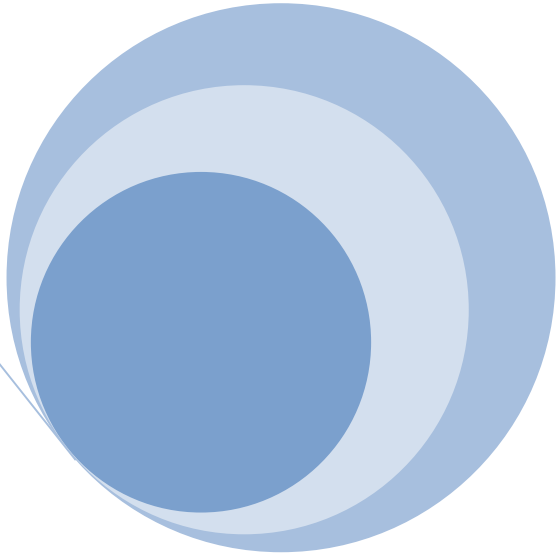
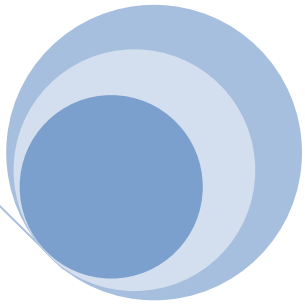
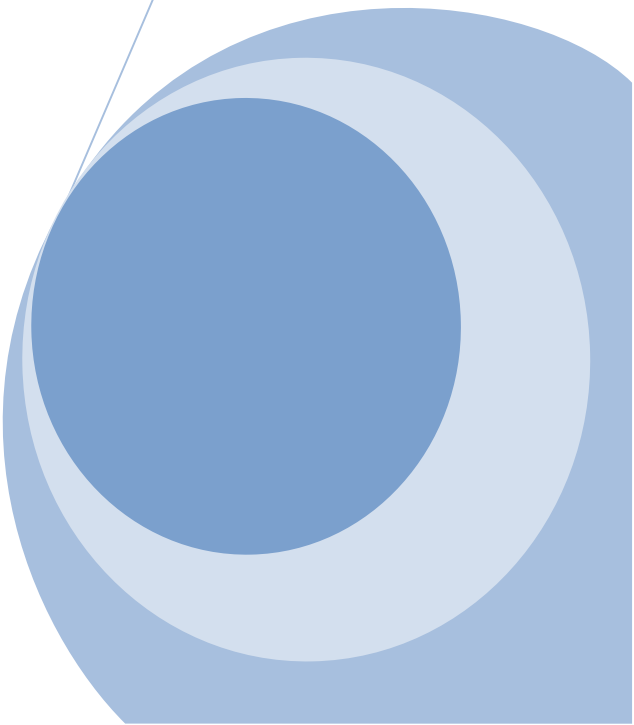




AKTIVER- Konzeption

Ein Leitfaden zur Implementierung des Aktiver-Programms



Juliane Spank, Cathleen Koch

Inhalt

1. Allgemeiner Teil 3
1.1 Was ist Aktiver? 3
1.2 Ablauf von Aktiver Pflegefachpersonen 4
1.3 Assessmentinstrumente 5
1.4 Zuständigkeiten 6
1.5 Schulungen 7
2. Anhänge 8
1. Schulungsmanual 9
2. Erstscreening 10
3. Richtlinie Delir 11
4. Übergabezettel 12
5. Dokumentationsbogen Aktiver 13
6. Biographiebogen 14
7. Assessment Aktiver-Besuche 15
8. Praxisbesuch 16
9. Aufgaben Fachpflegekräfte 17
10. Aufgabenbereich FSJler/ Ehrenamtliche 18

1. Allgemeiner Teil

1.1 Was ist Aktiver?

Das Aktiver- Programm entstand aus dem Projekt „HuBerTDA“ zum Alters- und Demenzsensiblen Krankenhaus, das am Klinikum Stuttgart durchgeführt wird.

Aktiver hat zum Ziel, Menschen, die ein Risiko haben, einen akuten Verwirrtheitszustand (Delir) zu erleiden, frühzeitig zu erkennen, zu unterstützen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. „Aktiver“ steht für **A**lltags- und **K**ognitions**T**raining und **I**nterdisziplinarität – **V**erbessert das **E**rgebnis und mindert das **R**isiko. Dabei gilt es, die körperlichen und geistigen Fähigkeiten dieser Menschen zu fördern und eine größtmögliche Selbstständigkeit beizubehalten bzw. zu erreichen, um sie wieder in ihre Häuslichkeit entlassen zu können.

Speziell ausgebildete Fachpflegekräfte unterstützen, die Versorgung von älteren, akut Erkrankten, kognitiv eingeschränkten Patienten auf Station zu optimieren, indem sie gefährdete Patienten ab 70 Jahren identifizieren, das Delirrisiko einschätzen und entsprechende Maßnahmen planen. FSJ’ler und Ehrenamtliche unterstützen bei der Durchführung der Maßnahmen. Sie führen z.B. tägliche Besuche zur Orientierung, Mahlzeitenbegleitung und Mobilisierung in Form von Bewegungsübungen bei den ausgewählten Patienten durch.

Bei Bedarf erfolgt die medizinische Behandlung durch einen gerontopsychiatrischen Facharzt.

Die Hauptziele des Programms sind:

> älteren Menschen zu unterstützen, ihre kognitiven/geistigen und körperlichen Funktionen während des gesamten Krankenhausaufenthalts zu erhalten

> älteren Menschen zu ermöglichen, nach Entlassung aus dem Krankenhaus so selbstständig wie möglich zu sein

> bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu unterstützen

> eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus zu vermeiden.

Diese Ziele sollen mit Hilfe von den folgenden Interventionsmodulen umgesetzt werden:

- Aktiv-/ Plus Besuch
- Fit-Besuch-Mobilisierung
- Mahlzeitenbegleitung
- Schlafförderung /Entspannung (Anhang 1)

1.2 Ablauf von Aktiver Pflegefachpersonen

Für die Auswahl von potentiellen Patienten, die durch das Aktiver-Team betreut werden, müssen entsprechende Einschlusskriterien erfüllt werden. Es gilt folgender Ablauf zur Auswahl der Patienten:

Risikoscreening

Durch die betreuenden Fachpflegekräfte werden über das SAP-Programm des Klinikums in den jeweiligen Stationsansichten Patienten vor ausgewählt. Hierbei gelten folgende **Einschlusskriterien:**

- Patienten > 70 Jahre
- Evt. Auffälligkeiten in den Laborparametern
- Bevorstehende OP
- Plus 1 Risikofaktor:
    - Kognitive, sensorische Einschränkungen
    - Dehydration
    - Einschränkung der Mobilität, Schlafprobleme

Ausschlusskriterien:

- Verweildauer < 48h
- Verweigerung der Patienten, Angehörigen
- Palliativer Zustand des Patienten
- Streitbares Verhalten des Patienten

Kurvenanamnese und Pflegeanamnese

Zur weiteren Auswahl von geeigneten Patienten wird auf den jeweiligen Stationen folgendes Vorgehen zur Anamnese der Patienten gewählt:

- Erfassung der Medikation, Demenz in der Vorgeschichte, akute Erkrankungen, Nebendiagnosen, Labor, Verlauf/ Auffälligkeiten
- Gespräch mit dem zuständigen Personal führen

Begutachtung am Patientenbett

In Rücksprache und mit dem zuständigen Pflegepersonal und ggf. Ärzten, soll der potentiell zu betreuende Patient/Patientin im Zimmer aufgesucht werden. Es werden alle Patienten > 70 J. durch die Fachpflegekraft aufgesucht. Der Erstkontakt soll spätestens nach 48h nach Aufnahme erfolgen. Ein persönliches Gespräch mit dem Patienten, dient der weiteren Erkennung von Risikofaktoren und beinhaltet

- Sehtest
- Hörtest
- Kognitionstest

Werden drei oder mehr Risikofaktoren (Anhang 2) erfüllt, so sollte der Patient/ die Patientin vom Aktiver-Team betreut werden und gemeinsam der Betreuungsbedarf/ -umfang geklärt werden.

Sobald ein Patient/ eine Patientin durch das Aktiver-Team betreut wird, müssen folgenden Punkte berücksichtig werden:

- „AKTIVER“ -Button wird an Belegungstafel bei eingeschlossenen Patienten angebracht
- Erstellung Interventionsplan mit Hilfe des Patienten
- Information des Stationsteams
- Dokumentation der Fachpflegekräfte erfolgt in der Pflegedokumentation im Pflegebericht mit grün
- Übergabe Fachpflegekraft an FSJ
- Einsatz von Interventionen durch FSJ nach Absprache mit Fachpflegekraft
- FSJ‘ler betreuen max. 4-6 Patienten/ Schicht und dokumentieren die Aktivitäten in dem dafür vorgesehenen Dokumentationsbogen

Zusätzlich wird täglich in der Patientenkurve durch die Fachpflegekraft die Medikation (PIMs) und die Pflegeverlaufskurve auf Auffälligkeiten (z.B. Desorientiertheit) überprüft. Bei Auffälligkeiten wird vom Aktiver-Team Rücksprache mit dem zuständigen Stationsarzt und der zuständigen Pflegekraft der Station gehalten.

1.3 Assessmentinstrumente

Für die Ermittlung von Risikofaktoren des Delirs, Maßnahmen der Interventionsmodule oder der Betreuung der Ehrenamtlichen und FSJler, stehen unterschiedliche Assessment-Instrumente zur Verfügung (Anhang 3- 8)

ASSESSMENT

- Confusion Assessment Method (CAM)
- Visuskarte (Sehtest)
- Risikoerfassung
- Richtlinie Delir

INTERVENTIONEN

- Dokumentationsbogen FSJ
- Übergabebogen Fachpflegekraft-FSJ
- Angehörigen Fragebogen (Biografiebogen)
- Maßnahmenblatt
- Praxisbegleitung
- Aktiver Flyer und Delirinfoheft für Patienten und Angehörige
- Biografiebogen

Die Assessmentinstrumente sollen unterstützen, ersetzen aber keineswegs die professionelle Einschätzung der Pflegefachkraft, der Pflege auf Station oder des Stationsarztes.

1.4 Zuständigkeiten

Die jeweiligen Disziplinen, haben in Aktiver unterschiedliche Zuständigkeiten. Die Abbildung1 zeigt die Hauptzuständigkeiten. Bitte im Kasten 1 Pflegefachkraft in Fachpflegekraft ändern und Durchführung Assessment, Dokumentation hinzufügen. Im Kasten 3 bitte neben Interventionsteam (FSJ, Ehrenamtliche), Interventionsmodule, Dokumentation, Biografiebogen einfügen.

Pflegefachkraft	Gemeinsame Zuständigkeiten	Interventionsteam
- Auswahl Patienten - Überprüfung Medikation - Rücksprache mit Pflegepersonal und Stationsarzt	- Planung und Besprechung der Intervention - Betreuung und Beratung der Patienten	- Betreuung der Patienten zu den jeweiligen Modulen mit individueller Tagesstrukturierung - Rückmeldung von Auffälligkeiten an Fachpflegekräfte und Pflegepersonal

Abbildung 1 Hauptzuständigkeiten der jeweiligen Disziplinen

Eine detaillierte Ansicht zu den Zuständigkeiten findt sich außerdem in den Anhängen 9 und 10.

1.5 Schulungen

Die Fachpflegekräfte, als auch Ehrenamtliche und FSJler, die das Interventionsteam bilden, erhalten die relevanten Schulungen. Diese werden durch einen Pflegepädagogen, einer Ärztin und Fachpflegekräfte durchgeführt und umfassen folgenden Punkte:

- 5 Tage Basisschulungen zu geriatrischen und medizinischen Themen zum Umgang und Kommunikation mit Menschen mit Delir und Demenz
- Schulungsmanual als Handout
- 1x 1,5h/Wo Themenschulungen zu verschiedenen geriatrischen Themen mit den FSJ‘lern
- Einarbeitung FSJ auf der jeweiligen Station

2. Anhänge

1. Schulungsmanual



AKTIVER

A lltags- und

K ognitives

T raining

I nterdisziplinarität

V erbessert

E rgebnisse und mindert das

R isiko

„EINE DEMENZ ÄNDERT NICHTS AM WERT UND AN DER WÜRDE DES ERKRANKTEN, DER DIE GLEICHE ACHTUNG VERDIENT, WIE JEDER MENSCH.“

ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL

Ausbildungshandbuch für Ehrenamtliche

Klinikum Stuttgart

Inhalt

1. Das Programm AKTIVER 1
1.1 Das Schulungsprogramm 2
1.2 Erwartungen und Fragen der FSJ / Ehrenamtlichen 3
2. Die Bausteine der AKTIVER-Besuche 5
2.1 Aktivbesuch und PLUS-Besuch 5
2.2 Fit-Besuch 7
2.3 Unterstützung bei den Mahlzeiten 9
2.4 Entspannung und Schlafförderung 11
3. Demenzen: Einführung in das Krankheitsbild 12
3.1 Darstellung der verschiedenen Demenzerkrankungen 12
3.2 Diagnostische Verfahren 15
3.3 Symptomatik in den unterschiedlichen Krankheitsphasen 16
3.4 Kognitive psychische und Verhaltensveränderungen 21
3.4.1 Herausforderndes Verhalten 21
3.5 Therapien bei Demenz 24
3.5.1 Medikamentöse Therapien 24
Medikamentöse Therapie 24
3.5.2 Nicht-Medikamentöse Therapien 25
4. Kommunikation und Gesprächsführung 26
4.1 Anatomie der Nachricht (Schulz von Thun) 26
4.2 Mehrschichtigkeit in der Kommunikation 27
4.3 Verbale und Non-Verbale Kommunikation 28
4.4 Leitlinien für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz 29
4.5 Validation und Integrative Validation nach Richard® 30
5. Der Personzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood 32
5.1 Leitlinien im Umgang mit Menschen mit Demenz 33
6. Aktivitäten des täglichen Lebens 35
6.1 Die Rolle der ehrenamtlichen Helfer 35
6.2 Bewegungsförderung 36
6.2.1 Tipps für Hilfestellungen 36
6.2.2 Bewegungsübungen im Bett 37
6.2.3 Eigene Vorsorge 37

6.3 Essen und Trinken 38
6.3.1 Tipps zur Anregung des Appetits 38
6.3.2 Hilfestellungen beim Essen 38
6.4 Sich beschäftigen 38
6.5 Entspannung und Schlafförderung 40
Stundenplan Einführungswoche 7

1. Das Programm AKTIVER

Ehrenamtliche Helfer für eine bessere Versorgung von älteren Menschen im Krankenhaus

Das Programm AKTIVER ist ein im Rahmen des Projektes HuBerTDA am Klinikum Stuttgart entstandenes Projekt, das dazu beitragen soll, den Krankenhausaufenthalt älterer Patienten besser zu gestalten.

Der Krankenhausaufenthalt ist zumeist ein einschneidendes Ereignis für jeden Menschen. Je nach Ursache uns Situation kommt es dabei zu nicht erwünschten Effekten. Gerade bei älteren Menschen führen diese häufiger zu einer Verschlechterung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, wodurch eine vollständige Gesundung erschwert werden kann.

So führen Krankenhausaufenthalte für ältere Menschen öfters zu einem Verlust des bisherigen Funktionsniveaus im Alltag. Für manche Patienten hat dies zur Folge, dass sie nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht mehr zu Hause leben können und in ein Pflegeheim eingewiesen werden.

Einen Teil dieser nicht gewollten Verschlechterungen lassen sich wirkungsvoll verhindern.

Damit dies geplant und sichergestellt werden kann, gibt es das Programm AKTIVER. Die Ziele dieses Programmes sind:

- Den Patienten zu helfen, ihre geistigen und körperlichen Funktionen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes zu erhalten
- Komplikationen, die weitere medizinische Eingriffe verursachen zu reduzieren
- Den Patienten zu ermöglichen, nach der Entlassung so selbstständig wie zuvor zu sein

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im freiwilligen sozialen Jahr (FSJ) und Ehrenamtliche haben in diesem Programm eine wichtige Rolle, indem sie mit den Patienten Kontakte gestalten, die sonst nicht stattfinden würden. FSJ und ehrenamtliche schaffen ein freundliches Krankenhaus, indem sie älteren Patienten und deren Angehörigen Unterstützung bieten und Gesellschaft leisten.

Durch vier spezifische Interventionen erbringen sie Hilfeleistungen für ältere Menschen im Krankenhaus.

- AKTIV-Besuch und PLUS-Besuch
- FIT-Besuch
- Unterstützung bei den Mahlzeiten
- Entspannungs- und Schlafförderung

Die einzelnen Interventionen werden im Kapitel 2 vorgestellt.

1.1 Das Schulungsprogramm

Die am Programm AKTIVER mitarbeitenden Ehrenamtlichen und FSJ erhalten ein spezifisches Schulungsprogramm, das sie auf die Aufgaben in der Begegnung mit älteren Patienten im Krankenhaus vorbereitet.

Dieses Schulungsprogramm umfasst drei Bausteine:

1. Unterricht im Klassenraum
   Die Teilnahme an den Unterrichten ist verpflichtend. Das verwendete Handbuch enthält die wichtigsten Informationen und soll als Nachschlagewerk während der gesamten Tätigkeit dienen.

   Das Arbeitsbuch ersetzt jedoch nicht den Unterricht. In diesem werden die jeweiligen Themen ausführlich besprochen.

   Gruppenarbeiten, praktische Übungen und Ausbildungsvideos ergänzen die Lehrinhalte im Handbuch.

   Es findet sich ausreichend Zeit für Fragen und zur Diskussion.

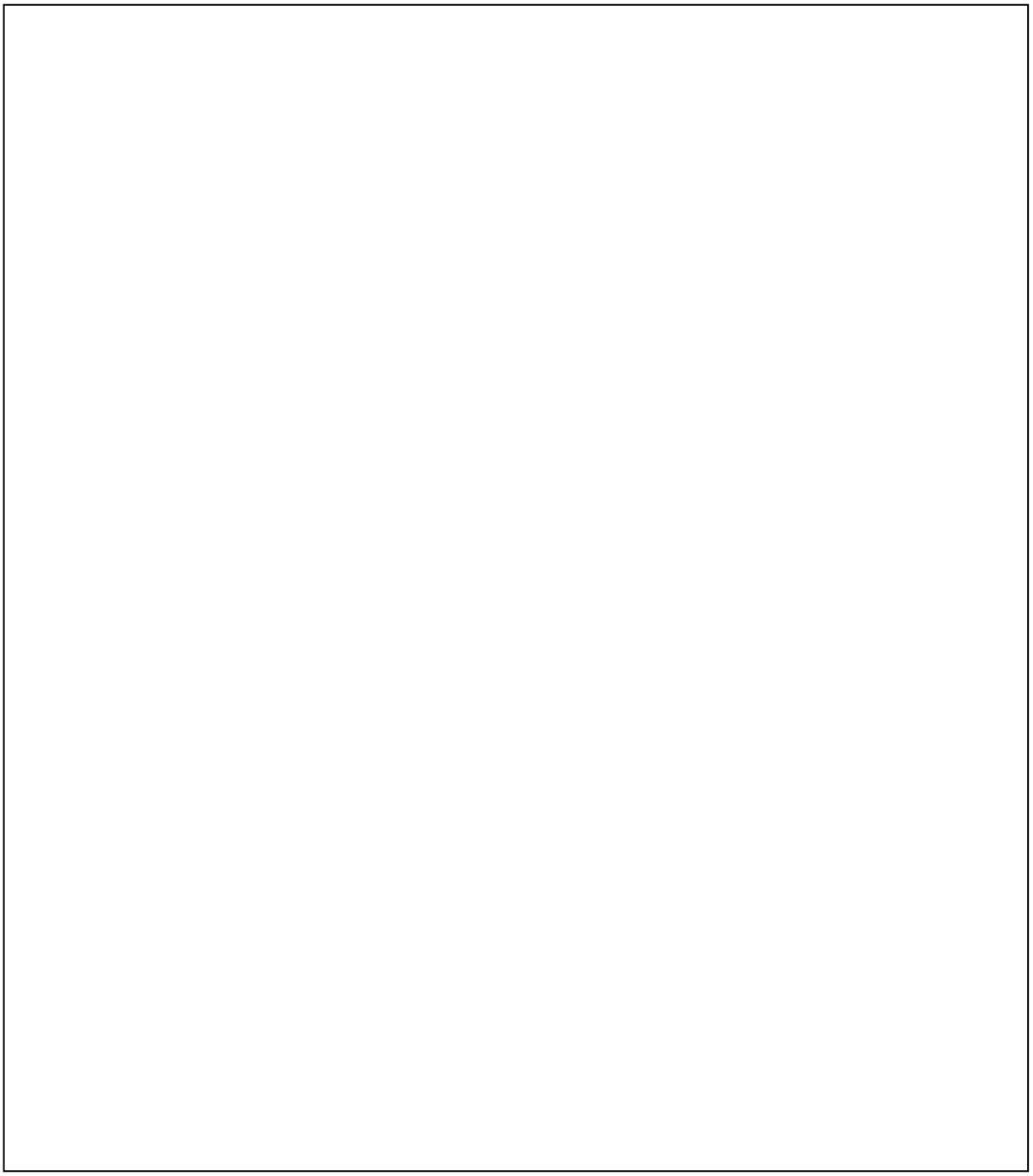
2. Training mit Fachkräften in der Praxis
   Nach dem Unterricht werden die FSJ und Ehrenamtlichen auf der Abteilung im Krankenhaus von Fachkräften begleitet. Dort können sie beobachten, wie die Interventionen durchgeführt werden. Bei der ersten Durchführung beaufsichtigt die Fachkraft die FSJ / Ehrenamtlichen während der Durchführung der Interventionen.

3. Nachweise
   Jeder FSJ / Ehrenamtliche muss die Befähigung zur Durchführung der Interventionen nachweisen. Die seine Kompetenz betreffenden Nachweise werden von den Ausbildern ausgefüllt und beurteilt. Erst nach dieser Beurteilung darf der FSJ / ehrenamtliche selbstständig arbeiten.

1.2 Erwartungen und Fragen der FSJ / Ehrenamtlichen

Damit die Ziele des Programmes AKTIVER erreicht werden kann, müssen die FSJ / Ehrenamtlichen hohe Leistungsstandards erfüllen und diese in der Praxis umsetzen:

- Zuverlässigkeit
  Die Patienten müssen sich während des gesamten Krankenhausaufenthaltes darauf verlassen können, dass die Interventionen verbindlich durchgeführt werden. Verlässliches erscheinen zu den vorgegebenen Arbeitszeiten ist selbstverständlich. Im Falle von Krankheit oder anderen wichtigen Gründen der Abwesenheit, sollten die Mitarbeiter der Station so früh wie möglich informiert werden, damit eine Vertretung geplant werden kann.
- Beachtung der eigenen Grenzen
  FSJ / Ehrenamtliche müssen die Grenzen ihrer Rolle kennen und beachten. Medizinische Informationen oder Ratschläge dürfen nicht erteilt werden. Stellt ein Patient Fragen zur Erkrankung, Therapie oder ähnlichem, so müssen sie diese an die Krankenhausmitarbeiter weitergeben. Ein Einbringen in die medizinische Behandlung ist nicht gestattet. Etwaige Einschränkungen bezüglich Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder Mobilisation müssen stets beachtet und bei Unklarheiten mit der Fachkraft geklärt werden.
- Gutes Urteilsvermögen
  Die selbstständige Arbeit mit Patienten verlangt ein hohes Maß an Reflexion und lösungsorientiertem Handeln. Bei Unklarheiten, wie in einer Situation zu handeln ist, müssen Sie vorab die Mitarbeiter hinzuziehen
- Vertraulichkeit
  Der Umgang mit medizinischen und persönlichen Informationen der Patienten unterliegt der Schweigepflicht gegenüber allen, die nicht direkt in die Behandlung involviert sind. Dies ist auch bei der Informationsweitergabe gegenüber Angehörigen zu beachten.
- Respekt
  Die Begegnung mit Patienten und Angehörigen muss geleitet sein von Wertschätzung und Respekt. Bei Aktivitäten ist der Patient immer vorab zu informieren und muss der Maßnahme zustimmen. Begrüßen Sie die Patienten angemessen mit dem Nachnamen.
- Persönliches Erscheinungsbild
  FSJ / ehrenamtliche müssen wie alle Mitarbeiter auf ein sauberes, professionelles Äußeres achten. Das Namensschild ist stets lesbar zu tragen, Klinikkleidung ist obligatorisch. Bezüglich Schmuck, Make-up etc. gelten die Richtlinien für das Krankenhauspersonal.



2. Die Bausteine der AKTIVER-Besuche

2.1 Aktivbesuch und PLUS-Besuch

Ältere Menschen können, obwohl sie zuhause noch keine Anzeichen von Verwirrtheit zeigen, im Krankenhaus desorientiert und vergesslich werden. Wenn ältere Menschen bereits Defizite haben, können sich diese erheblich verstärken. Die Gründe hierfür sind sehr vielschichtig; die Krankheit selbst, Maßnahmen in der Therapie (OP, Untersuchungen, Infusionen, etc.), neue Medikamente aber auch die ungewohnte Umgebung, die veränderten Tagesabläufe und die vielen neuen Personen, an die sich ein Patient einstellen muss.

Das Ziel des Bausteins Aktivbesuch ist es, die Verwirrtheit zu vermeiden und das Wohlbefinden zu fördern. Dies kann geschehen, in dem den älteren Patienten mehr Orientierung vermittelt wird.

Die Qualitäten der Orientierung beziehen sich auf

- Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit)
- Ort (Wo bin ich?)
- Situation (Was mache ich hier?)
- Person (Wer bin ich?)

Um den älteren Patienten ausreichende Orientierung zu geben, werden wichtige Informationen mitgeteilt und Orientierungshilfen angeboten. Dies geschieht geplant, systematisch und kontinuierlich.

Arbeitsblatt 2/1:	Kommunikation zur Orientierung

Checkliste:	Begegnung mit dem Patienten

Checkliste:	Lösungsfokussierte Kommunikation

Checkliste:	Orientierungstafel

Checkliste:	Umgebungsgestaltung

2.2 Fit-Besuch

Ziele: Viele ältere Menschen meinen, bei einer Krankheit müsste man im Bett liegen bleiben, bis es einem wieder bessergeht. Bei einem Krankenhausaufenthalt sei diese Schonung eine wichtige Voraussetzung um wieder gesund werden zu können.

Dabei treten bei der sogenannten Bettruhe unterschiedliche Funktionsstörungen der Körperorgane auf. Innerhalb weniger Tage führt die Immobilität zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, die Muskelkraft lässt nach und es kommt zu Gleichgewichtsstörungen.

Weitere Gesundheitsrisiken sind die Gefahr eine Lungenentzündung oder Venenthrombose zu bekommen, wie auch das Auftreten von Hautproblemen.

Viele der Probleme lassen sich vermeiden, indem ältere Menschen sich regelmäßig bewegen, immer wieder aufstehen und einige Schritte gehen.

Mit dem Fit-Besuch soll erreicht werden, dass die älteren Menschen während des Krankenhausaufenthaltes in Bewegung bleiben. Patienten die aufstehen können, sollen durch den Fit-Besuch die Möglichkeit erhalten, dreimal täglich Hilfe und Begleitung beim Gehen zu erhalten. Für Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht gehen können, gibt es eine Anleitung, wie sie einfache Bewegungsübungen im Bett durchführen können.

Arbeitsblatt 2/2:	Grundregeln der Körpermechanik	Übungen

Arbeitsblatt 2/3	Übungen

Checkliste:	Patient beim Gehen helfen

Checkliste:	Bewegungsübungen im Bett

Checkliste:	Rollstuhl Mobilität

Meine Fragen?

2.3 Unterstützung bei den Mahlzeiten

Für die Aufrechterhaltung einer guten Ernährung älteren Menschen und Menschen mit Demenz zu sorgen, stellt eine ganz besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Diese begünstigt den Heilungsprozess und stärkt die natürlichen Abwehrkräfte gegenüber Infektionen. Eine ausreichende Versorgung mit Essen und Trinken kann auch helfen, Verwirrtheit zu verhindern.

Aus vielerlei Gründen können Schwierigkeiten auftreten, einen guten Ernährungszustand bei älteren Patienten aufrecht zu erhalten.

Die FSJ / Ehrenamtlichen können, orientiert an den jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten, unterschiedliche Hilfen beim Essen und Trinken leisten.

Im Einzelnen sind dies:

- Hilfe mit den Speiseplänen
- Gesellschaft bei den Mahlzeiten
- Zum Essen und Trinken anregen
- Assistenz bei der Nahrungsaufnahme
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme dokumentieren

Die einzelnen Handlungen sind im Kapitel 6.3 beschrieben.

Arbeitsblatt 2/3:	Wie schaffen Sie sich einladende Atmosphäre bei den Mahlzeiten?

Arbeitsblatt 2/4: Welche „Probleme“ können Sie erkennen?









2.4 Entspannung und Schlafförderung

Schlafstörungen bei Patienten im Krankenhaus sind ein bedeutsames Problem, da diese zum Teil erhebliche Auswirkungen haben können. Für die Erholung von Erkrankungen ist ausreichender Schlaf mitentscheidend.

Der „normale“ Schlafrhythmus folgt physiologischen Regeln und ist wichtig für einen erholsamen Schlaf ist. Im Krankenhaus steigt das Risiko, dass dieser Rhythmus durcheinandergerät. Der individuelle Tagesablauf wird durch die Abläufe des Krankenhauses durchbrochen. Aufwach- und Einschlafzeiten richten sich nach den Bedürfnissen des Krankenhauses aus. Die Nächte sind „zu lange“. Davon betroffen sind nahezu alle Patienten!

Weitere mögliche Ursachen von Schlafstörungen im Krankenhaus können sein:

- Ungewohnte Umgebung
- Geräusche, Lärm
- Unruhe und Angst
- …

Bei älteren Menschen können diese Veränderungen dazu führen, dass Orientierungsstörungen auftreten oder es zu einer „Tag – Nacht – Umkehr“ kommen kann.

Um auch im Krankenhaus gut einschlafen zu können, reicht es nicht aus, einfach das Licht auszuschalten oder ein Schlafmittel zu geben.

Maßnahmen, die dem Patient helfen abends zur Ruhe zu kommen, können den Heilungsverlauf verbessern und helfen, ungewollte Komplikationen (nächtliche Unruhe, Weglaufen, Stürze, Delir) zu verhindern.

Beispiele:

- Angenehme, ruhige Musik
- Ein warmes Getränk anbieten (Milch, Schlaftee)
- Für eine entspannte Schlafatmosphäre sorgen (Lüften, richtige Zimmertemperatur)
- Aromatücher (Lavendelöl, Orangenblütenöl, Rosenöl)
- Geräuschquellen mindern
- Zusätzliche Kissen / Decken
- Schlafrituale

3. Demenzen: Einführung in das Krankheitsbild

Ziel dieser Einheit ist der Erwerb von Basiskenntnissen über demenzielle Erkrankungen, über deren Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten. Eine möglichst hohe Kenntnis der Krankheitssymptome hilft beim Verständnis veränderten Verhaltens und somit beim Umgang mit diesem.

3.1 Darstellung der verschiedenen Demenzerkrankungen

Epidemiologie demenzieller Erkrankungen:

Weltweit leiden etwa 0,5%-1% aller Menschen im Alter von 60-64 Jahren an einer Demenzerkrankung. Die Anzahl der an Demenz erkrankten Personen steigt in der zweiten Lebenshälfte mit zunehmendem Alter an. Nichtsdestotrotz ist Demenz keine zu erwartende Alterserscheinung, z.B. sind in Deutschland bei den 65-69-Jährigen nur etwa 1,2% betroffen, bei den 80-84-Jährigen etwa 13,3% und bei den über 90-Jährigen ca. 35%. Für Frauen ist das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, höher als für Männer – das Verhältnis liegt statistisch gesehen etwa bei 3:2.

Bundesweit sind schätzungsweise mehr als 1,4 Millionen Menschen von einer Demenz betroffen, wobei die **Alzheimer-Krankheit** die häufigste Demenzursache ist (etwa 60%). Weitere 15% aller Demenzen sind Folge einer Mischform aus einer Alzheimer-Krankheit und einer **vaskulären Hirnschädigung**. Weniger als 15% der Betroffenen leiden an einer Demenz nur aufgrund vaskulärer Schäden. Den restlichen 10% aller Demenzen liegen andere Krankheiten zugrunde, wie z.B. eine **Frontotemporale Lobärdegeneration** (FTLD) mit ihren Unterformen (FTD, PPA, SD) oder eine **Lewy-Körperchen-, Parkinson-, Huntington- oder HIV-Erkrankung.**

Alzheimer-Krankheit (AD)

Die Alzheimer-Krankheit ist durch den fortschreitenden Abbau von Nervenzellen im Gehirn gekennzeichnet. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam, aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Die genaue Ursache ist bisher noch ungeklärt.

Die alzheimertypischen Veränderungen im Gehirn werden jedoch mit der Ablagerung von schädlichen Eiweißen (Amyloid-Plaques) an den Nervenzellen und mit einer Störung der Übermittlung von Nervenimpulsen in Verbindung gebracht. Die Übermittlung von Informationen von einer Nervenzelle zur nächsten erfolgt durch chemische Botenstoffe, sogenannte Neurotransmitter. Bei der Alzheimer-Krankheit entsteht in der Hirnrinde ein Mangel des Botenstoffs Acetylcholin und ein Überschuss des Botenstoffes Glutamat, beides führt zu Funktionsstörungen der Nervenzellen. Die Eiweißablagerungen und die Glutamat-Überproduktion führen darüber hinaus vermutlich zur Schädigung der Nervenzellen.

Meist beginnt die Erkrankung im 7. Lebensjahrzehnt mit Gedächtnisstörungen. In etwa 5% aller Fälle beginnt eine Alzheimer-Krankheit schon vor dem 65. Lebensjahr. Bisher sind keine Unterscheidungsmerkmale der früh und der spät beginnenden Alzheimer-Krankheit bekannt.

Leitsymptome der Alzheimer-Erkrankung:

- ausgeprägte (Neu-) Gedächtnisstörung
- Störung des visuell-räumlichen Denkens
- Sprachstörung (v.a. Wortfindungsstörung)
- Störung der Handlungsplanung → Schwierigkeiten bei komplexen
- Tätigkeiten (z.B. Kochen, Finanzen, Gerätebedienung)

Vaskuläre (= gefäßbedingte) Hirnschädigung

Vaskuläre Hirnschädigungen, die zu einer Demenz führen, entstehen durch (meist kleine) Hirninfarkte, z.B. aufgrund von Thrombosen, Embolien oder Blutungen im Gehirn. Die Demenz kann nach einer Reihe von Schlaganfällen plötzlich, als Folge der Anhäufung vieler kleiner Infarkte aber auch erst allmählich einsetzen (Multiinfarkt-Demenz). Der Beginn liegt meist im späteren Lebensalter.

Leitsymptome bei vaskulärer Hirnschädigung

- Verlangsamung
- Konzentrationsschwäche
- Antriebsminderung

Häufig treten auch Gangstörungen, Bewegungsunsicherheiten und Blasenstörungen (z.B. Harndrang) auf. Anders als bei der Alzheimer-Erkrankung sind Gedächtnis, Sprache und visuell-räumliches Denken anfangs oft noch gut erhalten, wenn auch durch die Verlangsamung und Konzentrationsstörung erschwert.

Frontotemporale Lobärdegeneration (FTLD)

Die Frontotemporale Lobärdegeneration ist - je nach genauer Lokalisation der Schädigung - durch Verhaltensauffälligkeiten und/ oder Veränderungen der Sprache gekennzeichnet.

Man kann drei Unterformen der FTLD unterscheiden, frontotemporale Demenz – frontale Variante, primär progressive Aphasie, semantische Demenz. Allen Formen gemeinsam ist ein schleichender Beginn und allmähliches Fortschreiten der Erkrankung. Der Krankheitsbeginn liegt meist vor dem 65., selten nach dem 75. Lebensjahr.

Leitsymptome:

- Persönlichkeitsveränderung
- Verhaltensauffälligkeiten
- Störungen im Sozialkontakt
- emotionale Gleichgültigkeit
- Störung höherer Planungsfunktionen (= Exekutivstörung)
- früher Verlust der Krankheitseinsicht

Häufiger kommt es zusätzlich zu einer Vernachlässigung der Körperpflege, zu stereotypen, sich „sinnlos wiederholenden“ Verhaltensweisen (Perseverationen) und zu Veränderungen der Ess- und der Sprechgewohnheiten (entweder übermäßiges Reden oder Verstummen).

Lewy-Körperchen-Erkrankung (Lewy-Body-Demenz, LBD)

Leitsymptome: (ähnlich der Alzheimer-Erkrankung)

- Gedächtnisstörung (aber: mehr Abruf- als Speicherstörung)
- Störung des visuell-räumlichen Sehens und Denkens
- Störung der Handlungsplanung → Schwierigkeiten bei komplexen Tätigkeiten (z.B. Kochen, Finanzen, Gerätebedienung)

dazu:

- fluktuierende Aufmerksamkeitsstörung
- Verlangsamung
- Antriebsminderung bis hin zur Apathie
- lebhafte visuelle Halluzinationen
- frühe Urin-Inkontinenz

Parkinsontypische Bewegungsstörungen:

- Muskelsteifheit (Rigor)
- Zittern (Tremor)
- Verarmung der Bewegungen (Hypokinese)
- Verlangsamung der Bewegungen (Bradykinese) bis hin zur Bewegungslosigkeit (Akinese)
- Haltungsinstabilität

Die Beeinträchtigung insbesondere der Aufmerksamkeit, des Konzentrationsvermögens und der Wachheit unterliegt (anders als bei der Alzheimer-Erkrankung) oft starken Schwankungen.

Insgesamt jedoch nehmen auch bei der LBD die Symptome im Krankheitsverlauf stetig zu. Aufgrund der (unwillkürlichen) Bewegungsstörungen kommt es häufig zu Stürzen. Oft treten auch Schlafstörungen auf.

http://www.demenz-leitlinie.de/index/Krankheitsinformationen.pdf

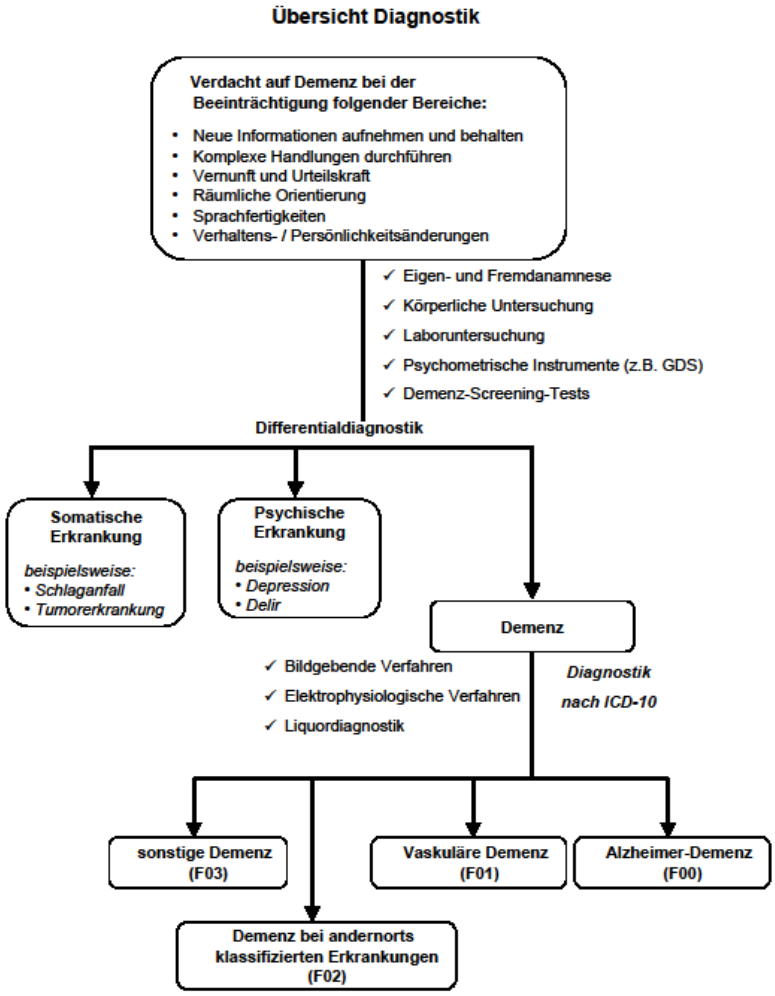
3.2 Diagnostische Verfahren

DGPPN S3 Leitlinien Demenzen

Eine frühzeitige syndromale und ätiologische Diagnostik ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Patienten mit Demenzerkrankungen und deshalb allen Betroffenen zu ermöglichen.1 (Good clinical practice, Expertenkonsens)

Bei der Durchführung diagnostischer Maßnahmen ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten zu prüfen und zu berücksichtigen. Es sind ggf. Maßnahmen zu ergreifen, um eine gesetzliche Vertretung des Betroffenen für Fragen der Gesundheitsfürsorge zu schaffen. (Good clinical practice, Expertenkonsens)

Die Diagnose einer Demenz ist eine Syndromdiagnose und soll auf anerkannten Kriterien fußen, wie sie z.B. in der ICD-10 niedergelegt sind. Demenz ist zunächst eine klinische, beschreibende Diagnose; eine prognostische Aussage ist damit nicht impliziert. Hinter der Syndromdiagnose verbirgt sich eine Fülle von ursächlichen Erkrankungen, die differenziert werden müssen, da erst die ätiologische Zuordnung eine fundierte Aussage über den Verlauf und die Behandlung erlaubt. Eine erste ätiologische Differenzierung kann ebenfalls an klinischen Merkmalen, die z.B. in der ICD-10 gelistet sind, erfolgen. Die ätiologische Zuordnung anhand dieser klinischen Merkmale allein ist aber unzureichend. (Good clinical practice, Expertenkonsens)



3.3 Symptomatik in den unterschiedlichen Krankheitsphasen

Im frühen Stadium von Alzheimer können sich Betroffene häufig neue Informationen nicht mehr gut merken. Beispielsweise lesen sie die Zeitung und wissen am Ende eines Artikels nicht mehr, worum es am Anfang ging. Häufiger als früher verlegen sie Gegenstände. Außerdem fällt es ihnen schwerer, sich auf Gespräche zu konzentrieren. Sie können ihrem Gegenüber nur mit Mühe folgen und bestimmte Wörter wollen ihnen einfach nicht in den Sinn kommen. Auch erste Probleme mit der Orientierung treten auf: In fremden Umgebungen finden sich die Betroffenen schwer zurecht. Das macht sich zum Beispiel in Restaurants bemerkbar, wenn der Weg zurück von der Toilette zum Tisch wie ein Labyrinth erscheint.

Angst, Frust und Scham

Diese Phase der Krankheit dauert zwischen fünf und zehn Jahre, mitunter länger. Sie ist für die Betroffenen oft mit Frust und Angst verbunden. Sie bemerken eher als andere, dass etwas nicht stimmt. Da die eigene Lebensgeschichte ihnen noch voll präsent ist, vergleichen sie ihre jetzige Leistungsfähigkeit mit früher. Das erzeugt oft Kummer, mitunter Scham – und das Bedürfnis, die Probleme zu verbergen. Die Betroffenen errichten einen Schutzwall aus Ausreden, reagieren trotzig auf Spott oder besorgte Nachfragen und geben anderen die Schuld, wenn sie etwas verlegt oder versäumt haben. Sie geben einst geliebte Hobbys auf, ziehen sich zurück und geben vor, keine Lust auf Gesellschaft zu haben.

Tipp für Alzheimer-Kranke

Menschen wappnen sich in gewissem Maße gegen Alzheimer, wenn sie ihr Gedächtnis trainieren. Wählen Sie dazu am besten ein Sachgebiet, das Ihnen neu ist: Auf diese Weise fördern Sie Hirnregionen, auf die Sie im Berufsleben weniger angewiesen waren. Warum nicht zum Beispiel doch noch Englisch lernen?

Der Verlauf chronischer Krankheiten wie Alzheimer ist individuell: Bei einigen Betroffenen treten bestimmte Symptome früher auf als bei anderen – oder bleiben völlig aus. Dennoch erlauben es bestimmte Anzeichen, von einem mittleren Stadium der Krankheit zu sprechen, beispielsweise wenn eine Patientin die eigenen Kinder kaum noch erkennt.

Im mittleren Stadium der Alzheimer-Demenz sind Sprache und Sprachverständnis der Betroffenen meist spürbar beeinträchtigt: Fehler im Satzbau treten auf, Antworten werden floskelhaft und Unterhaltungen schwierig, da Betroffene den "roten Faden" verlieren. Da sich die Patienten kaum noch etwas merken können, fällt es ihnen schwer, sich im Alltag zurechtzufinden. Sie bringen Tageszeiten und Daten durcheinander. Außerhalb und innerhalb der eigenen vier Wände fällt die Orientierung immer schwerer. Bei vielen Kranken ist darüber hinaus der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört.

Mittleres Stadium: Vergessen dringt weiter vor

All diese Anzeichen können hin und wieder schon während einer leichten Demenz auftreten. Es gibt aber auch ein eindeutiges Indiz für die mittlere Phase: Die Erinnerung an Kernereignisse vergangener Jahrzehnte verblasst. Nicht nur sind Kenntnisse wie weggeblasen, die ein Mensch ein Berufsleben lang "aus dem Effeff" abrufen konnte. Schmerzlich für die Angehörigen ist vor allem, dass auch sie selbst vom Vergessen betroffen sein können. Der Ehepartner oder die Kinder entschwinden allmählich dem Langzeitgedächtnis.

Dagegen erinnern sich Menschen im mittleren Stadium einer Demenz mitunter schlaglichtartig an Erlebnisse aus Kindheit und Jugend. Sie beharren dann beispielsweise darauf, ein Jahrzehnte zurückliegendes Unrecht sei ihnen gerade erst zugestoßen. Das hängt damit zusammen, dass Demenzkranke allmählich das Bewusstsein für ihre Krankheit verlieren.

Die Persönlichkeit ändert sich

Noch belastender kann es für die Familie sein, wenn sich das Verhalten der oder des Demenzkranken ändert. Der früher so souveräne Vater reagiert gereizt, fühlt sich verfolgt, bestohlen und ungeliebt. Die einst so besonnene Schwiegermutter wirkt nervös und rastlos, weil sie sich kaum noch zurechtfindet. Vielen Kranken merkt man an, wie sie versuchen, sich zu orientieren – und wie unglücklich sie darüber sind zu scheitern. Da sie die Gründe dafür nicht mehr begreifen, schlägt dieses Scheitern häufig in Aggression um. Für Angehörige ist dies eine Zeit, in der sie viel Geduld brauchen.

Rat für Angehörige

Häufig sehnen sich Demenzkranke nach längst verschollenen Jugendfreunden. Meistern Sie die Situation, indem Sie ein Wiedersehen für den nächsten Tag in Aussicht stellen. Der oder die Kranke wird sich an das Versprechen nicht erinnern – für den Moment aber zufrieden sein.

Je länger eine Demenz andauert, desto weniger Fähigkeiten bleiben dem betroffenen Menschen. Die Patienten scheinen in einer Welt zu leben, die immer kleiner und doch unübersichtlicher wird. Menschen im späten Stadium der Demenz sind bei allen Tätigkeiten auf Hilfe angewiesen und verlieren zuletzt auch die Kontrolle über ihre Körperfunktionen.

Im späten Stadium können Demenzkranke kein Gespräch mehr führen. Sie reagieren kaum und reihen allenfalls einzelne Wörter oder Laute aneinander. Viele verstummen völlig. Dies bedeutet aber nicht automatisch, dass keinerlei Kommunikation mehr möglich ist. Die Brücke der Gefühle trägt länger als Worte.

Kommunikation

Oft staunen pflegende Angehörige darüber, wie empfindsam ihr Familienmitglied zum Beispiel auf sanfte Berührung reagiert. Auch bestimmte Gesichter können angenehme Emotionen auslösen – obwohl der oder die Kranke selbst enge Verwandte nicht mehr erkennt. Weitere Türen in die Welt von Demenzpatienten können Musik, Gebete und Gerüche sein. Viele Patienten lauschen gern den Melodien, die zu ihrer Jugendzeit populär waren. Das Vaterunser haben die meisten alten Menschen in früher Kindheit gelernt und ein Leben lang immer wieder gesprochen und gehört. Es laut am Bett zu beten, kann positive Gefühle wecken.

Das Gleiche gilt für Düfte: Das Rasierwasser, das der demenzkranke Großvater schon als junger Mann benutzt hat, oder das Parfüm, ohne das Mutter nie aus dem Haus ging, zaubern manchmal ein seliges Lächeln auf die Lippen.

Auffälliges Verhalten

In einer Übergangsphase von der mittleren zur späten Demenz schlägt die Stimmung mancher Patienten mitunter jäh um: Stundenlang kann ein Mensch mit Demenz reglos am Fenster sitzen – um dann urplötzlich aufzustehen und lange in der Wohnung auf und ab zu gehen. Angehörige sollten sicherstellen, dass die Wohnungstür gut verschlossen ist. Verirren sich Demenzkranke auf die Straße, finden sie kaum zurück – und sind den Gefahren des Autoverkehrs ausgeliefert. Dieses ziellos wirkende Umherirren kann auch mitten in der Nacht auftreten, da Demenzkranke das Zeitgefühl verlieren. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft verschwimmen.

Rat für Pflegende

Demenzkranke Menschen scheinen im späten Stadium in eine Traumwelt zu versinken. Sie sind dort aber keineswegs unerreichbar. Versuchen Sie es, indem Sie beispielsweise die Hand streicheln – oder spielen Sie dem Patienten sein Lieblingslied vor.

Spätes Stadium: körperlicher Verfall

Im späten Stadium einer Demenz lassen sich Blase und Darm nicht mehr kontrollieren. Ohnehin gehen die Kranken nicht mehr von selbst zur Toilette – sie können die Signale des Körpers nicht mehr deuten. Viele Patienten leiden darüber hinaus unter verstärkter Muskelspannung, die sie nicht beeinflussen können. Mit der Zeit wirkt sich dies auf die Gelenke aus. Sie werden steif. Einen Löffel zum Mund zu führen, ist unter diesen Umständen kaum mehr möglich. Auch das Schlucken fällt immer schwerer. Am Ende ihres Lebens bedürfen Demenzkranke einer Pflege rund um die Uhr. Sie sind bettlägerig.

Meine Fragen?

3.4 Kognitive psychische und Verhaltensveränderungen

3.4.1 Herausforderndes Verhalten

Als herausfordernd wird betrachtet, was als störend, belastend, fremd- oder selbstgefährdend wahrgenommen wird. Der Begriff „herausforderndes Verhalten“ bezieht sich somit allein auf die Wirkung des Verhaltens auf die Umgebung und nicht darauf, wie die kranke Person das Verhalten selbst erlebt.

Was für die Umgebung eine Herausforderung bedeutet, kann unter Umständen für den Kranken mit Wohlbefinden verbunden sein und aus seiner Perspektive sinnvoll sein. Betreuende sind daher gefordert, herausforderndes Verhalten zu tolerieren, wenn es für den Kranken mit Lebensqualität verbunden ist und andere nicht zu Schaden kommen.

Verhalten, dass von Betreuungspersonen / Pflegenden häufig als belastend empfunden wird:

- Aggressivität
- Unruhe, Erregung (agitiertes Verhalten)
- Vokale Störungen (z.B. häufiges Rufen, Schreien oder Geräusche machen)
- Zielloses Herumwandern
- Apathie, Rückzug

(aus: Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, 2006)

Weitere Verhaltensweisen, die als herausfordernd eingestuft werden können sind: häufig beschimpft oder beschuldigt werden, stark anklammerndes oder bedrängendes Verhalten (ggf. auch sexuell bedrängendes Verhalten), häufiges Verlassen der Wohnung bei Orientierungslosigkeit, Entfernen von Inkontinenzeinlagen verbunden mit einkoten und urinieren in der Wohnung, häufige Nachtunruhe, Zerstören von Einrichtungsgegenständen oder häufiges Verräumen, Selbst- und/oder Fremdgefährdung im Umgang mit Feuer, Herd, Haushaltsgegenständen oder im Straßenverkehr, Essen von verdorbenen oder nicht essbaren Dingen, ständiges Jammern und Klagen, starke Ängste oder wahnhafte Ängste.

Oft werden Rückzugsverhalten und Apathie weit weniger belastend empfunden und damit auch weniger beachtet als aktive Störungen wie Aggressivität oder ständiges Rufen. Apathie und Rückzug können jedoch für den Kranken andererseits belastender sein als offensichtlich auffälliges Verhalten. Betreuende dürfen daher ihre Aufmerksamkeit nicht ausschließlich auf stark störendes Verhalten beschränken.

Grundlegende Orientierung im Umgang mit herausforderndem Verhalten sollte zunächst immer die Verbesserung des Wohlbefindens des Kranken (und ggf. der Angehörigen) und nicht das Abstellen der Störung sein. Dadurch richtet sich die Aufmerksamkeit auch automatisch auf ein besseres Verständnis der Auslöser und Bedingungen.

Erforderlich ist, die Befindlichkeit des Kranken zu erfassen, d.h. wie er sich im Verhalten erlebt, die Bedeutung des Verhaltens für ihn selbst zu ergründen und Entstehungsbedingungen zu entschlüsseln.

Voraussetzung dafür ist eine möglichst präzise Beschreibung der Situation und des Verhaltens unter Einbezug verbaler Äußerungen und der Körpersprache.

Eine Hilfe zum Verständnis der Entstehungsbedingungen bietet z.B. das NDB-Modell (need driven dementia compromised behaviour model = bedürfnisorientiertes Verhaltensmodell bei Demenz; Kalanowski 1999). Es unterschiedet zwischen kaum beeinflussbaren Hintergrundfaktoren, die sich z.B. durch die unmittelbaren Krankheitsfolgen ergeben wie kognitive Veränderungen, Gesundheitsstatus usw. sowie beeinflussbaren proximalen Faktoren wie Umgebungsbedingungen, momentane Bedürfnisse usw.

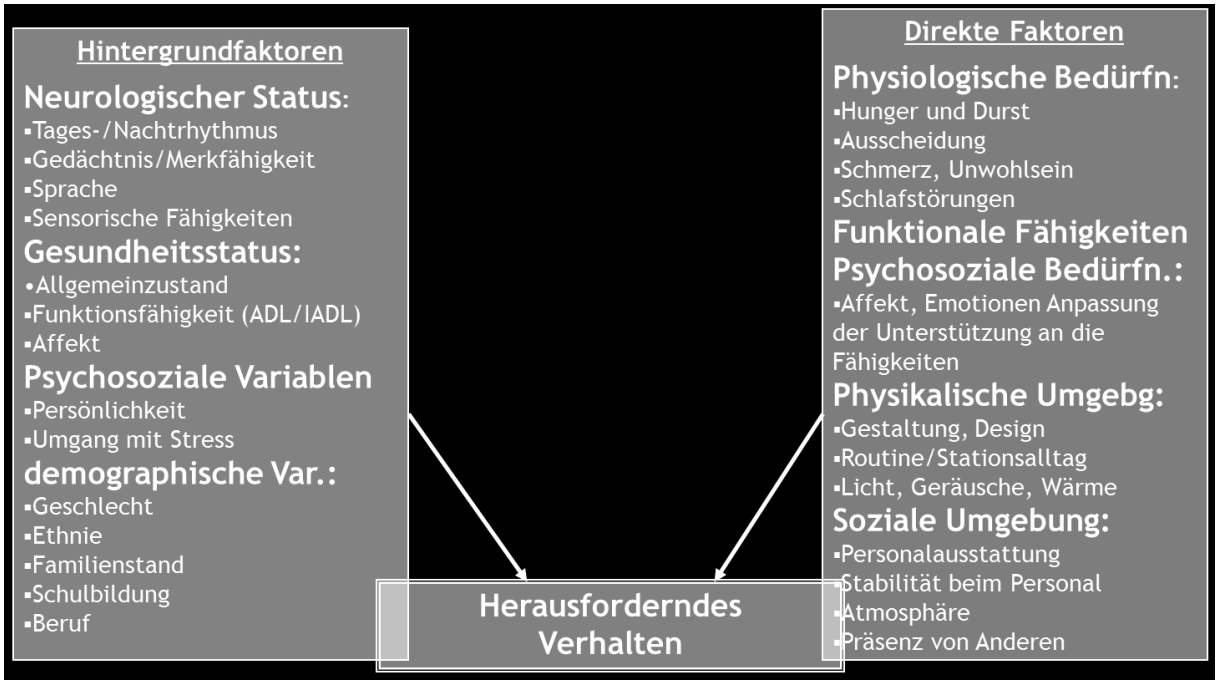
Entstehungsbedingungen für herausforderndes Verhalten nach dem NDB-Modell

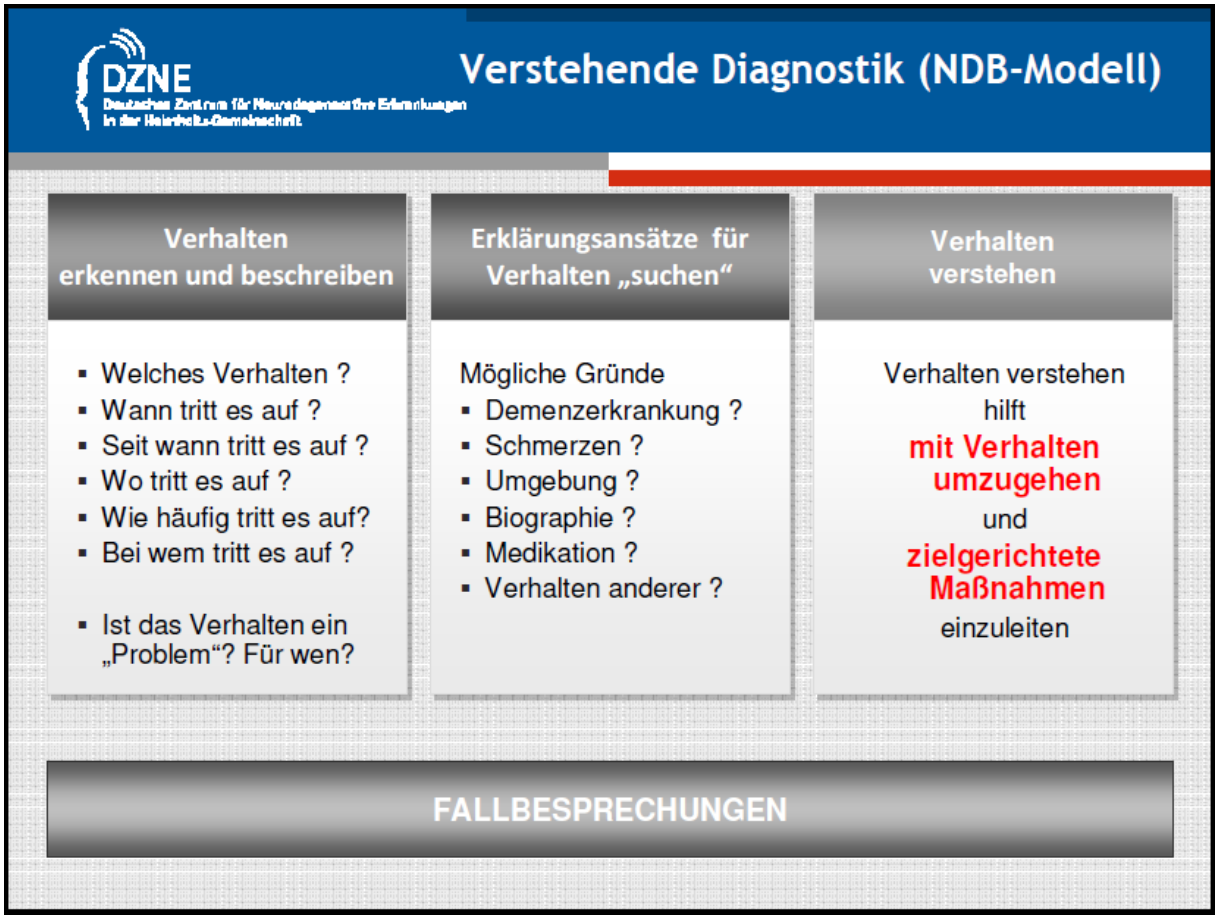
„In vielen Fällen ist davon auszugehen, dass herausforderndes Verhalten ein Versuch darstellt, sich auf einer anderen Ebene psychologischen Funktionierens anzupassen, auszudrücken, mitzuteilen, aus Situationen Sinn zu machen, sich gegenüber der Umwelt zu behaupten (Vass et al. 2003). Bestimmte Verhaltensweisen, wie Leben in der Vergangenheit, anklammerndes (Bindungs-)Verhalten, Apathie und vollständiger Rückzug dienen dem Verlangen, mächtige Gefühle wie Angst, Trauer, Verzweiflung zu bewältigen und sich zu schützen. Verhalten ist hochvariabel bezüglich verschiedener Situationen: In der Regel ist es eher der Kontext, der Verhalten erzeugt, weniger eine Überlegung oder Entscheidung des Kranken oder die Eigendynamik der Erkrankungen.

Umgekehrt bedarf es einer differenzierten Kenntnis psychiatrischer Symptome, des psychopathologischen Befundes und seiner Ätiologie, um den psychosozial bedingten Anteil nicht über zu bewerten und um der Gefahr zu entgehen, sich an nicht erreichbaren Zielen vergeblich abzuarbeiten.“ (Auszug aus den Rahmenempfehlungen des BGM 2003)

Ein Zugang zu aggressiven Verhaltenstendenzen ergibt sich insbesondere durch die Beachtung des Zusammenhangs von Grunderregung und Reizreaktion. Ähnlich wie beim NDB-Modell wird einerseits von allgemeineren Faktoren ausgegangen, die die Grunderregung beeinflussen. Hinzu kommen situative Faktoren, durch die das Erregungsniveau einen Schwellenwert überschreitet und dann Ärgerreaktionen oder aggressives Verhalten entstehen.

Entstehungsmodell Herausforderndes Verhalten (Bartholomeyczik, 2013)



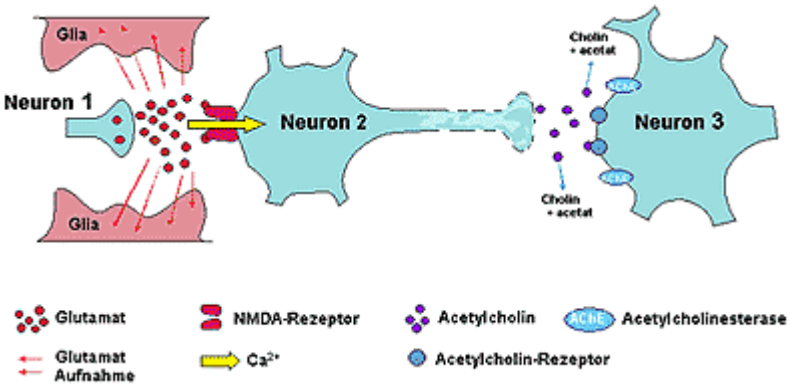


3.5 Therapien bei Demenz

3.5.1 Medikamentöse Therapien

Medikamentöse Therapie

Zur medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Demenz stehen zwei Arzneimittelgruppen zur Verfügung, die die bei Demenzen gestörten Botenstoffe Glutamat und Acetylcholin positiv beeinflussen.



Memantine

Medikamente mit dem Wirkstoff Memantin sind für Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Alzheimer-Demenz zugelassen. Sie sollen verhindern, dass ein Überschuss des Stoffes Glutamat das Gehirn schädigt. Glutamat ist ein Botenstoff, der Nervensignale weiterleitet. Er trägt dazu bei, dass wir uns Dinge merken können. Man vermutet, dass bei Alzheimer-Erkrankten zu viel Glutamat im Gehirn dazu führt, dass Nervenzellen absterben.

Memantin kann den Abbau geistiger Fähigkeiten bei manchen Menschen mit Demenz etwas verzögern. Es gibt auch Hinweise, dass mit Memantin alltagspraktische Fähigkeiten wie Zähneputzen, Anziehen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen etwas länger erhalten bleiben können. Zudem deuten Studien an, dass sich starke Unruhe verringern kann.

Memantin ist insgesamt anscheinend gut verträglich. Dass es sehr selten doch einmal zu Nebenwirkungen kommt, ist jedoch nicht ausgeschlossen

Acetylcholinesterase-Hemmer

Medikamente aus der Wirkstoffgruppe der Acetylcholinesterase-Hemmer sollen den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen im Gehirn anregen. Das soll die Symptome der Demenz mildern. Sie sind zur Behandlung von leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz zugelassen. In Deutschland sind derzeit drei Acetylcholinesterase-Hemmer auf dem Markt: Donepezil, Galantamin und Rivastigmin. Sie werden als Tabletten eingenommen.

Rivastigmin ist auch als Pflaster erhältlich, dessen Wirkstoff über die Haut in den Körper gelangt.

Acetylcholinesterase-Hemmer können den Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit leicht verzögern. Bislang weiß man: Manche Menschen mit Demenz können sich dadurch Dinge etwas besser merken. Ob eines der drei Mittel besser wirkt als die anderen, ist bislang unklar.

Dass Menschen, die einen Acetylcholinesterase-Hemmer einnehmen, ihren Alltag etwas länger selbst bewältigen können, ist nicht nachgewiesen. Zudem ist unklar, ob die Mittel

- die Lebensqualität verbessern können,
- psychische Begleitsymptome wie Depressionen oder Angstzustände lindern oder
- den Zeitpunkt verzögern, ab dem eine vollstationäre Pflege (Pflege im Heim) nötig wird.

3.5.2 Nicht-Medikamentöse Therapien

Zu den nicht medikamentösen Behandlungen der Alzheimer-Demenz gehören unter anderem Gedächtnisübungen, psychosoziale Aktivierung und Bewegungsprogramme. Einige dieser Maßnahmen können möglicherweise die geistige Leistungsfähigkeit und die Selbstständigkeit verbessern.

Nicht-medikamentöse Behandlungsformen sollen kognitive Fähigkeiten trainieren oder aufrecht erhalten, Alltagsfähigkeiten verbessern oder stabilisieren und das seelische Wohlbefinden fördern. Ebenso können sie schwierige Verhaltensweisen wie Unruhe oder Reizbarkeit eindämmen oder die körperliche Fitness verbessern. Zur nicht-medikamentösen Behandlung der Demenz gehört auch die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen. Ein Teil der genannten Behandlungsverfahren kann ärztlich verordnet und von den Krankenkassen erstattet werden. Dies gilt für Physiotherapie (Krankengymnastik), Ergotherapie, Logopädie und Verhaltenstherapie.

Dieses Informationsblatt konzentriert sich auf die nicht-medikamentösen Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit und Nutzen durch wissenschaftliche Studien untersucht und in der S3 Leitlinie „Demenzen“, die sich an Ärzte und Therapeuten richtet, empfohlen wurden.

Eine Übersicht der Nicht-medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ist auf dem Informationsblatt der Deutschen Alzheimer Gesellschaft aufgelistet.

Nicht alle der dort aufgeführten Behandlungen können und sollen bei jedem Patienten durchgeführt werden.

Informationsblatt 3/1

4. Kommunikation und Gesprächsführung

Ziele dieser Einheit: Die Subjektivität der Wahrnehmung bewusst machen, über das eigene Gesprächsverhalten reflektieren und es damit besser wahrnehmen. Über das Kennenlernen von Veränderungen der Kommunikation im Alter und bei Menschen mit Demenz können schwierige Gesprächssituationen vorbereitet und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden.

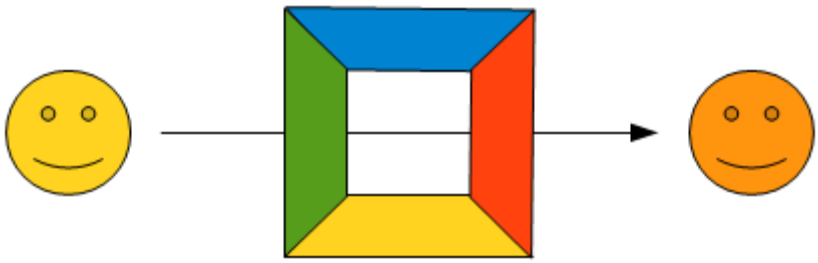
Arbeitsblatt 4/1: Fragen zur Selbstbeobachtung

- Was weiß ich über mein Sprechverhalten?
- Wie gut kann ich zuhören?
- Bin ich im Gespräch leicht abgelenkt?
- Wie beeinflussen mich äußere Gegebenheiten (z.B Alltagshektik, Unruhe, Lärm)?
- Wie reagiere ich auf Gefühlsäußerungen meines Gegenübers?
- Kann ich indirekte Äußerungen wahrnehmen?
- Gibt es schwierige Themen, die ich „abwehre“?
- Gibt es für mich Tabuthemen?
- Was passiert, wenn mir jemand sympathisch / unsympathisch ist?
- Was ist, wenn jemand starke Gefühle in mir auslöst?

Bitte bearbeiten Sie das Arbeitsblatt
Beantworten Sie die Fragen nur, soweit Sie es möchten!

4.1 Anatomie der Nachricht (Schulz von Thun)

Arbeitsblatt 4/2: Das Kommunikationsquadrat nach Friedemann Schulz von Thun



Kommunikationsquadrat (Schulz von Thun)

4.2 Mehrschichtigkeit in der Kommunikation

Paul Watzlawick stellte 5 Grundregeln (pragmatische Axiome) auf, die die menschliche Kommunikation erklären und ihre Paradoxie zeigen:

1. Man kann nicht nicht kommunizieren
2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt
3. Kommunikation ist immer Ursache und Wirkung
4. Menschliche Kommunikation bedient sich analoger und digitaler Modalitäten
5. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär

Jede Mitteilung wird durch den Beziehungsaspekt maßgeblich beeinflusst. Die Beziehung gibt den Ausschlag, wie die Botschaft zwischen den Gesprächspartnern verstanden wird. Kein Gesprächsinhalt kann ohne Beziehungsaspekt geäußert werden.

Beispiel: „Mir tut mein rechter Arm weh“ kann heißen:

-
-
-

Mitteilungen / Äußerungen haben Bedeutungen, die verstanden werden müssen. Das Missverständnis ist der Regelfall in der Kommunikation. Folgendes Zitat soll dies verdeutlichen:



Übung 4/1: Kontrollierter Dialog: Fehler des Sprechenden

Übung 4/2: Kontrollierter Dialog: Fehler des Hörenden

4.3 Verbale und Non-Verbale Kommunikation

A Wissen	B Verstehen	C Anwenden	D Analysieren/Evaluieren
Ich kenne verschiedene Kommunikationsebenen und Elemente der nonverbalen Kommunikation.	Ich kann in einem Gespräch zwischen der Beziehungs- und der Sachebene unterscheiden.	Ich kann Elemente meiner Körpersprache, der Gesprächsart und dem Gesprächsanlass entsprechend einsetzen. Ich bin mir in meinen Gesprächen der Sach- und Beziehungsebene bewusst.	Ich achte auf Mimik, Gestik und Körperhaltung und reflektiere diese.

Der Anteil nonverbaler Signale an der Wirkung der kommunikativen Signale beträgt etwa 80 Prozent. Es ist deshalb sehr wichtig, wie etwas mitgeteilt wird. Mimik und Gestik sind weitgehend das Ergebnis eines Sozialisationsprozesses und damit von Kultur zu Kultur unterschiedlich. So benutzen beispielsweise Japaner das Gesicht weniger als wir, Italiener die Hände mehr als wir.

Auch Gestiken können Unterschiedliches bedeuten, wofür die sog. Ringgeste ein eindrückliches Beispiel darstellt.



Bedeutungen:

Deutschland, Nordamerika:

Spanien:

Belgien, Frankreich:

Es gibt universelle, d. h. angeborene nonverbale Ausdrucksformen, die weltweit verstanden werden.

Zu den universellen, angeborenen Ausdrucksformen zählen Gesichtsausdrücke, die sog. Basisemotionen wie zum Beispiel Freude, Trauer, Furcht, Ärger, Überraschung, Abscheu und Interesse ausdrücken. So wird z. B. Abscheu in allen Kulturen durch das Rümpfen der Nase signalisiert.

4.4 Leitlinien für die Kommunikation mit Menschen mit Demenz

Bei der Kommunikation / Interaktion mit Menschen mit Demenz, sollte erreicht werden, dass der Mensch mit Demenz die Gewissheit erfährt, dass wir ihn verstehen. Da dies nicht immer möglich ist, braucht es einen Kommunikationsstil, der dies vermittelt. Folgende Grundsätze sollten berücksichtigt werden:

- Nähern Sie sich von vorne, nehmen Sie Augenkontakt auf und stellen Sie sich vor
- Sprechen Sie Ihr Gegenüber regelmäßig mit seinem Namen an
- Sprechen Sie langsam (max. 2 Wörter / Sekunde), ruhig und mit freundlichem Gesichtsausdruck
- Verwenden Sie kurze, einfache und vertraute Worte
- Geben Sie nur eine Mitteilung auf einmal
- Stellen Sie immer nur eine Frage
- Ergänzen Sie das Gesprochene durch Gebärden und taktvolle Berührungen
- Zeigen Sie, dass Sie zuhören und versuchen, das Gesagte zu verstehen (Exkurs: Aktives Zuhören)
- Nicht unterbrechen! Vermeiden Sie es, zu argumentieren oder zu kritisieren

Bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz ist es wichtig, positive Inhalte zu vermitteln. Oftmals gelingt es den Betroffenen nicht, einen Satz zu Ende zu bringen. Dann müssen wir dafür Sorge tragen, dass die Kommunikation gelingt. Möglichkeiten, um dieses zu erreichen sind:

- Machen Sie positive Vorschläge – z.B. Gehen wir …
- Machen Sie Vorschläge, wenn die Person Probleme hat, sich zu entscheiden
- Seien Sie verständnisvoll und geduldig. Nehmen Sie Körperkontakt auf. Achten Sie darauf, wenn die Person das nicht möchte!
- Machen Sie Komplimente!
- Sprechen Sie über Gegenwärtiges (Frisur, Kleidung, etc.)
- Sprechen Sie über Vergangenes. Diese Themen sollen positiv besetzt sein (Biografiewissen)

4.5 Validation und Integrative Validation nach Richard®

„Betagte Menschen mit Demenz können wir nicht verändern. Was wir verändern können, ist unsere Wahrnehmung von ihnen, damit auch unsere Haltung."

(N. Richard)

Validation („Etwas für gültig erklären") ist eine Kommunikationsform und eine Therapie, mittels welcher man lernen kann, mit Personen, die unter Vergesslichkeit und Desorientierung leiden, in Verbindung zu treten und zu bleiben. Sie hilft dem verwirrten alten Menschen seine Würde wiederherzustellen. Validation heißt, den desorientierten Menschen, der in der Vergangenheit lebt, so zu akzeptieren, wie er ist, ihm Respekt und Einfühlung entgegenzubringen. Der Validationsarbeiter akzeptiert den alten Menschen und fühlt sich in ihn ein, er versucht „in den Schuhen des anderen zu gehen" (vgl. Feil, 2016)

Ziele der Validation sind in erster Linie die Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und die Reduktion von Stress.

Prinzipien der Validation:

- Gefühle verlieren ihre Intensität, wenn sie validiert werden (Freud, Jung)
- Ignorierte Gefühle gewinnen an Intensität
- Frühe, gefestigte emotionale Erinnerungen bleiben erhalten (Skinner, Watson)
- Wenn das Kurzzeitgedächtnis schwächer wird, kommen frühe Erinnerungen zurück
- Wir alle können mit der Seele sehen und hören (Penfield)

Validation ist eine Methode mit 15 verbalen und nonverbalen Techniken.

Arbeitsblatt 4/3:	Techniken der Validation (Feil)

Die Integrative Validation („Etwas für gültig erklären, wertschätzen") wurde von Nicole Richard (1957-2014), Diplom Pädagogin, Diplom Psycho-Gerontologin Anfang der 1990er Jahre entwickelt. Die Integrative Validation unterscheidet sich von der Validation® nach N. Feil in der Hauptsache dadurch, dass sie nicht die Bewältigung ungelöster Lebensprobleme zum Ziel hat.

IVA verzichtet weitgehend auf Fragen

Die IVA ist eine Umgehensweise und eine Haltung, die die Gefühle und Antriebskräfte des Demenzkranken in den Mittelpunkt stellt. Die Wahrnehmungswelt und die Wirklichkeitssicht des Dementen stehen im Mittelpunkt. Es wird nicht länger von der Gegenwartsebene ausgegangen, sondern die Pflegekräfte versuchen sich in die „Zeit- und Erlebnisebene" des Verwirrten einzufühlen.

Gefühle und Antriebskräfte des verwirrten Menschen werden erkannt, angenommen und wertgeschätzt. Die Emotionen eines Verwirrten sind echt. Sie dürfen von der Umwelt nicht

abgelehnt werden. Die Äußerungen des Dementen werden nicht korrigiert, der Verwirrte wird nicht mit seinen Ausfällen konfrontiert.

Die Gefühle werden angenommen statt weggenommen, weggeredet, abgeschwächt oder gar verspottet. Es wird nicht nach Erklärungen gesucht. Der Demente handelt so, weil er dement ist. Es wird nicht überlegt, was der Demente macht, sondern wie er etwas macht und welcher Antrieb dahinter steht.

Durch Integrative Validation fühlt sich der verwirrte Mensch zunehmend angenommen und er gewinnt Vertrauen, bekommt Sicherheit. **„Da versteht mich jemand."**

1. Das Gefühl, den Antrieb des Dementen **erspüren**
2. **Validieren,** d.h. in direkten kurzen Sätzen die Gefühle und Antriebe annehmen, akzeptieren, wertschätzen
3. **Allgemein validieren**, d.h. mit Sprichwörtern, Volksweisheiten auf das Gesagte reagieren

Beispiel: „Du hast mir Geld gestohlen"

1. **Gefühle und Antriebe sind:**
   Wut, Zorn, Ärger, Empörung, Misstrauen, Verzweiflung, Angst
2. **Validation:**
   „Was sind Sie wütend". „Da kann einem ja der Kragen platzen". „Sie haben eine ganz schöne Wut im Bauch". „Wem soll man noch trauen?". „Es ist zum verzweifeln". „Da schaut man ganz hilflos zu". „Das kann einem Angst machen".
3. **Allgemeine Validation:**
   „Trau, schau, wem". „Was Recht ist, muss Recht bleiben".

Möglichkeiten der Validation:

Reagieren auf Wut:	Meine Güte, was können Sie sich aufregen!
Trauer:	Sie sind traurig, ihnen ist das Herz schwer.
Verzweiflung:	Sie wissen nicht mehr ein noch aus, Sie wissen sich keinen Rat mehr!
Ehrlichkeit:	Sie sind eine ehrliche Haut!
Fleiß:	Sie sind aber eine Fleißige! Sie sind immer in Bewegung!
Pflicht:	Sie wissen, was Pflicht ist
Pünktlichkeit:	Nach Ihnen kann man die Uhr stellen.

5. Der Personzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood

Tom Kitwood wurde am 16. Februar 1937 in Boston, Lincolnshire geboren. Im Zuge eines Studiums in Cambridge erwarb er 1960 den Bachelor of Science der Naturwissenschaften. Nachdem einem Priesteramt-Studium in Wycliffe Hall schloss er 1974 den Master in Bildungspsychologie und –soziologie in Bradford ab, drei Jahr später erwarb er den Doktor (PhD) in Sozialpsychologie.
Dozent für Psychologie an der Universität Bradford mit den Schwerpunkten Beratung, Psychotherapie und Tiefenpsychologie.
Während eines Projektes der Gesundheitsbehörde von Bradford kam er erstmalig mit dem Thema Demenz in Kontakt. Er erforschte die gängige Versorgungspraxis sowie die Auswirkungen hoher Versorgungsqualität und entwickelte darüber hinaus einen Kurs in „Tiefenpsychologie der Pflege und Betreuung von demenzkranken Menschen".
Tom Kitwood gründete im Jahr 1992 die Bradford Dementia Group, eine akademische Abteilung der Gesundheitswissenschaften, die bis heute das Ziel verfolgt, die Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihrer Familien zu verbessern. Kitwood entwarf dort das Konzept des person-zentrierten Ansatzes sowie Kurse und Bildungsprogramme für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, die sowohl national als auch international bekannt und gewürdigt wurden. Er wendete sich gegen die ausschließliche Sichtweise der Demenz als hirnorganischem Geschehen und versuchte die psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen Menschen zu erkennen und auf der Grundlage eines verstehenden Vorgehens eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung zu erreichen. Hierbei spielt die Gefühls- und Beziehungsarbeit zwischen Demenzkranken und Pflegepersonen eine entscheidende Rolle.

Kurz nachdem er die Alois Alzheimer Professur für Psychogerontologie erhielt und zum Lehrstuhlinhaber der Universität Bradford befördert wurde, starb Kitwood am 1. Nov. 1998.[1]

Lerninhalte dieser Einheit sind:

- Die Elemente personzentrierter Pflege
- Personsein und Entpersonalisierung
- „Die Dialektik der Demenz"
- Zentrale Bedürfnisse von Menschen mit Demenz
- 12 Arten positiver Interaktion

[1] (vgl. Kitwood, 2008, S. 227-228 und Riesner, Müller-Hergl und Mittag 2005, S. 10).

5.1 Leitlinien im Umgang mit Menschen mit Demenz

Die wesentlichen Symptome, die den Umgang mit Menschen mit Demenz erschweren, sind:

- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen
- Verständigungsstörungen

Daraus ergeben sich Verhaltensweisen, die wir zunächst nicht verstehen und die unserer Einschätzung nicht angemessen sind. Oft wird von „problematischem oder störendem Verhalten“ gesprochen, und es wird versucht, dieses Verhalten „abzustellen“.
Bei der Begleitung von Menschen mit Demenz geht es jedoch in erster Linie darum, zu verstehen, warum es zu diesem Verhalten kommt. Da jedes Verhalten eine Ursache hat, ist es zielführend die Ursache zu erkennen Kann diese Ursache behoben werden, wird das Verhalten, das wir zunächst nicht verstehen, weniger werden oder ganz aufhören.
Können wir die Ursache(n) nicht beheben, braucht es einen validierenden Umgang damit.

Sogenanntes „herausforderndes“ Verhalten, soll uns Helfenden herausfordern, dem Menschen mit Demenz das Gefühl zu geben, dass wir ihn verstehen.
Häufige Ursachen dieser später beschriebenen Verhaltensweisen sind:

- Unruhe und Nervosität
- Angst und Furcht
- Hunger oder Durst
- Schmerzen und andere körperliche Ursachen
- Harn- oder Stuhldrang
- Einsamkeit und Langeweile

Der Mensch mit Demenz zeigt in Folge dieser Ursachen, individuelle Verhaltensweisen von denen er hofft, die Ursachen beheben zu können. Die an häufigsten auftretenden Verhaltensweisen sind:

- Wiederholtes Fragen
- Falsche Anschuldigungen
- Rufen und Schreien
- Wutausbrüche und Schimpfen
- Ruheloses Umhergehen
- Rückzug und Passivität
- Aggressives Verhalten
- Unpassendes / peinliches Verhalten

Es gibt viele Strategien, die erfolgreich sein können. Dabei ist es wichtig, erfolgreiche Methoden weiterzugeben, damit jeder diese anwenden kann. Eine Garantie, dass es immer funktioniert, gibt es jedoch nicht.

Meine Fragen?

6. Aktivitäten des täglichen Lebens

6.1 Die Rolle der ehrenamtlichen Helfer

Die Aufgabe, die Ehrenamtliche bei der Begleitung im Krankenhaus übernehmen können, soll in erster Linie den Patienten helfen. Dies kann geschehen, wenn sich die Patienten besser in der ungewohnten Umgebung zurechtfinden, lange Zeiträume ohne Ansprache vermieden werden oder wichtige Bedürfnisse erkannt werden. Bedeutsam ist die Zusammenarbeit zwischen Hauptamtlichen und Ehrenamtlichen. Die beiden Gruppen können sich ergänzen und gegenseitig entlasten. Ein erwünschter Effekt ist die Schaffung von Freiräumen für die hauptamtlichen Professionen im Krankenhaus sowie betreuende Angehörige.

Konkrete Tätigkeiten können sein:

- Gespräche mit Patienten führen
- Spiele spielen, Geschichten vorlesen, gemeinsames Singen
- Bilder / Fotoalben anschauen um Erinnerungen zu wecken
- Falls erforderlich Hilfestellungen beim Anziehen, der Nahrungsaufnahme oder Toilettengängen
-

Es geht nicht darum, Ausgaben der Professionellen zu übernehmen oder übernehmen zu müssen.

In den folgenden Kapiteln sind ausgewählte Lebensaktivitäten dargestellt, bei denen Unterstützungsangebote von Ehrenamtlichen wirkungsvoll zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse führen und das Risiko von Zwischenfällen (Delir, Sturz, herausforderndes Verhalten) nachweislich reduzieren.

Arbeitsblatt 6/1:	Welche menschlichen Bedürfnisse halten Sie für wichtig? Legen Sie sich bitte auf eine Gewichtung fest.

6.2 Bewegungsförderung

6.2.1 Tipps für Hilfestellungen

Aufstehen aus dem Sitzen:

- Unterstützen Sie den natürlichen Bewegungsablauf
- Beide Beine stehen schrittbreit nebeneinander, ein Bein ist leicht zurückversetzt
- Aktive Mithilfe durch Hochdrücken an der Stuhllehne
- Neben der Person stehen und Unterstützung der Bewegung durch vorsichtiges Berühren des Knies und den unteren Rückenbereich der Person.

Aufstehen aus dem Liegen:

- Die Person liegt in Seitenlage und schiebt beide Beine nacheinander aus dem Bett
- Mit dem Unterarm, der unten liegt, drückt sie sich von der Matratze ab
- Sie stehen in Kopfhöhe und unterstützen diese Bewegung mit Ihrem Arm, der an der Schulter anliegt

Wird eine Gehhilfe benutzt, gehen Sie auf der anderen Seite.

- Sie greifen mit Ihrem Arm unter den Arm der zu führenden Person, als würden Sie sich einhängen. Ihr Oberarm liegt zwischen Brustkorb und Oberarm der zu führenden Person, Ihr Unterarm stützt den Unterarm
- Ihren der Person zugewandten Arm legen Sie in Hüfthöhe um die Person. Mit dem anderen Arm halten Sie stützend den Unterarm.

BEACHTEN: Niemals den Oberarm festhalten und führen oder in die Achselhöhle greifen und ziehen!

6.2.2 Bewegungsübungen im Bett

1. Arme heben – einatmen
   Arme senken – ausatmen
   Linke Schulter heben – einatmen
   Schulter senken – ausatmen
   Rechte Schulter heben – einatmen
   Schulter senken – ausatmen
2. Den Kopf nach hinten neigen – einatmen
   Den Kopf nach vorne neigen – ausatmen
   Den Kopf nach links drehen – einatmen
   Den Kopf zur Mitte drehen – ausatmen
   Den Kopf nach rechts drehen – einatmen
   Den Kopf zur Mitte drehen – ausatmen
3. Den Oberkörper nach rechts neigen – einatmen - ausatmen
   Den Oberkörper zur Mitte zurück – einatmen – ausatmen
   Dasselbe zur linken Seite
4. Einatmen – den Oberkörper nach vorne beugen – ausatmen
   Den Oberkörper aufrichten – einatmen
5. Den Oberkörper nach rechts und nach links drehen – einatmen - ausatmen

6.2.3 Eigene Vorsorge

- Achten Sie auf Ihren Rücken!
- Schaffen Sie sich ausreichend Platz!
- Ihre Schuhe müssen sicheren Halt geben!
- Beine ca. hüftbreit gegrätscht oder Schritt-gegrätscht mit leicht gebeugtem Knie
- Nicht mit Rundrücken arbeiten: Hüfte, Knie- und Fußgelenk beugen!

6.3 Essen und Trinken

Im Alter lassen der Appetit und das Durstgefühl nach. Störungen der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme sind daher häufig, insbesondere, wenn weitere Bedingungen vorliegen, die die Nahrungsaufnahme einschränken.

Mögliche Ursachen:

- Fehlende Zähne, Entzündungen im Mundraum
- Reduzierter Geruchs- und Geschmackssinn
- Seheinschränkungen
- Situation wird verkannt (Essen im Bett!)
- Nachlassende Produktion von Verdauungssäften
- Langsamere Verdauung
- Erkrankungen z.B. Diabetes, Demenz
- Bewegungseinschränkungen
- Ungewohnte Kost
- Fremde Umgebung und Personen
- Einsamkeit
- Ablenkungen
- Medikamente
- …
- …

6.3.1 Tipps zur Anregung des Appetits

- Lieblingsessen anfragen
- Kleine, nett angerichtete Portionen
- Evtl. kräftiger würzen (Kräuter! / Vorsicht bei Salz)
- Getränke / Speisen evtl. süßen
- Gesellschaft leisten, evtl. mitessen

6.3.2 Hilfestellungen beim Essen

- Gute Position einnehmen lassen
- Essen klein schneiden, Verpackungen öffnen
- Getränke / Speisen richtig temperieren
- „Übersicht“ auf dem Tablett herstellen
- Evtl. Finger Food anbieten
- Zeit lassen zur Nahrungsaufnahme
- Störungen reduzieren

6.4 Sich beschäftigen

Menschen im Krankenhaus leiden oftmals unter Langeweile. Der Tag beginnt sehr früh, außer den Mahlzeiten, Visiten, Untersuchungen und Therapien oder Besuche, die nur eine kurze Abwechslung darstellen, gibt es wenige Ablenkungsmöglichkeiten. Insbesondere Menschen mit kognitiven Einschränkungen fällt es sehr schwer, sich selbst zu beschäftigen.

Gründe für diese Veränderungen können sein:

- Verlust der Fertigkeiten (Sehen, Hören, Geschicklichkeit)
- Vergessen
- Antriebsmangel
- …

Sich beschäftigen können zählt zu den wichtigen Lebensaktivitäten des Menschen. Beschäftigung ist sinnstiftend, kann Lebensfreude schaffen, Unruhe reduzieren sowie noch vorhandene Fertigkeiten fördern.

Die wesentlichen Grundzüge der Beschäftigung sind:

- Beschäftigung sollte Spaß machen
- Die Dauer sollte auf 15-20 Minuten beschränkt werden
- Bei ersten Anzeichen von Ermüdung, Enttäuschung oder Ablehnung, sollte man die Beschäftigung abbrechen
- Die Aufgaben müssen so gewählt werden, dass diese erfüllbar sind
- Es sollen „Erfolgserlebnisse“ kreiert werden, auch durch angebotene Unterstützung
- Während der Beschäftigung regelmäßig etwas zu trinken anbieten

Beschäftigungsmöglichkeiten sind besonders im Krankenhaus sorgfältig auszuwählen. So müssen der Aufwand und die Vorbereitungszeit möglichst gering, die Beschäftigung gut umsetzbar sein. Beispiele für Beschäftigungsmöglichkeiten sind:

- Spazieren gehen (wenn Patient uneingeschränkt mobil ist)
- Lesen, vorlesen oder Zuhören (Gedichte sind besonders geeignet!)
- Musik hören
- Fotoalben ansehen
- Gesellschaftsspiele (Memory, Domino, Stadt-Land-Fluss,)
- Zeichnen oder Malen

Musik gilt als der „Königsweg“ für den Zugang zu Menschen mit Demenz. Gemeinsames Singen wird in der Regel sehr gut angenommen. Es können auch CD´s abgespielt werden, zu denen man mitsingen kann. Für ältere Menschen geeignete Lieder sind:

- Volkslieder
- Schlager aus der Jugendzeit der Patienten
- Bekannte Operettenmelodien
- Weihnachtslieder (Jahreszeit!)
- Kirchenlieder

Obwohl Singen sehr häufig positive Effekte zeigt, gibt es auch ältere Menschen, die nicht gerne oder gar nicht singen. Wie bei allen Aktivitäten ist es notwendig, genau zu beobachten. Auch können Angehörige Auskunft darüber geben, mit was sich der Patient gerne beschäftigt hat, bzw. was auf Ablehnung stößt.

Meine Fragen?

6.5 Entspannung und Schlafförderung

Ziel der Übungen „Entspannung“ ist, durch Anregung zur Selbstkontrolle und Entspannung Angstgefühle und Stress abbauen. Die Anwendung von Entspannungsübungen kann den Einsatz von Medikamenten (Sedativa) wirkungsvoll reduzieren. Diese führen bei älteren Patienten oft zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie Verwirrtheit übermäßige Sedierung und einer Erhöhung des Sturzrisikos.

Mittels erlernbarer, systematisierter Übungen kann die Anspannung bei den Patienten verringert werden. Die Anwendung dieser Übungen kennt keine unerwünschten Nebenwirkungen. Zum Einsatz kommen dabei Atemübungen, das sich vorstellen angenehmer Situationen, der Einsatz von Musik sowie Muskelentspannungsübungen.

Arbeitsblatt 6/2: Übung Entspannung

(The Hospital Elder Life Program © 2000, Sharon K. Inouye, MD, MPH)

Vorbereitung: Die Hände waschen.

- Anklopfen, den Patienten mit "Sie" anreden (Herr, Frau ...).
- Vorstellen, Ihre Rolle erklären.

Unterhaltung beginnen:

- "Ich bin hier, um mit Ihnen Entspannungsübungen zu machen." oder "Ich habe hier eine Entspannungsübung, die Sie lernen und allein durchführen können".
- Lächeln, Augen: positiver Kontakt.
- Stimme: langsam und ruhig, NICHT eintönig.
- Bewegungen: ruhig, entspannt.

Für Bequemlichkeit des Patienten sorgen:

- Er soll bequem sitzen oder liegen um Unterbrechungen zu vermeiden
- Beleuchtung ausgeschaltet
- Angenehme Zimmertemperatur

Entspannende Musik einschalten (CD-Player oder Walkman).

- Der Patient soll sich einen Wunschort ausdenken. Dem Patienten helfen, sich an einen Ort zu erinnern, an dem er am meisten entspannt war; später um eine kurze Beschreibung bitten.

Atemrhythmus bestimmen:

- Langsam durch die Nase einatmen
- Atem anhalten ... zwei ... drei ...
- Vollständig durch den Mund ausatmen.

Verfahren zur Schlafförderung bei älteren Krankenhauspatienten, damit ohne Schlafmittel ein physiologischer Schlaf erreicht werden kann. wirkt. Schlafmittel verursachen häufig Komplikationen beim Krankenhausaufenthalt, wie z.B. tagsüber Schläfrigkeit und Verwirrtheit. Die kann zu einer Verschlechterung der Orientierung führen.

Arbeitsblatt 6/2: Übung Schlafförderung

(The Hospital Elder Life Program © 2000, Sharon K. Inouye, MD, MPH)

Vorbereitung: Die Hände waschen.

- Anklopfen, den Patienten mit "Sie" anreden (Herr, Frau ...).
- Vorstellen, Ihre Rolle erklären.

Unterhaltung beginnen:

- Ich möchte Ihnen helfen, eine angenehme Nachtruhe zu genießen.
- Lächeln, Augen: positiver Kontakt.
- Stimme: langsam und ruhig, nicht zu laut.
- Bewegungen: ruhig, entspannt.

Änderungen im Zimmer fördern besseres schlafen

- Lärm verringern: Um Erlaubnis bitten, den Fernseher ausstellen zu dürfen. Vorhang und Tür schließen; Zimmernachbarn um Unterstützung bitten.
- Dem Patienten Gelegenheit geben, zur Toilette zu gehen.
- Dafür sorgen, dass der Patient bequem liegt.
- Angenehme Zimmertemperatur
- Beleuchtung: Alle Lampen ausschalten oder dimmen, Beleuchtung ausgeschaltet

Dem Patienten die Gelegenheit geben, zur Toilette zu gehen.

- Kräutertee / warme Milch anbieten und servieren
- Entspannende Musik anbieten (Patient fragen, was ihm gefällt)
- Warme Lotion für die Hände anbieten
- Rückenmassage anbieten (Anlage: Anleitung Rückenmassage)

Eine „Gute Nacht“ wünschen – ruhig das Zimmer verlassen

Meine Fragen?

2. Erstscreening

Klinikum Stuttgart HuBerTDA	**Erstscreening Aktiver**	Seite: 1 von 1 Stand: 11.10.2017 aktiver mit uns als Team an Ihrer Seite

Patientenetikett

Zimmer:

Datum:_____

Durchgeführt von:_____

Diagnose:_____

Zutreffende Risikofaktoren bitte ankreuzen (mind. 3):

CAM auffällig	☐	Seh-Hörbeeinträchtigung (visus> 0,3)	☐
AMT4 auffällig	☐	Mobilitätseinschränkung	☐
Kogn. Einschränkg.	☐	Nierenfunktionsstörung	☐
Delir ☐ Prä-Delir	☐	Schlafstörung	☐

In Aktiver aufgenommen ab:_____

Bemerkungen/ Auffälligkeiten:

_____

_____

_____

Durchgeführt von:	am:

3. Richtlinie Delir

4. Übergabezettel

Klinikum Stuttgart HuBerDA	**Aktiver- Patienten Übersicht**	Seite: 1 von 1 Stand: 11.10.2017 aktiver mit uns als Team an ihrer Seite

Patientenübersicht der Station M25a

Datum:

Patientenname und Alter	Zimmer	Diagnose/ Bemerkungen	Delir im Therapie-verlauf?	Durchgeführte Maßnahmen
			Ja ☐ Nein ☐	V: N:
			Ja ☐ Nein ☐	V: N:
			Ja ☐ Nein ☐	V: N:
			Ja ☐ Nein ☐	V : N:
			Ja ☐ Nein ☐	V : N:
			Ja ☐ Nein ☐	V: N:
			Ja ☐ Nein ☐	V : N:
			Ja ☐ Nein ☐	V N:

Legende: O= Orientierungsbesuch k.B= Keine Betreuung wg. Personalmangel S= Schlafförderung
B= Bewegungsbesuch A= Aktiv-Besuch M= Mahlzeitenbegleitung

Tourenplan

Patient /Alter	Zi.	Assessment durchgeführt	In Aktiver Auf-genommen	Bemerkungen

5. Dokumentationsbogen Aktiver

Aktiver

Patient: Bevorzugt: möchte nicht:

Datum:	Uhrzeit:	Aktivierungsprogramm:	Bemerkungen/Besonderheiten:	Hdz.

Aktivierungsprogramm

1)Orientierungsbesuch(10 min.): ☐ ja …**mal** ☐ nein	**4)Mahlzeitenbegleitung**: ☐ ja … **mal** ☐ nein
2)Aktivbesuch (30 min.): ☐ ja …**mal** ☐ nein	**5)Aktivbesuch** (30 min.): ☐ ja …**mal** ☐ nein
3)Mobilisierung: ☐ ja …**mal** ☐ nein	**6)Schlafförderung/Entspannung**: ☐ ja …**mal** ☐ nein

6. Biographiebogen

„Kennenlernbogen“ Patient

Bitte helfen Sie uns, sich selbst bzw. Ihren demenzerkrankten Angehörigen* besser kennen zu lernen! Hier geht es nicht um gesundheitliche oder medizinische Informationen, sondern um **persönliche Angaben aus der Sicht des Patienten.** So können wir unserem Patienten besser gerecht werden!

*Zur besseren Lesart wird im Folgenden die männliche Sprachform verwendet.

Patientenetikett

Der Bogen wurde ausgefüllt

☐ vom Patient selbst

☐ von _____

Station: _____ Datum: _____ HZ Pflegekraft: _____

Frau/Herr_____ benötigt folgende Hilfsmittel:

☐ **Brille**	☐ **in der Klinik mit dabei**
☐ **Hörgerät**	☐ **in der Klinik mit dabei**
☐ **Zahnprothese**	☐ **in der Klinik mit dabei**
☐ **Sonstiges _____**	☐ **in der Klinik mit dabei**

Was gut klappt und wo Unterstützung benötigt wird

☺ = *völlig unabhängig*
😐 = *teilweise abhängig*
☹ = *völlig abhängig*

Sprechen und Verstehen ☐ ☺ ☐ 😐 ☐ ☹

Hilfreich ist:

_____

_____

_____

Ruhen und Schlafen ☐ ☺ ☐ 😐 ☐ ☹

Hilfreich ist:

_____

_____

_____

Essen und Trinken ☐ ☺ ☐ 😐 ☐ ☹

Hilfreich ist:

_____

_____

_____

Sich waschen und pflegen ☐ ☺ ☐ 😐 ☐ ☹

Hilfreich ist:

_____

_____

_____

Gehen und Sich bewegen ☐ ☺ ☐ 😐 ☐ ☹

Hilfreich ist:

_____

_____

_____

Was mir im Leben wichtig ist (z.B. früherer Beruf, Heimat, Personen)**:**

So verbringe ich gerne meine Zeit:

Gewohnheiten, die im Alltag wichtig sind (z.B. Abläufe, Werte, Rituale)**:**

Wenn ich besorgt oder aufgebracht bin, hilft mir:

Das mag ich nicht (z.B. Berührungen, direkte Ansprache)**:**

Ich wehre mich wenn… :

Weitere Besonderheiten und Anliegen:

Liebe Angehörige,
Sie tragen einen wesentlichen Teil dazu bei, wie es Ihrem Angehörigen geht. Möchten Sie uns mitteilen, was Sie im Alltag mit Ihrem Angehörigen am meisten beschäftigt?

☐ **Ich wünsche weitere Informationen.**
☐ **Ich wünsche eine Kontaktaufnahme/Beratung.**

Bitte geben Sie diesen Bogen bei den Mitarbeitern auf der Station ab.

7. Assessment Aktiver-Besuche

1. Basisdaten des/der Patienten/in

Patientenetikett

1.1 Art der Aufnahme:

Elektiv ☐ Notfall ☐

1.2 Liegt ein Sturzereignis in den letzten 3 Monaten vor?

Ja ☐ Nein ☐

1.3 Operation (bereits durchgeführt oder in Planung):

Ja ☐ wann?: Nein ☐

2. Ermittlung der Maßnahmen

2.1 Sehvermögen

Liegt eine Einschränkung des Sehvermögens durch Sehprobentafel vor?

Ja ☐ Nein ☐

Benötigt der Patient/die Patientin vorhandene (Seh-) Hilfsmittel?

Ja ☐ welche? Nein ☐

2.2 Hörvermögen

Liegt eine Einschränkung des Hörvermögens durch Whispertest vor?

Ja ☐ welche Seite?: Nein ☐

Benötigt der Patient/ die Patientin vorhandene (Hör-) Hilfsmittel?

Ja ☐ welche? Nein ☐

2.3 Mobilität

Liegt eine Einschränkung der Mobilität vor?

Ja ☐ Nein ☐

Maßnahmen

Bei einem vorliegenden Versorgungsdefizit sollen folgende Maßnahmen ergriffen werden

Sehhilfe einsetzen ☐

Orientierung ☐

Sonstige ☐

Hörgeräte einsetzen

Orientierung ☐

Sonstige

Fitbesuch ☐

Durchgeführt von:	am:

Kann Patient/in Bewegungsübungen in Rücksprache mit Physiotherapie durchführen?

Ja ☐ Nein ☐

Sonstige:

2.4 Schmerzen

Gibt der Patient/ die Patientin Schmerzen an?

Ja ☐ Stärke (VAS 0-10): Nein ☐

Lokalisation der Schmerzen:

_____

_____

Info an medizinisches Fachpersonal ☐

Sonstige:

Nimmt der Patient/ die Patientin Schmerzmittel ein?

Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

_____

2.5 Schlafsituation

*Wie ist die Schlafsituation **zu Hause?***

Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

*Nimmt der Patient/die Patientin **zu Hause** Schlafmittel?*

Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

_____

*Wie ist die Schlafsituation im **Krankenhaus**?*

Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

Schlafförderung/ Entspannung ☐

*Nimmt der Patient/ die Patientin **im Krankenhaus** Schlafmittel?*

Ja ☐ welche? _____ Nein ☐

Sonstige:

_____

Können Gründe für eine Schlafstörung gemacht werden?

Ja ☐ welche?: _____ Nein ☐

_____

2.6 Ernährung

Wie ist der Appetit des Patienten/ der Patientin?

Gut ☐ Mäßig ☐ Schlecht ☐

Welche Besonderheiten liegen bei der Nahrungsaufnahme vor?

Kaubeschwerden ☐ Schluckbeschwerden ☐
Ernährung durch Sonde ☐ Flüssigkeitsdefizit ☐
Besondere Kostform ☐ Zahnprothesen ☐
Sonstiges ☐ _____

Mahlzeitenbegleitung ☐
Zum Trinken anhalten ☐
Flüssigkeitsprotokoll führen ☐
Sonstige:

2.7 Religion

Ist der Patient/ die Patientin religiös?

Ja ☐ welche? Nein ☐

Wünscht der Patient/ die Patienten einen Seelsorger?

Ja ☐ welchen? Nein ☐

Seelsorger /in informieren ☐
Sonstige:

2.8 Interessen

Welchen Beruf ist der Patient/ die Patientin nachgegangen?

_____

_____

Welche Beschäftigungen übt der Patient/ die Patientin in seiner/ ihrer Freizeit gerne aus?

Lesen ☐ Musik/ Singen ☐ Sport ☐

Soziale Kontakte ☐

Sonstige ☐ _____

Aktivbesuch durchführen ☐
Sonstige:

In welchen Bereich sieht der Patient/ die Patientin weiteren Unterstützungs-bedarf?

_____

_____

Durchgeführt von: am:

8. Praxisbesuch

Datum:

Name des Aktiver-Teilnehmenden (AT):

Name des Praxisbegleitenden:

I. Sozial-Kommunikative Kompetenz

1. Kommunikationsfähigkeiten

1.1	AT kann sich der Situation entsprechend ausdrücken :	Ja ☐	Nein ☐
1.2	AT ist in der Lage Gesprächssituationen angemessen Zu gestalten (Mit Patienten, Angehörigen, Mitarbeitern):	Ja ☐	Nein ☐
1.3	AT ist in der Lage, Veränderungen und neu gewonnene Informationen zeitnah, beschreibend und wertfrei weiter zu geben:	Ja ☐	Nein ☐
1.4	AT hat eine angemessene nonverbale Kommunikation (Gestik, Mimik, Körperhaltung):	Ja ☐	Nein ☐

Stärken und weitere Entwicklungsmöglichkeiten:

II. Personale und methodische Kompetenz

2. Persönliches Auftreten und Belastungsumgang

2.1	AT ist in der Lage, eine Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden:	Ja ☐	Nein ☐
2.2	AT ist in der Lage physische und psychische Belastungen bewusst wahrzunehmen und zu verarbeiten:	Ja ☐	Nein ☐
2.3	AT ist in der Lage, die Eigenständigkeit sowie die Individualität des zu Pflegenden zu berücksichtigen:	Ja ☐	Nein ☐

Stärken AT und weitere Entwicklungsmöglichkeiten:

III. Fachliche Kompetenz

3. Organisation und Durchführungsfähigkeit

3.1	AT ist in der Lage Aktiver-Maßnahme korrekt vorzubereiten, anzuwenden und nachzubereiten:	Ja ☐	Nein ☐
3.2	AT ist in der Lage, bei den Durchführungen hygienische Richt-Linien zu berücksichtigen:	Ja ☐	Nein ☐
3.3	AT ist in der Lage, die Patienten richtig anzuleiten:	Ja ☐	Nein ☐
3.4	AT ist in der Lage den zu Pflegenden und Bezugspersonen zu Aktiver- Maßnahmen zu beraten:	Ja ☐	Nein ☐
3.5	AT ist in der Lage, die organisatorischen Rahmenbedingungen des jeweiligen Einsatzbereiches (Arbeitsabläufe, Zeitvorgaben, Informationsfluss) bei der Planung ihrer Arbeit zu berücksichtigen:	Ja ☐	Nein ☐

Stärken und weitere Entwicklungsmöglichkeiten

IV. Feedback/ Lernpotential

4. Fähigkeit zum selbstorganisierten Lernen

4.1	AT zeigt Interesse am Fachgebiet. AT ist in der Lage eigene Lernziele zu verfolgen:	Ja ☐	Nein ☐
4.2	AT ist in der Lage, sich Informationen selbständig zu Beschaffen, diese anzuwenden und zu hinterfragen:	Ja ☐	Nein ☐

Stärken und weitere Entwicklungsmöglichkeiten

Durchgeführt von: am:

9. Aufgaben Fachpflegekräfte

Die Liste „Aufgaben AKTIVER-Zuständige“ dient der Übersicht für die Betreuenden der FSJler und Ehrenamtliche in dem Projekt „AKTIVER“. Die Aufgabenfelder sind hierbei chronologisch aufgeführt. Für Alle Bereiche sollte eine Transparenz in der Kommunikation mit den Stationen und im gesamten Team sichergestellt werden.

1. Vorbereitung

Ohne Einbindung FSJler oder Ehrenamtliche:

- Geeignete Patienten (nach den Einschlusskriterien) mit Hilfe des SAP-Programms auf Station identifizieren
- Identifizierte Patienten besuchen und AKTIVER-Angebot vorstellen, zusätzlich alle eingebundene Patienten kurz besuchen und nachfragen ob alles in Ordnung ist.
- Bei Einwilligung des/der Patienten/ Patientin Assessmentinstrumente (CAM und Assessment für AKTIVER-Besuche), um Versorgungsdefizit und Maßnahmen zu ermitteln
- Patientenmappe anlegen und erstellen
- Dokumentation in Patientenakte auf Station und grüner Reiter "B" ziehen.; bei Bedarf /Veränderungen im Verlauf erneute Dokumentation
- regelmäßige Evaluation beim Pflegepersonal bezüglich der Maßnahmen vom Aktiver-Programm oder ob Veränderungen im Verhalten beim Patient bestehen

Mit Einbindung FSJler oder Ehrenamtliche:

- Zuständige FSJler oder Ehrenamtliche über „AKTIVER- Patienten“ informieren und bei Bedarf beide einander vorstellen und Termine der Besuche klären
- Anhand der ausgefüllten Assessments Maßnahmen planen und dafür zu benötigende Materialien aus Bestand bereitstellen
- „AKTIVER“-Plan, welcher von FSJler oder Ehrenamtliche auszufüllen sind, besprechen
- desinfizierte Materialien werden in der Regel im Raum 6034 gelagert. Abends können die Materialien auf Station M25b im "Küchenbüffet" eingeschlossen werden.

2. Betreuung und Beratung

Mit Einbindung FSJler oder Ehrenamtliche:

- Jeden Wochentag sollte mind. 1 betreuende Person für die Station und FSJler oder Ehrenamtlichen als Ansprechperson zur Verfügung stehen

Durchgeführt von:	am:

- Zu den Übergaben um 9:15 Uhr und 13:45Uhr Treffen mit zuständiger Fachkraft und FSJler im Zimmer 6034 treffen. Übergabe aller Patienten, Verteilung, Aufgaben an die FSJler
- bei Bedarf die benötigende Materialien bereitstellen

3. Nachbereitung

Ohne Einbindung FSJler oder Ehrenamtliche

- Materialien anhand einer Checkliste auf Vollständigkeit überprüfen
- Ggf. Patientenmappe überarbeiten oder ergänzen

Mit Einbindung FSJler oder Ehrenamtliche:

- Patientenbesuch evaluieren und Schwierigkeiten herausarbeiten, um diese zu verbessern bzw. zu beheben
- Falls Bedarf, nochmals Gespräch mit Patienten oder Station suchen, um Unklarheiten zu klären
- Weiteren Schulungsbedarf der FSJler oder Ehrenamtliche erfragen bzw. erkennen und, wenn möglich, diesen durch Fachexpertise ausbessern. (1x/ Monat)
- 1 Tag vor Entlassung: Dokumente von Aktiver kopieren und in der Patikentenakte auf Station abheften; bei kurzfristigen Entlassungen kopierte Dokumente mit einem Kleber versehen in die blaue Kiste auf Station ablegen; Originale werden im Ordner abgeheftet.

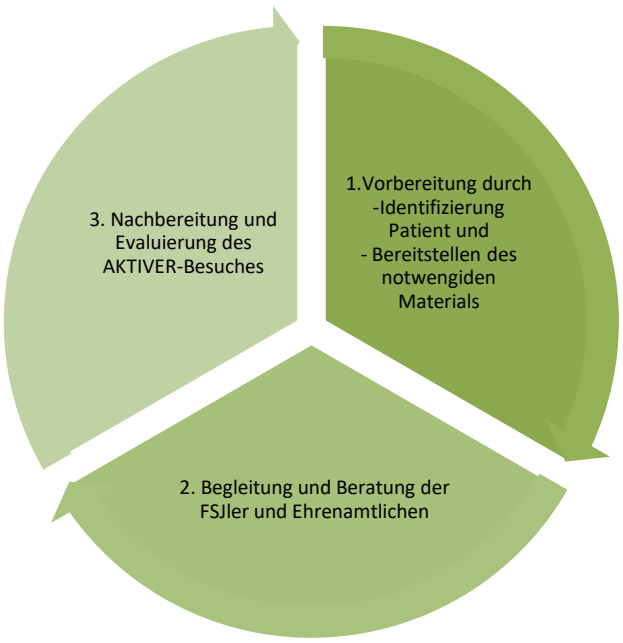


Abbildung 1 Aufgabenablauf der AKTIVER-Betreuenden

Durchgeführt von:	am:

10. Aufgabenbereich FSJler/ Ehrenamtliche

Ziele AKTIVER:

- Den Patienten zu unterstützen, die geistigen und körperlichen Ressourcen während des Krankenhausaufenthaltes zu nutzen und zu üben.
- Komplikationen, die weitere medizinische Eingriffe verursachen zu reduzieren.
- Den Patienten zu ermöglichen, nach der Entlassung die größtmögliche Selbstständigkeit zu erreichen.

Erwartungen an die FSJ/ Ehrenamtlichen:

- verbindliche Durchführung der geschulten Interventionen
- verlässliches Erscheinen zu den vorgegebenen Arbeitszeiten
- medizinische Ratschläge und Informationen dürfen nicht erteilt werden
- stellt ein Patient Fragen zur Erkrankung, so müssen diese an die Pflegekräfte weitergegeben werden
- Einschränkungen bzgl. der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder Mobilisation müssen beachtet und bei Unklarheiten die Pflegekräfte hinzugezogen werden
- Der Patient ist bei Aktivitäten immer vorab zu informieren und muss der Maßnahme zustimmen
- Die Durchführung der Interventionen wird vorab mit den Pflegekräften abgestimmt
- Lange Zeiträume ohne Ansprache des Patienten vermeiden
- Die Informationen aus der Anamnese bzw. Biografiebogen bei der Durchführung der Interventionen berücksichtigen, dabei die Angehörigen einbeziehen und Vorlieben, Wünsche erfragen und Ablehnungen aufnehmen

AKTIVER – Einschlusskriterien

- Alter >= 70 Jahre und ein zusätzlicher Delirrisikofaktor:
  Kognitive Leistungseinschränkungen, Delir in der Vorgeschichte, Seh- und/ oder Höreinschränkungen, Nierenfunktionsstörungen, Einschränkungen der Mobilität, Dehydration, Schlafstörungen

Ausschlusskriterien

- stationärer Aufenthalt < 48h, Verweigerung/ Ablehnung des Pat./ Ang., palliativer Zustand, schlechter Allgemeinzustand, abwehrendes, aggressives Verhalten, Aphasie, Sprachbarriere

Durchführung von spezifischen Interventionen durch FSJ/ Ehrenamtliche:
Alle Interventionen werden vorab mit den zuständigen Pflegefachkräften abgestimmt!

AKTIV- und PLUS Besuch (Orientierung und Aktivierung)

- Den Patienten unterstützen sich in der ungewohnten Umgebung zurecht zu finden
- Den Patienten Orientierung vermitteln, dies bezieht sich auf:
  - Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit), Ort (Wo bin ich?)
  - Situation (Was mache ich hier?), Person (Wer bin ich?)
- Tägliche Besuche und Gespräche, den Patienten wichtige Informationen mitteilen z.B. die anstehenden Untersuchungen und Hilfestellungen anbieten
- Den Patienten regelmäßig Trinken anbieten, die Brille, das Hörgerät oder die Zahnprothese reichen bzw. Hilfestellung beim Einsetzen
- Orientierungshilfen anbieten z.B. Orientierungstafel, Kalender, Uhrzeit, Umgebungsgestaltung
- Den Patienten geistig rege erhalten und aktivieren durch:
  - Gesellschaftsspiele spielen z.B. Memory, Domino, Stadt-Land-Fluss, Mensch ärger dich nicht
  - Zeichnen oder Malen, Kreuzworträtsel
  - Lesen, Geschichten vorlesen oder zuhören (Gedichte, Tageszeitung)
  - Musik hören, gemeinsames Singen – Lieblingsmusik erfragen

  - Bilder/ Fotoalben anschauen, um Erinnerungen zu wecken
- falls erforderlich Hilfestellung beim Anziehen und der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme oder bei Toilettengängen

FIT-Besuch (Mobilisierung)

- den Patienten beim Gehen z.B. auf dem Flur spazieren oder in den Park gehen, beim Aufstehen aus dem Sitzen bzw. aus dem Liegen unterstützen (siehe Anhang)
- mit Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen nicht aufstehen bzw. gehen können, einfache Bewegungsübungen im Bett durchführen (siehe Anhang)
- den Patienten als Bezugsperson mit zu Untersuchungen begleiten und ggf. dabei bleiben
- **Abstimmung und Rücksprache mit den Pflegekräften und der Physiotherapie!**

Unterstützung bei den Mahlzeiten

- den Patienten Hilfestellung geben:
  - beim Ausfüllen der Speisepläne unterstützen, Lieblingsessen erfragen
  - Gesellschaft bei den Mahlzeiten leisten
  - Zum Essen und Trinken anregen
  - gute Sitzposition zum Essen schaffen
  - Assistenz und Anleitung bei der Nahrungsaufnahme, Essen auf dem Tablett anrichten, klein schneiden, Verpackungen öffnen
  - Motivation zum selbständigen Essen geben
  - Getränke/ Speisen richtig temperieren
  - Übersicht auf dem Essenstablett herstellen
  - Störungen reduzieren, ruhige Atmosphäre schaffen
  - Zeit lassen zur Nahrungsaufnahme
  - Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahmen im Bilanzierungsprotokoll dokumentieren
  - **Das Essen wird nicht eingegeben!**
  - **Auf Einschränkungen wie Schluckstörungen achten!**

Entspannung und Schlafförderung

- den Patienten unterstützen abends zur Ruhe zu kommen, durch:
  - angenehme, ruhige Musik anbieten (nach Vorlieben fragen)
  - ein warmes Getränk anbieten (Milch, Tee)
  - eine entspannte Einreibung
  - für eine entspannte Schlafatmosphäre sorgen (Lüften, richtige Zimmertemp.)
  - Geräuschquellen, Lärm mindern
  - Den Patienten Gelegenheit geben, zur Toilette zu gehen
  - zusätzliche Kissen, Decken anbieten, dafür sorgen, dass Patient bequem liegt
  - Beleuchtung: Lampen ausschalten oder dimmen
  - Schlafrituale beachten
  - Vorlesen
  - ggf. Einsatz von Aromaölen z.B. Lavendel (nach Rücksprache mit Pflegekräften)
  - ggf. Fragen beantworten
- ggf. Entspannungsübungen durchführen (siehe Anhang)

Bei allen Aktivitäten ist es notwendig, den Patienten genau zu beobachten.

Aufgaben der professionellen Pflegekräfte sollen nicht übernommen werden!