (im Alltag)				
Bewertungskriterium:				
15 Aneignen neuer Fertigkeiten (z.B. in Werkstätte oder Haushalt)				
Bewertungskriterium:				
16 Fähigkeit die Uhrzeit von der Uhr abzulesen				
Bewertungskriterium:				
17 Ablenkbarkeit				
Bewertungskriterium:				
18 Subjektives Empfinden, schlechter zu sein als andere				
Bewertungskriterium:				
19 Ermüdbarkeit				
Bewertungskriterium:				
20 Schlafstörungen				
Bewertungskriterium:				
21 Stimmungsschwankungen				
Bewertungskriterium:				
22 Zeiten unterdurchschnittlicher allgemeiner Leistungsfähigkeit (Frequenz)				
Bewertungskriterium:				
23 Niedergeschlagenheit				
Bewertungskriterium:				
24 Aggressivität				
Bewertungskriterium:				
			Score Teil 2:	
			Score Teil 1:	
Score bei T ₀ = 24, Maximalscore: 48			Gesamtscore:	

©Ackermann, 2007

vorläufige Arbeitfassung

Woran merken wir, dass jemand an Demenz erkrankt?

Es gibt keine Standardlösungen, in jedem Fall muss individuell entschieden und reagiert werden.

Entscheidend ist, was sich der behinderte Mensch wünscht und das ist meist, dass er in seinem gewohnten und vertrauten Umfeld bleiben kann.

Sein Recht auf Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft endet nicht mit der Diagnose einer dementiellen Erkrankung!

Die Entscheidung hierüber muss allerdings im gesamten Betreuungsteam gewonnen werden, nur so ist sie tragfähig und umsetzbar.

Diagnose Demenz . und dann?

Umsetzung in der Praxis

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind
- Bei Menschen, die keinen weiteren externen Lebensbereich haben

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:
 - “ Arbeitsanforderungen an Klientel anpassen
 - “ Kleine Gruppenstärke
 - “ Lärmintensives Arbeiten reduzieren oder vermeiden
 - “ Individuelle Pausenzeiten
 - “ Möglichkeit eines Ruheraums schaffen
 - “ KG/Ergo/Logo vor Ort als Förderung und Unterbrechung des Arbeitsalltags

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:
 - “ Gedächtnistraining (kein Abfragen von Daten!)
 - “ Toilettentraining
 - “ Sprachtraining
 - “ Feinmotorik
 - “ Förderung/Erhalt in Absprache und Zusammenarbeit mit der Wohneinrichtung

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:
 - “ Wünsche des Menschen mit Behinderung erfragen und mit einbeziehen
 - “ Pädagogische und medizinische Schulung des Personals vor Ort
 - “ Sozialdienst involvieren
 - “ Schulungen der Fahrdienste
 - “ Zusammenarbeit mit der Wohneinrichtung

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:
 - “ Veränderter Arbeitsbeginn, bzw. . ende (sinnvoll über ärztl. Abklärung der Leistungsfähigkeit bzw. Leistungskurve)
 - “ Halbtagsbeschäftigung (ebenso)
 - “ Einzelne Tage „Auszeit“ (individuell mit der Werkstatt zu vereinbaren, mögliche Integration in bestehende Seniorengruppen, Vorbereitung auf Berentung, „Entspannen“ des Abbauprozesses)
 - “ Menschen mit Behinderung involvieren, nach **seinen** Wünschen fragen (o.g. Möglichkeiten sind dem Menschen mit Behinderung oft nicht bewusst)

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:

Zusammenarbeit der WfbM und der Wohneinrichtung

- “ Regelmäßige Reflexionen
- “ Absprache bei pädagogischen Maßnahmen
- “ Möglichst wenig Mitarbeiter- und Zuständigkeitswechsel
- “ Körperlichen und geistigen Abbau genau dokumentieren
- “ Überforderung und Überförderung vermeiden
- “ Vermeidungsstrategien erkennen
- “ Austausch der relevanten Dokumentation

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:

Förderung / Förderziele

- “ Ziele dem Abbauprozess anpassen
- “ Ziele mit dem Menschen mit Behinderung absprechen
- “ Ziele klein fassen
- “ Auf Erhalt von Fähigkeiten achten
- “ Vermeidungsstrategien erkennen und dokumentieren
- “ Förderzielbaum

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die noch in einer Werk- oder Förderstätte tätig sind:

Aufgaben für Wohnheime

- “ Enge Zusammenarbeit mit den WfbMs
- “ Betreuungsformen verändern (TSM, TENE)
- “ Ggf. Arbeitszeitmodelle der Mitarbeiter verändern
- “ Flexibilität
- “ Genau Dokumentation (ermöglicht ein frühes Reagieren)
- “ Routineuntersuchungen einhalten
- “ Bewohner mit einbeziehen (Wünsche, Ängste)

Diagnose Demenz . und dann?

- Bei Menschen, die keinen weiteren externen Lebensbereich haben
 - “ Angehörigenarbeit
 - “ Biografiearbeit
 - “ Bezugspersonenmodelle
 - “ Individuelle Gestaltung des Wohnraums
 - “ Orientierungshilfen
 - “ Farbgestaltung
 - “ Erhalt der Mobilität
 - “ Ärztliche Versorgung
 - “ Schwerpunkt der Förderziele auf Erhalt von Fähigkeiten legen
 - “ Veränderungen sorgfältig überdenken und an alle beteiligten Stellen weitergeben

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Wohnraumgestaltung (1):

- “ Möglichst einfach und übersichtlich (für den Betroffenen!)
- “ Beibehaltung der gewohnten Ordnung von Möbel- und Erinnerungsstücken (z.B. auch nach einem notwendigen Umzug)
- “ Akzeptanz des vom Bewohner als angenehm empfundenen Maßes an Ordnung bzw. „Unordnung“, bei dem sich der Bewohner am besten zurechtfindet

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Wohnraumgestaltung (2):

- “ Reduktion von Reizen im Raum (zuviele Muster, Spiegel, etc.)
- “ Kennzeichnung des persönlichen Raums
- “ Kennzeichnung von Aufbewahrungsorten für persönliche Dinge
- “ Nutzung von Kontrastfarben zum Herausheben von besonderen Stellen oder auch Gefahrenstellen
- “ Helle und möglichst schattenfreie Beleuchtung

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Gefahrenbereiche minimieren (1):

- “ Markieren von Heißwasserhähnen, ggf. Temperatur von Mischbatterien mittels Begrenzer niedrig einstellen
- “ Überlegung, welche Elektrogeräte noch im Zimmer verbleiben können
- “ Teppiche oder Läufer mit rutschhemmenden Matten unterlegen oder entfernen (wenn es toleriert wird)
- “ Stolperschwellen im Zimmer beseitigen

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Gefahrenbereiche minimieren (2):

- “ Fenster und Geländer sichern
- “ Beidseitige Handläufe an Gängen geben Sicherheit, erleichtern das Treppensteigen
- “ Haltegriffe im Badezimmer, bzw. an der Toilette
- “ Bettneest statt Bettgitter
- “ Vorsicht bei Rauchern mit Feuerzeugen, Streichhölzern und Kerzen

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

- “ Immer nur das anwenden, was unbedingt notwendig ist
- “ Mitarbeiter schulen
- “ Alternativen suchen
- “ Zeitnah die Notwendigkeit der Maßnahme überprüfen
- “ Gesetzliche Vorgaben beachten

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Problematische Situationen im Wohnbereich

“ Nächtliche Unruhe und Wandern

- Gehen ist von zentraler Bedeutung, denn es gehört zu den wenigen Fertigkeiten, die der Betroffene anfangs noch selbständig ausführen kann.
- Gehen stärkt das Körper- und Selbstwertgefühl, gibt eine gewisse Entscheidungsfreiheit (wohin will ich?) und wirkt sich meist positiv auf die Grundstimmung aus
- Oft drückt sich im Wandern auch eine Suche nach verlorenen Gegenständen, nach Menschen aus der Vergangenheit oder allgemein nach Geborgenheit aus

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Mögliche Lösungen:

- “ Laufen lassen ist oft die beste Lösung (auf Sicherheit achten, Weglaufgefahr?)
- “ Körperliche Ursache für motorische Unruhe?
- “ Ablenken durch Beginn einer Aktivität die dem Bewohner Spaß macht
- “ Sicherheit und Nähe vermitteln
- “ Tagesablauf durch feste Strukturen ritualisieren . geben dem Bewohner Halt und Sicherheit, er bekommt das Gefühl für bestimmte Dinge gebraucht zu werden und das Herumlaufen verliert an Reiz
- “ Ausreichend Tagesaktivität und Auslastung fördert eine geregelte Nachtruhe (Achtung vor Überforderung)

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Problematische Situationen im Wohnbereich

“ Sich Zeit lassen!

- Das Kurzzeitgedächtnis ist nicht mehr in der Lage neue Informationen aufzunehmen.
- Umstellungen im Tagesablauf oder neu angeschaffte Dinge werden daher als beängstigend und verunsichernd empfunden
- Änderungen bei Handlungsabläufen führen häufig zu einer kompletten Verweigerung

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Mögliche Lösungen:

- “ Wenn möglich an eingefahrenen Handlungsabläufen festhalten
- “ Dennoch notwendige Neuerungen schrittweise und langsam einführen
- “ Neuerungen mit angenehmen Gefühlen koppeln (z.B. bei Nass- statt Trockenrasur ein dem Bewohner angenehmes, evtl. bekanntes Rasierwasser verwenden)
- “ Feste Zeiten für Mahlzeiten, Zu Bett gehen, Beschäftigungszeiten
- “ Bei den täglichen Verrichtungen ausreichend Zeit lassen
- “ Innere Geduld und positive Grundhaltung

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Ressourcenorientiert arbeiten:

- “ Orientierung an den Fähigkeiten des Bewohners
- “ Was macht ihm am meisten Spaß?
- “ Ruhepausen akzeptieren

Gut geeignet sind:

- “ Bewegungsübungen
- “ Musik- und Kunsttherapie
- “ Tätigkeiten, die die Selbständigkeit fördern (Körperpflege, Haushalt)
- “ Wahrnehmungsübungen und Anregungen der Sinne
- “ Wiederbeleben alter Erinnerungen und vertrauter Aktivitäten

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Ungeeignete Übungen:

- “ Reine Gedächtnisübungen
- “ Abfragen von Namen, Daten oder Fakten
- Wirken sich negativ auf das Empfinden aus, da sie defizitorientiert sind, dem an Demenz erkrankten Bewohner werden seine Defizite direkt vor Augen geführt, die Frustration ist enorm und die Verweigerungshaltung steigt

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Wichtig bei Beschäftigungsideen:

- “ Reduzierbare Tätigkeiten wählen, komplexe Aufgaben sind nicht mehr möglich, aber einzelne Teilschritte schon
- “ Wenn früher gern Gesellschaftsspiele gespielt wurden, können die Regeln immer mehr vereinfacht werden durch z.B. Entfernung von Karten
- “ Bewegung ist oft eine gute Möglichkeit um motorische Unruhe einzudämmen und kann z.B. auch im Rollstuhl oder im Sitzen noch durchgeführt werden (dies erhält die Mobilität)
- “ Musik und gemeinsames Singen wirken erfahrungsgemäß sehr positiv

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Kommunikation:

- “ Wenn sprachliche Kommunikation noch möglich ist, gilt es den Bewohner verbal dort abzuholen wo er ist
- “ Wichtig ist, auf den Sinn hinter dem Gesagten zu achten
- “ Die Fähigkeit der erkrankten Bewohner, nichtsprachliche Aussagen zu verstehen, bleibt sehr lange erhalten. Daher ist es extrem wichtig, auf die eigene Körpersprache zu achten. Besonders sensibel reagieren die erkrankten Bewohner wenn das was Sie sagen, nicht mit Ihrer Körpersprache übereinstimmt. Die gegensätzlichen Botschaften verwirren sie und machen sie hilflos
- “ Besonders hohe Erreichbarkeit auf der Gefühlsebene

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Tipps bei der Kommunikation:

- “ Begeben Sie sich auf Augenhöhe
- “ Sprechen Sie direkt mit dem Bewohner und schauen Sie ihn dabei an
- “ Sprechen Sie langsam und deutlich
- “ Benutzen Sie einfache und kurze Sätze
- “ Immer nur eine Mitteilung auf einmal
- “ Sprechen Sie in bejahenden Sätzen
- “ Lassen Sie dem Gegenüber Zeit für Antworten und versuchen Sie nicht zu oft seine Antworten zu vervollständigen
- “ Ermutigen Sie zu Antworten
- “ Geben Sie nur vorsichtig Hilfestellungen

Gestern wusste ich noch, wie das geht

Unsere Einrichtung bietet Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung im Erwachsenenalter.

Durch das Altern und die Entwicklung von dementiellen Erkrankungen in unserer Einrichtung haben wir individuelle Betreuungsformen entwickelt und versuchen, dem jeweiligen Verlauf menschenwürdig und angepasst Rechnung zu tragen . ohne Anspruch auf Perfektion.

Auch wir lernen mit jedem „Fall“ etwas Neues!

Vielen Dank!

Anhang

➤ **Problematische Bereiche** **PEG-Sonde**

Wird oftmals im Krankenhaus angeregt, da es die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung sicherstellt.

Ist im Einzelfall aber sorgfältig zu prüfen, da Ernährung einen hohen Genuss und Lebensqualität darstellt.

Grundsätzlich vorher ist eine Schluckuntersuchung durchzuführen um die Funktionalität des Kehldeckels und Ablauf bzw. Koordination des Schluckaktes zu überprüfen.

Mitarbeit des gesetzlichen Betreuers sichern, er muss dieser Maßnahme zustimmen!

Anhang

- **Problematische Bereiche**
 - Einweisung in ein Krankenhaus zur stationären Behandlung**
 - “ Begleitung und Übergabe
 - “ Notfallblatt
 - “ **Datenschutz beachten** (Unterschriften zu Heilbehandlungen dürfen nur gesetzliche Betreuer mit dem entsprechenden Aufgabengebiet leisten!)
 - “ Leistungen im KH durch eigenes Personal
 - “ PEG
 - “ Palliativstationen

Anhang

Keine Scheu vor unbequemen
Auseinandersetzungen mit Ärzten im
Krankenhaus!

Der behinderte Mensch hat nur Sie, der im
Zweifelsfall seine Interessen vertreten
kann!

Anhang

Beispiel

Ein Bewohner unserer Einrichtung, bei dem eine kognitive Verschlechterung zu beobachten war, hatte besondere „Spielchen“ entwickelt, um seinen Abbau zu verstecken.

Bei der Rückkehr aus der WfbM ging er nicht, wie früher, selbstständig in seine Wohngruppe zurück, sondern schlenderte im gesamten Haus umher. Sah er einen Mitarbeiter, so lief er vor diesem weg. Erst wenn er andere BewohnerInnen aus seiner Wohngruppe fand, ging er mit diesen in seine Wohngruppe.

Er konnte, durch Beobachten der anderen BewohnerInnen erkennen, wo er seine Jacke und seine Schuhe ablegen sollte, das tat er dann auch. Innerhalb der Wohngruppe war er aber nicht mehr in der Lage sein eigenes Zimmer ohne Hilfe zu finden, er musste von MitarbeiterInnen oder anderen BewohnerInnen dort hingebacht werden.

Er stellt die Suche aber immer als Spaß hin und lachte, wenn ihn ein Mitbewohner fragte, ob er nicht mehr wisse wo sein Zimmer sei. Sobald er dann seine vertraute Umgebung mit den eigenen Möbeln sah, war er wieder beruhigt.

Anhang

Bei einer Bewohnerin in unserer Einrichtung konnten wir Verluste der bisherigen Fähigkeiten erkennen. Sie wirkte immer wieder abwesend und in sich gekehrt, brauchte für alltägliche Verrichtungen deutlich länger und litt unter Stimmungsschwankungen. Die Leistungsfähigkeit in der WfbM war nach Angaben des dortigen Personals erkennbar zurückgegangen.

Eines Morgens saß die Bewohnerin am Wochenende vor ihrem Frühstücksteller, ihre Vorliebe für süße Beläge war bekannt. Sie hatte ein Brot auf den Teller gelegt und blickte erkennbar verzweifelt auf das geöffnete Nutella-Glas vor sich. Auf die Frage des betreuenden Mitarbeiters, was denn los sei, antwortete sie unglücklich: „Gestern wusste ich doch noch, wie das geht!“.

Sie war in diesem Moment nicht mehr in der Lage zu verstehen, wie sie den Aufstrich auf ihr Brot bekommen sollte und ihr war der Verlust der Fähigkeit auch bewusst.

Anhang

Wohnraumgestaltung . Beispiel:

Ein an Demenz erkrankter geistig behinderter Mann war noch in der Lage mit Unterstützung und Erinnerung zur Toilette zu gehen, allerdings fand er sich innerhalb des Bads nicht mehr zurecht und versuchte immer wieder in ungeeignete Behältnisse zu urinieren. Auch bei Stuhlgängen kotete er immer wieder ein, obwohl er frühzeitig gesagt hatte, dass er zur Toilette müsse.

Unser Bad ist, wie wahrscheinlich in vielen Einrichtungen, fast komplett weiß gefliest. Sehr praktisch, aber für einen an Demenz erkrankten Menschen sehr unübersichtlich.

Nachdem wir den . weißen . Toilettensitz durch einen leuchtend blauen ersetzt haben, kam es bei dem Bewohner eine gewisse Zeit lang kaum noch zu Missgeschicken.

Anhang

Wohraumgestaltung . Beispiel:

Eine Bewohnerin mit demenzieller Erkrankung reagierte stets an der gleichen Stelle im Wohnbereich mit Wutanfällen und lautem Schimpfen, für die es scheinbar keinen äußeren Anlass gab.

Einem Mitarbeiter, zu dem sie großes Vertrauen hatte, erzählte sie dann in einer ruhigen Situation, dass es hier im Haus wohl eine Person gäbe, die immer wieder ihre Kleidungsstücke tragen würde.

Die Bewohnerin hatte sich im Spiegel gesehen, sich selbst nicht wieder erkannt, allerdings ihre Kleidung.

Das Abhängen des Spiegels an dieser Stelle (und auch in weiteren Bereichen in ihrem Wohnbereich) brachte eine deutliche Entspannung der Situation.

Anhang

Schwierige Bereiche . Beispiel:

Eine demenziell erkrankte Bewohnerin unserer Einrichtung weigerte sich plötzlich zu baden. Sie begann bereits beim Betreten des Badezimmers zu schreien, sobald sie erkannte, dass sie in die Badewanne steigen sollte. Alle Versuche unsererseits, ihr das Baden mit Duftzusätzen, Musik die sie mochte und MitarbeiterInnen denen sie vertraute, schmackhaft zu machen scheiterten.

Da das Baden für sie ganz offensichtlich hohen Stress bedeutete, wählten wir versuchsweise die Alternative der Dusche, die sie erstaunlicherweise gut annahm.

Es war nicht das Wasser, das sie nicht mochte, sondern die Tatsache, dass sie in der Badewanne nicht erkennen konnte wohin sie stieg. Sie konnte die Höhe des eingelassenen Wassers nicht mehr abschätzen und hatte so das Gefühl, in eine unbekannte Tiefe einsteigen zu müssen, wogegen sie sich verständlicherweise mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln wehrte.

Anhang

Alternativbeispiel zu FEMs:

Bei zunehmender Demenz liegt oft ein erhöhtes Schlafbedürfnis vor, bzw. ein Rückzug in das eigene Bett. Oft kommt es aber durch unkontrollierte Drehbewegungen hier zu Stürzen.

Man kann natürlich ein Bettgitter anordnen lassen, allerdings ist diese freiheitsentziehende Maßnahme sehr genau abzuwägen.

Wir haben uns in diesen Fällen meist dazu entschieden, ein Bettnest für die betroffenen Bewohner einzurichten, oder aber ein bis zum Boden verstellbares Pflegebett. Wenn das Betreuungspersonal pflegerische Verrichtungen im Bett durchführen möchte, ist es nach oben verstellbar und kann im Ruhefall bis zum Boden abgesenkt werden. Dadurch kann der Bewohner allerhöchstens aus dem Bett rollen, dies kann mit einer zusätzlichen Matte vor dem Bett angenehmer gestaltet werden.