



Erich Grond

Die Pflege verwirrter und dementer alter Menschen

10. Auflage

LAMBERTUS

Erich Grond

Die Pflege
dementer und verwirrter alter Menschen

Demenzkranke
und ihre Helfer
im menschlichen Miteinander

LAMBERTUS

Erich Grond

Die Pflege
dementer und verwirrter alter Menschen

Demenzkranke
und ihre Helfer
im menschlichen Miteinander

LAMBERTUS

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2009, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim
ISBN 978-3-7841-1856-7

10., vollständig überarbeitete Auflage 2008

Ausweg aus unvereinbaren Widersprüchen	178
Verwirrtheit als Sinnkrise	179
Verwirrtheit als Folge von Kommunikationsstörungen	180
Umweltfaktoren, die zur Verwirrtheit beitragen	188
Wohnungsbedingungen zu Hause	188
Ausstattungs­mängel im Heim	189
Unfreiwillige Krankenhaus- oder Heimeinweisung	189
Pflegemängel in Heimen	192
DRITTER TEIL: HILFEN FÜR DEMENZKRANKE UND VERWIRRTE . .	195
1 Therapiemöglichkeiten	197
Körperliche Therapie	197
Psychotherapeutische Grundhaltung	199
Kreative Therapien	202
Beschäftigungs- oder Ergotherapie	203
Soziotherapie	203
Milieuthherapie oder Lebensweltgestaltung	204
2 Die Pflege verwirrter Personen und Demenzkranker	205
Die Pflege Verwirrter durch Angehörige zu Hause	205
Welche familiären Faktoren können zur Verwirrtheit beitragen?	208
Welche Folgen hat Verwirrtheit für die Familie?	212
Die Überlastung pflegender Angehöriger	218
Wie können pflegende Angehörige entlastet werden?	227
Entlastung pflegender Angehöriger durch ambulante Pflegedienste	238
Entlastung der Angehörigen durch teilstationäre Pflege	247
3 Stationäre Pflege in Heimen	248
Qualitätssicherung	248
Pflege Demenzkranker und verwirrter Personen	253
Begegen mit Demenzkranken	255
durch Verstehen aus der Biografie	255
durch Kommunikation	255
in Beziehungspflege	261
durch ganzheitlich Fördernde Pflege	262
Begleitung der Angehörigen von demenzkranken Bewohnern	263

4 Umgang mit Demenzkranken und verwirrten Personen	265
Umgang mit herausforderndem Verhalten Demenzkranker	265
Begleitung sterbender Verwirrter	275
VIERTER TEIL: BETREUUNG DEMENZKRANKER UND VERWIRRTER	
DURCH ANDERE FACHLEUTE UND HELFER	285
Sozialarbeiter/Sozialpädagogen	287
Ärzte	294
Psychologen	296
Seelsorger	296
Juristen: für rechtliche Aspekte	297
Ehrenamtliche Mitarbeiter	300
FÜNFTER TEIL: VORBEUGUNG GEGEN DEMENZ UND	
VERWIRRTHEIT	303
LITERATURVERZEICHNIS	307
STICHWORTVERZEICHNIS	313
VERZEICHNIS DER MEDIZINISCHEN FACHAUSDRÜCKE	317
VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	328
VERZEICHNIS DER TABELLEN	330
DER AUTOR	333

VORWORT ZUR 10. AUFLAGE

Angst vor Demenz und Verwirrtheit bedrückt nicht nur alte Menschen. Die Demenzkrankheit wird immer häufiger. In der BRD sind über eine Million alte Menschen demenzkrank und nach den Hochrechnungen werden es im Jahre 2040 zwei Millionen sein. Fast 70% dieser Kranken werden von den Angehörigen gepflegt. Belastet sind nicht nur die pflegenden Angehörigen, sondern auch die Altenpfleger/innen in den Heimen, weil Demenzkranke und Verwirrte bei immer schwererer Pflegebedürftigkeit in die Heime aufgenommen werden und dort an Personal gespart wird. Diese Tatsachen veranlassten den Autor, den Titel des Buches zu ändern.

Dieses Buch geht wie bisher davon aus, dass nicht die Krankheit Demenz, aber die Lebensqualität der Demenzkranken zu bessern ist, weil sie auch psycho-sozial bedingt ist und akut Verwirrte oft noch zu heilen sind. Die ganzheitliche Pflege des Körpers, die Beziehungspflege und vor allem Wertschätzung (Validation) zusammen mit ärztlicher und sozialarbeiterischer Betreuung stellen den Menschen in den Mittelpunkt jeder Betreuung, um sich an die individuellen Bedürfnisse des Kranken anzupassen und so die Menschenwürde bis zuletzt auch im Sinne der Palliative Care zu erhalten.

Eine Neuauflage war erforderlich, weil neue Erkenntnisse zu Demenz und Delir zu berücksichtigen sind. Sie will dazu beitragen, die Symptome früh zu erkennen, Entstehungsbedingungen zu verstehen, die Pflegediagnose Verwirrtheit nicht zu früh zu stellen, mit verwirrenden Faktoren und vor allem dem Demenzkranken und verwirrten Mitmenschen von Person zu Person zu begegnen, ohne die Grenzen der familiären und der professionellen Pflege zu vernachlässigen.

Zielgruppen sind vor allem pflegende Angehörige, Mitarbeiter in Sozialstationen und Pflegeheimen wie Altenpfleger, Krankenschwestern, Pflegehelfer, Ehrenamtliche und Sozialarbeiter. Wir brauchen das Miteinander der Hilfsbereitschaft gegen die Einsamkeit dieser „peinlich“ Erkrankten. Das Buch soll in Aus-, Fort- und Weiterbildung eine Ergänzung bewährter Lehrbücher sein.

Das vorliegende Buch beruht auf persönlichen Erfahrungen mit der eigenen demenzkranken Mutter und Tante, mit verwirrten Heimbewohnern und ambulanten Patienten, die der Autor 15 Jahre als Hausarzt betreute. Auch viele Anregungen von Pflegenden haben zu diesem Buch beigetragen.

Erster Teil: Grundlagen

1 Was ist Verwirrtheit?

- Verwirrtheit wird *psychiatrisch* beschrieben als zeitliche, örtliche, situative und persönliche *Orientierungsstörung* (Desorientierung), die im Delir mit Bewusstseinstörung einhergeht.
- Verwirrtheit ist eine *Pflegediagnose*, keine medizinische Diagnose. Verwirrtheit ist keine eigene psychische Erkrankung, sondern Symptom einer Erkrankung. Verwirrtheit ist eine *Reaktion* auf eine körperliche oder psychische Erkrankung oder auf psychisch oder sozial verwirrende Faktoren. Sie kann auch Symptom einer Beziehungsstörung, z. B. in der Familie, sein.
- Verwirrtheit gilt vielfach als fortschreitendes, nicht mehr besserungsfähiges Leiden, als Merkmal eines „Pflegefalles“. Die Pflegeversicherung verweigerte bisher Verwirrten die Hilfe, die andere bekommen, zahlte nur für Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaft.
- Verwirrtheit wird zum *Vorwand* genommen, unliebsame alte Menschen zu meiden, aus der Familie oder von der Station abzuschieben.
- Einmalige Verwirrtheit wird generalisiert, das Urteil wird von anderen Betreuern übernommen und damit zum Vorläufer eines dem Kranken zugeschriebenen geistigen Abbaus.
- Die Diagnose Verwirrtheit beeinflusst Pflegemaßnahmen und Lebensqualität des Kranken, weil er für entscheidungsunfähig erklärt, immer unselbstständiger und abhängiger wird.
- Verwirrtheit ist ein *sozial diskriminierendes Etikett*, dient Ärzten und Pflegenden zur Rationalisierung resignativer Förderungsmüdigkeit und juristisch zur Begründung von Betreuung oder Einweisung in eine geschlossene psychiatrische Abteilung oder in ein Pflegeheim.

Wie beschreiben Pflegende verwirrte alte Menschen?

Verwirrte seien sozial unzulänglich, nicht kooperativ, feindselig, streitsüchtig, belästigend, abweichend, inkontinent, vernachlässigt, verwahrlost, argwöhnisch, schwierig zu führen, ungehorsam, ruhelos, erregbar, krakeelend, widersprüchlich, ärgerlich, zurückgezogen, trottelig, wahnhaft. Ein Verwirrter vergesse alles, könne sich nichts mehr merken, Fragen nicht beantworten, laufe weg oder wandere hin und her, verfehle sein Zimmer, irre sich im Bett, nehme die Umgebung nicht mehr wahr, sei unsicher, wohin er gehen solle, könne Anweisungen nicht mehr verstehen

und nicht mehr befolgen, spreche unzusammenhängend, könne sich nicht konzentrieren und habe keinen Zeitsinn mehr.

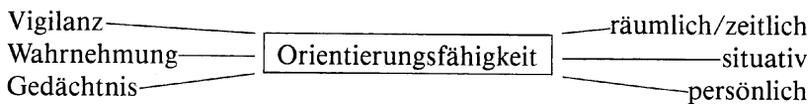
Pflegende sollten Begriffe kennen, die von Psychiatern für Verwirrtheit gebraucht werden:

Als *Delir* wird eine akute Verwirrtheit mit Bewusstseinstörung, Unruhe und Halluzinationen (Trugwahrnehmungen) bezeichnet.

Als *amnestisches* oder *Korsakow-Syndrom* wird eine chronische Verwirrtheit mit extremer Merkschwäche, Beeinflussbarkeit und Neigung zu Konfabulationen (wenn der Kranke Gedächtnislücken mit spontanen Einfällen ausfüllt) beschrieben.

Amentielles Syndrom (Amentia) kommt bei akuter körperlich begründbarer Psychose mit Verwirrtheit, Denkstörung, Desorientierung und Unruhe vor.

Was ist bei Verwirrtheit gestört? Die Orientierung.



Folgende Hirnleistungen ermöglichen die Orientierung:

Vigilanz, Wachheit, Aufmerksamkeit, um Informationen aufzunehmen.

Wahrnehmung: Wer schlecht sieht oder hört, kann sich in Raum oder Zeit nur mangelhaft zurechtfinden.

Gedächtnis: Wenn sich ein alter Mensch nicht mehr merken kann, was er wahrgenommen hat, kann er sich nicht orientieren. Wenn das Ultra-Kurzzeitgedächtnis gestört ist, wird der Kranke unaufmerksam; wenn das Kurzzeit- oder Neugedächtnis streikt, reagiert der Kranke unangemessen, teilweise verwirrt; wenn das Langzeit- oder Altgedächtnis versagt, ist der Kranke verwirrt und kann konfabulieren.

Formen der Desorientierung: zeitliche; räumliche; situative; persönliche.

Zeitliche Desorientierung: Die zuerst auftretende, am längsten anhaltende und häufigste Desorientierung ist die kalendarische. Ich halte es nicht für gerechtfertigt, alte Menschen für desorientiert zu erklären, wenn sie das Datum nicht wissen. Zeitlich desorientiert sind Kranke, die z.B. ständig nach der Uhrzeit oder nach dem Mittagessen fragen (im Tagesablauf desorientiert), Werktage für den Sonntag halten (im Wochenrhyth-

mus desorientiert), vom Sommer sprechen, weil die Sonne scheint (in den Jahreszeiten desorientiert) und immer wieder glauben, sie hätten Geburtstag, oder sie halten sich für jünger (in persönlichen Daten desorientiert). Zeitlich desorientiert ist jemand, der Erlebnisse aus der Kindheit für gegenwärtig hält (Zeitgitterstörung).

Räumliche Desorientierung: Der Kranke weiß nicht, in welchem Altenheim er wohnt, kann aber sein Zimmer ohne Schwierigkeiten wiederfinden und umgekehrt sein Zimmer verfehlen und trotzdem wissen, wo er wohnt. Räumliche Orientierung heißt, der Kranke bewegt sich auf sein Zimmer zu, nimmt seinen Platz ein, findet seine Sachen im Schrank wieder. Räumliche Desorientierung tritt bei Demenz nicht selten zuerst auf: der Kranke läuft umher, sucht seine Sachen oder räumt sie um und kann sein Hemd nicht mehr richtig anziehen.

Situative Desorientierung ist eine Fehldeutung der Situation, z. B. wenn der alte Mensch die Schwester als Tochter oder Mutter anspricht. Inhaltlich ist seine Aussage verwirrt, im Beziehungsaspekt aber sehr positiv, ein Dank oder Lob oder eine Anerkennung für die gute Pflege und ein Appell, weiter so gut wie die Tochter oder die Mutter zu pflegen. Wer schlecht sieht oder hört, d. h. nur Ausschnitte der Umgebung wahrnimmt, wird versuchen, das Wahrgenommene mit dem Bekannten aus seiner Biographie in Einklang zu bringen, also umzudeuten. Wie beim Puzzle erscheinen einzelne Teile sinnlos, wenn das ganze Bild unbekannt ist, und umgekehrt ist das Bild, d.h. die jetzige Situation, nicht zu verstehen, wenn einzelne Teile fehlen. Der Kranke deutet gegenwärtige Bilder, Geräusche oder Gerüche um, damit sie in seine vertrauten, vergangenen Erlebnisse passen.

Persönliche Desorientierung bedeutet, dass der alte Mensch das Wissen um seine eigene Identität verloren hat und z.B. seinen Namen nicht mehr weiß. Alte Frauen vergessen zuerst ihren Familiennamen, später auch ihren Mädchennamen. Diese Frauen mit einer fortgeschrittenen Demenz können mit dem Vornamen angesprochen werden, auf das vertrauliche Du sollte verzichtet werden, außer der Kranke wünscht es. Der Kose-Vorname bleibt den Angehörigen vorbehalten.

Wie ist das Symptom Verwirrtheit einzuordnen?

Behinderte Menschen sind nach § 2 Abs. 1 SGB XI

Körperlich behinderte Menschen,

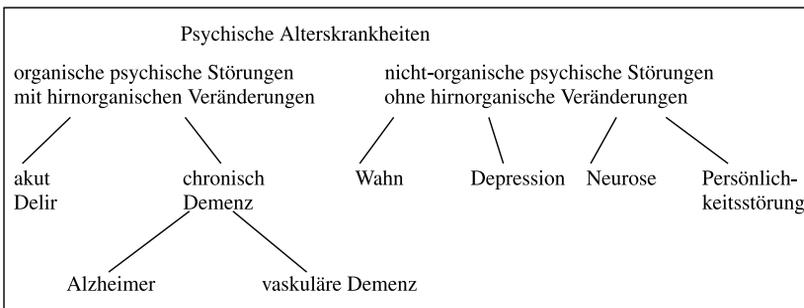
Geistig behinderte Menschen,

Seelisch Behinderte.

Diese wurden bisher in der Psychiatrie eingeteilt in Kranke mit

- 1 nicht organischen (körperlich nicht begründbaren) Psychosen wie Schizophrenie (z.B. Alterswahn) und Depressionen,
- 2 organischen (körperlich begründbaren) Psychosen, d.h. psychische Störungen als Folge von körperlichen Krankheiten,
- 3 Sucht (Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) und
- 4 Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Abbildung 1: Psychische Alterserkrankungen



Verwirrtheit, die auf einem Hirnschwund beruht, ist eine geistige und seelisch Behinderung. Nach ICD-10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten) werden in Kapitel V (F) die psychischen Störungen wie folgt eingeteilt:

- F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen wie z. B. Demenz bei Alzheimer F00 und Delir F05.
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.
- F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen.
- F3 Affektive Störungen, z. B. Depressionen im Alter.
- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

- F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren.
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.
- F7 Intelligenzminderung.

Verwirrtheit ist unter anderem ein Symptom einer Hirnschädigung, die als HOPS (hirnorganisches Psycho-Syndrom), Cerebralinuffizienz oder als Cerebralklerose bezeichnet wurde. Diese Diagnosen sind in ICD–10 nicht mehr aufgeführt.

Tabelle 1: Verwirrtheit als hirnorganisch bedingte psychische Störung

Formen	häufige Symptome	Ursachen/Faktoren	Rückbildungs-fähigkeit
Delir	akut verwirrt bewusstseins- getrübt	Hirnfunktionsstörung bei – Stoffwechselstörung – Sauerstoffmangel – toxisch	rückbildungsfähig
Demenz	kognitive Störung verhaltens auffällig	z.B. Alzheimer Demenz vaskuläre Demenz	nicht rückbildungs- fähig

Welche Symptome können die Verwirrtheit begleiten?

Begleitsymptome der akuten Verwirrtheit

Im Vordergrund stehen Bewusstseinsstörungen, die sich einteilen lassen in:

- (1) Vermindertes Bewusstsein (quantitative Bewusstseinsstörung): Bewusstseinstäubung, Somnolenz, Bewusstlosigkeit, Koma.
- (2) Verändertes Bewusstsein (qualitative Bewusstseinsstörung): Dämmerzustände, Verwirrtheit, Delir (= Verwirrtheit + Unruhe + Trugwahrnehmungen).

Vermindertes Bewusstsein = somnolent akut verwirrt.

Verändertes Bewusstsein = delirant akut verwirrt.

Vereinfachtes psychisches Leben = demenziell chronisch verwirrt.

Bei der akuten Bewusstseinsminderung werden folgende Schweregrade unterschieden:

Bewusstseinstäubung: Bei leichter Bewusstseinstäubung reagiert und bewegt sich der Kranke verlangsamt, manchmal überaktiv, ratlos, hat ein vermehrtes Schlafbedürfnis, Auffassung und Konzentration sind erschwert, die Orientierung ist erhalten, Gespräche sind noch möglich. Bei schwerer Bewusstseinstäubung ist der Kranke verhangen, schläfrig, kann sich nichts mehr merken, ist zuerst zeitlich, später örtlich verwirrt und zu einem geordneten Gespräch nicht mehr fähig.

Somnolenz: Der Kranke schläft, ist erweckbar durch Anrufe, reagiert aber apathisch, benommen, verwirrt und stark verlangsamt. Auf Anruf kann er die Hand heben oder essen oder trinken, aber anderen Anweisungen nicht mehr folgen. Er ist pflege- und aufsichtsbedürftig.

Bewusstlosigkeit: Der Kranke ist nicht erweckbar, braucht sofort einen Arzt!

Koma: Der Kranke reagiert nicht mehr und muss sofort ins Krankenhaus eingewiesen werden. Das Ausmaß der Bewusstseinsstörung wird mit der Glaskow-Koma-Skala beurteilt nach den Kriterien: wie reagiert der Kranke auf die Aufforderung, die Augen zu öffnen, motorisch oder verbal zu antworten?

Wenn sich Koma, Bewusstlosigkeit oder Somnolenz zurückbilden, kann der Kranke noch stundenlang verwirrt reagieren, dabei ist eine Verken-
nung der Pflegenden und der Situation möglich. Im Delir ist der Kranke nicht nur verwirrt, sondern sehr unruhig, besonders nachts, und hat Trug-
wahrnehmungen oder traumhaftes Wahnerleben. Auch aggressives Ver-
halten gegen vermeintliche Feinde ist im Delir möglich. Für die Zeit des
Delirs fehlen meist Erinnerung und Krankheitseinsicht.

Begleitsymptome bei chronischer Verwirrtheit infolge Demenz, vgl. S. 105 f.

Die chronische Verwirrtheit ist Symptom einer fortschreitenden De-
menz. Demenz bedeutet Intelligenzabbau. Zentrale Symptome sind
Verlust der Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses, der Urteils- und Kri-
tikfähigkeit, der Auffassungsgabe und des Selbstbewusstseins. Der
Kranke kann zunehmend weniger logisch denken, kombinieren, Begrif-
fe bilden und Sinnzusammenhänge erfassen. Abstraktes Denken wird
ihm unmöglich, konkret anschauliches Handeln tritt in den Vorder-
grund; zuletzt beschränken sich seine Leistungen auf Essen, Trinken

und Ausscheiden. Verhaltensstörungen sind für Angehörige und Pflegenden belastend.

Die Demenzen werden in ICD–10 eingeteilt in:

- Demenz vom Alzheimer Typ mit frühem oder spätem Beginn,
- Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn, Multi-Infarkt-Demenz, subkortikale vaskuläre Demenz (Binswanger) und gemischte vaskuläre Demenz,
- Demenz bei andernorts klassifizierten Krankheiten: Demenz bei Pick-, Creutzfeldt-Jakob-Krankheit, bei Chorea Huntington, bei Parkinson oder bei HIV-Krankheit,
- nicht näher bezeichnete Demenz. Bisher fehlt in dieser Einteilung die Lewy-Körper-Demenz.

Die Hirnleistungsstörung reicht von leichter kognitiver Beeinträchtigung bis zum schweren Endzustand mit Demenz, nach der Ausgestaltung der Symptome von antriebsarm über verwirrt bis wahnhaft, vom klaren Bewusstsein bis zur Bewusstseinsstrübung im Delir. Dem gleichen Symptom Verwirrtheit können verschiedene Ursachen zugrunde liegen, die gleiche Ursache kann verschiedene Symptome, z.B. Verwirrtheit, hervorrufen. Verwirrtheit ist also eine unspezifische Reaktion des Gehirns. Kranke mit einer beginnenden Demenz sind meist nur in der Fremde verwirrt.

Früherkennung von Verwirrtheit

Welche *Vor- oder Warnzeichen* weisen auf eine drohende Verwirrtheit hin? Von Verwirrtheit ist bedroht:

- (1) Wer über 80 Jahre alt ist, alte Frauen werden etwas häufiger demenzkrank als alte Männer.
- (2) Wer niemanden hat, der für ihn sorgt, wer allein lebt, keine Bezugsperson oder keine sozialen Kontakte hat.
- (3) Wer seine lebensgeschichtliche Identität nicht kontinuierlich aufrechterhalten kann.
- (4) Wer schlecht sieht oder schlecht hört.
- (5) Wer die vielen Informationen nicht verarbeiten und auf Umwelteinflüsse nicht sinnvoll reagieren kann.
- (6) Wer Tag und Nacht verwechselt, sein Zimmer nicht findet.
- (7) Wer ungeplant umziehen muss, z. B. ins Heim oder plötzlich ins Krankenhaus eingewiesen wird.
- (8) Wer seine täglichen Gewohnheiten nicht ausüben kann und wer unter Zwängen leidet.

- (9) Wer in der Beweglichkeit eingeschränkt ist.
- (10) Wer bettlägerig ist.
- (11) Wer schlecht schläft und sich nicht wohl fühlt.
- (12) Wer eine Verletzung erlitten hat.
- (13) Wer inkontinent ist oder einen Katheter braucht.
- (14) Wer seine Prothese (Zahn-, Armprothese, Brille, Hörapparat, Stock usw.) verloren hat.
- (15) Wer ständig mit Schmerz- oder Beruhigungsmitteln behandelt wird.

Anfangssymptome einer chronischen Verwirrtheit sind vorübergehende nächtliche oder zeitliche Verwirrtheit, Nicht-mehr-Heimfinden, Abkapselung, Abbruch von Beziehungen und Vernachlässigung von Körper- und Wohnungspflege sowie Verkennen von Personen.

Psychosoziale Krisen wie Partnerverlust, Heimeinweisung oder Umzug machen eine verborgene Verwirrtheit sichtbar. Die Früherfassung setzt Kenntnisse voraus: Angehörige, Hausarzt, Pflegende der Sozialstation oder des Heimes, die frühzeitig eine Verwirrtheit feststellen, veranlassen Frühberatung z. B. der Familie und frühe Hilfen z.B. durch Sozialarbeiter und Psychiater.

Das Etikett „Verwirrtheit“

Wer erhält das Etikett „verwirrt“, wer wird für verwirrt erklärt?

- (1) Wer auffällig ist, sich unangemessen oder unangepasst verhält. Was angemessen ist, entscheiden Angehörige, Pflegende oder Ärzte.
- (2) Wer stört, aggressiv oder handgreiflich wird.
- (3) Wer unruhig hin und her läuft oder wegrennt.
- (4) Wer nörgelt, viel Geduld erfordert, als Problempatient gilt.
- (5) Wer schlecht zu verstehen ist, weil er undeutlich (z.B. ohne Zähne, nach Schlaganfall, bei Parkinson) oder verwaschen spricht.
- (6) Wer falsch versteht, weil er schwer hört, oder missverständlich antwortet.
- (7) Wer vom Pflegenden auch nonverbal nicht verstanden wird, weil er andere Signale sendet, als der Pflegende es gewohnt ist.
- (8) Wer sich intensiv konzentriert und deshalb einen leeren Gesichtsausdruck hat, wer Selbstgespräche führt.
- (9) Wer vernachlässigt, unordentlich erscheint, weil er z. B. ungekämmt, zahnlos, trottelig, durch Narben verunstaltet ist.
- (10) Wer riecht, weil er unter sich lässt, sich selten wäscht oder das Baden verweigert.

- (11) Wer Essen oder Trinken ablehnt.
- (12) Wer andere Wertvorstellungen über Ess- und Trinkgewohnheiten, Rauchen, Waschen, Kleidung oder Sexualität hat.
- (13) Wer sich entblößt oder sich selbst befriedigt.
- (14) Wer argwöhnisch oder ängstlich reagiert, weil er sich gefangen fühlt oder wer misstrauisch Pflegende in Frage stellt.
- (15) Wer die Erwartungen der Pflegenden nicht erfüllt, nicht gehorcht.
- (16) Wer depressiv, antriebsarm, interesselos, verlangsamte reagiert.
- (17) Wer schon einmal versucht hat, sich umzubringen.
- (18) Wer Hilfe ablehnt, wer sich nicht hilflos machen lassen will.
- (19) Wer nicht einsieht, dass er krank ist.

Wer erteilt das Etikett? Häufig die Pflegenden, die alles versucht haben, einem Älteren zu helfen, nicht weiter wissen, sich inkompetent fühlen und die eigene Hilflosigkeit auf den Älteren projizieren, oder Pflegende, die sich überlegen fühlen und deshalb Ältere wie Kinder in Verantwortung nehmen. Wenn Pflegende erwarten, dass Heimbewohner verwirrt werden, dann werden sich die Bewohner infolge ihrer Ich-Schwäche genauso verhalten, wie es von ihnen erwartet wird (sich selbst erfüllende Prophezeiung). Die Diagnose Verwirrtheit dient Pflegenden zur Rechtfertigung für isolierendes und bestimmendes Verhalten und als Ausdruck eigener Angst vor Verwirrtheit.

Wie häufig ist Verwirrtheit

Etwa ein Drittel ist akut verwirrt (Delir), zwei Drittel chronisch verwirrt, dement. Die Zahl der an Demenz leidenden alten Menschen (Prävalenz) beläuft sich auf etwa 14 % (Weyerer, 2007).

Tabelle 2: Verbreitung (Epidemiologie) psychischer Altersleiden

Erkrankung	Berliner Alters-Studie 1996	Weyerer 2007	Mannheimer Heime
Depression	16–23 %	25 %	51 %
Demenz	16,8 %	14 %	52 %
Angst	6–8 %	10 %	36 %
Sucht	etwa 6 %	6 %	3 %
Wahn	2–3 %	2 %	10 %

Über die Hälfte der körperlich kranken alten Menschen sind auch psychisch gestört.

Psychische Erkrankungen, auch Verwirrtheit sind in der offenen Altenhilfe häufiger als in der stationären, weil 68 % der Pflegebedürftigen noch zu Hause gepflegt werden.

2 Allgemeine Pflege von Verwirrten

Kenntnisse der Grundpflege müssen als bekannt vorausgesetzt werden. Für die häusliche Krankenpflege sind folgende Bücher empfehlenswert: Bubolz-Lutz, E.: Pflege in der Familie, Lambertus, Freiburg 2006 und Stiftung Warentest: Pflege zu Hause, So organisieren Sie die Hilfe, Berlin 2007.

Die Grundpflege umfasst Betten, Lagern, Körperpflege, Überwachung und Sicherstellung der Ernährung und Durchführung vorbeugender Pflegemaßnahmen, wie z.B. Bewegungsübungen und Maßnahmen gegen Wundliegen.

Da akut Verwirrte, die apathisch im Bett liegen und chronisch Verwirrte bei längerer Bettruhe von Komplikationen bedroht sind, werden die wichtigsten vorbeugenden Maßnahmen in Tabelle 3 kurz beschrieben.

Tabelle 3: Vorbeugende Maßnahmen bei bettlägerigen Verwirrten

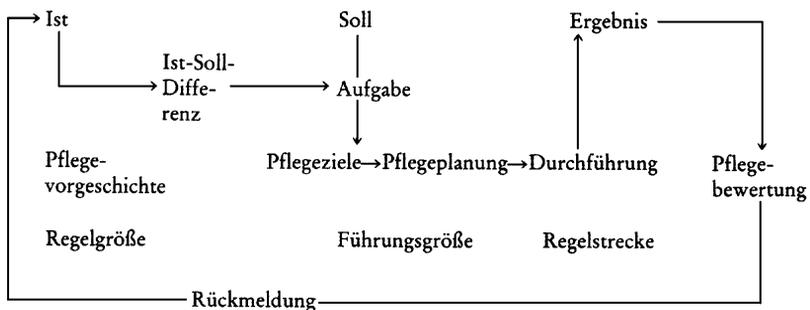
Bei bettlägerigen Verwirrten drohende Komplikationen:	Vorbeugende Maßnahmen
Dekubitus	nach dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe: individueller Bewegungsplan mit Mikrobewegungen, Hilfsmitteln zur Druckentlastung, Hautpflege, Schmerzmittel vor dem Verbandswechsel; Risikofaktoren abbauen, dokumentieren, Falten/Scherkräfte meiden.
Lungenentzündung Pneumonie	Atemluft anfeuchten, aufsitzen lassen und Lage wechseln, auffordern, tief durchzuatmen, abklopfen, atemstimulierend einreiben, Atemgymnastik, Schmerzmittel, um Abhusten zu erleichtern.

Thrombosen	Aktive Bewegungsübungen der Beine, 2 mal täglich in den Sessel setzen, Atemübungen, Beine ausstreichen und wickeln vor dem Aufstehen, Bürstenmassagen, Acetylsalicylsäure, z.B. ASS oder Aspirin protect.
Gelenkkontrakturen (Versteifungen)	Passive und aktive Bewegungsübungen, Gehübungen, Lagern in Mittelstellung, Fußaktivstütze.
Mundentzündungen wie Soor, Aphthen, Ohrspeicheldrüsenentzündung	Vorsichtig (sehr schmerzhaft) auswischen z.B. mit Bepanthen, Mund spülen mit Kamillentee, Anregen des Kauens mit Brotrinde, Nase frei halten mit Nasentropfen.

Pflegeprozess

Jede Pflegemaßnahme ist Teil eines Pflegeprozesses, der wie ein Regelsystem gesteuert wird. Das Regelsystem der Krankenpflege stellt sich immer wieder neu ein, wie in Abbildung 2 dargestellt.

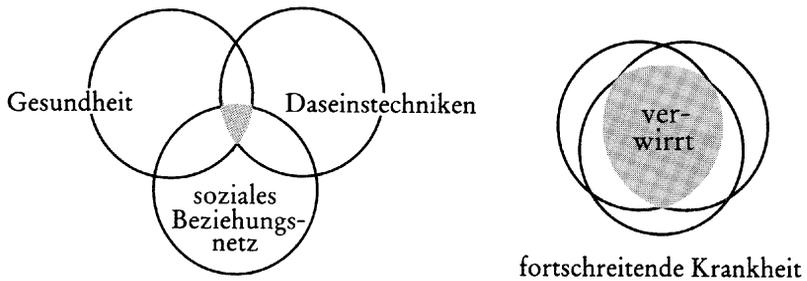
Abbildung 2: Der Pflegeprozess als Regelsystem



Jeder Pflegeprozess hat drei Aspekte:

1. Der Pflegeprozess ist ein Wechselwirkungsprozess zwischen dem Krankheitsverlauf und den Ressourcen (S. 24 f.).

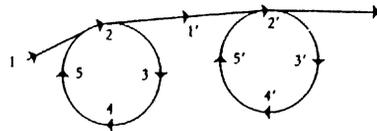
Abbildung 3: Die Wechselwirkung zwischen Ressourcen und Krankheitsverlauf



2. Der Pflegeprozess ist ein Problemlösungsprozess.

Abbildung 4: Der Pflegeprozess als Problemlösungsprozess

- 1 = Ist
- 2 = Soll
- 3 = Planung
- 4 = Durchführung
- 5 = Bewertung

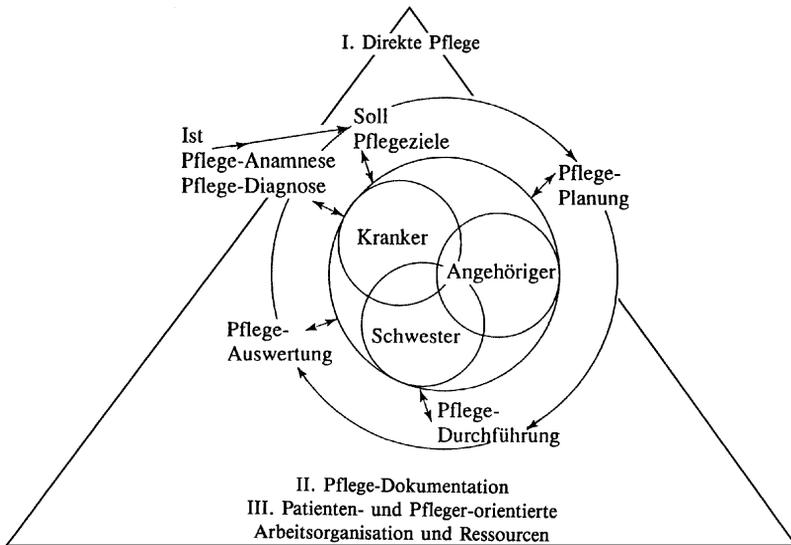


Der Pflegeprozess umfasst fünf Phasen und sollte dokumentiert werden:

<i>Phasen</i>	<i>dokumentiert auf</i>
Pflege-Anamnese	Pflege-Erhebungsbogen
Pflegeziel-Bestimmung	
Pflegeplanung	Pflegeplanungsbogen
Ausführung	Pflegeverlaufsprotokoll
Auswertung	Pflegebericht

3. Jeder Pflegeprozess ist ein Beziehungsprozess (S. 25 f.).

Abbildung 5: Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess (Krohwinkel)



Der Pflegeprozess als Problemlösungs- und Beziehungsprozess

Eingangsphase

Kontaktaufnahme und Pflege-Anamnese:

Die Pflege-Anamnese mit einem Fragebogen zu erheben, kann die Beziehung bei der Kontaktaufnahme stören. Der Pflegenden gewinnt die Informationen direkt durch das Gespräch mit dem Kranken und durch Beobachtung seines Verhaltens, indirekt durch Gespräche mit Dritten, z. B. den Angehörigen oder dem Arzt. Die ganzheitliche Einschätzung des Verwirrten durch die Vorgeschichte und die Verhaltensbeobachtung endet nie, ist ein Prozess, in dem bei jeder Pflegehandlung neue Daten gewonnen werden.

Pflegende auf Inneren Abteilungen sind gewohnt, alle körperlichen Veränderungen, die auf psychiatrischen Stationen Arbeitenden alle psychisch auffälligen Veränderungen sorgfältig wahrzunehmen. Aber nicht der Ort, wo sie pflegen – zu Hause, im Pflegeheim, im Krankenhaus –, entscheidet, wie Pflegende den Kranken einschätzen, sondern die mitmenschliche Begegnung mit dem Kranken.