

Gerontopsychiatrisches Konzept

Alten- und Pflegeheim

Haus Erdbachtal

Breitscheid- Medenbach

Inhalt

1.	Einleitung.....	3
2.	Grundsätzliche Überlegungen.....	3
2.1.	Grundhaltungen und übergeordnete Pflegeziele.....	3
2.2.	Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Pflegenden	4
3.	Krankheitsbild Demenz.....	5
3.1.	Demenzsymptome und deren Konsequenzen für die Betreuung	7
3.2.	Sekundärsymptome	9
3.3.	Hilfsmittel zur Einschätzung und Beschreibung von Demenz	10
3.3.1.	Der Mini-Mental-Status (Folstein et al., 1975).....	11
3.3.2.	Arbeitsblatt zu Punkt 28 bis 30.	12
3.3.3.	Minimal-Checkliste	13
4.	Leitlinien	17
5.	Umgang und Kommunikation.....	18
5.1.	Grundlagen.....	19
5.2.	Validation.....	20
5.3.	Biographiearbeit	21
5.4.	Musik und Tanz	21
5.5.	Sensorische Stimulationen	22
5.6.	Aktivierung und Beschäftigung	22
6.	Organisationsrahmen	23
6.1.	Kleine Strukturen und familiär vertrautes Milieu.....	23
6.2.	Einbindung von Angehörigen	23
6.3.	Begegnung mit Kindern	24
6.4.	Qualifizierte Mitarbeiterinnen.....	24
7.	Architektur	26
7.1.	Überschaubare Wohnbereiche.....	26
7.2.	Orientierungselemente	27
7.3.	Sicherheitsmaßnahmen	27
7.4.	Beschützter Garten.....	27
8.	Qualitätssicherung.....	28
9.	Gültigkeit.....	28
10.	Anhang	29

10.1.	Gerontopsychiatrische Pflegestandards.....	29
10.1.1.	Aggressives Verhalten.....	30
10.1.2.	Angst.....	31
10.1.3.	Antriebsminderung.....	32
10.1.4.	Apraxie und Agnosie.....	33
10.1.5.	Depressive Stimmung.....	34
10.1.6.	Einweisung in eine psychiatrische Klinik.....	35
10.1.7.	Gedächtnisstörungen	36
10.1.8.	Gestörtes Essverhalten	37
10.1.9.	Halluzinationen / Wahrnehmungsstörungen	38
10.1.10.	Kotschmieren (Koprophilie) und Kotessen (Koprophagie)	39
10.1.11.	Orientierungsstörungen	40
10.1.12.	Regressives Verhalten	41
10.1.13.	Schlafstörung.....	42
10.1.14.	Selbstgefährdendes Verhalten	43
10.1.15.	Sprachstörung (Aphasie).....	44
10.1.16.	Suchtverhalten.....	45
10.1.17.	Suizidalität (Selbsttötung).....	46
10.1.18.	Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	47
10.1.19.	Wahn	48
10.1.20.	Weglauftendenzen	49
10.2.	Biographiebogen	50
10.3.	Literaturverzeichnis	54

Anhang

1. Einleitung

Zurzeit leben in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen mit einer Demenz. Bis zum Jahr 2030 wird sich diese Zahl nach Expertenschätzungen auf etwa 2,2 Millionen erhöhen.ⁱ

In unserem Alten- und Pflegeheim Haus Erdbachtal leben zurzeit etwa 30 – 40 % dementiell erkrankte Bewohnerinnen und Bewohner. Auch diese Zahl wird sich aller Voraussicht nach in den kommenden Jahren noch erhöhen, so dass der überwiegende Teil der Bewohnerinnen und Bewohner gerontopsychiatrisch verändert sein wird und einer besonderen Betreuung bedarf. Da es inzwischen eine Menge Erfahrung im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen gibt, sollen diese Erfahrungen für unser Haus genutzt werden, um eine angemessene Betreuung dieser Bewohnergruppe zu gewährleisten.

Berücksichtigt werden aus den verschiedenen Betreuungsansätzen, die nach unserer Meinung für unser Haus brauchbaren und umsetzbaren Ansätze, da es insgesamt nicht das Betreuungskonzept schlechthin gibt.

Das vorliegende Konzept möchte eine große Entwicklung der gesamten Organisation anstoßen und die Grundrichtung verbindlich festlegen. Dabei ist es selbstverständlich, dass das nun vorliegende Konzept nicht für alle Zeiten in dieser Form gültig sein kann, sondern immer wieder in gewissen Zeitabständen der Überprüfung und Weiterentwicklung bedarf.

2. Grundsätzliche Überlegungenⁱⁱ

2.1. Grundhaltungen und übergeordnete Pflegeziele

Die Arbeit in unserem Haus richtet sich nach einem Leitbild, welches die Würde, Lebensqualität und Selbstbestimmung des alten Menschen in den Mittelpunkt stellt.

Dieses Leitbild stellt eine bindende Grundlage dar!

Alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind verpflichtet, ihr Pflegehandeln an dieser Maßgabe auszurichten. Um eine möglichst hohe Lebensqualität und Selbstbestimmung zu erzielen, orientieren wir uns an den Grundlagen der ganzheitlichen und aktivierenden Pflege.

„Ganzheitlich“ bedeutet für uns, den Menschen mit der Vielfalt seiner Eigenschaften, seiner Vorlieben, Eigenheiten und Gewohnheiten, seiner Fähigkeiten und Defizite

ernst zu nehmen und seine individuelle Lebensgeschichte weitestgehend zu berücksichtigen. Unsere Betreuung beinhaltet pflegerische, medizinische und in besonderem Maße auch psycho-soziale Aspekte.

„Aktivierend“ heißt: die Selbsthilfefähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wird voll erfasst und gefördert. Was die Bewohnerin, bzw. der Bewohner, noch selbst tun kann, sollte er auch noch selbst erledigen dürfen.

Wir verpflichten uns, unsere Bewohnerinnen und Bewohner mit Respekt und Würde zu behandeln, ihnen eine weitestgehend selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen und ihre Lebensgeschichte und Gewohnheiten zu berücksichtigen.

2.2. Bedürfnisse von Menschen mit Demenz und Pflegenden

Ausgangspunkt für die Pflege- und Betreuungsarbeit sind die Bedürfnisse von Bewohnerinnen, bzw. Bewohnern, und Pflegenden. Können diese erfüllt werden, so ist unserer Meinung nach eine hohe Lebensqualität gegeben.

Zentrale Bedürfnisse der demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohner sind:

- Bewahrung der Identität („man selbst“ bleiben)
- Zuwendung (Berührung, Bezugspersonen)
- Geborgenheit
- Sicherheit und Schutz
- Unabhängigkeit und Selbstbestimmung
- Soziale Anerkennung und Einbindung
- Aufgaben und Beschäftigung haben
- Erfolgserlebnisse, Anerkennung
- Spaß und Freude
- Sich als Mann bzw. Frau fühlen, Sexualität leben
- Befriedigung der Grundbedürfnisse (Essen, Trinken, Wärme)

Bedürfnisse der Pflegenden sind:

- Orientierung und Verhaltenssicherheit, Vorbilder
- Wissen und Information
- Begleitung und die Möglichkeit der Aussprache
- Erfolgserlebnisse, Freude an der Arbeit
- Eigenverantwortung, Kompetenzklarheit

- Emotionen äußern dürfen
- Kommunikation, Austausch
- Miteinander im Team und mit den Bewohnern
- Rückzugsmöglichkeiten
- Anerkennung
- Sich Zeit für den Pflegenden nehmen können
- Räumliche und materielle Voraussetzungen müssen stimmen

3. Krankheitsbild Demenzⁱⁱⁱ

Der Begriff „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen und beinhaltet die beiden Wortteile „de“ = weg und „mens“ = Geist, Verstand.

Es handelt sich bei der Demenz bzw. den Demenzen um eine Syndromdiagnose, das heißt, es lassen sich gleichzeitig bestimmte Symptome beobachten, deren Ursachen unterschiedlicher Art sein können.

Von einer dementiellen Erkrankung spricht man, wenn übergreifend mehrere höhere Hirnfunktionen (Sprache, Handlungsplanung und –ausführung, logisches und abstraktes Denken, Wahrnehmung) gestört sind. Das Leitsymptom ist dabei die Gedächtnisstörung. Die Fähigkeit, seinen Alltag selbständig zu meistern, geht nach und nach verloren. Die emotionale Kontrolle ist eingeschränkt. Dieser Zustand ist meist nicht umkehrbar und fortschreitend.

Es ist wichtig, auch durch den Sprachgebrauch zum Ausdruck zu bringen, daß es sich bei einer Demenz nicht um natürliche Alterungsprozesse, sondern um eine krankhafte Entwicklung handelt. Deshalb sollte in unserem Haus von demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner gesprochen werden.

Durch die Betonung, daß es sich um eine Krankheit handelt, tritt auch eine Entlastung für die Angehörigen ein. Ihr Vater/ihre Mutter ist nicht einfach nur „schwierig“ oder „stur“, sondern leidet an einer ernstzunehmenden Krankheit, über deren Verlauf und Prognose sich Aussagen treffen lassen. Ein fortschreitender Verlauf wird so nicht zum persönlichen Versagen der Angehörigen, sondern ist ein Kennzeichen der Krankheit.

Kriterien für ein Demenzsyndrom sind:

1. Der Verlust intellektueller Fähigkeiten in einem Ausmaß, das geeignet erscheint, das Zurechtkommen im sozialen und beruflichen Bereich zu beeinträchtigen.
2. Verschlechterung des Gedächtnisses.
3. Wenigstens eines der folgenden Kriterien:
 - a. Beeinträchtigung des abstrakten Denkens
 - b. Einschränkung des Urteilsvermögens
 - c. Andere hirnorganische Störungen:
 - Aphasie (Sprachstörung mit hirnorganischer Ursache)
 - Apraxie (Unfähigkeit motorische Handlungen auszuführen, obwohl die Aufgabe verstanden wird und die motorischen Funktionen unversehrt sind)
 - Agnosie (Unvermögen Gegenstände zu erkennen oder zu identifizieren, trotz unversehrter Sinne), Probleme mit konstruktiven Aufgaben.
 - Persönlichkeitsveränderungen.
4. Bewusstsein nicht getrübt.

Es gibt nicht die Demenz, sondern eine Reihe sehr unterschiedlicher Demenzen. Die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale liegen in der primären (erstrangige, direkt im Gehirn entstehende) und der sekundären (zweitrangige, durch verschiedene Organerkrankungen bedingte) Demenz.

Zu den primären Demenzen gehört die Alzheimer-Demenz (ca. 70%) und die vaskuläre Demenz (ca. 20 – 25%), die durch mehrere Hirninfarkte verursacht wird.

Sekundäre Demenzen (ca. 5 – 10%) treten durch körperliche Grunderkrankungen auf.

Ursachen können sein: Austrocknung, Mangelernährung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Andere Demenzformen sind ein akuter Verwirrheitszustand oder die Pseudo-Demenz. Von Pseudo-Demenz spricht man depressiver Erkrankungen, bei denen die/der Betroffene so apathisch und antriebslos ist, dass es so aussieht, als sei sie/er dement.

3.1. Demenzsymptome und deren Konsequenzen für die Betreuung

Gedächtnis: Leitsymptom einer Demenz ist der Verlust der Fähigkeit, neue Informationen aufzunehmen. Das Gedächtnis geht in umgekehrter Reihenfolge des Erwerbs verloren, das heißt, was am weitesten zurückliegt, bleibt am längsten erhalten. Langzeitgedächtnisinhalte stellen daher eine wichtige Ressource für therapeutische Bemühungen dar.

Handlungssteuerung/-ausführung: Die Fähigkeit, komplexe Handlungen auszuführen (zum Beispiel sich waschen, anziehen, kochen) geht verloren. Anfänglich treten meist Reihenfolgeprobleme auf. Zerlegt man die Handlungen in kleine Teilschritte und gibt jeweils „Anstöße“ für eine Handlungssequenz, so können auch Demenzkranke noch vieles selbst tun.

Orientierung: Die Orientierung bezüglich der Zeit, Ort, Personen, eigener Person und Situation wird zunehmend unscharf.

Wahrnehmung: Es können Störungen der visuellen Wahrnehmung auftreten. So werden zum Beispiel Muster im Teppich oder Fliesen (etwa Schwarz-Weiß-Kontraste) als Löcher interpretiert, und der Demenzkranke weigert sich weiterzugehen.

Es kommt häufig zu Verkennungen. Dabei richten sich Illusionen und Halluzinationen oft nach den Ängsten oder Wünschen des Kranken (so wird z.B. ein Bademantel, der an der Tür hängt, als bekannter Mensch „angesehen“). Diese Verkennungen haben für die Betroffenen Realitätscharakter.

Aufmerksamkeit/Konzentration: Die Aufmerksamkeit lässt sich nur für kurze Zeit bündeln. Wegen der Gedächtnisstörung wird schnell vergessen, was man eigentlich gerade tut. Während einer Aktivität sollte daher immer wieder daran erinnert werden.

Sprache: Die sprachlichen Fähigkeiten gehen –parallel zur Gedächtnisstörung- nach und nach zurück. Anfangs sind Wortfindungsstörungen zu beobachten, später können sich die Betroffenen gar nicht mehr differenziert ausdrücken (kennen nur noch „schwarz“ oder „weiß“, keine Zwischentöne mehr) oder verstecken sich hinter

allgemeinen Floskeln („Sie wissen ja wie das Ist“, „Na ja, wie es einem so geht“). Im Verlauf der Krankheit kann es zu einer vollständigen Sprachstörung bis zum Verstummen kommen. Teilweise werden auch nur noch Worte oder Laute wiederholt („Mama“, „Hilfe“, „Amen“).

Logisches und abstraktes Denken: Es kommt häufig zu Situationsverkennungen. Gedächtnislücken werden dabei unbewusst mit Erfundenem gefüllt („Jemand hat mein Gebiss gestohlen“), oder es wird an vergangene Zeiten angeknüpft („Ich muss jetzt arbeiten gehen“, „ich koche für meine Kinder“). Die Urteilsfähigkeit kann getrübt sein („Wieviele sind 100 Euro?“, „Was zieht man im Winter an?“). Das Denken ist meist verlangsamt, daher braucht der Kranke länger, bis er eine Information verstanden hat und reagieren kann.

Es kann zu Perseverationen (Haftenbleiben, ständiges gedankliches Wiederholen) kommen. Dabei kreist das Denken wie eine „Schallplatte mit Sprung“ um immer die gleichen Wörter oder einen Sachverhalt.

Humor, Witz und Ironie werden oft nicht mehr verstanden, da hierfür die Fähigkeit zum abstrakten Denken Voraussetzung ist.

Persönlichkeit: Es kann zu einer Überzeichnung vorhandener Persönlichkeitszüge kommen. War Jemand z.B. sehr sparsam, kann sich das während der Krankheit bis hin zu extremen Geiz oder Verarmungswahn steigern. War Jemand leicht reizbar, wird er in der Regel cholerisch oder aggressiv reagieren.

Extreme Veränderungen der Persönlichkeit sind selten. Beobachtet man völlig fremdes Verhalten (z.B. obszönes Schimpfen, Fluchen, enthemmtes Verhalten u.ä.), so kann diese evtl. bereits vorher latent vorhanden gewesen, aber unterdrückt worden sein. Durch die Demenz entfallen die emotionale Kontrolle und die Orientierung an sozialen Normen.

Gefühle: Die Gefühlswelt bleibt auch in der Demenz nahezu unbeeinträchtigt erhalten. Der „emotionale Kanal“ ist daher der wichtigste Zugang zum demenzkranken Menschen. Körpersprache und Tonfall (Nonverbales, wie etwas gesagt wird) können gut verstanden werden, auch wenn der Inhalt des Gesagten nicht verstanden wird.

Demenzkranke bekommen noch sehr viel mit!

Begleitsymptome: Als zusätzliche Symptome können bei Demenzkranken auftreten:

Motorische Unruhe, Zittern, Muskelkrämpfe, gestörter Gleichgewichtssinn, Einschränkung der Feinmotorik, Inkontinenz für Harn und Stuhl, Sinneseinschränkungen, Umkehr des Wach-/Schlafrythmus.

3.2. Sekundärsymptome

Unter Sekundärsymptomen versteht man solche Symptome, die nicht durch die Krankheit selbst ausgelöst werden, sondern durch Einschränkungen, die man erfährt und durch die Reaktionen der Umwelt auf diese Veränderungen.

Zentrale Sekundärsymptome bestehen in Angst, Scham und Unsicherheit. Ob Jemand darüber hinaus eher mit aktiven oder passiven Verhaltensweisen reagiert, hängt sehr stark von der früheren Persönlichkeit ab und davon, wie der Mensch auf Belastungen reagiert hat

Aktive Symptome: Aggressives Verhalten, Schreien, Wutausbrüche, Unruhe, Umherlaufen, überschießende Bewegungen, Schlagen u.ä.

Passive Symptome: Rückzug, Depression, Antriebsarmut bis hin zur Apathie, Ängste.

Ob und wie stark sich Sekundärsymptome entwickeln, hängt sehr davon ab, wie mit dem demenzkranken Menschen umgegangen wird. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Qualität der Betreuung und dem Ausmaß solcher Symptome!

Besondere Risiken, welche die Sekundärsymptome begünstigen und verstärken, sind freiheitseinschränkende Maßnahmen.

Fixierung verstärkt Angstgefühle und führt meist –wie in einem Teufelskreis- zu vermehrter Unruhe und Aggression. Je länger fixiert wird, desto länger und stärker kann im Anschluss die aggressive Phase dauern. Aggressionen werden angestaut und treten nach Beendigung der Fixierung verstärkt zutage.^{iv}

Sedierung durch Psychopharmaka (wie Haldol) birgt ein hohes Nebenwirkungsrisiko.

Fast alle Psychopharmaka bergen als unerwünschte Wirkungen:

- Gleichgewichtsstörungen
- Orientierungsstörungen
- Schläfrigkeit am Tage
- Benommenheit
- Verminderte geistige und körperliche Leistungsfähigkeit
- Unruhe
- Verwirrtheit
- Parkinsonähnliche Symptome

Verwirrheitszustände können durch Beruhigungs- und Schlafmittel verstärkt oder sogar ausgelöst werden.

In Einzelfällen kann es natürlich nötig werden, sich trotz der vorhandenen Risiken für freiheitseinschränkende Maßnahmen zu entscheiden. Diese sollten aber nur dann ergriffen werden, wenn alle anderen Maßnahmen erschöpft sind. Immer sollen Fixierung und Sedierung nur so oft angewendet werden, wie es unbedingt nötig ist. Zudem sind juristische Aspekte (Genehmigungspflicht) zu beachten.

3.3. Hilfsmittel zur Einschätzung und Beschreibung von Demenz

Zur exakteren Einschätzung der Demenz sind folgende zwei Instrumente hilfreich. Erstens der „Mini-Mental-Status“ und zweitens die Minimal-Checkliste in Anlehnung nach Reisberg.

Diese beiden Hilfsmittel dienen in unserem Haus der genaueren Einschätzung bei Demenz

3.3.1. Der Mini-Mental-Status (Folstein et al., 1975)

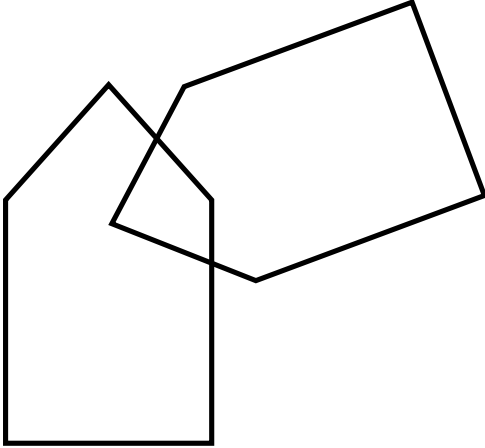
Name des Bewohners / der Bewohnerin:

Datum:

1. Welcher Wochentag ist heute?	<input type="checkbox"/>
2. Welches Datum ist heute?	<input type="checkbox"/>
3. Welcher Monat?	<input type="checkbox"/>
4. Welche Jahreszeit haben wir?	<input type="checkbox"/>
5. Welches Jahr?	<input type="checkbox"/>
6. Wo befinden wir uns? (Anm. Im Pflegeheim)	<input type="checkbox"/>
7. In welchem Stockwerk befinden wir uns?	<input type="checkbox"/>
8. In welcher Stadt leben wir?	<input type="checkbox"/>
9. In welchem Landkreis?	<input type="checkbox"/>
10. In welchem Bundesland?	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
11. Merken Sie sich und sprechen Sie nach:	<input type="checkbox"/>
12. „Apfel, Pfennig, Tisch (im Rhythmus, 1 Wort/Sekunde sagen)	<input type="checkbox"/>
13. Bei Bedarf bis zu 5mal vorsagen, Bewertung erfolgt nach 1. Versuch	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
14. 6mal von 100 jeweils fortlaufend 7 subtrahieren.	<input type="checkbox"/>
15. Jeden einzelnen Rechenschritt unabhängig von dem vorherigen	<input type="checkbox"/>
16. bewerten	<input type="checkbox"/>
17. Alternativ das Wort „Stuhl“ rückwärts buchstabieren lassen (oder	<input type="checkbox"/>
18. „Blume“)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
19.	<input type="checkbox"/>
20. Welche drei Wörter haben Sie mir vorher nachgesprochen?	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
22. Was ist das? (Bleistift vorzeigen)	<input type="checkbox"/>
23. Was ist das? (Uhr vorzeigen)	<input type="checkbox"/>
24. Sprechen Sie nach: „Kein wenn und oder aber“ (1 Versuch)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
25. Ausführen eines dreiteiligen Befehls:	<input type="checkbox"/>
26. Nehmen Sie dieses Blatt Papier in die rechte Hand, falten Sie es in der	<input type="checkbox"/>
27. Mitte und lassen sie es auf den Boden fallen	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
28. Auf beiliegendem Papier lesen und ausführen lassen. „Augen zu“	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
29. Schreiben Sie (auf beiliegendem Papier) einen Satz.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
30. Zeichnen Sie (auf beiliegendem Papier) diese Figur ab.	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>
<hr/>	
Punktzahl:	<input type="text"/> <input type="text"/>

Auswertung: Jede richtige Antwort ergibt einen Punkt. Maximal sind 30 Punkte zu erzielen; für einen Wert < 24 besteht wahrscheinlich eine dementielle Entwicklung, bei < 17 bereits in fortgeschrittenem Stadium.

3.3.2. Arbeitsblatt zu Punkt 28 bis 30.

 <p>30. Figur-Kopie:</p>	<p>28. Bitte schließen Sie beide Augen</p>
<p>29. Satz:</p>	

3.3.3. Minimal-Checkliste^v

Die folgende Checkliste versucht, die wichtigsten Symptombereiche möglichst einfach und exakt zu erfassen. Dabei geht es darum, sowohl Defizite, als auch verbleibende Fertigkeiten und Fähigkeiten zu dokumentieren. Dadurch ist es möglich, sich ein genaueres Bild davon zu machen, was der alte Mensch noch kann und was er nicht mehr kann und wobei er Hilfe benötigt.

Diese Liste ist natürlich in regelmäßigen Abständen (im Rahmen der allgemeinen Pflegeplanung und –dokumentation) zu aktualisieren.

Gedächtnis

- keine sichtbaren Gedächtnisprobleme
- Schwierigkeiten im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses
- Namen behalten, Telefonnummern, Adressen,
- Kann keine neuen Informationen mehr aufnehmen, massive Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses (z.B.: Was gab es zum Mittagessen?)
- Langzeitgedächtnisinhalte sind bereits verschwommen (frühere Ereignisse, biographische Daten u.s.w.)

Konzentration

- gute Konzentrationsfähigkeit
- leichte Probleme sich zu konzentrieren
- deutliche Konzentrationsprobleme, leicht ablenkbar
- kann seine Aufmerksamkeit gar nicht fokussieren

Orientierung

a) **örtlich**

- findet sich allgemein noch gut zurecht
- hat Probleme in der örtlichen Orientierung (neue Orte, Wohnort)
- hat Probleme sich in vertrauter Umgebung zurechtzufinden

b) **zeitlich**

- zeitliche Orientierung ist gut
- hat nur noch eine unscharfe Orientierung in der Zeit (Datum, Tag, Uhrzeit)
- ist zeitlich nicht orientiert

c) **personell**

- ist personell orientiert
- kann sich neu auftretende Personen nicht merken
- erkennt Angehörige nur schwer
- ist auch bezüglich seiner Person desorientiert

d) **situativ**

- erkennt, daß er sich in einer Einrichtung aufhält, erkennt die Situation
- erkennt seine Situation des öfteren nicht richtig
- häufig/ständige Situationsverkennung (Wo bin ich hier? Was mache ich hier?)

Alltagskompetenz

- kann sich selbst versorgen

Schwierigkeiten in folgenden Bereichen:

- sich selbständig waschen
- sich an- und ausziehen
- alleine essen
- Toilettengang
- Sich beschäftigen (Fernsehen, Lesen, Basteln usw.)

Sozialverhalten / Kontakte:

- gute Sozialkompetenz
- Rückzugstendenz; hat Probleme Sozialkontakte aufrechtzuerhalten oder herzustellen
- Fühlt sich in Gesellschaft unwohl; möchte am liebsten allein sein
- Zeigt sozial auffälliges, unangepasstes Verhalten
- Wird von anderen abgelehnt oder ausgeschlossen

Stimmung:

- ist angemessen und unauffällig
- hat einen gehobenen Affekt, lacht häufig
- hat einen verflachten Affekt, zeigt wenig Gefühlsregungen
- hat einen depressiven, niedergeschlagenen Affekt, wirkt traurig oder bedrückt
- erscheint ängstlich
- zeigt Aggressionen gegenüber anderen oder sich selbst
- erscheint affektlabil oder affektunfähig; weint oder lacht ohne ersichtlichen Grund

Motorik:

- keine motorischen Auffälligkeiten
- zeigt motorische Unruhe
- Tendenz zum Umherwandern, Fortlaufen
- Überschießende, unkontrollierte Bewegungen
- Eingeschränkt in Motorik, bewegt sich kaum, Starre in den Bewegungen
- ist bettlägerig; ist kaum ohne fremde Hilfe zu Bewegungen fähig

Sprache:

- keine Auffälligkeiten in der Sprache
- leichte Wortfindungsstörungen, Worte entfallen ihm
- sprachlich deutlich eingeschränkt, kann sich nicht differenziert äußern
- redet oft in Floskeln oder „Symbolsprache“
- nur noch wenig sprachliche Äußerungen, nur einzelne Wörter oder Laute
- keine sprachlichen Äußerungen, ist verstummt

Wahrnehmung:

- keine Auffälligkeiten in der Wahrnehmung
- hat Wahrnehmungsprobleme, und zwar

 hat Illusionen / Halluzinationen

Denken:

- erscheint unauffällig
 - verlangsamtes Denken
 - neigt zu Perseverationen (Festhalten an einem Wort oder Sachverhalt)
 - neigt zu Konfabulationen (unbewusstes Füllen von Erinnerungslücken mit Erfundenem oder Material aus früherer Zeit)
 - hat sich aus der Realität zurückgezogen, lebt vollständig in seiner Welt
 - die Urteilsfähigkeit scheint getrübt, hat Einschränkungen beim Denken
 - zeigt inhaltliche Denkstörungen / Wahn:
-
-

Weitere Bereiche:

- kann nicht mehr schreiben
 - kann nicht mehr lesen
 - Inkontinenz für Harn
 - Inkontinenz für Stuhl
 - Schmiert mit Kot, Ausscheidungen an ungewöhnlichen Orten
 - Schlafprobleme
 - Essen: entweder reduziert oder aber gesteigerter Appetit
 - Umkehr des Wach-/Schlafrhythmus
 - Andere:
-
-

Gut erhalten scheinen folgende Bereiche:

a)

b)

Wichtige Vorlieben und Gewohnheiten (weiter: siehe Biographiebogen):

4. Leitlinien

Folgende Leitlinien sollen unsere Beziehungen mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern gestalten:

- 1) Pflegende akzeptieren vorbehaltlos die Persönlichkeit der Bewohnerinnen und Bewohner und nehmen sie in ihrer Würde ernst.
- 2) Die Kenntnis der individuellen Lebensgeschichte der Bewohnerin, bzw. des Bewohners, (Biographie) bildet die Grundlage jeglicher Kommunikation und Beziehung, da auf der Basis des noch funktionierenden Langzeitgedächtnisses zurückliegende Erfahrungen eine wesentliche Ressource darstellen.
- 3) Mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern zu leben und zu arbeiten bedeutet eine partnerschaftliche (Subjekt-Subjekt) Beziehung aufzubauen und zu gestalten, damit die zerfallende Persönlichkeitsstruktur der Bewohnerinnen und Bewohner Halt in einem freundschaftlichen „Du“ erfährt:
- 4) Feste Strukturen bzgl. Bezugspersonen (wenige), Zeit (täglich, wöchentlich, jahreszeitlich) und Raum (vertrautes Milieu) geben der sich auflösenden inneren und äußeren Persönlichkeitsstruktur der Bewohnerin, bzw. des Bewohners, neuen Halt und Orientierung.
- 5) Pflegende nehmen regelmäßig Fort- und Weiterbildungen wahr. Sie setzen sich mit sich selbst auseinander (z.B. durch Supervision) und nutzen Entlastungsmöglichkeiten, um dauerhaft professionelle Betreuungsarbeit leisten zu können.
- 6) Professionell Pflegende zeichnen sich im Umgang mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern durch Grundhaltungen aus, um Selbstbestimmung, Kommunikation und notwendige Hilfe zu ermöglichen.
 - Eine Haltung des Zulassens
 - Eine Haltung des Einfühlens und Verstehens (Validation)
 - Eine Haltung geduldiger und liebevoller Zuwendung
 - Eine Haltung des Verzichts auf physische-, psychische- und medikamentöse Gewalt
 - Ein Einlassen auf die erlebte Realität des Bewohners
 - Ein situatives Handeln aus Profession und Intuition

- Ein sensibles Hinführen zu notwendigen Veränderungen
- 7) Professionell Pflegende verfolgen in ihrem Handeln Ziele:
- Erhaltung und Stärkung des Selbstwertgefühls
 - Aufbau von Vertrauen und Geborgenheit
 - Sinn- und Werterfahrungen
 - Aktivierung und Rehabilitation
 - Sinnvolle Beschäftigung
- 8) Bei schwierigem Verhalten wie Aggression, Depression, Schreien, Kot schmieren, und unangemessenem Essen reagieren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geduldig, einfühlsam, verstehend, beruhigend, zulassend und phantasievoll, damit die Bewohnerinnen und Bewohner nicht gedemütigt oder verletzt werden.
- 9) Bei Risikoverhalten (z. B. Weglaufen...) wird im Gespräch mit Angehörigen, Betreuern und Pflegepersonal ein Konsens bezüglich des Umgangs herbeigeführt, um allen Betroffenen gerecht zu werden und verantwortliche Lösungen zu finden.
- 10) Angehörige bleiben die wichtigsten Bezugspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner, werden in die Betreuung eingebunden und bilden eine wichtige Grundlage zur Beheimatung der Bewohnerin, bzw. des Bewohners, im Heim.
- 11) Spezifische Akzente:
- Musik, Gesang, Humor sind besonders wichtig, da sie die intakte emotionale Seite ansprechen.
 - Intensive Kontakte mit Kindern vermitteln den Bewohnerinnen und Bewohnern Lebensfreude.

5. Umgang und Kommunikation

Demenzerkrankte brauchen eine klare, nicht überfordernde und wertschätzende Kommunikation und Umgangsweise. Nur so kann ihren Bedürfnissen nach

Sicherheit und Zuwendung Rechnung getragen und den noch vorhandenen Möglichkeiten Raum gegeben werden.

5.1. Grundlagen

Grundlegende Eckpfeiler jeglicher Kommunikation zwischen allen bei uns im Heim lebenden und arbeitenden Menschen sind die nachfolgend aufgeführten drei personenzentrierten Grundhaltungen nach Carl Rogers^{vi}. Nur im Zusammenspiel aller drei Haltungen kann die Kommunikation fruchtbar und aufbauend sein.

- ***Echtheit und Selbstkongruenz***

sind Merkmale der persönlichen Reife. Sie besagen eine volle Übereinstimmung des Äußeren mit dem Inneren. Im Gespräch bedeutet das, dass alles, was gesagt wird, wirklich der inneren Haltung entspricht. Sie sind nicht vorhanden, wenn die Mitarbeiterin, bzw. der Mitarbeiter, sich selbst nicht annehmen kann, wenn sie/er ihr/sein Fühlen und Erleben nicht akzeptiert und zur Kenntnis nimmt, sondern verdrängt.

- ***Positive Wertschätzung und emotionale Wärme***

sind dann vorhanden, wenn die Mitarbeiterin, bzw. der Mitarbeiter, die Bewohnerin, bzw. den Bewohner, so annimmt, wie sie/er ist, mit all ihren/seinen Schwächen, Ängsten, Wünschen und Eigenheiten. Es bedeutet eine nichtbesitzergreifende Anteilnahme. So kann die Bewohnerin, bzw. der Bewohner, frei sie/er selbst sein. Die Mitarbeiterin, bzw. der Mitarbeiter, bemüht sich, das Verhalten der Bewohnerin, bzw. des Bewohners, zu verstehen und zu begreifen, wie sie/er die Dinge sieht, wie sie/er die Welt erlebt und warum sie/er so handelt, wie sie/er handelt. Die Mitarbeiterin, bzw. der Mitarbeiter, versucht nicht, dem anderen ihr/sein eigenes Wertesystem aufzuzwingen, sondern respektiert die Freiheit der Bewohnerin, bzw. des Bewohners, und ihre/seine Entscheidungen. Sie/er achtet die Bewohnerin, bzw. den Bewohner, traut ihr/ihm etwas zu und glaubt an sie/ihn.

- ***Einfühlerndes Verständnis und Verbalisierung***

Einfühlerndes Verständnis meint ein verstehendes Mitgehen mit dem anderen. Unter Verbalisierung persönlich-emotionaler Erlebnisinhalte ist zu verstehen, dass die Mitarbeiterin, bzw. der Mitarbeiter, das Fühlen und Erleben der

Bewohnerin, bzw. des Bewohners, in Worte fasst. Sie/er greift dabei nur das auf, was die Bewohnerin, bzw. der Bewohner, ihr/ihm mitgeteilt hat bzw. ihr/ihm mitteilen wollte. Der rein sachliche Inhalt der Mitteilung wird nur so weit berücksichtigt, wie er für das Verständnis des Fühlens und Erlebens notwendig ist.

Zu den aufzugreifenden Inhalten gehören Gefühle, Ziele, Wünsche, Interessen, aber auch die gefühlsmäßigen Bewertungen von Ereignissen und Personen, das Erleben der eigenen Person (Selbstbild) und das Erleben der Wirkung der eigenen Person auf andere.

5.2. Validation^{vii}

Konkret für die Arbeit mit Demenzkranken entwickelte in den 60er Jahren die Amerikanerin Naomi Feil ein Kommunikationskonzept, welches sie „Validation“ nannte und das auf dem humanistischen Ansatz von Carl Rogers basiert. Validation bedeutet dem Wortsinn nach „etwas für gültig erklären“ und zwar die Realität des demenzerkrankten alten Menschen. Auf diese Realität, die sich in manchem von unserer unterscheidet, soll gezielt eingegangen werden, um dem Demenzkranken Akzeptanz, Empathie und tiefe Wertschätzung spüren zu lassen. Die Validation ist dabei eine bewusste Grundhaltung und darüber hinaus ein Konzept, das den Betreuern hilft, das Verhalten, die Gefühle und Grundbedürfnisse von Menschen mit einer Demenz systematisch einzuschätzen. Mit Hilfe von zugeordneten verbalen und nonverbalen Kommunikationstechniken lernen Pflegende, die Gespräche sinnvoll zu strukturieren.

Für den Demenzkranken ist eine vertraute Person da, die einen offensichtlich versteht und wertschätzt. Es werden Gefühle und seelische Grundbedürfnisse erfüllt, was umfassend positiv auf das Wohlbefinden und Verhaltensweisen wirkt, zumindest kurzfristig, häufig auch mittelfristig. Konzeptionell lässt sich Validation in drei Bausteinen darstellen:

1. Baustein: Die validierende Grundhaltung - Wie soll ich grundsätzlich Demente verstehen?
2. Baustein: Die vier Stadien nach Feil - Wie kann ich Demente aktuell einschätzen?

Stadium 1: Mangelhafte/unglückliche Orientierung an der Realität.

Stadium 2: Zeitverwirrtheit

Stadium 3: Sich wiederholende Bewegungen

Stadium 4: Vegetieren

3. Baustein: Kommunikationstechniken - Wie soll ich konkret mit Dementen kommunizieren?

Die Haltung und Methode der Validation nimmt im Umgang mit den Demenzkranken in unserem Haus einen herausragenden Stellenwert ein. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen diesen Weg des Umgangs mit demenzkranken Bewohnerinnen und Bewohnern lernen und verinnerlichen.

5.3. Biographiearbeit

Die Lebensbiographie der einzelnen Bewohnerin, bzw. des einzelnen Bewohners, spielt eine wichtige Rolle in der Betreuung, da diese einen großen Schatz an Erinnerungen und Erfahrungen birgt, der gehoben werden kann, weil das Langzeitgedächtnis noch gut funktioniert. Diese Lebensgeschichte wird in Biographiebögen durch die Bezugspflegekraft erfasst und in der Pflegedokumentation abgelegt. In den regelmäßigen Teamgesprächen wird immer wieder die Biographie jeder einzelnen Bewohnerin, bzw. jedes einzelnen Bewohners, thematisiert und ergänzt. Ziel ist es, dass alle Teammitglieder die wichtigsten Ereignisse aus dem Leben jeder einzelnen Bewohnerin, bzw. jedes einzelnen Bewohners, präsent haben. So sind sie in der Lage Äußerungen von demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern besser zu verstehen und darauf einzugehen. In der konkreten Arbeit werden immer wieder Erinnerungen an früher geweckt, sei es durch Gegenstände, Materialien, Fotos, Lieder und Geschichten. Für uns gehört ein regelmäßiger Lebensrückblick zum normalen Alterungsprozess. Wir denken, dass die Beschäftigung mit Erinnerungen zur seelischen Gesundheit und Ausgeglichenheit beiträgt. In Fällen negativer Erlebnisse besteht dann die Möglichkeit zur emotionalen Aufarbeitung.

5.4. Musik und Tanz

Für Musik und Tanz sind demenzerkrankte Menschen besonders empfänglich und ansprechbar. Sie bewirken Ausgeglichenheit und seelische Gesundheit und entsprechen einem menschlichen Grundbedürfnis. Deshalb wird das Singen oder

Musik hören von alt vertrauten Liedern und Schlagern, das Tanzen und das Spielen von einfachen Instrumenten gezielt eingesetzt und täglich gepflegt. Einen Höhepunkt bilden dabei die regelmäßig stattfindenden Konzerte, die auf unterschiedlichste Weise musikalische Darbietungen bieten und Erinnerungen an Konzertbesuche früher wecken. Sie vermitteln den emotionalen Eindruck gesellschaftlich noch voll integriert zu sein.

5.5. Sensorische Stimulationen

Durch gezielte Stimulation der primären Sinne kann geistig eingeschränkten Menschen mehr Lebensqualität verschafft werden. Drei Stimulationsansätze sollen bei uns künftig eine verstärkte Rolle spielen:

Die *Basale Stimulation* nach A. Frölich geht in die Richtung einer bewußten und kreativen Stimulierung der Sinne. Der Mensch soll wieder ein Gefühl von sich selber bekommen und Mißempfindungen können abgebaut werden. In der basalen Stimulation werden alle Sinne gezielt angesprochen und aktiviert:

- die Lagewahrnehmung (z. B. durch Veränderung der Position des Kopfteils des Bettes, durch passives Bewegen)
- die Hautwahrnehmung (z. B. durch Einreibungen, Massagen, Waschungen)
- Riechen, Schmecken (z. B. durch aromatische Öle)
- Hören (z. B. werden vertraute Geräusche von früher zu Gehör gebracht)
- Sehen (Arbeiten mit Bildern, Farben, Beleuchtung)

Zu betonen ist, daß die stimulierenden Reize gezielt, geplant und nur kurzfristig eingesetzt werden.

Die Beherrschung basaler Stimulation durch die betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird bei uns schrittweise ausgebaut. Nach und nach soll diese erfolgreiche Methode im Umgang mit demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern zum tägliche Alltag gehören.

5.6. Aktivierung und Beschäftigung

Die Bewohnerinnen und Bewohner werden in ihrem vertrauten Bereich durch feste Bezugspersonen (Beschäftigungstherapeuten) in regelmäßigen Intervallen beschäftigt. Wegen der leichten Ermüdung sind diese Beschäftigungen nur 10 bis

20 Minuten lang. Es gibt eine feste Struktur vom Ablauf her. Nach dem Frühstück gibt es eine erzählende Zeitungsrunde. Es folgen eine Liederrunde, eine Gymnastikrunde und eine 10-Minuten-Aktivierung. Der Nachmittag ist in ähnlicher Weise strukturiert. Als roter Faden der Aktivierung zieht sich ein jahreszeitlich vertrautes Thema durch. Ebenfalls durchgängig sind vertraute hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Wäsche falten, putzen, Essen zubereiten und backen.

6. Organisationsrahmen

6.1. Kleine Strukturen und familiär vertrautes Milieu

Menschen mit Demenz brauchen grundsätzlich überschaubare Bereiche mit konstanten Bezugspersonen, damit sie nicht durch zuviel Information und Unruhe überfordert werden. Die demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner leben bei uns zur Zeit mit geistig gesunden Bewohnerinnen und Bewohnern integrativ in überschaubaren Wohnbereichen zusammen. Tagsüber werden sie jedoch gesondert durch Beschäftigungstherapeuten betreut. Diese Betreuung umfasst etwa 10 – 12 Personen in jedem Wohnbereich und findet im Aufenthaltsraum des Wohnbereiches statt, mit dem sie vertraut sind. Im Sinne eines Intervallkonzeptes werden kurze Aktivitäten (ca. 10 bis 20 Minuten) im Wechsel mit Ruhephasen angeboten. Der Aufenthaltsraum soll eine alt vertraute Gemütlichkeit ausstrahlen. Entsprechend sind alte Möbel und alte Gebrauchsgegenstände, soweit dies räumlich möglich war, eingeführt worden.

6.2. Einbindung von Angehörigen

Die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner sind und bleiben deren wichtigste Bezugspersonen. Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige, Freunde der Bewohnerinnen und Bewohner, Pflegende und Ehrenamtliche bilden eine große Familie. Sie sind jederzeit willkommen und gehören selbstverständlich zu allen Aktionen oder Unternehmungen dazu. Angehörige werden als Bereicherung und eine Stütze gesehen, die dankbar angenommen wird. Ihre Rolle besteht darin, für die Bewohnerinnen und Bewohner emotional da zu sein, ihnen Zeit zu schenken, Zuwendung zukommen zu lassen durch Zuhören, Berührung und Zärtlichkeit, sich um ihr Wohlergehen zu sorgen und sich dafür stark zu machen. Ferner sind sie wichtige Informanten zur Biographie der Bewohnerinnen und Bewohner. In schwierigen Krisensituationen sind sie oft eine unentbehrliche Hilfe zur Lösung der

Situation. Ihre Zuständigkeit liegt schwerpunktmäßig in der emotionalen Einzelbetreuung, der entlastenden Hilfestellung und den sozialen Außenkontakten. Angezielt wird durch die Einbindung der Angehörigen eine Lebensbegleitung der Bewohnerinnen und Bewohner um emotionales Wohlbefinden herzustellen. Durch Außenkontakte soll einer Vereinsamung entgegengewirkt und ein gesellschaftlicher Bezug erhalten bleiben. Ein weiteres wichtiges Ziel ist die Entlastung der professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sei es durch die emotionale Betreuung, Besorgungen, Essen reichen, Spaziergänge, Beschäftigungen oder Hintergrundwissen über die Lebensgeschichte, die eine positive Beziehungsgestaltung erst ermöglicht.

Arbeits- und Organisationsformen dieser Angehörigenarbeit sind zu Beginn gemeinschaftliche Pflegeplanungsgespräche, in denen Ziele der Pflege und Betreuung gemeinsam festgelegt werden. Die Einbindung in die tägliche Präsenzarbeit ist eine weitere Möglichkeit der Einbeziehung. Die wichtigste Arbeitsform ist jedoch nach wie vor die Einzelbetreuung.

6.3. Begegnung mit Kindern

Alte Menschen erfahren eine große Freude und Bereicherung ihres Alltags durch die Begegnung mit Kindern. Besonders fruchtbar ist die Begegnung von Kindern mit demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern, da die Kinder ihre Verwirrtheit akzeptieren und nicht weiter hinterfragen. Aus diesem Grund gibt es einen partnerschaftlichen Kontakt zu dem in der Nachbarschaft liegenden Kindergarten. Der Kindergarten Medenbach kommt in regelmäßigen Abständen, worauf hin gemeinsam mit den verwirrten Bewohnerinnen und Bewohnern gesungen, gespielt, gebacken und gebastelt wird. Vorbereitet wird das Treffen von beiden Seiten, so dass Kinder wie alte Menschen Gebende und Nehmende sind. Zu besonderen Anlässen besuchen uns die Kinder des Kindergartens, um Darbietungen in allen Wohnbereichen vorzutragen.

6.4. Qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Um eine qualifizierte Arbeit leisten zu können, sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem besonderen Anforderungsprofil gefragt. Das für uns gültige Anforderungsprofil sieht wie folgt aus:

Grundsatz: Jede Mitarbeiterin, jeder Mitarbeiter sollte Freude an der Arbeit mit gerontopsychiatrisch veränderten Bewohnerinnen und Bewohnern haben und diese freiwillig übernehmen

1. *Fachliche Kompetenz*

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten

- ausreichendes Wissen über gerontopsychiatrische Krankheitsbilder (Depression, Demenz, Wahn...) haben
- ein gutes pflegerisches Grundwissen und Können beherrschen
- hauswirtschaftliche Fähigkeiten besitzen
- geschichtliches Grundwissen und Wissen über Sitten und Gebräuche erworben haben
- musikalische Fähigkeiten oder Fähigkeiten in einem kreativen Bereich haben
- Kommunikations- und Betreuungsmethoden (z. B. Validation, biographisches Arbeiten, basale Stimulation, 10-Minuten-Aktivierung...) kennen
- sich ständig fort- und weiterbilden

2. *Persönliche Kompetenz*

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten

- ausgereifte Persönlichkeiten mit positiver fröhlicher Lebenseinstellung sein
- eine wertschätzende Grundhaltung im Umgang mit Bewohnerinnen und Bewohnern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besitzen
- ausgesprochen einfühlsam sein
- ehrlich und zuverlässig sein
- Ruhe, Ausgeglichenheit und Geduld ausstrahlen
- fähig sein, Nähe und Distanz auszubalancieren
- Grenzen setzen können
- flexibel, kreativ und belastbar sein
- Fähigkeit zur Reflexion in Bezug auf andere und sich selbst besitzen

- Herzlichkeit und Wärme verbreiten
- fähig sein, durch körperlichen Kontakt Zuwendung und Akzeptanz spüren zu lassen
- die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Krankheit, Alter, Sterben und Tod besitzen
- eine Beziehung zum Glauben haben

3. *Soziale Kompetenz*

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten

- kommunikativ und offen auf andere zugehen und mit ihnen reden können
- Teamfähigkeit und Kooperationsfähigkeit besitzen
- kritikfähig sein (können Kritik konstruktiv äußern und selbst Kritik annehmen)
- Vorbild für andere sein
- ein positives, vertrauensvolles Klima schaffen können

7. Architektur

7.1. Überschaubare Wohnbereiche

Dementengerechte Architektur soll Behinderungen kompensieren, Freiheit maximieren, das Selbstwertgefühl und Vertrauen erhöhen, Persönlichkeit und Identität stärken, einladend sein für Angehörige und Nachbarn und die Kontrolle von Stimulation ermöglichen. Günstig für verwirrte Bewohnerinnen und Bewohner sind kleine überschaubare Wohngruppen für ca. 12 bis 15 Bewohnerinnen und Bewohner. Zurzeit leben bei uns im Haus die demenzerkrankten Bewohnerinnen und Bewohner in integrativen Wohnbereichen in einer Größenordnung von 12 bzw. 48 Bewohnerinnen und Bewohnern.

Eine abtrennbarer Wohn- Küche ist im beschützenden Wohnbereich vorhanden. Hier ist eine durchgängige Tagesbetreuung möglich. Konzeptionell wird es vier integrative Wohnbereiche und einen beschützenden Wohnbereiche für demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner geben. Viel natürliches Licht mit Ausblicken auf die Natur zur jahreszeitlichen Orientierung ist notwendig. Die Bewohnerzimmer sind Doppel- und Einzelzimmer und sollten möglichst individuell

mit eigenen Möbeln eingerichtet werden. Flure und Aufenthaltsräume sollen Wohnlichkeit und Gemütlichkeit ausstrahlen. Vorteilhaft hierfür sind alte Möblierungsstücke.

7.2. Orientierungselemente

Damit sich demenzerkrankte Bewohnerinnen und Bewohner zurechtfinden, sind Signale nötig, die eindeutig sind. Dies können Signale zum Sehen, Hören oder Riechen sein. Grundsätzlich sollte es kaum Wiederholungen geben. Die Demenzkranken sollten sehen und spüren, wo sie sich befinden oder wohin sie gehen möchten. Dabei sind Gegenstände mit Symbolcharakter sehr hilfreich.

Es ist geplant, solch eindeutige Orientierungen zu geben. Deshalb sind die Wohnbereiche inhaltlich sehr unterschiedlich geprägt sein. Die Gestaltung ist zum einen an einer für die Bewohnerinnen und Bewohner relevanten Alltagswirklichkeit orientiert und zum anderen an einer örtlichen Orientierung ausgerichtet.

Fortgeführt wird die Orientierung des Einzelnen in jedem Bereich dadurch, dass jeder Wohnbereich andere Farben im Fußboden sowie an Zimmertüren angebracht sind, um so ein Wiederfinden des eigenen Zimmers zu erleichtern.

7.3. Sicherheitsmaßnahmen

Sicherheitsmaßnahmen sollen eine Selbstgefährdung vermeiden helfen. Sie sollten unauffällig sein und möglichst wenig den Bewegungsfreiraum einschränken. So befinden sich im Haus keine giftigen Pflanzen, die von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern in den Mund genommen werden können. Um Weglauftendenzen vorzubeugen ist der „Beschützende“ (geschlossene Wohnbereich) vorhanden.

7.4. Beschützter Garten

Demenzkranke sollten einen selbständigen Zugang zu einem beschützten Garten haben, um einem natürlichen Bedürfnis nach Natur und jahreszeitlicher Orientierung nachzukommen. Der Garten ist kontrastreich angelegt. Insgesamt ist der Garten eingefriedet und bietet so Sicherheit mit großzügiger Bewegungsfreiheit. Viel Abwechslung durch Flora und Fauna. wie die Möglichkeit zur eigenen Betätigung Außerdem gibt es eine Rückzugsmöglichkeit für orientierte Bewohnerinnen und Bewohner in einen etwas abgelegenen und versteckteren Gartenteil.

8. Qualitätssicherung

Um die Qualität im Bereich der Pflege und Betreuung demenzerkrankter Menschen zu gewährleisten, gibt es ein regelmäßiges Präsenzkräftetreffen unter Leitung einer gerontopsychiatrischen Fachkraft. Aktivitäten werden gemeinsam überlegt und geplant, anschließend durchgeführt und in der Bewohnerdokumentation dokumentiert und wieder reflektiert. Für den Umgang mit schwierigen Situationen gibt es Standards, die ein angemessenes Verhalten in solchen Situationen beschreiben und festlegen (s. Anlage). Die Methode des DCM (Dementia Care Mapping) wird regelmäßig angewandt, um das Wohlbefinden der demenzerkrankten Menschen abzubilden. Durch genaue Beobachtung wird das Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner erfasst und förderndes wie hinderndes Verhalten der Pflegenden benannt. Durch Reflexion dieser Beobachtungen im Team werden die Wahrnehmungsfähigkeit und das Einfühlungsvermögen geschult und kleine Schritte zur Veränderung entwickelt.

Zur ständigen fachlichen Unterstützung und Begleitung arbeiten wir mit einem Facharzt für Neurologie und Psychiatrie zusammen.

9. Gültigkeit

Dieses Konzept gilt ab dem Jahr 2008 als verbindliche Grundlage für den Bereich der Pflege und Betreuung demenzerkrankter Bewohnerinnen und Bewohner.

Medenbach, den 06.11. 2007

Hans –Joachim Diehl
Pflegedienstleiter

10. Anhang

10.1. Gerontopsychiatrische Pflegestandards

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.1. Aggressives Verhalten	Nr.1
Aggressionstendenzen:	Neigung zu Tötlichkeiten als Angriff oder als Verteidigung und / oder Neigung zu Beschimpfungen	
Aggressionshandlungen:	Tätlicher Angriff auf Personen oder Umgebung, drohendes Nähern und Beschimpfungen Zielgruppe:	
Zielgruppe:	Demenz: Folge von Situations- und Personenverkennung, Sprachverständnisstörung (Aphasie), Angst und Unsicherheit; depressive Störung; eher selten, beachte Autoaggression; schizophrene Psychosen: Situations- und Personenverkennung im Rahmen von wahnhaftem Erleben und Halluzinationen; Abhängigkeitserkrankungen: Verlust der Impulskontrolle bei akuter Intoxikation;	
Ziel:	Reduktion bzw. Vermeiden aggressiven Verhaltens	
Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreiben aggressiven Verhaltens (konkrete Situation, Handlungsablauf ohne Wertung) - Ruhiges, sicheres Auftreten; zugewandt bleiben, wenn möglich ablenken (aus dieser Situation herausführen und /oder Situation entschärfen, ggf. besonderes Krisenmanagement) - Beachte: akutes Wahnerleben →, Weglauftendenz →, Selbstgefährdendes Verhalten →, Angst →, - Beachte: körperliche Ursachen, die der Bewohner nicht mitteilen kann (z.B. Obstipation, Unterzuckerung, Schmerzen) - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Überprüfung der rechtlichen Voraussetzungen 	
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter	
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Ruhiger Umgang, eindeutige Anweisungen und Aufzeigen der Grenzen - Information der Mitarbeiter und Angehörigen - Erkennen und Beschreiben von Auslösern aggressiven Verhaltens - Mit geeigneten Aktivitäten und Gesprächen Handlungsimpulse in sinnvolle Bahnen lenken (biografiegeleitet) - Konstante Bezugspersonen - Tages- und Wochenstrukturierung - Einbeziehen in Gruppenaktivitäten - Medikation: entsprechend der zugrundeliegenden Störung unter Beachtung der Wirkungen und möglicher Begleitwirkungen 	
Zeitfaktor	Häufigkeit und Dauer nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen	
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich, jede Aggressionshandlung!	
Zielkontrolle	<p>Überprüfung, ob die getroffenen Maßnahmen wirksam sind</p> <p>Abklingen der Häufigkeit und des Ausmaßes aggressiven Verhaltens</p>	

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.2. Angst	Nr.2
--	----------------------	-------------

- Mit Angst bezeichnet man einen unangenehmen, gefühlsmäßigen Zustand meist mit körperlichen Begleiterscheinungen (Herzrasen, Zittern), hervorgegangen aus einem Gefühl der Bedrohung, das oft nicht objektivierbar ist. Angst kann unbestimmt, gegenstandslos, irrational, anonym, unmotiviert sein oder auch zielgerichtet, objektbezogen. Angst ist ein häufiges Symptom psychischer Erkrankungen.

Zielgruppe: Demenz: in Verbindung mit Orientierungs- und Gedächtnisstörungen, in Überforderungssituationen; depressive Störungen: sehr häufig; schizophrene Psychosen: Im Rahmen von Wahn → und Halluzinationen → Abhängigkeitserkrankungen: bei depressiver Stimmungslage → und Entzugserscheinungen;

Ziel: Beseitigung der Angst, Besserung des Wohlbefindens;

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben der Angst aufgrund des Verhaltens, der Äußerungen und der Körpersymptome - Erstellen eines individuellen Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: Vermeidung von selbstgefährdendem Verhalten → Weglauftendenz → und aggressivem Verhalten → - Beachte: körperliche Beeinträchtigungen (z.B. hormonelle Störungen, insbesondere Störungen der Sinnesorgane) als Auslöser
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung möglicher Auslöser anhand des aktuellen Verhaltens, der Situation, der Erkrankung und der Biografie - Ausschaltung ggf. vorhandener Auslöser und verstärkender Bedingungen - Konstante Bezugsperson benennen (möglichst für jede Schicht) - „Sicht- und Hörbarbleiben“ des Pflegepersonal während des ganzen Tages - Tages- und Wochenstrukturierung mit Vereinbarung individueller Ziele und Abläufe - spezifische Betreuungsmaßnahmen (Ergotherapie, Musiktherapie, Bewegungstherapie, Entspannungsverfahren, Selbstsicherheitstraining) - Angehörige über ängstliches Verhalten aufklären und in Maßnahmen einbeziehen - Medikation: Prüfung von Wirkung und Beschreibung möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Bewertung der Angst durch Betroffenen und Bezugspersonen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.3. Antriebsminderung	Nr.3
--	----------------------------------	-------------

Antrieb ist die vom Willen weitgehend unabhängige seelische Kraft, die alle Leistungen hinsichtlich Tempo, Intensität und Ausdauer steuert. Antriebsgeminderte Personen ziehen sich zurück, verbringen viel Zeit im Bett, äußern kaum Interessen, sind nur schwer zu einer Aktivität und /oder Aufgabe zu motivieren, vernachlässigen Körperpflege sowie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

Zielgruppe: Demenz: sitzen teilnahmslos im Sessel, sind schnell überfordert; Depressive Störungen: Antrieb wird als gebremst erlebt, begleitet von schweren Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühles, Klagen über somatische Beschwerden; Schizophrene Psychosen: antriebsarm, Mangel an Energie und Initiative, „lebt in eigener Welt“; Abhängigkeitserkrankungen: bei depressiver Verstimmung, chronischen Intoxikationen

Ziel: Überwindung der Antriebsminderung, Wiedererlangung von Selbständigkeit und Selbstvertrauen

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreibung der Antriebsminderung - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: Antriebsminderung aufgrund körperlicher Erkrankung, Angst → Wahn → depressiver Stimmung → Schlafstörung → und Medikation
Qualifikation der Mitarbeit	Pflegfachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Verstärkung aller, auch kleinster Aktivitäten und Kontaktaufnahmen Bezugsperson benennen Angstfreien Rahmen schaffen, niemand zu Aktivitäten zwingen Spezielle Aufgabenliste in Zusammenarbeit mit Bewohner erstellen, die Zunahme von Aktivitäten und vermehrt anspruchsvollere Aufgaben vorsieht Überforderungen vermeiden - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen (z.B. Ergotherapie, Bewegungstherapie und Musiktherapie) unter Berücksichtigung der Biografie
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Bewertung der Aktivitäten, Erleben von mehr Initiative und Energie durch den Bewohner

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.4. Apraxie und Agnosie	Nr.4
--	------------------------------------	-------------

Apraxie ist die Unfähigkeit, motorische Aktivitäten zielgerichtet auszuüben, trotz Verständnis und intakter Motorik. Agnosie ist das Versagen, Gegenstände wiederzuerkennen oder zu identifizieren trotz intakter sensorischer Funktionen. Diese Formen der neuropsychologischen Störungen treten nach Schädigungen der Großhirnhemisphären auf.

Zielgruppe: Demenz: zusammen mit Sprachstörungen → Gedächtnisstörungen → und Orientierungsstörungen → depressive Störungen: nicht vorhanden; schizophrene Psychosen: nicht vorhanden; Abhängigkeitserkrankungen: Alkoholdemenz, selten auch nach alkoholbedingten Schädel-Hirntraumen oder Hirnblutungen.

Ziel: Minderung der Störungen bzw. ihrer Auswirkungen.

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der neuropsychologischen Störungen und Auswirkung auf Verrichtungen des täglichen Lebens wie Körperpflege - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: häufiges Auftreten in Zusammenhang mit einer Sprachstörung → - Beachte: Funktionsbeeinträchtigungen der Sinnesorgane (Brille, Hörgerät, etc.)
Qualifikation der Mitarbeit	Pflegfachkräfte, in die Pflegeplanung einbezogene Ergotherapeuten und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Ohne Zeitdruck immer nur eine Aufgabe zur Lösung anbieten, dabei Beobachten, Anleiten, Beaufsichtigen - Über die verbale Anleitung hinaus ist gemeinsames Tun der angestrebten Verrichtungen hilfreich - Kommunikation dabei über alle Sinnesmodalitäten fördern - Funktionstraining beeinträchtigter Leistung - Systematisches Training für feine Bewegungen (bei Apraxie) - Schrittweiser Aufbau komplexer Handlungen (Handlung in kurze Abschnitte zerlegen und zunächst einzeln üben) - Zusammensetzung der einzelnen Abschnitte erfolgt ebenfalls schrittweise Ruhigen, angstfreien Rahmen schaffen - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biografie
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Häufigkeit der Durchführung und Grad der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.5. Depressive Stimmung	Nr.5
--	------------------------------------	-------------

Die negativ getönte Befindlichkeit umfaßt ein weites Spektrum von Gefühlen wie Unbehagen, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Interessenverlust, Sorge, Gram, Verzagttheit, Hilflosigkeit bis hin zu entsetzlicher "innerer Qual".

Der Ausdruck ist sehr verschieden: manche weinen, sind "niedergeschlagen, andere sichtbar "bewegt", andere wie im Schmerz und in der Qual "versteinert".

Zielgruppe: Demenz: häufig ratlos, ängstlich, affektlabil, affektinkontinent, depressive Störungen: Grübeln, häufig Verarmungs- oder Schuldideen, Insuffizienzgefühle; schizophrene Psychosen: häufig affektstarr, gereizt, körperlichen Erkrankungen und bei Abhängigkeitserkrankungen: häufig Minderwertigkeits erleben.

Ziel: Abklingen der depressiven Stimmung oder zumindest deutliche Stimmungsaufhellung

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Befindlichkeit (in Korrespondenz zum Verhalten und im Verlauf des Tages) - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt (einschließlich Antidepressiva) - Beachte: mögliche Suizidalität → - Beachte: Agitiertheit! (→ psychomotorische Unruhe)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Positive Erinnerungsinhalte und positive soziale Erfahrungen in Gesprächen wachrufen und durch Handlungen verstärken - Achten auf Kleidung, Frisur etc., Veränderungen lobend erwähnen - Tages- und Wochenstrukturierung durch Vereinbarung individueller Ziele und Abläufe ohne Zeitdruck - Übernehmen von Aufgaben (mit angemessener Steigerung des Aufgabenumfangs) fördern - Den depressiven Menschen in Gruppenaktivitäten einbeziehen (Steigerung von Häufigkeit und Dauer planen) - Regelmäßige Einzelgespräche ermöglichen, Dauer und Zeitpunkt festlegen, dabei realistisch den Tagesablauf der Pflegemitarbeiter berücksichtigen - In Gesprächen auf möglichen Todeswunsch achten - bei V.a. akute Suizidalität umgehend entsprechende Intervention eines Arztes herbeiführen; Sicherstellung der Beaufsichtigung durch examinierte Pflegekraft bis zum Eintreffen des Arztes oder des Krankenwagens - Konstante Bezugsperson benennen (möglichst für jede Schicht) Angehörige über depressives Verhalten aufklären, in Maßnahmen einbeziehen - Medikation: Prüfung von Wirkung, Compliance, Beschreibung der Nebenwirkungen
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich, immer bei Suizidalität!
Zielkontrolle	Bewertung der depressiven Stimmung durch Betroffenen und Bezugspersonen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.6. Einweisung in eine psychiatrische Klinik	Nr.6
--	---	-------------

Stationäre psychiatrische Behandlung ist erforderlich bei psychischen Krankheiten und Symptomen, die zu erheblichen Störungen der Befindlichkeit und des Verhaltens führen. Sie müssen exakt diagnostiziert werden und / oder können mit ambulanten Möglichkeiten nicht ausreichend behandelt werden. Sie ist **immer** notwendig zur Abwendung akuter Selbst- und / oder Fremdgefährdung aufgrund psychischer Krankheit, auch gegen den Willen des Erkrankten (PsychKG, BtG).

Zielgruppe: Demenz: z.B. Angst → psychomotorische Unruhe → Wahn → Schlafstörungen → depressive Störungen: z.B. schwere depressive Verstimmung → psychomotorische Unruhe/Agitiertheit → regressives Verhalten → Suizidalität → schizophrene Psychosen: z.B. Halluzinationen → Wahn → Regressives Verhalten → Antriebsminderung Abhängigkeitserkrankungen: z.B. Substanzmißbrauch mit schweren körperlichen Folgeerscheinungen (Vergiftung, Delir).

Ziel: Heilung oder Linderung der Erkrankung und ihrer Folgen

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben der Befindlichkeit und des Verhaltens - Intervention des behandelnden Facharzt herbeiführen, der die Entscheidung zur Einweisung treffen (verantworten) muß - Beachte: immer schriftliche Pflegeübergabe(z.B. Kopien, Pflegedokumentation) an Krankenhauspflegepersonal - Information der Angehörigen und Mitarbeiter
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegeschwestern und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Wenn erforderlich, ständige Beobachtung des Bewohners bis zur Übergabe an die Krankentransportmitarbeiter sicherstellen - Dokumentation aller wichtigen Informationen und Beobachtungen - Wenn nötig, Bewohner beim Zusammenstellen aller benötigten Utensilien für den Krankenhausaufenthalt unterstützen - Wichtige Hilfsmittel des Bewohners (z.B. Brille, Hörgerät, Prothesen) mit Namen versehen und mitgeben - Begleitung des Bewohners durch Pflegemitarbeiter und Angehörige, wenn möglich
Zeitfaktor	Dauer der Maßnahmen nach Entwicklung der Symptomatik und individuellen Erfordernissen sowie Teamabsprachen
Dokumentation	Symptome, Entwicklung und Gründe für die Einweisung, Name des Krankenhauses, der Station und des aufnehmenden Arztes
Zielkontrolle	Bei Rückübernahme aus dem Krankenhaus: Bewertung des Gesamtbefindens durch Bewohner und Mitarbeiter

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.7. Gedächtnisstörungen	Nr.7
--	------------------------------------	-------------

Störungen der Erinnerungsfähigkeit (Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis), Herabsetzung oder Aufhebung der Fähigkeit, zurückliegende Ereignisse im Gedächtnis zu behalten. Konfabulationen: Gedächtnislücken werden mit Einfällen ausgefüllt, die vom Betroffenen selbst für Erinnerungen gehalten werden

Zielgruppe: Demenz: Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Zeitgitterstörungen; depressive Störungen: Klagen über subjektiv empfundene Gedächtnisstörungen; schizophrene Psychosen: selten Wahnerinnerung; Abhängigkeitserkrankungen: bei Korsakowsyndrom, besonders häufig Konfabulationen

Ziel: Reduktion der Gedächtnisstörung oder zumindest ihrer Auswirkungen

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Störung und ihrer Auswirkungen - Erstellen des Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem Facharzt (einschließlich Nootropika) - Beachte: Störungen der Sinnesorgane (Augen, Ohren) feststellen und beheben lassen - Beachte: Rückzugsverhalten → Weglauftendenz → Orientierungsstörungen → und depressive Stimmung →
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegeschulung und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Biografiegeleitetes Arbeiten - Ruhiger Umgang und eindeutige Anweisungen (kein Zeitdruck, häufiges Erklären, geduldiges Wiederholen) - Klare einfache Anweisungen in kurzen Sätzen - Sichtbare Hinweise (Kalender, Uhr, Foto, Bild, Zettel, "Eselsbrücken") - Tages- und Wochenstrukturierung - Übende Verfahren (Gruppe oder Einzel, z.B. Zeitungsrunde, ROT, Gedächtnistraining) - Interesse wecken, Stärkung der Konzentrationsfähigkeit - Angehörige über Gedächtnisstörungen informieren und in die Maßnahmen einbeziehen - Medikation: Prüfung der Wirkung und Beschreibung möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen; bei übenden Verfahren regelmäßige Termine zu festen Zeiten
Dokumentation	Immer bei Besonderheiten und Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Überprüfung und Bewertung der noch verfügbaren Gedächtnisleistungen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.8. Gestörtes Essverhalten	Nr.8
--	---------------------------------------	-------------

Es ist zu unterscheiden zwischen Nahrungs- und Flüssigkeitsverweigerung und ihren Folgen, sowie unkontrollierter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme

Zielgruppe: Demenz: Vergessen von Essen und Trinken, fehlendes Sättigungsgefühl, unkontrollierte Nahrungsaufnahme, Apraxie → Depressive Störung: Appetitverlust, Verarmungswahn → schizophrene Psychosen: Vergiftungswahn → Abhängigkeitserkrankungen: unkontrollierte Nahrungsaufnahme, Mangelernährung

Ziel: ausreichende und ausgewogene Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, Befriedigung individueller Essenswünsche und -bedürfnisse

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben des gestörten Essverhaltens - Erstellen eines Pflegeplanes in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: körperliche Ursachen, z.B. Schluckstörungen (Aspirationsgefahr!), schlecht sitzende Zahnprothesen, Schmerzen, Unverträglichkeiten - Beachte: orale Aufnahme von ungeeigneten Gegenständen, Werkzeugstörungen → selbstgefährdendes Verhalten →
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte, angeleitete Mitarbeiter und in Pflegeplanung einbezogenes, geschultes Küchenpersonal
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung adäquater äußerer Bedingungen (anregendes Umfeld, nach individuellen Bedürfnissen ausgestatteter Eßplatz, evtl. mit Spezialgeschirr, -besteck etc., bequeme Körperhaltung) - nach individuellen Bedürfnissen ausgewählte und vorbereitete Nahrung und Getränke in angemessener Menge - Erkennen und Berücksichtigen individueller Eßgewohnheiten (Biografie) - Anleitung, Unterstützung der Motivation und Konzentration - Hilfestellungen bei der manuellen Handhabung - Einzel- und Kleingruppenarbeit (z.B. Frühstücksgruppen) - Überwachung der Nahrungsmenge, Flüssigkeitsbilanz - Bei Sondenernährung immer auch Versuche oraler Nahrungsaufnahme - Regelmäßiges Anbieten von Getränken auch zwischen den Mahlzeiten - Information und Einbeziehen der Angehörigen - Medikation: entsprechend der zugrundeliegenden Störung unter Beachtung der Wirkungen und möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderung, mindestens einmal wöchentlich Bilanzierung der Nahrungs- und Flüssigkeitsmenge, Gewichtsveränderung beschreiben
Zielkontrolle	Ernährungszustand, Gewicht, Wohlbefinden

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.9. Halluzinationen / Wahrnehmungsstörungen	Nr.9
--	--	-------------

Wahrnehmungsstörungen treten in Form von Halluzinationen (Wahrnehmungserlebnisse ohne entsprechende gegenständliche Reizquelle) auf den Gebieten des Sehens, Hörens, Riechens, Schmeckens oder Fühlens auf und in Form illusionärer Verknüpfungen (gegenständlich Vorhandenes wird für etwas anderes gehalten)

Zielgruppe: Demenz: Personenverknüpfung, Pflegepersonal wird für Tochter/Sohn gehalten, Situationsverknüpfung, depressive Störungen: sehr selten!
schizophrene Psychosen: Stimmenhören, Abhängigkeitserkrankungen: nur bei Komplikationen, z.B. Delir, vor allem optische Halluzinationen

Ziel: Beseitigung oder zumindest deutliche Minderung der Wahrnehmungsstörung und ihrer Auswirkungen

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung und Differenzierung der Wahrnehmungsstörung (ggf. auch nachfragen) und des daraus resultierenden Verhaltens - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: Angst → psychomotorische Unruhe → Selbstgefährdung → und aggressives Verhalten → - Beachte: Halluzinationen als Begleiterscheinung von somatischer Erkrankung und Medikation
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Äußerungen über Halluzinationen und daraus resultierende Ängste ernstnehmen, nicht durch Argumente oder Beweise widerlegen wollen - Angst reduzieren, Sicherheit vermitteln durch persönlichen Kontakt, „Stress“-Situationen vermeiden und Rückzugsmöglichkeiten schaffen - Ablenkung durch Beschäftigung und Bewegung - Tages- und Wochenstrukturierung - Einzelbetreuung zeitweise erforderlich - Soziale Integration fördern, nicht zu Gruppenaktivitäten zwingen - stützende Einzel- und Gruppengespräche - Angehörige über die Wahrnehmungsstörung informieren und in die Maßnahmen einbeziehen - Medikation (z.B. Neuroleptika): Beobachten der Wirkung und Beschreiben möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Besonderheiten und Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich, explizit bei Problemverhalten
Zielkontrolle	Bewertung der Häufigkeit des Auftretens und der Intensität der Halluzinationen durch den Betroffenen und die Bezugspersonen, Risikoabschätzung von Selbstgefährdung und Fremdgefährdung

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.10. Kotschmierern (Koprophilie) und Kotessen (Koprophagie)	Nr.10
--	--	--------------

Kotschmierern und Kotessen: Verstecken, verschmierern und essen von Ausscheidungen

Zielgruppe: Demenz: aus Scham bei Inkontinenz, Orientierungsstörungen → Agnosie → Kot wird nicht mehr als solcher erkannt (z.B. wenn Geruchs- und Geschmackswahrnehmung gestört sind); depressive Störungen: extrem selten; schizophrene Psychosen: extrem selten; Abhängigkeitserkrankungen: extrem selten

Ziel: Reduzieren des Verhaltens, Schutz der Mitbewohner

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen des Auftretens, Beobachtung und Beschreibung der Ausscheidung - Pflegeplanung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: Körperliche Erkrankungen (Durchfall, Obstipation) und Medikation (Obstipation)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Prophylaxe: <ul style="list-style-type: none"> - Stuhlregulierende Maßnahmen (z.B. Leinsamen, Lactulose) - Bewegungsreize anbieten: Wiegen, Schaukehl - Kontinenztraining, Toilettentraining - Hautstimulation 1 - 2 x täglich (Einreiben, Ausstreichen), ergänzende Geruchs- und Geschmacksimpulse - Hilfeleistung bei Auftreten der Störung: <ul style="list-style-type: none"> - Keine negative Reaktion zeigen (kann zur Verweigerung bei der Körperreinigung führen) - Nach Erkennung nicht sofort handeln, kurz vor die Tür gehen, „frische Luft schnappen“, sich auf die bevorstehende Reinigung von Bewohner und Umfeld einstellen - Bewohner positiv darauf aufmerksam machen, daß eine Reinigung bestimmt angenehm wäre, freundliches Herantreten an Bewohner, keinen Widerstand durch dominantes und hektisches Verhalten provozieren - Information aller Mitarbeiter und der Angehörigen - Tagesstrukturierende Maßnahmen, bevorzugt aus Bereichen der basalen Stimulation - Problematik in Dienstübergaben und in allen Fallbesprechungen ansprechen, gemeinsame Ziele stecken, engmaschige Pflegebeobachtungen (speziell nachts) abstimmen - Leise nächtliche Pflegebeobachtung ca. 1 stdl. bis Zeitpunkt des Einkotens bekannt ist und prophylaktische Maßnahmen ergriffen werden können
Zeitfaktor	Nach Intensität der Maßnahmen
Dokumentation	Immer beim Auftreten
Zielkontrolle	Reduzierung der Häufigkeit

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.11. Orientierungsstörungen	Nr.11
--	--	--------------

Störungen der Orientierung bezüglich Zeit, Ort, Situation und der eigenen Person beruhen auf der mangelnden Fähigkeit, sich selbst oder durchlebte Situationen in objektive und / oder persönliche Bezugssysteme einzuordnen. Sie können in Form von Unsicherheit der Orientierungsleistung, teilweisem oder völligem Ausfall der Orientierungsfähigkeit (Desorientierung) oder in Form wahnhafter Fehlorientierung auftreten.

Zielgruppe: Demenz: Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit; Depressive Störungen: Klagen über subjektiv empfundene Orientierungsstörungen, Schizophrene Psychosen: wahnhafte Fehlorientierung; Abhängigkeitserkrankungen: Bewußtseinsstörungen beim Delir, Gedächtnisstörungen beim Korsakow-Syndrom,

Ziel: Beseitigung oder zumindest deutliche Minderung der Orientierungsstörung und ihrer Auswirkungen.

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung und Differenzierung der Orientierungsstörung - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem Facharzt - Beachte: mögliches selbstgefährdendes Verhalten → und aggressives Verhalten → - Beachte: Angst →, Umtriebigkeit → und Weglauftendenz → - Bei akut auftretenden Orientierungsstörungen immer Arzt einschalten, um körperliche Ursachen und Auslöser auszuschließen (z.B. Exsikkose, Arzneimittelbegleitwirkung, Fieber)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegeschulung und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Orientierungshilfen feststellen und anwenden - Tages- und Wochenstrukturierung, evtl. Tagesbetreuungsgruppe - „Sicht- und Hörbarbleiben“ des Pflegepersonals während des Tages - Ergotherapeutische Übungsmaßnahmen - Realitätsorientierungstraining (ROT) - Gedächtnistraining Unterstützung der Ich-/Selbst-Funktionen durch stützende Einzel- und Gruppengespräche, Selbstsicherheitstraining - Angehörige über die Orientierungsstörung informieren und in die Maßnahmen einbeziehen - Medikation: Beobachtung der Wirkung und möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Besonderheiten und Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Bewertung der Intensität und Art der Orientierungsstörung

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.12. Regressives Verhalten	Nr.12
--	---------------------------------------	--------------

Regressives Verhalten wird hervorgerufen, wenn bislang selbständige Menschen plötzlich hilflos und abhängig von anderen Menschen werden und sie den Eindruck gewinnen und vermitteln, keine Entscheidungsgewalt und keine Kontrollmöglichkeit mehr zu haben.

Zielgruppe: regressives Verhalten ist unabhängig von einer psychiatrischen Diagnose, es wird durch die Gestaltung der Lebenssituation und Pflegesituation entscheidend beeinflusst.

Ziel: Erhaltung oder Verbesserung der Selbständigkeit, Vermeiden des Auftretens regressiven Verhaltens

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegekonzept: Förderung größtmöglicher Eigenständigkeit und Selbstbestimmung - Erkennen und Beschreiben des regressiven Verhaltens - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: depressive Stimmung → Suizidalität → Antriebsminderung → - Beachte: körperliche Erkrankungen, Einschränkungen der Sinnesorgane
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Partnerschaftlicher Umgang aller Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung mit dem Betroffenen vom ersten Kontakt an - Akzeptieren des Verhaltens als aktuell bestmögliche Lösung - Auf persönliche Auswahl der Kleidung hinwirken, auf äußeres Erscheinungsbild (Frisur, Bart) achten - Positive Erinnerungsinhalte und positive soziale Erfahrungen wachrufen und verstärken (Erzählen, Biografie, Besuch, Fotos) - Übertragung von Eigenverantwortung in Kleinstschritten und biografiegeleitet - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biografie - angstfreien Rahmen schaffen, eigene Gestaltung des Wohnraumes ermöglichen, ggf. Haustiere - Einbindung in Gruppenaktivitäten (z.B. Musik-, Ergo-, Bewegungstherapie) Balintarbeit und Supervision
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Übernahme von Eigeninitiative, Bewohnerzufriedenheit, Integration in die Wohngruppe

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.13. Schlafstörung	Nr.13
--	-------------------------------	--------------

Bei Schlafstörungen unterscheidet man Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, frühzeitiges Erwachen und Schlafumkehr, gestörter Tag-/Nachtrhythmus (Tagesmüdigkeit); das Ausmaß der Beeinträchtigung ist sehr vom subjektiven Erleben bestimmt.

Zielgruppe: Demenz: häufig Schlafumkehr; Depressive Störungen: Durchschlafstörung und zu frühes Erwachen; schizophrene Psychosen: häufig Einschlafstörungen; Abhängigkeitserkrankungen: alle Formen möglich

Ziel: Wohlbefinden tagsüber, ausreichender Schlaf nach individuellem Bedürfnis

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben der Schlafstörung (Protokollierung 24-Stunden) - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: körperliche Ursachen (Schmerz, Blutzuckerentgleisung, Medikamentenbegleitwirkung u.a.) - Beachte: unangemessene äußere Bedingungen (unbequemes Bett, schnarchender Mitbewohner, Lichtverhältnisse, Fixierung u.a.)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Schaffung adäquater äußerer Bedingungen (Ruhe, angenehme Temperatur- und Lichtverhältnisse, bequeme Nachtwäsche und Bett, Wahrung der Intimsphäre, vertraute Pflegeperson, ggf. Bettgitter wie gewünscht oder verordnet, unter Berücksichtigung der rechtlichen Voraussetzungen) - Berücksichtigung körperlicher Faktoren (Schmerzen, Hunger, Durst, Atemnot, häufiges Wasserlassen) - Spezielle Maßnahmen wie Ruhenlassen in bequemem Sessel, mitnehmen, in Ausnahmefällen separieren - Schlafvorbereitende Maßnahmen: Vermeidung von Aufregungen vor dem Schlafengehen, individuelle Bestimmung des zeitlichen Ablaufs, entspannende Maßnahmen und Berücksichtigung von Einschlafritualen und Einschlafgewohnheiten (Biografiegeleitet) - Nachtcafé - Gespräche über beunruhigende Faktoren wie Ärger und Sorgen am Vortag, Angst → Wahn → Wahrnehmungsstörungen → - Ausreichende Bewegung und Anregung tagsüber - Medikation: entsprechend der zugrundeliegenden Erkrankung (Bedarfsmedikation nicht zu schnell, aber auch nicht zu spät), Wirkung und mögliche Begleitwirkung beobachten - Kontrollgänge, ggf. mehrfach pro Nacht
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Schlafdauer und Schlafqualität, durchgeführte Maßnahmen und deren Wirkung, Veränderungen
Zielkontrolle	Grad der Erholung am nächsten Tag, Bewertung der Schlafqualität durch Betroffenen und Bezugspersonen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.14. Selbstgefährdendes Verhalten	Nr.14
--	--	--------------

Selbstgefährdendes Verhalten kann bei allen psychischen Erkrankungen im Alter vorkommen. Zufällige oder gezielt ausgelöste Handlungen führen zu Selbstschädigungen (sich fallen lassen) bis hin zum Tod.

Zielgruppe: Demenz: Auftreten mit Orientierungs-, Gedächtnisstörungen und mangelnder Fähigkeit, die Handlungsimpulse im „Hier und Jetzt“ angemessen zu steuern, z.B. Weglauftendenz → depressive Störungen: akute Suicidimpulse und Suicidalität → schizophrene Psychosen: akutes Wahnerleben → „beauftragt durch Halluzinationen“ → Abhängigkeitserkrankungen: versteckte, wahllose Einnahme von Alkohol und Medikamenten

Ziel: Vermeidung oder Reduktion des selbstschädigenden Verhaltens

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben des selbstgefährdenden Verhaltens - Beachte: Nahrungs- und Medikamentenablehnung - Beachte: Stürze im Rahmen körperlicher Erkrankungen, z.B. Parkinsonsyndrom, Drop attack u.a. - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Überprüfung der rechtlichen Voraussetzungen (Unterbringung, Betreuung)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Information aller Mitarbeiter und Angehörigen - Beaufsichtigung / Kontrolle durch examiniertes Pflegepersonal (mit Zeitplan, engmaschig in akuten Phasen, ggf. Klinikeinweisung) - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen - „Sicht- und Hörbarbleiben“ des Pflegepersonals während des ganzen Tages - Mit geeigneten Aktivitäten und Gesprächen Handlungsimpulse in sinnvolle Bahnen lenken - Einbindung in Gruppenaktivitäten - Medikation: entsprechend der zugrundeliegenden Störung unter Beachtung der Wirkung und möglicher Begleitwirkungen - Fixierung: nur wenn unbedingt notwendig, in Absprache mit Betreuer und Facharzt unter Beachtung der rechtlichen Vorschriften
Zeitfaktor	Häufigkeit und Dauer der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen, Pflegeplanung und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, besonders bei Problemverhalten, bei Notwendigkeit der Fixierung täglich, sonst mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Reduktion des selbstgefährdenden Verhaltens, größtmöglichen Bewegungsraum sichern, Überprüfung der Bewohnerzufriedenheit

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.15. Sprachstörung (Aphasie)	Nr.15
--	---	--------------

Aphasien sind Störungen der Sprachfähigkeit und erstrecken sich auf Sprachausdruck und Sprachverständnis, auf Lesen und Schreiben. Sie sind klar abzugrenzen von den Störungen der Sprechmotorik (Dysarthrien) und von formalen Denkstörungen (Denkhemmung bei depressiven Störungen).

Zielgruppe: Demenz: Wortfindungsstörungen, Verwendung von Oberbegriffen, Floskeln, in Endstadien nur noch wenige Wörter verfügbar, Aneinanderreihung sinnloser Silben; Depressive Störungen: nicht vorhanden; Schizophrene Psychosen: nicht vorhanden, Abhängigkeitserkrankungen: bei Alkoholdemenz siehe Demenz

Ziel: Erhaltung und Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung auffälligen Sprachverhaltens - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: „verwaschenes“ Sprechen, „schwere Zunge“(Dysarthrien) bei Intoxikation - Beachte: akut auftretende Sprachstörungen! Hinweis auf schwere zerebrale Erkrankung, umgehend ärztliche Intervention - Beachte: Sprachstörungen nach Schlaganfall sind immer logopädisch zu behandeln
Qualifikation der Mitarbeit	Pflegefachkräfte, insbesondere auch Logopäden und angeleitetes Personal
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Angstfreien Rahmen schaffen, ruhig und mit Zeit zuhören Bezugsperson benennen Gesprächspartner sollten in klarem, bestimmtem Ton sprechen und einfache, kurze Sätze formulieren - Gespräche sollten immer nur einen Inhalt haben Kommunikation über alle Sinne fördern (Blickkontakt, Mimik, Gestik) - Bei Bedarf sollten die Informationen wiederholt werden, wenn nötig, auch mehrmals Ggf. spezielles Kommunikationsbuch in Zusammenarbeit mit Bewohner erstellen, in dem wichtige Gegenstände abgebildet - Über die verbale Ansprache hinaus ist gemeinsames Tun der angestrebten Verrichtungen hilfreich - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen unter Berücksichtigung der Biografie
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Häufigkeit der Kommunikation und selbständige verbale Äußerungen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.16. Suchtverhalten	Nr.16
--	--------------------------------	--------------

Unter Suchtverhalten versteht man das krankhafte, unwiderstehliche Verlangen nach Suchtmitteln und / oder den unkontrollierten Umgang mit Alkohol, Medikamenten, Nikotin oder Drogen.

Zielgruppe: Demenz: eher selten; depressive Störungen: im Rahmen von Schlafstörungen, langjähriger Mißbrauch von Beruhigungsmitteln und Abführmitteln; schizophrene Psychosen: Alkohol im Rahmen der „Selbstbehandlung“; Abhängigkeitserkrankungen: siehe Definition

Ziel: Verminderung des Suchtmittelkonsums, wenn möglich Abstinenz

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen von süchtigen Strukturen und Suchtverhalten (Sammeln oder Horten von leeren Flaschen, Medikamentenschachteln usw.) - Erstellung eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt (Entgiftungs- und Entzugsbehandlung) - Beachte: Intoxikation und Entzugserscheinungen, - Beachte: körperliche (Polyneuropathie, Ataxie) seelische (Stimmungsschwankungen, Depravation) und soziale Folgeschäden (soziale Desintegration)
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Klare Absprachen (bevorzugt auch schriftlich) über Selbstkontrolle und Fremdkontrollmöglichkeit (Kontrolle der Wohnräume) - Konkretes Ansprechen süchtiger Verhaltensweisen einschl. Täuschungsversuche - Information und Einbeziehen der Angehörigen und aller Mitarbeiter - Teilnahme an Selbsthilfegruppen unterstützen - Beachtung der Persönlichkeitsrechte des Betroffenen, Grenzen: Persönlichkeitsrechte der Mitbewohner und Mitarbeiter - Bei ständigen Regelverletzungen Konsequenzen besprechen, ggf. stationäre Einweisung, geschlossene Unterbringung unter Beachtung der rechtlichen Voraussetzungen, Kündigung des Heimvertrages
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderung, mindestens einmal wöchentlich, besonders getroffene Absprachen und deren Einhaltung
Zielkontrolle	Abstinentes Verhalten, Bewertung durch Betroffenen und Bezugspersonen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.17. Suizidalität (Selbsttötung)	Nr.17
--	---	--------------

Suizidalität ist das Potential aller auf Selbstvernichtung gerichteten seelischen Kräfte. Es kann sich äußern in Todeswünschen, Selbstmordabsichten bis hin zu konkreten Selbstmordhandlungen.

Zielgruppe: Demenz: in Anfangsstadien, wenn Bewohner seine Defizite erkennt und darunter leidet, depressive Stimmung ->; depressive Störungen: häufig(!), alle Ausprägungsgrade; schizophrene Psychosen: häufig(!), bei Wahn → Halluzinationen → und Angst → Abhängigkeitserkrankungen: bei depressiver Stimmungslage →

Ziel: Beseitigung der Suizidalität

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben suizidalen Verhaltens (akut, subakut, chronisch) - Beachte: bei akuter Suizidalität Sicherstellung einer Beaufsichtigung durch examiniertes Pflegepersonal bis zur Intervention des behandelnden Arztes oder Einweisung in psychiatrische Fachklinik - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Information aller Mitarbeiter und Angehörigen - Vertrauensvolle Beziehung aufbauen (für jede Schicht Bezugsperson benennen) - Vertragsfähigkeit überprüfen (kann Bewohner alle gegebenen Zusagen einhalten) - Detaillierte tagesstrukturierende Maßnahmen mit häufigen Kontakten zu Bezugspersonen - Regelmäßig Einzelgespräche ermöglichen, Dauer und Zeitpunkt festlegen, dabei realistisch den Tagesablauf der Pflegemitarbeiter berücksichtigen - Medikation: Entsprechend der zugrundeliegenden Erkrankung; Prüfung von Compliance, Wirkung und Beschreibung möglicher Begleitwirkungen
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderung, mindestens einmal pro Schicht
Zielkontrolle	Bewertung der Suizidgefährdung durch Betroffenen und Bezugspersonen

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.18. Umtriebigkeit (Psychomotorische Unruhe)	Nr.18
--	---	--------------

Zielloser, unstillbarer Bewegungsdrang, der vom Betroffenen unkontrolliert und / oder ungesteuert ist, oft verbunden mit gesteigertem Sprechtrieb, verminderter sozialer Kontaktfähigkeit und fehlender Erschöpfung.

Zielgruppe: Demenz: Auftreten mit Orientierungsstörungen → und Gedächtnisstörungen → oft auch Weglauftendenz → und mangelnder Fähigkeit, Handlungsimpulse im „Hier und Jetzt“ angemessen zu steuern; Depressive Störung: Agitiertheit „kann mit lautem Jammern verbunden sein“; Schizophrene Psychosen: bei Wahnerleben → Halluzinationen → Angst → Abhängigkeitserkrankungen: delirante Episoden

Ziel: Reduktion der Umtriebigkeit, wenn möglich Lenkung in alternative motorische Aktivitäten. Vermeidung von selbstgefährdendem und fremdgefährdendem Handeln.

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und Beschreiben der Umtriebigkeit - Einschätzen möglicher Selbstgefährdung → und aggressives Verhalten → - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: durch Erkrankungen (z.B. Hyperthyreose, Dämmerzustand) oder durch Medikamente hervorgerufene Unruhe
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Vertraute Atmosphäre schaffen; für sicheres und ruhiges Umfeld sorgen - Zusätzliche Bezugspersonen auswählen und benennen - Verstärkende Bedingungen (z.B. Schmerzen, Angst) herausfinden und möglichst beseitigen - Mit Gesprächen und geeigneten Aktivitäten lenken und Alternativen anbieten, aber nicht erzwingen - Bewegung ermöglichen oder anbieten (z.B. Gymnastik, Spaziergänge) - Einbinden in Gruppenaktivitäten - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen - Auf ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr achten
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, besonders bei Problemverhalten, mindestens einmal wöchentlich
Zielkontrolle	Reduktion der Umtriebigkeit, Überprüfung der Bewohnerzufriedenheit

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.19. Wahn	Nr.19
--	----------------------	--------------

Wahn sind krankhaft entstandene Fehlbeurteilungen der Realität, die mit erfahrungsunabhängiger Gewißheit auftreten und an denen mit subjektiver Gewißheit festgehalten wird, auch wenn sie im Widerspruch zur Wirklichkeit und zur Erfahrung der gesunden Menschen sowie zu ihrem „kollektiven Meinen und Glauben“ stehen.

Zielgruppe: Demenz: Überzeugung bestohlen zu werden; depressive Störungen: Schuld- und Verarmungsinhalte; schizophrene Psychosen: Verfolgung, Beeinträchtigung; Abhängigkeitserkrankungen: Eifersuchtswahn

Ziel: Reduktion des akuten Wahnerlebens, Distanzierung vom Wahn, Vermeidung von selbst- und fremdgefährdendem Handeln,

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Beschreibung der Wahninhalte und möglicher Handlungskonsequenzen, die sich daraus für den Bewohner ergeben - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: akuter Wahn erfordert fast immer Medikation, chronischer Wahn eher Umgang mit der Symptomatik - Beachte: immer mögliche Selbstgefährdung → aggressives Verhalten → und Angst →
Qualifikation der Mitarbeiter	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Ernstnehmen wahnhafter Vorstellungen und Überzeugungen sowie der daraus resultierenden Ängste - Äußerungen von Wahnhaltungen nicht durch Argumente oder Beweise widerlegen wollen - Angst reduzieren: Sicherheit vermitteln durch persönlichen Kontakt, für ruhige Umgebung sorgen, Rückzugsmöglichkeiten schaffen - Ablenkung durch Einbeziehen in Aktivitäten des täglichen Lebens - Soziale Kontakte fördern, nicht zu Gruppenangeboten zwingen, Angehörige über Wahnsymptome aufklären und in Maßnahmen einbeziehen - Medikation (z.B. Neuroleptika): Prüfung von Wirkung, Compliance und Beschreibung von möglichen Begleitwirkungen - Beachte: keine verdeckte Gabe (nicht ins Essen / Trinken mischen!!)
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, mindestens einmal wöchentlich, explizit bei Problemverhalten
Zielkontrolle	Bewertung der Intensität und Dauer des Wahnerlebens, Risikoabschätzung von Selbstgefährdung und Fremdgefährdung

Gerontopsychiatrischer Pflegestandard	10.1.20. Weglauftendenzen	Nr.20
--	----------------------------------	--------------

Bewohner verläßt seinen Lebensraum (Wohngruppe, Pflegeheim) zufällig oder gezielt, ohne Absprache mit den Pflegemitarbeitern.

Zielgruppe: Demenz: Auftreten in Verbindung mit Orientierungsstörungen → Gedächtnisstörungen → und mangelnder Fähigkeit, seine Handlungsimpulse im „Hier und Jetzt“ angemessen zu steuern; depressive Störung: akute Suizidimpulse, Suizidalität → schizophrene Psychosen: z.B. bei akutem Wahnerleben → „beauftragt durch“ Halluzinationen → Abhängigkeitserkrankungen: Beschaffung von Suchtmitteln im Rahmen von Suchtverhalten →

Ziel: Reduktion der Weglauftendenz, Lenkung in alternative motorische Aktivitäten, Vermeidung von selbst- und fremdgefährdendem Handeln

Ablauf der Leistung	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen der Weglauftendenz aufgrund von Äußerungen und Verhaltensbeobachtung - Erstellen eines Pflegeplanes und Auswahl der Arbeitsmittel in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Facharzt - Beachte: mögliche Selbstgefährdung → Fremdgefährdung, Umtriebigkeit / psychomotorische Unruhe → und aggressives Verhalten → - Beachte: rechtliche Voraussetzungen
Qualifikation der Mitarb.	Pflegefachkräfte und angeleitete Mitarbeiter
Arbeitsmittel	<ul style="list-style-type: none"> - Information aller Mitarbeiter (Eingangsbereich!, Hausmeister!), Angehörigen und ggf. Nachbarschaft - Bezugsperson für jede Schicht auswählen und benennen - Vertraute Atmosphäre schaffen (Biografie, Möblierung) - „Sicht- und Hörbarbleiben“ des Pflegepersonals während des Tages - Beaufsichtigung/Kontrolle (mit Zeitplan, engmaschig in akuten Phasen) - Tages- und wochenstrukturierende Maßnahmen, - Mit Gesprächen und geeigneten Aktivitäten (z.B. biografiebezogen) vom akuten Weglaufimpuls bringen - Einbinden in Gruppenaktivitäten Adresse in Kleidungsstücken, Handtasche etc. anbringen - Prüfung des Bewohnerverhaltens im Straßenverkehr - Aktuelles Foto in der Dokumentation (unter Beachtung der rechtlichen Gegebenheiten)
Zeitfaktor	Intensität der Maßnahmen nach individuellen Erfordernissen, Pflegeplanung und Teamabsprachen
Dokumentation	Immer bei Veränderungen, insbesondere bei selbst- und fremdgefährdendem Verhalten, mindestens einmal pro Schicht
Zielkontrolle	Reduktion der Weglaufimpulse, größtmöglichen Bewegungsraum sichern, Überprüfung der Bewohnerzufriedenheit

10.2. Biographiebogen

Verantwortliche Pflegekraft: _____

Name: _____ Vorname: _____

Ruf- oder Geb.-
Kosenamen: _____ datum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort Konfession:
: _____

Heirat
(wann/wo): _____

Heirat
(wann/wo): _____

1. Ehepartner: _____

2.
Ehepartner: _____

Beruf des Partners: _____

Beruf des Partners: _____

Mußte sie/er den Partner
pflegen? _____

Wann wurde sie/er
Witwe(r)? _____

Gab es
Trennung/Scheidung? _____

Kinder: 1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Beruf des
Vaters: _____

Beruf/Aufgabe der
Mutter: _____

Ältere Geschwister: _____

Jüngere Geschister: _____

Erziehung (allgemein, religiös, politisch...): _____

Freunde: _____

Soziales Umfeld:

Gelebt in Dorf Kleinstadt Großstadt -
Name(n): _____

Vereinszugehörigkeit/Ehrenamt:
t: _____

Religionsausübung: _____

Konnte sie/er in einer altersangemessenen Wohnung leben? _____

Konnte sie/er in einem Gefühl der Sicherheit leben? _____

Gewohnter Tagesablauf: _____

Pflege von
Haustieren:

Wovor hatte er/sie
Angst:

10.3. Literaturverzeichnis

ⁱ IGSF (1999). Entwicklung der Zahl von Demenzpatienten in Deutschland bis zum Jahr 2030. Kiel.

ⁱⁱ Nach: D.Müller. Konzept zur Betreuung demenzkranker Menschen. KDA 1999. S.8-10

ⁱⁱⁱ Nach: D.Müller, s.o. S.10ff

^{iv} Wojnar, Jan. „Medikamentöse Behandlung von Verhaltensstörungen“. In: Dürrmann, Peter (Hrsg.). „Besondere stationäre Dementenbetreuung“. Vincent-Verlag, Hannover, 2001, S. 42-54.

^v in Anlehnung: Reisberg, Barry. „Hirnleistungsstörungen, Alzheimersche Krankheit und Demenz“. Hogrefe Verlag. 1987

^{vi} u.a. in: Rogers, Carl R. „Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit“. Clett-Cotta, Stuttgart, 1980.

^{vii} Feil, Naomi und Klerk-Rubin, Vicki de. „Validation – ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen“. Altern und Kultur, Wien, 1992.