

**MORBUS ALZHEIMER:
„EINE PFLEGEPÄDAGOGISCHE
HERAUSFORDERUNG“**

Anleitung von Angehörigen

Fachbereichsarbeit

zur Erlangung des Diploms
für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege

an der
Schule für allgemeine Gesundheits- und Krankenpflege des
Österreichischen Bundesheeres

Betreuer:
Herr Christian Tous
akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege

vorgelegt von

Mario Sohneg

Wien, im Jänner 2003



„Zeit des Vergessens“

Kurzzusammenfassung

Die Pflege kranker, behinderter oder gebrechlicher Familienmitglieder zu Hause wird zunehmend als Arbeit anerkannt, die professioneller Anleitung und Unterstützung verdient.

In dieser Fachbereichsarbeit wird gezeigt, wie mit Information und einer Reihe von einfachen Pflorgetechniken, die Pflege zu Hause wesentlich erleichtert werden kann. Neben der Grundinformation werden auch spezielle Probleme und wichtige Warnsignale erläutert.

Dieses Wissen soll den pflegenden Angehörigen mehr Sicherheit und Selbstbewusstsein geben, und somit die körperliche und psychische Belastung zu reduzieren.

Summary

Home care of ill, handicapped or disabled family members is increasingly recognized as work that deserves professional guidance and support.

This Thesis shows how, with information and a Series of healthcare techniques, home care can be made substantially easier. Along with basic information, specific problems and important warning signals are also discussed.

This knowledge should provide family members with more security and self-confidence and thereby reduce their physical and mental workload.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abt.	Abteilung
Anh.	Anhang
bzw.	beziehungsweise
DW	Durchwahl
d.h.	das heißt
EU	Europäische Union
Info.	Information
Neurol.	Neurologisches
PP	Pflegeperson
Pschyr.	Pschyrembel
ROT	Realitätsorientierungstraining
s.	siehe
S.	Seite
SHG	Selbsthilfegruppe
Tab.	Tabelle
Tel.	Telefon
Univ.	Universität
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
z.Zt.	zur Zeit

Inhaltsverzeichnis

0. VORWORT	8
1. EINLEITUNG	9
1.1 Warum ist das Thema so wichtig?.....	9
1.2 Ziel meiner Arbeit.....	11
1.3 Einführung in die Problematik.....	12
2. DIE DIAGNOSE „MORBUS ALZHEIMER“	13
2.1 Was ist die Alzheimer Krankheit?.....	13
2.2 Ursachen der Erkrankung.....	14
2.2.1 Wodurch wird Alzheimer Krankheit nicht verursacht?.....	14
2.3 Verläufe der Erkrankung.....	15
2.3.1 Beschreibung der 3 Stadien.....	15
2.4 Behandlungen der Erkrankung.....	17
2.4.1 Medikamentöse Behandlung.....	17
2.4.2 Nichtmedikamentöse Behandlung.....	18
2.4.3 Hirnleistungstraining.....	20
2.4.4 Kognitive Milieutherapie.....	20
2.5 Angehörigenbetreuung.....	21
2.5.1 Entlastungsmöglichkeiten.....	21
3. „ZEIT DES VERGESSENS“ – GEFÜHLE DES BETROFFENEN	22
3.1 Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Demente?.....	22
3.1.1 Bedürfnisse dementer Personen.....	22
3.1.2 Welche Wünsche haben Personen mit Demenz?.....	23
3.2 Wie erleben die Betroffenen ihr Kranksein?.....	23

4. PFLEGE „ABER WIE“ – ANLEITUNG VON ANGEHÖRIGEN.....25

4.1	Pflegebeziehung und Umgang mit Gefühlen.....	25
4.2	Die 6 Hürden auf dem Weg zur dauerhaft guten Pflege.....	26
4.3	Worauf ist im Zusammenleben mit den Betroffenen zu achten?.....	26
4.4	Bedürfnisgerechte Gestaltung der Wohnumgebung.....	27
4.4.1	Anpassen der Wohnung.....	28
4.4.2	Zweckmäßige Raumausstattung.....	29
4.5	Probleme mit der Verständigung.....	30
4.5.1	Regeln zur Gesprächsführung.....	31
4.6	Schwierigkeiten im Alltag.....	32
4.6.1	Selbstständigkeiten fördern.....	32
4.6.2	Genauere Beobachtung.....	33
4.6.3	Kleidung und Aussehen.....	33
4.6.4	Essen.....	34
4.6.5	Trinken.....	34
4.6.6	Körperpflege.....	35
4.6.7	Intimität.....	35
4.7	Lagerung und Mobilisation.....	36
4.7.1	Verhinderung von Wundliegen.....	37
4.8	Inkontinenz.....	37
4.9	Gesundheitsförderung.....	38

5. KONFLIKT UND TRAUER UM VERLUST.....39

5.1	Verlust und Abschied nehmen.....	39
5.2	Auseinandersetzung mit Tod und Sterben.....	39

6. RECHTLICHE UND FINANZIELLE FRAGEN.....	41
6.1 Pflegeheilbehelfe.....	41
6.2 Fahrtendienste.....	41
6.3 Vorsorgevollmachten.....	41
6.4 Sachwalterschaft.....	41
6.5 Pflegegeld.....	41
7. ZUR SITUATION DES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN.....	42
7.1 Leben mit Alzheimer.....	42
7.2 Krise: Was tun?.....	42
7.3 Die persönliche und emotionelle Belastung für den Betreuer.....	43
7.4 Freiräume für Pflegende.....	44
7.4.1 Urlaub von der Pflege.....	45
8. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG.....	46
9. LITERATURVERZEICHNIS.....	47
10. TABELLENVERZEICHNIS – ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	48
11. ANHANG	
Anhang 1 : Validation	
Anhang 2 : Musiktherapie „etwas zum Nachdenken“	
Anhang 3 : Pflegebehelfe	
Anhang 4 : Realitätsorientierungstraining	
Anhang 5 : Praktisches Vorgehen bei der kognitiven Milieuthherapie	
Anhang 6 : Beratungsstellen und Angehörigengruppen	
Anhang 7 : Rückenschonendes Arbeiten	
Anhang 8 : Pflegegeld	

0.VORWORT

„Ich weiß ihr haltet mich für verrückt, aber ist es nicht besser, die Welt nicht so zu sehen wie sie ist, sondern so wie sie sein sollte.“

(aus der Mann von La Mancha).

Diese Worte brachten mich zum Nachdenken und führten meine Gedanken, in die Zeit, meiner Praktika die ich im Zuge meiner Ausbildung zum Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger absolvierte. Oft stand ich da, und wusste nicht was ich tun sollte, wenn sich wieder einmal ein Patient „aus den Staub“ machen wollte. Auf die Frage: Wo wollen sie hin? Kam die Antwort: "Nach Hause". Dann stehst du da: Was soll ich tun? Was soll ich sagen? Aber es half oft ein freundliches Lächeln, ein zarter Hände-Druck und ein paar Minuten Aufmerksamkeit und die Hilflosigkeit verschwand.

Bis zum nächsten Mal – „sich aus den Staub machen.“

Ich hoffe, den Angehörigen eines Alzheimer-Erkrankten mit meiner Arbeit ein bisschen die Angst davor nehmen zu können, sich für die Pflege zu Hause zu entscheiden. Vielleicht fällt es einem leichter, nach ausreichender Information über die Krankheit, sowie Ratschläge zur Pflege und dem Zusammenleben, sich der Betreuung eines Alzheimer-Erkrankten Angehörigen anzunehmen.

Mein Dank gilt meinen Betreuungslehrer, Herrn Christian Tous, akademischer Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, der trotz streng regulierten Öffnungszeiten des "Internet-Cafes", meinen Anliegen immer wieder nachgab. Ich Danke allen Alzheimer-Erkrankten die ich im Zuge meiner Ausbildung kennen lernen durfte, ihr brachtet mich zum Weinen aber auch zum Lachen. Und ganz besonders Danke ich meiner Frau Elke , für die Zeit, Geduld und Ausdauer in der Diskussion und der Korrektur meiner Ausführungen.

Für Elke und meinen ungeborenen Kind

Ich liebe Euch

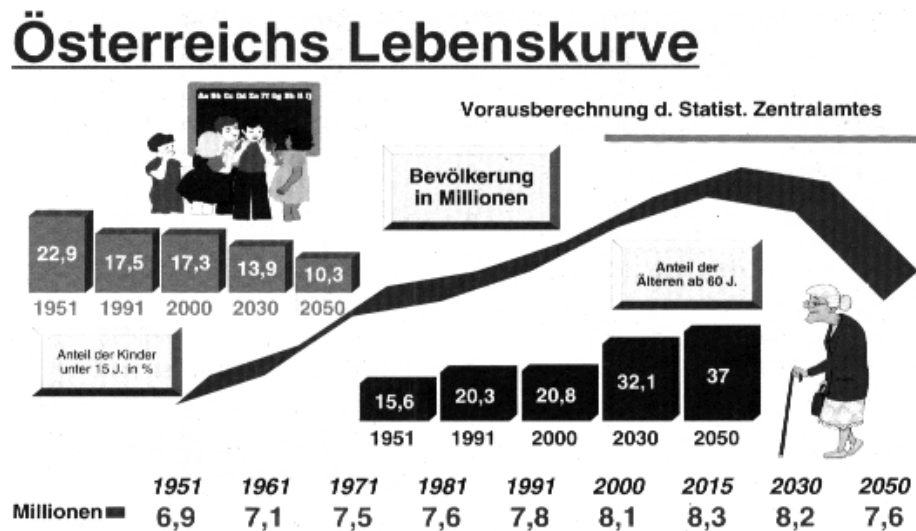
Frohnleiten, im Jänner 2003

Mario Sohneg

1. EINLEITUNG

1.1 Warum ist das Thema so wichtig?

Medizin und moderne Lebensführung haben die Lebensspanne der Menschen kontinuierlich verlängert. Mitunter wird die Zunahme an Lebensquantität durch abnehmende Lebensqualität erkaufte. Der Anteil der älteren und alten Menschen unserer Bevölkerung ist während der letzten Jahrzehnte deutlich gestiegen und wird voraussichtlich bis in die erste Hälfte des nächsten Jahrhunderts weiter ansteigen (s. Tab.1). In dieser Gruppe wird der Anteil der Hoch- und Höchstbetagten weiterhin überproportional zunehmen. So wird innerhalb der EU bis zum Jahr 2025 mit einer Zunahme der 60-80jährigen um 50 Prozent, der 80-90jährigen um 100 Prozent und der über 90jährigen um 200 Prozent gerechnet. Ab diesem Zeitpunkt wird voraussichtlich ein Drittel der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein (s. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm).



Tab.1: Entwicklung der österreichischen Bevölkerung bis 2050

(s. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm)

Während die Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2050 auf etwa 7,6 Millionen sinken dürfte, wird der Anteil der über 60jährigen stark zunehmen. Zugleich kommt es zu einem Rückgang der unter 15jährigen auf 10,3 Prozent der Gesamtbevölkerung (s. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm).

Normale Alterungsprozesse bringen für den alten Menschen Einschränkungen, Verlusterlebnisse und mehr oder weniger große Probleme mit sich. Betreffen diese Abbauvorgänge aber das wichtigste Organ des Menschen – das Hirn – und zudem im krankhaften Maße, sprechen wir von einer organischen Hirnleistungsschwäche, einer Demenz¹. Dies kann für den Betroffenen eine Katastrophe bedeuten: nämlich Bedrohung seiner psychosozialen Wirklichkeit, Verlust von Autonomie und letztendlich Persönlichkeit. Die Demenz ist nicht einfach ein rein medizinisches Problem, vielmehr wird durch diese Hirnerkrankung das gesamte Lebensgefüge eines Menschen mitbetroffen (vgl. HAFNER, M. 1998 S.235).

In Österreich leben derzeit 80.000 bis 90.000 Menschen mit einer dementiellen Erkrankung. Bis zum Jahr 2050 werden 190.000 bis 205.000 Erkrankungsfälle prognostiziert (s. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm).

Für das Gesundheitswesen stellen die Demenzen einen überaus kostspieligen Faktor da. Deswegen ist das Miteinbeziehen von Angehörigen in das Betreuungskonzept eine absolute Voraussetzung, für die Betreuung und Behandlung der Demenz-Kranken. Einerseits lässt sich dadurch ein „Bremseffekt“ im Krankheitsverlauf erwarten, andererseits kommt es zu einer Minimierung der Kosten.

Schon jetzt werden mehr als 95 Prozent der dementen Patienten im Familienverband gepflegt (vgl. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm).

Die Betreuung der Demenzkranken ist wegen der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen anspruchsvoll, aufwendig und vor allem wegen der Hoffnungslosigkeit sehr oft seelisch belastend.

Darüber hinaus müssen von den Angehörigen auch schwere praktisch-pflegerische Aufgaben bewältigt werden, die unter dem Aspekt verrichtet werden, dass keine Besserung im Krankheitsverlauf zu erwarten ist (vgl. HAFNER, M. 1998 S.235).

Aufgrund der schwierigen Pflege, der überfordernden Betreuung und der, oftmaligen Erfolglosigkeit von Lösungsstrategien kommt es als logische Folge bei vielen Angehörigen zu Erschöpfungssyndromen, psychische Störungen, somatische Beschwerden, reduzierter Immunabwehr, familiären Konflikten und sozialen Rückzug (vgl. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm).

¹ Demenz: Lateinischen übersetzt „der Geist ist weg“ (s. HAFNER, M. 1998 S.45)

Nicht bloß der von einer Demenz Befallene reagiert auf seine Krankheit, sondern auch sein davon direkt betroffenes soziales Umfeld, vor allem die Allernächsten, Lebenspartner, Ehepartner, Kinder. Man nennt die Demenz daher auch die „Krankheit der Angehörigen“ (vgl. HAFNER, M. 1998 S.266).

Demenz bedeutet nicht etwa „Sellenverlust“, und man hüte sich vor Äußerungen wie abgebaut, gefühllos, verblödet, welche oft von Laien in abwertender Manier gebraucht werden.

„Jeder Demente ist ein menschlich fühlendes Wesen wie du und ich.“

Der Schweregrad der Demenz ist niemals ein Richtmaß für die Lebensqualität. Schwer Demente können unter Umständen eine intensivere Lebensfreude genießen als weniger Demente oder gar gesunde Leute.

(vgl. HAFNER, M. 1998 S.237)

1.2 Ziel meiner Arbeit

Wenn sich ein Angehöriger eines Alzheimer-Erkrankten für die Pflege zu Hause entscheidet, wird er früher oder später an Grenzen stoßen, an denen pflegerisches Fachwissen erforderlich ist, um die Betreuung und das Zusammenleben mit dem Erkrankten zu erleichtern.

Mein Anliegen ist es, in den folgenden Seiten, den Angehörigen einen Einblick in den Umgang und Pflege eines Alzheimer-Erkrankten zu geben.

Ganz Besonders wurde im Kapitel 7, zur Situation des pflegenden Angehörigen eingegangen, welches ein wichtiger Bestandteil des Zusammenlebens mit einem Alzheimer-Erkrankten darstellt.

„Stärke zu zeigen, bedeutet Schwächen zu zugeben.“

(Sohneg, M.)

1.3 Einführung in die Problematik

Die Anzahl epidemiologischer² Studien, über das Thema „Demenz“, ist im Vergleich zum Forschungsstand über andere chronischen Erkrankungen eher gering.

Zwar hat das Wissen zur Epidemiologie der Alzheimer-Krankheit in den letzten Jahren deutlich zugenommen, doch handelt es sich dabei nur um einen Teilaspekt. Dementielle Erkrankungen sind nämlich heterogen³, Ätiologie⁴ und pathogenethische⁵ Mechanismen bleiben vorerst noch weitgehend im Unklaren.

Die Prävalenz⁶ der dementiellen Erkrankungen nimmt mit steigendem Alter dramatisch zu:

65-69 J.	70-74 J.	75-79 J.	80-84 J.	85-89 J.	90-94 J.	>95 J.
1,40%	4,10%	5,70%	13,00%	21,60%	32,20%	34,70%

Tab.2: Prävalenz von Demenzerkrankungen
(s. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm)

Aufgrund internationalen Erfahrungen finden sich folgende Häufigkeiten(s. Tab.2): Die Tabelle zeigt, dass beginnend bei der Altersgruppe der 65-69jährigen, eine Häufigkeit von 1,4 Prozent besteht. Die Prävalenzrate dementiellen Erkrankungen gibt in Fünf-Jahres Altersabschnitten eine Steigerung von 1,4 Prozent, bis zum >95jährigen von 34,70 Prozent an.

Auffallend dabei, ist eine fast Verdoppelung der Prävalenzrate der 80-84jährigen von 13,00 Prozent auf 21,60 Prozent der 85-89jährigen.

(vgl. www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm)

² **Epidemiologie:** Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von übertragbaren / nicht übertragbaren Krankheiten und deren Verteilung in der Bevölkerung befasst (Pschyr. 1994 S.415).

³ **heterogen:** verschiedenartig (Pschyr. 1994 S.631).

⁴ **Ätiologie:** Lehre von den Krankheitsursachen (Pschyr. 1994 S.23).

⁵ **pathogenethische:** Krankheitsentstehung und -entwicklung (Pschyr. 1994 S.1157).

⁶ **Prävalenz:** Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung (Pschyr. 1994 S.1237).

2. DIE DIAGNOSE „MORBUS ALZHEIMER“

2.1 Was ist die Alzheimer Krankheit?

Die Alzheimer-Krankheit ist eine chronische, langsam fortschreitende, irreversible Erkrankung des Gehirnes, ungeklärter Ursache. Die Schädigung betrifft vor allem die Großhirnrinde und führt zur Störung des Gedächtnisses, der Sprache, der Unfähigkeit zur bewussten Verarbeitung von Sinneseindrücken, der ziel- und zweckgerichteten Handlungsabläufen, der Fähigkeit zielgerichtet zu denken und zu planen, sowie der Störung der Urteilkraft (vgl. KOPITZ, E. 2001 S.85) (die 6 „A“)⁷(vgl. HAFNER, M. 1998 S.260-262).

Diese Störungen äußern sich im täglichen Alltag durch eine verminderte Leistungsfähigkeit sowie durch eine Veränderung der zwischenmenschlichen Beziehung und somit oft zum Rückzug und „den in seiner Welt lebenden Erkrankten“. Nicht betroffen ist das Stammhirn (Atmung, Kreislauf, Verdauung etc.) und länger erhalten bleiben das Gefühlsleben und –ausdruck sowie das Bedürfnis nach Sicherheit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und sozialen Kontakt.

Darum ist die liebevolle Pflege, das Loben und die Stärkung des Selbstwertgefühles so wichtig um den Erkrankten nicht in die Isolation zu drängen (vgl. www.alzheimerforum.de, KOPITZ, E. 2001 S.58).

„Alzheimer ist wie ein Traum,
aus dem die Patienten nicht mehr erwachen."
(s. www.zvw.de/aktuell/1999/11/24/news1.htm)

Im Spätstadium der Alzheimer-Krankheit können die Patienten nicht mehr verstehen, was um sie herum vorgeht. Ansprechbar bleibt aber die Erlebenschicht der Gefühle: Für einen freundlichen Blick, für eine zarte Berührung und für den warmen Klang einer Stimme.

⁷ Die 6 „A“: Amnesie, Aphasie, Agnosie, Apraxie, Abstraktionsfähigkeitsverlust, Assesment (vgl. HAFNER, M. 1998 S.260-262).

2.2 Ursachen der Erkrankung

Nur in einem sehr kleinen Teil der Fälle sind die Ursachen der Alzheimer-Krankheit heute bereits bekannt. Verschiedene Erbfaktoren können an ihrer Entstehung beteiligt sein. In den meisten Fällen spielen erbliche Einflüsse aber keine Rolle. Man kennt mehrere Risikofaktoren, die mit einer erhöhten Krankheitswahrscheinlichkeit verbunden sind.

Erbfaktoren

Die Krankheit kann durch dominante Mutationen in verschiedenen Genen ausgelöst werden: Chromosomen 21, 14, 1. Andererseits können genetische Risikofaktoren zur Krankheitsentstehung beitragen (Zwillingsforschung, Down-Syndrom, familiäre Häufung). Weitere genetische Risikofaktoren werden zurzeit erforscht: Chromosomen 19, 12, 3.

Risikofaktoren

Zu den heute bekannten Risikofaktoren für die Alzheimer-Krankheit zählen: höheres Lebensalter, Alter der Mutter bei Geburt des Patienten über 40 Jahre, schwere Schädel-Hirn-Verletzungen, Depression oder Schilddrüsenunterfunktion in der Vorgeschichte. Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist die Variante E4 des Apolipoprotein-E-Gen⁸ auf Chromosom 19. Die Vermutungen über die Ursachen der Alzheimer-Krankheit sind außerordentlich vielseitig. Dabei werden so unterschiedliche Faktoren wie genetische Veranlagung, Virusinfektionen, Schädigung des Immunsystems und Stoffwechselstörungen diskutiert. Der normale Alterungsprozess ist in keinem Fall der Auslöser der Krankheit.

(vgl. www.licht-im-schatten.de/betroffen/Alzheimer.htm)

2.2.1 Wodurch wird die Alzheimer Krankheit nicht verursacht?

Fest steht jedoch, wodurch die Alzheimer-Krankheit nicht verursacht wird, nämlich:

- durch Arterienverkalkung
- durch Über- oder Unterforderung des Gehirn
- durch sexuell übertragbare Krankheiten
- durch Infektion
- durch hohes Alter
- durch Aluminium oder andere Metalle (s. www.univie.ac.at).

⁸ Apolipoprotein: Proteinkomponenten der Lipoproteine (Pschyr. 1994 S.95).

2.3 Verläufe der Erkrankung

Am Anfang treten Gedächtnisprobleme und eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten auf. Nach und nach allerdings äußern sich diese auch im täglichen Leben durch verminderte Leistungsfähigkeit, sowie durch eine Veränderung in den zwischenmenschlichen Beziehungen.

2.3.1 Beschreibung der 3 Stadien

Frühes Stadium

Das frühe Stadium wird häufig übersehen und fälschlicher manchmal mit dem Begriff „Senilität“ umschrieben bzw. auch als ein „normaler“ Teil des Alterungsprozesses betrachtet. Da die Symptomatik erst nach längerer Zeit deutlich in Erscheinung tritt, ist es schwierig, den genauen Zeitpunkt des Krankheitsbeginns herauszufinden.

Im frühen Stadium können folgende Anzeichen der Alzheimer Krankheit bemerkt werden:

- Selbstständigkeit, allerdings bei auffälliger Abnahme der Leistungsfähigkeit.
- Schwierigkeiten beim Sprechen (Wortfindung, Ausdrucksfähigkeit).
- Deutliche Beeinträchtigung des Gedächtnisses (Kurzzeitgedächtnis).
- Probleme mit dem Zeitgefühl.
- Orientierungsprobleme (sich in vertrauter Umgebung verirren).
- Schwierigkeiten beim Treffen von Entscheidungen.
- Fehlende Initiative und Motivation.
- Anzeichen von Depression oder Aggression.
- Kein Interesse mehr an Hobbys oder Alltagsaktivitäten.
- Persönlichkeitsveränderungen: Stimmungs labilität, Reizbarkeit, Ängstlichkeit, Hemmung, Scham.
- Bewusstes Erleben des Kompetenzverlustes.
- Lücken im Erleben (Erleben wird bruchstückhaft, ständige Filmrisse).

Mittleres Stadium

Mit dem Fortschreiten der Krankheit werden die Probleme auffallender und behindern den Alzheimer-Erkrankten zunehmend.

Der Kranke hat bereits Schwierigkeiten bei alltäglichen Verrichtungen und

- kann sehr vergesslich werden, vor allem wenn es Ereignisse und Namen aus der unmittelbaren Vergangenheit betrifft,
- ist nicht mehr in der Lage, ohne Schwierigkeiten allein zu Leben,
- kann nicht mehr selbst kochen, putzen oder einkaufen,
- wird äußerst abhängig von anderen Personen,
- braucht Hilfe beim Anziehen, Waschen und beim Toilettengang,
- hat zunehmend Schwierigkeiten mit der Sprache (Wortfindungsstörungen, Benennungsstörungen, völlige Verstummung, floskelhafte inhaltsarme Ausdrucksweise),
- leidet am so genannten „Wandertrieb“,
- verirrt sich zu Hause oder in bekannten Gegenden,
- kann Störungen des Tag-/Nacht-Rhythmus zeigen (wach in der Nacht, Müde am Tag),
- kann Halluzinationen und Wahnvorstellungen erleben.

Spätes Stadium

Dieses Stadium führt in die völlige Abhängigkeit und Inaktivität des Erkrankten. Die Gedächtnisstörungen sind stark ausgeprägt, und auch der körperliche Verfall des Erkrankten im Zusammenhang mit der Krankheit wird sichtbar.

Der Kranke kann:

- Verhaltensstörungen zeigen,
- schwere Störung der Gedächtnisfunktion haben,
- Schwierigkeiten beim Essen haben,
- Angehörige, Freunde und vertraute Dinge nicht mehr erkennen,
- Schwierigkeiten haben, Ereignisse zu verstehen und richtig zu deuten,
- sich zu Hause nicht mehr zurechtzufinden,
- Schwierigkeiten beim Gehen haben,
- völligen Sprachverlust haben,
- an Blasen- und Darmkontinenz leiden,
- sich in der Öffentlichkeit auffällig benehmen,
- an den Rollstuhl oder an das Bett gebunden zu sein.

(vgl. www.univie.ac.at, www.alzheimerforum.de/Bup/teil1.html,
HAFNER, M. 1998 S.250, 254,255)

2.4 Behandlungen der Erkrankung

Bei der Alzheimer-Krankheit gehen Nervenzellen und Nervenzellverbindungen zugrunde, die nicht wieder hergestellt werden können. Aus diesem Grund ist eine Heilung nicht möglich. Wirksame und hilfreiche Behandlungsmöglichkeiten gibt es aber trotzdem.

2.4.1 Medikamentöse Behandlung

Sprechen sie unbedingt mit ihrem Arzt, bevor sie die Behandlung mit einem Medikament beginnen. Mit dem gegenwärtig zu Verfügung stehenden Arzneimittel lässt sich für den Patienten und für seine Angehörigen viel erreichen:

- Psychische Leistungen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen lassen sich steigern. Dadurch werden die Folgen der Hirnschädigung zumindest für einen gewissen Zeitraum ausgeglichen.
- Das Eintreten einer hochgradigen Pflegebedürftigkeit kann erheblich hinausgezögert werden.
- Begleitsymptome wie niedergedrückte Stimmung, Aggressivität oder Unruhe sind teilweise oder ganz behebbar (s. KOPITZ, E. 2001 S.64).

Medikamente zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit

Eine wichtige Folge des Untergangs von Nervenzellen in bestimmten Abschnitten des Gehirns ist, dass ein hochgradiger Mangel an Acetylcholin⁹ entsteht. Cholinesterasehemmer können diesen Mangel zumindest teilweise ausgleichen. Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit der Cholinesterasehemmer sind heute schon eingehend erforscht.

Die Behandlung führt dazu, dass Alltagsfähigkeiten weniger rasch verloren gehen als bei unbehandelten Erkrankten, und das eine hochgradige Pflegebedürftigkeit erheblich später eintritt. Dadurch können die Erkrankten länger ein selbstständiges Leben führen (vgl. KOPITZ, E. 2001 S.64-65).

Medikamente zur Behebung von Begleitsymptomen

Begleitsymptome wie niedergeschlagene Stimmung, Ängstlichkeit, Aggressivität, Unruhe, Schlaflosigkeit, Wahngedanken oder Sinnestäuschungen können durch bewährte Medikamente gemildert oder sogar behoben werden.

⁹ Acetylcholin: chem. Substanz die an Nervenendigungen freigesetzt wird (Pschyr. S.9)

Auch diese Arzneimittel dürfen aber niemals ohne den Rat und ohne Kontrolle des Arztes eingesetzt werden. Bei nicht sachgerechtem Gebrauch können sie mehr Schaden anrichten als Nutzen bringen. Vor allem können sie die geistige Leistungsfähigkeit einschränken, Zustände der Verwirrtheit hervorrufen, die Beweglichkeit hemmen, Stürze provozieren, Krampfanfälle auslösen oder die Blasenfunktion beeinträchtigen.

Zur Behandlung von unspezifischen Begleitsymptomen werden in erster Linie folgende Arzneimittel eingesetzt:

- Mittel zur Stimmungsaufhellung (Antidepressiva)
- Mittel gegen Unruhe, Wahngedanken und Sinnestäuschungen (Neuroleptika)
- Angstlösende Präparate (Anxiolytika)
- Substanzen zur Erleichterung der Beweglichkeit (Anti-Parkinson-Mittel)
- Mittel zur Beruhung, Entspannung und Schlafförderung (Benzodiazepine)

Bitte sprechen sie mit ihrem Arzt, wenn sie Fragen zu einzelnen Arzneimittel oder zur ihrer Anwendung haben (s. KOPITZ, E. 2001 S.65).

2.4.2 Nichtmedikamentöse Behandlung

Hierher gehören alle Maßnahmen von professioneller und familiärer Seite, die die geistige und körperliche Verfassung des Erkrankten fördern und stabilisieren. Neben Gedächtnistraining, Psycho-, Physio-, Ergo-, Musik-, und weiter Therapien, die berufsmäßig – auch von mobilen Therapeuten – ausgeübt werden, können besonders Angehörige viel zum Training beitragen. In das normale Alltagsleben lassen sich spielerisch und ganz beiläufig – nur ja nicht schulmeisterlich abfragend - Gespräche und Übungen einbauen.

Diese können sich z. B. beziehen auf Datum und Uhrzeit, Stellung der Ampel im Verkehr, Tiere, Bäume, Freunde, Enkelkinder, alltagspraktische Fähigkeiten. Besondere Bedeutung für den Erkrankten haben Fotoalben und Erinnerungsstücke, anhand derer er, aus seinem Leben erzählen kann. Das Langzeitgedächtnis bleibt lange erhalten, hier herrscht noch Ordnung, nicht Unsicherheit und Chaos. Dies wird seine Wirklichkeit, hier fühlt er sich sicher (s. www.alzheimer-selbsthilfe.at).

Psychologische Behandlungsverfahren

Die Einschränkungen der geistigen Leistungsfähigkeit, das Auftreten der erwähnten Begleitsymptome sowie die zunehmende Unselbstständigkeit und Hilfsbedürftigkeit der Erkrankten machen das Zusammenleben in der Familie sehr kompliziert. Es kommt zu vielen Missverständnissen, zu unfruchtbaren Auseinandersetzungen und zu wenig hilfreichen Gefühlsreaktionen. Durch die Beachtung von einigen einfachen Grundregeln können die Bezugspersonen in der Familie jedoch lernen, den Erkrankten besser zu verstehen, mit vielen Krankheitssymptomen reibungsloser zurechtzukommen und die verbliebenen Fähigkeiten besser zu nutzen.

Einige dieser Grundregeln beschreibt die Technik der Validation (s. Anh. 1):

- basiert auf einer Geisteshaltung, die älteren Erwachsenen, die an Demenz vom Typ Alzheimer erkrankt sind und die darum kämpfen, vor ihrem Tod noch bestimmte unerfüllte Aufgaben zu erledigen, vor allem Respekt und Einfühlung entgegenzubringen.

Erkennen sie die Sichtweise des Erkrankten als für ihn gültig an:

- Vermeiden sie fruchtlose Diskussionen.
- Lenken sie ab anstatt zu konfrontieren.
- Nutzen sie nicht Sprachliche Verständigungsmöglichkeiten.
(Berührungen, Streicheln, Mimik).
- Erkennen und verstärken sie verbliebene Fähigkeiten.
(vgl. KOPITZ, E. 2001 S.65-66)

Physiotherapie

Allgemeine Aktivierung durch körperliche Betätigung und gezielte Bewegungstherapie. Die Beweglichkeit und Mobilität bleibt länger erhalten.

Physikalische Maßnahmen wie mechanische, thermische, elektrische Maßnahmen, unterstützen den Prozess der Schmerzreduktion, der Optimierung des Muskeltonus und der Flexibilität (vgl. HAFNER, M. 1998 S.288).

Musiktherapie

Wenn Worte verschwinden, kehren gut bekannte, früh gelernte Melodien wieder zurück ("etwas zum Nachdenken", s. Anh. 2).

Ergotherapie

Die Ergotherapeuten/innen überprüfen ob der Einsatz von Hilfsmittel zur einer Verbesserung der Alltagsfunktionen führt. Zumeist steht die Verbesserung der Sicherheit, die Minimierung des Sturzrisikos im Vordergrund. Dazu zählen vor allem Haltegriffe im Nassbereich, Sitzhilfe in Dusche und Badewanne, Toilettensitzerhöhung (s. Anh. 3), aber auch lange Schuhlöffel und Greifzangen. Es können neben funktionellen Therapieformen auch handwerkliche Techniken und Spiele zu therapeutischen Zwecken eingesetzt werden.

2.4.3 Hirnleistungstraining

Gezieltes Training von Aufmerksamkeit und Konzentration, Merkfähigkeit und Orientierung (ROT= Realitätsorientierungs-Training), (s. Anh. 4) bewirkt eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten durch Aktivierung noch vorhandener Ressourcen. Beachte: Diese Übungen sind nur dann sinnvoll, falls die kognitiven Störungen noch nicht zu weit fortgeschritten sind. Die Gefahr, den Erkrankten zu überfordern und damit zu frustrieren, ist immer zu beachten („Ich weiß ja nichts mehr, ich bin nichts mehr wert“). Dies gilt im Besonderen für Erkrankte, welche Einsicht in ihre Krankheit haben und unter ihren Defiziten leiden.

(vgl. HAFNER, M. 1998 S.288)

2.4.4 Kognitive Milieuthherapie

Es wird auf die kognitiven Defizite des Erkrankten Bezug genommen: Die Therapie erfolgt unter Berücksichtigung der kognitiven Störungen des Erkrankten. In der Praxis geschieht die Therapie fast immer zweigleisig, nämlich mittels einer Kombination von Pharmako- und Milieuthherapie.

Grundidee der kognitiven Milieuthherapie:

Das Defizit-Ressourcen-Modell

- Das zwischenmenschliche (Familie, Betreuer) und situative (Wohnung, Institution) Milieu (die Umwelt) soll den kognitiven Ausfällen des Erkrankten angepasst werden.
- Der Umgang und die Betreuung des Erkrankten sollen sich nach den Geistigen Ausfällen sowie den noch vorhandenen Fähigkeiten richten.

Ziele: - Vermeidung von Überforderung und damit „ Frustration.“
- Vermeidung von Unterforderung und damit „ Langeweile.“

Denn: Sowohl Über- auch wie Unterforderung sind die Hauptursachen für die sekundären Verhaltensstörungen des Erkrankten. Sehr oft wird die geistige Leistungsfähigkeit eines Demenzkranken von der Umwelt falsch eingeschätzt: Die Angehörigen und Betreuer verfälschen das „ Nicht-mehr-können“ des Patienten in ein „ Nicht-mehr-Wollen“ oder „Nicht-mehr-Dürfen.“

(vgl. HAFNER, M. 1998 S.279-280)

Praktisches Vorgehen: (s. Anh. 5)

2.5 Angehörigenbetreuung

Meist ruht die Hauptlast der Betreuung in der Familie auf den Schultern einer Person (meist des Ehepartners, der Tochter oder Schwiegertochter), die oft selbst schon älter und auf Dauer der enormen Belastung nicht gewachsen sind. Daher werden frühzeitige Hilfen für die Angehörigen organisiert. (z.B. ambulante Dienste), denn ständige Überforderung führt zu Unzufriedenheit, Hektik und Aggression und schadet dadurch auch den Kranken. Helfen kann auch der Gedankenaustausch mit dem Angehörigen anderer Betroffener.

(s. SCHÄFFLER, A. et al, 1997 S.497)

2.5.1 Entlastungsmöglichkeiten

- Auskünfte über Angebote erhalten sie beim Magistrat, der Gemeinde oder einer Selbsthilfegruppe (s. Anh. 6).
- Soziale Dienste der Gemeinde und privater Organisationen bieten ein breites Spektrum an Hilfs-, Besuchs-, und Pflegediensten an.
- Urlaubsangebot: Urlaub mit Kranken, Info. bei den Selbsthilfegruppen.
Bad Ischl bietet Urlaub unter professioneller Leitung mit individuell abgestimmter Theorie- und Betreuungsprogramm (s. unter 7.4.1).
- Tagesbetreuung: Die Kranken werden tagsüber unter professioneller Leitung beschäftigt und betreut (s. www.alzheimer-selbsthilfe.at).

3. „ZEIT DES VERGESSENS“ – GEFÜHLE DES BETROFFENEN

3.1 Welche Bedürfnisse und Wünsche haben Demente?

Ist der demente Mensch nicht mehr fähig, sich zu äußern, halten wohlmeinende Betreuer eigene Wünsche und Vorstellungen für seine Bedürfnisse, so dass er einem fürsorglichen Zwang ausgesetzt ist. Ihre Wünsche verhallen als leiser Hilferuf oft ungehört, z.B. aus Zeitmangel. Sie sind schon den sozialen Tod gestorben, sie ziehen sich zurück in ihre Welt und verlieren ihre letzten geistigen Fähigkeiten, weil es sich nicht mehr lohnt, sie einzusetzen.

Das Vorurteil ist verbreitet:

Wer nicht mehr richtig denken kann, kann auch nicht leiden, z. B. keine Schmerzen haben.

3.1.1 Bedürfnisse dementer Personen

Jeder hat andere Bedürfnisse, d.h. jeder demente Mensch muss individuell anders betreut werden.

Die wichtigsten Bedürfnisse von Menschen mit Demenz werden folgend dargestellt:

- Zentral ist das Bedürfnis nach Liebe.
- Außerdem brauchen sie Trost (Nähe und Zärtlichkeit).
- Primäre Bindung (Sicherheit).
- Einbeziehung (z.B. Neigung zum Anklammern, Aufmerksamkeit erhaschen).
- Beschäftigung und Identität mit der eigenen Lebensgeschichte.

Werden Bedürfnisse nicht befriedigt, können Verhaltensstörungen auftreten. Die häufigste Ursache der Verhaltensstörungen ist Angst.

Wer Angst hat, kann fliehen oder kämpfen:

Ausdruck von Flucht sind Unruhe, Weglaufen, Wandern und Schlafstörungen. Wenn die demente Person auf ihre Angst mit Kampf reagiert, so kann sie zunächst depressiv werden und später aggressiv gegen Angehörige oder Pflegende.

3.1.2 Welche Wünsche haben Personen mit Demenz?

- Sich bewegen zu können, andere körperliche Bedürfnisse z.B. nach Nahrung, Ruhe usw. befriedigen zu können,
 - und von Beschwerden befreit zu werden,
 - sich sicher und geborgen zu fühlen, jemand zu finden, der stützt, Halt und Trost gibt,
 - sich liebenswert, zugehörig zu fühlen, geliebt oder wenigstens akzeptiert zu werden und Nähe, Berührung und Zärtlichkeit von Angehörige zu erleben,
 - sich geachtet, wertgeschätzt zu fühlen, trotz Behinderung Person zu bleiben, Identität zu behalten,
 - autonom den Alltag wenigstens teilweise noch selbst bestimmen zu können,
 - Sinn zu finden, von Nutzen zu sein und gebraucht zu werden.
- (vgl. www.unilu.ch/dokumente/dokus_unilu/Grond2001_6078.pdf)

3.2 Wie erleben die Betroffenen ihr Kranksein?

Die Wahrnehmung der eigenen Einschränkungen ist am Beginn der Alzheimer-Krankheit sehr klar. Später wird sie immer undeutlicher. Die Erkrankten fühlen sich beschämt und verunsichert. Vor allem leiden sie unter dem Verlust ihrer Eigenständigkeit und ihres Handlungsvermögens.

Im frühen Stadium bemerken die Erkrankten ihre Leistungseinbußen sehr deutlich, besonders die Störungen von Gedächtnis und Sprache. Sie reagieren darauf mit tiefer Verunsicherung, Beschämung und mit dem Gefühl, kein vollwertiger Mensch mehr zu sein.

„Ich merke, dass es immer mehr bergab geht. Mir ist das furchtbar unangenehm, dass da oben etwas nicht in Ordnung ist. Das ist so, wie wenn früher jemand gesagt hat: Die ist nicht mehr ganz normal.“

Der Gebrauch von Ausreden, das Vermeiden von überfordernden Situationen und das Verbergen von Defiziten sind verständliche Abwehr- und Bewältigungsmechanismen.

„Ich war Lehrerin. Ich verstehe überhaupt nichts mehr. Was im Fernsehen kommt, verstehe ich nicht. Deswegen schaue ich nicht mehr. Ich kann auch kaum mehr sprechen. Ich habe kein Gedächtnis mehr.“

Sie können aber leicht als gezielte Provokation oder Unwillen verkannt werden. Wegen ihrer eingeschränkten Hirnleistung befinden sich die Erkrankten in einem Zustand fortwährender Unsicherheit und Ratlosigkeit. Der Verlust der Eigenständigkeit und Handlungsfähigkeit wird oft noch schmerzlicher empfunden als die Störungen des Gedächtnisses.

Die zunehmende Hilfsbedürftigkeit steht im Widerspruch zum Selbstwertgefühl und zum Stolz eines erwachsenen Menschen. Dies ruft bei viele Erkrankten das Gefühl hervor, nur noch ein nutzloser Ballast zu sein.

„Ich habe alles verloren. Ich kann nicht mehr schreiben.

Ich kann nichts mehr.“

Mit zunehmenden Einschränkungen von Merkfähigkeit, Erinnerung und Denkvermögen verblasst im mittleren Stadium die Wahrnehmung des eigenen Krankseins. In Augenblicken des Versagens kann sie aber plötzlich wieder wachgerufen werden. Manchen Erkrankten geht der Bezug zur Gegenwart völlig verloren. Sie suchen nach ihren verstorbenen Eltern oder nach dem Zuhause, das es längst nicht mehr gibt. Dadurch geraten sie in einen Dauerkonflikt mit ihren Bezugspersonen, den sie nicht durch die Korrektur der eigenen Sichtweise auflösen können. Er vertieft das Gefühl, unverstanden und abgelehnt zu sein.



Abb. 1: Für Dich da sein

Im Spätstadium der Alzheimer-Krankheit können die Erkrankten nicht mehr verstehen, was um sie herum vorgeht.

Ansprechbar bleibt aber die Erlebenschicht der Gefühle: Für einen freundlichen Blick, für eine zarte Berührung und für den warmen Klang einer Stimme (vgl. www.licht-im-schatten.de/betroffen/Alzheimer.htm).

4. PFLEGE „ABER WIE“ – ANLEITUNG VON ANGEHÖRIGEN

4.1 Pflegebeziehung und Umgang mit Gefühlen

Jede private Pflegebeziehung hat eine meist lange Vorgeschichte. Oft pflegt ein Kind einen Elternteil und dies bringt eine schwierige Rollenumkehr mit sich. Oder die Pflege wird vom Ehepartner oder von der Schwiegertochter übernommen. In jedem Fall – unabhängig davon was die Motive der Übernahme der Pflege (Zuneigung, Dankbarkeit, ökonomische Gründe, Schuldgefühl, Nicht-Nein-Sagen-Können etc.) waren – erhält die Beziehung dadurch, dass sie nun auch eine Pflegebeziehung ist, eine neue Qualität. Einerseits hört die "alte" Geschichte damit ja nicht auf und es gibt vielleicht "alte" Konflikte bzw. Kränkungen, die die Pflegesituation belasten.

Das kann Probleme mit sich bringen, z.B. kann man auf Grund von Schuldgefühlen keine Grenzen setzen, traut sich nichts für sich selbst zu tun etc. Andererseits bedeutet die Pflege zu Hause für beide Teile eine große Umstellung. Für sie als pflegender Angehöriger kann dies einen schmerzlichen Abschied von (z.B. beruflichen) Tätigkeiten außer Haus bedeuten. Sie vermissen die gewohnte Anerkennung. Eine weitere Schwierigkeit kann auch sein, dass die eigenen Belastungen und Entbehrungen vom Pflegebedürftigen gar nicht wahrgenommen werden.

Für den pflegebedürftigen Menschen selbst ist die neue Situation ebenfalls sehr schwierig. Ein Konflikt kann sein, abhängig zu sein, sich nicht mehr "gleichwertig" zu fühlen, unter anderem, weil er/sie sich nicht erkenntlich zeigen kann. Oft aktiviert das soviel Schuldgefühl, dass sich der/die Gepflegte für sich selbst gar nichts mehr gönnen kann.

Meist ist es sehr schwer, sich allein all das bewusst zu machen bzw. mit dem anderen darüber ins Gespräch zu kommen. Oft hat sich auch schon zuviel aufgestaut, um eine Beziehungsklärung in Gang zu bringen. Gespräche mit außenstehenden Dritten (z.B. vertraute Personen, Professionelle, Geistliche, Freunde, Selbsthilfegruppen etc.) sind dabei für beide Seiten enorm wichtig und für die Gesundheit unbedingt notwendig.

Auch Gespräche z.B. mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten, bei denen man Dampf ablassen darf, wo man einmal Raum dafür hat, über sich und eigene Gefühle zu sprechen, wo Aggressionen gefahrlos geäußert werden können, helfen die Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern und zu erhalten. Auch wenn das unüblich scheint, können psychotherapeutische Sitzungen für die/den Pflegebedürftige/n wie die/den Angehörige/n sehr entlastend sein.
(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

4.2 Die 6 Hürden auf dem Weg zur dauerhaft guten Pflege

1. Wissen über die Krankheit aneignen.
2. Die Krankheit als Tatsache annehmen.
3. Das eigene Verhalten der Krankheit anpassen.
4. Den Kranken verstehen.
5. Die äußeren Lebensbedingungen der Krankheit anpassen.
6. Für sich selber sorgen!! (s. www.alzheimerforum.de/Bup/teil1.html)

4.3 Worauf ist im Zusammenleben mit den Betroffenen zu achten?

Die Schwierigkeiten im Zusammenleben mit Alzheimer-Erkrankten werden bestimmt vom Stadium der Krankheit, von den äußeren Umständen, von der Lebensgeschichte des Erkrankten, aber auch von der Persönlichkeit der Bezugsperson. Daher können auch die Lösungen für die Probleme nur im Einzelfall gefunden werden.

Die folgenden 10 Grundregeln haben sich aber in vielen Familien bewährt:

1. Informieren sie sich gründlich über die Alzheimer-Krankheit. Dieses Wissen gibt Ihnen Sicherheit und bewahrt sie davor, Unmögliches von sich zu verlangen.
2. Versuchen sie nicht, den Erkrankten zu ändern. Gegen die Alzheimer-Krankheit sind sie machtlos.
3. Reagieren sie gelassen auf Ängstlichkeit und Hinterherlaufen, aber auch auf Aggressivität. Diese Verhaltensweisen entspringen aus der Ratlosigkeit und Verunsicherung des Erkrankten. Sie sind keine bewusste Schikane. Im Allgemeinen sind sie auch kurzlebig.

4. Halten sie die Eigenständigkeit des Erkrankten so weit wie möglich aufrecht. Sie ist entscheidend für sein Selbstwertgefühl. Hierzu gehört es, Gefahrenquellen zu sichern, wie Gas- oder Elektro- Geräte, Treppen, oder glatte Badewannen. Behalten sie nach Möglichkeit die Gewohnheiten des Erkrankten bei. Die vertrauten Menschen und Dinge der Vergangenheit sind für ihn wichtiger als die Gegenwart, in der er sich nicht mehr zurechtfindet.
5. Sorgen sie für einen überschaubaren und gleichbleibenden Tagesablauf. Sicherheit und Orientierung geben sie dem Erkrankten durch Hinweisschilder, farbige Kennzeichnungen, gut ablesbare Uhren, eine Tafel mit den wichtigsten Mitteilungen und eine ausreichende nächtliche Beleuchtung.
6. Suchen und nutzen sie die Persönlichkeitsbereiche und Fähigkeiten des Erkrankten, die von der Krankheit verschont geblieben sind.
7. Verwenden sie Blicke, Gesten und Berührungen als Mittel des Kontaktes, besonders wenn die sprachliche Verständigung immer schwieriger wird.
8. Lösen sie Konflikte durch Ablenkung oder Zuwendung. Vermeiden sie nutzlose Wortgefechte.
9. Vergessen sie über der Sorge für den Kranken nicht sich selbst. Sie müssen mit Ihren Kräften haushalten. Sie handeln nicht selbstsüchtig, wenn sie sich Erholungspausen verschaffen, in denen sie Ihren eigenen Interessen nachgehen. Es ist auch kein Eingeständnis eigener Unzulänglichkeit, wenn sie Hilfe von außen holen.
10. Suchen sie auch das Gespräch mit Menschen, die in derselben Lage sind wie sie. Dieser Erfahrungsaustausch gibt Ihnen wertvolle Anregungen und stärkt ihre Zuversicht.
(s. www.licht-im-schatten.de/betroffen/Alzheimer.htm)

4.4 Bedürfnisgerechte Gestaltung der Wohnumgebung

Pflegebedürftigkeit bedeutet häufig, dass die gesundheitliche Befindlichkeit einer Person auf lange Sicht oder für immer beeinträchtigt ist. Dies bedeutet sowohl für den pflegebedürftigen Menschen als auch für den pflegenden Angehörigen eine enorme, meist schmerzhafteste Umstellung des bisherigen Lebens.

Oft wird das eigene Zimmer zum einzigen Aufenthaltsort und ist somit als ständige Umgebung für den pflegebedürftigen Menschen nicht nur zweckmäßig, sondern insbesondere behaglich, freundlich und persönlich zu gestalten. Je nach Interessen und Wünschen der betreffenden Person sollten für ihn/sie wichtige Dinge griffbereit oder in Sichtnähe sein: Erinnerungsfotos, Bilder, Bücher, Radio, Fernseher, Tageszeitung, Wochenzeitung, Uhr, Wandkalender, Leselampe, Wecker, Pflanzen, Blumen, helle Aussicht, Lieblingsgegenstände, bequeme Sitzmöglichkeit etc (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.4.1 Anpassen der Wohnung

Die Gedächtnisstörungen, die Orientierungsschwierigkeiten, die Probleme mit der Handhabung von Gegenständen und die Gehunsicherheit machen es nötig, bestimmte Veränderungen in der Wohnung anzubringen.

Küche

- Sichern sie den Herd durch automatische Absperrventile.
- Stellen sie den Heißwasserbereiter auf eine niedrige Temperatur ein.

Fenster und Türen

- Achten sie darauf, dass Fenster nur gekippt werden.
- Sichern sie Haustür und Balkontür durch geeignete Schlösser.

Bad

- Ziehen sie den Schlüssel ab – der Erkrankte ist vielleicht noch in der Lage, die Tür abzuschließen, kann sie dann aber eventuell nicht mehr öffnen.
- Entfernen sie Läufer oder Teppich im Bad.
- Bringen sie an Dusche, Badewanne und Toilette feste Haltegriffe an.
- Legen sie rutschfeste Matten in Badewanne und Dusche.
- Bewahren sie Wasch- und Putzmittel an einem sicheren Ort auf.

Flure

- Sorgen sie möglichst überall in der Wohnung für helles Licht (nicht blenden).
- Bringen sie eine nächtliche Beleuchtung auf dem Weg vom Schlafzimmer zum Badezimmer an.

Treppen

- Versehen sie die Treppen mit Rutschfesten Belägen.
- Installieren sie an beiden Seiten der Treppen stabile Handläufe.
- Kennzeichnen sie die unterste und oberste Treppenstufe farbig.

Fußboden

- Entfernen sie unter Umständen lose Teppiche oder Läufer.
- Vermeiden sie spiegelnde Flächen.
- Entfernen sie mögliche Stolperstellen oder elektrische Kabel.

Garten

- Der Garten muss eingezäunt sein, damit der Erkrankte nicht unbemerkt das Grundstück verlassen kann.
- Gartenwerkzeuge und Chemikalien, von denen unter Umständen eine Gefahr ausgehen kann, müssen sicher aufbewahrt werden.

4.4.2 Zweckmäßige Raumausstattung

Neben der Behaglichkeit sollte die Zweckmäßigkeit des Zimmers bedacht werden. Idealerweise sollte der Raum nicht abseits und isoliert vom sozialen Geschehen liegen, ohne Höhenunterschied (für pflegende Angehörige wichtig!) erreichbar sein, in der Nähe von Toilette und Bad liegen.

Außerdem erhöhen Lärmfreiheit und ein helles Zimmer mit guter Aussicht erwiesenermaßen das seelische Wohlbefinden. Im Raum sollte für gleich bleibende Raumtemperatur (ca. 21°C-23°C) und nicht zu trockene Luft gesorgt werden. Je nach Bedarf gehören neben Bett (optimale Blickrichtung zu Fenster und Eingangstür) und Sessel, eine Nachttischablage (für Brille, Leselampe, Taschentücher, Spiegel, Glocke, Telefon, Babyphon etc.), ein Bettisch, ein Tisch, ein Tablett mit Pflegeutensilien, sowie ein Abfalleimer, etc. zu den notwendigen Gegenständen.

Bei Stolperfällen wie zu glattem oder unebenem Boden, lose liegenden Telefon- oder Elektrokabel, rutschenden Teppichen, instabilem Mobiliar etc. muss dringend für Abhilfe gesorgt werden. Im Badezimmer sollten Sicherheitsgriffe angebracht werden.

In der Dusche kann ein Gartensessel für mehr Bequemlichkeit und Sicherheit sorgen. Sollte eine bauliche, behindertengerechte Anpassung der Wohnung überlegt werden, empfehlen wir Ihnen sich vorher beraten zu lassen.

(s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

4.5 Probleme mit der Verständigung

Eines der häufigsten Symptome der Alzheimer-Krankheit sind Störungen der Sprache. Betroffen sind sowohl das Sprachliche Ausdrucksvermögen als auch das Sprachverständnis. Beides führt dazu, dass sie sich mit den Erkrankten schwerer als früher verständigen können.

Im frühen Krankheitsstadium werden die sprachlichen Äußerungen des Erkrankten ungenauer und umständlicher. Manchmal findet er Wörter nicht oder gebraucht Umschreibungen.

„Ständig schiebt sich ein anderes Wort davor. Das richtige dümpelt irgendwo unter der Zunge“ (s. www.alzheimerforum.de/Bup/teil1.html).

Viele Betroffene empfinden ihre Sprachschwierigkeiten als peinlich und sprechen insgesamt weniger, vor allem zu fremden Personen. Durch Befolgung von einfachen Regeln (s. 4.5.1 Regeln zur Gesprächsführung) können sie ihr Sprachverhalten auf die Krankheit einstellen. Denken sie bitte daran, dass auch für völlig gesunde Menschen die Hälfte der Mitteilungen durch Mimik, Gestik und Körpersprache vermittelt werden. Nützen sie diese nichtsprachlichen Mitteilungen stärker als sie es bisher gewohnt waren

Im mittleren Krankheitsstadium kann sich die Sprache noch deutlicher verändern. Wortverdrehungen, falscher Satzbau und unvollständige Sätze können die Mitteilungen des Erkrankten unverständlich machen. Machen sie jetzt noch mehr Gebrauch von der Körpersprache.

„Ich schäme mich, ständig werde ich kritisiert oder man lacht über das was ich sage“ (s. www.alzheimerforum.de/Bup/teil1.html).

Berühren sie den Erkrankten, nehmen sie ihn in den Arm, sehen sie ihm in die Augen, streicheln sie ihn und lächeln sie ihn an.

Im fortgeschrittenen Stadium können sich die sprachlichen Äußerungen eines Alzheimer-Erkrankten auf wenige Wörter beschränken, die er häufig wiederholt. Das bedeutet nicht, dass er keine Gedanken mehr hat oder dass er sie nicht mehr versteht. Versuchen sie aus seinem Gesichtsausdruck, aus seinen Gesten und aus seiner Körpersprache darauf zu schließen, was er mitteilen will. Wenn sie aussprechen, was sie verstanden haben, können sie prüfen, ob ihre Deutung richtig war.

Im Endstadium der Krankheit kann die Sprache ihre verbindende Kraft völlig verlieren Auch dann bleiben die Erkrankten aber für Gefühlsäußerungen empfänglich (vgl. KOPITZ, E. 2001 S.75-76).

„Meine Gedanken und Gefühle – ich bring es einfach
nicht mehr heraus“ (s. www.alzheimerforum.de/Bup/teil1.html).

4.5.1 Regeln zur Gesprächsführung

- Klare Anweisungen in einfachen, kurzen Sätzen geben.
 - Deutlich und bestimmt sprechen.
 - Sich um einen fürsorglichen, aber bestimmten Umgang bemühen.
 - Wichtige Informationen bei Bedarf wiederholen. Geduldig sein, dem Dementen Zeit geben für seine Reaktion.
 - Bei richtigen Reagieren den Dementen durch Worte, Berührung oder einem Lächeln loben, anstatt unerwünschte Reaktionen zu kritisieren.
 - Anschuldigungen überhören und sinnlose Diskussionen vermeiden.
 - Einfache Regeln und feste Gewohnheiten etablieren.
 - Konkrete Angaben wie Zeit, Datum, Ort und Namen als Erinnerungshilfen einsetzen (Uhr, Kalender, Orientierungstafeln).
 - Jede sinnvolle, selbstständige Aktivität des Kranken fördern.
 - Das Denken in der Vergangenheit akzeptieren und versuchen, davon ausgehend zur Gegenwart überzuleiten.
 - Regiert der Demente abweisend auf Orientierungshilfen, Zugang durch Validation (s. Anh. 1) verbessern.
- (vgl. WURLITZER, G. et al, 1999 S.700-701)

4.6 Schwierigkeiten im Alltag

Die Alzheimer-Krankheit bedeutet für den Betroffenen einen allmählichen Verlust der Selbstständigkeit und führt sie in zunehmende Abhängigkeit von ihnen, den Angehörigen. Durch Ihr Verhalten können sie dem Erkrankten ein Höchstmaß von geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit ermöglichen. Damit bringen sie seine Lebensqualität auf ein optimales Niveau. Die zunehmende Hilfsbedürftigkeit der Erkrankten, auch bei einfachen Verrichtungen des täglichen Lebens führen dazu, dass die üblichen Schwellen des Schamgefühls überschritten werden müssen. Damit umzugehen erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Takt.

(vgl. KOPITZ, E. 2001 S.66-67)

4.6.1 Selbstständigkeiten fördern

Durch die Pflegebedürftigkeit ist das Selbstwertgefühl der betroffenen Person oft am Tiefpunkt angelangt. Es kann dann eine depressive Dynamik entstehen, wenn der/die Betroffene alles von sich streckt und nichts mehr selbstverantwortlich machen will. Die selbstverantwortliche Tätigkeit bzw. Mithilfe (und sei es nur ein möglichst aktives geistiges Mittun) ist unabdingbar für die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. Deshalb ist es wichtig, dem, der Pflegebedürftigen nicht einfach alles abzunehmen, weil es z.B. dann schneller geht, sondern immer wieder Impulse zu setzen, damit die Person zur Selbsthilfe motiviert wird. "Reaktivierende Pflege" wurde auch als "Pflege mit den Händen in der Hosentasche" beschrieben. Diese Form der Pflege ist anfänglich sehr zeitaufwendig und man muss starke Nerven haben, um z.B. die Person zu ermuntern, sich die Strümpfe selbst anzuziehen bzw. die Schuhe selbst zu schnüren, obwohl dies ewig dauert. Durch diese Selbstaktivität werden aber die körperlichen und seelischen (Selbstachtung!) Lebensgeister wieder erweckt bzw. wach gehalten. Überfürsorglichkeit und ständige Schonung sind ungeeignet, die Eigeninitiative des pflegebedürftigen Menschen auf den Plan zu rufen.

Die Devise sollte sein: Vorhandene Fähigkeiten durch Impulse fördern und Defizite nur behutsam ersetzen. Falls regional vorhanden, sind auch -Tageszentren- als Möglichkeit für die Aktivierung tagsüber zu überlegen.

(s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

„Das man nicht mehr selbstständig sein kann.....
dann, man weiß ja nicht.“

4.6.2 Genaue Beobachtung

Der pflegende Angehörige sollte den pflegebedürftigen Menschen in Bezug auf Veränderungen der Gesundheit genau beobachten.

Veränderungen der Hautfarbe, der Beschaffenheit der Haut, der Atmung, des Pulses, der Körpertemperatur, der Ausscheidungen können wesentliche Hinweise und Signale sein. Fieber, druckschmerzhafte Schwellungen müssen dringend dem Arzt gemeldet werden. Das betrifft auch weißliche, nicht abwaschbare Beläge in Mundhöhle und Zunge. Gerötete Hautstellen, Blässe, Gelbfärbung von Haut und Augen, Blaufärbung der Lippen und Nägel, erhöhte Hautspannung, Verdickungen, erhöhte Schweißabsonderung, Geruchsveränderungen können ebenfalls Störungen und Krankheiten anzeigen.

Diese sollten ebenso wie Erbrechen, Auffälligkeiten bei Stuhl, Urin und Auswurf mit dem diplomierten Pflegepersonal bzw. dem Hausarzt/der Hausärztin unbedingt besprochen werden. Sie sollten hier der Devise folgen, lieber einmal zuviel als einmal zuwenig fragen(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.6.3 Kleidung und Aussehen

Wichtig ist, dass das Leben –auch bei Pflegebedürftigkeit- so gut es geht weiter geht. Das bedeutet, dass jemand, der pflegebedürftig ist, soweit es ihm selbst möglich ist, auf sein Äußeres achten sollte bzw. dazu ermutigt werden soll.

Sofern es nicht in krassen Gegensatz zur Funktionalität zur Pflege steht, bedeutet dies: modisches Kleiden, Frisieren, Rasieren, Bartpflege, Schminken, Schmuck tragen etc..

Soweit wie möglich sollte die Person selbst für sich Sorge tragen. Erst dort, wo bestimmte Tätigkeiten gar nicht mehr selbst verrichtet werden können, sollte der/die pflegende Angehörige nachhelfen. Gepflegtes Aussehen und die Motivation dazu ist für die Selbstachtung ebenso wichtig wie der Rhythmus im Tagesablauf.

Deshalb sollten Menschen, die nicht gänzlich bettlägerig sind, ermuntert werden, ihre gesunde Eitelkeit zu pflegen und Tageskleidung anzulegen. Aber auch bei bettlägerigen Menschen ist das Gepflegt- sein und sich einmal pro Tag im Spiegel zu betrachten wichtig, auch wenn hier die Hilfe von außen vermehrt notwendig sein wird (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.6.4 Essen

Das Essen sollte sich vor allem an den Vorlieben des pflegebedürftigen Menschen orientieren. Natürlich sollten gegebenenfalls ärztliche Diätempfehlungen (z.B. wegen Zuckerkrankheit etc.) berücksichtigt werden. Frische und optisch ansprechende Zubereitung hilft Appetit und Lust am Essen zu wecken. Es sollte außerdem nicht unter zeitlichem Druck serviert werden, damit genügend Zeit zum Kauen und Schlucken bleibt. Eine gut sitzende Zahnprothese ist ebenfalls wichtig. Frische Lebensmittel und Vollwertprodukte sind reicher an Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen sowie Spurenelementen. Diese Nahrungsbestandteile sind für die verschiedensten Stoffwechselfunktionen förderlich und unterstützen körperliches und seelisches Wohlbefinden.

Breinahrung sollte nur als Ausnahme angeboten werden, da die Bildung von Speichel (enthält wichtige Verdauungsenzyme) und das Kauen (verhindert die Entzündung der Speicheldrüsen) damit überflüssig werden. Günstig ist es in jedem Fall, die Ernährung mit dem Arzt/ der Ärztin oder dem Fachpersonal (z.B. Diätassistentin) abzusprechen. Sollten Appetitlosigkeit und Abscheu gegen das Essen auftreten und länger als 1-2 Tage dauern, ist unbedingt ärztlicher Rat einzuholen. In den meisten Gemeinden gibt es – regional unterschiedlich organisiert- auch mobiles Service, wie Essen auf Rädern, zuhause Essen, Mittagstisch etc. Diese Angebote sind meist empfehlenswert und leistbar, außerdem gibt es mitunter bestimmte Diäten im Angebot.

(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

4.6.5 Trinken

Zu geringe Flüssigkeitszufuhr ist ein Hauptproblem bei älteren und kranken Menschen. Generell nimmt im Alter das subjektive Durstgefühl ab, der Flüssigkeitsbedarf liegt jedoch bei etwa 2 ½ Liter täglich. Ein Teil wird über Gemüse und Obst etc. aufgenommen, der Rest muss getrunken werden. Das heißt, es sollte jeder täglich etwa 8 Gläser (!) Wasser, Kräutertees, unbehandelte Fruchtsäfte oder Mineralwasser trinken.

Im Allgemeinen ist nichts dagegen einzuwenden, wenn der/die Pflegebedürftige es wünscht, Kaffee, schwarzen Tee, Wein oder Bier – sofern in Maßen – zu genießen. Im Zweifelsfall sollte dies mit dem Arzt/der Ärztin besprochen werden.

Zuwenig zu trinken kann jedoch sehr gefährlich sein: Sowohl für die Funktion und Tätigkeit des Gehirns (Gefahr der Unterversorgung durch Eindickung des Blutes), wie hinsichtlich einer Blasenschwäche (zu starke Konzentration von Harnstoff etc. in der Blase), als auch bezüglich einer Schlaganfallgefährdung (Verdickung des Blutes). Aber auch Verstopfung wird oft durch zuwenig Flüssigkeit bewirkt. Deshalb sollte viel getrunken werden und die Getränke sollten ständig griffbereit zur Verfügung stehen (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.6.6 Körperpflege

Die Pflege des Körpers und die Umstände dieser Pflege hängen stark vom Ausmaß der Unterstützungsbedürftigkeit ab. Wichtig ist den pflegebedürftigen Menschen alles, was er/sie selber machen kann, dringend selbst (auch wenn es langsamer geht) erledigen zu lassen.

" Wer rastet, der rostet. Denn: Je mehr der Mensch selbst macht und sich auch bemüht zu machen, umso weniger besteht die Gefahr des "Rostens". Für die Körperpflege und insbesondere die Ganzkörperwaschung und Haarwäsche beim gänzlich bettlägerigen Menschen sollte man sich von einer Fachkraft instruieren lassen. Die ganze Körperpflege sollte jedoch nur dann im Bett erledigt werden, wenn Baden oder Duschen nicht mehr möglich sind. Es fällt mitunter sehr schwer, bei der Körperpflege auf einen anderen angewiesen zu sein. Dennoch kann dieser Teil der täglichen Pflege, wird er mit gegenseitiger Rücksichtnahme und Respekt durchgeführt, auch zu einer wichtigen Form der Zuwendung werden. Kämmen, gegebenenfalls Rasieren, Mundhygiene, Augen-Nasen-, Ohrenpflege, Intimpflege, sowie Hand-, Fuß- und Nagelpflege. Ist selbstständiges Duschen und Baden möglich, sollte man die notwendigen Sicherheitsvorkehrungen treffen (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.6.7 Intimität

Jeder Mensch, und ist er noch so krank und abhängig, hat das Recht auf Intimität. Intimität bedeutet, einen bestimmten Raum bzw. eine bestimmte Zeit zu haben, wo er/sie ungestört sein kann. Eine gute Pflegebeziehung zeichnet sich durch Respekt vor den Grenzen seiner/ihrer Intimität aus – seien sie nun räumlich, zeitlich oder körperlich. Der respektable Umgang mit den Grenzen der Person verlangt große Behutsamkeit insbesondere, wenn die betreffende Person auf die Pflege des Intimbereiches durch eine andere angewiesen ist.

Bei der Pflege zu Hause sollte genau überlegt werden, ob das Verwandtschaftsverhältnis und die ohnehin große familiäre Nähe dem nicht entgegenstehen. Scheuen sie sich nicht, die/den Pflegebedürftige/n zu fragen, ob ihr/ihm eine neutralere Person (z.B. ein/e Heimhelferin oder Betreuerin) hierfür lieber wäre. Der ganze Bereich des -Waschens- müsste dann von der professionellen Helferin übernommen werden. Sollte es sich beim Pflegebedürftigen um den Gatten/die Gattin handeln, ist es vermutlich leichter. Dennoch ist die Intimpflege heikel und schambesetzt und erfordert langsames und behutsames Vorgehen. Wichtig ist, Eindeutigkeit herzustellen und zu informieren, was man genau tut, bevor man es tut, sodass sich die Person angenommen und respektiert fühlt (s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.7 Lagerung und Mobilisation

Um längerfristige Schädigungen durch Liegen und Bewegungslosigkeit zu verhindern, ist zeit- und fachgerechte Lagerung und Mobilisation notwendig. Gefahren wie Wundliegen, Muskelschwund, Spitzfuß, Thrombosen etc. können dadurch vermieden werden und der pflegebedürftige Mensch kann z.B. trotz Bettlägerigkeit bequem und vergleichsweise abwechslungsreich liegen.

Das Fachpersonal kann die/den pflegende/n Angehörige/n einschulen in die jeweils notwendigen Lagerungsarten (Seitenlagerung, Rückenlagerung, Hochlagerung der Beine etc.). Dabei ist es wesentlich, Druckstellen zu vermeiden. Gleichzeitig muss sich die konkrete Lagerung immer an den Wünschen der betroffenen Person orientieren. Das Aufsetzen bringt neben der Mobilisation eine bessere Belüftung der Lungen. Die anfängliche Unterstützung durch den Angehörigen beim Gehen kann eventuell später Schritt für Schritt durch Gehhilfen ersetzt werden. Wesentlich ist bei der Mobilisation, die Muskeln – wenn auch anfänglich passiv – zu reaktivieren, sie zu benutzen, in Übung zu halten und zu fördern.

Die Aktivität des pflegebedürftigen Menschen (und wenn nur in Form des Mitmachens der Bewegung in Gedanken) ist dabei unverzichtbar für die weitere Entwicklung.

Auch für die Lagerung und Mobilisation sollte dringend eine Fachkraft (z.B. Pflegefachkraft oder Physiotherapeuten) beigezogen werden. (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

4.7.1 Verhinderung von Wundliegen

Durch permanenten Druck auf bestimmte Körperstellen beim Liegen besteht die Gefahr der Entstehung von Druckgeschwüren (medizinisch: Dekubitus).

Das erste Anzeichen für ein Dekubitus-Geschwür ist das Auftreten eines weißen Flecks (durch abgedrückte Blutzufuhr). Danach entsteht eine Rötung, danach Blasen- und Wundbildung bis hin zum tiefen Geschwür. Besonders gefährdete Stellen sind Kreuzbeinregion (Gesäß), Fersen, Schulterblatt, Hinterkopf, Ohrmuschel, Ellenbogen, Beckenknochen, Wirbelsäulenbereich, Oberschenkel, Knie. Bei Fieber muss noch intensiver achtgegeben werden, um ein Dekubitusgeschwür zu verhindern.

Die maßgeblichste vorbeugende Maßnahme zur Verhinderung von Druckgeschwüren ist die regelmäßige, fachgerechte Lagerung, d.h. Druckentlastung hat Vorrang. Weiteres sind sorgfältige Hautpflege mit Wasser und Seife und gutes Abtrocknen, sowie häufiges Wechseln von Einlagen (bzw. von Inkontinenzhosen) bei inkontinenten Menschen, die wesentlichsten Maßnahmen zur Verhinderung.

Sollte eine sich nicht verflüchtigende Rötung der Haut auftreten, muss die Person sofort umgelagert werden, sodass diese Region nicht mehr belastet wird.

Es sollte jedoch dringend diplomiertes Pflegepersonal beigezogen werden. Das In-Kontakt-Bleiben mit und sich instruieren lassen von einer Pflegefachkraft ist unbedingt notwendig (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.8 Inkontinenz

Inkontinenz bedeutet den Verlust der Fähigkeit die Urin- bzw. Stuhlentleerung bewusst zu steuern.

Ärztliche Kompetenz (Urologie) einzuholen ist auch in Anfangsstadien (z.B. bei Tröpfelinkontinenz) unerlässlich, gibt es doch entsprechende therapeutische Möglichkeiten. Der Verlust der Kontrolle über die Ausscheidungsvorgänge ist eine schwere seelische Belastung, aber auch körperlich bringt dies Probleme mit sich. Inzwischen wurde schon eine breite Palette von Hilfsmitteln entwickelt.

Regelmäßig eingeplante Entleerung sowie die Verwendung von entsprechenden Einlagen, Slips, Unterlagen, schaffen Erleichterung und helfen das Wohlbefinden zu verbessern. Kontinenzprodukte haben viele Vorteile und verringern den Wäsche- und Pflegeaufwand beträchtlich.

Dies wiederum bringt den Pflegebedürftigen ebenso wie den Pflegenden Erleichterung. Bandagisten geben gerne über die unterschiedlichen Produkte Auskunft. Wirksamer Hautschutz und häufiges Wechseln der Einlagen sind unbedingt notwendige und vorbeugende Maßnahmen um Hautreizungen und Schmerzen zu verhindern. Da Inkontinenz ein so heikles, scham- und schuldgefühlbeladenes Thema ist, ist es wichtig sich von Fachkräften beraten zu lassen (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

4.9 Gesundheitsförderung

Zusätzlich zu den bisher beschriebenen Formen der Förderung der Gesundheit der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen sollten das soziale Umfeld und seine Bedeutung für den Menschen ins Blickfeld rücken.

Alles was ihn bewegt und anregt fördert seine Gesundheit und sein Wohlbefinden. Das In-Kontakt-Bleiben mit Freunden, Nachbarn, Familie und seinen/ihren Interessensgebieten (Vorlieben und Hobbys), sowie das Informiert- Sein über die kleine und die große Politik sind oft die Würze des Lebens. Details des Alltagslebens, sowohl des Familienlebens als auch des Freundeskreises oder des Dorfgeschehens sollte man ihm/ihr nicht vorenthalten. Im Gegenteil, das aktive Teilnehmen an den unterschiedlichsten Fragen, sei es die Verletzung der Katze des Enkels oder der Streit zwischen zwei Verwandten, ist sehr wichtig. Gerade dann, wenn der Aktionsradius einer Person durch die Pflegebedürftigkeit räumlich sehr begrenzt ist, sollte er/sie sich dennoch geistig in einem größeren Radius bewegen können. Tageszeitung, Radio, Fernsehen sind ebenfalls wichtig, um Anteil am Geschehen außerhalb des unmittelbaren Bereichs zu nehmen.

Andererseits können auch Fragen zur Biographie des Betreffenden für beide interessant sein. Sie stimulieren die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und man kann –sofern einem die familiäre Nähe dabei nicht im Weg steht– viel von der Lebenserfahrung des meist älteren Menschen lernen.

Auch für die Pflege zu Hause gilt:

Lebendige Auseinandersetzung fördert die Gesundheit!

(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

5. KONFLIKT UND TRAUER UM VERLUST

5.1 Verlust und Abschied nehmen

Die Pflegebedürftigkeit im Besonderen und das Alter im Allgemeinen bringen viele Verluste mit sich. Der Verlust früherer Beweglichkeit, der Verlust von Unabhängigkeiten, das schwächer werdende Augenlicht, oder das nachlassende Gedächtnis, der Verlust der alten Rolle und liebgewordener Gewohnheiten, aber auch Trauer um Versäumtes, all das sind nur Beispiele von Abschieden, die ein pflegebedürftiger Mensch zu bewältigen haben kann.

Das Abschiednehmen von all dem, was nun –sei es für lange Zeit oder für immer – nicht mehr sein kann, ist ein langer enorm schwieriger psychischer Prozess. Er trifft pflegende Angehörige meist ebenso, betrifft die Einschränkungen und Verluste doch auch ihr Leben. Solche Verluste können Spannungen mit sich bringen und da ist es ganz normal, dass es zu Konfliktaustragung und Streitereien kommt. Man sollte diese Konflikte bzw. das Grantig- oder Schwierigsein des anderen versuchen zu verstehen, da schmerzhaft Trauerprozesse unausweichlich sind.

Das Verstehen kann es erleichtern, wieder miteinander ins Gespräch zu kommen und sich mit Respekt zu begegnen, um sich so gegenseitig beim Bewältigen der schwierigen Situation zu unterstützen. Die Auseinandersetzung mit und die Bewältigung von solchen Verlusten kann sehr wertvolle Prozesse in Gang setzen, die dabei helfen die Wertigkeiten im eigenen Leben in eine neue stimmigere Balance zu bringen (s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

5.2 Auseinandersetzung mit Tod und Sterben

In der modernen Kultur wird die Unausweichlichkeit von Tod und Sterben verdrängt. In bestimmten Lebensphasen kommen wir aber um die Auseinandersetzung damit nicht herum. Sei es durch den Tod uns nahe stehenden Menschen oder durch das Sich- Vorbereiten auf das eigene endgültige Abschiednehmen. Sterbebegleitung bedeutet, einen Menschen, der mit der Endlichkeit des eigenen Lebens konfrontiert wird, seelisch zu begleiten. Bei jedem Menschen bringt das unterschiedliche Bedürfnisse, Erwartungen, Wünsche, Empfindungen, Gefühle mit sich.

Viele Menschen wollen vor dem Abschließen noch letzte Dinge regeln oder wesentliche Wertigkeiten ihres Lebens in Balance-Bringen. Oft wird die Auseinandersetzung mit dem Sterben nur symbolisch angedeutet und es erfordert Sensibilität und Behutsamkeit, darüber ins Gespräch zu kommen.

Häufig sind Sterben und Tod in der familiären Pflegebeziehung ein absolutes Tabu, und eine Annäherung an dieses Thema scheint nicht möglich. Ein Außenstehender (vertrauter Freund, Arzt/Ärztin, mobile/r Betreuerin, ein/e Geistliche/r) kann eher die Beklemmung lösen und ein Gespräch in Gang setzen. Unterstützung von außen kann hier sehr wertvoll sein.

(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps-Hilfen.htm)



Abb.2: Der letzte Weg

Spuren im Sand

Ich träume eines Nachts, ich ging am Meer entlang mit meinem Herrn.

Und es entstand vor meinen Augen Streiflichtern gleich, mein Leben.

Nachdem das letzte Bild an uns vorbeigeglitten war, sah ich zurück und stellte fest, dass in den schwersten Zeiten meines Lebens nur eine Spur zu sehen war. Das verwirrte mich sehr, und ich wandte mich an den Herrn:

"Als ich Dir damals, alles was ich hatte übergab, um dir zu folgen, da sagtest du, du würdest immer bei mir sein. Warum hast du mich verlassen, als ich dich so verzweifelt brauchte?"

Der Herr nahm meine Hand: "Geliebtes Kind, nie ließ ich dich allein, schon gar nicht in Zeiten der Angst und Not. Wo du nur ein paar Spuren in dem

Sand erkennst, sei ganz gewiss: "ICH HABE DICH GETRAGEN."

(s. SCHÄFFLER, A. 1997 S.515)

6. RECHTLICHE UND FINANZIELLE FRAGEN

6.1 Pflegeheilbehelfe

Die Pflege kann mit der Unterstützung durch Pflegeheilbehelfe (Pflegebett, Gehhilfen, Badelift, Rollstuhl, WC-Stuhl, Urinflasche etc.), (s. Anh. 3) für die/den Pflegebedürftige/n wie den/die Pfleger/in enorm erleichtert bzw. verbessert werden. Erkundigen sie sich beim Heilmittelreferat Ihrer Krankenkasse, dort sollten diesbezügliche Listen aufliegen. Manche Behelfe werden vom Arzt verordnet. Aber auch Bandagisten sind gut informiert und meist gerne bereit, Auskunft zu geben (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

6.2 Fahrtendienste

Mobilität bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist oft ein Problem. Es gibt neben dem Privatauto und dem Taxi auch auf Behinderungen spezialisierte Taxiunternehmen, Rettungstaxi, Sanitätskraftwagen, Sammeltaxi für Behinderte, Fahrtendienste eines Tageszentrums, des Magistrates etc.. Die zuständige Krankenkasse bzw. die Anlaufstelle für soziale Fragen bei Ihrer Gemeinde müsste hier weiterhelfen können (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

6.3 Vorsorgevollmachten

Eine Vorsorgevollmacht ist nach geltendem Recht in Österreich möglich und hat die Wirksamkeit eines Testamentes (Info. unter: Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft 1200 Wien, Forsthausstr. 16-20, Tel.: 01/3304600).

6.4 Sachwalterschaft

Ein Sachwalter ist eine vom Gericht bestellte Person, die eine geistig behinderte oder psychisch kranke Person in dem im gerichtlichen Bestellungsbeschluss angeführten Angelegenheiten wirksam vertritt (Info unter: Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft), (vgl. www.alzheimer-selbsthilfe.at).

6.5 Pflegegeld (s. Anh. 8)

Seit Juli 1993 ist das Bundespflegegeldgesetz in Kraft. Durch den Anspruch auf Pflegegeld sollen pflege- und betreuungsbedürftige Personen einen Beitrag zu ihren vermehrten finanziellen Aufwendungen für Pflege erhalten können.

7. ZUR SITUATION DES PFLEGENDEN ANGEHÖRIGEN

7.1 Leben mit Alzheimer

Auch für Angehörige ist die Krankheit ein Schock, der erst verarbeitet werden will. Viele versuchen zunächst, das Problem zu ignorieren. Dann kommt eine Phase übertriebener Fürsorge und häufig auch Wut über die Unabwendbarkeit der Situation. Nicht selten empfinden Angehörige Schuldgefühle. „Hätte ich mich in der Vergangenheit nur anders verhalten, anders gehandelt, wäre alles anders gekommen“. Wenn Angehörige schließlich bereit sind, Hilfe anzunehmen, sind sie auch bereit, die Krankheit zu akzeptieren (s. Tab.2). Auch die Akzeptanz der Familie entwickelt sich nicht von heute auf morgen. Außerdem: Jeder ist anders. Nicht immer muss und wird dieses allgemeine Schema „ablaufen“.

Wichtig: Auch Kinder sollten in diesen Prozess mit einbezogen werden.

Reaktionskette Familie

- > Ignorieren
- > Übertriebene Fürsorge
- > Wut
- > Schuldgefühle
- > Akzeptanz

Tab. 3: Reaktionskette Familie

(s. www.medizinfo.com)

Die Betroffenen werden im Verlauf der Erkrankung immer stärker abhängig von ihrer Familie. Ein frühes Annehmen der Krankheit erleichtert das Zusammenleben und hilft, Konflikte zu vermeiden (vgl. www.medizinfo.com).

7.2 Krise: Was tun?

Die Nachricht einer Krankheit oder der Verlust einer sehr nahe stehenden Person kann eine Krise auslösen. Krise bedeutet, dass man mit äußeren oder inneren Ereignissen konfrontiert ist, die einen von der Art oder vom Ausmaß her so sehr überfordern, dass sie die –durch frühere Erfahrungen erworbenen– Fähigkeiten, mit schwierigen Situationen umzugehen, übersteigen.

In solchen Situationen ist man auf die Hilfe anderer angewiesen. Sich Hilfe zu holen ist ein Zeichen von Stärke. Jeder Mensch erlebt im Laufe seines Lebens Krisen. Sie können als pflegender Angehöriger ebenso betroffen sein wie als pflegebedürftiger Mensch. Äußere Anzeichen einer existenzbedrohenden Krise könnten sein, wenn sich der pflegebedürftige Mensch nicht mehr mitteilt, wenn die Depression kein Ende nimmt, wenn keine Freude, kein Lachen, kein Ziel, keine Planung, keine Hoffnung mehr wahrnehmbar ist. Hier gilt es dringend Hilfe von außen (Krisenintervention, Ärztin, Psychiaterin etc.) einzubeziehen. Auch die Äußerung von Selbstmordgedanken ist ernst zu nehmen. Bleiben sie in Kontakt, geben sie der betreffenden Person die Möglichkeit sich auszusprechen. Denn in Krisensituationen kann es sehr hilfreich sein, Inneres, das einen bewegt, zum Ausdruck zu bringen, sich auszureden. Aber auch damit könnten sie die Grenzen Ihrer Belastbarkeit erreichen. Stark sein in einer solchen Situation heißt, die Realität anzuerkennen dass man überfordert ist und sich daher Unterstützung von außen holt (vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm).

7.3 Die persönliche und emotionelle Belastung für den Betreuer

Schuldgefühle

Es ist üblich, dass man Schuldgefühle hat, weil man sich wegen des Verhaltens der kranken Person schämt, weil man auf den Erkrankten wütend ist oder weil man der Meinung ist, man könne nun nicht mehr weiter und müsse den Kranken in ein Pflegeheim einweisen lassen.

Trauer

Trauer ist eine natürliche Reaktion bei jedem der einen Verlust erlitten hat. Durch die Alzheimer-Krankheit haben sie das Gefühl, dass sie ihren Partner, einen Freund oder einen Elternteil verloren haben. Sie trauern meist um das Wesen und das Verhalten dieser Person, das ihnen von früher vertraut ist. Immer dann, wenn sie glauben, sie hätten sich an die neue Situation gerade gewöhnt, verändert sich der Kranke schon wieder.

Schamgefühle

Es ist ihnen vielleicht unangenehm und peinlich, wenn sich der Erkrankte in der Öffentlichkeit ungebührlich oder unpassend verhält. Mit solchen Situationen werden sie leichter fertig, wenn sie mit anderen Angehörigen, die ähnliches erleben, über ihre Gefühle sprechen und gegenseitig ihre Erfahrungen austauschen.

Wut

Ihr Unmut oder Ärger kann auf verschiedenste und mehrfache Weise zum Ausdruck kommen. So kann ihre Wut –je nach den vorliegenden Umständen– direkt auf die kranke Person gerichtet sein oder auf sie selbst, auf den Arzt oder überhaupt generell auf die gesamte Situation. Es ist wichtig zu unterscheiden, ob sich ihre Wut auf das Verhalten des Erkrankten, (das ja durch seine Krankheit bedingt ist) oder auf die Person selbst bezieht. Es kann hilfreich sein, wenn sie Rat von Freunden, von der Familie oder von einer Selbsthilfegruppe einholen.

Einsamkeit

Viele Angehörige ziehen sich immer mehr zurück und bleiben dann zusammen mit dem Alzheimer-Erkrankten nur noch zu Hause. Einerseits haben sie möglicherweise den Kontakt zu der Person, die sie lieben, bereits verloren und andererseits haben sie aber nicht mehr die Kraft, andere soziale Kontakte zu pflegen. Es wird ihnen daher helfen, wenn sie versuchen, die Kontakte zu ihren Freunde und Bekannten weiterhin aufrechtzuerhalten (vgl. www.at.novartis.com).

7.4 Freiräume für Pflegende

Pflegearbeit ist körperliche und seelische Schwerstarbeit. Meist fällt es pflegenden Angehörigen schwer, sich dies rechtzeitig einzugestehen und entlastende Maßnahmen zu treffen. Viele Angehörige überschreiten bei der Pflege zu Hause die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Erschöpfung, Gereiztheit, Niedergeschlagenheit, Rückenschmerzen (s. Anh. 7), häufige Erkältungen sind Warnsignale, auf die man nicht erst warten sollte. Denken sie daran, dass sie heute Raubbau an ihrer Gesundheit betreiben und ihre eigene Pflegebedürftigkeit erzeugen, wenn sie sich keine Unterstützung, keine Entlastung und keine Freiräume gönnen. Planen sie deshalb ihre persönlichen Freiräume für jeden Tag, aber auch für jede Woche ein. Gehen sie ins Kino, treffen sie Freunde, erkundigen sie sich nach einer Gesprächs- oder Selbsthilfegruppe für pflegende Angehörige, fahren sie auf ein Seminar, bilden sie sich weiter (auch das entlastet), nutzen sie Gespräche mit einem/r Psychotherapeutin, arbeiten sie mit professionellen Helferinnen zusammen, gestehen sie sich Entlastung und Auftanken zu! Ihr Körper und ihr Wohlbefinden und auch der Mensch, den sie pflegen, wird es ihnen danken.

Schauen sie auf sich, denn sonst ist niemand da, der das tut.

(vgl. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tippss_hilfen.htm)

7.4.1 Urlaub von der Pflege

Versuchen sie pro Jahr drei bis vier Wochen Urlaub von der Pflege zu machen! Das heißt, sich einige Wochen Zeit für sich und die eigene Regenerierung zu nehmen. Besprechen sie das von Anfang an mit dem/der Angehörigen und suchen sie in der Familie, der Nachbarschaft, mit mobilen Diensten (z.B. Volkshilfe) oder einem nahegelegenen Pflegeheim nach einer Möglichkeit, wo sie Ihre/n Angehörige/n, während sie im Urlaub sind, gut betreut wissen. Denken sie daran, die Pflege kann Jahre dauern und sie sowie der/die pflegebedürftige Angehörige sind angewiesen auf solche Entlastungen, um diese schwere Arbeit gemeinsam und gut zu bewältigen.

Warten sie nicht auf die ersten Beschwerden, sondern planen sie dies von Anfang an ein. Auch ein Dienstverhältnis in einer Firma beinhaltet fünf Wochen Urlaub pro Jahr, damit die Arbeitnehmerinnen sich regenerieren können. Ebenso muss es bei der Pflege zu Hause sein! Auch die Betreuungsbeziehung profitiert davon, wenn sie sich Erholung zugestehen. Nehmen sie gleich ihren Kalender zur Hand und beginnen sie ihre Planung!(s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

Bad Ischler Konzept

Der Betroffene wird von einem, für ihn wichtigen Betreuer begleitet. Durch Schulungen bekommt der Betreuer Informationen über Krankheit, über Behandlungsmöglichkeiten, und lernt durch Lernen „am Modell“ einen besseren Umgang mit dem Betroffenen. Den Betreuern werden darüber hinaus Vorträge, die eine gesunde Lebensführung fördern sollen, angeboten.

Angehörige lernen auch wieder, einen Freiraum für sich zu akzeptieren, ohne die Beschwerden des Alltags. Das Bewusstsein, dass die Betroffenen gut aufgehoben sind und auch einmal für ein paar Stunden mit anderen Menschen zusammen sein können, schafft das Vertrauen und ermöglicht die Akzeptanz dieser Freiräume. Speziell ausgebildetes Personal kümmert sich rund um die Uhr um Betroffene und Angehörige.

Ein wichtiger Aspekt ist das Wohlfühlen: Massagen werden für Betroffene und Angehörige angeboten. Wichtig ist auch, dass Humor, Heiterkeit und Spaß nicht zu kurz kommen!

Therapie dauert 14 Tage und wird in verschiedenen Bad Ischler Hotels (Salzburg) durchgeführt.

(Information unter www.mas.or.at/seiten/de/alzheimer/alzheimer.html)

8. ZUSAMMENFASSENDE DARSTELLUNG

Bei der Demenz vom Alzheimer Typ handelt es sich um eine chronische, langsam fortschreitende, irreversible Erkrankung des Gehirns, welche zwangsläufig zu einem Verlust der intellektuellen Fähigkeiten und in weiterer Folge zum Tode führt.

Etwa 95% der Alzheimer-Erkrankten werden zu Hause gepflegt.

Die intensive Beschäftigung mit dem Erkrankten und die persönliche Zuwendung, welche die Betreuung zu Hause ermöglicht, bewirken ein langsames Fortschreiten der Krankheit. Die vertraute Umgebung bietet Gedächtnisstützen, die zumindest eine zeitlang die Orientierung fördern.

Die Betreuung der Alzheimer-Erkrankten bedarf vieler Überlegungen, organisatorischer Maßnahmen (finanziell, juristisch, den Wohnraum betreffend) und eine ständige Selbstreflexion (im Sinne von Achten auf die eigenen Bedürfnisse), denn ein ausgelaugter Pflegender kann den Erkrankten keine Stütze sein.

Kommunikation mit dem Erkrankten ist unerlässlich, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu signalisieren. Der Schwerpunkt verlagert sich im Verlauf der Krankheit von verbaler immer mehr hin zu nonverbaler Kommunikation.

Eine validierende Haltung in der Pflege verhindert einen vorzeitigen sozialen Rückzug des Erkrankten. Dabei gibt man sich auf die Ebene des Erkrankten um einerseits seine Sichtweise zu verstehen, und andererseits auch Verständnis zu signalisieren.

Pflegerisches Fachwissen muss Angeboten und Erworben werden, um die körperliche Defizite des Erkrankten auszugleichen. Das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nimmt hier einen großen Stellenwert ein, da sie durch Beratung und Anleitung vorbeugend tätig ist, d.h. ein Schaden am Erkrankten wird verhindert und die Pflege für den Angehörigen erleichtert.

9. LITERATURVERZEICHNIS

HAFNER, Manfred, Geriatrie Krankheitslehre, Teil 1: Psychiatrische und neurologische Syndrome, 3. Auflage, Bern, Verlag Hans Huber, 1998

HILDEBRANDT, Helmut, et al, Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Hamburg, Nikol Verlag 1994

KOPITZ, Erich, Geriatrie, Gerontologie, Gerontopsychiatrie und Pflege, 2001

JUCHLI, Juliane, Pflege, Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, 7. Auflage, Stuttgart, Thieme Verlag, 1994

NEANDER, Klaus-Dieter et al, Musik und Pflege, 1. Auflage, München, Urban und Fischer Verlag, 1999

SCHÄFFLER, Arne et al, Pflege Heute, 1. Auflage, München, Urban und Fischer Verlag, 1997

WURLITZER, Grit et al, Altenpflege Konkret, Gesundheits- und Krankheitslehre Auflage, München, Urban und Fischer Verlag, 1999

INTERNETVERZEICHNIS

www.alzheimerforum.de/BuP/teil1.htm

www.alzheimer-selbsthilfe.at

www.kfunigraz.ac.at/senioren/walzl.htm

www.licht-im-schatten.de/betroffen/Alzheimer.html

www.mas.or.at/seiten/de/alzheimer/alzheimer.html

www.medizinfo.com

www.at.novartis.com

www.stmk.volkshilfe.at/Pflegegeld/pflegegeld.htm

www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm

www.unilu.ch/dokumente/dokus_unilu/Grond2001_6078.pdf

www.univie.ac.at

www.zvw.de/aktuell/1999/11/24/news1.htm

10. Tabellenverzeichnis

Nr.	Seite	Benennung (Überschrift) der Tabellen
1	9	Entwicklung der österreichischen Bevölkerung bis 2050
2	12	Prävalenz von Demenzerkrankungen
3	42	Reaktionskette Familie

10. Abbildungsverzeichnis

1	24	Für Dich da sein (s. www.sacbee.com/static/live/bookofdreams/dreams_02.htm)
2	40	Der letzte Weg (s. www.healingwithnutrition.com/.../alzheimers/alzheimers.html)
3	Anh. 3	Pflegebett (s. www.lero.net/English/Equipment/photos/2102.jpg)
4	Anh. 3	Pflegebett aus Holz (s. www.georgegger.at/html/produkte/pflegebetten/beluno.htm)
5	Anh. 3	Rollstuhl (s. www.aura-team.de/rollstuhl.jpg)
6	Anh. 3	Rollstuhl mit Auflage (s. www.lehmann.-reha.de/fell.htm)
7	Anh. 3	Rollator (s. www.baehler.com/orthopaedie/1_3_5.htm)
8	Anh. 3	Rollator mit Korb (s. www.aura-team.de/rollator.jpg)
9	Anh. 3	Gehstock faltbar (s. www.fernunihagen.de/FTB/new/ftb/wohnbera/doc/hilfsm6-d.htm)
10	Anh. 3	Unterarmgehstützen (s. www.schwanen.com/hil_reg1.htm)
11	Anh. 3	Gehbock (s. www.schwanen.com/hil_reg1.htm)
12	Anh. 3	Badelifter (s. www.ortho-reha.com/alltagshilfen.htm)
13	Anh. 3	Badewannensitz 1 (s. www.senioren-fachhandel.de/bad_seite_3.htm)
14	Anh. 3	Badewannensitz (s. www.sanisax.de/images/thbrail/badewannensitz)
15	Anh. 3	Duschhocker mit Armlehn (s. www.sanisax.de/badundtoilettenhilfen.htm)
16	Anh. 3	Toilettstuhl aus Holz (s. www.aura-team.de/holztoil2.jpg)
17	Anh. 3	Toilettstuhl (s. www.aura-team.de/toilettstuhl.jpg)
18	Anh. 3	Urinflasche/Bettpfanne (s. www.schwannen.com/hil_reg1.htm)
19	Anh. 3	Bettpfanne aus Stahl (s. www.aura-team.de/edelstahl.jpg)

Anhang 1: **Validation**

Validation

Mit Validation wird die Grundhaltung des zu Pflegenden gegenüber dem dementen oder verwirrten Menschen beschrieben, die sich durch Wertschätzung, Annahme und Akzeptanz auszeichnet. Die verwirrte Person soll ohne Vorbehalt akzeptiert und in ihrer Realität belassen werden, wobei ihre Gefühle geachtet und bestätigt werden.

(vgl. WURLITZER, G. et al 1999 S.700)

Validation bedeutet: „Gültigkeit“, validieren = „etwas für gültig erklären.“

Durch Validation bekommen verwirrte, sehr alte Menschen jemanden, der ihnen mit Einfühlung zuhört, jemanden, der sich nicht verurteilt, sondern ihre Sicht der Realität akzeptiert. Einfühlungsvermögen - „in den Schuhen des anderen gehen“ - schafft Vertrauen. Vertrauen schafft Sicherheit, Sicherheit schafft Stärke - Stärke stellt das Selbstwertgefühl wieder her, Selbstwertgefühl verringert Stress.

Validationsziele sind:

- Wiederherstellen des Selbstwertgefühles
- Reduktion von Stress
- Rechtfertigung des gelebten Lebens
- Lösen der unausgetragenen Konflikte aus der Vergangenheit
- Reduktion von medikamentöser Therapie (Sedativa)
- Verbesserung der verbalen und nonverbalen Kommunikation
- Verhindern eines Rückzugs in das Vegetieren
- Verbesserung des Gehvermögens und des körperlichen Wohlbefindens

Technik der Validation

1. Zentrieren: Auf seinen Atem konzentrieren, um möglichst viel Ärger oder Frustration durch ihn auszustoßen. Seine eigenen Gefühle beiseite legen, um einer anderen Person einführend zuhören zu können.
 1. Konzentration auf einen Punkt, ca. 5cm unterhalb der Körpermitte
 2. Tief durch die Nase einatmen, durch den Mund wieder ausatmen
 3. Aufmerksamkeit dem eigenen Atem widmen
 4. langsam 8x wiederholen

2. Eindeutige, nicht wertende Wörter verwenden um Vertrauen herzustellen:

Betroffene wollen Gefühle nicht verstehen, man muss es vermeiden, sie etwas zu fragen, was sie zwingt, ihre Empfindungen einzugestehen.

Pflegepersonen sollten Tatsachenfragen stellen- Wer, Was, Wann, Wie, Wo

Die Frage „Warum“ sollte im Gespräch strikt vermieden werden. Der Validierte kann darauf keine rationale Antwort geben.

3. Wiederholen: Bedeutet, dass die Pflegeperson den Sinn dessen, was der Klient gesagt hat, noch einmal sagt und dabei möglichst dieselben Schlüsselwörter verwendet.

4. Extreme einsetzen:

z.B. Patient: Sie stehlen meine Unterwäsche? – PP: Wie oft? Nehmen sie alles?

Man fordert die Person auf, bei einer Beschwerde an die schlimmste Möglichkeit zu denken. Dadurch drückt sie ihre Gefühle intensiver aus und empfindet dadurch Erleichterung.

5. Sich das Gegenteil vorstellen:

Führt oft dazu, dass man sich auf bereits bekannte Lösungen des jeweiligen Problems erinnert.

z.B. Patient: Ich kann nachts nicht schlafen? - PP: War das immer so? Hatten Sie das Problem schon, als ihr Mann noch lebte?

6. Erinnern:

Das Erforschen der Vergangenheit führt dazu, dass man bereits bekannte Lösungen eines Problems wieder einsetzt. Es ist sehr schwierig für alte Menschen eine Lösung für neue Probleme zu finden.

7. Ehrlichkeit, engen Augenkontakt halten:

Enger Augenkontakt bringt Sicherheit und das Gefühl geliebt zu werden, und die Angst wird kleiner.

8. Mehrdeutigkeit:

Zeitverwirrte Menschen verwenden oft Worte, die für andere keinen Sinn ergeben. Der Validierende kann mit Fürwörtern „es, sie, er, jemand oder etwas“ fragen und der alte Mensch kann sich weiter hin mitteilen.

z.B. jemand sagt: Ich drohle mit den Wummseir.

Darauf könnte man fragen: War es lustig?

9. Klar, sanft und liebevoll sprechen:

Ungeduldiges oder unfreundliches Sprechen führt bei Verwirrten oft dazu, dass sie zornig werden oder sich zurückziehen.

Hohe, sanfte Klänge sind für ältere Menschen schwer zu hören.

10. Beobachten und dann die Bewegungen und Gefühle spiegeln:

Wichtig ist es, typische, körperliche Merkmale zu kennen und auch die Art, wie sie sich bewegen. Um ihre Körperhaltung genau nachahmen zu können, müssen Pflegende folgende Einzelheiten genau betrachten: Augen, Gesichtsmuskel, Atmung, Veränderung der Hautfarbe, Kinn, Unterlippe, Hände, wie sie im Stuhl sitzen, wo sie die Füße haben und den allgemeinen Zustand der Muskeln.

Es ermöglicht Pflegende, die Gefühlswelt von zeitverwirrten Personen zu betreten und mit ihnen eine wortlose Beziehung und eine Beziehung, die ohne Worte auskommt, herzustellen.

11. Das Verhalten in Beziehung setzen zu jenem menschlichen Grundbedürfnis, das nicht erfüllt wird:

Wenn sehr alte Menschen schlagen, auf- und abgehen, reiben oder klopfen kann eine validierende Pflegeperson dieses Verhalten einem der drei menschlichen Grundbedürfnisse zuordnen.

- Bedürfnis nach Liebe
- Nützlich zu sein
- Eigene Gefühle auszudrücken

12. Das bevorzugte Sinnesorgan erkennen und einsetzen:

Akustische Worte sind: hören, laut, klar.....

Visuelle Worte sind: bemerken, Bild, vorstellen, erinnern.....

Viele Leute bevorzugen ein Sinnesorgan. Kennt man das bevorzugte Sinnesorgan, kann man leichter Vertrauen aufbauen, weil es einem hilft, die Sprache dieser Person zu sprechen, ihre Welt zu betreten.

13. Berühren

Hilft oft bei Zeitverwirrte. Zeitverwirrte haben oft ihre „Rüstung“ verloren, sie können nicht mehr gut sehen und hören (bekommen kaum Anreize und Info).

Sie haben das Bedürfnis die Gegenwart eines anderen Menschen zu spüren. Sie haben keinen Begriff mehr von der Zeit und sind oft nicht mehr in der Lage, Personen zu erkennen. Sie bauen oft validierende PP in ihre Welt ein, damit er für sie zu einem geliebten Menschen aus der Vergangenheit wird. Man sollte sich von vorne nähern, damit die Person nicht erschreckt, wenn man sie berührt. Eine Pflegeperson sollte jedes Zeichen von Widerstand gegen körperlichen Kontakt so auslegen lernen, dass Berührung nicht erwünscht ist. Man muss immer den persönlichen Raum eines Menschen respektieren.

14. Musik einsetzen

Wenn Worte verschwinden, kehren gut bekannte, früh gelernte Melodien wieder zurück.

(vgl. KOPITZ, E. 2001)

Anhang 2: Musiktherapie, "etwas zum Nachdenken."

Beispiel eines wirksamen Einsatzes von Musik:

Frau... wird mit einem gebrochenen Bein von einem Allgemeinkrankenhaus auf die Gerontopsychiatrische Station überwiesen, weil sie alle Symptome einer schweren Demenz aufweist.

Sie ist nicht ansprechbar, nicht einmal Blickkontakt ist möglich, emotionale Bewegung ist nicht spürbar, „affektiv verflacht“ steht in der Krankenakte. So sitzt sie etwa drei Wochen fast regungslos im Aufenthaltsraum der Station. Nebenan, nur mit einer dünnen Falttür getrennt, findet die Gruppensangtherapie statt.

Frau... reagiert nicht auf Angebote, daran teilzunehmen, kann aber hören, was nebenan geschieht. In der vierten Woche, als die Musiktherapeutin nach der Stunde an ihr vorüber geht blickt Frau... sie an, mit Tränen in den Augen. Mühsam kann sie verständlich machen, dass sie gern dabei gewesen wäre. Bei der nächsten Stunde nimmt sie teil. Sie fängt bei dem Lied „Ich halt einen Kameraden“ an zu weinen, macht deutlich, dass wir es nicht weiter singen sollen. Die Gruppe akzeptiert das. In der folgenden Stunde wird das Lied wieder vorgeschlagen. Frau... stimmt zu, fängt wieder an zu weinen, diesmal aber möchte sie, dass es weiter gesungen wird. Sie beginnt zu erzählen. Stückweise, über weitere Wochen, fügt sie ihre Erinnerungen zusammen, bis sie ihre Lebensgeschichte wieder komplett hat:

Sie hatte geheiratet, zwei Wochen danach fiel ihr Mann im Krieg. In diesem Lied gibt es eine Zeile, die heißt „Bleib du im ewigen Leben mein treuer Kamerad“. Diesen Schwur hat sie zu ihrem gemacht: Sie blieb ihrem Mann immer treu, hat nie wieder geheiratet (vgl. NEANDER, K. et al 1999 S.122-123).

Anhang 3: Pflegebehelfe



Abb. 3: Pflegebett



Abb. 4: Pflegebett aus Holz



Abb. 5: Rollstuhl



Abb. 6: Rollstuhl mit Auflage



Abb. 7: Rollator



Abb. 8: Rollator mit Korb





Abb. 9: Gehstock faltbar

Abb. 10: Unterarmgehstützen



Abb. 11: Gehbock



Abb. 12: Badelifter



Abb. 13: Badewannensitz 1

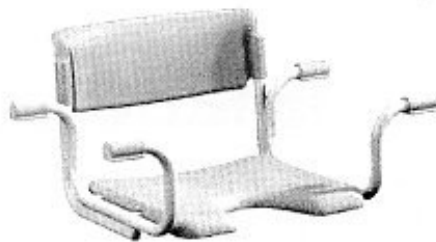


Abb. 14: Badewannensitz



Abb. 15: Duschhocker mit Armlehne



Abb. 16: Toilettstuhl aus Holz



Abb. 17: Toilettstuhl



Abb. 18: Urinflasche/Bettpfanne



Abb. 19: Bettpfanne aus Stahl

Anhang 4: **Realitätsorientierungstraining**

Realitätsorientierungstraining (ROT)

Gedacht für Personen, die unter Gedächtnisverlust oder Verwirrheitszustände leiden und zeitlich und örtlich desorientiert sind. Es konnten nachweisbare Besserungserfolge erzielt werden, die mit zunehmender Selbstständigkeit und Aktivität einhergingen. Realitätsorientierung bezeichnet eine Behandlung, die die soziale Struktur der Umgebung so organisiert, dass die Betroffenen ermuntert werden, sich in einer stärker orientierten Weise zu verhalten und ihren Verhaltensradius zu erweitern. Zu ROT gehören Erinnerung und Strukturierung.

Erinnerung an Ort, Zeit und Situation (bei jeder Routinetätigkeit)

z.B.: „Guten Morgen Frau M. Ich bin Sie sind hier in ihren Zimmer.

Heute ist Mittwoch, der 10.November 2003, es ist 8 Uhr. Ich bringe ihnen das Frühstück.“

Antworten müssen geduldig abgewartet und gelobt werden, wenn sie richtig sind, oder sofort in einem annehmbaren Ton korrigiert werden.

Strukturierung der Umgebung

Einhalten der Essenszeiten oder Zeiten des Aufstehens, das Vorhandensein von Uhren, Kalender, Orientierungstafeln mit Angaben über die nächsten Termine wie Arztbesuch, Therapien usw., Farbsysteme, Zeichen, gut lesbare Namensschilder an den Türen, Andenken und Bilder aus der Vergangenheit, Zeitungen usw.. ROT darf den Kranken weder unter- noch überfordern und muss regelmäßig durchgeführt werden, sonst schwindet der Trainingserfolg. Der ROT- Erfolg hängt wesentlich davon ab, wie Pflegenden der Verwirrten als Person ernst nehmen (sich in ihn einfühlen).

(vgl. KOPITZ, E. 2001 S.129, JUCHLI, J. 1994 S.590)

Anhang 5: **Praktisches Vorgehen bei der kognitiven Milieuthherapie**

Praktisches Vorgehen

1. Aufklärung/Fortbildung

Familiengespräche mit allen Betroffenen! Information der Betreuer und Angehörigen über das Wesen der Krankheit allgemein sowie über die Defizite des Erkrankten sowie noch vorhandener Fähigkeiten.

2. Defizit-Kompensation

Kompensation der Defizite durch Pflege und Milieuanpassung

- Grundpflege
- Orientierungshilfen örtlich und zeitlich- Sprachersatz mimische und gestische Zuwendungsformen
- Hilfen in den täglichen Verrichtungen
- Hilfsmittelsortimente prüfen und ausschöpfen: z. B. Schlupfschuh anstatt Bindschuh, Digitaluhr anstatt Analoguhr, Gehhilfen

3. Ressourcen-Aktivierung

Förderung nach vorhandenen Fähigkeiten

- Aktivierende Pflege
- Allgemeine Aktivierung und Animation in den Bereichen mit intakten Fähigkeiten

4. Adjuvante¹⁰ Therapie

- Pharmakotherapie der Symptome
- Abklärung und Therapie von Polymorbidität¹¹
- Milieuanpassung defizitorientiert mit Minimalisierung von Veränderungen wegen der Amnesiebedingten Anpassungsschwierigkeiten an Neues.

5. Verlegung auf geschlossene Langzeitabteilung

Bei örtlicher Desorientierung, Bewegungsdrang mit Weglaufgefahr: geschlossene Abteilung zwecks Verhinderung von Verirren ohne wesentliche Bewegungseinschränkung.

6. Verlegung auf Gerontopsychiatrische Langzeitabteilung

Grundidee: Minimalisierung von Stress für alle.
(vgl. HAFNER, M. 1998 S.279-280)

¹⁰ Adjuvante: unterstützen, helfen (Pschyr. 1994 S.20)

¹¹ Polymorbidität: gleichzeitiges Bestehen von mehreren Krankheiten (Pschyr. 1994 S.1224)

Anhang 6: **Beratungsstellen und Angehörigengruppen**

Alzheimer Angehörigengruppen in Österreich

Wien: Alzheimer Angehörige Austria
Antonia Croy, Roswitha Bartsch
1020 Wien, Obere Augartenstr. 26-28
Tel.: 01/3325166 Fax: 01/3342141

Niederösterreich: Dachverband der NÖ. Selbsthilfegruppen
Traude Izaak
Landhaus-Boulevard, Haus 4
Postfach 26, 3100 St. Pölten
Tel.: 02742/22644 Fax: 02742/22686

Oberösterreich: SHG für pflegende Angehörige
Alzheimer und Verwirrte Menschen
Rudolf Scheinecker
4600 Wels , Hans Sachs-Str. 4
Tel.: 07242/699-210 u. 211 Fax: 699-201

Salzburg: Alzheimer-Angehörigen-Gruppe
Landesnervenklinik Salzburg
Herr OA Dr. Luthringshausen
5020 Salzburg, Ignaz Harrerstr. 79
Tel.: 0662/44833001

Tirol: Dr. Monika Kiener
6020 Innsbruck, Mitterweg 65a
Tel.: 0699-10780887

Osttirol: Gesundheitssprengel Lienz
9900 Lienz, Schweizergasse 10
Tel.: 04766/68466 Fax: 04852/69146

Burgenland: Wilma Brauneis
7444 Klostermarienberga, Berggasse 9
Tel. u. Fax: 02611/2391

Steiermark: Herr Prim. Dr. F. Yazdani
Landesnervenkrankehaus Abt. für Gerontopsychiatrie
8053 Graz, Wagner Jaureggplatz 1
Tel.: 0316/2191 DW 2216

Kärnten: Prim. Dr. Ernst Pesec
LKH Wolfsberg, Med. Geriatriische Abteilung
9400 Wolfsberg, Paul Hackhoferstr. 9
Tel.: 04352/533453 Fax: 04352/533455

Vorarlberg: Hermi Meusburger
Sozialsprengel Hard
6971 Hard, Ankergasse 24
Tel.: 05574/75544, 05574/83387
Fax: 05574/74544-4

Zentrale Beratungsstellen

Beratung für Pflegende durch das Sozialservice des Bundesministeriums für
Soziale Sicherheit und Generationen, Österreichweit und kostenlos
1010 Wien, Stubenring 1/3/185
Tel.: 0800201622

Aufnahme in ein Pflegeheim
MA 47, 1010 Wien, Schottenring 24
Tel.: 01/53114-85780

Psychosozialer Dienst
1090 Wien, Fuchsthallergasse 18
Tel.: 01/3102573 oder 3102574 von 8-20 Uhr
3108779 oder 3108780 von 20-8 Uhr und Sa, So- u. Feiertage

Verein für Sachwalterschaft u. Patientenanwaltschaft
1200 Wien, Forsthausstr. 16-20
Tel.: 01/3304600 oder 0676-6277455 Fax: 01/3304600-300

Österreichische Alzheimer Gesellschaft
Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel
1130 Wien, Riedelgasse 5
Tel.: 01/88000

Österreichische Alzheimer Liga
Prim. Dr. Marion Kalousek
3. Psychiatrische Abteilung
Psychiatrisches Krankenhaus
1140 Wien, Baumgartner Höhe 1
Tel.: 01/91060/2030 Fax: 91060/2052

(vgl. www.alzheimer-selbsthilfe.at u. www.at.novartis.com)

Anhang 7: **Rückenschonendes Arbeiten**

Heben, Tragen, Bücken

Heben, Tragen und Bücken belasten die Wirbelsäule und die Bandscheiben. Nicht jeder pflegebedürftige Mensch muss gehoben werden. Ist er noch mobil genug, sollte er sich selbst bewegen. Ist das nicht der Fall, muss man sich dringend einschulen lassen.

Als pflegender Angehöriger sollten sie überlegen, wie sie sich möglichst oft Entlastung durch eine zweite Person sowie durch technische Hilfsmittel organisieren könnten. Andererseits sollten sie dringend einen Kurs zum rückenschonenden Arbeiten besuchen oder sich zumindest vom Fachpersonal (z.B. Physiotherapeuten, Pflegefachkraft) instruieren lassen. Nachlässigkeit in diesem Bereich hat einen enorm hohen Preis: denn die gefährliche Schädigung des eigenen Bewegungsapparates kann die eigene Pflegebedürftigkeit vorbereiten.

Wenden sie sich besser heute als morgen an Professionisten.

(s. www.stmk.volkshilfe.at/Tipps/tipps_hilfen.htm)

Anhang 8: Pflegegeld

Wie kommen sie zum Pflegegeld?

Die pflegebedürftige Person muss einen formlosen Antrag an die für sie/ihn zuständige Stelle stellen.

Wo beantragen sie Pflegegeld?

Ist der pflegebedürftige

Mensch

Bezieher einer Pension aus
der Sozialversicherung

-

Bezieher einer
Bundesbeamtenpension

-

Bezieher
einer Versorgungsrente

-

Bezieher einer Unfallrente

-

Anderes

-

Wendet er/sie

sie an

die zuständige
Pensionsversicherung

das Bundesrechenamt, die
Post- und Telegraphen-
Direktion bzw. das zentrale
Rechenservice der ÖBB

das Bundessozialamt

die Unfallversicherung

Ämter der Landesregierung

Gibt es ein Recht auf Pflegegeld?

Ja, sofern Anspruchsberechtigung vorliegt. Sollte ein berechtigter Antrag abgelehnt werden, können sie Ihren Rechtsanspruch bei einem Arbeits- und Sozialgericht einbringen.

Wer hat Anspruch auf das Pflegegeld?

Jede Person, die das dritte Lebensjahr vollendet hat (ausgenommen Härteklause) und deren Betreuungs- und Pflegebedarf für mehr als sechs Monate gegeben ist . Zudem muss sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und gegenüber dem Bund einen Anspruch auf Versorgungsleistung haben bzw. eine Rente oder Pension aus der Sozialversicherung beziehen. Außerdem muss eine körperliche, geistige oder psychische Behinderung (bzw. eine Sinnesbehinderung) vorliegen.

Anspruch auf Pflegegeld haben:

- Bezieher einer Unfallrente
- Bezieher einer Beamtenpension des Bundes
- Bezieher einer Pension aus der Sozialversicherung
- Landes- und Gemeindepensionist
- Bezieher einer Versorgungsrente
- Angehörige von Versicherten
- Sozialhilfeempfänger
- Erwerbstätige behinderte Menschen
- Andere pflegebedürftige Personen

Gibt es Unterbrechungen des Anspruches?

Ja, während eines stationären Aufenthaltes in einer Krankenanstalt (deren Kosten von Bund bzw. Sozialversicherung getragen werden) ruht der Anspruch auf Pflegegeld ab dem Tag, der dem Aufnahmetag folgt.

Wie ist es beim Aufenthalt in einem Pflegeheim?

Bei Inanspruchnahme einer stationären Pflege im Pflegeheim erhält die anspruchsberechtigte Person lediglich 10% der Pflegegeldstufe 3. Den verbleibenden Betrag erhält die Einrichtung.

(s. www.stmk.volkshilfe.at/Pflegegeld/pflegegeld/.htm)

Wie hoch ist das Pflegegeld?

Das Pflegegeld wird in Abhängigkeit vom Pflege- und Betreuungsausmaß in Pflegegeldstufen ausbezahlt. Der Bedarf an den die Pflegegeldstufe gekoppelt ist, wird von Ärztinnen der zuständigen Versicherung bei einem Hausbesuch erhoben.

Geschätzter Pflegebedarf	Pflegegeldstufe	Höhe des Pflegegeldes (Stand: 2002)
mehr als 50 Stunden monatlich	Pflegegeldstufe 1	EURO 145,35
mehr als 75 Stunden monatlich	Pflegegeldstufe 2	EURO 268,02
mehr als 120 Stunden monatlich	Pflegegeldstufe 3	EURO 413,51
mehr als 160 Stunden monatlich	Pflegegeldstufe 4	EURO 620,26
mehr als 180 Stunden monatlich und außerge- wöhnlicher Pflegeaufwand	Pflegegeldstufe 5	EURO 842,35
mehr als 180 Stunden monatlich und dauernde Aufsicht notwendig	Pflegegeldstufe 6	EURO 1.148,67
mehr als 180 Stunden monatlich und praktische Bewegungsunfähigkeit	Pflegegeldstufe 7	EURO 1.531,51