

**Albertinen-Akademie**

Weiterbildung DEMERGO

Kurs 7

Kursleitung Gudrun Schaade

**Klinikalltag und Demenz –  
eine Herausforderung**

**Wie kann die Ergotherapie im Akutkrankenhaus unterstützend  
wirken?**

Katrin Bumb

[...]

Abgabetermin: 25.08.2019

# Klinikalltag und Demenz – eine Herausforderung

## Wie kann die Ergotherapie im Akutkrankenhaus unterstützend wirken?

### Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Hauptteil .....	1
2.1	Definition und Diagnosestellung Demenz.....	1
2.1.1	Demenzformen.....	2
2.2	Definition Ergotherapie.....	3
2.3	[...]	3
2.4	Problematische Situation aus Sicht des Patienten.....	4
2.5	Problematische Situation aus Sicht des Personals.....	5
2.6	Ziele allgemein/Empfehlungen.....	5
2.7	Ergotherapeutische Ziele bei Menschen mit Demenz.....	5
2.7.1	Ergotherapeutische Ziele bei beginnender Demenz.....	6
2.7.2	Ergotherapeutische Ziele bei fortgeschrittener Demenz .....	6
2.8	Körperwahrnehmung.....	7
2.9	Mögliche Maßnahmen im stationären Alltag .....	8
2.9.1	Fallbeispiel .....	9
3.	Schlussteil .....	13

## Literaturverzeichnis

### Bücher

- Förstel, Hans - Demenzatlas spezial (Stuttgart 2012)
- Schaade, Gudrun - Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom (Heidelberg 2016)
- Schaade, Gudrun - Ergotherapie bei Demenzerkrankungen, ein Förderprogramm (Heidelberg 2012)

### Broschüren

- Konzept der Ergotherapie zur Behandlung demenziell erkrankter Menschen- Fachkreis Ergotherapie und Demenz Hamburg

### Skripte

- Modul 1 „Medizinisches Basiswissen“, Dr. Lange
- Modul 5 „Versorgungsbasiswissen“, Marie-Claire Herbst
- Modul 6 „Grundbedürfnisse und Besonderheiten bei einer Demenzerkrankung“, Gudrun Schaade

### Anlagen

- Eigene Fotos von erstellten Therapiematerialien (aufgenommen am 18.08.19)

## **1. Einleitung**

Wer in einem Krankenhaus beschäftigt ist, kennt es sicherlich: In der Krankenakte erscheint neben dem akuten Einweisungsgrund bei einer Vielzahl der Patienten die „Nebendiagnose“ Demenz.

Häufig stellt die Versorgung dieser Patientengruppe eine Herausforderung dar, denn dementiell Erkrankte können ungewohnte Verhaltensweisen zeigen, den Stationsalltag und Mitpatienten stören, die Diagnostik erschweren und werden daher als „schwierig“ empfunden.

Das Umfeld in einem Krankenhaus ist meist nur bedingt „demenzfreundlich“ eingerichtet und der Fokus ist auf die Hauptdiagnose gerichtet.

In Zeiten von zunehmender Arbeitsverdichtung und Personalknappheit fällt die entsprechende Berücksichtigung der nachlassenden kognitiven Fähigkeiten bei Menschen mit Demenz besonders in diesem Setting schwer.

In meinem Berufsalltag erlebe ich es dann häufiger, dass sich Hilfe suchend an die Ergotherapie gewandt wird.

Im Folgenden möchte ich daher auf die Herausforderungen im Klinikalltag eingehen und erarbeiten, was neben der ergotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit Demenz von Seiten unseres Berufes zur Verbesserung der Situation beitragen kann.

## **2. Hauptteil**

### **2.1 Definition und Diagnosestellung Demenz**

„De-menz“ bedeutet „vom Geist, bzw. vom Gedächtnis entfernt zu sein“.<sup>1</sup>

Die Diagnosestellung im Krankenhaus erfolgt durch Befragung und Untersuchung des Betroffenen, Gesprächen mit Angehörigen bzw. Kümmerern, Blut- und Röntgenuntersuchungen, sowie den üblichen Demenz-Tests.

---

<sup>1</sup> Grudrun Schaade, Ergotherapie bei Demenzerkrankungen

Die Diagnose der Demenz setzt voraus, dass folgende Punkte erfüllt sind: <sup>2</sup>

- *Beeinträchtigung des Gedächtnis und höherer kognitiver Funktionen*  
(Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Sprache, Wortfindung)
- *Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten*  
(Haushaltsführung, persönliche Hygiene)
- *Ausschluss einer Bewusstseinsstörung*  
(wiederholt auftretende oder länger anhaltende Verwirrheitszustände)
- *Dauer der Hirnleistungsstörung mindestens 6 Monate*  
(chronisch fortschreitend, stabile Verschlechterung)

Laut Deutscher Alzheimer Gesellschaft leben heute ca. 1,7 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. <sup>3</sup>

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, insbesondere an der Alzheimer Demenz zu erkranken und gerade diese Personengruppe stellt eine wachsende Anzahl an Patientinnen und Patienten dar, für die ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus häufig notwendig wird.

### **2.1.1 Demenzformen**

#### Häufigkeit primärer Demenzen <sup>4</sup>

Alzheimer Demenz	60%
Gemischte Demenzen	12%
Vaskuläre Demenzen	8%
Lewy-Körperchen Demenz	7%
Frontotemporale Demenz	5%
Andere	5%
Parkinson Demenz	3%

---

<sup>2</sup> und <sup>4</sup> Skript der Demergo, Modul 1, Dr. Lange

<sup>3</sup> DalzG, Infoblatt 1, Häufigkeit von Demenzerkrankungen, unter <https://www.deutsche-alzheimer.de>  
(abgerufen am: 25.7.2019)

Bei 15% aller Demenzerkrankungen spricht man von sekundären Demenzen als Folge anderer Erkrankungen. Ist diese Grunderkrankung behandelt, können die kognitiven Defizite meist behoben werden.<sup>5</sup>

## **2.2 Definition Ergotherapie**

Der Fachkreis Ergotherapie und Demenz Hamburg definiert Ergotherapie in Anlehnung an den DVE (Deutscher Verband der Ergotherapeuten) folgendermaßen:

*„Ergotherapie unterstützt und begleitet Menschen jeden Alters, die in ihrer Handlungsfähigkeit eingeschränkt oder von Einschränkung bedroht sind.*

*Die ergotherapeutische Arbeit erfordert Flexibilität sowie die ständige Analyse der Situation und des Erlebens des kranken Menschen und eine daraus resultierende Anpassung des therapeutischen Vorgehens.*

*Hierbei dienen spezifische ausgewählte Handlungen, Mittel und Methoden, Umweltanpassung und Beratung dazu, dem Menschen möglichst weitgehend Handlungsfähigkeit im Alltag und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen und so zum Erhalt und der Verbesserung ihrer Lebensqualität beizutragen.“*

Wie kann das nun aussehen, wenn ein Patient mit der „Nebendiagnose Demenz“ aufgenommen wird. Die Verweildauer in einem Krankenhaus soll aus ökonomischer Sicht möglichst kurz sein, was im Falle einer Demenz auch sinnvoll ist. Daher stellt sich die Frage in welcher Form das begrenzte Zeitfenster von Seiten der Ergotherapie genutzt werden kann.

## **2.3 [...]**

---

<sup>5</sup> Grudrun Schaade, Ergotherapie bei Demenzerkrankungen

## 2.4 Problematische Situation aus Sicht des Patienten

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend beschreibt in seiner Handreichung zum Bundesmodellprogramm lokale Allianzen für Menschen mit Demenz die Situation des Patienten im Krankenhaus, für mein Empfinden treffend:

*„Für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen stellt ein Krankenhaus eine große Herausforderung dar. Alle klinischen Abläufe sind auf Effizienz und Wirtschaftlichkeit ausgerichtet und funktionieren nur dann reibungslos, wenn es sich bei den Patienten um kooperative Partnerinnen und Partner handelt. Das bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Menschen ihre gesundheitlichen Probleme artikulieren und kommunizieren können, sie zeitlich und räumlich orientiert sind, sich mit anderen Patientinnen und Patienten arrangieren können und aufgrund dieser Kompetenzen das ‚System Krankenhaus‘ ohne große Zwischenfälle durchlaufen.“*

[...]

Schwierigkeiten, die sich für Menschen mit einer Demenz während des Krankenhausaufenthaltes ergeben können sind möglicherweise bedingt durch: Fremde Personen im Zimmer, das Schlafen in ungewohntem Bett, die Geräuschkulisse, der veränderte Tagesablauf durch andere Schlaf- und Essenszeiten, das wechselnde Personal, laufende Untersuchungen und begrenzte Bewegungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten.

Dies alles kann zu Ängsten, Unruhe und Aggressionen führen und akute Verwirrheitszustände begünstigen. Des weiteren besteht ein erhöhtes Sturzrisiko und ich kann immer wieder beobachten, dass es bei der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme gerade bei Menschen mit Demenz zu Schwierigkeiten kommt.

## **2.5 Problematische Situation aus Sicht des Personals**

In Gesprächen mit Kollegen der Pflege wurde deutlich, dass v.a. das sogenannte herausfordernde Verhalten und die „Läufer“ als problematisch empfunden werden.

Sie schildern, dass die begrenzte Zeit nur unzureichende Möglichkeiten bietet, diese Personen im Blick zu behalten, ihnen bei der Nahrungsaufnahme unterstützend zur Seite zu stehen, statt das Essen anzureichen, oder es an Beschäftigungsangeboten für Menschen mit Demenz fehlt. Durch die Zunahme an Aufgaben und Dokumentation verbleiben wenig Ressourcen, entsprechend auf die Bedürfnisse von dementiell erkrankten Menschen einzugehen.

## **2.6 Ziele allgemein / Empfehlungen**

Neben der medikamentösen Therapie möchte ich einen Auszug therapeutischer Empfehlungen vorstellen: <sup>6</sup>

- Schaffen eines sicheren, angenehmen Umfeldes: überschaubare, stressarme, aber stimulierende Umgebung
- Förderung und Sicherung der Fortbewegung
- Entfernung von Gefahrenquellen
- Förderung des Körpererlebens und der Körperwahrnehmung
- Einhalten eines festen Zeitplanes für die alltäglichen Aktivitäten
- Konstante Bezugspersonen
- Erleichtern von Alltagsaktivitäten durch Hilfsmaßnahmen / mitteln
- Ermöglichen von Aktivitäten

## **2.7 Ergotherapeutische Ziele bei Menschen mit Demenz <sup>7</sup>**

*„Das übergeordnete Ziel der ergotherapeutischen Arbeit mit Demenzerkrankten ist, dem betroffenen Menschen Hilfe anzubieten, um das restliche Leben besser bewältigen zu können. Dazu gehört auch Angehörigen helfend zur Seite zu stehen.“*

Konkrete Ziele ergeben sich aus dem Krankheitsstadium, in dem der betroffene Mensch sich befindet.

---

<sup>6</sup> Förstl Hans, DemzAtlas (2012)

<sup>7</sup> Grudrun Schaade, Ergotherapie bei Demenzerkrankungen

### **2.7.1 Ergotherapeutische Ziele bei beginnender Demenz**

Bei beginnender Erkrankung wird versucht die Orientierung zu stützen und die vorhandenen kognitiven Fähigkeiten möglichst lange zu erhalten und einzusetzen. Zusätzlich wird Biografie- und Erinnerungsarbeit betrieben, um das Langzeitgedächtnis zu stabilisieren, da das Kurzzeitgedächtnis sehr schnell beeinträchtigt wird. Wichtig ist auch vorbeugend die Körperwahrnehmung zu stabilisieren.

### **2.7.2 Ergotherapeutische Ziele bei fortgeschrittener Demenz**

Als Hauptziel der ergotherapeutischen Arbeit in diesem Stadium ist der Erhalt und die Förderung der Körperwahrnehmung zu nennen. Der demenzkranke Mensch soll sich durch intensives Körperwahrnehmungstraining noch möglichst lange selbst spüren, wodurch Unruhe abgebaut und Ängste und Verhaltensstörungen positiv beeinflusst werden können. Zudem:

- den sich aufbauenden hohen Muskeltonus senken
- drohende Gelenkversteifung in den Händen und Armen durch Prävention vermeiden
- Essstörungen und Probleme bei der Nahrungsaufnahme, falls vorhanden, mindern
- die Kommunikationspotentiale und Sprache anregen, die immer mehr eingeschränkt wird
- Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit verbessern
- das sich verändernde Sozialverhalten positiv beeinflussen

Neben dem direkten therapeutischen Kontakt mit den Erkrankten, gibt es weitere wichtige Tätigkeiten um einer Verschlechterung des Gesamtzustandes bei Menschen mit Demenz durch den Krankenhausaufenthalt vorzubeugen.<sup>8</sup> Dabei spielt die Angehörigenarbeit eine wichtige Rolle, um die Kompetenz im Umgang mit dem dementiell erkrankten Menschen zu verbessern.

---

<sup>8</sup> Fachkreis Ergotherapie und Demenz Hamburg, Konzept der Ergotherapie zur Behandlung dementiell erkrankter Menschen

### Ebenso:

- Ergotherapeutische Befund- und Anamneseerhebung
- Erstellung eines Behandlungsplanes
- Dokumentation therapeutischer Prozesse und Beobachtungen
- Kontakt zu Ärzten
- Mitgestaltung der räumlichen Atmosphäre
- Fachspezifische Beratung von Mitarbeitern in Form von internen Fortbildungen und Gesprächen
- Teilnahme an Fallbesprechungen
- Anfertigung und Einkauf von Therapiemitteln
- Anleitung und Betreuung von Schülerinnen und Schülern

## **2.8 Körperwahrnehmung**

In der Broschüre „Konzept der Ergotherapie zur Behandlung dementiell erkrankter Menschen“ des Fachkreises Ergotherapie und Demenz Hamburg, findet sich eine schöne Beschreibung zum Bereich Wahrnehmung, die ich gerne zitieren möchte:

*„Die Körperwahrnehmung ist eine der wichtigsten, elementaren Fähigkeiten des Menschen, um zu existieren und zu überleben. Sie ist auch Grundlage für die Entwicklung seiner kognitiven und emotionalen Fähigkeiten. Körperwahrnehmung entsteht aus dem Zusammenspiel der Aufnahme von Reizen aus Umwelt und Körper und ihrer Verarbeitung im Gehirn. Durch schwere neurologische Störungen kommt es bei fast allen zerebralen Erkrankungen zu Einbußen in diesem Bereich. Dies geschieht auch bei fortschreitender dementieller Erkrankung. Solche Einbußen können langfristig zu schwerer Immobilität führen.*

*Sinnesreize sind die Grundlage für das Funktionieren sämtlicher neurophysiologischer Prozesse.*

*Die gezielte dosierte Reizsetzung auf den verschiedenen Ebenen der Sinneswahrnehmung (Gleichgewichtssinn, Lage- und Bewegungssinn, Tast- und Berührungssinn, Sehsinn, Hörsinn, Geruchssinn, Geschmackssinn und Eingeweidesinn) und deren Steuerung sind die Basis der ergotherapeutischen Behandlung bei Menschen mit schwerer und schwerster dementieller*

*Erkrankung. Dies empfiehlt sich auch beim Umgang mit dementiell erkrankten Menschen mit herausforderndem Verhalten.“*

## **2.9 Mögliche Maßnahmen im stationären Alltag**

Besonders bei Fortschreiten der Demenzerkrankung tritt häufig die Frage auf: „Was kann man denn da noch machen? Hilft das überhaupt?“

Richtig ist, dass klassisches Gedächtnistraining oder Orientierungstraining nicht mehr greifen. Auch therapeutische Ansätze beim typischen Wasch- und Anziehtraining sind sinnlos, da zu einer solchen Leistung die Kognition nötig ist, welche bei der Demenzerkrankung rasch nachlässt.

Im Rahmen kürzlich stattgefundener notwendiger Renovierungsarbeiten [...] wurde versucht die Orientierung für Patienten zu verbessern und das Sturzrisiko zu minimieren. So wurden die gesamten Stationen farblich neu gestaltet (inklusive Bodenbeläge und Wandgestaltung), Bäder wurden mit ebenerdigen Duschen und farblich abgesetzten Toilettendeckeln ausgestattet, das Notrufsystem (Klingelanlage) modernisiert und vereinfacht und die Beschilderung übersichtlicher gestaltet.

Diese Maßnahmen können für Patienten mit einer beginnenden Demenz hilfreich sein, dennoch sollte immer der Verlauf der Erkrankung im Blick behalten werden.

Deshalb ist es wichtig dem Erkrankten frühzeitig den eigenen Körper bewusst zu machen und die Wahrnehmung zu stabilisieren.<sup>9</sup>

Dies kann beispielsweise durch sportliche Aktivitäten erfolgen. Bewegung ist nötig, um das Körpergefühl und die Körperwahrnehmung zu fördern. Gerade zu Beginn der Erkrankung sind Tanzen, Kegeln, Ergometertraining oder Betätigungen mit Hanteln eine gute Möglichkeit, ebenso Beschäftigungsmöglichkeiten durch kreatives Tun. Hierbei sollten die Gegenstände und Materialien intensive taktile und taktil-kinästhetische Reize erzeugen, z.B. Peddigrohrarbeiten, Mandalas malen oder Holz schmirgeln bieten sich an.

---

<sup>9</sup> Gudrun Schaade, Ergotherapeutische Behandlungsansätze bei Demenz und dem Korsakow-Syndrom

Spaziergänge in Gesellschaft regen zur Unterhaltung an, sie fördern Konzentration und Aufmerksamkeit und das vestibuläre System.

Die Umgebung auf der Station sollte Möglichkeiten des „Be-greifens“ bieten. Dinge, die man anfassen, tragen, bewegen kann, könnten z.B. Bücher / Zeitschriften, Hüte, Körbe, Kuscheltiere oder Tastplatten sein.

Sogenannte Themenkisten bieten die Möglichkeit, zu einer 10-Minutenaktivierung herangezogen zu werden (siehe Anlage).

Sie wurde 1996 von Ute Schmidt-Hackenberg speziell für Pflegekräfte entwickelt und berücksichtigt den Personal- und Zeitmangel in der Pflege. Die gezielte Beschäftigung mit vertrauten Gegenständen, Materialien oder Werkzeugen über die Erinnerungsarbeit hat das Ziel, z. B. die Kommunikation zu fördern, soziale Isolation zu verhindern, das Langzeitgedächtnis zu aktivieren und positives Erleben zu schaffen. <sup>10</sup>

Da gerade die Körperwahrnehmung bei der Nahrungsaufnahme eine entscheidende Rolle spielt und das Thema Essen im Stationsalltag bei Menschen mit einer Demenz problematisch sein kann, möchte ich die Möglichkeiten der Ergotherapie anhand eines Fallbeispiels schildern.

### **2.9.1 Fallbeispiel**

Zunächst ein kurzer Überblick: <sup>11</sup>

Essen und Trinken dient der Energiezufuhr und sichert das Überleben.

Notwendige Fähigkeiten zur Nahrungsaufnahme sind:

- motorische Fähigkeiten des Kopfes und Rumpfes zur aufrechten Sitzposition
- die sensorische- und räumliche Wahrnehmung und die Propriozeption
- Konzentration und Handlungsplanung
- Öffnen und Schließen des Mundes / Lippen

---

<sup>10</sup> Demergo Skript, Modul 5 Versorgungsbasis Wissen, Marie-Claire Herbst

<sup>11</sup> Demergo Skript, Modul 6 Grundbedürfnisse und Besonderheiten einer Demenzerkrankung, Gudrun Schaade

- die Zungenbewegungen zum Transport der Speisen
- intakte Zähne
- Kau- und Schluckfähigkeit

Altersbedingt nimmt die olfaktorische, gustatorische und visuelle Wahrnehmung ab und das Durst- und Hungergefühl lässt nach. Die Mobilität ist häufig eingeschränkt und es treten Kaubeschwerden auf.

Eine 87-jährige Patientin mit fortgeschrittener Demenz kam aus einem nahe gelegenen Pflegeheim mit Verdacht auf Hirninfarkt in die Klinik.

Die Patientin lebt seit 2005 im Pflegeheim, war nie verheiratet und hat keine Kinder. Sie wird betreut von einer Nichte und hat den Pflegegrad 4.

Laut Überleitungsbogen des Heimes war die Patientin zuletzt nicht orientiert, inkontinent, sie konnte einige Schritte in Begleitung gehen, benötigte in allen ADL's Hilfestellung, bzw. volle Übernahme und antwortete nur kurz, wenn sie angesprochen wurde.

Andere Personen griff sie zeitweise verbal tätig an und schlug bei der Körperpflege nach dem Pflegepersonal.

Ich lernte die Patientin einen Tag nach der Aufnahme im Rahmen der täglichen Visite [...] kennen. Laut Pflegepersonal zeige sie bei der Durchführung der Körperpflege deutliches Abwehrverhalten in Form von Schlagen und Treten und verweigere die Nahrungsaufnahme.

#### Kurzbefund:

Patientin liegt im Bett und schläft, ihr Ernährungszustand ist normal, die Gesichtsfarbe blass und sie wirkt älter. Sie trägt weder Brille, Hörgeräte, noch eine Zahnprothese. Sie hat einige eigene Zähne.

Auf laute Ansprache öffnet sie die Augen, nimmt keinen Blickkontakt auf, keine verbalen Äußerungen.

Es besteht eine armbetonte Hemiparese li.

Die Orientierung ist nicht prüfbar, der Antrieb scheint gemindert.

Sie zeigt auffällige Bewegungen in Form von ständigem langsamem Auf- und Abbewegen des Kopfes. Die Extremitäten re. werden spontan bewegt, einen gereichten Gegenstand hält sie nicht fest. Kontrakturen sind keine feststellbar.

Die Patientin lässt sich von mir problemlos an die Bettkante mobilisieren. Der freie Sitz ist nicht möglich. Beim Transfer übernimmt sie Gewicht auf beide Füße.

Nachdem eine Schluckstörung durch Abklärung der Logopädin ausgeschlossen wurde, entschloss ich mich, die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu übernehmen. Die Fähigkeit selbständig zu Essen und zu Trinken ist ein Ziel, das durch die Therapie so lange wie möglich erhalten bleiben soll. Ebenso besteht in diesem Zusammenhang die Möglichkeit auf viele Bereiche der Wahrnehmung Einfluss zu nehmen und diese zu fördern.

Ich mobilisierte die Patientin in einen Pflegestuhl da die Rumpfstabilität eingeschränkt war. Um den Oberkörper besser aufzurichten nutzte ich zusätzlich ein Kissen im Rücken. Die Füße standen fest auf einem Fußbrettchen, da die Patientin aufgrund ihrer Körpergröße keinen Bodenkontakt ihrer Füße erreichen konnte, dieser aber zur Körperwahrnehmung unabdingbar ist.

Ich versuchte eine ruhige entspannte Atmosphäre zu schaffen, in der ich mich der Patientin zuwenden konnte. Wir befanden uns alleine im Patientenzimmer, ohne störende Nebengeräusche oder sonstige offensichtliche Ablenkungen. Das Essen wurde entsprechend den Fähigkeiten und Einschränkungen der Patientin passiert aus der Küche bestellt. Ich platzierte den weißen Teller auf einer farbigen Antirutschmatte zur besseren Wahrnehmung in etwas Entfernung zu der Patientin und nutze einen großen Löffel. Dieser ermöglicht mehr Spürinformation im Mundbereich und ist besser zu greifen.

Die Patientin reagierte nicht auf das Essen und machte keine Versuche der Nahrungsaufnahme. Ich entschied mich für das Führen in Anlehnung an Frau Affolter.

Dabei ist es wichtig, dass der Patient nicht zu dicht am Tisch sitzt und nur mit einer Hand agiert wird. Die andere Hand liegt auf dem Tisch. Der Löffel muss mit festgehalten werden, denn Druck auf die Finger erzeugt Gegendruck.

Durch das Führen des anderen Armes wird die Aufmerksamkeit auf das Essen gelenkt und Automatismen abgerufen => bei der Hand-Mund-Koordination öffnet sich der Mund.

Zunächst ließ ich die Patientin ihren Körper spüren. Ich stellte mich hinter sie und führte ihren li. paretischen Arm auf den Tisch, die flache Hand mit mäßigem Druck auf die Tischplatte. Das Halten des Löffels mit der re. Hand musste ich leicht unterstützen. Mit meiner li. Hand führte ich nun Druck und Vibration auf der li. Schulter der Patientin aus. Dies ermöglicht ebenfalls eine taktile und propriozeptive Spürinformation.

Ich beachtete, dass ich den Körper der Patientin führte, nicht den Löffel den sie zum Mund bewegen sollte und beobachtete ihre Reaktion. Die Bewegungsfähigkeit des re. Armes der Patientin war erhalten und ich spürte, dass sie zu Beginn die Hand von ihrem Körper weg bewegte. Diese Richtungsprobleme sind häufig bei Demenzerkrankungen, deshalb führte ich immer wieder die Bewegung zum Teller mit, um automatisierte Handlungsabläufe abzurufen. Nach mehreren Wiederholungen gelang die Nahrungsaufnahme und die Patientin übernahm einige Löffel selbständig. Dann musste der Arm wieder geführt werden. Insgesamt aß die Patientin ihre Mahlzeit fast vollständig auf.

### 3. **Schlussteil**

Die Auseinandersetzung mit meinem Thema „Klinikalltag und Demenz“ hat zu vielen wertvollen Gesprächen im Kollegenkreis geführt und ich erlebte wie umfassend und brisant das Thema ist. Bei der Demergo Weiterbildung in Hamburg wurde mein lückenhaftes Wissen über Demenzerkrankungen und deren Behandlung deutlich und ich möchte gerne relevante Themen des Gelernten im Rahmen unserer internen Fortbildungen auch anderen Berufsgruppen näher bringen. Ich denke, dass die Sensibilisierung für das Thema Demenz im Krankenhaus und die Vermittlung von Hintergrundwissen die ersten Schritte sind, um Verständnis für diese Patienten zu entwickeln und um so die Situation für Patienten und Mitarbeiter zu verbessern.

[...]

Die Notwendigkeit der Verbesserung sahen viele, jedoch gibt es bisher besonders durch fehlendes Personal in allen Berufsgruppen und das bestehende Abrechnungssystem auch Grenzen. Umso wichtiger ist die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team, um kurzfristig mögliche, kleine Veränderungen zu erreichen. Deshalb war es mir auch wichtig, Therapiemittel anzufertigen und haptische Angebote bereitzustellen, welche Patienten und auch anderen Berufsgruppen zugänglich sind (siehe Themenkartons).

Das Fallbeispiel der Nahrungsaufnahme hat gezeigt, wie es auch bei Patienten mit kurzer Verweildauer und fortgeschrittener Demenz von Seiten der Ergotherapie möglich ist, unterstützend zu wirken. Die Entscheidung bei dieser Patientin war meiner Meinung nach richtig, denn die Behandlung der Hemiparese war hier nebensächlich und mit klassischen Behandlungsansätzen wenig Erfolg versprechend. Viel wichtiger war vorrangig die Unterstützung der Nahrungsaufnahme um eine Magensonde zu verhindern. Denn das „Ablehnen“ des Essens ist häufig keine Frage des Nicht-Wollens, sondern des Nicht-Könnens aufgrund der nachlassenden Körperwahrnehmung.

Die Sinnesreize der gustatorischen, oralen, olfaktorischen, sowie visuellen Wahrnehmung konnten darüber stimuliert werden. Durch die Mobilisation und die geführte Einnahme der Speisen ebenso auch die Bereiche der propriozeptiven, vestibulären und vibratorischen Wahrnehmung.

Schön zu erleben war das große Interesse und der Wissensdurst der Kollegen aus der Pflege, die nach erfolgreicher Nahrungsaufnahme der Patientin bei weiteren Mahlzeiten zusahen und in Zukunft dem Beispiel folgen wollen.



Anlage



Erstellte Therapiematerialien



Katrin Bumb



Anlage

### Themenkiste Haushalt:

- Welche Tätigkeiten fallen im Haushalt an?
- Wie oft wurde geputzt?
- Kennen Sie noch ein Rezept auswendig?
- Was haben Sie gerne gekocht?
- Welche Arbeit im Haushalt hat Ihnen keinen Spaß gemacht?
- Warum nicht?
- Wann wurde früher gebacken?
- Wie hat man vor Erfindung der Waschmaschine Wäsche gewaschen?
- Wie haben Sie Wäsche gebleicht?
- Welche Tätigkeiten im Haushalt hat der Mann verrichtet?
- Wie haben Sie die Fenster gereinigt?
- Haben Sie Ihr Brot selbst gebacken?
- Gab es ein besonderes Sonntagsgericht?
- Haben Sie festliches Geschirr für besondere Anlässe benutzt?
- Welche Vorräte wurden gelagert?
- Wie wurden sie haltbar gemacht?
- Was haben Sie selbst eingekocht?
- Womit wurde gekocht (Feuerstelle, Gas)?
- Gab es täglich Kaffee?
- Wie wurde er zubereitet?
- Seit wann haben Sie ein elektrisches Bügeleisen?
- Womit haben Sie geheizt?

Erstellte Therapiematerialien



Katrin Bumb