



## Demenzkonzept

1. Einleitung
2. Krankheitsbild
3. Früherkennung kognitiver Störungen/ Diagnostik
4. Medikamentöse Therapie
5. Therapeutisch-pflegerische Behandlungskonzepte
  - 5.1. Biographiearbeit
  - 5.2. Motorisches Training
    - 5.2.1. Apraxie und Antriebsstörung
    - 5.2.2. Motorische Hyperaktivität und Agitation
    - 5.2.3. Sturzprophylaxe
  - 5.3. Hirnleistungstraining
  - 5.4. Sozialtraining/Teilhabe
  - 5.5. Kontinenzerhalt
6. Ernährungsstörungen
  - 6.1 Altersgerechte physiologische Veränderungen
  - 6.2 Kaubeschwerden und Schluckstörungen
  - 6.3 Medikamentöse Wirkungen
  - 6.4 Kognitive und psychische Einschränkungen
  - 6.5 Sozioökonomische und soziale Aspekte
  - 6.6 Instrumentation einer PEG
7. Personelle Ressourcen
  - 7.1. Personalbedarfsberechnungen
  - 7.2. Personalarchitektur
  - 7.3. Schulungsansätze
    - 7.3.1. Beratungsgespräch
    - 7.3.2. Validation
    - 7.3.3. Gerontopsychiatrie
    - 7.3.4. Einbindung ehrenamtlicher Mitarbeiter
8. Strukturelle Rahmenbedingungen
  - 8.1. Farbkonzepte
  - 8.2. Lichtkonzepte
  - 8.3. Bodengestaltung
  - 8.4. Milieugerechte Umgebungsgestaltung
  - 8.5. Rooming In
  - 8.6. Beschützte Bereiche
9. Hilfsmittelausstattung
10. Organisation
  - 10.1. Angehörigensprechstunden
  - 10.2. Interdisziplinäre Fallbesprechungen
  - 10.3. Entlassplanung
  - 10.4. Netzwerkstrukturen

Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Revision
Ingrid Beese	U. Dömckes/M. Held	A. Bergsträßer	Lfd. Nr. 01	Lfd. Nr.
Datum: 03.02.2016	Datum: 03.02.2016	Datum: 25.02.2016	Datum:	Datum:

## 1. Einleitung

Die Demenz: Eine Erkrankung, die viele Menschen mit zunehmendem Alter betrifft, wie aktuelle Studien eindrucksvoll belegen. Eine Erkrankung, die mit dem sukzessiven Verlust kognitiver Fähigkeiten, aber auch mit der Abnahme sozialer und emotionaler Leistungen einhergeht, die zwangsläufig zu Beeinträchtigungen im beruflichen und gesellschaftlichen Umfeld führt.

Damit ist die Demenz auch ein Thema, das viele Menschen, gleich welchen Alters erschreckt und ängstigt - leben wir doch in einem stark leistungsorientierten Kulturkreis, der die "Krankheit der Glückseligen", im Gegensatz zu anderen Ethnien, als massiven Störfall erlebt.

Diese vielfältigen Ängste haben wir als Modellkrankenhaus Rockenhausen im Projekt "Demenzkompetenz im Krankenhaus" im Rahmen der ersten Projektphase des Screenings deutlich spüren können - Ängste vor Entlarvung, Ängste vor einer möglichen Diagnose, Ängste vor Stigmatisierung und Ausgrenzung, die uns nur zu gut nachvollziehbar erscheinen.

Diese möglichen Ängste, gerade im ländlichen, sozial eng vernetzten Einzugsgebiet voraussehend, haben wir uns im Vorwege über einen möglichst niedrighschwelligem Umgang mit diesen Menschen geeinigt. Unser Anliegen ist daher, diese Menschen weitestgehend und so lange wie möglich in gewohnten, bekannten Netzwerkstrukturen, seien sie familiärer oder institutioneller Struktur, weiterhin zu versorgen.

Daneben wollen wir unsere Angebote für die dementiell erkrankten Menschen weiter strukturieren und erweitern; die folgende Konzeption ist daher erklärtes Vorhaben und Agenda zugleich.

## 2. Krankheitsbild

Die Demenz ist nach ICD 10 ein Syndrom mit vielfältigen Störungen der kognitiven Leistungsfähigkeit; ursächlich ist eine Erkrankung des Hirnes selbst. Das Leitsymptom ist die Gedächtnisstörung, aber auch das Denken an sich, die Orientierung, die Auffassungsgabe, kalkulatorische Fähigkeiten, Sprache und Urteilsvermögen sind stark beeinträchtigt. Aus diesen Defiziten resultieren Verluste der emotionalen und sozialen Kompetenzen.

Die häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer – Krankheit als neurodegenerative Erkrankung mit ca. 60 %, an zweiter Stelle stehen mit ca. 20 % die vaskulären Demenzen, die infolge von multiplen Insulten, Mikroangiopathien etc. entstehen. Weiterhin differenziert man die sogenannten sekundären Demenzen, die mit anderen Grunderkrankungen wie M.Parkinson, Epilepsie, Hypothyreose etc. einhergehen.

Haupttrisikofaktor für die Erkrankung an einer Demenz ist das Alter an sich, aber auch Depressionen, Hypertonie und Stoffwechselerkrankungen werden in Zusammenhang mit der Erkrankung an einer Demenz gesehen.

### **3. Früherkennung kognitiver Störungen/ Diagnostik**

Grundsätzlich dient die Früherkennung der Heilung respektive der Abwendung weiterer Schäden durch eine Erkrankung. Eine Heilung einer Demenz durch Medikamente ist gegenwärtig unmöglich, allerdings bergen die nicht-medikamentösen Therapien Chancen für einen verzögerten Verlauf der Erkrankungen. Trotzdem steht die Frage im Raum, ob unter diesen Voraussetzungen eine Früherkennung überhaupt sinnvoll ist oder ob sie nicht zusätzlich zu einer Stigmatisierung der Betroffenen und zu einer abwendbaren seelischen Belastung führt.

Hier wird die Ansicht vertreten, dass die Gründe für eine Früherkennung überwiegen: zum einen können die Erkrankten zum aktuellen Zeitpunkt noch selbstbestimmt und eigenständig wesentliche Bereiche ihres Lebens durch Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten u.a.m. festlegen.

Zum anderen bestehen realistische Aussichten lang aufgeschobene Lebensträume zu verwirklichen, bisherige Werte und Normen zu überdenken und sich Zeit für individuell wertvolle Dinge zu nehmen. Darüber hinaus ist es wichtig zu versuchen, die noch vorhandene Leistungskraft des Gehirns möglichst lange zu erhalten. Letztlich sollte die Inanspruchnahme einer spezifischen Diagnostik immer nach ausführlicher Beratung und Bedenkzeit auf ausdrücklichen Wunsch des Betroffenen erfolgen.

Besteht der Verdacht auf eine dementielle Erkrankung, halten Gedächtnisstörungen über mehrere Monate an, so sind neben einer ausführlichen Anamnese, körperlichen Untersuchung und Labordaten die bildgebenden Verfahren wie CCT, MRT und PET von zentraler Bedeutung. Daneben gehören neuropsychologische Testverfahren zum Standard; zusätzlich können Liquoruntersuchungen oder EEG zur differentialdiagnostischen Abklärung herangezogen werden.

### **4. Medikamentöse Therapie**

Die Polypharmazie zeitigt nachgewiesenermaßen viele erhöhte Risiken:

so nimmt die Compliance der Patienten ab, unerwünschte Nebenwirkungen kumulieren, negative synergistische Effekte zwischen den Präparaten und Medikationsfehler nehmen zu, die Hospitalisationsraten wie auch die verbundenen Kosten steigen.

Grundsätzlich wird versucht, die Medikation auf das notwendige Minimum zu beschränken um die verbundenen Gefahren zu minimieren. Sollte jedoch eine medikamentöse Behandlung unumgänglich oder förderlich für den Betroffenen sein, so entspricht diese Behandlung den S3 Leitlinien (siehe Anhang).

### **5. Therapeutisch - pflegerische Behandlungskonzepte**

Diese nicht-medikamentösen Behandlungsansätze dienen der Zustandserhaltung und/ oder der Verbesserung der jeweiligen Fähigkeiten des Betroffenen und komplettieren so gegebenenfalls die medikamentöse Therapie. Die wesentlichen Aspekte der therapeutisch - pflegerischen Behandlungsansätze zielen auf die Motorik, die Alltagskompetenz, die Kognition und die sozialen Fähigkeiten. All diese Aspekte sind eng miteinander verknüpft, gleichwohl kommt der Motorik eine besondere Rolle zu. So beeinflusst die Motorik die Kognition, beide sind grundlegend für die Alltagskompetenz, die wiederum mit Motorik und Kognition die Grundlage der Fähigkeit zur sozialen Interaktion bildet.

Grundsätzlich müssen diese Trainingseinheiten an die individuellen Fertigkeiten der

Betroffenen angepasst werden - eine Überforderung käme einer Konfrontation mit den eigenen, nicht zu überwindenden Defiziten gleich und würde sich negativ auf den Behandlungsverlauf auswirken.

## **5.1. Biographiearbeit**

Die biographische Anamnese ist grundlegend für alle Behandlungsplanungen, beschreibt sie doch die Alltagssituation, in der sich ein Betroffener gedanklich oder aktuell tatsächlich befindet.

Hierzu gehören Informationen über Alltagsroutinen und Rituale (mit sich und anderen), deren Weiterführung den betroffenen Menschen Sicherheit vermitteln kann, wie auch Kenntnisse über die häusliche und soziale Umgebung, die in weitere Behandlungskonzepte und letztlich auch die Entlassplanung eingehen.

Durch die Erhebung solcher biographischer Daten können (vermeintlich) defizitäre Verhaltensweisen wie z.B. Weglauftendenzen, Schlafstörungen und dergl. mehr erklärbar nachvollzogen und in konstruktive, das subjektiv empfundene Leiden mindernde Handlungen überführt werden.

Ziel ist hier die Schaffung einer Wissensbasis, um größtmögliche Selbständigkeit der Betroffenen zu erlangen, zu erhalten, so wie die Rückgewinnung verloren gegangener Kompetenzen.

Die biographische Anamnese mit den die Alltagsroutinen betreffenden Kernaussagen wird regulär vom Pflegedienst, zunächst mit dem Betroffenen selbst, aber auch mit den Angehörigen erhoben.

## **5.2. Motorisches Training**

Motorische Störungen wie Apraxien, psychomotorische Unruhe und agitiertes Verhalten/ Aggressionen sind häufige Symptome der Demenz, die kaum medikamentös zu beeinflussen sind oder nur verhalten mit Arzneien behandelt werden sollten.

Nicht zuletzt aus diesem Grund ist das motorische Training zentrales Element der nicht-medikamentösen Behandlungsansätze. Selbst das reine Bewegungstraining beeinflusst die Bereiche Neuromotorik, Sensomotorik, Psychomotorik und Soziomotorik positiv.

### **5.2.1. Apraxien und Antriebsminderung**

Apraxien sind sicherlich überwiegend mit kognitiven Leistungsstörungen vergesellschaftet: Beispielsweise kann hier der Gebrauch eines Essbestecks benannt werden, den Betroffene nicht mehr nachvollziehen können, da die Bedeutung der Gegenstände "Gabel", "Messer" nicht mehr präsent sind.

Ebenso sind Antriebsminderungen teils bis zur vollständigen Apathie zu beobachten.

Intuitiv nachvollziehbar ist bei der Apraxie wie auch der Apathie der Verlust der feinmotorischen Fähigkeiten, die durch individuell angepasste, biographisch orientierte Ergotherapie nachhaltig beeinflusst werden können.

Auch physiotherapeutische Ansätze, als Reiz- und Regulationskonzepte verstanden, zeigen positive Effekte.

### **5.2.2. Psychomotorische Unruhe und Agitation**

Psychomotorische Hyperaktivitäten, Agitationen und aggressives Verhalten äußern sich in motorischen Schablonen wie iterativen Handlungsabläufen, Schreien, Rufen und tätlicher Gewalt gegen Andere. Diese Symptome sind für alle am Pflegeprozess Beteiligten aus dem familiären und professionellen Umkreis extrem belastend.

Grundsätzlich maßgeblich für die Entscheidung im Spannungsfeld `Medikation - nichtmedikamentöse Therapie` ist der persönliche Leidensdruck und die Selbstgefährdung/ Fremdgefährdung der Betroffenen/ durch die Betroffenen.

In jedem Falle erscheint es sinnvoll, motorische Hyperaktivität durch gezielte Physio- und Ergotherapie wie motorisch aktivierende Pflegeinterventionen zu kanalisieren.

### **5.2.3. Sturzprophylaxe**

Die Sturzprophylaxe ist bei dementiell Erkrankten eine der wesentlichen Prophylaxen: häufig zu beobachten ist ein kleinschrittiger, schlurfender Gang, bei gleichzeitigen mangelnden Haltereflexen. Dazu kommen muskuläre Schwäche, Störungen des Gleichgewichts und der Fähigkeit zu Mehrfachhandlungen (Dual Task Handlungen), wie z.B. des Sprechens während des Gehens.

Ebenfalls muss als Risiko das abnehmende/ abhanden gekommene Wissen über korrektes Schuhwerk gewertet werden - nicht wenige Betroffene besitzen kein ihrem Zustand angemessen sicheres Schuhwerk und/oder können sich die Schuhe selbst korrekt anziehen (siehe Apraxie).

Der Schwerpunkt der physiotherapeutischen Ansätze liegt im Krafttraining, in Balance- und Funktionsübungen und im Dual Task Training. Daneben stehen Hilfsmittel wie Hüftprotektoren u.a.m. zur Verfügung. Grundsätzlich kommt der derzeit aktuelle Expertenstandard DNQP zur Anwendung.

### **5.3. Hirnleistungstraining**

Die kognitiven Störungen, die dementiell Erkrankte zeigen, äußern sich nicht nur in Vergesslichkeit; vielmehr sind auch das Denkvermögen als solches, das Lernen, die Fähigkeit zur Vorstellung und nicht zuletzt die Handlungsplanung und das Sprachvermögen mehr oder minder stark betroffen.

All diese Fähigkeiten braucht der Mensch um sich in der Welt zu orientieren und sich anzupassen.

In der Praxis haben sich die sogenannten 10 Minuten Aktivierungen bewährt, da sie weder zeit- noch personalintensiv sind. Ziel dieser Maßnahmen ist die Aktivierung des Langzeitgedächtnisses; zudem wird das Selbstbewusstsein der Betroffenen gestärkt, da hier vertraute Dinge thematisiert werden.

Daneben sind auch Denkspiele unterschiedlicher Schwierigkeitsstufen, wie z.B. generationengerecht gestaltete Memoryspiele einsetzbar. Selbstverständlich gehören auch Gespräche, deren Inhalte die Kompetenzen der Betroffenen widerspiegeln, ohne die Menschen zu über – oder unterfordern, zum Repertoire des Hirnleistungstraining.

Alle Komponenten fördern auf diese Weise die Teilnahme am sozialen Leben.

## **5.4. Soziale Teilhabe**

Teilhabe im weitesten Sinne bedeutet das „Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (vgl. Def. WHO, 2011); die teilhabeorientierte Pflege konkretisiert sich an den alltäglichen, verbindenden Elementen zwischen dementiell Erkrankten und Gesunden.

Auch Demenzerkrankte haben ein grundsätzliches Potential und das Bedürfnis soziale Kontakte zu knüpfen, Gemeinschaft zu erleben, persönlich bedeutsame Tätigkeiten zu verrichten und Erinnerungen zu pflegen; dies neben dem Bedürfnis und Recht auf Autonomie und Respekt.

Dabei sind alle gemeinschaftlichen Aktivitäten, die den Betroffenen vermitteln, dass sie verstanden werden, sich gebraucht und kompetent fühlen können, sinnvoll.

Neben individuellen Gesprächs- und Beschäftigungsangeboten finden regelmäßig gemeinschaftliche Aktivitäten statt, wie das wöchentliche Erzählcafé, die seelsorgerisch-spirituellen Gesprächskreise, gemeinschaftliches Singen und nicht zuletzt die gemeinschaftlichen Mahlzeitenangebote.

## **5.5. Kontinenzserhalt**

Wesentlicher somatischer Aspekt zur Sicherung der Teilhabe, gerade im öffentlichen Raum, ist der Erhalt der Kontinenz, um die Patienten vor Isolation, Scham und dem Verlust der Würde zu bewahren. Pflegerisch sind Methoden wie Toiletten/ Beckenbodentraining, die Regulierung der Trinkmengen und der Einsatz von Hilfsmittel (es gilt der Expertenstandard) unabdingbar.

Gleiches gilt für die einfache Erreichbarkeit und eindeutige Kennzeichnung der WCs.

## **6. Ernährungsstörungen**

Mangelernährung ist ein zentrales Thema der Altersmedizin, häufig sind alte Menschen chronisch fehl- und mangelernährt und leiden nicht selten an einer Exsikkose. Die Ursachen hierfür sind vielfältig.

### **6.1. altersgerechte physiologische Veränderungen**

Durch den funktionellen Verlust von Geschmacksknospen verändert sich auch die Geschmackswahrnehmung und kann so, neben dem abnehmendem Hunger und Durstgefühl zusätzlich zur Inappetenz führen.

Häufig werden süße Speisen und Getränke bevorzugt, da hier die höchste gustatorische Intensität gegeben ist. Grundsätzlich sollte sich der Speiseplan an biografischen und aktuellen Vorlieben orientieren, ohne eine einseitige Ernährung zu bewirken. Obligat ist auch die Bilanzierung der Kalorien und Flüssigkeitsmenge. Zu bedenken ist, dass gerade Demente durch den Bewegungsdrang einen weitaus höheren Kalorien - und Nährstoffbedarf haben.

## **6.2. Kaubeschwerden und Schluckstörungen**

Muskuläre Schwäche, ein nachlassender oder gestörter Schluckreflex, schlecht angepasster Zahnersatz können zu einer Vermeidungshaltung insbesondere kauintensiver Lebensmittel führen.

Diese Ablehnung wird durch Husten, Würgereize und Aspiration von Nahrung noch verstärkt. Ebenso ist zu beobachten, dass diese körperlichen Symptome von den Betroffenen auch als beschämend empfunden werden.

Unentbehrlich sind eine adäquate prothetische Versorgung der Betroffenen sowie ausreichend Zeit zum Essen. Bei Schluckstörungen kann die Nahrung passiert oder mit neutralen Gelbildnern angedickt werden; wichtig für die Anbahnung des Schluckaktes sind eindeutige, also sehr warme oder sehr kalte Temperaturen, über die die Wahrnehmung verbessert wird.

## **6.3. Medikamentöse Wirkungen**

Die meisten Medikamente verursachen Übelkeit und Störungen des Gastrointestinaltraktes oder beeinflussen die Appetenz direkt. Hier ist angezeigt, diese unerwünschten Wirkungen ebenfalls zu behandeln oder im besten Falle die Medikation zu minimieren.

## **6.4. Kognitive und psychische Einschränkungen**

Depressionen, Psychosen, chronischer Schmerz, Vergesslichkeit und Demenz sind alterstypische Einschränkungen, die zu einem gestörten Ernährungsverhalten führen können. Insbesondere dementiell Erkrankte vergessen die Nahrungsaufnahme, verkennen den Gebrauch von Essbesteck oder können den Umgang mit Besteck motorisch nicht bewältigen, da es an der Handlungsplanung mangelt.

Die Einnahme der Mahlzeiten in Gesellschaft sollte selbstverständlich sein, da Bewegungsabläufe durch Beobachtung anderer imitiert werden können und den Sinn der Essenseinnahme verdeutlichen kann. Für Demente in fortgeschrittenem Stadium sollte Fingerfood, z.B. Fleischstücken, Gemüsesticks etc. bereitgestellt werden. Ebenso sollte Fingerfood und ggfs. hochkalorische Trinknahrung auch außerhalb der regulären Zeiten frei zugänglich angeboten werden.

## **6.5 Sozioökonomische und soziale Aspekte**

Auch Einsamkeit und Altersarmut gehören zu den Ursachen der Mangelernährung im Alter. Viele Menschen machen sich nicht mehr die Mühe der Zubereitung von Speisen für sich selbst, da es ihnen an Gesellschaft mangelt, es sich nicht „lohnt“.

Nicht wenige Fehlernährungen sind auch schlicht dem Umstand zu verdanken, dass die ökonomischen Verhältnisse der Betroffenen eine ausreichende Versorgung mit hochwertigen Lebensmitteln nicht gestattet. Auch hier sollte die Einnahme der Mahlzeit zu einem sozialen Ereignis werden, sollten Mahlzeiten außerhalb der üblichen Zeiten und ggfs. Nahrungsergänzungsmittel wie Vitaminpräparate zusätzlich angeboten werden.

## **6.6. Instrumentation einer PEG**

Die Anlage einer PEG sollte immer von vielen Fragen und Zweifeln begleitet sein und ist nach dieser Ansicht erst vertretbar, wenn die somatischen Schluckstörungen eine orale Ernährung nicht mehr zulassen. Trotz liegender PEG sollte zusätzlich orale Kost angeboten werden, um das Geschmackserleben so lange wie möglich aufrecht zu erhalten. Daneben ist die orale Nahrungsaufnahme immer von Zuwendung und sozialer Interaktion begleitet, die unabdingbar für dementiell Erkrankte ist.

## **7. Personelle Ressourcen**

Der Personalbedarf ist, dies ist unmittelbar einleuchtend, im Bereich der Demenzversorgung höher als in vergleichbaren Einrichtungen. Entgegen dieser Feststellung sind die Kosten in diesen Bereichen nicht zwingend höher; vielmehr steigen die Gesundheitskosten mit dem Alter, nicht aber mit dementiellen Erkrankungen.

### **7.1. Personalbedarfsberechnungen**

Die gängigen Personalbedarfsberechnungen wie z.B. die Arbeitsplatzmethode oder analytische Methoden können den tatsächlichen Bedarf nicht abbilden, da es hier an stabilen, zeitlich bewertbaren Leistungskomplexen mangelt. Statt dessen muss man hier auf die Erfahrungen und Schätzungen aus der Praxis zurückgreifen: so wird in allen Studien, die beispielsweise die Einrichtung von Wohngruppen oder anderen neuen Wohnformen begleitet haben, davon ausgegangen, dass eine Pflegekraft drei bis fünf Erkrankte am Tage, eine Pflegekraft maximal zehn Personen in der Nacht versorgen kann. Dabei handelt es sich um reine Pflege und Betreuung; hauswirtschaftliche Leistungen wurden extra bemessen. Als einziges Bundesland hat Baden-Württemberg mit den Kostenträgern vertraglich angewandte Personalrichtwerte, die ausdrücklich Personalschlüssel für Demenzerkrankte entlang der Pflegestufen ausweisen. So sind folgende Bedarfe festgelegt: Pflegestufe I mit 1:2,38; Pflegestufe II mit 1:1,70 und Pflegestufe III mit 1:1,25 für die ausschließliche Pflege und Betreuung.

Die aktuelle Wirklichkeit und zukünftige Entwicklung weist jedoch einen eklatanten Mangel an Pflegefachkräften auf, so dass die hier aus Projekten und Studien abgeleiteten Personalbedarfe nicht realisierbar sein werden.

### **7.2. Personalarchitektur**

Die in den ambulanten Versorgungsangeboten üblichen Personalstrukturen mit gemischten Qualifikationen aus Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften, Alltagsbetreuern und ehrenamtlichen Mitarbeiter stoßen in der vollstationären Krankenhausversorgung an ihre Grenzen.

Da hier das Krankheitsgeschehen im Vordergrund steht, ist ein Personalmix aus Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege und einem geringen Anteil an Pflegehilfskräften beider Professionen denkbar und zweckmäßig. Zusätzliche Angebote zur Beschäftigung für die Patienten durch ausgebildete Alltagsbegleiter können ebenso sinnvoll sein und entlasten die Pflegekräfte, stehen jedoch nicht im Vordergrund.

Die derzeitige Personaldecke der Station (Stand Februar 2016) gestattet die Betreuung von fünf bis acht Patienten pro Pflegekraft am Tage und zwölf bis vierzehn Patienten in der Nacht; dies bei einem circa 50%igen Anteil an dementiell Erkrankten.

### **7.3. Schulungsansätze**

Unabhängig von den Professionen sind umfassende, spezifische Schulungen zum Krankheitsbild unabdingbar.

#### **7.3.1. Beratungsgespräch**

Die Erfahrung zeigt, dass insbesondere Angehörige unter den sozialen Folgen der Erkrankung leiden und die Persönlichkeitsveränderung der Betroffenen als Verlust erleben; ein Beratungsangebot richtet sich demnach überwiegend an die Angehörigen.

Diese Gespräche verfolgen das Ziel, Wissenslücken zu füllen, kritische Aufklärung zu leisten, um am Ende fundiert zwischen Alternativen wählen und eine Entscheidung fällen und verantworten zu können. Gespräche dieser Form sind nach dem Muster der Experten-Laien-Interaktion angelegt und setzen die Souveränität der Beratenen zwingend voraus.

Gerade Letzteres bedingt den Schulungsbedarf, da Pflegekräfte regelhaft Verhaltensmaßnahmen anweisen und hier eine neue Rolle einnehmen.

#### **7.3.2. Validation**

Nahezu wörtlich übersetzt meint Validation die Gültigkeit, die Anerkennung der Wahrnehmung und des Erlebens der Erkrankten. Insofern geht die Validation über die Technik der Kommunikation hinaus; vielmehr kommt hier eine innere Haltung den Betroffenen gegenüber zum Ausdruck.

Validation soll den Menschen in seiner letzten Lebensaufgabe, in der Verarbeitung alter Gefühle und Konflikte unterstützen und begleiten. Die Minderung der emotionalen Last durch die Stärkung des verbalen und nonverbalen Ausdrucks, und nicht die kognitive Bewältigung oder gar Minderung der Desorientierung stehen im Focus.

Die Erfahrung zeigt, dass sich validierte Menschen auch in ihren körperlichen Fähigkeiten wie z.B. Gehen, Essen etc. deutlich bessern können, da der innere Rückzug aufgehoben werden kann.

Aus dieser Sicht ist eine Breitenschulung der Pflegenden zur Haltung den Erkrankten gegenüber und zentralen Kommunikationsregeln zwingend. Zweckmäßig sind Schulungen durch einen weitergebildeten Multiplikatoren oder entsprechende kurze Schulungen als Inhouseveranstaltungen.

#### **7.3.3. Gerontopsychiatrie**

Steht die psychiatrische Dimension der Betroffenen im Vordergrund stößt die Behandlung in den somatisch orientierten Akutversorgungsangeboten schnell an die Grenzen. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit einer Mit- und oder Weiterbehandlung durch das Pfalzkrankenhaus Rockenhausen.

#### **7.3.4. Ehrenamtliche Mitarbeiter**

Wie schon in Punkt 7.2. angedeutet, ist ein Beschäftigungsangebot für Menschen mit kognitiven Einschränkungen grundsätzlich sinnvoll. Mit gängigen Ermunterungen zum Lesen, Singen, Musizieren, Erzählcafés eröffnet sich hier ein breites Betätigungsfeld für ehrenamtliche Mitarbeiter.

Auch diese ehrenamtlichen Helfer sollten über ein grundlegendes Wissen über die Erkrankung selbst und den Umgang mit Betroffenen verfügen.

## **8. Strukturelle Rahmenbedingungen**

Um ein angemessenes Angebot für dementiell Erkrankte vorhalten zu können, sind verschiedene Strukturen erforderlich, die im Folgenden erörtert werden.

### **8.1. Farbkonzepte**

Farben beeinflussen Stimmung und Wohlbefinden, sind also grundsätzlich geeignet einige Symptome der Demenz wie Unruhe und Antrieb positiv zu verändern.

Warme Farben wie Rot, Orange, Gelb können stimulieren, Geborgenheit und Harmonie vermitteln; kalte Farben hingegen können innere Spannungen lösen und werden mit Ruhe und Stabilität assoziiert. Farben, insbesondere starke Kontraste, dienen ebenso der Orientierung, die in baugleichen Etagen der meisten Krankenhäuser auch gesunden Menschen schnell abhandeln kommen kann. Um beide Aspekte zu nutzen und zu verbinden wurden in der Geriatrischen Fachabteilung Rockenhausen die Patientenzimmer in unterschiedlichen Farben gestaltet und die entsprechenden Flurnischen in der Zimmerfarbe gestrichen.

Gleiches gilt für neu angeschaffte Hilfsmittel wie Pflegestühle oder andere Utensilien, die ebenfalls Farbtupfer in den weißen Klinikalltag bringen.

### **8.2. Lichtkonzepte**

Licht beeinflusst Wohlbefinden, Konzentrationsfähigkeit und Biorhythmus des Menschen und steuert über hormonelle Effekte etliche Körperfunktionen. Licht als Taktgeber für die sogenannte „innere Uhr“ ist insbesondere für einen physiologischen Tag/ Nachtrhythmus unabdingbar.

Blaue Lichtanteile, wie sie tagsüber im Sonnenlicht vorhanden sind, bewirken über die Absenkung des Melatoninspiegels eine Steigerung der Wachheit und Aufmerksamkeit, während Rotanteile die Ausschüttung von schlafförderndem Melatonin erhöhen. Vielfach ist gerade der Tag/ Nachtrhythmus bei Demenzerkrankten gestört und führt über nächtliche Aktivität der Betroffenen zu immensen körperlichen, aber auch sozialen Auswirkungen.

Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, sind sogenannte „circadiane“ Lichtanlagen die technisch einfachste, aber auch mit hohem Kostenaufwand verbundene Lösung. Alternativ, und diese Lösung wird hier bevorzugt, gilt es den höchst möglichen Tageslichtanteil zu nutzen und Kunstlicht unterschiedlicher spektraler Zusammensetzung über Dimmer dazu zusteuern.

Nicht nur die spektrale Zusammensetzung des Lichtes ist von Bedeutung, auch die Helligkeit als solche muss dem altersbedingten Abbauprozess durch höhere Luxzahlen angepasst werden. Dabei sind dunkle Bereiche und Schlagschatten als potentiell angstauslösende Elemente zu vermeiden.

### **8.3. Bodengestaltung**

Ebenso wie Schatten oder Blendungen im Raum können auch spiegelnde Böden oder dunkle Flächen im Bodenbelag Ängste auslösen und zu unüberwindbaren Hindernissen werden.

Da Spiegelungen Nässe, Glätte oder instabile Raumverhältnisse suggerieren, muss zwingend auf Hochglanzreinigungsmittel oder Versiegelungsverfahren in der Unterhaltsreinigung verzichtet werden.

Die oftmals als Barriere bei Weglauftendenzen genutzten dunklen Flächen, z.B. durch Folien, vermitteln Abgründe und Einschnitte im Boden. Dies wird hier strikt abgelehnt, da sie die Menschen ängstigen und in der Mobilität einschränken.

#### **8.4 Milieugerechte Umgebungsgestaltung**

Zentraler Leitgedanke der milieugerechten Umgebungsgestaltung ist das Normalitätsprinzip nach E. Böhm. In der Konkretisierung meint dies überschaubare Räume und Flächenabschnitte, die so wohnlich und behaglich wie möglich eingerichtet und ausgestattet sind. Neben den Rückzugsbereichen der Krankenzimmer steht in Rockenhausen eine große Verkehrsfläche im Blickfeld des Stützpunktes zur Verfügung, die als Aufenthalts- und Essbereich von den Patienten genutzt wird.

Neben der Einnahme der Mahlzeiten kann dort TV gesehen werden, finden Gruppen- und Einzelaktivitäten statt. Die Mahlzeiten werden hier nicht in den krankenhausüblichen Tablettts, sondern auf eingedeckten und dekorierten Tischen gereicht und gemeinschaftlich eingenommen. Die Pflegekräfte sind aktiv in diese Art und Weise einbezogen, so dass notwendige Hilfestellungen nicht als solche hervortreten. Die Darreichung der Speisen in Großgebinden stößt bislang an die Grenzen der Vorgaben der HACCP, wird allerdings weiterhin angestrebt.

Ebenso ist geplant, brandschutzkonforme Kleinmöbel und Dekorationselemente altersgerechten Stils anzuschaffen. Um kurzweilige Beschäftigungsmöglichkeiten zu bieten sollten Dinge wie Knopfkästchen, Strickzeuge und ähnliches vorhanden sein, auch um haptische und motorische Angebote machen zu können.

In den Krankenzimmern besteht jederzeit die Gelegenheit eigene Bilder oder Fotografien anzubringen, selbstverständlich ist auch die Nutzung eigener Bettwäsche.

Angestrebt ist die zukünftige, gemeinschaftliche Nutzung mit dem Pfalzkrlinikum der Außenflächen für ein Kleintiergehege.

#### **8.5. Rooming In**

Oftmals können sich Menschen mit schweren dementiellen Erkrankungen nicht mehr äußern.

Auch führen abrupte Wechsel der Umgebung zu Irritationen, Ängsten und Abwehr, die durch den zumeist ungeplanten Krankenhausaufenthalt als zusätzliche Erschwernis oder gar Verschlimmerung der Symptome in Erscheinung treten.

Da das Wohlbefinden und nicht zuletzt auch der Behandlungserfolg von einer angemessenen Kommunikation und Versorgung abhängt, kann die Mitaufnahme einer Begleitperson durchaus sinnvoll sei. Grundsätzlich kann, die vom Krankenhausarzt attestierte medizinische Notwendigkeit vorausgesetzt, die Kostenübernahme nach § 11, Abs.3, SGB V, beantragt werden.

Alternativ besteht das Angebot der Mitaufnahme auf eigenen Wunsch gegen entsprechendes Entgelt (36, 00 € pro Tag ohne Verpflegung; 46,00 € mit Verpflegung, Stand Juni 2015).

#### **8.6. Beschützte Bereiche**

Grundsätzlich können keine gerontopsychiatrischen Patienten behandelt werden; dennoch sollte die kurzfristige Intervention bei vorliegender Eigen- und Fremdgefährdung möglich sein. Dies wäre durch die räumliche Abtrennung zweier Patientenzimmern durch eine bruchssichere Glastür gegeben. Zudem bestünde die weitaus maßgeblichere Möglichkeit der bedingten akustischen Abschirmung von schreienden und rufenden Erkrankten. Insbesondere das nächtliche Rufen belastet Mitpatienten wie Pflegende immens.

Daneben können Patienten mit einer Weglauftendenz durch ein transpondergesteuertes Sicherungssystem geschützt werden. Für dieses System gelten alle Vorgaben und Regelungen zu FEM.

## **9. Hilfsmittelausstattung**

Die Auswahl der therapeutischen Hilfsmittel muss sich auf die zu erlernenden/ zu erhaltenden alltagspraktischen Fähigkeiten beziehen; dazu gehören auch die Befähigung zur Beschäftigung und zur sozialen Teilhabe.

Um die Eigenständigkeit im motorischen Bereich zu gewährleisten gehören Hilfsmittel wie Rollatoren, WC Sitzerhöhungen, einhändig zu benutzendes Geschirr und Besteck etc. zum allgemeinen Standard. Selbstverständlich werden diese Hilfsmittel für die häusliche Umgebung rezeptiert resp. die Anschaffung größerer Utensilien wie Pflegebetten über die Pflegeüberleitung und den Sozialdienst organisiert.

Neben diesen klassischen Hilfsmitteln werden Niedrigbetten zur Sturzprophylaxe vorgehalten.

## **10. Organisation**

Um eine angemessene Versorgung dieses speziellen Klientels zu gewährleisten, müssen die organisatorischen Abläufe angepasst werden – insbesondere der sonst im Stationsablauf herrschende Zeitdruck läuft den Bedürfnissen der Patienten zuwider.

Unterstützungsprozesse wie Administration liegen in den Ruhezeiten und/ oder finden während weniger personalintensiven Gruppenaktivitäten statt. Zudem werden durchlaufende, patientenferne Prozesse an die Leitungsfunktion geknüpft.

### **10.1. Angehörigensprechstunden**

Da auch die Angehörigen oftmals Gesprächsbedarf, seien es konkrete Fragen zur Versorgung oder die Klärung bestehender Unsicherheiten, haben, wird einmal wöchentlich eine pflegerische Sprechstunde für Angehörige abgehalten. Die Termine werden vorab geplant und inhaltlich dokumentiert – so besteht ausreichend Zeit für die Gesprächspartner ohne dass es zu Unterbrechungen im Stationsablauf kommt.

### **10.2. interdisziplinäre Fallbesprechungen**

Die interdisziplinären Fallbesprechungen im therapeutischen Team (Pflege, Ärzte, Psychologe, Physio/ Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialdienst) finden wöchentlich statt; Gegenstand der Besprechungen ist die individuelle Förderung resp. der Unterstützungsbedarf, auch in der Verlaufsbeurteilung, des einzelnen Patienten. Bereits hier werden die ersten Informationen an den Sozialdienst zur Entlassplanung weitergegeben.

### **10.3. Entlassplanung**

Das Überleitungsmanagement zielt auf die Sicherstellung der häuslichen medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation, die ein Patient nach dem Krankenhausaufenthalt erfährt.

Dem Druck stetig zu verkürzender Verweildauern geschuldet, muss die Entlassplanung bereits nach Diagnosestellung beginnen. Auf Basis der biografischen Daten, die ebenfalls die Beschreibung der häuslichen Situation beinhalten, und des pflegerischen Verlaufs kann der fachgerechte Heil- und Hilfsmittelbedarf ermittelt werden. In der Beurteilung der sozialen Aspekte können die Angehörigen eine wesentliche Rolle einnehmen.

Die Zusammenarbeit des Krankenhauses Rockenhausen mit ambulanten Partnern ist, dies nicht zuletzt durch die persönlichen Kontakte der Agierenden, durchgängig konstruktiv und effizient strukturiert.

### **10.4. Netzwerkstrukturen**

Ziel des Netzwerkes ist einerseits die Strukturierung der bereits vorhandenen Angebote im Donnersbergkreis, andererseits die Schaffung neuer, vorwiegend ambulanter Betreuungs- und Versorgungsformen in der ländlichen Fläche.

Diese Versorgungs- und Betreuungsformen orientieren sich idealerweise an einem klinischen Behandlungspfad, der, beginnend mit der Errichtung einer Früherkennungambulanz, die unterschiedlichen Stadien der Erkrankung berücksichtigt und eine Überleitung der Betroffenen in ein entsprechendes Angebot gewährleistet.

Das Demenznetzwerk im Donnersbergkreis befindet sich derzeit in der Aufbauphase.