

Albertinen-Akademie

Weiterbildung DEMERGO

Kurs 5

Kursleitung Gudrun Schaade

**Was verändert sich für demenziell erkrankte Bewohner,
wenn Ergotherapeuten durch Betreuungskräfte ersetzt werden ?**

Nadja Karge

23.04.2017

Inhaltsverzeichnis

1. Wie bin ich auf das Thema gekommen.....	1
2. Welche personellen Veränderungen gab es an meinem Arbeitsplatz.....	2
3. Was möchte ich mit dieser Hausarbeit herausfinden.....	2
4. Definition Demenz.....	2
5. Bedeutsamkeit der Wahrnehmung in der Ergotherapie beim Thema Demenz.....	3
6. Ausbildungs- und Lerninhalten	4
6.1 Ausbildungsinhalte von Ergotherapeuten.....	4
6.1.1 <i>Theoretischer Unterricht in Stunden.....</i>	<i>4</i>
6.1.2 <i>Praktische Ausbildung in Stunden.....</i>	<i>5</i>
6.2 <i>Theoretische und praktische Lerninhalte von Betreuungskräften.....</i>	<i>5</i>
7. Ziele.....	5
7.1 Welche Ziele verfolgen Ergotherapeuten bei Demenz.....	5
7.1.1 <i>Bei beginnender Erkrankung.....</i>	<i>5</i>
7.1.2 <i>Bei fortgeschrittener Erkrankung.....</i>	<i>6</i>
7.2. Welche Ziele verfolgen Betreuungskräfte bei Demenz.....	6
8. Fallbeispiele mit Kurzbefund und Zielen.....	6
8.1 Fallbeispiel Herr Meier.....	6
8.1.1 <i>Kurzbefund.....</i>	<i>6</i>
8.1.2 <i>Fallbeispiel von Einzelbetreuung durch 4 dokumentierte Einheiten.....</i>	<i>7</i>
8.1.3 <i>Fazit.....</i>	<i>7</i>
8.1.4 <i>Ergotherapeutische Ziele.....</i>	<i>7</i>
8.1.5 <i>Fallbeispiel einer Einzeltherapie.....</i>	<i>8</i>
8.2 Fallbeispiel Frau Müller.....	8
8.2.1 <i>Kurzbefund.....</i>	<i>8</i>
8.2.2 <i>Fallbeispiel einer Betreuungsgruppe.....</i>	<i>9</i>
8.2.3 <i>Dokumentation der Betreuungsgruppe.....</i>	<i>10</i>
8.2.4 <i>Fazit:.....</i>	<i>11</i>
8.2.5 <i>Ergotherapeutische Ziele.....</i>	<i>11</i>

Inhaltsverzeichnis

9. Was kann eine Therapeutische Gruppensituation allgemein bewirken, wie wird sie geplant und durchgeführt.....	11
9.1 Beispiel für eine Durchführung	11
10. Welche Rahmenbedingungen können ein optimales Zusammenspiel beider Berufsbilder begünstigen und damit profitabel für demenziell erkrankten Bewohner sein.....	13
11. Fazit: Zusammenfassung / Zu welchem Ergebnis bin ich gekommen.....	14
12. Ausblick.....	15

1. Wie bin ich auf das Thema gekommen

Durch meine 9 jährige Tätigkeit als Ergotherapeutin in einer Seniorenresidenz, habe auch ich die Veränderungen an meinem Arbeitsplatz, durch den § 87b SGB XI und die damit verbundenen Einstellungen verschiedenster Betreuungskräfte nach 87b, miterlebt.

Als wir Ergotherapeuten vor ein paar Jahren von den neuen Möglichkeiten der Kostenübernahme durch die Krankenkasse bei zusätzlichen Betreuungskräften hörten, überwog zunächst die Freude. Unseren Bewohnern mit einem erhöhten Betreuungsbedarf sollte durch zusätzliche Kräfte mehr Zeit geschenkt werden. Es kam auch unserem Wunsch nach, mehr Präsenz auf den Pflegestationen zu erhalten. Zudem erhofften wir uns mehr Möglichkeiten der Zuwendung für die Bewohner durch die jeweilige Betreuungskraft. Es wurde immer wieder deutlich, dass es gar nicht genug Arbeitskräfte geben konnte, um den Betreuungsbedarf einiger Bewohner zu decken. Somit war diese neue Möglichkeit eine Bereicherung für uns alle. Zu dem Zeitpunkt machten wir uns noch keine Gedanken darüber, dass einmal angenommen werden könnte, Ergotherapeuten wären durch Betreuungskräfte in Seniorenheimen zu ersetzen. Beide Berufsbilder boten doch völlig andere Voraussetzungen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung gab bei einer Prüfung in unserem Heim einmal zu verstehen, dass unser Haus doch gar nicht so viele Ergotherapeuten beschäftigen müsste, Betreuungskräfte wären doch völlig ausreichend und kostengünstiger.

Alleine das bewegt mich als Ergotherapeutin, die ihren Beruf und ihren Arbeitsplatz schätzt, dazu, für sich selber und für alle, die an ergotherapeutischer Relevanz für demenzerkrankte Menschen zweifeln oder es noch nicht besser wissen, dieses Thema für die Hausarbeit zu wählen.

In der Residenz wohnen ca. 300 Bewohner. Ein Drittel lebt auf der Pflegestation. Die Krankheitsbilder der Bewohner sind sehr verschieden. Vorwiegend arbeite ich mit Menschen die an Demenz, Morbus Parkinson, Schlaganfall, rheumatische Erkrankungen oder Depressionen leiden. Menschen mit Demenz nehmen jedoch den größten Teil meiner Arbeit ein. Aufgrund dieses vielschichtigen Erkrankungsbildes, stelle ich mir die Frage, was sich in der Zukunft alles verändern wird, wenn Ergotherapeuten in Pflegeheimen durch Betreuungskräfte ersetzt werden.

Lohnt es sich Kosten für die Ergotherapeuten einzusparen, da Betreuungskräfte über die Krankenkasse abgerechnet werden oder könnte dies ein großer Qualitätsverlust der Pflegeheime sein?

2. Welche personellen Veränderungen gab es an meinem Arbeitsplatz

Als ich im Januar 2008 meine Arbeitsstelle antrat, gab es in unserer Abteilung noch keine Betreuungskräfte. Wir haben mit der Zeit immer wieder neue Betreuungskräfte eingearbeitet. Insgesamt waren dies 8 Mitarbeiter, von denen 6 nicht mehr in unserem Team sind. Der Aufwand und die Unruhe, die durch die hohe Fluktuation in unser bislang harmonisches und beständiges Team Einzug erhielt, war deutlich zu spüren. Es kostete viel Zeit und Energie, die wir lieber den Bewohnern geschenkt hätten. Mittlerweile haben wir kompetente Betreuungskräfte an unserer Seite, die wertvolle und wichtige Arbeit leisten. Zudem werden demnächst 2 neue Betreuungskräfte zu unserem Team gehören und eingearbeitet werden.

3. Was möchte ich mit dieser Hausarbeit herausfinden

Was ändert sich im Detail für demenziell erkrankte Bewohner, wenn ausschließlich betreut werden würde und keine Therapie mehr stattfindet?

Mir ist klar, warum jemand Außenstehendes ohne Fachkenntnisse, z.B. bei einer Momentaufnahme einer Gruppensituation, durchgeführt durch eine Betreuungskraft oder eine Ergotherapeutin, zunächst keine Unterschiede feststellen wird. Es wirkt von außen wahrscheinlich beides fröhlich und bunt. Deshalb auch die Frage an mich selbst: Glaube ich nur, dass es einen erheblichen Unterschied macht, ob in Heimen nur Betreuungskräfte eingesetzt werden, oder bewerte ich das ganze vielleicht sogar über? Besonders wichtig ist mir, auch bei dieser Hausarbeit, den Blick auf die fortgeschrittene Demenz zu richten.

4. Definition Demenz

„Dem-menz bedeutet vom Geist bzw. vom Gedächtnis entfernt zu sein.

Nach der ICD-10 (International Classification of Diseases) wird sie folgendermaßen definiert:

Demenz ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störungen vieler hoher kortikaler Funktionen einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Entscheidend für das Vorliegen einer Demenz ist auch die Beeinträchtigung des Patienten in den persönlichen Aktivitäten des täglichen Lebens und inwieweit seine Alltagskompetenz

eingeschränkt ist. Wird die Diagnose Demenz gestellt, sollte die Symptomatik seit mindestens 6 Monaten vorliegen und Bewusstseinsstörungen sollten ausgeschlossen ein.“

(Buch :Ergotherapie bei Demenzerkrankungen von Gudrun Schaade 5.Auflage S.4)

5. Bedeutsamkeit der Wahrnehmung in der Ergotherapie beim Thema Demenz

„Die Körperwahrnehmung ist eine der wichtigsten, elementaren Fähigkeiten des Menschen, um zu existieren und zu überleben. Sie ist nicht nur die Grundlage für die Entwicklung seiner kognitiven und emotionalen Fähigkeiten, sondern auch für den ergotherapeutischen Ansatz bei der Behandlung demenziell erkrankter Menschen. 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 – auch bei fortschreitender demenzieller 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 und deren Steuerung sind die Basis der ergotherapeutischen Behandlung bei Demenz-Erkrankungen. Die Reizsetzung kann bei allen Sinnen erfolgen: beim Gleichgewichtssinn, Lage- und Bewegungssinn, Tast- und Berührungssinn, Sehsinn, Hörsinn, Geruchssinn bis hin zum Geschmackssinn und Eingeweidesinn. Diese empfiehlt sich auch im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen mit herausforderndem Verhalten. Dafür ist umfangreiches Fachwissen aus den Bereichen Neurologie, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie und Innere Medizin erforderlich.

Um die Körperinformation zu verbessern, bedient sich der ergotherapeutische Ansatz verschiedener Methoden, um Reize gezielt einzusetzen oder zu verstärken. Ein zentraler Bereich sind Informationen über die Hände. Man erkennt die Bedeutung der Hände daran, dass ihre „Abbildung“ auf der Gehirnrinde einen besonders großen Raum einnimmt. In der Therapie werden viele Bewegungen genutzt, die den Einsatz der Hände fordern, bei denen die Koordination der Hände erforderlich ist und bei denen man sich zugleich durch die Berührung spürt, wie z. B. beim Klatschen. Auch der Mundbereich gibt zahlreiche Körperinformationen. So nehmen viele Menschen bei zunehmender demenzieller Erkrankung häufig Dinge in den Mund.“

(Zitat :<http://www.demergo.de/demergo-demenz-ergotherapie-beschreibung.php>)

6. Ausbildungsinhalte

6.1 Ausbildungsinhalte von Ergotherapeuten

6.1.1 Theoretischer Unterricht in Stunden:

Berufs-, Gesetzes- und Staatskunde : 40

Fachsprache, Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten : **80**

Grundlagen der Gesundheitslehre und Hygiene : **30**

Biologie, beschreibende und funktionelle Anatomie, Physiologie : **180**

Allgemeine Krankheitslehre und spezielle Krankheitslehre : **310**

Arzneimittellehre und Grundlagen der Arbeitsmedizin : **50**

Erste Hilfe : **20**

Psychologie und Pädagogik : **210**

Behindertenpädagogik : **40**

Medizinsoziologie und Gerontologie : **70**

Ergotherapeutische Mittel : **700**

Grundlagen der Ergotherapie : **140**

Motorisch-funktionelle Behandlungsverfahren : **100**

Neurophysiologische Behandlungsverfahren : **100**

Neuropsychologische Behandlungsverfahren : **100**

Psychosoziale Behandlungsverfahren : **100**

Arbeitstherapeutische Verfahren : **100**

Adaptierende Verfahren in der Ergotherapie : **40**

Prävention und Rehabilitation : **40**

Zur Verteilung auf die Lerngebiete : **250**

Insgesamt mindestens : **2.700 Stunden** theoretischer Unterricht

6.1.2 Praktische Ausbildung in Stunden:

Psychosozialer Bereich : **400**

Motorisch-funktioneller / neurophysiolog. / neuropsycholog. Bereich : **400**

Arbeitstherapeutischer Bereich : **400**

Zur Verteilung auf die Bereiche : **500**

Insgesamt mindestens : **1.700** Stunden praktischer Ausbildung

Das heißt : **Insgesamt 4.400 Stunden** theoretische und praktische Ausbildung

6.2 Theoretische und praktische Lerninhalte von Betreuungskräften:

Modul 1: Basiskurs Betreuungsarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen

Umfang: **100** Stunden

Modul 2: Betreuungspraktikum in einer stationären Pflegeeinrichtung Umfang: **zwei Wochen = ca. 2 x 38 Std. = 76 Std.**

Modul 3: Aufbaukurs Betreuungsarbeit in stationären Pflegeeinrichtungen

Umfang: **60** Stunden

Insgesamt 160 Std. Theorie + 76 Std. Praxis = **236 Std. insgesamt**

7.Ziele:

7.1 Welche Ziele verfolgen Ergotherapeuten bei Demenz:

7.1.1 Bei beginnender Erkrankung:

- längst möglicher Erhalt der kognitiven Ressourcen
- längst möglicher Erhalt der ADL's und Orientierung stützen
- Sprache längst möglich erhalten
- längst möglicher Erhalt des Langzeitgedächtnis
- Aufmerksamkeitsspanne positiv beeinflussen

- Körperwahrnehmung stabilisieren
- schon zu Beginn der Erkrankung Kontrakturenprophylaxe v.a. in den Händen und Armen
- Sturzprophylaxe
- Fähigkeiten und Fertigkeiten im Bereich Motorik längst möglich erhalten
- Selbstwertgefühl längst möglich erhalten

7.1.2 Bei fortgeschrittener Erkrankung:

- Verlust von Körperwahrnehmung entgegenwirken
- Unruhe, Angst und Aggressionen entgegenwirken
- Muskeltonus regulieren
- Kontrakturenprophylaxe v.a. in den Händen und Armen
- Restsprachfähigkeit und Kommunikation anregen
- Sozialverhalten positiv beeinflussen
- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne fördern
- Problemen bei der Nahrungsaufnahme entgegenwirken

7.2 Welche Ziele verfolgen Betreuungskräfte bei Demenz:

- Teilhabe am Leben der Gemeinschaft ermöglichen (unter anderem durch Alltagsaktivitäten, durch Betreuungs- und Aktivierungsangebote)
- Sicherheit und Orientierung vermitteln.
- Isolation entgegenwirken
- durch Anwesenheit Ängste nehmen

8. Fallbeispiele mit Kurzbefund und Zielen

8.1 Fallbeispiel Herr Meier:

8.1.1 Kurzbefund:

Herr Meier ist 90 Jahre alt und hat eine weit fortgeschrittene Demenz (verdacht auf Lewy Body). Der Bewohner ist bettlägerig und hat starke Schluckstörungen. Herr Meier spricht kaum noch, höchstens „Floskeln“ oder: Hallo, Ja und Nein, jedoch ohne Verständnis des Wortinhalts. Der Bewohner nimmt vieles in den Mund und ist mit seinen Händen viel im Gesicht. Herr Meier wühlt sehr viel im Bett herum und zeigt einen erhöhten Tonus und oft starke Unruhe. Der Bewohner sucht taktile Reize. Herr Meier kann sowohl sehr freudig als auch gereizt reagieren. Bei Kälte fühlt er sich bedroht und schlägt um sich.

8.1.2 Fallbeispiel von Einzelbetreuung durch 4 dokumentierte Einheiten (sinngemäß):

1. Herr Meier lehnte Betreuung ab, er nahm das Angebot, seine CD aufzulegen an.
2. Er bestimmte die CD eigenständig, indem er dazu nickte, diese wurde aufgelegt
3. Er bestimmte die zu spielende CD eigenständig, indem ihm CD's gezeigt und angespielt wurden . Der Bewohner nickte dazu oder schüttelte seinen Kopf.
4. Mandarinen wurden mit Nelken gespickt, Herr Meier hielt die Mandarine und schaute beim Spicken ausdauernd zu.

8.1.3 Fazit:

Was mir bei den Dokumentationen sofort auffällt, ist, dass hier kein Zugang zu dem Bewohner gefunden wurde und auch keine Idee, was der Bewohner am meisten braucht.

Wenn es auf Dauer bei Einzelbetreuung bliebe, würde die ohnehin schon eingeschränkte Körperwahrnehmung in großen Schritten zerfallen. Wenn jetzt jedoch ohne Fachwissen versucht wird, an den Bewohner heranzukommen, kann dies zu Aktivierung um jeden Preis führen und somit zur Überreizung. Auch das stetige CD einschalten führt zur Überreizung des Bewohners. Der Wortinhalt kann nicht mehr erfasst werden und somit auch nicht das Auswählen, ob er eine CD hören möchte und wenn ja, welche.

8.1.4 Ergotherapeutische Ziele bei Herrn Meier :

Förderung der Körperwahrnehmung mit dem Schwerpunkt: taktil und vestibulär

Kontrakturenprophylaxe vor allem der Hände und Arme

Nutzung und Anregung verschiedenster Kommunikationspotenziale

Probleme bei der Nahrungsaufnahme positiv beeinflussen

Senkung des erhöhten Tonus, Unruhe entgegenwirken

8.1.5 Fallbeispiel einer Einzeltherapie:

Herr Meier wird durch Handschlag freundlich auf Augenhöhe begrüßt. **Handöffnung als Kontrakturenprophylaxe.** Es folgen schwere angewärmte Sandsäckchen, die wie ein Nest seine **Körpergrenzen wahrnehmen** lassen um der **inneren Unruhe entgegenzuwirken.** Diese werden auch auf die Gelenke mit leichten **vibratorischen Bewegung** gelegt. Denn ohne Bewegung ist keine Wahrnehmung möglich.

Der Bewohner erhält eine stimulierende Gesichtsmassage durch Noppenpád, Gesichtsbürste und eine orale Stimulation durch einen gummierten Beißring mit unterschiedlichen Oberflächen. **Förderung taktiler Wahrnehmung**

Des Weiteren werden schwere Tastplatten mit Teppichresten oder Steinen aufmerksam ertastet und „**begriffen**“. Nach anfänglichem Führen öffnet der Bewohner immer wieder die Hand und streicht selber automatisch über die Platten. **Kontrakturenprophylaxe**

Zum Schluss erfolgt der Einsatz der mitgebrachten Therapiepuppe, auf die Herr Meier sofort freudig reagiert. Floskeln werden gesprochen, **Restsprachfähigkeit angeregt.** Herr Meier nimmt die Puppe fest in den Arm und kann durch den Vers: „Bäumchen rüttle dich, Bäumchen schüttle dich, wirf Gold und Silber über mich“ und das führende Wiegen **vestibuläre Reize** erfahren. Auf die Aufforderung der Handpuppe (von mir gesprochen): „Nochmal, nochmal“ wiegt Herr Meier sie nun durch das vorherige Führen der Bewegung selbst einige Male hin und her und lächelt dabei.

Interventionen weiterer Therapieeinheiten sind Führen in Anlehnung an Affolter bei der Nahrungsaufnahme. Dabei lässt sich ebenfalls der erhöhte **Tonus senken** und die **Nahrungsaufnahme positiv beeinflussen.**

8.2 Fallbeispiel Frau Müller:

8.2.1 Kurzbefund:

Frau Müller hat eine fortgeschrittene vaskuläre Demenz. Ihr Auffassungsvermögen, die Aufmerksamkeit und Konzentration sind stark eingeschränkt. Sie spricht wenig, hat starke Wortfindungsstörungen. Die Bewohnerin zeigt sich antriebsarm, sehr schläfrig, zudem ist ihr Tag-Nacht-Rhythmus gestört. Frau Müller hat große Anlaufschwierigkeiten beim Aufstehen, das Gangbild ist sehr schlaff und schlapp. Sie schlägt im Laufe des Tages immer wieder mit der flachen Hand auf den Tisch, klammert beim Begrüßen und reagiert gelegentlich gereizt. Die Bewohnerin kämpft teilweise mit Ängsten und hält sich am

liebsten in Gesellschaft auf. Frau Müller lässt sich auf alle Gruppenangeboten ein, um in Gesellschaft zu sein.

8.2.2 Fallbeispiel einer Betreuungsgruppe:

Gruppengröße: Alle Bewohner, die mitkommen oder schon im Tagesraum sitzen. In diesem Fall 9 Personen. Das Gruppenangebot wurde zum Thema Urlaub und Reisen ausgesucht, da dieses jeden Bewohner ansprechen könnte. Die Gruppe ist sehr gemischt: Eine Bewohnerin weist keinerlei kognitive Einschränkungen auf, weitere haben eine leichte oder fortgeschrittene Demenz.

Es liegen mitgebrachte Muscheln auf dem Tisch. Die Betreuungskraft kommt gerade aus ihrem Urlaub und berichtet den Bewohnern von ihren Erlebnissen. Danach stellt sie einige Fragen zum Thema Urlaub: Welche Urlaubsländer kennen Sie? Wo sind Sie mal im Urlaub gewesen? Was haben sie mal im Urlaub erlebt? Kaum ein Bewohner kann darauf antworten, da dies zu kognitiv ausgerichtet ist. Frau Müller sitzt schlafend auf dem Stuhl, wird von der Betreuungskraft mit Namen angesprochen, aber sie reagiert nicht. Ihre Tischnachbarin hilft nach und stößt sie unsanft an. Frau Müller schreckt hoch und bekommt eine direkte Frage gestellt. „Wo waren sie mal im Urlaub Frau Müller?“, woraufhin sie dreimal verlegen nickt. Frau Müller schläft einige Sekunden später wieder ein. So geht es mit thematischen Fragen einige Zeit weiter.

Jetzt sollen bei der nächsten Frage die Muscheln wahrgenommen werden. Sie bleiben auf dem Tisch liegen, werden gelegentlich in die Nähe geschoben, aber nicht zum „Begreifen“ herumgegeben. Auf den weiteren Versuch Frau Müller zur Teilnahme zu motivieren mit der Frage: Finden sie die Muscheln auch schön? Nickt sie wieder zustimmend, ohne diese wahrzunehmen. Es werden zwischendurch Lieder passend zum Thema gesungen. Die Betreuungskraft möchte mit Klatschen einen Rhythmus vorgeben. Daraufhin wird Frau Müller wach und die Betreuungskraft versucht sie zum Klatschen zu animieren. Jedoch versteht Frau Müller die Aufforderung nicht und macht ein fragendes Gesicht, bevor sie wieder einschläft.

Während der Gruppeneinheit schlug Frau Müller immer mal wieder auf den Tisch, woraufhin sich andere Teilnehmer gestört fühlten. Die Betreuungskraft versucht erklärend Frau Müller zum Unterlassen dieses Schlagens auf den Tisch mit der flachen Hand zu bewegen, was nach 2 Minuten wieder erfolgt.

8.2.3 Dokumentiert wird sinngemäß:

Die Bewohner wurden animiert aufgrund von mitgebrachten Muscheln sich an ihre Urlaubserlebnisse zu erinnern und zu dem Thema etwas zu erzählen. Jeder in der Gruppe wurde zu seinen Urlaubsreisen gefragt. Die Bewohner wurden animiert Lieder zum Thema zu singen.

Frau Müller wurde immer wieder wegen ihrer Müdigkeit zur Teilnahme animiert, Sie war dann für kurze Zeit wach, brachte sich jedoch trotz wiederholter Aufforderung nicht mit ein. Sie klopfte mehrfach auf den Tisch, die Gruppe fühlte sich dadurch gestört. Frau Müller musste in einem beruhigendem Gespräch zur Ruhe aufgefordert werden.

8.2.4 Fazit:

Welche bedeutenden Ziele konnte bei dieser Gruppenaktion für Frau Müller aufgenommen werden ? Wenn z.B. ihre Hände beim Klatschen anfänglich geführt und danach diese gemeinsam ausgeschüttelt worden wären, hätte man damit schon 4 Ziele aufgegriffen:

1. Förderung der Körperwahrnehmung : Schwerpunkt Propriozeption, 2. Ängste und Unruhe abbauen, 3. Tonusregulation, 4. Kontrakturenprophylaxe v.a. der Hände und Arme.

Um noch die Möglichkeit zu haben, auf jeden Bewohner einzugehen, wäre eine Gruppengröße von höchstens 6-8 Teilnehmer angepasster. Es hätten auch zusätzlich schwere Steine und eine schwere Therapiemappe zum Thema Urlaub und Reisen herumgegeben werden können. Zudem vielleicht eine Schüssel für die Hände mit kaltem Salzwasser oder ein Handbad aus Sand, in dem sich Muscheln unterschiedlicher Größe und Form verstecken. Weitere Gegenstände wie Möwe, Bus, Auto (kann über den Tisch fahren), Flugzeug, Liegestuhl, Badelatschen, Badehose könnten als Gesprächsanregung dienen. Verschiedene Sonnenhüte hätten aufgesetzt werden können (Körperwahrnehmung verändert sich) und vielleicht noch ein Wasserball, der über den Tisch rollt, um die wichtige Handöffnung zu erzielen. Dies sind nur einige wenige Möglichkeiten.

Um individuelle bedeutende Ziele für die Bewohner nicht aus den Augen zu verlieren, bedarf es einer strukturierten Herangehensweise und Durchführung. Wir Ergotherapeuten haben gelernt, jedes einzelne Medium in allen Facetten einzusetzen und durch Selbsterfahrungen, theoretischen und praktischen Unterricht genau zu wissen, was es mit einem Menschen macht. Wir müssen uns immer wieder fragen : „Warum will ich dieses

oder jenes für den jeweiligen Bewohner erreichen?“ Und vor allem auch: „Will ich das für ihn oder ist es für den Bewohner auch bedeutsam. Sonst ist es einfach Beschäftigung.

8.2.5 Ergotherapeutische Ziele für Frau Müller:

- Förderung der Körperwahrnehmung : Schwerpunkt Propriozeption
- Ängste und Unruhe abbauen
- Tonusregulation
- Längstmöglicher Erhalt der Restsprachfähigkeit
- Kontrakturenprophylaxe v.a. der Hände und Arme
- Sturzprophylaxe

9. Was kann eine therapeutische Gruppensituation allgemein bewirken? Wie wird sie geplant und durchgeführt?

Zunächst werden Informationen jedes einzelnen Bewohners gesammelt. Dies passiert zum Teil vor, aber auch während der Behandlungseinheiten. Daraus wird eine Befunderhebung geschrieben, aus der sich verschiedene Ressourcen & Probleme ergeben. Nun kommt es zur Zielformulierung. Die Ziele müssen einen Bezug zur Befunderhebung haben. Des Weiteren wird ein Maßnahmenplan verfasst, Maßnahmen werden durchgeführt und die Wirkung nach jeder Einheit überprüft.

9.1 Beispiel für eine Durchführung:

Die Bewohner werden an einen Tisch (um **Sicherheit** zu vermitteln) im hellen Tagesraum begleitet, Die Gruppentherapie startet mit der Begrüßung jedes einzelnen Bewohners, durch Hände geben, Augenkontakt und persönliche Ansprache mit Namen.

Ziel: **Handöffnung (Vorbeugung für Kontrakturen in den Händen)**, klare **Struktur** durch kurzen Impuls (Anfang). Der Bewohner soll sich ins **Tagesgeschehen** mit **eingebunden fühlen, Aufmerksamkeit** wird heraufgesetzt.

Nun folgt ein Bewegungslied um die **Wahrnehmung** zu fördern , besonders das **vestibuläre System** (auch zur **Sturzprophylaxe**), und die **Propriozeption** z.B. beim Klatschen, die **Sprache** wird dadurch ebenfalls angeregt. Es kann eine **Minderung von Aggressionen, Regression, Gereiztheit, Depressionen und Angstzustände** bewirken. Es fördert zudem **aufrechtes Sitzen, Gemeinschaftsgefühl** wird ermöglicht. Nach jedem

Klatschen werden die Hände gemeinsam ausgeschüttelt. Der erhöhte **Tonus** der durch das Klatschen entsteht, kann so wieder **herabgesenkt** werden.

Das Thema wird zum Beispiel durch mitgebrachte Gegenstände oder eine schwere (für die **Propriozeption**) Therapiemappe mit Bildkarten (vorne Bild, hinten die Bezeichnung als Schrift) vorgestellt. Ziele: **Neugierde** und **Aufmerksamkeit** wecken, **Handöffnung** und **Wahrnehmung** fördern durch das „Begreifen“ der mitgebrachten Medien.

Längstmöglicher Erhalt der **Handlungsplanung** und **Greiffunktionen** (z.B durch das Annehmen und Weitergeben), **Taktile Reize** geben (durch unterschiedliche Oberflächenstrukturen) und **visuelle Reize** setzen, **Restsprachfähigkeit** längstmöglich erhalten, z.B durch gesprächsanregende Medien oder das Lesen der Karten. Dabei wird auch die **Lese Freude** angesprochen, **Erfolgslebnisse** können vermittelt werden.

Automatismen nutzen (z.B. beim Drehen der Karte) , **Propriozeption** wird besonders durch schwere Gegenstände angesprochen. Schwere Gegenstände können somit besser wahrgenommen werden. Es werden zum Thema immer wieder zwischendurch passende/bekannte Lieder gesungen, um die **Aufmerksamkeit** und **Konzentration** heraufzusetzen, **Restsprachfähigkeit** längstmöglichst zu erhalten, sowie **Freude** und **Spaß** zu vermitteln. Es werden durch Sprichwörter, Stabreime oder bekannte Gedichte **Automatismen** genutzt und **Erfolgslebnisse** vermittelt. Zwischendurch erfolgt eine Aktivierung durch einen Ball, der über den Tisch gerollt wird (z.B. ein großer Igelball).

Durch unterschiedliche Oberflächen kann man hierbei die **Aufmerksamkeit** und **Wahrnehmung** verbessern. Durch die Aktivierung mit dem Ball, erfolgt wieder die wichtige **Handöffnung** und **Automatismen** können eingesetzt werden. Zudem wird der Kontakt zu anderen Bewohnern ermöglicht. **Rhythmische** Angebote z.B durch Gesang, einen Spruch oder Klanghölzer fließen ebenfalls mit in die Therapieeinheit mit ein. (**Propriozeption** wird zum Beispiel durch Klatschen auf den Tisch, die Beine oder in die Hände besonders angesprochen)

Die Gruppeneinheit kann durch ein immer gleiches Lied beendet werden (Wiedererkennungswert und klare **Struktur/Rahmen**) die Bewohner werden wieder mit dem Händegeben und der persönlichen Ansprache verabschiedet. (Impuls für das Ende)

10. Welche Rahmenbedingungen können ein optimales Zusammenspiel beider Berufsbilder begünstigen und damit profitabel für demenziell erkrankte Bewohner sein?

Aus meiner Sicht könnten alle Seiten von einer Zusammenarbeit profitieren, wenn von Beginn an Klarheiten durch einen festgelegten Rahmen geschaffen werden. Somit wäre es hilfreich, schriftlich festzuhalten, dass Ergotherapeuten und Betreuungskräfte, Altentherapeuten und FSJ'ler ein Team mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen bilden.

Die Pflegeplanung sollte dem jeweiligen Ergotherapeuten obliegen, um durch die zuvor durchgeführte Befunderhebung, die individuellen Ziele für den jeweiligen Bewohner herauszufiltern und einzupflegen. Daraus folgt eine effizient basierte Therapie, die geplant, durchgeführt und stetig evaluiert wird. Betreuungskräfte sollten von Ergotherapeuten für den jeweiligen Bewohner bedeutsame Aufgaben zugeteilt bekommen, um somit therapeutische Maßnahmen zu unterstützen.

Es sollte festgelegt werden, dass die Ergotherapeuten den Betreuungskräften gegenüber weisungsbefugt sind, damit Ergotherapeuten durch die übergeordneten Ziele Betreuungskräfte wirkungsvoll einsetzen können.

Betreuungskräfte und Ergotherapeuten sind wichtig und können zusammen ein starkes Team bilden, wenn beide Seiten nicht zu viel Zeit dafür investieren müssen, zunächst ihre Standpunkte klarzumachen.

Um Synergien entstehen und wachsen zu lassen, braucht es meiner Meinung nach Klarheit. Ergotherapie darf und muss sich von Betreuung unterscheiden, um Qualität zu sichern. Die Ergotherapeuten sollten ihre Arbeit so transparent wie möglich gestalten, damit klar ist, dass Ergotherapie sich von einfachen Beschäftigungsangeboten klar abgrenzt.

Wenn Ergotherapeuten nicht nur als teure Betreuungskräfte sondern ihren Qualifikationen entsprechend eingesetzt werden, wird auch das Kosten-Nutzen-Verhältnis deutlich, indem sie mit der ganzheitlichen Sichtweise positiv einwirkt und den demenziell erkrankten Menschen durch Fachwissen in seiner gestörten Balance auffängt und zudem bei der Pflegeplanung unterstützt und durch festgelegte Ziele längst möglich die Selbstständigkeit demenziell Erkrankter Bewohner erhält. Dann stellt sich auch nicht mehr die Frage, ob Ergotherapeuten überhaupt noch in Heimen gebraucht werden.

Besonders wichtig wäre meiner Ansicht nach, dass Betreuungskräfte nicht als Therapeuten betitelt werden und Therapeuten nicht als Betreuungskräfte. Dadurch wird nur noch mehr Diskrepanz in dem ohnehin schon sensiblen Wandel geschaffen.

Wenn Betreuungskräfte nicht als Therapeuten bezeichnet werden, baut sich bei den jeweiligen Mitarbeitern auch kein Druck auf, Therapie durchführen zu müssen und wenn Ergotherapeuten nicht als Betreuungskräfte bezeichnet werden, kommt es nicht stetig zu dem Druck, sich als Ergotherapeuten vor den Betreuungskräften erklären und beweisen zu müssen. Wenn nicht alle Seiten damit beschäftigt sein müssten, ihren Platz in dem Gefüge zu finden, wäre allen damit ein großer Abrieb erspart und wir könnten uns als Team finden und uns gegenseitig stützen und stärken.

Es kann nur Unmut bei Betreuungskräften erzeugen, wenn man von ihnen therapeutische Maßnahmen verlangt. So wird das Betreuungspotenzial blockiert in dem täglichen Gedanken, es Therapeuten gleich machen zu müssen. Es ist auch gar nicht wichtig und nötig, denn die Aufgaben einer Betreuungskraft sind wichtig und bedeutsam für den betroffenen Bewohner. Die Bewohner brauchen nicht entweder Therapie oder Betreuung, sondern beides in sich stimmig und individuell angepasst.

11. Fazit: Zusammenfassung / Zu welchem Ergebnis bin ich gekommen

Beide Berufsgruppen sind für den demenziell erkrankten Menschen immens wichtig. Sie können ein starkes Team bilden, wenn jeder seinen Ausbildungsinhalte entsprechend eingesetzt wird.

Wichtig ist für alle Ergotherapeuten, die in Pflegeheimen arbeiten, wieder zurück zu den ergotherapeutischen Wurzeln zu kommen. Sich wieder stark zu machen und nicht zu vergessen, warum man „Dieses“ oder „Jenes“ für den jeweiligen Bewohner erreichen möchte, um nicht einfache Unterhaltung und Zerstreung zu bieten, sondern professionelle und nachhaltige Therapie. Mir persönlich ist es sehr wichtig, dass demenziell erkrankte Bewohner ergotherapeutische Behandlungsmaßnahmen und individuelle Betreuung erhalten. Ergotherapie ist ein wichtiger Bereich für den demenziell erkrankten Menschen und sollte bei jedem zielgerichtet durchgeführt werden. Vor allem bei fortgeschrittener Demenz sind die individuellen ergotherapeutischen Ziele für den jeweiligen Bewohner immens wichtig.

Wenn es wirklich in jeder Einrichtung dazu käme, dass Ergotherapeuten durch Betreuungskräfte ersetzt werden würden, ändert sich ein erheblicher Teil bei der Nachhaltigkeit für die jeweiligen Bewohner. Sicherlich könnte man dies als grob fahrlässiges Handeln beschreiben, welches nicht im Sinne der Bewohner und Angehörigen sein kann. Ein enorm wichtiger Bereich, wie gezielte Wahrnehmungsförderung würde nur zufällig am Rande angekratzt werden und nicht zielgerichtet ablaufen und somit auch keine Veränderungen für den jeweiligen Bewohner erzielen. Sich nicht zu spüren macht Angst und führt zu den verschiedensten Verhaltensauffälligkeiten. Fast jeder Bewohner mit einer Demenz weist Wahrnehmungsstörungen in den verschiedensten Bereichen auf. Ein Abbau der Körperwahrnehmung führt zur Immobilität und könnte durch richtig eingesetzte Ergotherapeuten positiv beeinflusst werden.

Es ist wichtig, sich für dieses Thema einzusetzen und weiterhin das Thema Demenz und die ergotherapeutischen Behandlungsansätze aufzuzeigen. Eines sollte immer im Mittelpunkt der gesamten Angelegenheit stehen: Der ganzheitliche Mensch mit seinen Ressourcen und Problemen. Ihn in seiner persönlichen Umwelt zu stärken und zu unterstützen. Es ist wichtig im Austausch mit allen gemeinsam die bestmögliche Therapie und Betreuung zu bieten. Nur so kann ergotherapeutisches Wirken gelingen.

13. Ausblick

Für meine Arbeit habe ich mir wieder bewusst gemacht, wie wichtig Ergotherapie bei Demenz ist und wie dankbar ich für jede Betreuungskraft bin, die uns in dem täglichen Tun und Wirken unterstützt und wie zuversichtlich ich auch bin, dass ein harmonisches, befruchtendes und ergänzendes Arbeiten möglich ist, um die bestmögliche Lebensqualität und Würde jedes einzelnen Bewohners zu erhalten.

Diese Hausarbeit zu schreiben, hat weiterhin sowohl Lust auf die Arbeit mit demenziell erkrankten Bewohnern gemacht als auch in einem vielseitigen Team arbeiten zu dürfen. So schwerwiegend diese Krankheit auch ist, so vielfältig bereichernd kann die Arbeit mit demenziell Erkrankten Menschen auch sein. Jede Möglichkeit, durch zielgerichtete individuelle Therapie den Bewohnern mehr Lebensfreude und Körpergefühl zurück zu bringen, ist ein wichtiges befriedigendes Ziel.

Das schöne an meiner Arbeit als Ergotherapeutin ist: Es darf gemeinsam gelacht werden und davon jede Menge!

Quellenangaben /Literaturnachweis

- Buch: Ergotherapie bei Demenzerkrankungen von Gudrun Schaade 5.Auflage (Definition Demenz S.4)

Seite besucht am 4.03.2017

- <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/bewerbung/248-2012-fl-ausbildung/file>

Seite besucht am 5.03.2017

- <https://dve.info/resources/pdf/aus-weiterbildung/kongress/2015/sonntag-1/2000-s-38-blank/file>
- <http://www.demergo.de/demergo-demenz-ergotherapie-beschreibung.php> Seite besucht am 4.03.2017
- <https://www.gesetze-im-internet.de/ergthapr/BJNR173100999.html>

Seite besucht am 5.03.2017

- https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien_vereinbarungen_formulare/rahmenvertraege_richtlinien_und_bundesempfehlungen/2014_12_29_Angepasste_Richtlinien_87b_SGB_XI_final.pdf

Seite besucht am 5.03.2017

- <http://www.matheschwaeche.de/wahrnehmung/wahrnehmung.html>

Seite besucht am 31.03.2017

- Weiterbildung Demergo Unterlagen