

**Albertinen-Akademie**  
Weiterbildung Demergo  
Kurs 3  
Kursleitung Gudrun Schaade

**Wie kann man durch die Ergotherapie den demenziell erkrankten Menschen im  
Bereich der Akutgeriatrie therapeutisch helfen?**

Martin Schorcht

30.05.2015

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Vorwort</b>	1
<b>2 Aspekte der Ergotherapie bei demenziell Erkrankten im Bereich der Akutgeriatrie</b>	2
2.1 Warum gibt es auf dieser Station so viel an Demenz Erkrankte?	2
2.1.1 Demenz und Alter Zusammenhang	2
2.1.2 Selbständigkeit im Alltag und Demenz	2
2.2 Allgemeine Regeln der Kommunikation mit demenziell erkrankten Patienten	3
2.3 Die Stellung der Ergotherapie im interdisziplinären Team	4
2.4 Wie die Ergotherapie auf die Gestaltung der Station Einfluss nimmt	6
2.5 Die Einflussnahme der Ergotherapie auf die Tagesstrukturierung	9
2.5.1 Allgemein	9
2.5.2 beim Aufstehen, Waschen und Anziehen	9
2.5.3 beim Frühstück	12
in der Gruppe	12
in der Einzeltherapie	13
2.5.4 Ergotherapie bei beginnender Demenz	14
2.5.5 Ergotherapie bei stark fortgeschrittener Demenz	15
2.6 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen	16
<b>3 Fazit</b>	17
<b>4 Quellenangabe</b>	19

## 1 Vorwort

Ich arbeite nun seit 2,5 Jahren auf einer Akutgeriatrie eines Krankenhauses mit christlichem Träger. Aus der Bezeichnung Akutgeriatrie geht hervor, dass es sich um eine Station für ältere Menschen, welche mit einem akuten Krankheitsgeschehen stationär eingewiesen werden, handelt. Das „Oberstes Ziel der Behandlung geriatrischer Patienten [auf unserer Station] ist neben der Überwindung einer akuten Erkrankungssituation der Erhalt der Selbsthilfefähigkeit und der Lebensqualität. Zur stationären Aufnahme führt in der Regel eine internistische, chirurgische, orthopädische oder neuropsychiatrische Akuterkrankung. Dies können beispielsweise eine Infektion, ein Schlaganfall, ein Sturz mit medizinischen Folgen, ein Darmverschluss oder ein akuter Verwirrheitszustand sein. Bei bestehendem Rehabilitationspotential und Einverständnis des Patienten wird neben der Akutbehandlung frühzeitig mit den rehabilitativen Maßnahmen begonnen, um die körperlichen und kognitiven Fähigkeiten zu erhalten oder zu verbessern und möglichst zu verhindern, dass Pflegebedürftigkeit eintritt.“<sup>1</sup>

Etwa die Hälfte unserer Patienten haben als Diagnose eine Form der Demenz. Dies ist jedoch zu meist eine Nebendiagnose, da unsere Patienten häufig wegen Exsikkose, Sturz in der Häuslichkeit, Pneumonie, akute Verschlechterung des Allgemeinzustandes und ähnlichen Einweisungsgründen auf unsere Station verlegt werden. „Als Demenz bezeichnet man ein neurologisches Krankheitsbild, das durch den progredienten Verlust kognitiver Fähigkeiten gekennzeichnet ist. In späteren Krankheitsstadien kommt es in der Folge zu einem Verlust der Alltagskompetenz und zu einem Persönlichkeitszerfall. Demenz ist in höherem Lebensalter die häufigste Ursache der Pflegebedürftigkeit.“<sup>2</sup>

Die Therapie der demenziell Erkrankten unterscheidet sich deutlich, von denen der Patienten ohne eine demenzielle Erkrankung. Diese Hausarbeit soll sich mit der Frage beschäftigen wie man durch die Ergotherapie den demenziell erkrankten Patienten im Bereich der Akutgeriatrie therapeutisch helfen kann. Das Thema, wie man stationär aufgenommen Patienten mit einer demenziellen Erkrankung im Klinikalltag gerecht werden kann, rückt immer stärker in den Fokus der Öffentlichkeit. So beschäftigt sich beispielsweise die Alzheimergesellschaft stark mit diesem Thema in dem sie beispielsweise Begleithefte, wie „Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus“ für Krankenhausmitarbeiter herausgebracht hat. Auch werden durch die Robert Bosch Stiftung zur Zeit Akutkrankenhäuser finanziell unterstützt, die neue Projekte in ihren Einrichtungen durchführen möchten, um mehr auf die Bedürfnisse der demenziell Erkrankten eingehen zu können.

## 2 Aspekte der Ergotherapie bei demenziell Erkrankten im Bereich der Akutgeriatrie

### **2.1 Warum gibt es auf dieser Station so viel an Demenz Erkrankte?**

#### 2.1.1 Zusammenhang Demenz und Alter

Ein Kriterium zur Auswahl der Patienten, welche auf unserer Station behandelt werden, ist das Alter. So müssen die Patienten mindestens 60 Jahre alt sein, um auf unsere Station verlegt zu werden. Das Durchschnittsalter unserer Patienten betrug im letzten Jahr 83,8 Jahre. „An einer Demenz leiden in Deutschland etwa 1,2 Millionen Menschen – mit steigender Tendenz. Der Grund: Das Risiko steigt mit dem Alter. So leidet im Alter zwischen 65 und 69 Jahren jeder Zwanzigste an einer Demenz, aber zwischen 80 und 90 ist schon fast jeder Dritte betroffen.“<sup>3</sup>

#### 2.1.2 Zusammenhang Selbständigkeit im Alltag und Demenz

Da auf unserer Station eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung für unsere Patienten angestrebt wird, ist neben dem Alter auch der Barthel Index ein wichtiges Kriterium, um auf unsere Akutgeriatrie verlegt zu werden. „Der Barthel Index ist ein Begriff aus dem Pflegebereich. Er bezeichnet einen Index zur Bewertung der tatsächlichen Pflegebedürftigkeit. 1965 wurde der Barthel Index entwickelt und er gilt für alle Patienten, die in ihrer Bewegungsfreiheit und Selbständigkeit eingeschränkt sind.“<sup>3</sup> Der Barthel Index darf hierbei nicht größer als 65 sein. Die Selbständigkeit von an Demenz Erkrankten im ADL-Bereich reduziert sich bereits im leichten Erkrankungsstadium, im mittleren Stadium ist sie erheblich eingeschränkt und im schweren Stadium ist sie nicht mehr vorhanden.

## **2.2 Allgemeine Regeln der Kommunikation mit demenziell erkrankten Patienten**

Die Grundlage für die Behandlung von Patienten mit demenziellen Erkrankungen ist das Wissen um die Erkrankung. Oft höre ich von neuen Pflegekräften, oder Schüler die vorher keinen, oder nur wenig Kontakt zu demenziell Erkrankten hatten die Worte: „der hatte keine Lust. Als ich mit ihm diskutieren wollte sagte er mir ich solle meinen Mund halten und verschwinden.“ In solchen Situation muss man eingreifen! Man muss den betroffenen Kollegen die Krankheitsbilder der Demenz näher bringen und mit ihm gemeinsam die Situation analysieren warum der Patient so gehandelt hat. Anschließend sollte man mit dem Kollegen gemeinsam überlegen, wie man die Situation hätte besser gestalten können. Dabei muss man auch ganz klar sagen, dass es für derartige Situationen keine allgemeingültige Lösung gibt. Folgende Regeln sollte man diesen Kollegen aber immer mit auf den Weg geben. Bleibe auch in stressigen Momenten vor der Tür stehen, atme tief durch, setze ein freundliches Gesicht auf, klopf vorsichtig an die Tür und begegne den Patienten freundlich und strahle Ruhe aus. Erkläre dem Patienten kurz, aber ruhig und langsam, was du machen möchtest oder was du von ihm erwartest. Gib dem Patienten genug Zeit auf deine Fragen oder Aufforderungen zu reagieren. Versuche bei einer negativen Antwort nicht mit dem Patienten zu diskutieren wenn die Krankheit schon fortgeschritten ist. Versuche zu verstehen was ihn daran hindert deinem Wunsch nach zu kommen. Den Patienten zu korrigieren und somit auf seine Defizite hinzuweisen ist nicht förderlich. Man sollte versuchen sich mit dem Patienten auf der nonverbalen und paraverbalen Ebene zu unterhalten und nicht auf der verbalen. Dies ist wichtig, da das abstrakte und logische Denken abnimmt es oft vorkommt, dass demenziell Erkrankte im fortgeschrittenen Stadium verbale Aufforderungen oft nicht mehr verstehen und somit nicht umsetzen können. Daher sind Gesten, Mimik und Körpersprache oft wichtiger als die Sprache. Dabei sollte man versuchen beim Sprechen stets Blickkontakt, möglichst auf Augenhöhe, zu halten. Auch sollte man entweder-oder-Sätze vermeiden und nach Möglichkeit die Worte des Patienten wiederholen. Die meisten (Vorsicht, nicht alle!) demenziell Erkrankten reagieren gut auf leichten Körperkontakt. Versuche eine Überreizung zu vermeiden (bsp. laute Musik, Lärm des Personals) und setze die Reize, die der Patient benötigt gezielt (bsp. Nesteldecke, Bücher) ein. Auch ein kleines Stück Schokolade kann manchmal Wunder bewirken.

Nimm den erkrankten Patienten als das war, was er ist: Als einen erwachsenen alten Menschen, welcher schon viel erlebt hat, viel für die Gesellschaft getan hat und nun unsere Hilfe benötigt.

### **2.3 Die Stellung der Ergotherapie im interdisziplinären Team**

Die Pflegedienstleitung eines anderen Krankenhauses besuchte unsere Station, da sie beabsichtigten ebenfalls eine Akutgeriatrie aufzubauen. Als erster Gesprächspartner stand ich bereit. Ich zeigte ihnen unseren Therapiebereich, erklärte die Aufnahmemodalitäten und den hohen Stellenwert der Therapien in Bezug auf die Regeln der geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Mein erster Satz war: „Das gesamte Konzept funktioniert nur in enger Zusammenarbeit mit allen Professionen.“ Als ich mit meiner Vorstellung fertig war, begleitet ich die Damen auf den Stationsbereich und übergab sie an den Stationsleiter. Seine ersten Worte nach der Begrüßung waren: „Akutgeriatrie funktioniert nur Hand in Hand mit allen Professionen“.

An dieser kleinen Anekdote zeigt sich wie wichtig die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Betreuung demenziell erkrankter Menschen ist. Ich bin sehr froh, dass Teamwork bei uns auf der Station sehr groß geschrieben wird. Dies erzeugt eine sehr positive Arbeitsatmosphäre, welche die Patienten deutlich spüren und uns dies in Gesprächen und Gesten immer wieder zeigen.

Ein reger Austausch zwischen den Professionen ist auf meiner Station alltäglich. Häufig lernen wir Ergotherapeuten die Pflegekräfte beim Umgang mit diversen Hilfsmitteln, Transfertechniken oder Lagerungen an. Auch berichten wir über die Fortschritte, die der Patient in der Therapie gemacht hat und bitten dann die Pflegekräfte diese in den Alltag des Patienten zu integrieren (bsp. das Gehen bis ins Bad am Rollator). Zudem leisten wir viel Aufklärungsarbeit (bsp. Haltungshintergrund beim Essen, Lichtverhältnisse, Umgang mit dem Patienten, Sinnhaftigkeit diverser Orientierungshilfen...). Außerdem kann man sich mit regen Absprachen gegenseitig Arbeit abnehmen. Wenn ich beispielsweise eine Therapie bei einem stark hinlaufgefährdeten Patienten durchführen soll, so kann ich mir diese auf die Frühstückspause der Pflegekräfte legen. Dies ist mit keinerlei Mehraufwand meinerseits verbunden und entlastet die Kollegen. Genauso erfahre ich beispielsweise Unterstützung bei Transfers von adipösen Patienten.

Neben dieser engen, aber spontanen Zusammenarbeit gibt es noch Teamsitzungen, welche fest im Stationsalltag integriert sind. Bei uns auf der Akutgeriatrie gibt es so viele Teamsitzungen wie auf keiner anderen Station des Krankenhaus. Dies kostet zwar wertvolle Arbeitszeit, ist aber enorm wichtig für die Versorgung der Patienten. Bei der morgendlichen Übergabe der Pflege ist ein Ergotherapeut mit dabei, der die Patienten bei ihren morgendlichen ADLs unterstützt, um zu erfahren, ob es während des vergangenen Spät- und Nachtdienstes besondere Vorkommnisse oder Zustandsveränderungen der Patienten gegeben hat. Während des Frühstücks der Patienten findet eine Teamsitzung zwischen Pflege, Ärzten, Therapeuten und Sozialdienst statt, wo die wichtigsten Dinge besprochen werden, die unsere Patienten betreffen. Dabei geht es hauptsächlich um besondere Vorkommnisse, welche einzelne Professionen beobachtet haben, um Untersuchungstermine, neu

gestellte Diagnosen oder Entlasstermine. Diese Informationen werden aufgeschrieben, um es Kollegen, welche nicht in der Teamsitzung sein konnten, zu ermöglichen die wichtigsten Inhalte nach zu lesen. Einmal die Woche findet eine Teamsitzung mit allen Professionen statt, welche mit und für den Patienten arbeiten. Dabei berichtet jede Profession über die Ziele, welche sie mit dem jeweiligen Patienten in der nächsten Woche erreichen möchte. Der jeweils behandelnde Arzt übernimmt dabei die Gesprächsführung. Da die demenzielle Erkrankung, wie bereits erwähnt, meist nur eine Nebendiagnose unserer Patienten ist, ist die Zielstellung von ärztlicher Seite an uns Therapeuten zumeist das Erreichen einer bestimmten Treppenfähigkeit oder eines gewissen Mobilitätsradius, die Reduzierung des Sturzrisikos oder die Herstellung der größtmöglichen Selbsthilfefähigkeit. Elementare ergotherapeutische Ziele, wie der längstmögliche Erhalt des Langzeitgedächtnisses spielen hier erst einmal keine Rolle. Häufig sind es wir Ergotherapeuten, die beurteilen sollen ob, es vorstellbar ist, dass ein Patient mit den gegebenen Unterstützungen wieder in sein gewohntes Umfeld entlassen werden kann. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, wird mit dem Sozialdienst zusammen überlegt welche Hilfsangebote es gibt, um dem Patienten zu ermöglichen in sein gewohntes Umfeld wieder zurückzukehren. Wenn wir dann zu dem Entschluss kommen, dass dies auch mit neuen Hilfsmitteln und Hilfestellungen unrealistisch ist, wird in Absprache mit dem Patienten, seiner Familie und ggf. seinem Vorsorgebevollmächtigten entschieden, ob eine Verlegung in eine Rhea, in die Kurzzeitpflege oder in ein Pflegeheim angestrebt werden soll. Daneben gibt es noch zahlreiche Teamsitzungen (durchschnittlich zwei mal im Monat), wo Personal geschult wird, oder wo über aktuelle Probleme, Abläufe, Fehler, usw. diskutiert wird. Diese Teamsitzungen bieten die ideale Plattform für mich als Ergotherapeuten kurze interdisziplinäre Schulungen durchzuführen. So findet man nach einem kurzen Vortrag von mir über Schluckprobleme im Alter (in Anlehnung an F.O.T.T.) auf unserer Station beispielsweise nur noch wenige Schnabelbecher an den Patientenbetten und keine mehr auf den Tischen der Patienten. Zudem werden vom Krankenhaus Möglichkeiten der Begegnung von Kollegen außerhalb der Arbeit geschaffen, um so ein gutes Miteinander und eine gute Stimmung auf Station zu erreichen. Dabei handelt es sich beispielsweise um das Hausfest, die Besinnungstage, den Chor, den Stationsausflug und das Feiern von christlichen Feiertagen in unserem Haus.

Aber auch darüber hinaus ist es gut wenn man Möglichkeiten der Begegnung schafft. Bei uns auf Station hängen immer wieder Zettel aus, um gemeinschaftliche Aktivitäten durchzuführen. Dies führt zu einem verbesserten Miteinander im Umgang mit den Kollegen und zu einer fröhlicheren Arbeitsatmosphäre. Zudem kann man in einem ungezwungenen Rahmen auch leichter Probleme ansprechen, welche gelegentlich auftreten.

## 2.4 Wie die Ergotherapie auf die Gestaltung der Station Einfluss nimmt

Bei der Gestaltung der Station ist es wie in allen anderen Bereichen im Krankenhaus. Man muss den Weg der Kompromisse eingehen. Oft bedürfte es baulicher Veränderungen, mehr Personal oder mehr finanzieller Mittel, um die Patienten optimal zu versorgen. Aber auch mit kleinen Dingen kann man eine große Wirkung erzielen. Hier ist die Ergotherapie mit gefragt zu beraten.

So sollte beispielsweise auf eine ständige Beschallung der Patienten verzichtet werden. So er es denn möchten kann jeder Patient, in Absprache mit seinem eventuellen Mitpatient, in seinem Zimmer Radio hören oder fernsehen. Da sich der demenziell erkrankte Patient häufig taktile Reize sucht, sollte man dies bei der Gestaltung der Patientenzimmer und Aufenthaltsräume mit berücksichtigen. So kann man beispielsweise mit abnehmbaren Motorik-, oder Fühlwänden den Patienten taktile Reize geben. Auch ein Bücherregal steht bei uns auf der Station. Die demenziell Erkrankten nehmen die Bücher und blättern darin (Blättern ist eine automatisierte Bewegung bei fortgeschrittener Demenzerkrankung) oder tragen sie von einem zum anderen Ort. Die nicht demenziell Erkrankten können sie dagegen nutzen, um der Langeweile des Stationsalltags vorzubeugen.

Die Erfahrung der letzten Jahre zeigte, dass wenn möglich, darauf verzichtet werden sollte, demenziell Erkrankte in einem fortgeschrittenen Stadium und nicht demenziell erkrankte Patienten in ein Zimmer zusammen zu legen. Der nicht demenziell Erkrankte hat oftmals keinerlei Verständnis für die Krankheit seines Mitpatienten. Er ist ebenfalls mit einem akutem Krankheitsgeschehen im Krankenhaus. Dies belastet ihn psychisch meistens sehr. Von daher ist es auch ein Stück weit verständlich, wenn sich diese Patienten über einen Mitpatienten beschweren, der die Nacht zum Tag macht, seinen Schrank durchwühlt und ihn dann noch beschuldigt das Portemonnaie gestohlen zu haben. In solchen Situationen ist es fast unmöglich dem nicht demenziell Erkrankten das Krankheitsbild der Demenz zu erklären und um Toleranz zu bitten.

Auch wenn die Patientengruppen von den Zimmern her getrennt sind, sollte man unbedingt nicht demenziell Erkrankte über die „Andersartigkeit der Anderen“ aufklären. Dies kann man beispielsweise im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung machen. Denn wenn nachts ein demenziell Erkrankter auf einmal in ein fremdes Zimmer geht, hilft es schon viel, wenn der andere Patient einfach nur die Klingel drückt und nicht laut um Hilfe schreit. Dies beugt eskalierenden Situationen vor, auch wenn diese nie ganz auszuschließen sind. Daher ist eine gemeinsame Station für Patienten mit und ohne Demenz immer ein Drahtseilakt. Ideal wäre hier die Abgrenzung der Patienten im fortgeschrittenen Stadium auf einer segregativen Station, was leider in unserem Haus (noch) nicht möglich ist.

„Es sollte ferner darauf geachtet werden, dass die Lichtverhältnisse bei 500 Lux liegen um Ängste, Depressionen und Aggressionen positiv zu beeinflussen und die Schläfrigkeit der Patienten zu



mildern. Dies geschieht durch das Zusammenspiel der beiden Hormone Serotonin und Melatonin. Bei Licht wird vermehrt Serotonin gebildet wird. Dieses Hormon dient als Stimmungsaufheller und wirkt antriebssteigernd. Ohne genügend Licht schüttet unser Körper Melatonin aus, welches zu Müdigkeit und Antriebslosigkeit führt.“<sup>5</sup> Auch wenn ich schon oft von meinen Kollegen dafür belächelt wurde, ist aus diesem Grund im Therapiebereich stets das volle Licht an. Auch auf Station versuche ich Aufklärungsarbeit zu leisten, um zu erreichen, dass das Licht auf den Fluren stets brennt. Dies ist von daher auch von großer Wichtigkeit, da sich die Augen älterer Menschen deutlich langsamer an Helligkeitsunterschiede gewöhnen, als die von jüngeren Menschen und so ständiges an und ausmachen vermieden werden sollte.

„Des weiteren sollte darauf geachtet werden das die Raumtemperatur bei 21-23° C liegt, da ältere Menschen schneller frieren als Jüngere.“<sup>6</sup> Daher man nicht die Heizung zudrehen wenn man es als zu warm empfindet, sondern nur dann zudrehen wenn der Patient dies so empfindet.

Unsere Stationstüren wurden mit großen Bildern, welche wie Fenster wirken, beklebt, um das Hinlaufen von Patienten zu minimieren. Klingelmatten vor dem Bett wurden bisher leider noch nicht angeschafft. Diese könnten dazu dienen die Pflegekraft zu alarmieren, wenn demenziell erkrankte Patienten mit hohem Sturzrisiko nachts alleine aufstehen, um in ihrem Zimmer herumzulaufen oder in den Schränken zu wühlen. Nachts wird bei unseren hinlaufgefährdeten Patienten an die Türen ein Metalldeckel gelehnt. Dieser fällt um wenn die Tür geöffnet wird und alarmiert so die Pflegekraft. So ist die Gefahr gering, dass sie in ein fremdes Zimmer gehen, um sich in ein anderes Bett zu legen.

Große Schilder und Türnummern sorgen dafür, dass sich demenziell Erkrankte im Anfangsstadium noch gut bei uns auf Station zurecht finden. Im Rahmen der ergotherapeutischen Behandlung besteht zudem die Möglichkeit mit dem Patienten zusammen Orientierungshilfen zu schaffen, die ihm bei der räumlichen Orientierung auf unserer Station unterstützen. Oft ist es schon vorgekommen, dass dies die Pflegekräfte versucht haben, indem sie die Zimmertüren mit bunten Bildern beklebten. Nur ist es in den meisten Fällen so, dass die Patienten, die sich ihre Zimmernummer nicht merken können, sich auch nicht merken können, dass an ihrer Türe ein Katzenbild klebt. Da ist es meistens sinnvoller mit Türschildern wo der Name (oder in einigen Fällen auch der Mädchename) in geblockter Schrift groß auf Augenhöhe geschrieben steht zu arbeiten. Das Erkennen der eigenen Zimmertür ist somit über eine längeren Zeitraum noch gut möglich. Je weiter die Erkrankung aber fortschreitet, desto weniger greifen allerdings diese Orientierungshilfen. Daher sollte man diese entfernen, wenn man feststellt, dass dieses nicht mehr greifen. Neben den Hilfestellungen zur räumlichen Orientierung kann man zudem auch noch Möglichkeiten zur Förderung der zeitlichen Orientierung schaffen. Da bietet es sich beispielsweise an mit den Patienten zusammen eine jahreszeitlich bezogene Dekoration für die Station herstellen. Dies steigert zudem das Selbstwertgefühl des Patienten und schafft eine angenehmere Atmosphäre. Auch hängt in dem Aufenthaltsraum, wo die Frühstücksgruppe

allmorgendlich durchgeführt wird, ein großer Kalender aus Holz. Bei diesem kann man die einzelnen Tage, den Wochentag, den Monat und die Jahreszeit mit austauschbaren Holztäfelchen einstellen. Auf die Anzeige des Jahres wurde bewusst verzichtet, um die Patienten, welche teilweise in ihrer Realität in ganz anderen Jahrzehnten leben, nicht zu verunsichern.

Der Fußboden ist bei uns durchgängig Linoleum. Dies führt dazu, dass der Patient beim Gehen nirgendwo stolpern kann und stürzt. Auch wird so der Schwellenangst vorgebeugt. Nur leider erhöht sich das Sturzrisiko wenn Patienten ohne Schuhe in Socken aufstehen wollen. Daher bekommen diese Patienten alle zur Nacht Antirutschsocken angezogen. Es passiert nur sehr selten, dass Patienten diese Socken ausziehen und normale Socken anziehen. Wenn dann lassen sie die Socken ganz weg und stehen barfuß auf. Dabei haben sie allerdings mehr Standfestigkeit, als wenn sie nur in normalen Socken aufstehen. Diesbezüglich sollte man auch im Bad auf rutschfeste Fliesen setzen.

Letztlich muss man sich bei jedem Patienten neu fragen, was kann ich an der Umgebung ändern, so dass es seinen speziellen Bedürfnissen entspricht. Ein eindrucksvolles Beispiel war eine Patientin mit Chorea Huntington. Sie warf sich unkontrolliert im Bett hin und her. Zwar trug sie einen Helm, aber Beine und Arme schlugen immer wieder auf die Bettgitter, so dass mir richtig gehend übel wurde, da ich der Meinung war, sie bricht sich gleich alle Knochen. Zwar wurde von der Pflege über die Bettgitter jeweils eine Decke gelegt, dennoch zeigte dies nicht die gewünschte Wirkung. Ich unterhielt mich mit dem Stationsleiter, wie wir denn dieser Patientin helfen können, sich erst einmal nicht weiter zu verletzen. Arme und Beine waren zu diesem Zeitpunkt schon über und über mit blauen Flecken versehen und die ersten Hautabschürfungen traten auf. Wir wollten den Raum mit Matratzen auslegen und Patientin auf dem Boden pflegen und therapieren. Dies wurde aber von der Chefärztin abgelehnt. Von daher habe ich mir überlegt wie man das Bett effektiv abpolstern kann, so dass keine Verletzungsgefahr mehr für die Patientin besteht. Zusammen mit dem Stationsleiter habe ich dann in einer Stunde Arbeit mit ca. 18 Decken und 5 Rollen Krankenhausklebeband die Bettgitter so abgepolstert, dass keine Verletzungsgefahr mehr bestand und es auch keine Möglichkeit gab die Decken irgendwie im Bett liegend durch unwillkürliche Bewegungen zu verschieben. Bei solchen Vorkommnissen ist mir persönlich ganz wichtig nicht zu sagen: „da müsste man mal“, sondern: „wir machen das jetzt so und so“!

## **2.5 Die Einflussnahme der Ergotherapie auf die Tagesstrukturierung**

### 2.5.1 Allgemein

Generell sollte man darauf achten, soweit dies im Krankenhausalltag möglich ist, auf die einzelnen Wünsche und Bedürfnisse der Patienten einzugehen. Patienten, welche gern länger schlafen, sollte man nach Möglichkeit erst kurz vor dem Frühstück wecken und sich vorher lieber den Frühaufstehern widmen. Dabei muss man allerdings beachten, dass demenziell Erkrankte oft einen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus aufweisen. Sie schlafen oft tagsüber und machen dann, sehr zum Leidwesen der Nachtschwester, die Nacht sprichwörtlich zum Tag. Daher sollte man diese Patienten auch vor dem Frühstück ins Bad zum Waschen und Anziehen mobilisiert haben, um den Tag-Nacht-Rhythmus zu stabilisieren. Wenn man die Patienten tagsüber immer wieder fordert und sie somit ihrem Schlafbedürfnis erst abends nachkommen können, kann sich so das Schlafverhalten ein Stück weit wieder normalisieren. Bei uns auf der Station ist der Stationsalltag Montag bis Freitag gleichbleibend. Dies ist sehr wichtig für die Erkrankten, da die Orientierungs- und Strukturierungsfähigkeit oftmals vollständig verloren gegangen ist. So bietet ihnen der Stationsalltag ein festes Gerüst und hilft ihnen im Bereich der zeitlichen Orientierung.

### 2.5.2 beim Aufstehen, Waschen und Anziehen

Ich führe morgens meist bei einigen der demenziell Erkrankten ein Wasch-Anzieh-Training (WAT) durch. Dabei muss ich allerdings erklären, dass es sich hierbei nicht um ein WAT im eigentlichen Sinne, wie beispielsweise im Bereich der Neurologie, handelt. Im Bereich der Neurologie wird versucht die Selbständigkeit der Patienten beim Waschen und Anziehen zu erreichen, wobei ihnen Strategien aufgezeigt werden, um ihre, meist körperlichen, Defizite zu kompensieren.

Dabei bedarf es ein hohes Maß an logischem Denken und der Merkfähigkeit. Da diese zwei Teilbereiche der Kognition bei einer Alzheimerkrankheit als erstes eingeschränkt sind, wird man dieses Ziel nicht erreichen können. Daher müsste man diese Art der Therapie eigentlich anders nennen, aber da dieses Wort so fest in den Köpfen der Kollegen im interdisziplinären Team verankert ist und es sich letztlich nur um eine Begrifflichkeit handelt, haben wir es bei uns auf Station bei diesem Wort belassen. Außerdem werden Patienten mit einer demenziellen Nebendiagnose mit Delir, oder Exikkose eingeliefert, so dass man die kognitiven Fähigkeiten dieser Patienten durchaus während des Stationsaufenthaltes steigern kann. Auch müssen Patienten teilweise erst motorische Funktionen und Muskelkraft, die sie durch eine akute Erkrankung verloren haben wiedergewinnen,

um die ADLs, die sie kognitiv im Stande sind noch durchzuführen, auch wieder machen können. Daher ist es auch im Bereich der ADLs möglich, die Alltagskompetenz der demenziell Erkrankten im Zeitraum ihres Stationsaufenthaltes zu steigern, wobei allen Beteiligten klar ist, dass mit Fortschreiten der Erkrankung diese immer weiter zurück geht bis sie nicht mehr vorhanden ist.

Die weiteren Ziele dieser Therapien sind die Steigerung der Körperwahrnehmung, die Verminderung des Sturzrisikos, die Steigerung des Eigenanteils bei den Transfers und die Kontrakturprophylaxe.

Die Pflegekräfte sind zu einer therapeutischen Pflege zwar angehalten, nehmen dem Patienten aber auf Grund von Zeitmangel viele Tätigkeiten ab. Auch schaffen sie es meistens nicht, Patienten mit herausforderndem Verhalten in ihrer vorgegebenen Zeit grundpflegerisch zu versorgen. Es kommt auch vor, dass sie die Ressourcen von Patienten nicht erkennen und beispielsweise den Unterkörper des Patienten im Bett versorgen, obwohl dies auch im Bad mit Festhalten am Waschbecken möglich wäre. Allerdings muss man in Betracht ziehen, wie das morgendliche Waschen auf den Stationen, wo früher die demenziell Erkrankten behandelt wurden, aussieht. Da bekommt jeder, der nicht alleine ins Bad gehen kann, eine Waschsüssel an den Bettrand. Nach dem Waschen wird das Nachthemd wieder angezogen, denn man ist ja im Krankenhaus, da bedarf es keiner Alltagskleidung. Dies wird auf unserer Station nur in seltenen Ausnahmefällen gemacht. Das bedeutet allerdings einen erheblichen Mehraufwand für die Pflege und ich bin sehr froh über die Tatsache, dass die Pflege diesen betreibt.

Wichtig ist bei dieser Art der Ergotherapie den Patienten alle ADLs, die er noch im Stande ist durchzuführen, auch machen zu lassen: Prinzip der Hände-in-die-Taschen! Im Anfangsstadium bedarf es zu meist nur verbaler Hilfe, wobei auch hier gilt, so wenig wie möglich. Es sollte dem Patienten Zeit gelassen werden, sich so wie er möchte zu waschen und anzuziehen. Generell gilt, den Patienten in seiner Freiheit nicht zu sehr einzuschränken. Nicht meine Reihenfolge ist die Richtige, sondern die, die der Patient gerne hat. Nur bei groben Fehlern in der Handlungsplanung sollte eingeschritten werden. Beispielsweise wenn der Patient die Unterhose über die Hose ziehen sollte. Hier gilt es freundlich dem Patienten zu helfen, ihn von dem „Missgeschick“ ablenken und auf keinen Fall versuchen, nach Lehrermanier ihm die richtige Reihenfolge „einzutrichtern“.

Die Reduzierung des Sturzrisikos, in dem sich beispielsweise der Patient beim Waschen der Beine und Füße hinsetzt, ist ein wichtiger Faktor. Im Anfangsstadium lehnen viele Patienten dies ab. Hier kann man den Patienten aber noch die Wichtigkeit erklären. Ein Lieblingsspruch von mir ist dabei „Lieber Vorsicht als Nachsicht, so ein Oberschenkelhals ist schnell gebrochen und sie haben doch schon genug Krankheiten, als das sie so etwas noch bräuchten!“ Die Antwort der Patienten ist dabei fast immer: „Na damit haben sie recht, bei welchen Krankheiten ich schon überall hier geschrien habe...“ Bei fortgeschrittener Demenz geht dies nicht mehr mit Erläuterungen. Hier sollte man freundlich und ruhig die Patienten auffordern sich hinzusetzen.

Ich als Ergotherapeut nutze das WAT gerne um die Transferfähigkeit von Patienten zu verbessern. Man kann die ADLs so anordnen, dass der Patient immer wieder aufstehen muss und so die Handlungsschritte des Transfers immer wiederholt und seinen Körper dabei kräftigt. Den meisten Patienten fehlt beim klassischen Transfertraining der Bezug zum Alltagsgeschehen und deshalb verlieren sie nach ein bis zwei Transfers die Lust zur Therapie. Da es aber beim WAT sinnvoll erscheint immer wieder aufzustehen, machen die Patienten bereitwilliger mit. Gleiches kann man beobachten wenn es darum geht, die Standsicherheit oder -zeit zu verbessern oder die körperliche Belastbarkeit zu steigern.

Der demenziell Erkrankte sucht sich oft taktile Reize, um sich besser zu spüren. Auch hier kann das WAT, durch den Ergotherapeuten durchgeführt, positiv eingreifen. Als Therapeut hat man viel mehr Zeit für den Patienten und wenn dieser sich gern dreimal mit kaltem Wasser waschen möchte, so sollte man dies zulassen. Auch kann man ihm die Gegenstände zu den einzelnen ADL-Sequenzen betasten lassen, um so den taktil-kinästhetische Sinn anzuregen. Generell werden beim WAT alle Sinne des Menschen angesprochen. Ich rieche die Seife, ich schmecke die Zahnpasta, ich sehe den Wasserhahn, ich spüre die Kleidung auf der Haut, ich höre die Toilettenspülung, ich muss meine Lage verändern, um mich anzuziehen. Dazu ist anzumerken, dass die Fernsinne mit Fortschreiten der Erkrankung immer mehr eingeschränkt werden. So wird die Linsenfläche zunehmend unebener, so dass die Patienten ihre Umgebung teilweise nur noch verschwommen sehen können. Auch wird der visuelle Assoziationskortex geschädigt, so dass Patienten vielleicht den Wasserhahn noch sehen, aber nicht mehr als Wasserhahn erkennen können. Hier bietet sich beispielsweise an, den Patienten den Wasserhahn ertasten zu lassen, um ihn zu ermöglichen ihn als Wasserhahn zu erkennen. Auch verändern sich Geruchs- und Geschmackssinn zunehmend (siehe hierzu auch 2.4.3 in der Einzeltherapie).

Im Endstadium führe ich als Ergotherapeut teilweise gemeinsam mit einer Pflegekraft (wünschenswert wäre es auch mit Therapeuten, aber diese Kapazität ist auf unserer Station leider nicht vorhanden) unter den Aspekten der basalen Stimulation das Waschen und Anziehen gemeinsam durch. Dadurch gelingt es den Patienten langsamer und behutsamer in seiner Lage zu verändern. Auch kann man die Gelenke der Extremitäten beim Waschen besser mit zwei Händen sichern und die andere Person wäscht dann (wenn möglich auch geführt) den Patienten. Eventuelle Transfers lassen sich ebenfalls wesentlich leichter und für den Patienten schonender und langsamer durchführen. „Die Ziele sind hierbei die Verhinderung von Kontrakturen, Dekubiti, oder einer Pneumonie, die Verminderung des zu erwartenden Hypertonus und die Förderung der Körperwahrnehmung sowie die allgemeine menschliche Zuwendung.“<sup>7</sup> Bei der Arbeit am Patienten mit Kollegen zusammen sind private Gespräche tabu. Der Patient soll sich auf die ihm gebotenen Reize konzentrieren und nicht durch private Gespräche abgelenkt werden. Neben dem Setzen der Reize, welche alle Sinne

ansprechen, vor allem die der Körperwahrnehmung, ist auch das (zu meist) passive Bewegen der einzelnen Extremitäten beim Waschen eine Art der Kontrakturenprophylaxe.

### 2.5.3 beim Frühstück

#### in der Gruppe

Hier steht die Ergotherapie auf unserer Station an erster Stelle. Es findet wochentags immer eine Frühstücksgruppe mit bis zu sechs demenziell Erkrankten im leichten bis teilweise fortgeschrittenen Stadium statt. Die Ziele sind dabei unter anderem die Mobilisierung der Patienten, das Erreichen der größtmöglichen Eigenaktivität bei Transfers, die allgemeine Kräftigung, die Verbesserung der Körperwahrnehmung, das Aufzeigen von Kompensationsstrategien bei abnehmender Feinmotorik (nur im leichten Stadium, im fortgeschrittenen können diese Strategien zu meist nicht mehr umgesetzt und gespeichert werden), der längst mögliche Erhalt der vorhanden kognitiven Fähigkeiten und die Förderung der psycho-sozialen Fähigkeiten.

Es wird in einem gemeinsamen Raum gefrühstückt. Wobei hier schon die Therapie beginnt. Die Mobilisierung der Patienten in den Frühstücksraum. Wer im Rollstuhl sitzt wird auf einen Stuhl transferiert. Das spart Platz am Tisch und ist eine gute Übung zur Muskelkräftigung des Patienten. Dann decken die Patienten gemeinsam mit dem Therapeuten den Tisch. Hierbei wird komplett auf das Tablettssystem verzichtet. Es wird ein reichhaltiges Angebot mit Obst, Brötchen, Brot, Marmelade, Joghurt, Suppe und Kaffee auf dem Tisch angeboten. Dies vermittelt den Patienten ein vertrautes Gefühl und es regt die Patienten dazu an, mehr zu sich zu nehmen. Da im Alter (vor allem bei einer Demenzerkrankung durch die abnehmende Körperwahrnehmung) das Durst- und Hungergefühl zurück geht, ist dieser Aspekt nicht zu unterschätzen.

Auch sollte der Bezug zum Alltag im Vordergrund stehen. Wer benutzt denn zu Hause kleine vorportionierte Marmeladen? Selbst gesunde, ältere Menschen haben große Probleme diese zu öffnen. Bei unserer Frühstücksgruppe kommen große Marmeladengläser zu Einsatz. Dies war eine lange, aber erfolgreiche konstruktive Auseinandersetzung mit der Hygiene. Voraussetzung war, dass die Patienten immer mit einem Löffel in die Marmelade gehen. Hier muss man aufpassen, dass dieser nicht abgeleckt und wieder ins Glas geführt wird. Durch das Öffnen des Marmeladenglases wird die Grobmotorik der Patienten gefördert. Zudem ist es schwerer Gegenstand und bietet daher einen starken propriozeptiver Reiz. Die Förderung der Propriozeption sollte zudem durch das Benutzen großer Porzellantassen und von schwerem Besteck erfolgen. Wenn Patienten nicht mehr in der Lage sind sich das Frühstück selbst zu zubereiten, sollte man nach der Ursache suchen. Ist dies

zurückzuführen auf ein körperliches Defizit, welches man für kurze Zeit noch positiv beeinflussen kann oder auf kognitive Defizite. Wenn es durch kognitive Defizite (Handlungsplanung) nicht mehr möglich ist sich das Frühstück selbst zuzubereiten, dann sollte man es dem Patienten anrichten. Anders verhält es sich mit Patienten, bei denen die Hand-Mund-Koordination eingeschränkt ist. Diese lässt sich durch Führen gut positiv beeinflussen und kann dazu führen, dass der Patient diese Fähigkeit für einen gewissen Zeitraum noch behält. Diese Patienten nehmen dann aber nicht mehr an der Frühstücksgruppe teil, sondern werden in der Einzeltherapie behandelt.

### In der Einzeltherapie

Bei schwerst demenziell Erkrankten ist die Einzelbetreuung vorzuziehen. Zum einen führt die Gruppe zur Überreizung und zum anderen kann es passieren, dass andere Gruppenmitglieder abgeschreckt werden, ein weiteres Mal zur Frühstücksgruppe zu erscheinen. Hier muss der Ergotherapeut sehr stark auf den Haltungshintergrund des Patienten achten und ihn gegebenenfalls gut am Tisch auf einem Stuhl lagern. (siehe F.O.T.T.) Der Alltagsbezug sollte vor dem Essen hergestellt werden (präorale Phase). Beispielsweise kann man dem Erkrankten den Löffel richtig in die Hand legen, damit er im wahrsten Sinne des Wortes begreift, dass es ein Löffel ist. Gut ist es auch, wenn man möglichst schwere Löffel zur Förderung der Propriozeption einsetzt. Beim Essen sollte man den Löffel in die Hand geben und den Patienten dabei führen (in Anlehnung an Affolter). Da der Patient sich in den meisten Fällen nicht mehr adäquat dazu äußern kann was er gerne Essen möchte, sollte der Therapeut verschiedene Speisen zur Auswahl haben. Wenn eine bestimmte Neigung zu einem Essen erkennbar ist (beispielsweise süße Speisen), dann sollte diese Beobachtung umgehend der Pflege weiter gegeben werden. Es ist in den meisten Fällen nicht hilfreich Angehörige zum früheren Essverhalten zu befragen, da es zu einer Veränderung des Geschmacksinns kommt. Anders verhält es sich natürlich, wenn Angehörige zu aktuellen Essvorlieben berichten können.

Bei Patienten mit Schluckstörungen sollte man nach F.O.T.T. arbeiten und ggf. auch den Mut haben der Pflege und den Ärzten mitzuteilen, dass eine sichere Nahrungsaufnahme nicht mehr sicher möglich ist, wenn der Patient aspiriert. Auch ist es sinnvoll, dann auf die Logopäden zu verweisen.

#### 2.5.4 Ergotherapie bei beginnender Demenz

Unter 2.2 erklärte ich warum in den Teamzielen kognitive Ziele eine untergeordnete Rolle, bzw. oft auch gar keine Rolle spielen. Das heißt aber nicht, dass man diesen Zielen als Ergotherapeut keine Beachtung schenken sollte. Es muss vielmehr versucht werden die körperlichen Übungen mit kognitiven Aufgaben zu verbinden. Beim Kräftigen der OEX geht dies beispielsweise sehr gut, in dem man mit einem schweren Ball fangen und werfen spielt und der, der gerade den Ball wirft ein Tier im Wald aufzählen muss. Zusätzlich wird dabei noch die Körperwahrnehmung des Patienten gefördert. Auch in belastungsabhängigen Pausen während der Therapie kann man ins Gespräch über ehemalige Berufe oder Hobbys kommen. Zum einen verhilft es dem Patienten, sein Langzeitgedächtnis verstärkt einzusetzen und es zeigt mir als Therapeut an, wann ich den Patienten wieder belasten kann. In dem Fall nämlich, wo er ohne nach Luft zu schnappen sich ganz normal mit mir unterhält. Es sollte auch bei leichter Demenz immer der Fokus auf den Verlauf der Erkrankung gesetzt werden. Daher ist es von großer Wichtigkeit Übungen zur Förderung der Wahrnehmungen unbedingt auch schon im Anfangsstadium der Erkrankung in den Therapien verstärkt durchzuführen. Je weiter die Erkrankung fortschreitet, desto mehr wird klar, dass die Therapien, so wie man sie mit nicht demenziell Erkrankten durchführen würde, abwandeln muss. Man kann keine abstrakten Übungen mit dem Patienten durchführen und geht immer weiter in die Alltagsaktivitäten zurück. Den Handlungsauftrag, einen Hängeschrank mit Tellern einzuräumen, können Patienten wesentlich besser umsetzen als Therabandübungen. Auch lässt sich mit einem Alltagsbezug die Transferfähigkeit vom Sitz zum Stand gut beüben oder auch das Hantieren im freien Stand (siehe hierzu 2.4.2). Man muss einen Patienten weniger mit Argumenten zur Therapie überzeugen, als mit einem Lächeln (siehe hierzu 2.1).

Ein wichtiger Punkt ist hier auch die Hygiene. Da die Patienten immer weniger selbst darauf achten können, bestimmte Hygieneanforderungen an sich durchzuführen, muss von Seiten des Personals um so mehr darauf geachtet werden. Dies fängt beim Wechsel des Inkontinenzmaterials an und geht hin bis zur Durchführung von Isolationsmaßnahmen.



### 2.5.5 Ergotherapie bei stark fortgeschrittener Demenz

Diese Patienten werden meist mit den Einweisungsgründen Pneumonie und schweren Dekubiti eingeliefert. Die Schwierigkeiten für die Pflege sind herausforderndes Verhalten durch Lautäußerungen, schwierige Nahrungsaufnahme (siehe hierzu 2.4.3) und körperlich schwere Transfers. Hier kann man als Ergotherapeut sehr gut einsteigen. Die ersten Transfers dieser Art von Patienten werden meist uns Therapeuten überlassen. Wenn wir dann ein System (verschiedene Techniken, Rutschbretter, Transfergurt... - siehe Kinaesthetics) entwickelt haben, den Patienten schonend zu transferieren, wird die Pflege in dieses System eingeweiht. Ein Antidekubituskissen sollte allerdings in keinem Rollstuhl fehlen, da die Patienten ihre Lage nicht selbst verändern können und so Druckstellen entstehen könnten. Auf der anderen Seite muss man wissen, dass durch dieses Kissen die Körperwahrnehmung eingeschränkt wird. Daher sind Transfers beispielsweise beim Essen am Tisch auf einen Stuhl wichtig, damit sich die Patienten selbst wieder besser spüren können. Wichtig sind auch Absprachen wie: „Ich geh um halb zwölf zu dem Patienten zur Therapie, setze ihn dann raus und ihr (die Pflegekräfte) legt ihn dann bitte wieder ins Bett.“ Ein Transfer oder zumindest eine Lageveränderung sollte immer während der Therapie bei diesem Patientenkontinuum durchgeführt werden. Dieser gibt dem Patienten wichtige vestibuläre, propriozeptive und taktile Reize. Während der Therapie sollten dem Patienten so viele Reize wie möglich gegeben werden. Dies könnte beispielsweise durch ein Linsenbad, unterschiedlichen Gegenständen (am besten Schwere) zum Anfassen oder durch Vibrationsgeräte erfolgen. Damit lässt sich einerseits das herausfordernde Verhalten gut beeinflussen und andererseits ist dies beispielsweise für die Hände eine sehr gute Kontrakturprophylaxe.

## 2.6 Die Zusammenarbeit mit Angehörigen

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist ein wichtiges aber teilweise auch schwieriges Kapitel. Zum einen gibt es rührige Angehörige, die dankbar für Hinweise und angebotenen Hilfestellungen sind und zum anderen gibt es Angehörige ohne jegliche Einsicht für die Erkrankung des Patienten. Das Albertinen Krankenhaus in Hamburg führt derzeit ein durch die Robert Bosch Stiftung gefördertes Projekt durch: „starke Angehörige – starker Patient“. Aus dem Zwischenbericht geht daraus hervor, dass auch sie Probleme beispielsweise mit geringen Rücklaufzahlen von Angehörigenbefragungsbögen haben. Ziel dieses Projekts ist es „Ressourcen von Angehörigen erkennen und systematisch in die Findung von Therapiezielen sowie in Behandlungs-, Pflege- und Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen, die Kommunikation und Interaktion von Krankenhausmitarbeitern, Angehörigen und Patienten zu systematisieren, zu strukturieren und insgesamt zu verbessern. Dadurch den Behandlungserfolg der Patienten zu sichern und unnötige Belastungen für Patienten, Angehörige und Mitarbeiter zu vermeiden.“<sup>8</sup>

Wir auf unserer Station sind sehr gespannt wie dieses Projekt durchgeführt und schlussendlich von Angehörigen angenommen wird.

Auf unserer Station gibt es zwei mal wöchentlich die Möglichkeit für Angehörige zum Arztgespräch zu kommen. Dieses findet in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst statt. Dabei werden die Angehörigen über die aktuelle Situation, den Krankheitsverlauf und die Möglichkeiten der Entlassung besprochen. Gleichzeitig werden sie darüber unterrichtet welche Hilfsangebote es für die Zeit nach dem stationären Aufenthalt gibt. Wir Ergotherapeuten haben mit diesen Gesprächen nur am Rand zu tun. Wir werden beispielsweise vor den Gesprächen von den Ärzten gefragt, ob es realistisch ist, dass der Patient wieder gehen oder Treppe steigen kann, oder wie stark seine Alltagskompetenz eingeschränkt ist.

In seltenen Fällen führen wir Hilfsmittelschulungen und Transfertrainings mit den Angehörigen durch oder erarbeiten ein Hausübungsprogramm für den Patienten.

### 3 Fazit

Die Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen ist stets eine Herausforderung. Sei es um einen Zugang zu ihnen zu bekommen, herausforderndes Verhalten zu beeinflussen, Aufklärungsarbeit zu leisten, ärztliche Ziele mit den Zielen aus ergotherapeutischer Sicht zu verbinden oder räumliche Gegebenheiten anzupassen. Wenn man sich auf diese Arbeit einlässt, wird man vergleichsweise zu anderen Gebieten der Ergotherapie nur selten direkten Erfolg sehen, da es sich um eine degenerative, fortschreitende Erkrankung handelt. Daher muss man sich darauf einstellen, dass man nur kurzfristige Erfolge sehen kann und dass die Therapie die Erkrankung nicht aufhält, sondern im besten Fall nur verzögert. Ich empfinde die Arbeit mit diesem Patientenkontext dennoch als sehr erfüllend und bereichernd. Ich liebe Herausforderungen. Wenn eine demenziell erkrankte Patientin mit einer Nasensonde aus einem anderen Krankenhaus zu uns überwiesen wird mit dem Tenor: „die Patientin lehnt das Essen ab“ und man es schafft, dass sie wieder isst, in dem man die präorale Phase intensiver (und für die Patientin logischer) gestaltet, ist das ein unglaublicher Anreiz weiter zu machen. Der bewegendste Moment während meiner fünf jährigen Arbeit als Ergotherapeut war auf der Akutgeriatrie. Der Zimmergenosse eines demenziell Erkrankten, welchen ich behandelte, kam am Tag seiner Entlassung zu mir, um mir persönlich zu danken. Ich erwiderte, dass nicht mir der Dank gebühre, da ich ihn nicht ein einziges Mal behandelt hatte. Er sagte zu mir: „Nicht wegen mir möchte ich ihnen danken, sondern wegen meines Zimmernachbarn. Sie können sich gar nicht vorstellen, wie stolz er mir und allen anderen, die in unser Zimmer kamen, sein gebasteltes Körbchen gezeigt hat. Sie haben ihm sein Selbstwertgefühl wieder gegeben.“. Und von diesen Beispielen könnte ich hier noch eine ganze Menge aufschreiben. Wichtig bei der Arbeit mit demenziell Erkrankten ist, dass man nie den Humor verlieren sollte. Humor lässt einem manche Schwierigkeiten leichter durchleben und schafft eine für Patienten und Mitarbeiter freundliche Umgebung.

In Deutschland rückt das Thema „demenziell Erkrankte im Krankenhaus“ immer mehr in den Fokus. Die Stationen "Siloah" (Agaplesion) und "David" (Alsterdorf) in Hamburg haben diesen Weg schon sehr intensiv beschritten. Auch in Dresden wird das Diakonissen Krankenhaus dieses Jahr eine Station für demenziell Erkrankte eröffnen.

Solch eine Station gibt es leider in unserem Krankenhaus (noch) nicht. Die im Hauptteil beschriebenen ergotherapeutischen Aktivitäten sind verschiedene Ansätze, die ich als Ergotherapeut in der Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Team versuche, auf unserer Station umzusetzen. Wichtig ist mir aber dabei, dass ich die Grundsätze der ergotherapeutischen Versorgung demenziell erkrankter Menschen immer noch mehr in die Praxis umsetzen kann. Dabei geht es um die bestmögliche Förderung der Körperwahrnehmung, was durch Tätigkeiten aus dem Alltag möglich wird.

Abschließen möchte ich diese Hausarbeit mit einem Zitat welches Reinhold Niebuhr zugeschrieben wird, da ich es als sehr passend für die Arbeit mit an Demenz erkrankten Menschen finde und es auch gut zu unserem Krankenhaus mit kirchlichem Träger passt:

*„Gott, gib mir die Gelassenheit, Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den Mut, Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“*

#### **4 Quellenangabe**

- 1 <http://www.josephstift-dresden.de/kliniken-undeinrichtungen/akutgeriatrie/klinik/>  
28.01.2015
- 2 <http://flexikon.doccheck.com/de/Demenz> 26.03.2015
- 3 <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/zahlen/index.jsp> 15.02.2015
- 4 <http://barthelindex.com/> 15.02.2015
- 5 vgl. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen, Springer, 5. Auflage, Seite 43
- 6 vgl. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen, Springer, 5. Auflage, Seite 43
- 7 vgl. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen, Springer, 5. Auflage, Seite 116
- 8 [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/1\\_Albertinen-Krankenhaus\\_Hamburg.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/1_Albertinen-Krankenhaus_Hamburg.pdf) 08.03.2015