

A close-up photograph of a strawberry being hulled with a metal strawberry huller. The huller is a small, silver-colored metal tool with a curved blade and a handle. The strawberry is bright red with green leaves. The huller is positioned over the strawberry, and a small piece of the hull is being removed. In the background, a white bowl filled with many fresh strawberries is visible, slightly out of focus. The entire scene is set on a dark, textured surface.

Erdbeeren schälen erlaubt!

Völlig anders!?

Seltene Demenzformen erkennen – Betroffene begleiten

*Vortrag beim Kooperationsfachtage „Seltene Demenzformen“ am
1.6.2022 in ANsbach*

wohIBEDACHT – Wohnen für dementiell Erkrankte e.V.

wohIBEDACHT – Wohnen für dementiell Erkrankte e.V.

- Gegründet im Jahr 2000
- Projekteverein für Demenzkranke und ihre Familien
- Kooperationspartner:
 - Tagesbetreuung RosenGarten
 - Mitten im Leben – Verein für alltagsbegleitende Pflege und Betreuung e.V.
- Mitglied Expertengruppe Demenz 30 plus

„Völlig anders!“

Viele Demenzkranke, die wir bei wohlBEDACHT e.V. versorgen, haben seltene Demenzerkrankungen, häufig mit starken Verhaltensauffälligkeiten.

Wie gelingt die Betreuung trotzdem?

Wir kombinieren
innovative Hilfsangebote mit einer
besonderen Form der Betreuung

Hilfenetz bei wohlBEDACHT – Wohnen für dementiell Erkrankte e.V.

- Demenz-Krisendienst mit Notbett
- Demenz-Nachtbetreuung
- Demenz-Wohngemeinschaften
- Beratungsstelle für Seltene Demenzerkrankungen
- Flankierende Einzelbetreuung in Gruppen
- Fortbildung
- Entlastungsangebote für Angehörige
- Kooperation mit der Tagesbetreuung RosenGarten
- Neue Projekte am Bedarf

sanftMUTIG! - Betreuen und Pflegen

- sanftMUTIG gehen wir auf die Bedürfnisse von Betroffenen Demenzkranken ein.
- Wir leben eine freundliche, sanfte, gewährende Pflege.
- Wir predigen den Mut zur Freiheit
- Wir betonen die Möglichkeiten, nicht die Grenzen.
- Ein hoher Betreuungseinsatz zu Beginn schafft die Basis.

Unser Konzept liegt in Form eines Kartensets vor. Unser Erfahrungswissen ist dort in 78 sogenannten ‚Mustern‘ dokumentiert.



Wie wir
Demenz
sehen

ERDBEEREN SCHÄLEN ERLAUBT!

Bild: © Dagmar Breu

Erlaubt ist, was gefällt und für den Demenzkranken Sinn macht. Das kann etwas ganz anderes sein, als für uns Gesunde Sinn machen würde. Dadurch kommt es zu manch skurrilen Situationen in unserem Haus, z.B. als ein Gast der Tagesbetreuung Erdbeeren mit dem Gurkenschäler schälte. Seither ist ‚Erdbeeren schälen erlaubt!‘ ein geflügelter Ausdruck, den wir gebrauchen, wenn wir uns daran erinnern wollen, dass unsere Maßstäbe nicht ausschlaggebend sind.

Verwandte Muster: Machen lassen * Frei pflegen * Individualität achten * Zuhause sein * Krankheit verändert * An Regeln können sich Demenzkranke nicht mehr orientieren * Das Vertrauen der Demenzkranken gewinnen

Beratungsstelle für Seltene Demenzerkrankungen bei wohlBEDACHT e.V.

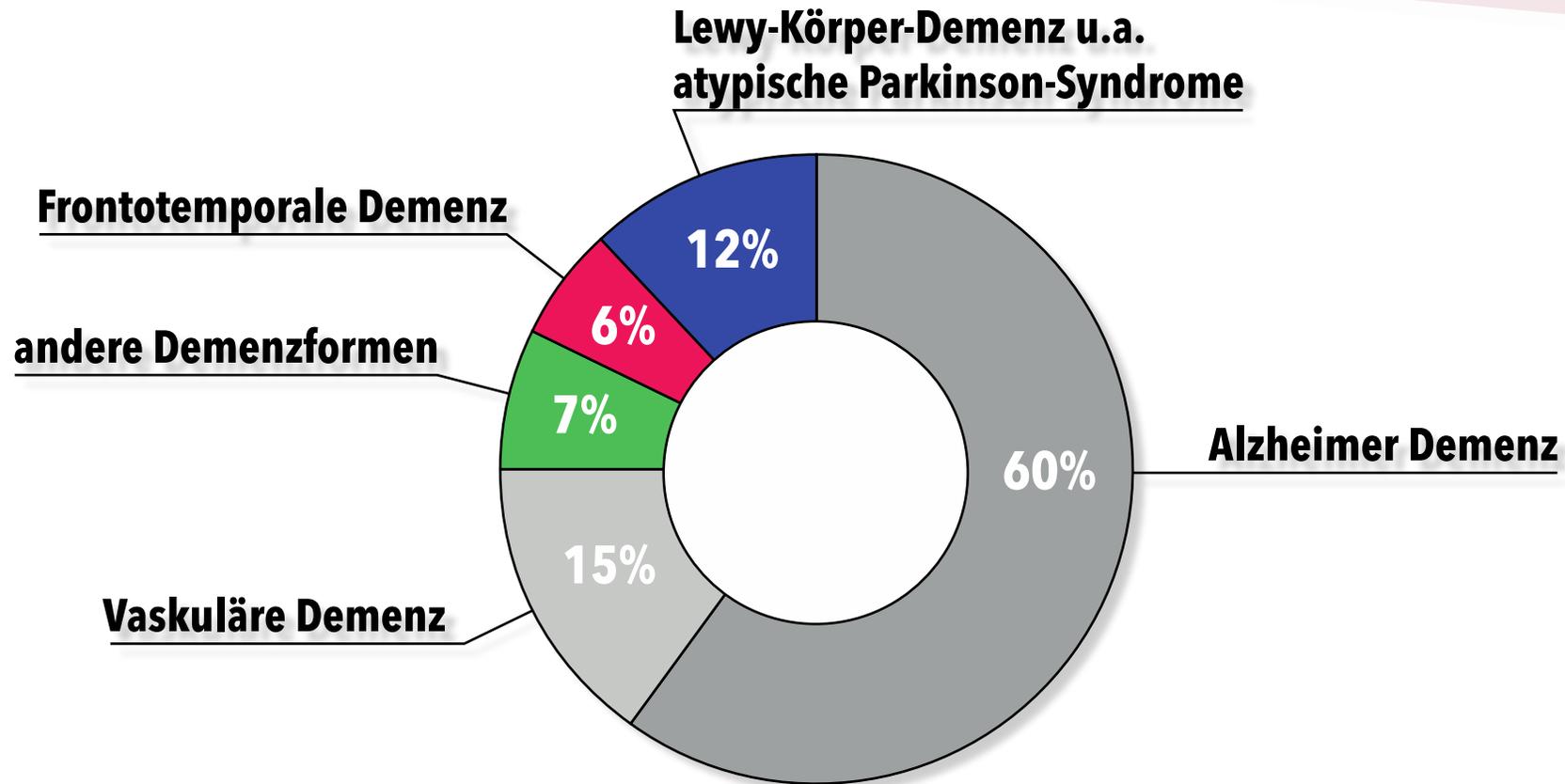
- seit 1.1.2016
- Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Fachkräften, Einrichtungen
- Erhebung/ Verbesserung der Versorgungssituation
- Öffentlichkeitsarbeit

Beratung telefonisch, persönlich in der Geschäftsstelle und vor Ort.

Erfahrungen aus der Beratungsarbeit

- Beratungsbedarf melden Angehörige und Institutionen hauptsächlich im Zusammenhang mit Menschen mit frontotemporaler Demenz.
- Bei Lewy-Body-Demenzen haben wir Beratungsanfragen von Angehörigen, kaum jedoch von versorgenden Einrichtungen
- Es gibt zahlreiche sehr individuelle Problemlagen, wie z.B. Demenz nach Hirn-OP oder Demenz einer taubblinden Person, mit denen wir in der Beratungsstelle konfrontiert werden.

Seltene Demenzerkrankungen sind gar nicht so selten



Die Problematik Seltener Demenzerkrankungen

Schwierig für Pflegende und Angehörige kann sein:

- wenig Information über die Krankheit verfügbar
- langer diagnostischer Leidensweg
- Die Öffentlichkeit setzt Demenz mit Alzheimer gleich.
- Umgang mit den krankheitsspezifischen Symptomen

Bezogen auf die Integration in Gruppenangebote/ Einrichtungen kann schwierig sein:

- wenn die Betroffenen jung sind
- wenn der Krankheitsverlauf schnell ist
- wenn die Demenzform weniger das Gedächtnis beeinträchtigt als z.B. die Beweglichkeit, die Sprache, das Verhalten

Zum Thema Diagnose

- Viele Menschen haben keine Diagnose.
- Oder sie haben eine Diagnose und die ist falsch.
- Deshalb ist es für uns Pflegekräfte wichtig, typische Symptome der verschiedenen Demenzerkrankungen zu kennen.
- Wenn es der Zustand des Betroffenen zulässt, kann eine genaue medizinische Diagnostik hilfreiche Auswirkungen haben.
- Hilfreich für die später Versorgung im Heim „nebenan“ kann ein pflegerisches Assessment in spezialisierten Einrichtungen sein.

Zum Thema Medikamente:

- Aus unserer Sicht wird im Bereich der Versorgung von Menschen mit seltenen Demenzerkrankungen den Medikamenten zu viel zugetraut und den sozialpflegerischen Möglichkeiten zu wenig.
- Neuroleptika werden bei manchen Krankheitsbildern nicht vertragen.
- Lange Krankenhausaufenthalte zum „Einstellen“ der Patienten schaden oft mehr als sie nützen.
- Das Einstellen durch einen ambulanten psychiatrischen Dienst bringt oft mehr, weil der Arzt den Betroffenen in seiner gewohnten Umgebung kennenlernt.

Einblick in verschiedene Krankheitsbilder

- Lewy-Body-Demenz
- PSP
- Corticobasale Degeneration CBD
- Korsakow-Syndrom
- Frontotemporallobäre Degenerationen
- Demenz in jungem Lebensalter
- Normaldruckhydrozephalus (NPH)

Lewy-Body-Demenz

- Tritt überwiegend nach dem 65. Lebensjahr auf
- Wahrscheinlich mehr Männer als Frauen betroffen
- Die für diese Demenzform typischen Einschlüsse (Lewy-Bodies) in bestimmten Zellen des Hirnstamms entdeckte 1912 der deutsche Nervenarzt Friedrich H. Lewy.
- Lewy-Körper-Demenz ist schwer zu diagnostizieren. Meist entsteht der Verdacht anhand der spezifischen Symptomatik, z.B. wenn zu Gedächtnisproblemen Parkinson-Symptome hinzutreten. Bildgebende und labordiagnostische Verfahren dienen dem Ausschluss anderer Erkrankungen, z.B. eines Hirntumors.

Wie erkennt man eine Lewy-Body-Demenz?

- Ähneln der Alzheimer- und der Parkinsonkrankheit
- Kognitive Einschränkungen (im Denken) gepaart mit Bewegungseinschränkungen
- Hohe Sturzneigung
- Auffällige Schwankungen der Symptomatik im Tagesverlauf
- Optische Halluzinationen schon früh im Verlauf – Besonderheit: Viele Erkrankte wissen, dass es Halluzinationen sind, die sie sehen.
- Niedriger Blutdruck beim Aufstehen/ längeren Sitzen
- Sprache erst spät im Verlauf beeinträchtigt

Pflegerischer Umgang – Was helfen kann:

- Immer entsprechend dem aktuellen Zustand ansprechen und unterstützen
- Sturzprophylaxe
- Keine Neuroleptika auch kein Paracetamol, Antihistaminika, etc.
- Bei Halluzinationen Trost, Ablenkung, Personen mit positiven Eigenschaften belegen, Ortswechsel
- Flexibilität und Kreativität der Betreuungspersonen
- Herausarbeiten individueller (!) Bewältigungsstrategien (z.B. in völliger Dunkelheit schlafen)

Progressive Supranukleäre Blickparese (PSP)

- 6-7 Menschen von 100.000 erkranken daran
- Augenlähmung, meist Blick nach unten nicht möglich
- Gangunsicherheit mit plötzlichen, unvorhersehbaren Stürzen, z.B. wenn die Tür in Richtung des Betroffenen geöffnet wird.
- Probleme beim Sprechen: leise und schwer verständlich
- Antriebslosigkeit, Verlangsamung im Denken
- Starrer Blick, wirkt wie ständig erschreckt

Wichtig sind Physiotherapie, Ergotherapie und Sprechtherapie.

Demenz in jungem Lebensalter

- 0,1 % der Bevölkerung dieser Altersgruppe, Beginn im mittleren Lebensalter, per definitionem unter 65 Jahren
- Etwa gleich häufig präsenile Alzheimer- Demenz und FTD
- Langer diagnostischer Leidensweg, manchmal mehrere Jahre
- Oft schon gravierende Folgen der krankheitsbedingten Einschränkungen in Familie und Beruf
- Minderjährige Kinder sind mitbetroffen
- Sozialrechtliche Beratung sehr wichtig

Begleitung bei Demenz in jungem Lebensalter

- Klärung der weiteren beruflichen Perspektiven
- Oft krankheitsbedingte Berentung
- Praktischer Umgang mit Fahrtüchtigkeit und Autofahren
- Versicherungsfragen
- Einrichten einer Vollmacht / rechtlichen Betreuung/
Einwilligungsvorbehalt
- Einstufung in die Pflegeversicherung besonders schwierig
- Unterstützungsangebote für Kinder / Partner
- Zusammenleben mit Älteren - ein Problem?

Corticobasale Degeneration (CBD)

- 1 Erkrankter auf 100.000 Menschen
- Apraxie
- Kognitive Probleme
- Gesteigerte Muskeleigenreflexe und Myoklonien
- Fremdheitserleben der eigenen Extremitäten
- Häufig einseitig beginnende Parkinsonsymptome/ schwere Gangstörung mit Sturzneigung
- Mögliche weitere Symptome: Sprachverlust schon zu Beginn bei weitgehendem Erhalt der geistigen Fähigkeiten

Pflege bei CBD

Erfahrung mit einem Patienten in einer unserer Wohngemeinschaften

- Wichtig war ein Verständigungssystem mit dem Erkrankten zu entwickeln, da ihn seine Unfähigkeit zu sprechen sehr quälte.
- Der Betroffene äußerte über dieses Kommunikationssystem bis zuletzt seine Bedürfnisse.
- Mit anderen Bewohnern wollte er keinen Umgang, weil er sich mit ihnen nicht verständigen konnte.
- Der Betroffene litt zuletzt unter extremer Steifigkeit des ganzen Körpers.

Korsakow-Syndrom

- Recht gute Fassade
- Probleme im Kurzzeitgedächtnis
- Bei Gedächtnislücken Neigung zu Konfabulationen
- Orientierungsstörungen
- Wahnvorstellungen und Halluzinationen
- Überzeugt davon, bald wieder in ihrer Wohnung/ Arbeit zu sein.
- Viele beziehen Gesagtes auf sich und denken, man redet über sie.
- Depressive Grundstimmung, Antriebsschwäche, Unsicherheit, Angst
- Stimmungsschwankungen

Pflege bei Korsakow-Syndrom

- Konfabulationen nicht als Lügen missverstehen. Es ist das Recht eines Jeden gefühlte Defizite kaschieren zu wollen. Man kann aber entlasten, indem man das Gespräch mit dem Betroffenen sucht und deutlich macht, dass man sich für Gedächtnislücken nicht schämen muss.
- Betroffene reagieren empfindlich auf Überforderung. Besser sein lassen, wie sie sind. Einbeziehen, wenn sie es möchten.
- Sturzprophylaxe
- Abklärung ob Vitamin-Mangel vorliegt.

Normaldruck-Hydrocephalus (NPH)

- Eine oft gut behandelbare seltene Demenzform
- Ausgelöst durch zeitweise erhöhten Hirndruck, v.a. nachts
- Typisch sind drei Symptome:
 - kognitive Einschränkungen
 - Blasenfunktionsstörung mit Inkontinenz
 - „Magnet-Gang“
- Rechtzeitig erkannt, kann durch einen Shunt Abhilfe schaffen.

Frontotemporale lobäre Degenerationen (FTLD)

- Beginn durchschnittlich mit 50-60 Jahren
- Gekennzeichnet durch den Untergang von Nervenzellen in den Stirn- und Schläfenlappen
- Häufigkeit: bis zu 50 % der präsenilen Demenzen
- Unterformen:
 - Frontotemporale Demenz (FTD) (sog. Verhaltensvariante der FTLD)
 - Semantische Demenz
 - Progrediente nicht flüssige Aphasie (25 % der FTLD)

Wie erkennt man Frontotemporale Lobäre Degenerationen:

- Wesentlicher Unterschied zur Alzheimer-Demenz:
 - Verhaltensänderung und Sprachstörungen zu Beginn der Erkrankung - lange erhaltene Orientierung/ Gedächtnisleistung
- Die Diagnose erfolgt meist spät, nach einer Ärzte-Odyssee. Oft ist dann die Ehe bereits in die Brüche gegangen, der Job weg, Schulden da.
- Die Diagnose ist am besten über bildgebende Verfahren (PET) möglich, zum Beispiel in spezialisierten Gedächtnisambulanzen.

FTD - Allgemeine Symptomatik

- Persönlichkeitsveränderungen
- Eingeschränkte Handlungskompetenz bei komplexen Vorgängen
- Rückgang der Sprache bis zum vollständigen Sprachverlust
- Fehlende Krankheitseinsicht

FTD - Apathische Variante (75 % der Betroffenen)

- Veränderungen im Sozialverhalten / Teilnahmslosigkeit
- Fehlende Empathie / Oberflächlichkeit
- Antriebslosigkeit
- Sozialer Rückzug

FTD - Agitierte Variante (25 % der Betroffenen)

- Starker Bewegungsdrang
- Ritualisierte Verhaltensweisen
- Fehlende Impulskontrolle
- Übersteigertes Territorialverhalten
- Takt- oder Distanzlosigkeit / Enthemmung
- Risikobehaftetes Verhalten
- Verändertes Ess- und Trinkverhalten
- Sexualisiertes Verhalten

Medikamentöse Intervention

- „Nicht-medikamentöse Ansätze sind im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten wirkungsvoller als Medikamente.“

Prof. Dr. Mario Mendez, University of Los Angeles, USA, 2016

- „Patienten mit fokalen (Herd) Demenzen reagieren ausgesprochen empfindlich auf sogenannte Neuroleptika und haben ein hohes Risiko für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (Symptome wie bei Parkinson-Krankheit), analog der Demenz mit Lewy-Körperchen.

Dr. med Bernd Ibach, Münsterlingen, Schweiz, 2006

- „Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer SSRI (Antidepressiva) können z.B.) zur Linderung bei Verhaltensauffälligkeiten wie Unruhe, Angstzuständen ... eingesetzt werden.“

Dr. med Bernd Ibach, Münsterlingen, Schweiz, 2006

- „In Deutschland waren Verhaltensauffälligkeiten der Hauptgrund für eine Krankenhauseinweisung von 58 Patienten mit FTID, einschließlich FTD.“

Prof. Dr. Mario Mendez, University of Los Angeles, USA, 2016

Sozial-pflegerische Intervention

- Ursachenbezogen, proaktiv, reaktiv handeln
- Verhaltensmanagement (kein Nein, Rituale ...)
- Umgebungsanpassungen
- Beratung der Angehörigen
- Vermittlung von Wissen über die Krankheit

Im Bereich der Versorgung von Menschen mit Frontotemporaler Demenz existiert ein Versorgungsloch.

FTD-Pflege ermöglichen

- Einrichtungen/ Verbände: Erhöhten Betreuungsbedarf bei FTD in die Pflegesätze einverhandeln
- Angehörige/ gesetzliche Betreuer: Antrag auf Eingliederungshilfe stellen
- Heime und Tagespflegen: Resiliente Organisation z.B. Integration privater Helfer in den Stationsalltag
- Nationale Demenzstrategie – FTD-Assessment-Center

Online-Erfahrungsaustausch FTD

- Unterstützung von Gründungsinitiativen
- Unterstützung bestehender Einrichtungen bei der Pflege von FTD Betroffenen durch kollegiale Beratung
- Angehörige sind eingeladen, aus ihrer Perspektive Wünsche an die Pflege und Erfahrungen aus der familiären Betreuungsarbeit einzubringen.

Hier bildet sich eine Plattform von Engagierten, Ideenreichen, Mutigen, die in ihren jeweiligen Bezügen FTD neu denken und Versorgung verbessern.

News aus der Community

- Dialog-Zentrum Leben im Alter (DZLA) Haustheater Frontotemporale Demenz
- 37 Grad Reportage „Sein Leben mit dem Vergessen“, ZDF Mediathek
- Diagnose Demenz im jüngeren Lebensalter, Bianca und Käufer, Dieter (Hg.), Rheinhardt Verlag 2022

Fallgeschichte, Herr T.

Dargestellt unter Verwendung von sanftMUTIG!-Mustern



FTD erkrankt, Verhaltensvariante, 63 Jahre alt

Vorgeschichte

- Herr T. veränderte sich im Alter von 55 Jahren.
- Finanziell kam Herr T. in Schwierigkeiten.
- 5 Jahre nach Auftreten der ersten Auffälligkeiten wurde 2013 die Diagnose gestellt.
- Die Lebensgefährtin übernahm die gesetzliche Betreuung.

Das Vertrauen der Angehörigen gewinnen

Beginn in der **Tagespflege**:

In der ersten Zeit schwankte die Lebensgefährtin zwischen Unsicherheit: „Wird mein Mann dort etwas anstellen?“ und Ärger, z.B. wenn der Fahrer zu spät kam.

Wir haben daraufhin mindestens einmal die Woche mit der Lebensgefährtin gesprochen, auch um die Betreuung immer wieder an neu auftauchende Verhaltensweisen anzupassen. Im Laufe der Zeit wuchs Vertrauen.



Die Menschen verblüffen

Herr T. stieg die ersten Tage nicht aus dem Bus aus, der die Gäste in den RosenGarten bringt.

Daraufhin versorgte das Team Herrn T. im Bus mit Essen und Trinken. Die Lebensgefährtin wurde informiert, dass Toilettengänge in dieser Situation nicht möglich waren. Sie ging dann zuhause mit ihm auf Toilette.



sanftMUTIG!
Streu
pflegen

DIE MENSCHEN VERBLÜFFEN

Demenzkranke machen ihre Erfahrungen mit uns Gesunden. Sie erleben gut gemeinte Unterstützung oft als Zurechtweisung oder Zwang. Vielleicht zeigen sich deshalb Demenzkranke, die neu bei uns sind, häufig verblüfft von der akzeptierenden Grundhaltung der Mitarbeiter. Sie drücken ihren Willen vehement aus, erwarten Gegenwehr und erheben Protest. Das ist ein Signal beim Tauziehen, wenn eine Partei plötzlich nachgibt und alle lachend auf den Boden sinken. Die Verblüffung ist ein Signal.

Verwandte Muster: An Regeln können sich Demenzkranke nicht mehr orientieren * Zuhause sein * Raum lassen * Die Menschen verblüffen * Machen lassen * Das Vertrauen der Demenzkranken gewinnen * Eine gute Idee braucht Raum * Gewinnen, nicht zwingen! * Sich Entscheidungen zutrauen * Frei pflegen

WB 21/78

Machen lassen

Nach dem vierten Mal ist Herr T. ausgestiegen und in den RosenGarten gegangen. Er hat sich aber nicht hingesetzt, nichts gegessen, nichts getrunken. Dann hat er das Badezimmer ausgeräumt. Er hat alle Schränke leergeräumt und alles aus dem Fenster geworfen.

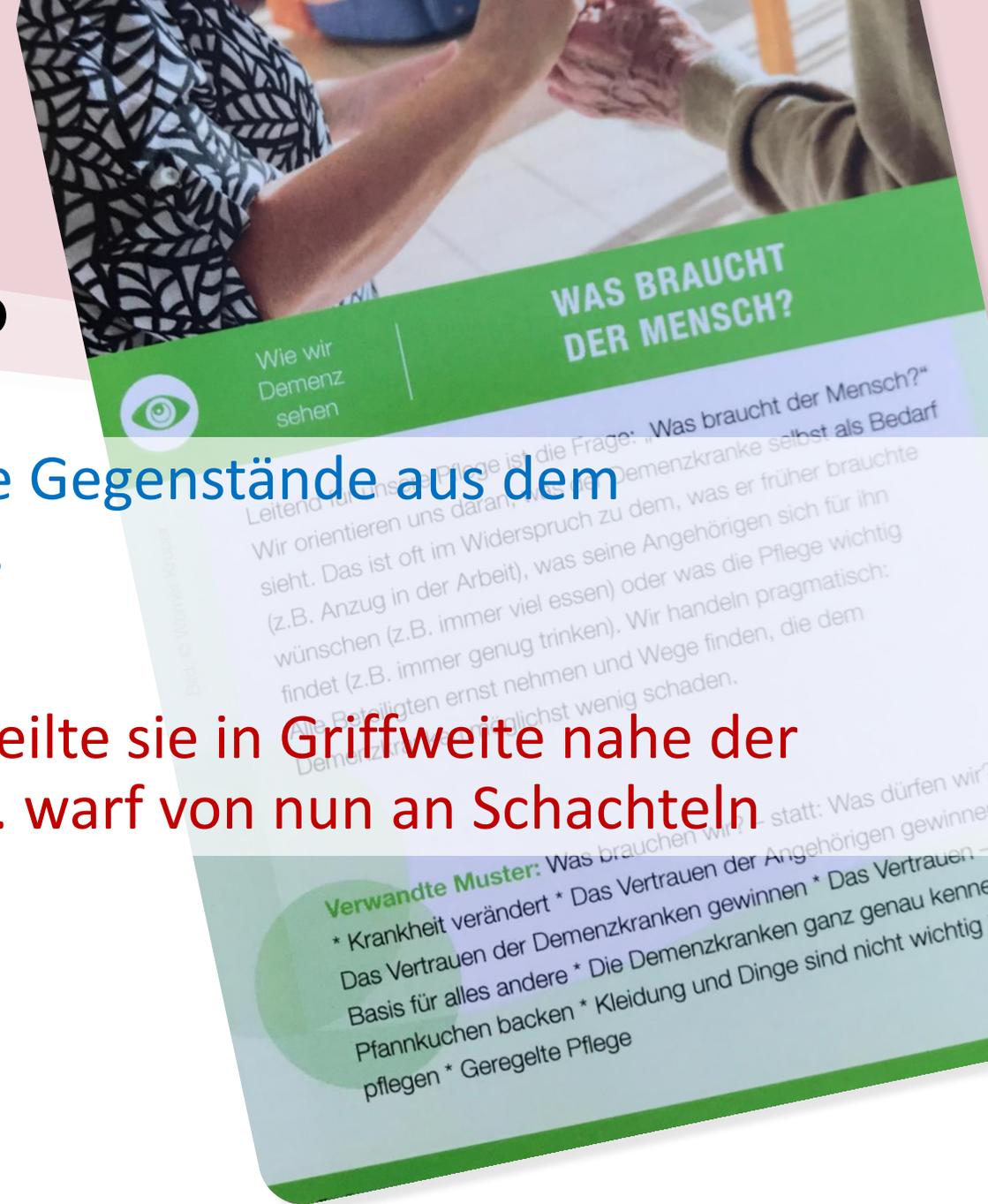
Das Team hat ihn machen lassen und sein Verhalten beobachtet.



Was braucht der Mensch?

Einige Zeit später begann Herr T. schwere Gegenstände aus dem Fenster zu werfen, z.B. den Feuerlöscher.

Das Team sammelte Schachteln und verteilte sie in Griffweite nahe der bevorzugten Fenster. Das klappte: Herr T. warf von nun an Schachteln aus dem Fenster.



Gewinnen, nicht zwingen!

Herr T. war eindeutig nicht an einer Gruppe interessiert. Auch Essen wollte er nicht zusammen mit den anderen Gästen der Tagesbetreuung.

Die Mitarbeiter stellten ihm einen Stuhl auf den Flur, sein Essen daneben.

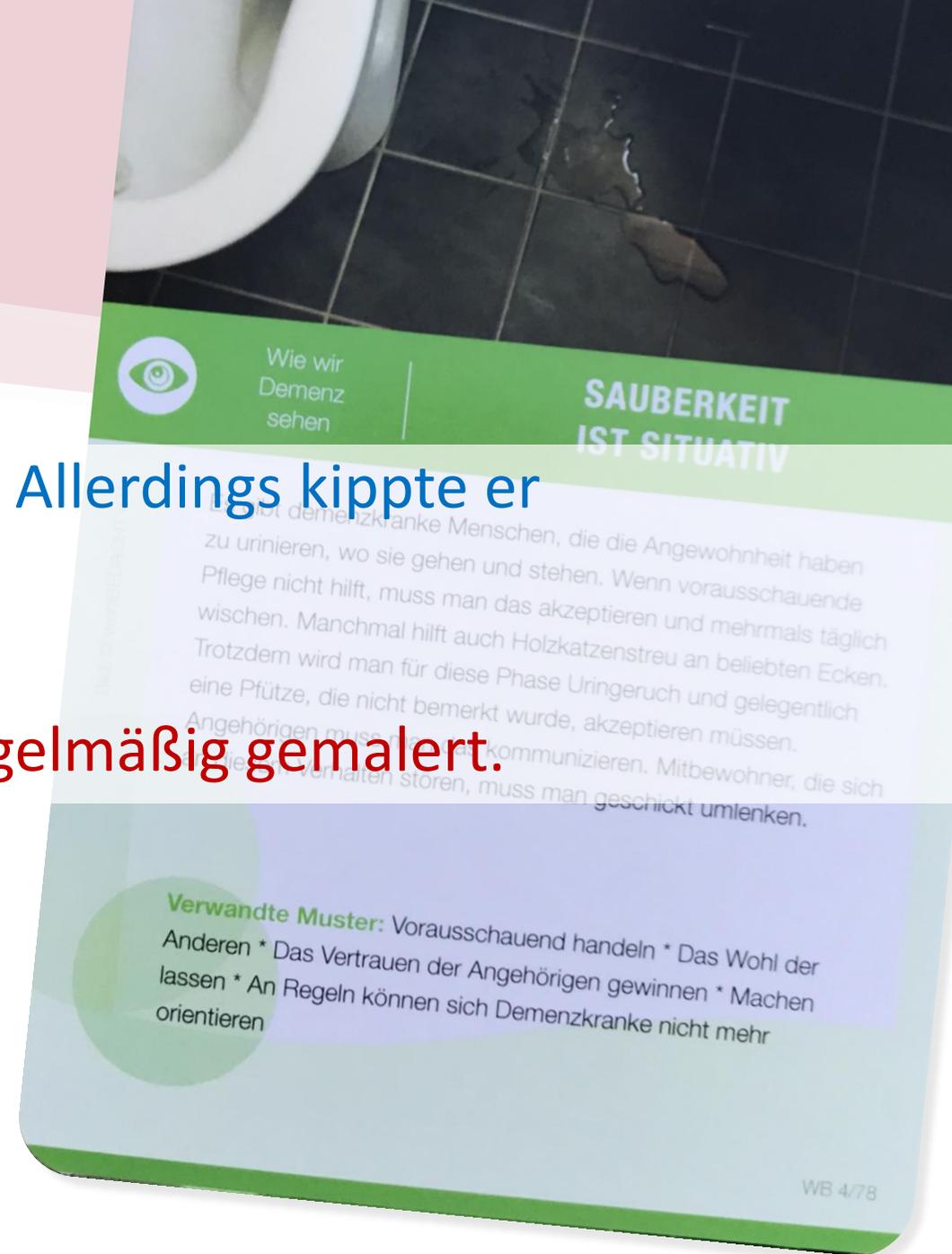
Später entdeckte Herr T. einen Sessel in einer Raumecke für sich und aß von nun an dort, in Sichtweite zu den anderen Gästen.



Sauberkeit ist situativ

Es folgte eine Zeit, in der Herr T. alleine aß. Allerdings kippte er manchmal sein Essen hinter sich.

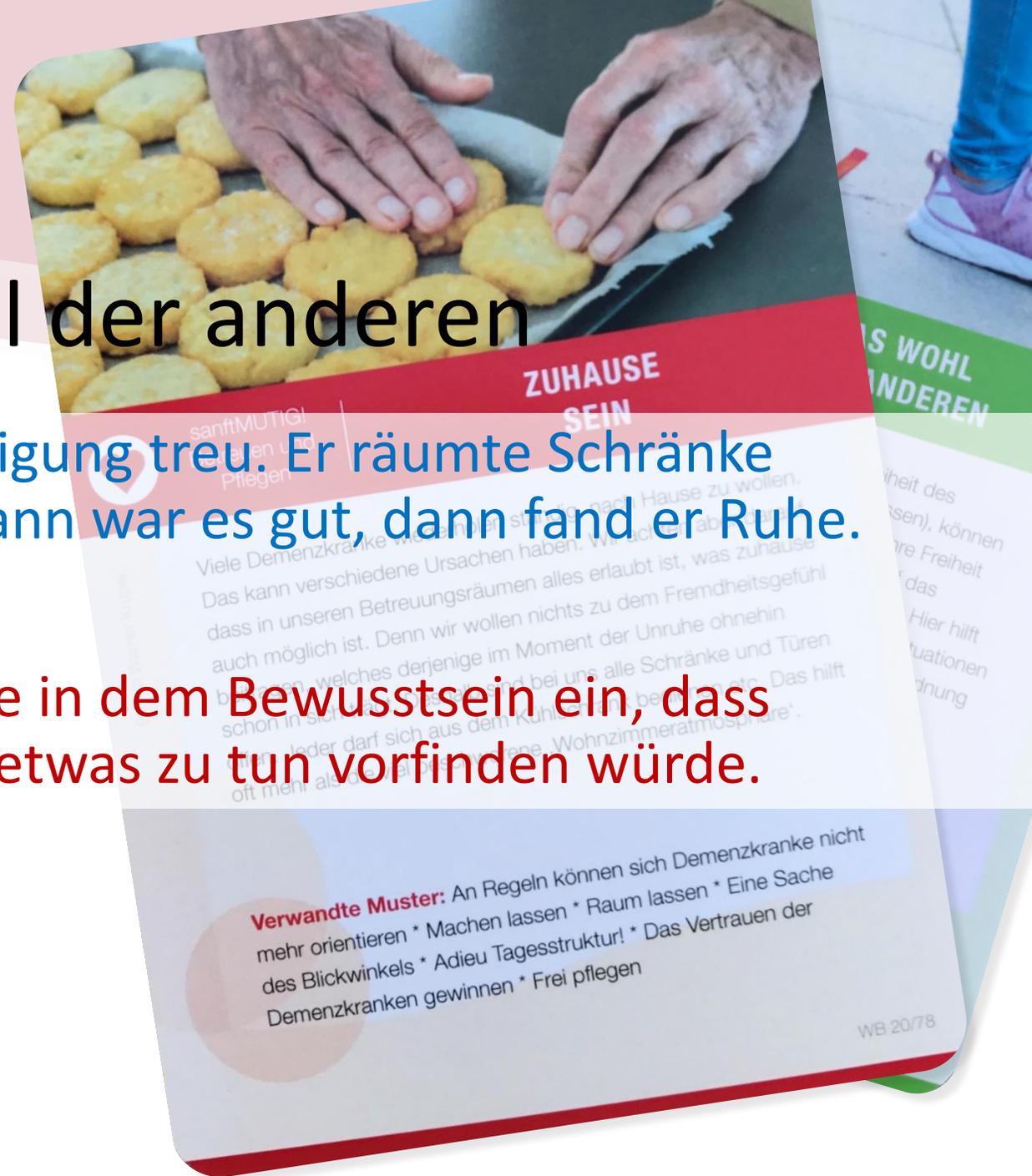
Die Wand hinter Herrn T.s Sessel wurde regelmäßig gemalert.



Zuhause sein/ Das Wohl der anderen

Herr T. blieb seiner Lieblingsbeschäftigung treu. Er räumte Schränke aus, bis sie vollständig leer waren. Dann war es gut, dann fand er Ruhe.

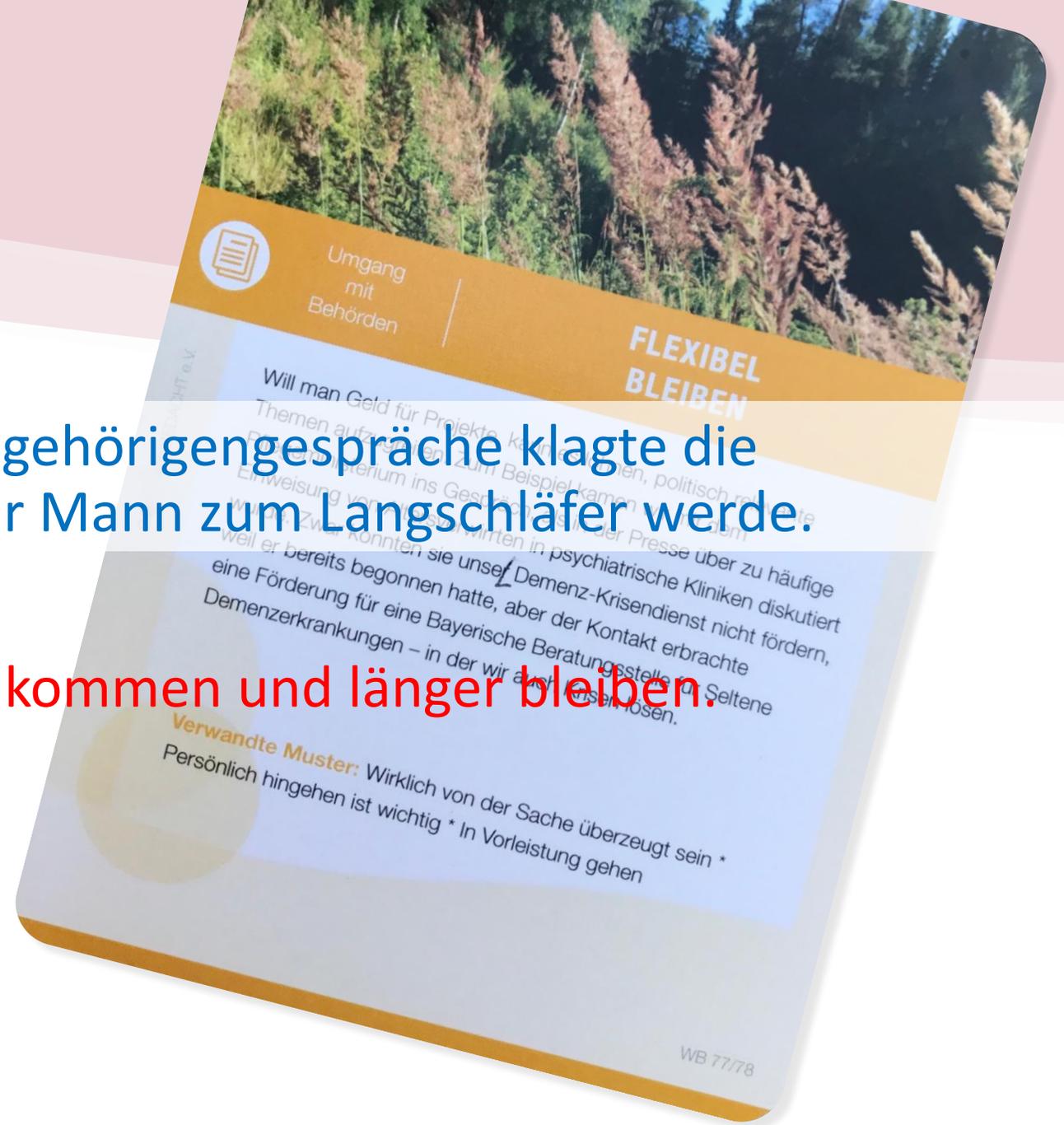
Die Mitarbeiter räumten die Schränke in dem Bewusstsein ein, dass Herr T. am nächsten Morgen wieder etwas zu tun vorfinden würde.



Flexibel bleiben

Bei einem der wöchentlichen Angehörigengespräche klagte die Lebensgefährtin darüber, dass ihr Mann zum Langschläfer werde.

Wir vereinbarten er kann später kommen und länger bleiben.

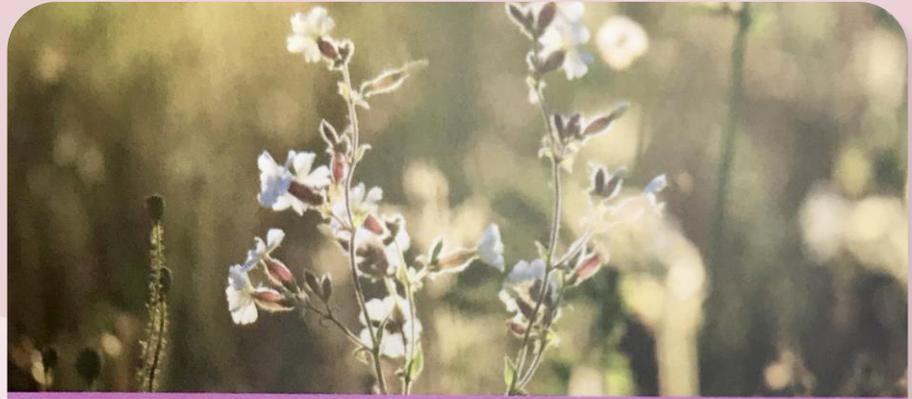


Positives in der Krise sehen

Der Vorteil dieser Regelung zeigte sich im Laufe der Zeit:

Abends waren weniger Gäste da. Herr T. gewann immer mehr Vertrauen zu den Mitarbeitern.

Mit Gründung trat die Lebensgefährtin dem **wohIBEDACHT-Krisendienst** bei.



Krisen bewältigen | **POSITIVES IN DER KRISE SEHEN**

Als das Haus für unsere dritte WG nicht zum geplanten Einzugstermin fertig wurde, haben wir kurz entschlossen alle zukünftigen Bewohner und das schon eingestellte Pflegeteam in den Bayerischen Wald zum Urlaub machen geschickt. Was als Krisenbewältigung gedacht war, entpuppte sich als genialer Schachzug: Team und Bewohner wuchsen zusammen, und als alle schließlich das neue Haus in Beschlag nahmen, fühlte sich niemand fremd. Man kam ‚nach Hause‘.

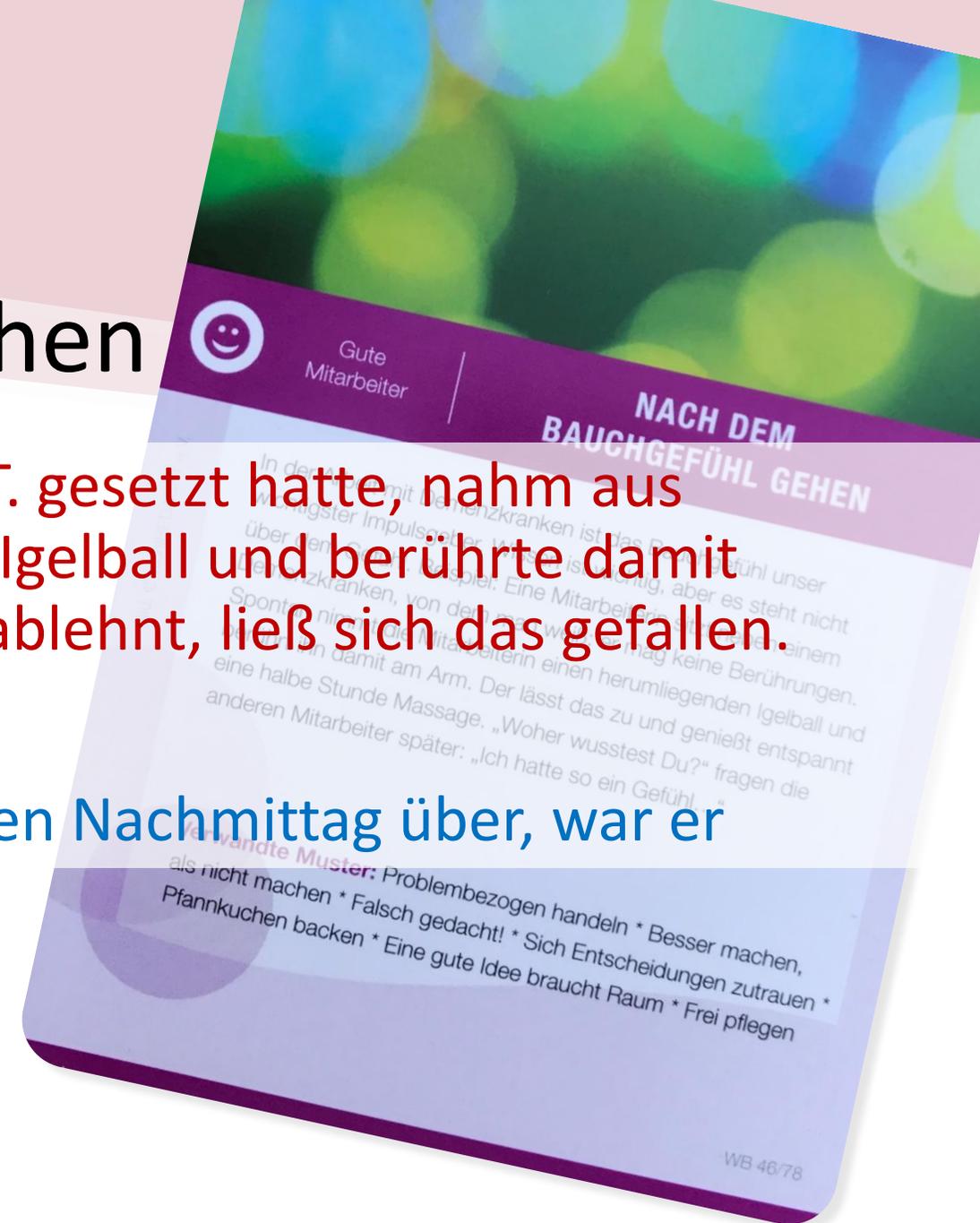
Verwandte Muster: Wie groß ist die Katastrophe? * Jede Situation fängt neu an * Nichts verschleiern * Besser machen, als nicht machen * Sich Entscheidungen zutrauen * Pfannkuchen backen * Krankheit verändert * Das Vertrauen der Angehörigen gewinnen

WB 57/78

Nach dem Bauchgefühl gehen

Eine Mitarbeiterin, die sich neben Herrn T. gesetzt hatte, nahm aus einer spontanen Eingebung heraus einen Igelball und berührte damit Herrn T. Er, der sonst Berührungen strikt ablehnt, ließ sich das gefallen.

Herr T. blieb 30 Minuten sitzen. Den ganzen Nachmittag über, war er ungewöhnlich entspannt.



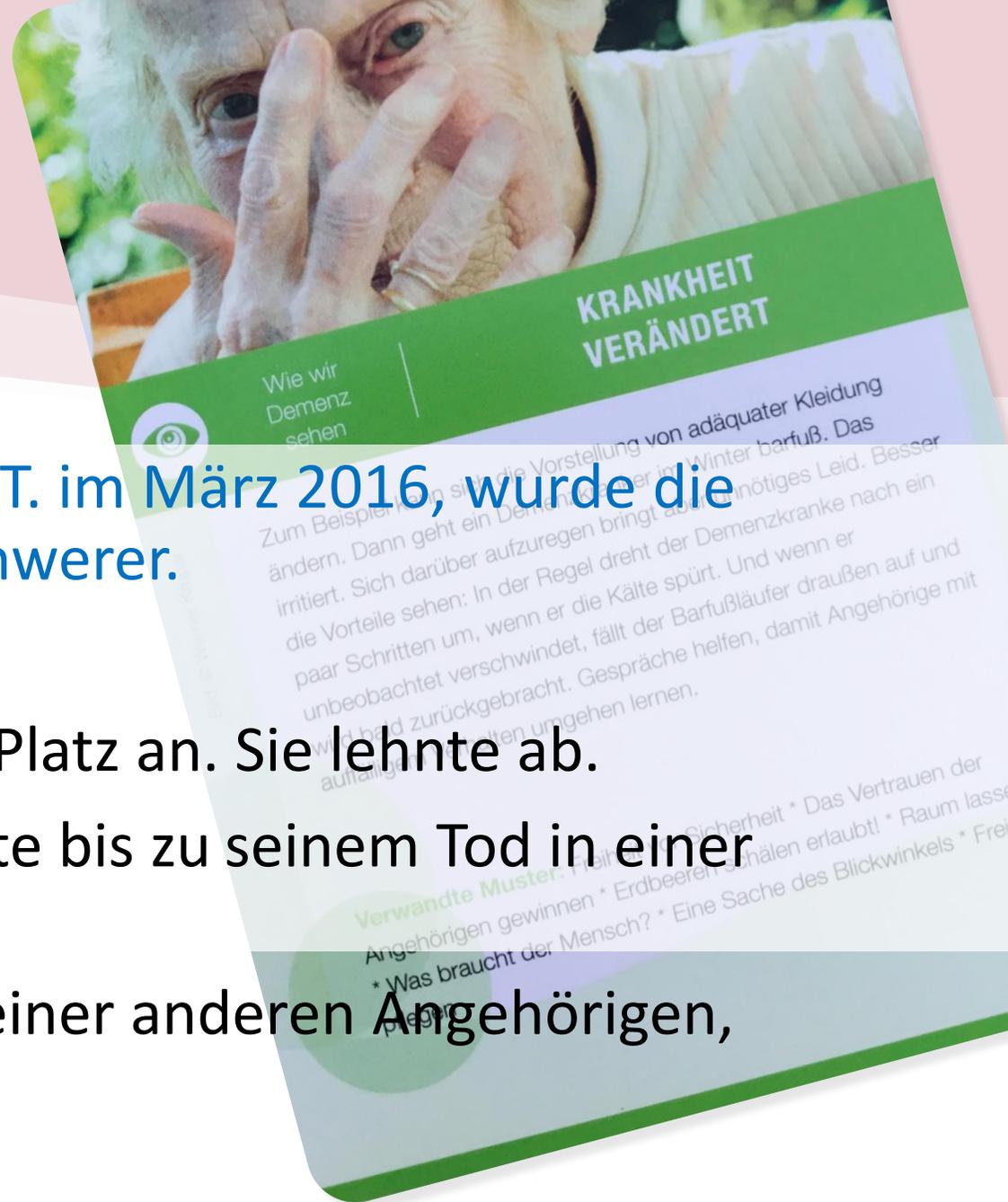
Krankheit verändert

Nach einem Zusammenbruch von Herrn T. im März 2016, wurde die Pflege für die Lebensgefährtin immer schwerer.

Wir boten ihr für ihren Mann einen WG-Platz an. Sie lehnte ab.

Den nächsten Platz nahm sie. Herr T. lebte bis zu seinem Tod in einer **woIBEDACHT-WG**.

Die Lebensgefährtin fand Anschluss bei einer anderen Angehörigen, deren Mann auch FTD hat.



Mutig institutionelle Grenzen aufweiten

- Ermöglichen:
 - Einzelbetreuung
 - Bewegung an der frischen Luft
 - Durchhaltevermögen und unkonventionelle Lösungen
- Umgestalten:
 - Reizarme Wohnbereiche
 - Offene statt beschützende Unterbringung
- Zusammenhelfen:
 - „Dazu muss man geboren sein“
 - „Unterm Strich geht es sich aus“

Chancen der Betreuung

- Oft sind nur die ersten Wochen sehr betreuungsintensiv.
- Wenn sich Vertrauen aufbaut, wird die Unruhe weniger.
- Rituale bilden sich, auf die man sich in der Betreuung einstellen kann.
- Die meisten FTD-Kranken bei uns gliedern sich auf ihre Weise in die Gruppe ein.
- Das Personal gewinnt an Erfahrung und damit an Sicherheit, wenn Krisen gemeinsam durchgestanden werden.

Wir hoffen, wir haben Ihnen Mut gemacht!

wohlBEDACHT – Wohnen für dementiell
Erkrankte e.V.

Höcherstr. 7

80999 München

info@wohlBEDACHT.de

www.wohlBEDACHT.de

Tel: +49-(0)89-81 80 209-30