



Schaade, G. Ergotherapie bei Demenzerkrankungen



zum Bestellen [hier klicken](#)

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>

Einleitung – Begegnung mit an Demenz erkrankten Menschen

Im Januar 1983 wurde ich beauftragt, »etwas« mit den schwerst demenzkranken Patientinnen auf der geschlossenen Station – damals einer reinen Frauenstation – unseres Pflegezentrums zu unternehmen. Zuerst schien mir das eine unlösbare Aufgabe zu sein. Bei einigen Patientinnen hieß die Diagnose lediglich »Demenz«, bei anderen »Alzheimer-Krankheit«; eine Patientin hatte einen Hirntumor; »Korsakow-Syndrom« war auch unter den Diagnosen. Auf der Station war ich konfrontiert mit Patientinnen, von denen einige völlig apathisch auf ihrem Stuhl saßen und kaum dazu zu bewegen waren, ihren Sitzplatz zu verlassen. Andere liefen unruhig im langen Flur auf und ab, eine Frau sang ständig den Anfang des Liedes »Ausgerechnet Bananen ...«.

Zunächst versuchte ich, einen Stuhlkreis zu bilden, was mir sehr schwer gelang. Anschließend war mein Ziel, die Aufmerksamkeit dieser Menschen über Lieder zu gewinnen, die ihnen wahrscheinlich bekannt waren. Aber auch das war mir zu dem damaligen Zeitpunkt noch nicht möglich. Sie verharrten in ihrem Zustand.

Die Alzheimer-Krankheit oder andere Demenzerkrankungen waren mir zu dieser Zeit nur dem Namen und den Symptomen nach bekannt. Kaum jemand sprach damals von diesen Erkrankungen. So musste ich durch Beobachtung und Ausprobieren erst einmal Erfahrungen sammeln. Literatur zu diesem Thema gab es kaum und sonstige Hilfestellung nirgends. So suchte ich mein ganzes Basiswissen aus der Ergotherapie zusammen, um diese kranken Menschen zu erreichen. In der Neurologie, in der Pädiatrie und in der Psychiatrie hatte ich schon gearbeitet, sodass ich Teile aus diesen Bereichen für meine Arbeit mit den schwerst an Demenz erkrankten Menschen nutzen konnte.

Ich sammelte Erfahrungen über das Verhalten und die vielen Probleme dieser Menschen. Ich konnte erfahren, wie es möglich ist, sie zu motivieren und zu aktivieren. Ich lernte, mit ihren Aggressionen, aber auch mit ihren Depressionen umzugehen. Ich lernte, diese Arbeit zu lieben und sie mir zur eigenen Sache zu machen.

Inzwischen wird viel von Demenz gesprochen. Es wird über die Ursache bzw. Entstehung dieser Krankheit geforscht. Man arbeitet therapeutisch mit Menschen bei beginnender Demenzerkrankung. Aber was tut man von therapeutischer Seite mit schwerst an Demenz erkrankten Menschen? Alle, die ich zu diesem Thema befragt habe, zucken mit den Achseln. Inzwischen versucht man, Milieutherapie durchzuführen. Die sog. »Validation« von Naomi Feil wurde zum Schlagwort, Selbsterhaltungstherapie und noch einige Möglichkeiten wurden versucht. Aber alle diese Ansätze kamen für mich als Ergotherapeutin so nicht in Betracht.

Im Lauf der Jahre habe ich aus meiner eigenen Praxiserfahrung heraus ein Programm für die Arbeit mit schwerst an Demenz Erkrankten entwickelt, das sich aus vielen Mosaiksteinchen der Möglichkeiten der Ergotherapie zusammensetzt. Grundlage sind dabei die Elemente Rhythmus und Langzeitgedächtnis. Auf diese Weise wird den verwirrten Menschen eine Orientierungshilfe geboten, die den fortschreitenden Verlust des Gedächtnisses zwar nicht aufhalten kann, jedoch versucht, sie nicht in Verwirrung und Angstzuständen zu belassen, sondern ihnen in ihrer Welt Würde und Sicherheit zu vermitteln. Wichtig für mein Konzept ist es, dass die Therapie etwas Spielerisches an sich hat, denn über Freude und Spaß kann man anderen Menschen Vieles leichter vermitteln. Dies gilt in besonderer Weise für die Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen.

Grundlagen

- 1.1 Was ist Demenz und welche Arten gibt es? – 4
 - Primäre Demenzen – 4
 - Sekundäre Demenzerkrankungen – 5
 - Diagnostische Verfahren – 6
- 1.2 Alzheimer-Krankheit – 7
 - Ursachen und Entstehung – 7
 - Symptome – 7
 - Verlauf – 8
- 1.3 Frontotemporale Demenz (FTD) – 9
 - Wie äußert sich die frontotemporale Demenz – 10
 - Diagnosestellung – 10
 - Medikamentöse Therapie – 10
 - Was kann man therapeutisch anbieten? – 11
 - Der Umgang mit herausforderndem Verhalten – 11
- 1.4 Beweggründe und Ziele für die Arbeit mit demenzkranken Menschen – 12
 - Motivation zur Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen – 12
 - Allgemeine Behandlungskonzepte – 13
 - Verschiedene Versorgungsformen – 14
 - Ziel der Therapie mit dementiell erkrankten Menschen – 15
- 1.5 Welche ergotherapeutischen Behandlungskonzepte können bei dementiell erkrankten Menschen eingesetzt werden – 16
 - Bobath-Konzept – 16
 - Affolter-Konzept oder St. Galler Modell – 18
 - Basale Stimulation – 19
 - Sensorische Integration – 19
 - Kinästhetik – 20
 - Feldenkrais – 20

1.1 Was ist Demenz und welche Arten gibt es?

»De-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 Störung vieler höherer 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 sechs Monaten vorliegen und Bewusstseinsstörungen sollten ausgeschlossen sein (Fa. Merz 1997).

Bei demenziell erkrankten Menschen kommt es zu einer Einschränkung der Merkfähigkeit, des Kurz- und Langzeitgedächtnisses mit zunehmender Unfähigkeit, neue Informationen zu lernen und früher bekannte Inhalte zu reproduzieren.

Intellektuelle Fähigkeiten wie abstraktes Denken, Urteilsvermögen, Konzentrationsfähigkeit, Aufnahme und Verarbeitung von Informationen lassen nach. Auch die Verschlechterung der zeitlichen, räumlichen, personenbezogenen und situativen Orientierung kann als Folge der gestörten Gedächtnis- und Denkleistung angesehen werden.

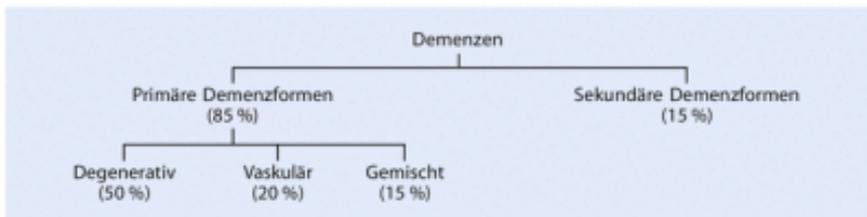
Demenzkrankungen können je nach Ursache in primäre und sekundäre Demenzen eingeteilt werden (■ Abb. 1.1).

Primäre Demenzen

Bei diesen Krankheitsbildern ist primär das Gehirn betroffen. Es handelt sich um irreversible Krankheitsprozesse (Bauer 1994), wobei zwischen degenerativen und vaskulären Erkrankungen unterschieden werden muss.

Zu den **degenerativen Demenzerkrankungen** gehören vor allem die Erkrankungen vom Alzheimer-Typ (DAT), die morphologisch durch Atrophie bestimmter Teile der Großhirnrinde und Ablagerung von pathologischem Eiweiß, dem sog. Amyloid, gekennzeichnet sind. Sie machen etwa 65% aller Demenzerkrankungen aus.

Die **vaskulären Demenzerkrankungen** (vaD) werden oft auch als »Multi-Infarkt-Demenzen« (MID) bezeichnet. Sie treten häufiger bei Männern auf und beginnen meist im Alter von über 70 Jahren. Sie werden überwiegend durch Veränderungen kleiner subkortikaler Ge-



■ Abb. 1.1. Einteilung der Demenzerkrankungen. (Nach Maurer et al. 1993)

Gedächtnis – was ist das?

2.1 Gedächtnis als Speicher – 24

2.2 Spielerischer Umgang mit dem Gedächtnis – 25

2.1 Gedächtnis als Speicher

Bevor die Möglichkeiten der Arbeit mit Demenzkranken erläutert werden können, ist es notwendig, sich zu verdeutlichen, was das Gedächtnis ausmacht. Dadurch kann man besser ermessen, was es bedeutet, wenn das Gehirn in seiner Gesamtheit nicht mehr funktioniert bzw. langsam aufhört zu arbeiten. Das Gedächtnis ist ein **Speicher**, allerdings mit begrenzter Kapazität. Mit dem Gedächtnis haben wir die Fähigkeit, uns Wahrnehmungen, d. h. Eindrücke psychischer und physischer Erlebnisse, zu merken. Das taktil-kinästhetische Sinnessystem ermöglicht den für die Anpassung und die Entwicklung komplexer Leistungen notwendigen Wahrnehmungsprozess. Visuelle und auditive Informationen sind dabei zweitrangig (Davies 1986). Affolter berichtet, dass die wichtigste Funktion für das Lernen die taktil-kinästhetische Perzeption (Berührung und Tiefenwahrnehmung) ist. Informationen über dreidimensionale Gegenstände können besser aufgenommen und gespeichert werden, wenn sie über den taktil-kinästhetischen Kanal vermittelt werden, als bei rein visueller oder rein beschreibend verbaudativer Übermittlung (Davies 1996). Dies spielt in der Therapie von Demenzkranken eine wichtige Rolle. So wird es möglich, einen erlebten bzw. wahrgenommenen Vorgang wiederzugeben. Auf diese Weise können Eindrücke, die ein Mensch durch seine Umwelt in der Vergangenheit aufgenommen hat, wieder ins Bewusstsein zurückgerufen und für die Gegenwart umgewandelt werden. Das kurz- oder längerfristige Behalten von Eindrücken und Erlebnissen bezeichnet man als **Merkfähigkeit**. Einige Erinnerungen können wir nach Jahren noch abrufen, einige behalten wir einige Stunden oder Minuten, und einige Wahrnehmungen bleiben uns nur wenige Sekunden erhalten.

Es lassen sich also **drei Arten von Gedächtnis** unterscheiden:

- Sofort- oder Ultrakurzzeitgedächtnis (einige Sekunden),
- Kurzzeitgedächtnis oder Arbeitsgedächtnis,
- Langzeitgedächtnis.

Im Gedächtnis entstehen Informationsverluste sowohl beim Speichern von Information als auch beim Abrufen oder »Entspeichern«. Diesen Vorgang nennt man **Reaktivieren**. Das Gedächtnis wählt aus, was es speichert, und hat damit die Funktion eines **Selektors**. Es kann auch Erinnerungen verändern.

Im täglichen Leben kommt eine riesige Flut von Informationen auf uns zu. Wir nehmen alles mit dem Ultrakurzzeitgedächtnis auf, aber der größte Teil der Information wird sofort wieder vergessen. Das ist sicher kein Zeichen von Gedächtnisschwäche, sondern ein Schutz vor Überforderung. Viele Menschen haben Angst vor Gedächtnisstörungen und beobachten sich ständig. Auf die Dauer ist diese Haltung aber nicht günstig, denn man blockiert sich damit selbst und gönnt seinem Gedächtnis keine Entlastung.

Die Reaktivierungsmöglichkeit gespeicherter Information ist zu verschiedenen Zeiten unterschiedlich. Dabei spielen äußere Umstände oft eine wichtige Rolle, z. B. fallen einem beim Aufenthalt im Ausland Vokabeln besser ein als zu Hause, in der Weihnachtszeit erinnert man sich besser an die Texte von Weihnachtsliedern als zu anderen Jahreszeiten. Manchmal kommt es auch zur unbewussten Reaktivierung. Man nennt dies den »Poetzel-Effekt«. Unbewusste Informationen, die unterschwellig im Gedächtnis liegen, arbeiten sich langsam ins Bewusstsein vor (Ostrander u. Schroeder 1992). Dieses Phänomen machen sich viele Bereiche, z. B. die Werbung, zunutze. Auch in der Psychotherapie werden die unterschwellig gespeicherten Informationen genutzt, um z. B. Träume zu verarbeiten.

Oft wird unter Gedächtnis nur Merkfähigkeit und angeleertes Wissen verstanden. Gedächtnis beinhaltet aber mehr:

Ergotherapeutische Befunderhebung

- 3.1 ICF als Grundlage der ergotherapeutischen Befunderhebung – 28
- 3.2 Wie kann eine ergotherapeutische Befunderhebung bei demenzkranken Menschen aussehen? – 29
- 3.3 Bogen zur ergotherapeutischen Befunderhebung bei demenziellen Erkrankungen – 31

3.1 ICF als Grundlage der ergotherapeutischen Befunderhebung

Seit langem ist die Internationale Klassifizierung von Krankheiten (ICD) der WHO bekannt; dort wird jede Krankheit standardisiert beschrieben. Seit dem Jahre 2001 gibt es auch ein Instrument der Weltgesundheitsorganisation für die Internationale Klassifizierung von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, genannt ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie stellt die Grundlage für eine standardisierte und einheitliche Untersuchung von Krankheit, bzw. gestörter Gesundheit dar (MMI, 2005).

Diese Klassifikation ersetzt die ehemalige ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Die stärker defizitorientierte ICIDH wird damit abgelöst von einem bio-psycho-sozialen Klassifikationsmodell von Gesundheit und Krankheit, das die verschiedenen Bereiche der Funktionsfähigkeit des Menschen stärker als bisher berücksichtigt.

Inzwischen hat die ICF auch bei der allgemeinen ergotherapeutischen Befunderhebung an Bedeutung gewonnen. Leider ist gerade im Bereich der Therapie bei dementiell erkrankten Menschen die gesamte Befunderhebung durch Ergotherapeuten noch sehr in den »Kinderschuh«³. Ergotherapeutische Befunderhebung wird nur sehr vereinzelt in diesem Bereich durchgeführt. Meistens wird auf Tests zur Diagnostik (Mini-Mental-Status und ähnliche) zurückgegriffen, die aber letztlich für die ergotherapeutische Behandlung wenig aussagekräftig sind, da es bei diesen Tests vor allem um kognitive Bereiche geht und eben um Diagnostik. So wäre es wünschenswert, Teile der ICF als Grundlage der Befunderhebung zu benutzen.

Die Unterteilung des ICF-Modells sieht zwei große Bereiche vor. Zum einen wird die Funktionsfähigkeit des Menschen eingeschätzt mit den Teilbereichen Körperfunktion, Körperstruktur,

Aktivität und Partizipation (Teilhabe). Zum anderen werden die Kontextfaktoren (die näheren Lebensumstände des Patienten) erfasst. Die Kontextfaktoren unterteilen sich wiederum in Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren (Abb. 3.1).

Bei der ICF geht es um folgende Komponenten:

- **Körperfunktionen** sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologischer Funktionen). Körperfunktionen umfassen die elementaren menschlichen Sinne wie »Sehfunktionen«. Außerdem werden mentale (geistige und seelische) Funktionen unter Körperfunktionen geführt.
- **Körperstrukturen** sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.
- **Schädigungen** sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder Struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.
- Eine **Aktivität** bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen.
- **Partizipation** (Teilhabe) ist das Einbezogen-sein in eine Lebenssituation.
- **Beeinträchtigungen der Aktivität** sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.
- **Beeinträchtigungen der Partizipation** sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogen-sein in eine Lebenssituation erlebt.
- **Umweltfaktoren** bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und entfalten. Dazu gehören z.B. familiäre Beziehungen oder Gebäude. Personenbezogene Faktoren sind z.B. Alter, Geschlecht und auch persönliche Erfahrungen.

Die größten Probleme, die beim dementiell erkrankten Menschen auftreten, finden sich zum

Therapiebericht

- 4.1 Gründe, einen Therapiebericht zu erstellen – 36
- 4.2 Therapiebericht: Vorlagebogen – 39
- 4.3 Therapiebericht: Beispiel – 39

4.1 Gründe, einen Therapiebericht zu erstellen

Oft taucht die Frage nach der Notwendigkeit und dem Sinn eines Therapieberichts an den Arzt auf. Es wird argumentiert, dass ein solcher Bericht nicht vergütet wird und es viel Zeit kostet, diesen zu erstellen. Gerade bzgl. der Arbeit mit demenziell erkrankten Menschen wird sehr selten ein Therapiebericht erstellt. Oft wird in Frage gestellt, ob dieser einen Nutzen für den demenziell erkrankten Menschen bringt. Sicher kommt häufig keine Rückmeldung der Ärzte, aber das darf eine Therapeutin nicht von ihren Aufgaben abhalten!

Wichtig

Als Therapeutin ist man verpflichtet, einen **Therapiebericht** für den Arzt zu verfassen.

Das Verfassen eines Therapieberichts ist durch die Heilmittelrichtlinien vorgeschrieben. Es geht um die **Zusammenarbeit mit den Ärzten**, die um der Patienten willen äußerst wichtig ist. Der Arzt hat so die Möglichkeit, seine Einschätzung der Therapie zu überprüfen. Doch auch im **eigenen Interesse** sollte man einen Therapiebericht erstellen. Anhand dieser Dokumentation muss man selbst hinterfragen, was man wie geleistet hat, und welche Wirkung beim demenziell erkrankten Menschen zu beobachten ist. Diese Fragestellungen helfen, die eigene Therapie besser zu analysieren und ein systematisches, planvolles Arbeiten anzuregen.

Wichtig

Der Therapiebericht ist ein **Qualitätsnachweis**,

- zum einen für ein gezieltes Arbeiten mit dem Patienten,
- zum anderen für die eigene berufliche Kompetenz.

Ein weiterer Grund für die Erstellung eines Therapieberichts ist, dass die Notwendigkeit der **Fortführung der Therapie** durch eine Neu- oder Weiterverordnung ansteht.

Wichtig

Ein Therapiebericht ist förderlich für die **Weiterverordnung** der Therapie.

Aus diesen Gründen liegt hier der Vorschlag für einen Therapiebericht vor, der natürlich abgewandelt werden kann. Wichtig wäre es, sich bei einem Therapiebericht auf nur **eine Seite** zu beschränken, da die Ärzte oft nur sehr wenig Zeit haben, den Bericht zu lesen. Sie scannen ihn ein und heften ihn ab. Je länger und ausführlicher der Bericht ist, desto weniger wird er gelesen. Daher sollte man nur das Wichtigste dokumentieren.



Hat Ihnen das Buch von Schaade, G.
Ergotherapie bei Demenzerkrankungen
gefallen?

zum Bestellen [hier klicken](#)

by naturmed Fachbuchvertrieb

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: info@naturmed.de, Web: <http://www.naturmed.de>