

Martin Hamborg zu:...

Herausforderndes Verhalten bei Demenzkranken

Einführung: Was ist Demenz

**Umgang mit “Wegläufnern” oder besser
Demenzkranken, die sich verirrt haben**

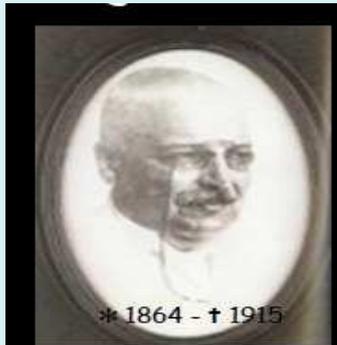
Unterernährung und das “Ablehnen” von Nahrung

**Umgang mit Fremdgefährdung und Tötlichkeiten von
Demenzkranken**

**Zusammenfassung wichtiger Punkte mit der Frage: was
ist wichtig, wenn der Demenzkranke in ein
Krankenhaus muss?**

Fixierung in der Altenhilfe - Wie groß ist das Problem Demenz?

- **Demenz ist die wichtigste Einzelursache bei dem Verlust der Selbständigkeit**
- **Es gibt 900.000, 1.200.000 oder 2.000.000 Demenzkranke?**
- **Über 70% aller Demenzkranken sind Frauen**
- **Je älter wir werden, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Demenz**
- **80% der Demenzerkrankten werden zuhause gepflegt und 80% der Demenzkranken gehen im Verlauf der Erkrankung in ein Pflegeheim. Die Hauptursache dafür ist die Überforderung durch die Sekundärsymptome der Demenz.**



* 1864 - † 1915



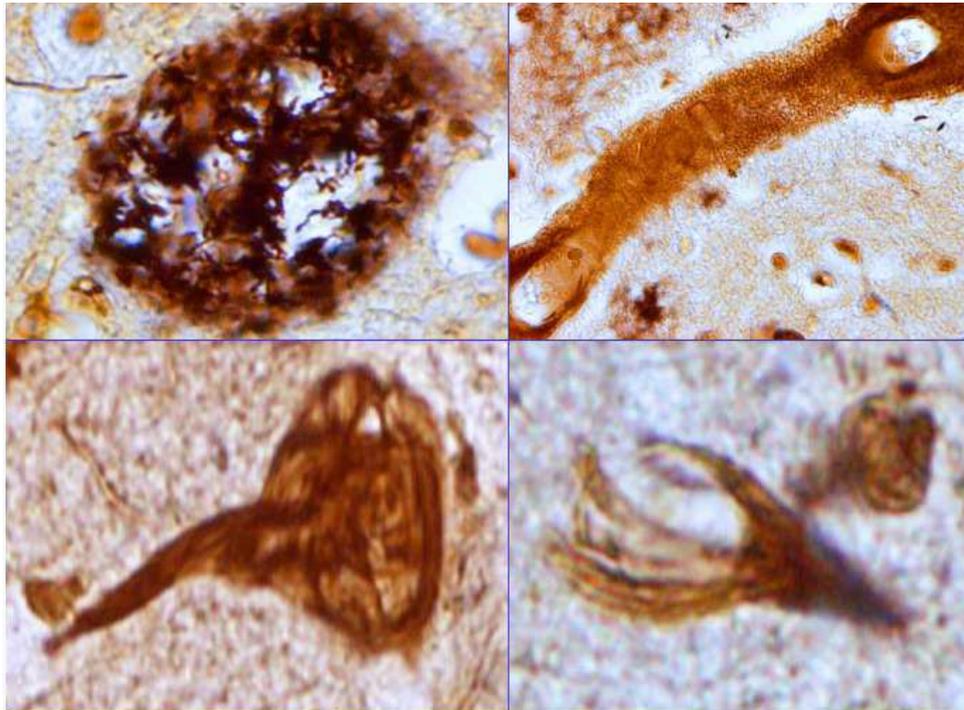
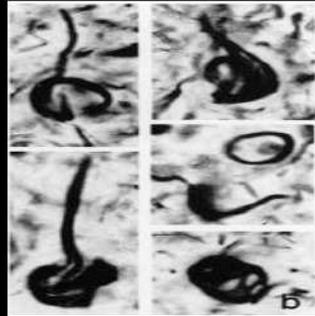
* 1850 - † 1906

Alzheimers „erste“ Patientin Auguste D. starb nach 4,5 Jahren Krankenhausaufenthalt am 28. August, 1906 in der Frankfurter Irrenanstalt:

170 Bericht über	Auguste D.	Alzheimer	Frankfurt
184 Bericht über	Auguste D.	Alzheimer	Frankfurt
185 Bericht über	Auguste D.	Alzheimer	Frankfurt

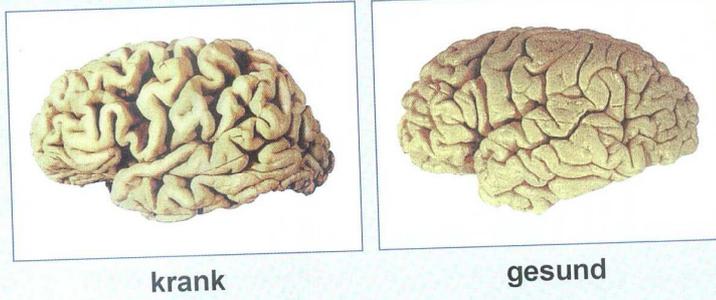
Am 3. November 1906, anlässlich der 37. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Irrenärzte in Tübingen präsentierte Alois Alzheimer die Veränderungen im Gehirn von Auguste D.:

Auguste D.



Was ist Demenz

Atrophie des Gehirns bei Alzheimer-Demenz



Mit freundlicher Genehmigung von Herrn Professor Dr. Braak, Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität (Zentrum für Morphologie), Frankfurt.

Was ist Demenz : Alzheimer



Physikalische Aktivität 80 000 Meter Blutgefäße im ZNS !



Die wichtige Rolle, die Bewegung bei der Verzögerung der Alzheimer Krankheit zu spielen scheint, wird auf die **stärkere Durchblutung des Gehirns** und die damit verbundene **bessere Sauerstoffversorgung der Nervenzellen** zurückgeführt.

Larson EB, Ann Intern Med. 2006; 144:73-81

Herausforderung zur Professionalität

- **Demenz eine schwere Krankheit des Gehirns**
- Verlust von kognitiven Fähigkeiten – auch zur Problemlösung
- Verlust von Orientierung
- Unmittelbares Leben im Hier und Jetzt...
- Wir müssen uns an die Krankheit anpassen – anders geht es nicht...

Einige Sekundärsymptome der Demenz

- Eskalierende Situationen,
- Aggressionen, Gewalthandlungen und andere Verhaltensauffälligkeiten wie das Weglaufen oder besser Verirren
- Abwehrverhalten,
- Nahrungsverweigerung und die ggf. Zwangsversorgung
- Stürze und andere Formen der Selbst- und Fremdgefährdung infolge der Sekundärsymptome

“Wir müssen davon ausgehen, dass 50% der Heimbewohner fixiert werden...”

Ist das der Weg um Risiken zu vermeiden ??

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Hamburg

- Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen nachvollziehbar in der Bewohnerdokumentation festgehalten werden (bei Fixierung mit einem Gurt **zeichnet in jeder Schicht die verantwortliche Leitung mit Handzeichen** ab).
- Bei **Dauerfixierungen** wird angeraten, **einmal im Quartal** eine **Überprüfung** der weiteren Notwendigkeit der Fixierung vorzunehmen und dies entsprechend in die Dokumentation aufzunehmen.
- Der Betreuer/Bevollmächtigte hat das Recht, die **Maßnahme zu beenden**. Einer gerichtlichen Genehmigung bedarf diese Entscheidung nicht.

Maßnahmen im Vorfeld

Fragen zu allgemeinen Maßnahmen im Vorfeld:

- Sind der äußere Rahmen und die Art der Begegnung mit den Kranken dem Krankheitsprozess angemessen?
- Ermöglicht die Architektur ein dementengerechtes Milieu?
- Ist die Atmosphäre wohnlich?
- Ist das Normalitätsprinzip in der Konzeption verankert? Wie wird es umgesetzt?
- Gibt es eine Tages- und Nachtstrukturierung?
- Werden genügend alltagspraktische Tätigkeiten und sinnvolle Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten?
- Orientiert sich die Tagesstruktur an den individuellen Fähigkeiten, Gewohnheiten und Vorlieben?

Sturz: Grundlagen

Fragen zur Medikation:

- Fördert die Medikation die Bewegungsfähigkeit (z. B. bei Parkinson)?
- Haben Medikamente unerwünschte Wirkungen wie Gangunsicherheit, Müdigkeit oder Benommenheit?
- Ist eine Bedarfsmedikation genau definiert nach Indikation, Dosis, maximaler Menge und Dauer der Verordnung?
- Werden die Verabreichung und die Wirkung der Bedarfsmedikation genau dokumentiert?

Weglaufgefahr, oder besser Verirren: Grundlagen

3.3.1. Analyse des Verhaltens

- Gibt es körpernahe Bedürfnisse (Unwohlsein, Schmerzzustände, Hunger, Durst, Ausscheidung u. ä.)
- Gibt es krankheitsbedingte Unruhezustände? (etwa Unterzuckerung, Fieber, Austrocknung)
- Wann tritt das Verhalten auf? Regelmäßig, zu einer bestimmten Uhrzeit?
- In welchen Situationen tritt das Verhalten auf?
- Ist das Verhalten vorhersehbar?
- Kündigt es sich an?
- Welche Motive lassen sich erahnen?
- Gibt es biographische Anhaltspunkte?

Weglaufgefahr, oder besser Verirren: Grundlagen

3.3 Spezifische Maßnahmen: Weglaufgefahr

Wenn Demenzkranke ihre Umgebung verlassen, kann dies verschiedene Gründe haben:

- Mangelnde Vertrautheit
- Suche nach einer anderen, heileren Welt
- Das Bedürfnis, sich im Freien aufzuhalten
- Der Wunsch, an einem anderen Ort einer vertrauten und geregelten Tätigkeit nachzugehen und vieles mehr.

Weglaufgefahr, oder besser Verirren: Grundlagen

Aspekte des Umgangs, die auf die Besonderheiten der/des einzelnen Kranken abzielen, beziehen sich auf wichtige Grundprinzipien der Dementenbetreuung:

- Gestalten der Spielräume statt Verbote auszusprechen
- Gemeinsame Suche nach einem attraktiveren Alltag, mit Lust, Freude und Befriedigung
- Orientierung am Prinzip der Kleinweltlichkeit

Bevor eine freiheitsbeschränkende Maßnahme oder eine Fixierung bei Sturz- oder Weglaufgefahr erfolgt, müssen alle Maßnahmen zur Vermeidung ausgeschöpft sein.

Hinläufer	Spaziergänger	Flüchtige
Leitfrage: Wird ein Rahmen geschaffen, in dem die subjektive Welt erfahren werden kann?	Leitfrage: Was wird dafür getan, dass das Bedürfnis nach Bewegung ausgelebt werden kann?	Leitfrage: Was wird dafür getan, dass sich Bewohner und Bewohnerinnen zuhause fühlen können? Wie kann das vermieden werden, was sie nicht ertragen können?
<ul style="list-style-type: none">• Individuelle Tagestruktur• Validation• Rituale• Anregendes Milieu mit sinnvoll erlebter Beschäftigung	<ul style="list-style-type: none">• Begleitung bei Spaziergängen• Geschützte, interessante Gärten• Individuelle Bewegungsangebote	<ul style="list-style-type: none">• Eigene Möbel, das individuell gestaltete Zimmer• Ambiente wie in einer Wohnung• Stressarme Umgebung• Heitere und freundliche Atmosphäre• Umgebung mit sinnvoller Beschäftigung schaffen• Anreize zum Tätigsein, z. B. Ausstellen, Aushängen, Anbieten von Gegenständen mit Aufforderungscharakter (evtl. szenische Arrangements)

Demenz oder Verwirrtheit

Auguste D: Mit ihr begann diese Frage.

Wenn Sie Symptome einer Verwirrtheit beobachten, prüfen Sie ob es sich um ein Delir handeln kann!

Wie ist die Orientierung: Zeitlich, räumlich, zu Situationen, zur eigenen Person, zu Angehörigen und Nachbarn...



Wahrnehmen von Delir

Achtung Delir / „F05“: Symptome des Delirs

- → Störung des Bewußtseins / Aufmerksamkeit
 - Orientierungsstörungen
 - Affektschwankungen
 - motorische Unruhe / Psychomotorisch: hyperaktives Delir und hypoaktives Delir!!
 - Störung des Wach-Schlaf-Rhythmus
 - Akuter Beginn und Fluktuationen!
 - Beginn mit Unruhe, Schlaflosigkeit, Zittern, Licht- und Lärmempfindlichkeit (Prädelir).
-
- evtl. Halluzinationen (Trugwahrnehmungen, z.B. weiße Mäuse bei Alkoholentzugsdelir)
 - vegetative Störungen: Zittern, Schwitzen, RR-Abfall, Puls erhöht, Umkehr des Schlaf-Wach- Rhythmus, oft trockene Zunge
Verlängerte Krankenhausverweildauer (bis zu 10 Tagen)
 - Erhöhte Morbidität und Mortalität
 - Prävalenz im Krankenhaus: 10% bis 30% !!



Ursachen für ein Delir



Ursachen:

Verwirrtheit als Reaktion auf:

- Bedrohlich erlebte Krise (z.B. Verlust des Partners, familiäre Konflikte)
- Gewohnheitsänderung (z.B. Umzug, Heimeinweisung, Verlegung, Zimmer-, Betreuerwechsel).
- Angst (z.B. Verknennung von Schatten bei plötzlicher Dunkelheit)

Hirnfunktionsstörung, Sauerstoffmangel bei Hindurchblutungsstörungen durch Herzschwäche, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Atemwegserkrankungen und schwere Blutarmut

- **Stoffwechselstörungen** wie z.B. Austrocknung, beginnendes Leber- und Nierenversagen
- **Hormonstörungen** wie z.B. Unterzuckerungszustände (Hypoglykämien), Schilddrüsenüber- und -unterfunktion
- **Infektionen** mit hohem Fieber (Fieberdelir) und Pneumonien oder Harnwegsinfekte (auch ohne Fieber, Verwirrtheit als einziges Symptom)
- **Hirnerkrankungen** nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Enzephalitis, bei Hirntumoren
- **Schweren Verletzungen und Verbrennungen**
- **Starken Schmerzen** (bei stummem Infarkt Verwirrtheit als einziges Symptom), Juckreiz, anhaltenden Schlafstörungen
- **Überdosis**, Nebenwirkung oder Entzug von Alkohol oder Medikamenten (Antiparkinsonmittel, Anticholinergika, Neuroleptika, Benzodiazepine, Diuretika, Cortison, Digitalis).

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

Familienmitglieder und Pflegekräfte übernehmen dabei eine hohe Verantwortung für einen Menschen.

Dabei gilt es, sich Antworten auf folgende Fragen zu geben:

- Wie bewerten Sie das Recht auf Leben und auf angemessene Versorgung gegenüber dem Recht auf einen würdigen Tod?
- Wann wird das „Recht auf Ernährung“ zur „Pflicht zur Ernährung“ oder zum „Zwang zur Ernährung“, eine definierte Nahrungs- und Trinkmenge aufnehmen zu müssen?

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

- Wie sehen Sie den Unterschied zwischen lebensverlängernd und lebenserhaltend?
- Haben Sie eine Einschätzung zum „Lebenswert“ einer Lebenslage - und wie sehr ist diese eine Projektion Ihrer eigenen Ängste?
- Wann beginnt aus Ihrer Sicht die Sterbephase bei Demenzkranken?

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

- Wie interpretieren Sie die Ablehnung von Nahrung bei Demenzkranken: als Todestrieb, als Todessehnsucht oder als einfaches Vergessen von Essen?
- Gibt es in Ihrer Arbeit mit Demenzkranken (bisher) unerklärliche Erfahrungen, die Sie in Ihrer ethischen Bewertung in diesem Thema nachdenklich gemacht haben?

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

- Welche guten Gründe sprechen für den Einsatz einer PEG, welche dagegen und ab wann ist es angemessen, eine PEG wieder zu ziehen?
- Welche Rolle spielt der mutmaßliche Wille für oder gegen den Einsatz einer PEG?
- Und wenn Sie sich gegen eine PEG entschieden haben, wie ziehen Sie die Grenze zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe?

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

Sterbephasen bei Demenzkranken

Grundsatz der folgenden Überlegungen ist, dass es ethisch nicht vertretbar ist, den Sterbeprozess durch eingreifende Maßnahme wie eine PEG zu verlängern.

Es sei denn, es liegt eine klare Willensentscheidung oder Vorausverfügung des Sterbenden vor.

Doch: Wann beginnt die Sterbephase bei einem Demenzkranken?

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

1. Demenz ist zwar bisher unheilbar, doch sie ist nur sehr selten auch die Todesursache. Dieser Aspekt ist auch bei Patiententestamenten zu berücksichtigen.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

2. Die von Kübler-Ross beschriebenen Sterbephasen mit einer bewussten Reife zum Tode. Können die Erkenntnisse von Kübler-Ross für Demenzkranke hilfreich sein?

- Vergessen oder verdrängen Demenzkranke ihre kritische Lage?
- Wo erleben wir Aspekte der fünf Sterbephasen in der subjektiven Welt des Demenzkranken oder in Phasen akuter Verwirrtheit? (Leugnen, Zorn, Verhandeln, Depression, Akzeptanz)

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

3. Es gibt Hinweise darauf, dass der Tod als Bild im letzten Lebensabschnitt von Demenzkranken eine Rolle spielt:

- „Ich hab geträumt, ich wär' im Himmel, aber die nehmen auch nicht mehr jeden.“ ... „Ick bin dood.“ oder „Schlag mich tot!“ ...

4. Häufiger hören wir von Demenzkranken Aussagen wie: „Ich will nicht mehr!“ oder „Was soll das alles noch?“

5. Depressive Verstimmungen bei Demenzkranken werden zu oft unterschätzt und unzureichend medikamentös und psychotherapeutisch behandelt.

6. Im Einzelfall kann nur erahnt werden, dass bei Demenzkranken, die sich sprachlich nicht mehr mitteilen können, hinter dem Ablehnen von Nahrung auch behandelbare akute Halluzinationen oder paranoide Ideen, zum Beispiel die Angst vor Vergiftung, stehen können.

7. Todesängste spielen in deliranten Phasen, das heißt in akuter Verwirrtheit, bei Demenzkranken eine erhebliche Rolle.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

Der kranke Mensch ist nicht als Sterbender zu behandeln, wenn das Ablehnen von Nahrung...

- a. ...Folge einer Depression ist
- b. ...Folge des Vergessens von Handlungsmustern ist.
- c. ...Folge einer anderen psychischen oder neurologischen Erkrankung oder eines akuten Deliriums ist

Unter ethischem Aspekt sollen folgende Punkte bedacht werden:

1. Lehnt ein Demenzkranker Essen oder Trinken ab, sind zunächst alle möglichen Ursachen zu ergründen und entsprechende Schlussfolgerungen abzuleiten.
2. Die hohe Bedeutung der Ernährung bei Schwer-Demenzkranken legitimiert den Einsatz unkonventioneller Präsentationen des Essens, wenn nur so der entsprechende Aufforderungscharakter möglich ist.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

3. Zwangsmaßnahmen und Gewalt sind ethisch nicht akzeptabel, zumal sie das Problem eher verstärken. Ansonsten gibt es kaum normative Grenzen, und Sie sind aufgefordert, mit professioneller Kreativität im Rahmen der Milieutherapie individuell zu experimentieren. Die Normalität des Demenzkranken ist dabei das Modell für die angemessene Betreuung.

4. Pflegekräfte stehen oft in einem ethischen Spagat zwischen diversen Anforderungen, Wünschen, Bedürfnissen und knappen Zeitressourcen.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

5. Da infolge der Demenzerkrankung die Wahrnehmung und der Ausdruck von Schmerzen stark beeinträchtigt sein kann, sollte dieser Aspekt immer berücksichtigt werden. Dies betrifft einerseits mögliche Schmerzen im Mundbereichs die am Teufelskreis der Mangelernährung beteiligt sind. Der Heilversuch mit Schmerzmitteln ist bei entsprechender Einschätzung nicht nur medizinisch zu fordern, sondern auch ethisch unverzichtbar.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

6. Vor diesem Hintergrund ist auch das Frankfurter Urteil zur passiven Sterbehilfe zu überdenken. Es besagt, dass im Sterbeprozess auf Essen, aber nicht auf das Trinken verzichtet werden dürfe. Ist eine Entscheidung gegen lebensverlängernde Maßnahmen getroffen worden, würde der Verzicht auf Trinken jedoch zu einer Verbesserung der verbliebenen Lebensqualität führen.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

- Durch die euphorisierende Wirkung der Dehydratation wird der etwa zweiwöchige Sterbeprozess von orientierten Menschen als angenehm beschrieben. Demgegenüber dauert der Sterbeprozess durchschnittlich 80 Tage, wenn lediglich auf Nahrung verzichtet wird.

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

- Aber: Wenn Demenzkranke den Mund zusammenkneifen und den Kopf wegdrehen, ist dies kein Beweis für den Wunsch nach passiver Sterbehilfe, sondern lediglich ein Hinweis auf intensive Krankenbeobachtung und einzelfallbezogene ethische Prüfung dieser Frage!

Wenn Essen zum Problem wird: ethische Fragen

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

Die Diskussion über den „Lebenswert“ ist vorrangig von der Projektion eigener Ängste bestimmt.

Einige Sekundärsymptome der Demenz

Eskalierende Situationen,

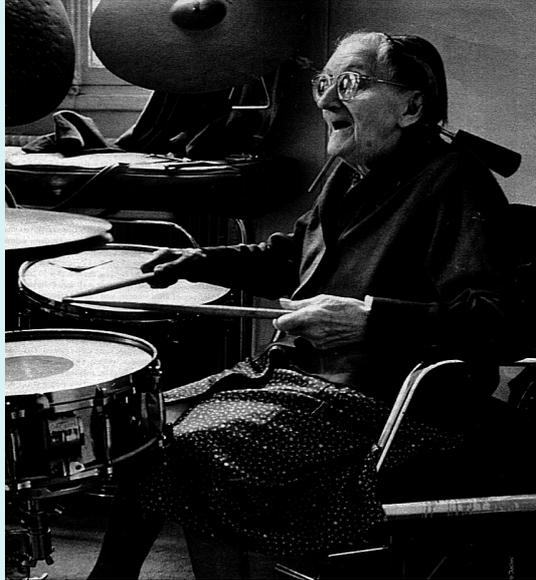
- Aggressionen, Gewalthandlungen und
- andere Verhaltensauffälligkeiten wie das Weglaufen oder besser Verirren
- Abwehrverhalten,
- Nahrungs"verweigerung" und die ggf. Zwangsversorgung
- Stürze und andere Formen der Selbst- und Fremdgefährdung infolge der Sekundärsymptome

"Wir müssen davon ausgehen, dass 50% der Heimbewohner fixiert werden..."

Herausforderung zur Professionalität

- Lassen Sie sich herausfordern?
- Was hilft es, wenn Sie denken:
 - Der/Die verhält sich so, weil ...
 - Es gibt Gründe, Ursachen dafür...
- Wenn Sie wissen, dass Sie einen Demenzkranken nicht ändern können, warum...
 - lassen Sie sich so herausfordern?

Die Grundlage der Betreuung wird auch
Milieutherapie genannt



»» Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus

Begleitheft zum
„Informationsbogen für Patienten mit einer
Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“

Demenz im Krankenhaus
Eine Hilfe für Angehörige
Eine Hilfe für das Krankenhaus, d.h....

» Informationsbogen: Patient

Kontaktaufnahme erwünscht bei ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> zunehmender Unruhe des Kranken | <input type="checkbox"/> Einleitung von Schutzmaßnahmen |
| <input type="checkbox"/> fehlender Kooperation in Pflegesituationen | <input type="checkbox"/> Problemen bei der Nahrungs-/ Flüssigkeitsaufnahme |

Sonstiges:

Verstehen von Sprache: Das Sprachverständnis ist ...

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> weitgehend erhalten | <input type="checkbox"/> kurze Fragen werden verstanden | <input type="checkbox"/> sehr eingeschränkt, z.B. auf prägnante Worte |
| <input type="checkbox"/> Sprachverständnis fehlt | <input type="checkbox"/> Gesten werden verstanden | |

Nähe und Distanz: Der Patient ...

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> reagiert positiv auf Körperkontakt | <input type="checkbox"/> hält lieber Distanz |
|---|--|

kann abrupt ablehnend reagieren, wenn

Sonstige Gewohnheiten, die beachtet werden sollen:

Zur Entspannung:
Zum Einschlafen:
In Stress-situationen:
In Pflege-situationen:

Verhalten:

Wünsche und Vorlieben:

Ärger/abwehrendes Verhalten bei:

Angst bei:

Weglauf-tendenzen

Hilfestellung nötig bei:

Abwehrendes Verhalten bei:

Ruhen und Schlafen:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ruhe und Schlaf ohne Probleme | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> nächtliches Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> Toiletten-gänge gegen Uhr | <input type="checkbox"/> geht zu Bett gegen Uhr | <input type="checkbox"/> wacht auf gegen Uhr |

Einschlaf-gewohnheiten:

» Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus

Begleitheft zum „Informationsbogen für Patienten mit einer Demenz bei Aufnahme ins Krankenhaus“

Die oftmals schwierige Verständigung mit demenzkranken Patienten kann vereinfacht werden, wenn Sie einige Regeln beachten.

- Gehen Sie freundlich und langsam auf demenzkranke Patienten zu.
- Versuchen Sie Ruhe auszustrahlen.
- Benennen und erklären Sie, was Sie gerade tun.
- Gesten, Mimik und Körpersprache sind oft wichtiger als Sprache.
- Setzen Sie Körperberührung achtsam und respektvoll ein.
- Halten Sie beim Sprechen stets Blickkontakt, möglichst auf Augenhöhe.
- Sprechen Sie langsam und deutlich.
- Verwenden Sie einfache, kurze Sätze. Vermeiden Sie "entweder/oder".
- Verwenden und wiederholen Sie die Worte der Patienten.
- Widersprechen Sie den Kranken möglichst nicht, und korrigieren Sie ihre Aussagen nach Möglichkeit nicht.
- Vermeiden Sie Lärm und Reizüberflutung.

5.2 Nach Operationen und in der Aufwachphase

- Vereinbaren Sie im Pflorgeteam eine erhöhte Aufmerksamkeit bei der psychosozialen Begleitung.
- Lassen Sie die Tür des Patientenzimmers offen, so dass Sie rasch einen Blick hineinwerfen können.
- Informieren Sie Mitpatienten über die spezielle Situation bzw. die Einschränkungen des Patienten.
- Bei Unruhe und Nesteln geben Sie dem Patienten etwas (Weiches) zum Tasten und Fühlen in die Hand (z. B. Waschlappen, Fell, Handtuch).
- Beziehen Sie Angehörige in die Betreuung ein. Sie können z. B. beim Reichen des Essens unterstützen.
- Bitten sie Angehörige, ein Lieblingskissen, Bilder und eventuell Lieblingsmusik (portabler CD-Spieler mit Kopfhörern) mitzubringen.