

# **Vertiefungsarbeit Demenz/Alzheimererkrankung**



**Markus Biedermann, Rumisberg**

<u>Markus Biedermann, Rumisberg.....</u>	<u>1</u>
<u>Ziel.....</u>	<u>3</u>
<u>Wichtige Aussagen der Referenten zu diesem Thema in Stichworten.....</u>	<u>3</u>
<u>Motivation.....</u>	<u>3</u>
<u>Die Neugierde und Nähe zu Thema Demenz will ich vor allem in folgenden Punkten</u>	
<u>wecken: .....</u>	<u>4</u>
<u>Methode .....</u>	<u>4</u>
<u>Mit folgender Literatur habe ich mich auseinandergesetzt:.....</u>	<u>4</u>
<u>Demenz .....</u>	<u>5</u>
<u>Vorwort.....</u>	<u>5</u>
<u>Demenz .....</u>	<u>5</u>
<u>Wie setzt sich eine kognitive Leistungsfähigkeit zusammen.....</u>	<u>6</u>
<u>(Quelle: Dr. Christoph Held, Gedanken wie Blätter im Wind 2000).....</u>	<u>6</u>
<u>Neuere Bezeichnung für Gedächtnisleistung.....</u>	<u>7</u>
<u>Epidemiologie .....</u>	<u>7</u>
<u>Diagnose .....</u>	<u>8</u>
<u>Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten .....</u>	<u>8</u>
<u>Häufigkeit der verschiedenen dementiellen Krankheiten.....</u>	<u>9</u>
<u>Unterscheidungen .....</u>	<u>9</u>
<u>Alzheimer Erkrankung.....</u>	<u>10</u>
<u>Psychische Reaktionen (Sekundärsymptome) auf die Krankheit.....</u>	<u>10</u>
<u>Vaskuläre Demenz .....</u>	<u>10</u>
<u>Symptomatik und Erleben der Kranken .....</u>	<u>11</u>
<u>Bedeutung des Vergessens.....</u>	<u>11</u>
<u>Verlust des Selbst .....</u>	<u>11</u>
<u>Verlangsamung und Versagen in komplexen Situationen .....</u>	<u>12</u>
<u>Verhältnis Kognition – Emotion .....</u>	<u>12</u>
<u>Aphasien .....</u>	<u>12</u>
<u>Biographie des Kranken.....</u>	<u>12</u>
<u>Drei Welten Modell nach Dr. Held .....</u>	<u>13</u>
<u>Welt der kognitiven Erfolglosigkeit .....</u>	<u>13</u>
<u>Intervention Küche: .....</u>	<u>14</u>
<u>Welt der kognitiven Ziellosigkeit .....</u>	<u>15</u>
<u>Intervention der Küche .....</u>	<u>15</u>
<u>Welt der kognitiven Schutzlosigkeit (Reizlosigkeit).....</u>	<u>16</u>
<u>Intervention der Küche .....</u>	<u>16</u>
<u>Kochen auf den Abteilungen.....</u>	<u>18</u>
<u>Bündner Gerstensuppe .....</u>	<u>18</u>

## **Ziel**

Persönliche Vertiefung in die verschiedenen Formen der Demenz, insbesondere der Alzheimer – Erkrankung. Bezug zu meinem Praxisfeld als Seminarleiter für die Ausbildung von Heimköchen. Das bedeutet:

- Persönliche theoretische Vertiefung
- Erarbeiten von Unterlagen über die wichtigsten Begriffe, Erkenntnisse und demografische Entwicklung der Demenzerkrankungen
- Welchen Einfluss hat die Ernährung, beziehungsweise wo kann der Koch die Arbeit der Pflege aktivierend unterstützen?
- Welches Wissen muss der Heimkoch im Bereich der Gerontologie und dem Krankheitsbild der Demenz besitzen, um entsprechend handeln zu können? (Drei Welten – Modell von Christoph Held, Wetzikon, Biografiearbeit siehe im Anhang)
- Bereitstellen von Unterrichtsunterlagen für die Weiterbildung zum Heimkoch

## **Wichtige Aussagen der Referenten zu diesem Thema in Stichworten**

- Die verschiedenen Formen der Demenz
- Was ist die Alzheimer – Krankheit?
- Demografische Entwicklung der Demenz, insbesondere der Alzheimer - Krankheit
- Diagnose der Alzheimer – Krankheit
- Das Drei – Welten Modell nach Held
- Mögliche integrative Konzepte für Alzheimer - Patienten durch den Verpflegungsbereich
- Grundlagen für die Ernährung von Alzheimer – Patienten
- Machbares und Grenzen

## **Motivation**

Nach meiner Projektarbeit „Essen als basale Stimulation und Fingerfood“ in der Sonnweid Wetzikon und den dabei resultierenden Erkenntnissen stellte ich fest, dass ich mich im Bereich der Demenz noch weiterbilden, beziehungsweise mein Wissen vertiefen wollte. Während meiner Seminar – Tätigkeit als Referent für die Heimkochzusatzausbildung wurde mir beim Dozieren aber bewusst, dass auch die Heimköche an Wissen zu diesem immer wie akut werdenden Problem bedürfen.

Mit dieser Vertiefungsarbeit möchte ich Grundlagen für die Heimkochausbildung im Bereich der Gerontologie schaffen, im Speziellen für den Bereich der Demenz.

## **Die Neugierde und Nähe zu Thema Demenz will ich vor allem in folgenden Punkten wecken:**

- Die Heimköche sensibilisieren auf unsere „Verpflegungsaufgabe“ im Bereich der immer steigenden Anzahl dementer Heimbewohner
- Möglichkeiten aufzeigen, wie wir als Verpflegungsexperten diesen Bewohnern begegnen können
- Anhand des „Drei Welten – Modells“ von Dr. Christoph Held aufzeigen, wo wir als Verpflegungsexperten Möglichkeiten haben, die Heimbewohner, Pflegenden und Angehörigen in Ernährungsfragen zu unterstützen
- Als Basis gilt eine experimentelle Grundhaltung
- Die Verantwortung der Verpflegung hört nicht in der Küche, nicht am Tellerrand auf, sondern ist bis ans Bett der Bewohner wahrzunehmen

## **Methode**

- Persönliche theoretische Vertiefung zu diesem Thema, immer aber in Bezug zu meiner Tätigkeit als (Ex) Küchenchef und Seminarleiter für Heimköche (Praxisfeld)
- Gerontologischen Zusammenhang aufzeigen
- Erarbeiten der Seminarziele
- Erarbeiten der Themen und Seminarunterlagen

## **Mit folgender Literatur habe ich mich auseinandergesetzt:**

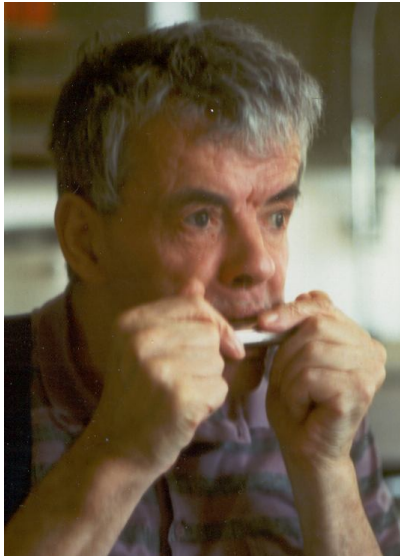
- Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer – Patienten (herausgegeben von Alzheimer Europa)
- Gedanken – wie Blätter im Wind (Handbuch Campus Sonnweid, Wetzikon)
- Studienbrief 3, Funkkolleg, Altern, (Herausgegeben vom Deutschen Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen)
- Demenz, der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (Tom Kitwood) Verlag Hans Huber
- Pflege, Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege, (L. Juchli) G. Thieme Verlag in Stuttgart, New York
- Seminarunterlagen der Schule für Angewandte Gerontologie, Bern
- Esskultur im Heim, A. Hoffmann, M. Biedermann, Vincentz Verlag

## Demenz

Die verschiedenen Formen der Demenz (tabellarisch):

- Degenerative Demenz
- Alzheimer Demenz
- Frontotemporale Demenz
- Lewy Körperchen Demenz
- Andere Systemdegenerationen
- Vaskuläre Demenz
- Arteriosklerose
- Gefäßveränderungen
- Sekundäre Demenzformen

## Vorwort



Das allmähliche Nachlassen von Gedächtnis, Denkvermögen und Verständigungsfähigkeit in Verbindung mit einem Niedergang der praktischen Alltagsbewältigung wurde früher als eine unausweichliche Folge des Alters oder als Ausdruck einer zunehmenden Gefäßverengung (Arterienverkalkung, Verkalkung) gesehen.

Heute wissen wir, dass diese Gesundheitsprobleme in den meisten Fällen durch die Alzheimer-Krankheit verursacht werden, also durch einen langsam fortschreitenden Untergang von Nervenzellen in bestimmten Abschnitten der Hirnrinde.

Dieser Zerstörungsprozess lässt sich heute noch nicht mit Medikamenten aufhalten, lediglich seine Auswirkungen auf die geistigen Leistungen und auf die Alltagstätigkeiten können für begrenzte Zeit ausgeglichen oder gemildert werden.

## Demenz

### De mens (lateinisch): weg vom Geist

Der Begriff der „DEMENZ“ bezieht sich auf ein Muster von Symptomen, die bei Patienten mit Krankheiten des Gehirns auftreten, wenn diese eine Schädigung und Zerstörung von Nervenzellen herbeiführen. Ein gewisser Verlust von Nervenzellen im Alter ist ein natürlicher Vorgang. Bei Krankheiten, die zur Demenz führen, geschieht dieser Verlust aber sehr viel schneller und hat zur Folge, dass das Gehirn des Betroffenen nicht mehr normal arbeitet.

**Definition:**

**Krankhaftes, organisches Geschehen im Gehirn, was zu einem Verlust der geistigen (kognitiven) Leistungsfähigkeiten führt.**

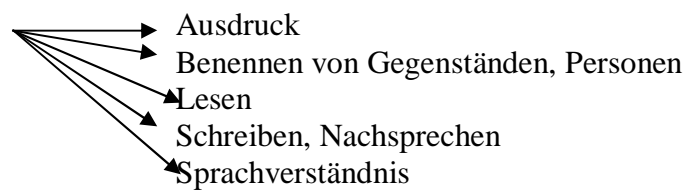
**Wie setzt sich eine kognitive Leistungsfähigkeit zusammen**

(Quelle: Dr. Christoph Held, Gedanken wie Blätter im Wind 2000)

Aufmerksamkeit / Konzentration

Gedächtnis

Sprache



Rechnen

Praxie

Koordinieren von Bewegungsabläufen für ein zweckgerichtete Handlung

Erkennen

Immer wie eingeschränkter

Flexibilität

Geistige Anpassungsfähigkeit

Orientierung

Zeitlich, örtlich, situativ, in Bezug auf sich selber (autopsychisch)

## Neuere Bezeichnung für Gedächtnisleistung

(Quelle: Dr. Christoph Held, Gedanken, wie Blätter im Wind, 2000)

Episodisches Gedächtnis	Das Wiederhervorbringen der persönlichen Vergangenheit
Wissenssysteme semantisches (Wortbedeutung)	Allgemeines, Wissen um Zusammenhänge, grammatikalisches Wissen.
Prozedurales Gedächtnis	Fertigkeiten ausüben, (zum Beispiel Autofahren, Radfahren, Jassen)
Priming	Sich von Reizen stimulieren lassen: Riechen von Düften, der Geruch einer Wohnung, Essen, Olivenöl etc., sich an spezielle Situationen erinnern.

## Epidemiologie

Das Erkrankungsrisiko an Demenz steigt mit dem Lebensalter, wobei zu beobachten ist, dass vermehrt auch jüngere Menschen erkranken. Unter den 65 – 69 jährigen sind nur etwa zwei bis drei Prozent betroffen, unter den über 80 jährigen etwa 20 Prozent und unter den über 90 jährigen jeder Dritte (HÄFFNER 1993). In Deutschland gibt es deshalb gegenwärtig etwa 800 000 Demenzkranke in der Schweiz ca. **85 000** (Quelle Dr. Brigitte Schüpbach, Bern). Wegen der weiterhin rasch wachsenden Zahl von Hochaltrigen in den nächsten Jahren zehn Jahren wird in der Schweiz mit einer Zunahme von 30'000 Betroffenen gerechnet. In Deutschland wird in den nächsten zehn Jahren mit einer Zunahme der Demenzerkrankten von 50 Prozent oder 1,2 Millionen gerechnet.

Kriterien für die Diagnose Demenz (Quelle; Dr. Christopf Held, Gedanken, wie Blätter im Wind).

Alter	% Anteil	Alter	% Anteil
60 – 64	0,7 %	80 – 84	10 %
65 – 69	1,4 %	85 – 90	20 %
70 – 74	2,8 %	über 90	40 %
75 – 79	5,6 %		

Alle bisherigen Studien zeigen eine Abhängigkeit der Demenz – Häufigkeit vom Lebensalter

## Kriterien für die Diagnose Demenz

(Quelle; Christopf Held, Gedanken wie Blätter im Wind).

Gedächtnisstörung	Episodisch, prozedural, wissensmässig, Priming
Orientierungsstörungen	Zeitlich, örtlich, situativ, autopsychisch
Störungen im abstrakten Denken	Planen, Vorausdenken, Vorstellungsvermögen
Eingeschränkte Urteilsfähigkeit	Argumente gegeneinander abwägen, werten
Sprachstörungen	Inhalte, Sätze, Worte nicht mehr sprechen können oder verstehen
Handlungsstörungen	Störungen von koordinierten Bewegungsabläufen Im Alltag bedeutsam ist die ideomotorische Apraxie, zum Beispiel die Unfähigkeit, erlernte Bewegungen mit der Zunge, Wangen, Rachen durchzuführen; der Betroffene hat Mühe mit Kauen, Schlucken usw.
Erkennungsstörungen (Agnosie) Wahrgenommen, nicht erkannt	Seelenblindheit: Gegenstände, Gesten werden nicht mehr erkannt
Rechenstörung (Akalkulie)	Zahlen und Rechenverständnis fehlen
Veränderung der Persönlichkeit und ähnliches	Enthemmung, Verwahrlosung, Gleichgültigkeit, Angst

## Diagnose

Für die Diagnose Demenz müssen Gedächtnisstörungen und mindestens eine der übrigen Störungen vorhanden sein. Die Beeinträchtigung muss so stark sein, dass die Alltagsaktivitäten der Patienten betroffen sind. Eine nicht hirnorganische Ursache muss ausgeschlossen sein, zum Beispiel Depression oder Schizophrenie.

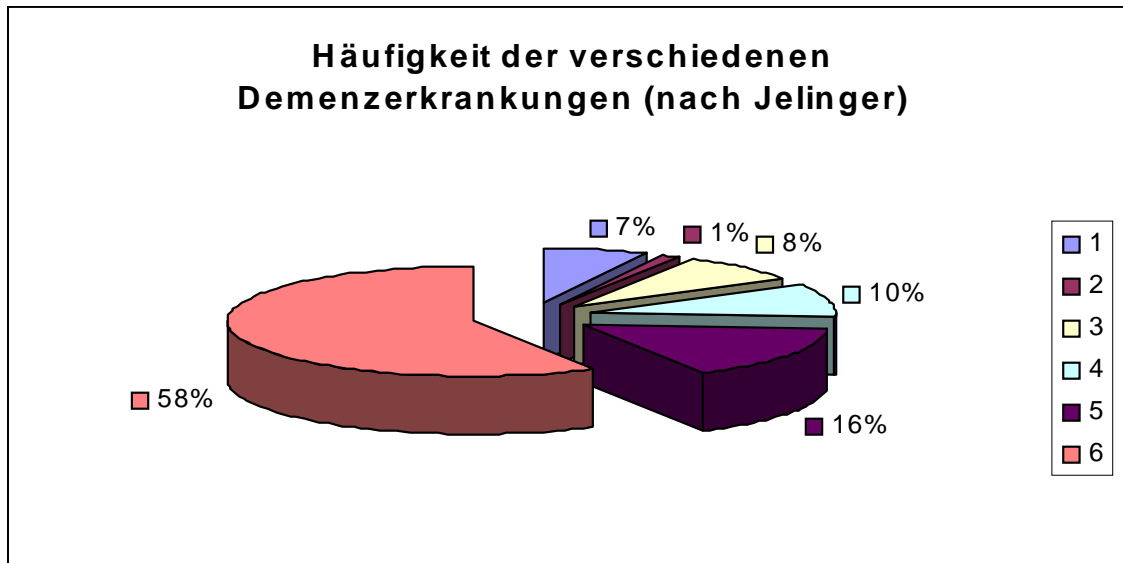
## Betreuung und Versorgung von Demenzerkrankten

Überwiegend werden die Demenzerkrankten zu Hause umsorgt. Zu zwei Dritteln von dem Ehepartner zu einem Drittel von den Kindern oder Grosskindern.

Aber eine immer grössere Anzahl Demenzkranker, vor allem im fortgeschrittenen Stadium, werden in Pflegeheimen oder in speziellen Alzheimereinrichtungen begleitet.

## Häufigkeit der verschiedenen dementiellen Krankheiten

- 7% andere Demenzursachen
- 1% Ursachen unbekannt
- 8% Alzheimer - Parkinson - Veränderungen
- 10% Mischform von Alzheimer und vaskulärer Demenz
- 16% Vaskuläre Demenz
- 58% Alzheimer -Demenz



### Unterscheidungen

Bei der Demenzerkrankung vom Alzheimer - Typ (DAT, etwas 58 Prozent) geht aufgrund verschiedener Krankheitsfaktoren mit zum Teil genetischer Fixierung (in etwa fünf Prozent der Fälle) das Nervengewebe primär zugrunde (also ohne dass es beispielsweise zu Gefäßveränderungen gekommen ist). Es kommt zu einer Bildung von pathologischen Eiweissubstanzen und zu dazugehörigen destruktiven Ablagerungsprozessen im Nervengewebe.

# Alzheimer Erkrankung

Die Entstehung der Demenz vom Alzheimer - Typ (DAT) ist bis heute nicht geklärt. Zahlreiche Krankheitsursachen werden diskutiert.

- Genetische Faktoren
- Toxische Auslöser wie Aluminium, Blei, organische Lösungsmittel, Nikotin, Analgetika (Schmerzmittel), biologische Neurotoxine – also Nervengewebe schädigende Stoffe.
- Infektiöse Faktoren, darunter Infektionen mit sogenannten Prionen (hypothetischen infektiösen Eiweissen) sowie langsamen Vieren (slow – viruses)
- Autoimmunologische Ursachen, bei denen das eigene Immunsystem Teile des Körpers attackiert. In diesem Fall das Gehirn, das eigentlich vor Krankheitserreger schützen soll.
- Daneben werden aber auch Einflüsse wie das Alter, Geschlecht und Hirntraumen (Hirnverletzungen) diskutiert

## Psychische Reaktionen (Sekundärsymptome) auf die Krankheit

Ablauf (Primärsymptome)

Vergesslichkeit und Fehlhandlungen  
Desorientiertheit

Denk- und Urteilsstörungen

Sprech - / Handlungs- / Erkennungsstörungen

Vegetative Störungen, Inkontinenz

Neurologische Störungen, Gang / Haltung

Infektionen / Grippe, Lungenentzündung

Reaktionen Sekundärsymptome

Verunsicherung, Depression, Angst, Wahn

Ruhelosigkeit vor allem nachts, Wahn,

Aggression

Soziale Selbstgefährdung, Käufe, Verkäufe

Interesselosigkeit, Rückzug,

Verhaltensstörungen wie Aggression,

Schreien, Weglaufen

Verwahrlosung, Infektionen, Druckgeschwüre

Stürze, Bettlägerigkeit, Pflegebedürftigkeit

Herzversagen, Tod

## Vaskuläre Demenz

Bei der vaskulären Demenz (Multiple Infarkt – Demenz = MID, etwa 25 Prozent der Fälle) kommt es sekundär, also infolge von Durchblutungsstörungen, zu Schädigungen und zum Untergang von Nervengeweben.

Bei etwa 15 bis 20 Prozent aller Kranken handelt es sich um Mischformen beider Krankheitsprozesse von DAT und MID.

# Symptomatik und Erleben der Kranken

Information aus Funkkolleg, Studienbrief 3, 1997

## Bedeutung des Vergessens

Im Zentrum der Demenz steht das Vergessen, also der allmähliche Verlust der Merk- und Erinnerungsfähigkeit. Daraus ergibt sich eine grosse Fülle von Störungen in der geistigen Leistung.

Vielstufige Denkvorgänge sind darauf angewiesen, dass Zwischenergebnisse zuverlässig gespeichert und abgerufen werden können. Erkennen und Unterscheiden setzen zum Beispiel deren Überprüfung auf Ähnlichkeit mit älteren Gedächtnisinhalten voraus, und je komplexer der Gegenstand ist, desto mehr Schritte mit entsprechender Zwischenspeicherungen erfordert seine Analyse. Einzelne Teilergebnisse werden in wechselnden Kombinationen auf ihre Bedeutung überprüft, häufig im Hinblick auf verschiedene Zielsetzungen, etwa das Verständnis von Sachverhalten oder die Entwicklung von Lösungen. Hinzu kommen Beurteilungs- und Bewertungsprozesse, also moralische, technische oder ökonomische Normen, die zu diesem Zweck vergegenwärtigt werden müssen. Wenn im Verlauf dieses komplexen Geschehens Zwischenergebnisse verloren gehen, werden Analyse und Bewertung unterbrochen.

Je nach Schwierigkeitsgrad der gerade aktuellen Aufgabe des Erkrankten kommt es dann zu:

- Einfachen Störungen ( Nichterkennen, oder –benennen von Gegenständen, Personen, etc.)
- Zu folgenreichen Versagensereignissen (Situationsverkennung, Verlust der Selbstorientierung)
- Zeichen der Veränderung der Persönlichkeit und dem geistigen Profil

## Verlust des Selbst

Am Schlimmsten ist der Verlust des Wissens um das eigene Selbst, wenn Fakten der Biografie, das Bewusstsein von Fähigkeiten, Schwächen, und Empfindsamkeiten der eigenen Personen immer unzuverlässiger zur Verfügung stehen und die Umriss der eigenen Identität verloren gehen.

Dieses Vergessen von sich selbst – sicher einer der erbarmungslosen Züge der Demenzprozesses -, wird durch die Verkargung gefördert, die das Leben der Kranken infolge der abnehmenden kognitiven Leistungen und Antriebskräften immer stärker prägt. Wer sich immer seltener als handlungs-, belastungs-, und genussfähig erlebt, die Erfahrung von sich selbst in die in dieser Hinsicht also immer seltener auffrischt, dessen Selbstbewusstsein wird schwächer.

### *Schwächung von Aufmerksamkeit und Konzentration*

Die Abschirmung gegenüber zusätzlichen und störenden Reizen gelingt immer weniger. Der Demenzkranke ist seinen äusseren und inneren Reizen immer mehr hilflos ausgeliefert.

### *Nachlassende Steuerungsfähigkeit von Stimmungen und Affekten*

Sich erinnern zu können bedeutet, neben den sachlichen Merkmalen einer Erfahrung auch ihre emotionale Tönung zum Beispiel sinnlich – lustvolle (Musik, Essen), schmerzhaft oder aggressive Empfindungen, zumindest teilweise neu zu erleben. Demenzkranke sind zur Steuerung der eigenen seelischen Befindlichkeit, einer elementaren, ja lebensnotwendigen Leistung, aufgrund ihrer Erinnerungsstörung und Konzentrationsschwäche schliesslich nicht mehr im Stande, und sie können vermehrt aggressiv, erregt und misstrauisch reagieren.

## **Verlangsamung und Versagen in komplexen Situationen**

Sind die Speichervermögen für Informationen und – schwer davon abzugrenzen- der Zugriff auf sie, gestört, ist dies besonders dann schwerwiegend, wenn viele Reize in schneller Folge zu verarbeiten sind und fortlaufend im Vergleich zu alten Erfahrungen bewertet, mit neu einströmenden Eindrücken verknüpft werden müssen. Der Kranke übersieht Aspekte, und sein Urteil wirkt zum Beispiel verkürzt, oder er handelt grob und ohne ausreichende Reflexion.

Die beiden zentralen Defizite, die Erinnerungsstörung und die Verlangsamung, wirken sich auf viele Situationen aus, in denen Menschen einander begegnen und miteinander handeln. Dabei entsteht dann der Eindruck einer sich verändernden Persönlichkeit. Wer Versagen in der beschriebenen inadäquaten Form zu bewältigen versucht, der wird nicht nur für vergesslicher und langsamer gehalten, sondern wahrscheinlich auf für reizbarer, gröber und starrer.

## **Verhältnis Kognition – Emotion**

Grosse Bedeutung für die Schwankungen hat die enge Verbindung zwischen Kognitionen und Emotionen. Misserfolgsereignisse, Kränkungen, und depressive Gemüthsstimmung können bereits bei gesunden Menschen zum Nachlassen von Konzentration und Zielstrebigkeit des Denkens führen. Viel stärker vermag dieser Einfluss bei dementiv schon eingeschränkten Personen zu sein, die dadurch in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit vorübergehend so weit zusätzlich geschwächt werden können, dass sie durch nur kleine weitere Anforderungen in Dekompensationszuständen mit kettenreaktionsartig gehäuften Fehlleistungen und weitgehender Verwirrtheit geraten können. Dies ist normal – psychologisch gut nachvollziehbar: Wer unter bereits grosser Belastung durch gedrängte neue Informationen und Entscheidungsnotwendigkeiten überfordert wird und daraufhin bereits in Teilbereichen versagt, kann in grosse, angstgetönte Spannungen geraten.

Ein besonderer Aspekt des Zusammenhanges zwischen Kognitionen und Emotionen ist die wechselseitige Verstärkung der dementiellen Leistungsfähigkeit und depressiver Reaktion des Kranken auf seine schindende geistige Leistungsfähigkeit. Über lange Phasen des Krankheitsverlaufes nehmen die Dementen ihre zunehmenden Defizite wahr.

## **Aphasien**

Besonders vielfältig und folgerich sind die Störungen der Sprache (aphasische Symptome). Auch der geistig Gesunde kennt bereits – abhängig von geistiger Aktivität – Wortfindungsstörungen. Anfangs wissen die Kranken noch, dass es einen passenden Begriff gibt; sie haben jedoch keinen Zugriff darauf. Wenn sie ersatzweise ein anderes Wort gebrauchen, so empfinden sie dessen Unangemessenheit noch (Siehe Anhang; „wie sprechen wir verwirrte Menschen an“).

Im späteren Verlauf der Krankheit können sprachliche Produktionen eher zufällig sein. Stereotype Wiederholungen und sinnlose Wortneubildungen, mit unterschiedlicher Betonung sind auffällig.

## **Biographie des Kranken**

Von grosser Bedeutung ist, die Kranken hinsichtlich ihres Lebensweges (Ursprung, Milieu) und ihrer Persönlichkeit gründlich kennen zu lernen (Biografiearbeit). Das gründliche Kennenlernen erfordert in der Regel ausführlichen Kontakt zu den Angehörigen oder einer nahen Bezugsperson.

## Das Erleben von Alzheimer Patienten in Institutionen führt durch drei Welten:

Das Drei Welten – Modell der Alzheimer – Erkrankung von Dr.Christoph Held, Wetzikon in bezug auf die Intervention der Küche / Ernährung von Alzheimer – Patienten:

### Drei Welten Modell nach Dr. Held

- Welt der kognitiven Erfolglosigkeit
- Welt der kognitiven Ziellosigkeit
- Welt der kognitiven Schutzlosigkeit

### Welt der kognitiven Erfolglosigkeit

Schwierigkeiten mit kognitiven Leistungen und reaktiven psychischen Störungen: Trauer, Angst, Kränkung, Verunsicherung

Versuch „normaler“ Lebensformen mit Wechsel von Aktivität und Entspannung, Geselligkeit und Rückzug, privatem Raum und öffentlichem Raum

Empfinden für Mitbewohner, Sinn für soziale Umgangsformen, sind noch intakt, aber leicht irritierbar

- Sinn für Eigentum und Privatsphäre ist erhalten
- Orientierungsunterstützung mit allen Informationshilfen
- Unterstützte ADL-Abläufe (ADL = Activity daily living) sind (noch) möglich: Kochen, Tischen, Waschen, Telefonieren, usw.
- Stichworte: Altersheim, Alterssiedlung, Wohngemeinschaft
- Persönliche Möbel, TV im Zimmer, Schlüssel
- Besuche, individuelle Aktivitäten ausser Haus, soziale Aktivitäten
  
- Ziel: „Selbständiges“ Wohnen im Heim möglichst lange erhalten
- Dauer: 1-3 Jahre, auch länger



## Intervention Küche:

Die Küchenmitarbeiter können die Heimbewohner in „Welt der kognitiven Erfolglosigkeit“ mit hauswirtschaftlichen Arbeiten wie miteinander Kochen und Rüstarbeiten erledigen (unter Begleitung) unterstützen, beziehungsweise zu Erfolg verführen. Ich bin immer wieder erstaunt, wenn ich mit dementen Menschen „Rüstarbeiten“ erledige oder sie bei der Arbeit beobachte, wie sie geschickt – oft gar mit ihrem eigenen mitgebrachten Rüstmesser - umgehen. Um die Sozialkompetenz der Mitarbeiter zu fördern, sollte es für die Küche selbstverständlich sein, eine Rüst/ oder Kochgruppe punktuell zu begleiten (einmal wöchentlich).

Es müssen nicht fünfgängige Menüs sein, die gekocht werden, sondern einfache, aus der Biografie der Bewohner entsprechende Gerichte. Es geht hier um Erfolge, Erinnerung, Erlebnis und Aktivierung.

Im Anhang finden Sie einige Listen und Rezepte.

## Welt der kognitiven Ziellosigkeit

Exekutive Funktionen sind nicht mehr handlungsbestimmend.

Zielloses Verhalten mit Ablenkung durch Details. Wandern, Wahn, Apathie, Aggressionen, motorische Kompensation der verlorenen exekutiven Funktionen: Gegenstände werden ertastet, Räume erlaufen, Möbel erprobt.

- Basale ADL-Fähigkeiten zunehmend beeinträchtigt
- Kommunikation/ soziale Fähigkeiten: Eifersucht, Enthemmung, Streit bestimmen Beziehungen unter Bewohnern, Sinn für Eigentum und Privatsphäre schwinden
- Bewohner kann sich nicht mehr selbst beschäftigen, bleibt nicht im eigenen Zimmer, Räumlichkeiten verlieren Funktion, Selbstgefährdung durch Weglaufen
- „Sinnlose“ Aktivitäten provozieren Konflikte mit Personal/Bewohnern
- Selbstgefährdung durch Aspiration, Feuer, Elektrik, Intoxikation
- Patienten sehen „Sinn“ der ADL-Handlungen nicht mehr ein und werden aggressiv
- Bewohner müssen „aneinander vorbeikommen“
- Persönliche Gegenstände/ Zimmereinrichtung werden zunehmend unwichtig
  
- Ziel: ADL-Verbesserung/ Stabilisierung und Reduktion des (störenden) Verhaltens

## Intervention der Küche

In der Welt der kognitiven Ziellosigkeit, kann und will der Bewohner das Essen oft nicht mehr ruhig am Tisch einnehmen. Er ist in ständiger Bewegung. (Er marschiert oft bis zu acht Kilometer am Tag). Der Kalorienverbrauch ist in diesem Fall enorm. Die Mahlzeiten selbständig einzunehmen werden für den Betroffenen immer wie schwieriger. Möglicherweise verschüttet der Kranke beim Essen alles, und man muss ihm beim Essen helfen. Oft kommt er in dieser Situation mit Messer und Gabel gar nicht mehr zu recht.

Hier sind besondere Konzepte für die Mitarbeiter auf der Pflege, wie auch für die Küchenverantwortlichen im hohen Masse gefordert. Sei es das Essen reichen im Gehen, Fingerfood, oder kleine Imbissstation, wo der ständig umherirrende, kleine Snacks findet.

Das Essen muss ernährungsphysiologisch hochwertig zubereitet sein, oder gar nährstoffbilanziert sein.

Dekorationen aus blanchiertem Gemüse verleiten den Kranken Menschen sogar, Rohkost zu essen, weil er ja ständig alles ertasten, erfühlen und essen will.

Wie Sie mit dem Essen und Trinken umgehen können:

Geben Sie Hilfestellungen, ermutigen Sie aber gleichzeitig zur Selbständigkeit (Fingerfood, Essen beim Gehen)

Lassen Sie dem Kranken genug Zeit zum Essen. (wärmen Sie das Essen zwischendurch wieder auf)

Richten Sie nicht zu viel auf den Teller an. Verwirren Sie den Betroffenen nicht mit zuviel Komponenten auf einem Teller (Monoteller).

Der Teller soll einfarbig sein.

Stellen Sie sicher das der Betroffene genug trinkt. Animieren Sie ihn zum Trinken.

## Welt der kognitiven Schutzlosigkeit (Reizlosigkeit)

Funktionelle und körperliche frühkindliche Regression mit weitgehendem Sprachverlust, Immobilität, Kau- und Schluckstörungen, Inkontinenz und neurologische Symptome  
Bewohner werden zu menschlichen Hüllen

- Veränderte Reiz/ Schmerzempfindung, Patienten sind Aussenreizen schutzlos ausgeliefert
- „Kleine Welt“ im Umkreis eines Bettes oder einer Lagerung, Pflege und basale Bedürfnisse (Essen, Ausscheidung, Schlafen) finden oft im gleichen Raum statt
- Schutz vor Reizüberflutung durch Rummel, TV, Radio, Mitbewohner bei gleichzeitiger Vermeidung von Deprivation
- Erhöhte Pflegebedürftigkeit und Angewiesensein auf moderierte Stimulation (Physiotherapie, Kinästhetik)
  
- Ziel: Gezielte Reize auslösen, herabsetzen der Schmerzen (Analgesie)

## Intervention der Küche

In dieser Phase der kognitiven Schutzlosigkeit ist das Küchenpersonal wie das Pflegepersonal sehr gefordert. Der Kranke kann nicht mehr selber essen. Der Bewohner wird meistens nur noch mit speziellen Kostformen ernährt (pürierte Kost, flüssige Kost). Das Essen muss gereicht werden. Das Essen wird dann besonders schwierig, wenn der Patient noch Schluckstörungen hat. Der Appetit fehlt oft, es werden nur noch kleine Mengen gegessen. Andererseits entwickeln sich auch seltsame Vorlieben. Dieses Wenige aber muss absolut ernährungsphysiologisch hochwertig zubereitet sein.

Grundstimulation mit Aromen sind hier ganz gezielt einzusetzen. (Kochen am Bett, Kaffee im Zimmer zubereiten und ähnliches)

Ob der Demenzkranke reichlich oder spärlich isst, Sie sollten darauf achten, dass er einerausreichende Flüssigkeitsmenge zu sich nimmt.

Viele Demenzkranke leiden an Trockenheit des Mundes und der Augen. Auch die Haut kann stark austrocknen und schmerzhaft werden. Sie können helfen, indem Sie ein wenig Wasser (oder ganz kleine Orangensaft – Eiswürfel) in den Mund des Patienten tröpfeln, sprühen oder einsetzen.

**Gerontologie**

Grundlagen zur Demenzerkrankung / Alzheimer für die Weiterbildung zum Heimkoch

<b>Inhalt:</b>	<p>Das allmähliche Nachlassen von Gedächtnis, Denkvermögen und Verständigungsfähigkeiten im Verbindung mit einem Niedergang der praktischen Alltagsbewältigung (selber Einkaufen, Kochen, Essen) wurde früher als unausweichliche Folge des Alters gesehen. Heute wissen wir, dass diese Gesundheitsprobleme in den meisten Fällen durch die Alzheimer – Krankheit verursacht werden, also durch eine fortschreitenden Untergang von Nervenzellen in bestimmten Abschnitten der Hirnrinde.</p> <p>Die Anzahl der hochaltrigen, oft dementen, pflegebedürftigen Menschen im Heim besonders nimmt zu, dies braucht auch im Verpflegungsbereich ein minimales Wissen um die Situation der Betroffenen, und entsprechende Massnahmen im Verpflegungsbereich (Fingerfood, Kostformen, Essen als basale Stimulation und Essen beim Gehen).</p>
<b>Lernziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Teilnehmer kennen die Unterschiede der Demenzerkrankungen.</li> <li>• Die Teilnehmer erkennen Möglichkeiten, wie sie mit Dementen Menschen umgehen können.</li> <li>• Die Teilnehmer haben eigene Ideen und Konzepte diskutiert und behandelt um Demenzkranke ernährungsphysiologisch und sozial begleiten zu können.</li> <li>• Der Teilnehmer kennen Möglichkeiten, die Heimbewohner in den Kochalltag einzubeziehen (Rüsten, Kochen mit den Bewohnern), die Selbständigkeit der Kranken möglichst lange zu gewähren (Fingerfood) oder Reize auszulösen (Kochen als basale Stimulation).</li> <li>• Machbares und Grenzen.</li> </ul>
<b>Dauer</b>	2 Tage
<b>Kursort:</b>	.
<b>Zielpublikum</b>	Küchenverantwortliche
<b>Methodik</b>	Referate, Einzel- und Gruppenarbeiten, Diskussionen im Plenum,
<b>Mitbringen</b>	Schreibzeug
<b>Technische Hilfsmittel:</b>	Flip Chart, Videoanlage, Möglichkeiten für Gruppenarbeit. Gruppenräume
<b>Leitung:</b>	Markus Biedermann, Eidg. dipl. Küchenchef, CH – Rumsiberg

# Kochen auf den Abteilungen

## Bündner Gerstensuppe

Zutaten für ca. 1.5 lt.

Alle Zutaten korrekt geschnitten bereitgestellt

30	g	Butter
1	St	Zwiebeln
40	g	Karotten
40	g	Lauch, grün
40	g	Knollensellerie
70	g	Gerste, mittel
1.5	l	Bouillon mit geben
1	x	Salz, Pfeffer, Aromat für das Abschmecken
1	dl	Vollrahm
1	El.	Petersilie

### Zubereitung

- Gemüse in Butter andünsten
- Gerste zufügen und mitdünsten
- Mit Bouillon auffüllen, würzen
- Sieden bis die Gerste weich sind
- Abschmecken und mit Rahm verfeinern
- Mit Petersilie bestreuen

### Kochutensilien

Kochtopf	◇	Schöpfkelle	◇	Abfallkübel	◇
Rührkelle	◇	Rechaud	◇		
Tassen	◇				
Löffel	◇				

### Organisation

Name des Verantwortlichen:		
Name der Abteilung		
Essenzeit:		