

Abschlussbericht

im Rahmen

der fachlichen Begleitung der Konzeptumsetzung des
Förderpreises

„Einführung innovativer Modelle zur Versorgung
gerontopsychiatrisch erkrankter Bewohner und Bewohnerinnen
in Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Brigitte Hörmann
aufschwungalt GbR

IINHALTSVERZEICHNIS

| | Seite |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| Einführung | 3 |
| Intension und Ziel des Landeswettbewerbes | 4 |
| Fachliche Begleitung | 5 |
| Demenzbetreuung im stationären Bereich – ein Überblick | 6 |
| Die prämierten Konzepte | 11 |
| Therese-Stählin-Heim, Neuendettelsau | 12 |
| Allgemeine Daten | 12 |
| Ausgangssituation | 13 |
| Konzeptbausteine | 13 |
| Erfahrungen und Ergebnisse | 14 |
| Projektbilanz und Perspektiven | 19 |
| Seniorenheim „Hofberg“, Landshut | 21 |
| Allgemeine Daten | 21 |
| Ausgangssituation | 22 |
| Konzeptbausteine | 22 |
| Erfahrungen und Ergebnisse | 23 |
| Projektbilanz und Perspektiven | 27 |
| Juliusspital Senioren- und Pflegeheim, Münnerstadt | 29 |
| Allgemeine Daten | 29 |
| Ausgangssituation | 30 |
| Konzeptbausteine | 30 |
| Erfahrungen und Ergebnisse | 32 |
| Projektbilanz und Perspektiven | 37 |
| Senioren-Wohnanlage St. Johannis, Nürnberg | 40 |
| Allgemeine Daten | 40 |
| Ausgangssituation | 41 |
| Konzeptbausteine | 41 |
| Erfahrungen und Ergebnisse | 43 |
| Projektbilanz und Perspektiven | 48 |
| Haus der Pflege Kitzingerland, Kitzingen | 49 |
| Allgemeine Daten | 49 |
| Ausgangssituation | 50 |
| Konzeptbausteine | 50 |
| Erfahrungen und Ergebnisse | 52 |
| Projektbilanz und Perspektiven | 56 |
| Die Sicht der Angehörigen und MitarbeiterInnen | 58 |
| Zusammenfassende Auswertung und Diskussion | 60 |
| Literatur | 69 |

Einführung

Die demographische Entwicklung und –nicht zu vergessen – die Einführung der Pflegeversicherung mit dem dort verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“ findet im stationären Bereich ihren Niederschlag in der Veränderung der Bewohnerstruktur. Inzwischen stellen Demenzerkrankungen mit großem Abstand den wichtigsten Grund für einen Heimeintritt dar. In mehr als der Hälfte aller Fälle sind sie für die Aufnahme in ein Pflegeheim verantwortlich (Bickel 1999). Studien, die seit Beginn der 80er Jahre in Skandinavien, Großbritannien und Nordamerika durchgeführt wurden, belegen, dass zwischen 51 und 72 % der Pflegeheimbewohner an einer Demenz leiden (Bickel 1997). Zahlen in ähnlicher Größenordnung zeigen auch Untersuchungen in Deutschland (z. B. Weyerer et.al. 1995). Es ist zu vermuten, dass aufgrund der Zunahme des Anteils hochbetagter Menschen (und damit verbunden eine Steigerung der Häufigkeit von Demenzerkrankungen) und der Abnahme des Pflegepotentials innerhalb der Familie der Anteil demenzkranker Menschen in den stationären Einrichtungen weiterhin steigen wird.

Die Praxis zeigt, dass die Strukturen und Rahmenbedingungen der stationären Einrichtungen mit dieser Entwicklung nicht in gleichem Maße Schritt halten konnten. Die überwiegend auf somatische Pflegebedürftigkeit ausgerichtete Versorgung wird den spezifischen Anforderungen von Demenzkranken nur bedingt gerecht und stößt an ihre Grenzen. Die große Herausforderung der stationären Einrichtungen liegt in der Anpassung der Betreuungsformen an die spezifischen Bedürfnisse und Möglichkeiten der Betroffenen. Die notwendigen Veränderungen setzen einen Paradigmenwechsel hinsichtlich der Erweiterung auf ein psychosoziales Pflegeverständnis, eine Änderung der Strukturen und eine Erweiterung der fachlichen Kompetenz der Mitarbeiter voraus.

Stationäre Einrichtungen befinden sich heute in der schwierigen Situation, einen Übergang zwischen alten und neuen Strukturen schaffen zu müssen. Dies ist nur in einer prozesshaften Anpassung an die vorhandene und noch zu erwartende Situation zu bewältigen.

Viele Einrichtungen haben sich - trotz schwieriger Bedingungen - bereits auf den Weg gemacht und durch Strukturveränderungen und Einführung neuer Konzepte der veränderten Situation Rechnung getragen.

Das Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wollte diese Entwicklung nachhaltig unterstützen und würdigen und rief im Jahr 2003 im Rahmen

einer Fachtagung in Unterschleißheim den Landeswettbewerb „Innovative Konzepte in der stationären Altenhilfe“ ins Leben.

Intension und Ziel des Landeswettbewerbes

Die Ausschreibung des Landeswettbewerbs „Innovative Konzepte in der stationären Altenhilfe“ reihte sich in das kontinuierliche Engagement des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen zur Verbesserung der Situation demenzkranker Menschen ein und schloss an den Förderpreis des Jahres 1999 für den ambulanten Versorgungsbereich an.

Idee des Landeswettbewerbs war es, Einrichtungen der stationären Altenpflege in Bayern zu ermutigen und motivieren, sich mit innovativen Versorgungskonzepten für die spezifischen Bedürfnisse gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen auseinander zu setzen bzw. bereits geplanten konzeptionellen und strukturellen Veränderungen zur Umsetzung zu verhelfen.

Hauptkriterium der Prämierung sollte „Innovation“ sein, also eine geplante und gelenkte Veränderung eines Systems durch Neuerungen. Dies wurde von dem Leitgedanken getragen, dass es weniger darum geht, „neue Konzepte“ im Sinne von revolutionär Neuem in der Versorgung demenzkranker Menschen zu entwickeln (an Konzepten und Betreuungsmodellen mangelt es nicht), sondern unter Beachtung vorhandener Strukturen ein „eigenes“ Konzept zu erarbeiten, in dem bereits vorhandenen Erkenntnisse gebündelt, modifiziert und entsprechend umgesetzt werden, um - unter Beachtung wirtschaftlichen Denkens und der vorhandenen Rahmenbedingungen - dauerhafte Verbesserungen für demenzkranke BewohnerInnen zu erreichen.

Ziele der Ausschreibung waren zum einen die Prämierung von Idee und Veränderungswille, zum anderen die Sicherung einer dauerhaften Implementierung der konzeptionellen Veränderungen im Versorgungsalltag.

Von einem unabhängigen Fachbeirat, der sich aus Experten der Gerontopsychiatrie zusammensetzte, wurden aus den zahlreich eingegangenen Vorschlägen fünf Konzepte ausgewählt und dem Ministerium zur Empfehlung vorgelegt. Dem Wunsch des fachlichen Beirats wurde entsprochen.

Die Verleihung des Förderpreises fand anlässlich einer Festveranstaltung in der Residenz in München im Herbst 2003 durch Staatsministerin Christa Stewens statt.

Der zur Verfügung gestellte Förderpreis verstand sich einerseits als Würdigung bzw. Anerkennung der prämierten Konzepte, andererseits als Anschubfinanzierung zur Umsetzung.

Fachliche Begleitung

Den Preisträgern wurde bei der Umsetzung der Konzepte eine fachliche Begleitung zur Seite gestellt. Die fachliche Begleitung erfolgt über den Zeitraum Januar 2004 bis Dezember 2005. Aufgabe war es, den Entwicklungsprozess der Implementierung der Konzepte zu begleiten, die Erfahrungen und Ergebnisse zu dokumentieren und eine zusammenfassende Auswertung nach Abschluss der Begleitung zu erstellen.

Am Beginn der Begleitung fand ein Auftaktworkshop mit allen Beteiligten statt. Hierbei ging es um

- eine Bestandsaufnahme der bisheriger Veränderungsbemühungen der einzelnen Einrichtungen
- die Vorstellung der zu implementierenden gerontopsychiatrischen Konzepte
- einen fachlichen Austausch
- die Klärung der Zusammenarbeit der Einrichtungen mit der fachlichen Begleitung.

Die Projektleitungen bzw. –gruppen erarbeiteten Arbeitspakete zu den einzelnen Konzeptbausteinen mit den jeweiligen Zielsetzungen und Maßnahmen. Die Implementierungs- und Veränderungsprozesse wurden kontinuierlich dokumentiert, die regelmäßige Auswertung diente auch als Grundlage für die regelmäßig stattfindenden Reflexionsgespräche vor Ort.

Am Ende des definierten Begleitungszeitraums wurde eine schriftliche, qualitative Erhebung mit offenen Fragen bei Mitarbeitern, Angehörigen und Projektleitungen in Bezug auf Erfahrungen und beobachtete Wirkungen der Veränderungsprozesse durchgeführt.

Im vorliegenden Abschlussbericht wird im Überblick der Stand der fachlichen Diskussion hinsichtlich der Demenzbetreuung im stationären Bereich der Altenhilfe aufgezeigt. In einem nächsten Schritt werden die einzelnen Konzepte, die gewonnenen praktischen Erfahrungen, Ergebnisse und Perspektiven der Einrichtungen vorgestellt. Daran schließen sich die

Ergebnisse der Befragung der Mitarbeiter und Angehörigen an. Den Abschluss bildet eine allgemeine Auswertung und Diskussion der eingereichten Konzepte.

Demenzbetreuung im stationären Bereich – ein Überblick

Die Diskussion über eine angemessene Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen wird immer noch sehr kontrovers diskutiert. Es existieren sowohl in fachlicher als auch in ethischer Hinsicht unterschiedliche Meinungen und Richtungen. Insofern erweist sich die Einigung auf einheitliche bzw. allgemein anerkannte Qualitätskriterien für die vollstationäre Pflege demenzkranker Menschen als schwieriges Unterfangen. Der Versuch, die Qualität der Versorgung Demenzkranker durch die (subjektive) Lebensqualität der Betroffenen zu definieren, ist auf der einen Seite sinnvoll und notwendig, stellt jedoch andererseits die größte Herausforderung dar. Eine allgemein anerkannte Definition der Lebensqualität Demenzkranker gibt es nicht, da aufgrund des Krankheitsverlaufes die Möglichkeiten der Betroffenen, sich zu ihrem physischen und psychischen Wohlbefinden zu äußern, zunehmend eingeschränkt bis nahezu gänzlich aufgehoben sind. Nach wie vor werden Versuche unternommen, zentrale Dimensionen von Lebensqualität bei demenzkranken Menschen zu erfassen und Instrumente zu entwickeln, die Ergebnisse von Veränderungen zuverlässig messen können, um zu einer objektiven Beurteilung über eine angemessene bzw. optimale Versorgung und Betreuung demenzkranker Menschen zu kommen (vgl. z. B. Kruse 2003).

Es verwundert daher nicht, dass noch wenig gesicherte Erkenntnisse existieren, inwieweit sich Versorgungsform und die Art der Betreuung (Pflege- und Betreuungskonzept) auf den Verlauf von Demenzerkrankungen und deren Folgen auswirken.

Hinsichtlich der Versorgungsform werden drei Modelle – integrativ, teilsegregativ und segregativ – diskutiert. Hierzu liegen unterschiedliche Erfahrungsberichte und Studien vor.

Der integrative Weg versucht, demenzerkrankte und orientierte BewohnerInnen gemeinsam, unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedürfnisse zu betreuen. Die Befürworter gehen davon aus, dass das Zusammenleben und somit die „Normalisierung“ des Lebensalltags positive Auswirkungen für beide Bewohnergruppen habe.

Der segregative Ansatz geht von der Annahme aus, dass durch die Homogenität der Bewohnergruppen sowohl den Bedürfnissen Demenzkranker (durch die Schaffung eines speziellen Milieus) und den Bedürfnissen orientierter Bewohner besser entsprochen werden kann.

Die im Zusammenhang mit den beiden Versorgungsformen beschriebenen Vor- und Nachteile werden nachstehend kurz skizziert (vgl. Arbeitsgruppe Psychogeriatric 2000, S. 110-117).

Die Vorteile des integrativen Modells werden darin gesehen, dass demenzkranke Menschen von geistig gesunden Bewohnern insbesondere hinsichtlich der Kommunikation, aber auch der Anregung noch vorhandener Fähigkeiten (z. B. durch Nachahmung) und gegenseitiger Unterstützung profitieren können. Der Blickwinkel auf die gesunden Anteile der Betroffenen durch die PflegemitarbeiterInnen – so die Befürworter, trägt ebenfalls zu einer vermehrten Aktivierung und Förderung von Fähigkeiten bei. Die demenzerkrankten Menschen wohnen bis zum Lebensende im gewohnten Umfeld, ein nochmaliger Umzug entfällt. Der integrative Ansatz wirkt einer Stigmatisierung Demenzkranker entgegen.

Die Nachteile dieser Versorgungsform ergeben sich hauptsächlich aus den entstehenden Überforderungssituationen für alle Beteiligten. Die Pflegemitarbeiter haben häufig Schwierigkeiten mit der Umsetzung eines differenzierten Pflege- und Betreuungsansatzes, für geistig gesunde Bewohner ist die tägliche Konfrontation mit demenzkranken Menschen oft mit Angst verbunden und sie fühlen sich durch bestimmte krankheitsbedingte Verhaltensweisen in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt. Die Betroffenen selbst kommen aufgrund des „Übersehens von krankheitsspezifischen Bedürfnissen“ in Überforderungssituationen und reagieren entsprechend mit sogenannt „schwierigem Verhalten“. Insgesamt steigt das Konfliktpotential. Hingewiesen wird auch immer wieder auf den erhöhten Platzbedarf (z. B. die Notwendigkeit von Einzelzimmern, mehr Räume für Rückzugsmöglichkeiten).

Die Vorteile des segregativen Ansatzes liegen unter anderem darin, dass durch ähnliche Bewohnerbedürfnisse spezielle (therapeutische) Konzepte gezielter angewandt werden können, Arbeitsabläufe und Organisation erleichtert werden und die PflegemitarbeiterInnen eher eine „gerontopsychiatrische Berufsidentität“ entwickeln können. Insgesamt kann durch eine segregative Versorgung Überforderungen seitens der Betroffenen vorgebeugt werden.

Die Nachteile der Versorgungsform werden beispielsweise in der Gefahr der Stigmatisierung der BewohnerInnen, der Ausgrenzung (durch „Entwertung“ der Arbeit durch andere) und Überforderung der MitarbeiterInnen, der gegenseitigen negativen Beeinflussung der Bewohner untereinander und der mangelnden Anregung durch „zu wenig Normalität“ gesehen.

Einen Mittelweg bzw. Kompromiss zwischen beiden vorgestellten Versorgungsformen stellt der teilsegregative Ansatz dar. Durch Tagesbetreuungsgruppen bzw. tagesstrukturierende Maßnahmen für demenzkranke Menschen innerhalb des integrativen Zusammenlebens wird versucht, die Nachteile beider Ansätze zu kompensieren.

Während in anderen europäischen Ländern und in den USA von je her eher eine Präferenz zu segregativen Versorgungsmodellen zu beobachten ist, wurden in der Bundesrepublik Deutschland lange Zeit integrative Modelle favorisiert, wobei mittlerweile ebenfalls eine Tendenz zu segregativen Modellen zu verzeichnen ist.

Auf der Basis unterschiedlicher theoretischer Modelle wurde eine große Anzahl von Konzepten, einzelnen Methoden und (therapeutischen) Maßnahmen mit wiederum unterschiedlichen Ansätzen entwickelt. Die Heterogenität, die sich auch im Versorgungsalltag widerspiegelt, soll in nachstehender Abbildung (ohne Anspruch auf Vollständigkeit und ohne Wertung) veranschaulicht werden:

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Validation nach Feil und Integrative Validation nach Richard | SET Selbst-Erhaltungs- Therapie nach Romero | Psychobiographisches Pflegermodell nach Erwin Böhm |
| Personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood | Mäeutisches Konzept nach Cora van der Kooij | ROT Realitäts- Orientierungs- Training |
| Snoezelen | Basale Stimulation | Gedächtnistraining |
| Kunsttherapie Musiktherapie Tanztherapie | Reminiszenztherapie Biografiearbeit | Beschäftigungs- therapie |
| 10-Minuten- Aktivierung | Verhaltenstherapie | Ergotherapie |

Eine Auswertung der unterschiedlichen Konzepte und Maßnahmen ist aufgrund eines ausreichenden Kenntnisstandes hinsichtlich der Wirkungen nicht möglich. Positive Erfahrungswerte mit den einzelnen Konzepten und Maßnahmen liegen jedoch vor und lassen die Vermutung zu, dass unterschiedliche Handlungsstrategien durchaus dazu geeignet sind, Betreuungsqualität für die Betroffenen zu erzielen bzw. zu erreichen (vgl. Arbeitsgruppe Psychogeriatric 2000, S. 105).

Die Orientierung an einem milieuthérapeutischen Ansatz hat in den letzten Jahren immer mehr Beachtung und Anerkennung gefunden und es scheint sich eine Art Konsens hinsichtlich bestimmter Voraussetzungen herauszukristallisieren. Die Milieuthérapie stellt ein ganzheitliches Konzept (Rahmenkonzept) dar, das Anhaltspunkte hinsichtlich relevanter Eckpunkte gerontopsychiatrischer Versorgung im stationären Bereich gibt und in dem unterschiedliche Maßnahmen und therapeutische Interventionen integriert werden können.

„Unter Milieuthérapie wird bewusstes therapeutisches Handeln zur Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens und der Kompetenzen der Demenzkranken verstanden. Die Milieuthérapie soll den Demenzkranken trotz der zunehmenden Adaptionsstörungen an die Umwelt ein menschenwürdiges, ihrer persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und möglichst spannungs- und stressfreies Leben ermöglichen“ (Bruder, Wojnar 1994, S. 243).

Der milieuthérapeutische Ansatz geht von der Annahme aus, dass sich demenzkranke Menschen aufgrund ihrer krankheitsbedingten Einschränkungen nicht an die Bedingungen der Einrichtung anpassen können und dass somit die Einrichtung und die Ebenen der Begegnung sich an den Krankheitsprozess anpassen müssen. Sowohl die räumliche als auch die soziale Umwelt muss zu einer „prothetischen Umwelt“ (Milieu) werden, um die emotionalen, kognitiven, sensorischen und physischen Einschränkungen auszugleichen. Der Ansatz folgt der Erkenntnis, dass Pflegequalität nicht ausreicht, sondern dass diese um den Aspekt der Lebensqualität erweitert werden muss.

Der Ansatz umfasst drei Milieuebenen (vgl. z. B. vgl. Arbeitsgruppe Psychogeriatric 2000):

- das baulich/räumliche Milieu
- das organisatorisch/strukturelle Milieu
- das soziale Milieu

Zu den einzelnen beschriebenen Milieuebenen wurden mittlerweile schon viele Erfahrungen gesammelt. Einrichtungen, die sich einer bewussten und zielgerichteten Gestaltung eines dementengerechten Milieus verpflichten und Veränderungsprozesse auf diesen Ebenen vollziehen – im Rahmen ihrer unterschiedlichen Voraussetzungen und Möglichkeiten - scheinen im Regelfall auch eine gute Versorgungsqualität aufzuweisen.

Im praktischen stationären Versorgungsalltag wächst aufgrund der vermehrten Zunahme des Anteils gerontopsychiatrisch veränderter Menschen der Druck zu handeln unablässig. Vor oben genannten Hintergrund verwundert es nicht, dass zwar einerseits große Unsicherheiten bezüglich Zielorientierung und Qualitätserfordernisse bzw. –kriterien hinsichtlich der angemessenen Versorgungssituation herrschen, andererseits jedoch versucht wurde und wird, zum Teil sehr unterschiedliche Wege zu beschreiten, um eine angemessene Antwort auf die veränderte Bewohnerstruktur zu finden und die Entwicklung voranzutreiben.

Die prämierten Konzepte

Die Einrichtungen befanden sich zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Landeswettbewerbes - zum Teil schon seit einigen Jahren - in einem Veränderungsprozess. Konzepte für eine adäquate und bestmögliche Betreuung demenzkranker Bewohner/-innen wurden entwickelt bzw. für die eigene Einrichtung modifiziert, Praxiserfahrungen wurden integriert und die Konzepte überarbeitet bzw. weiterentwickelt.

Im Sinne dieser Prozesshaftigkeit sind die prämierten Konzepte auf einer Zeitachse (Stand zum Zeitpunkt der Ausschreibung des Landeswettbewerbs) des jeweiligen Veränderungsprozesses anzusiedeln. Die einzelnen, hier beschriebenen Konzeptbausteine sind nicht singulär und losgelöst von einem Gesamtkonzept zu verstehen, sondern müssen als Teil des Gesamtkonzepts der Einrichtung verstanden und eingeordnet werden. Die geplanten Maßnahmen orientierten sich an den Fragestellungen

Was gilt es zu optimieren?

Was gilt es umzustrukturieren?

Was gilt es neu zu implementieren?

und spiegeln die notwendigen Prioritäten der Einrichtungen zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder.

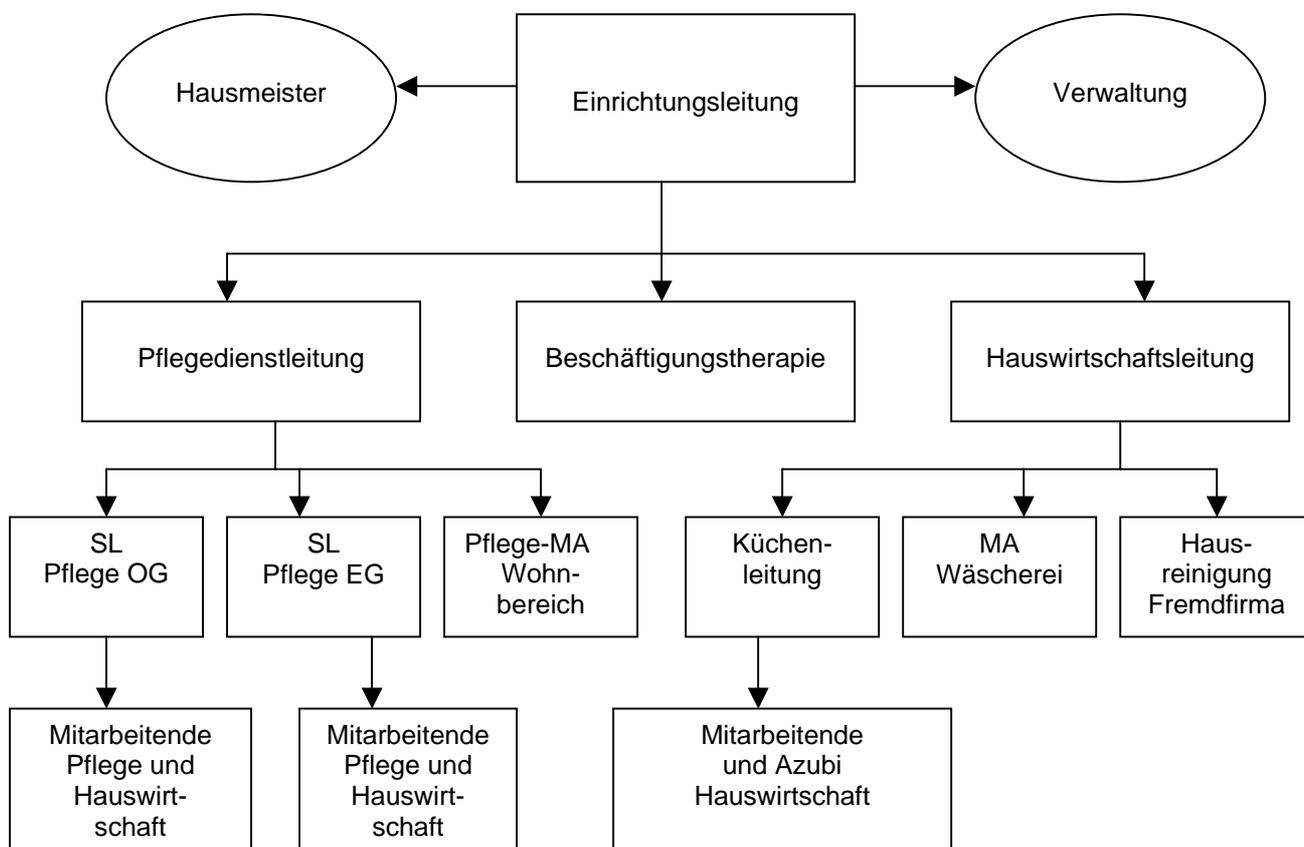
Der „Abschluss“ durch die Beendigung der fachlichen Begleitung stellt nur eine vorgegebene Zäsur dar, das Aufzeigen der Perspektiven unterstreicht den Prozesscharakter, auch im Sinne einer „lernenden Organisation“, die nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt beendet ist.

Therese-Stählin-Heim, Neuendettelsau

Allgemeine Daten

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Träger: | Diakonie Neuendettelsau |
| Baujahr: | 1935 / 1952 / 1981 |
| Bewohnerzahl: | 114 |
| Einrichtungsform | 2 Pflegestationen (à 26 Bewohner) und Wohnbereich (62 Plätze) |
| Durchschnittsalter der Bewohner: | 83,5 Jahre |
| Anzahl demenzerkrankter Bewohner: | auf den Pflegestationen über 50 %, im Wohnbereich ca. 15 Bewohner |
| Personalsituation: | 47 Planstellen, 63 % Fachkraftquote, drei gerontopsychiatrische Fachkräfte (Fort- und Weiterbildung) |

Organigramm¹:



¹ entnommen aus: Organigramm des Therese-Stählin-Heimes, Erstellungsdatum: 14.06.2003

Ausgangssituation

Durch die zunehmende Zahl gerontopsychiatrisch veränderter Menschen auf den Pflegestationen und im Wohnbereich kam es 2003 zur Gründung einer Arbeitsgruppe, die sich aus MitarbeiterInnen unterschiedlicher Bereiche des Hauses zusammensetzte und eine Konzeption zur Arbeit mit dementiell erkrankten Menschen entwickelte. Ziel war es, durch die Gestaltung eines „normalen“ Alltags mit und für die BewohnerInnen den Bedürfnissen dieser Zielgruppe besser gerecht werden zu können. In das Konzept konnten bereits viele Erfahrungen und positive Ansätze der verschiedenen Mitarbeitergruppen einfließen. Im Zuge der Erstellung des Konzepts wurde überlegt, wie die verankerten Grundsätze für alle MitarbeiterInnen der Einrichtung transparent gemacht und in den Pflege- und Betreuungsalltag nachhaltig implementiert werden können. Schwerpunktmäßig wurden drei Umsetzungsschritte herausgearbeitet und im Zuge des Landeswettbewerbs eingereicht.

Konzeptbausteine

Qualifizierung der Mitarbeiter

Ziele

- Erwerb von Basiswissen im Umgang mit dementiell erkrankten Menschen
- Know-How-Transfer – neuester Kenntnisse aus Forschung und Pflege bei Demenz
- Qualitätssteigerung in Pflege und Betreuung
- Ziele der Arbeit gemeinsam weiterentwickeln
- Steigerung der Kompetenz als Ansprechpartner für Angehörige

Maßnahmen

- Erstellen des Schulungskonzepts („Basisqualifikation: Demenz“)
- Durchführung der Schulung

Einzelbetreuung „Pflege kreativ und aktiv“

Ziele

- Bewohner sollen in ihrer Bewegungswahrnehmung und –fähigkeit, in ihrer Körperwahrnehmung und –orientierung gefördert werden
- Förderung von Orientierung, Sicherheit und Kompetenz
- Förderung der Kommunikation

Maßnahmen:

- Erstellen des Konzepts „Pflege kreativ und aktiv“ (Einzelbetreuung)
- Erstellen eines Verlaufbogens
- Durchführung der Einzelbetreuung (stationsübergreifend)
- Dokumentation
- Kontinuierlicher Austausch mit MitarbeiterInnen der Stationen
- Fallbesprechungen bei Bedarf

Schnittstellenoptimierung

Ziele

- Optimale Zusammenarbeit der Tätigkeitsfelder im Haus (Pflege, Beschäftigungstherapie, Hauswirtschaft)
- Verbesserung des Informationsflusses zwischen den einzelnen Bereichen
- Optimierung der Dokumentation

Maßnahmen

- Einführung regelmäßiger Treffen
- Regelmäßige Teilnahme an Teamgesprächen (Pflege/Beschäftigungstherapie und Hauswirtschaft)
- Koordinierung der einzelnen Aktivitäten
- Dokumentation

Projektgruppe: Heimleitung, gerontopsychiatrische Fachkräfte und MitarbeiterInnen
Beschäftigungstherapie

Erfahrungen und Ergebnisse

Hinsichtlich der Veränderung der Bewohnerstruktur gab es vor einigen Jahren die Überlegung, eine gerontopsychiatrische beschützende Station einzurichten. Das Therese-Stählin-Heim entschloss sich jedoch letztendlich, den integrativen Ansatz beizubehalten.

Da sich im Zuge der Zunahme der Zahl dementiell erkrankter BewohnerInnen die fachlichen Anforderungen für die Mitarbeiter veränderten, wurde von einer gerontopsychiatrischen Fachkraft des Trägers das Konzept „**Basisqualifikation Demenz**“ entwickelt.

Diese Fachkraft unterstützt die einzelnen Häuser (auf Zeit) auch bei der Entwicklung und Implementierung von gerontopsychiatrischen Konzepten.

Das Schulungskonzept richtet sich an alle MitarbeiterInnen in der Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung. Die Fortbildungsreihe basiert auf der Vermittlung von Grundlagenwissen und Selbsterfahrungselementen. Die Schulungen sollen auch die Möglichkeit bieten, gemeinsame Ideen für die spezifische Situation der jeweiligen Teams zu entwickeln und

Schwierigkeiten im Umgang mit dementiell veränderten BewohnernInnen vor Ort zu besprechen und miteinander Lösungsstrategien zu entwickeln.

Das Konzept beinhaltet unterschiedliche thematische Module (z. B. Biografiearbeit, Basale Stimulation, Validation etc.) und Empfehlungen, welche Schulungseinheiten für welche Zielgruppen (examierte Pflegekräfte, Pflegenden ohne Pflegeausbildung, MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft und Verwaltung) als wichtig und notwendig erachtet werden.²

Der Vorteil interner Fortbildungsveranstaltungen, die im Therese-Stählin-Heim Tradition haben, wird in ihrer „Authenzität“ gesehen. Die Durchführenden kennen sowohl die Strukturen als auch die MitarbeiterInnen und die BewohnerInnen der Einrichtung und können so die Fortbildungen praxisnah gestalten. Dies erleichtert wiederum eine Weiterführung bzw. Implementierung des Wissens im praktischen Alltag.

Für die Schulung im Therese-Stählin-Heim wurden drei Bausteine aus dem Gesamt-Schulungskonzept entnommen, deren Auswahl sich nach den Erfordernissen der Einrichtung richteten.

Schulungseinheit: Demenz Theorie

Zwei Termine für zwei unterschiedliche Gruppen
Für Mitarbeitende in der Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung

Schulungseinheit: Validation

Zwei Termine für zwei unterschiedliche Gruppen
Für Mitarbeitende in der Pflege

Schulungseinheit: Begegnung gestalten mit demenziell veränderten Menschen

1 Termin
Für Mitarbeitende aus der Hauswirtschaft und Verwaltung

1 Schulungseinheit à 1,5 Stunden

Da die Heimleitung im Projektzeitraum eine weitere Einrichtung der Diakonie Neuendettelsau in unmittelbarer Nähe in Leitungsfunktion übernahm, entschloss man sich, die Schulung für die Mitarbeiter beider Einrichtungen gemeinsam anzubieten. Die Fortbildungen wurden von der zuständigen gerontopsychiatrischen Fachkraft, der gerontopsychiatrischen Fachkraft des Therese-Stählin-Heims und einer weiteren Mitarbeiterin im Jahr 2005 durchgeführt.

Die Basisqualifikation war für die MitarbeiterInnen der Pflege verpflichtend, der letzte Termin beruhte auf dem Prinzip der Freiwilligkeit. Die Fortbildung war Bestandteil der Dienstzeit.

² Konzept „Basisqualifikation: Demenz, Christiane Schuh, Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie

Die Einführung einer gezielten Einzelbetreuung sollte sich schwerpunktmäßig an Bewohner richten, die an schwersten gerontopsychiatrischen Veränderungen leiden und nicht mehr an Gruppenangeboten teilnehmen können und/oder bettlägerig sind. Aus der Erkenntnis heraus, dass diese Personengruppe eine Kommunikationsform benötigt, die auf elementare, basale Erfahrungen zurückgreift, entwickelte die gerontopsychiatrische Fachkraft das Konzept „**Pflege kreativ und aktiv**“ – Konzeption zur Arbeit mit Menschen, die in ihrer Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation verändert sind

Dem Konzept liegen das Kommunikations- und Wahrnehmungskonzept „Basale Stimulation in der Pflege“ und das Handlungskonzept „Kinästhetik in der Pflege“ zugrunde. Ziel ist es, den betroffenen Menschen im pflegerischen Alltag ein individuelles, ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechendes, angemessenes Reizangebot zu bieten. Die unterschiedlichen sinnlichen Wahrnehmungsangebote (Stimulation) richten sich nach Erfahrungen, die der betreffende Mensch von früher her kennt und die flexibel auf die Bedürfnisse, Fähigkeiten und das aktuelle Befinden des Einzelnen angewandt werden können. Die BewohnerInnen werden verstanden als

- gleichwertige Partner
- mit individueller Geschichte
- mit der Fähigkeit zum Erleben
- mit dem Bedürfnis nach Ausdruck und Kommunikation
- mit einer Identität, die sich geistig und auch körperlich offenbart³

Die ursprüngliche Idee, die gezielte Einzelbetreuung durch die MitarbeiterInnen auf den jeweiligen Stationen durchführen zu lassen, erwies sich als schwierig und nicht erfolgversprechend. Deshalb entschloss man sich, die Zuständigkeit der Umsetzung bei der gerontopsychiatrischen Fachkraft anzusiedeln mit dem längerfristigen Ziel, die einzelnen Maßnahmen in die Pflegeplanung und somit in die „alltägliche“ Pflege durch die MitarbeiterInnen zu integrieren.

Die gerontopsychiatrische Fachkraft ist als Pflegende in ein Team einer Pflegestation integriert und arbeitet im Rahmen der geplanten Einsatzzeiten auch in der pflegerischen Versorgung mit. Für die Einzelbetreuung stehen ihr außerhalb dieser Einsatzzeiten 10 Wochenstunden zur Verfügung. Betreut werden demenzkranke Bewohner zweier Pflegestationen (stationsübergreifend), bei Bedarf auch Bewohner des Wohnbereichs. Die Durchführung der Einzelbetreuung wird in Absprache mit dem Pflegepersonal der jeweiligen Station geplant. Im Durchschnitt wird für einen Bewohner ca. 1 Stunde veranschlagt, wobei

³ Konzept „Pflege kreativ und aktiv“, Roswitha Göttler, Therese-Stählin-Heim, Neuendettelsau, Stand 10/2004

grundsätzlich der Zeitbedarf flexibel gestaltet wird. Um einen guten Informationsaustausch zwischen Fachkraft und MitarbeiterInnen der Station zu gewährleisten, erfolgt ein regelmäßiger Austausch in Form von sogenannten „kleinen Übergaben“, zeitweiliger Anwesenheit der gerontopsychiatrischen Fachkraft bei der Übergabe (Fallbesprechungen) und bei Teamgesprächen der einzelnen Stationen. Die gerontopsychiatrische Fachkraft bindet einzelne MitarbeiterInnen immer wieder in die Einzelbetreuung mit ein („Lernen am Modell“).

Für jeden der zu betreuenden BewohnerInnen wird ein Hilfeplan erstellt, ein Wochenplan informiert die MitarbeiterInnen der jeweiligen Pflegestation über die geplanten Einsätze und die durchgeführten Angebote und der jeweilige Verlauf des Einsatzes werden in einem für diese Arbeit erstellten Dokumentationsbogen festgehalten und kontinuierlich evaluiert.

Bei den BewohnerInnen konnten durch die gezielten Wahrnehmungsangebote eine Verbesserung der Beweglichkeit durch Spannungsabbau, eine Abnahme des Abwehrverhaltens durch ritualisierte Abläufe und eingeleitete Bewegungsimpulse, eine Verbesserung der Körperkontrolle, Erinnerungsaktivierung, vermehrte Kommunikation (nonverbal bis hin zu verbalen Äußerungen), und zeitweise eine verbesserte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme beobachtet werden. Die Einzelbetreuung trägt insgesamt zu einem vertrauensvollen Beziehungsaufbau und zu mehr Verständnis bei.⁴

Anfänglich wurde die gerontopsychiatrische Fachkraft von den MitarbeiterInnen der Pflegestationen als von „außen kommend“ wahrgenommen, die Maßnahmen der Einzelbetreuung waren „Sache der Fachkraft“. Mittlerweile erfährt die Betreuungsarbeit zunehmende Akzeptanz. Das Verständnis des Pflegepersonals für demenziell veränderte Bewohner wächst und zeigt sich in einem veränderten Umgang. Das Wissen der gerontopsychiatrischen Fachkraft wird vermehrt abgerufen und die Motivation, einzelne Maßnahmen zu übernehmen steigt.

Die Maßnahmen werden mittlerweile auch die Pflegeplanung integriert.

Schwierig gestaltet sich noch die Dokumentation über Veränderungen bei den BewohnerInnen durch die Mitarbeiter der Stationen.

Die Optimierung der **Schnittstellen** (insbesondere zwischen den Bereichen Beschäftigungstherapie, Pflegestationen und Hauswirtschaft) wollte man durch eine

⁴ Zusammenfassende Auswertung durch die gerontopsychiatrischen Fachkraft

verbesserte Kommunikation intensivieren und dadurch eine bessere Koordination und Strukturierung der vorhandenen Aktivitäten erreichen.

Die bestehende Beschäftigungstherapie („Kreatives Gestalten“) hat im Haus schon lange Tradition. Die zuständigen MitarbeiterInnen sind zu 50 % im Therese-Stählin-Heim tätig und werden in ihrer Arbeit von Praktikanten und Schülern unterstützt. Die Angebote in den eigenen Räumlichkeiten richteten sich sowohl an BewohnerInnen des Wohnbereichs als auch der Pflegestationen.

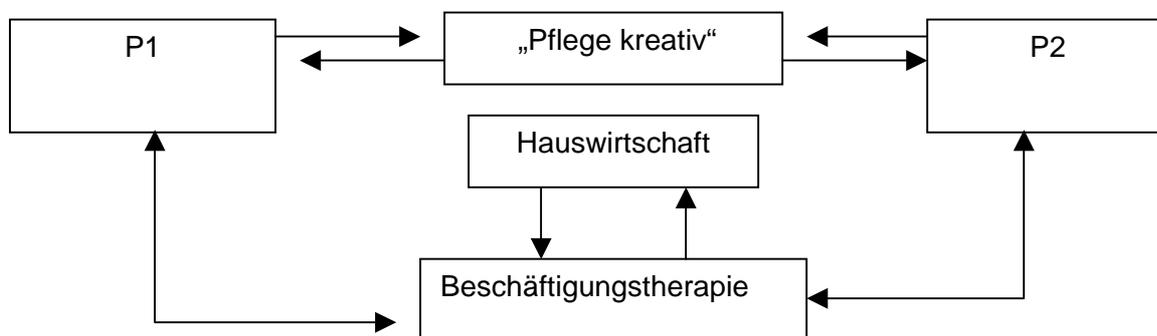
Für dementiell erkrankte Menschen wurden Angebote im Bereich Gedächtnistraining, Präventionssport und kreatives Gestalten entwickelt, um die Betroffenen aus ihrer Isolation zu holen und ihnen Abwechslung und Aktivitäten anzubieten, die ihrem Bedarf und ihren Möglichkeiten entsprechen. Die Sturzprävention ist Bestandteil der Beschäftigungstherapie (ca. 3 Std. pro), die von einer Mitarbeiterin durchgeführt wird. Diese bietet auch interne Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeiter der Pflege an.

Die Durchführung der Beschäftigung wurde zum Teil auf die Pflegestationen verlegt (Gruppen- und Einzelbetreuung), um einerseits BewohnerInnen zu erreichen, die nicht mehr die Möglichkeit haben, die Räumlichkeiten der Beschäftigungstherapie aufzusuchen, andererseits mehr Transparenz der Arbeit für die MitarbeiterInnen der Pflegestationen herzustellen. Ziel der Schnittstellenoptimierung zwischen Pflegestationen und Beschäftigungstherapie war es auch, einen kontinuierlichen Informationsaustausch zwischen den beiden Bereichen durch eine Verbesserung der Dokumentation zu erreichen. Die Aktivitäten der Beschäftigungstherapie und deren Wirkungen werden mittlerweile im Dokumentationssystem der jeweiligen Station auf einen dafür vorgesehenen Dokumentationsbogen (Art der Aktivität und Verlauf) festgehalten. Ferner nehmen die MitarbeiterInnen der Beschäftigungstherapie (nach Bedarf) an Teambesprechungen bzw. Übergabegesprächen teil. Der Austausch mit den Pflegestationen erfolgt auch in sogenannten „Tür und Angelgesprächen“.

Ein weitere Schnittstellenoptimierung sollte zwischen Beschäftigung und Hauswirtschaft erreicht werden. Auf den Pflegestationen sind jeweils drei MitarbeiterInnen der Hauswirtschaft als Stationshilfen beschäftigt. Durch ein verstärktes Angebot hauswirtschaftlicher Tätigkeiten der Beschäftigungstherapie wurde versucht, die Stationshilfen für die Belange gerontopsychiatrisch erkrankter BewohnerInnen zu sensibilisieren und mehr in die Betreuung einzubinden.

Die Schnittstellenproblematik konnte insgesamt nachhaltig verbessert werden. Es findet ein inhaltlicher Austausch und Absprachen zwischen Beschäftigungstherapie, Pflegestationen und Hauswirtschaft statt, die Aktivitäten konnten optimaler aufeinander abgestimmt werden. Durch die erhöhte Transparenz der Arbeit der Beschäftigungstherapie (vor Ort auf Stationen) und den Austausch zwischen den MitarbeiterInnen hat sich das Wissen, das Verständnis und die Akzeptanz zwischen den verschiedenen Arbeitsfeldern erhöht.

Schnittstellenoptimierung



Projektbilanz und Perspektiven

Das Projektteam konnte eine positive Projektbilanz ziehen. Die regelmäßigen Treffen, die gemeinsamen Zielabsprachen und Reflexionsgespräche und die gute Vorbereitung der einzelnen Umsetzungsschritte wurde von den einzelnen als notwendig und hilfreich wahrgenommen. Betont wurde auch die offene und konstruktive Zusammenarbeit aller Mitarbeitergruppen.

Auch wenn die Umsetzung nicht immer reibungslos verlief und sich Schwierigkeiten (hauptsächlich aufgrund personeller Engpässe) einstellten, blieb die Motivation hoch. Insbesondere die Wertschätzung der Arbeit, die der Einrichtung immer wieder von unterschiedlichen Seiten entgegengebracht wurde (Angehörige, MitarbeiterInnen etc.), bestärkte das Team in der „Richtigkeit ihres Weges“ und ihre Ziele konsequent weiter zu verfolgen.

Die erfolgreich durchgeführte Einzelbetreuung „Pflege kreativ und aktiv“, soll in jedem Fall fortgesetzt werden. Es wird sogar angedacht, das Angebot noch weiter auszubauen.

Geplant ist, eine weitere Mitarbeiterin, die im Juni 2006 ihre Ausbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft abschließt, mit einem Stundenkontingent mit einzubeziehen.

Zum jetzigen Zeitpunkt zeichnet sich eine Veränderung der Bewohnerstruktur auf den Pflegestationen (zunehmend mobile dementiell erkrankte BewohnerInnen) ab. Es existieren bereits Überlegungen, inwieweit ein Teil des Stundenkontingents für die Einzelbetreuung zugunsten eines Gruppenangebotes (in Abstimmung mit der Beschäftigungstherapie) für ein bis zwei Wochenstunden verwendet werden soll.

Die durchgeführte Basisqualifikation für die MitarbeiterInnen wird als wichtiger Impuls gewertet. Die Beobachtung in der Praxis zeigte, dass das vermittelte Wissen noch zu wenig zur Anwendung kommt. Um dies zu gewährleisten wurde in einem gemeinsamen Reflexionstreffen beschlossen, künftig ein „Handwerkszeug“ (Hilfestellung) für den individuellen Umgang mit demenzkranken Menschen zu entwickeln. Angedacht ist eine Art Raster mit Beschreibung der einzelnen Stadien der Demenz und die daraus entstehenden Bedürfnisse, die eine Zuordnung der einzelnen BewohnerInnen erlaubt. Anhand dieses Rasters könnte die Erarbeitung des individuellen Umgangs und der Begleitung des Bewohners im Team erleichtert werden. Hierzu wird eine Arbeitsgruppe (Heimleitung, Pflegedienstleitungen, gerontopsychiatrische Fachkräfte und Fachkräfte) gegründet.

Hinsichtlich der Schnittstellenoptimierung zeigte sich, dass die geplante regelmäßige Teilnahme der MitarbeiterInnen der Beschäftigungstherapie und der Hauswirtschaft an den Übergaben und Teamgesprächen aufgrund sehr unterschiedlichen Dienstzeiten nur bedingt möglich ist. Es wird versucht, dies durch Reflexionsgespräche mit allen Schnittstellenverantwortlichen zu kompensieren.

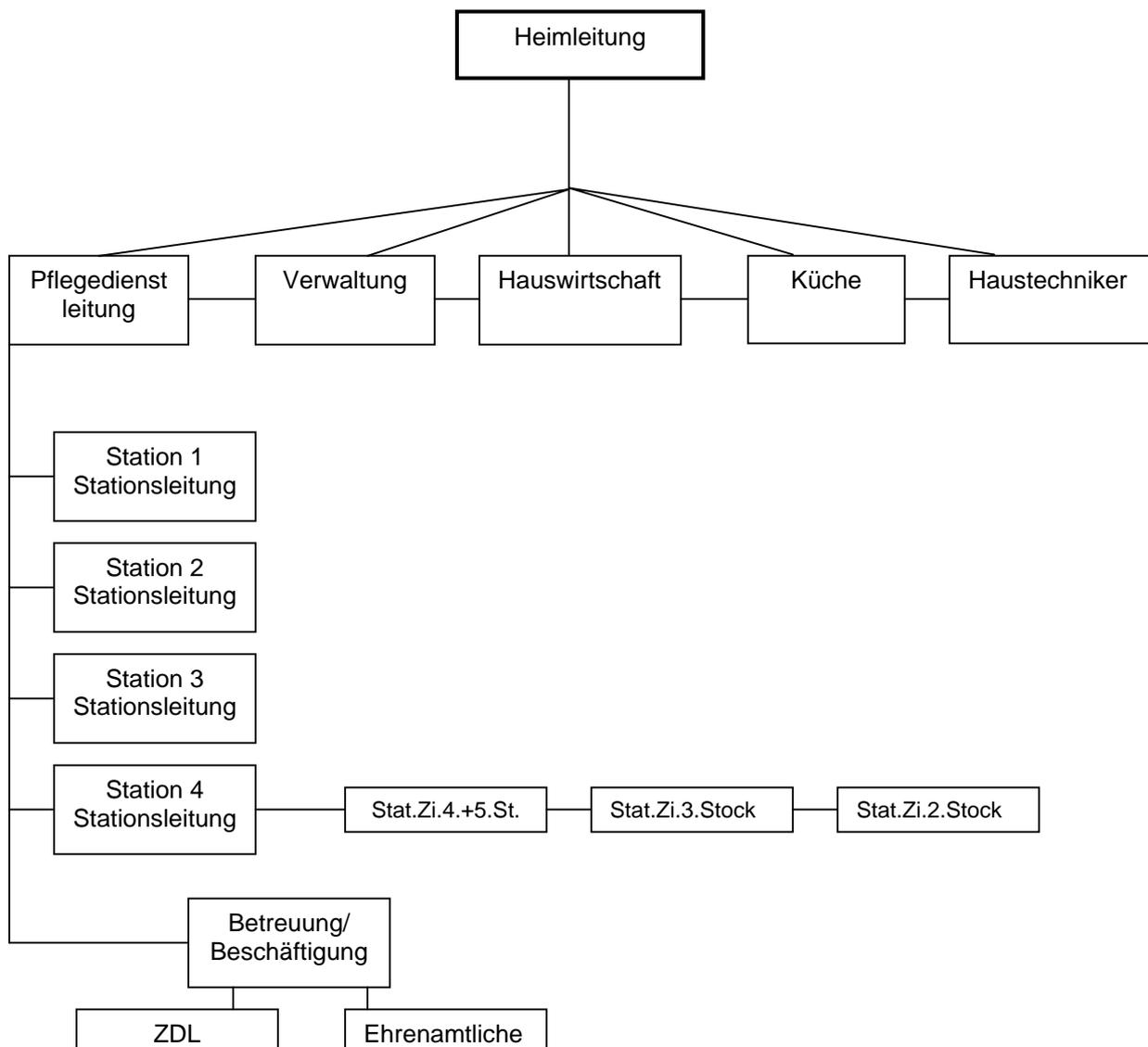
Durch die Übernahme der Heimleitung eines zweiten Hauses des Trägers wird das gerontopsychiatrische Konzept auf dieses ausgeweitet. Die Einbindung der gewonnenen Erfahrungen, die Ideen zur Weiterentwicklung und die Implementierung in dieser Einrichtung erfolgt unter Federführung einer gerontopsychiatrischen Fachkraft.

Seniorenheim „Hofberg“, Landshut

Allgemeine Daten

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Träger: | Bayerisches Rotes Kreuz |
| Baujahr: | 1971 (Erweiterung 1988) |
| Größe: | 180 Plätze |
| Einrichtungsform: | 4 Bereiche mit insgesamt 180 Plätzen und |
| Durchschnittsalter der Bewohner: | 86 Jahre |
| Anzahl demenzerkrankter Bewohner: | 40 % |
| Personalsituation: | 62 Planstellen, 59 % Fachkraftquote, 7 gerontopsychiatrische Fachkräfte (davon zwei mit Fort- und Weiterbildung) |

Organigramm:⁵



⁵ entnommen aus: Organisationsstruktur BRK Seniorenheim Landshut / Hofberg

Ausgangssituation

Das Seniorenheim „Hofberg“ stellte bereits Mitte der 90er Jahre einen veränderten Bedarf bei ihrer Bewohnerschaft fest. Man entschloss sich zunächst, eine hausinterne Tagesbetreuung für gerontopsychiatrisch erkrankte BewohnerInnen, die auf den Pflegestationen lebten anzubieten. Die zweijährige Erfahrung mit dieser Form der Betreuung machte die „Schnittstellenproblematik Tagesbetreuung/Pflegestation“ deutlich. Dies führte zu der Erkenntnis, dass einem ganzheitlichen Pflege- und Betreuungsanspruch eine Betreuung demenzerkrankter BewohnerInnen durch das Pflegeteam vor Ort, also auf der Pflegestation, mehr entsprochen werden könne. Der erneut eingeleitete Diskussionsprozess führte dazu, dass man sich entschloss, einen segregativen Ansatz zu verfolgen. Die Pflegestation im Erdgeschoss wurde als „gerontopsychiatrische offene Station“ umstrukturiert. Das hierzu entwickelte Konzept ist in der Umsetzung begriffen. Parallel dazu wird zurzeit auf einer zweiten Pflegestation dieser Ansatz weiterverfolgt.

Konzeptbausteine

Räumliche Milieugestaltung

Ziele

- Wohnliche Gestaltung des gesamten öffentlichen Stationsbereich durch verschiedene Erkennungsmerkmale einer normalen Wohnung
- Die räumliche Gestaltung soll den Bewohner/-innen Anreize vermitteln, Erinnerungen auslösen, Ruhe ermöglichen, Sicherheit geben und Angst reduzieren

Maßnahmen

- Wanddurchbruch Küche/Aufenthaltsraum
- Gestaltung des Frühstückraumes
- Umgestaltung von Flurnischen zu einem „Wohnzimmer“
- Einrichtung eines „Erinnerungsraumes“ und eines „Kinoraumes“
- Aufstellen einer Spiegelkommode
- Aufstellen eines Schreibtisches mit Schreibutensilien
- Verbesserung der Lichtverhältnisse
- Farbliche Gestaltung der Flurwände
- anregende Gestaltung der Flurwände

Qualifikation der Mitarbeiter/-innen

Ziele

- Wissenserwerb und Einstellungsveränderung bei den Mitarbeiter/-innen, um das Konzept mitzutragen und mitgestalten zu können

-

Maßnahmen

- interne gerontopsychiatrische Schulung (Basisqualifikation) von Pflegehilfskräften
- gerontopsychiatrische Zusatzausbildungen für Mitarbeiter/-innen
- Hospitationen
- Fallbesprechungen
- kontinuierliche Begleitung der Mitarbeiter/-innen („Überzeugungsarbeit“) durch Stationsleitung

Betreuung

Ziele

- Schaffung von Betreuungsangeboten innerhalb einer Tagesstruktur, die sich an den Bedürfnissen bzw. der Biografie der Bewohner/-innen orientiert
- Aufweichung eines starren Tagesablaufes, um individuelleren „privaten“ Tagesablauf für die Bewohner/-innen zu ermöglichen (Schwerpunkt: „Feierabendgestaltung“)

Maßnahmen

- Umorganisation der pflegerischen Arbeiten
- Dienstplan-Umgestaltung
- Installieren einer Betreuungsgruppe (vormittags und nachmittags)

Projektleitung: Stationsleitung (in Zusammenarbeit mit Heimleitung und Pflegedienstleitung)

Erfahrungen und Ergebnisse

Oberstes Ziel des Seniorenheims „Hofberg“ ist es, den Bewohnern ein DaHEIM zu werden. Eine grundsätzlich respektvolle und wertschätzende Haltung gegenüber den Betroffenen sollte sich zum einen im täglichen Umgang mit den BewohnerInnen und zum anderen in der räumlichen Umgebung wiederfinden. Diese zwei Aspekte bilden auch die Schwerpunkte des eingereichten Konzepts.

Das Konzept wurde bereits im Vorfeld des Landeswettbewerbs auf einer Station durch die Stationsleitung größtenteils implementiert. Durch den Wechsel der Stationsleitung auf eine andere Station sollte das Konzept (unter Einbezug der bereits gewonnenen Erfahrungen) von dieser auch dort umgesetzt werden.

Hinsichtlich der **räumlichen Milieugestaltung** sah man vor, die vorhandenen Räume des öffentlichen Stationsbereichs ohne große Umbauten und mit verhältnismäßig einfachen Mitteln kleinräumiger und mit Erkennungsmerkmalen der verschiedenen Wohneinheiten einer normalen Wohnung zu gestalten, um dadurch eine die Entspannung fördernde intimere und vertrauensvolle Atmosphäre zu erzielen. Die Ausstattung mit optischen, akustischen und taktilen Reizelementen sollte die BewohnerInnen zu spontanen Tätigkeiten anregen.

Zwischen der Stationsküche und dem Aufenthaltsraum wurde mittels eines Wanddurchbruchs eine Verbindung geschaffen die es ermöglichte, hauswirtschaftliche Tätigkeiten in die Betreuung zu integrieren. Um die langen, dunklen Flure freundlicher und ansprechender zu gestalten, erhielten die Wände einen farbigen Wandanstrich, die Beleuchtung wurde optimiert. Ein sogenannter „Jahreszeitentisch“ bietet immer wieder neue Möglichkeiten, Anreize zu schaffen. Er wird von MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen gemeinsam gestaltet. Im „Vorbeigehen“ bietet er zum dem Pflegepersonal immer wieder Anlass, mit den BewohnerInnen ins Gespräch zu kommen, zum anderen werden diese auf ihrem Weg stimuliert.

Die ursprüngliche Idee, im ehemaligen Stuhllager der Station einen Erinnerungsraum analog zur Station im Erdgeschoss einzurichten, wurde zugunsten der Schaffung eines Kinoraums aufgegeben. Die Erfahrungen mit dem Erinnerungsraum (der mit unzähligen Gegenständen – altes Spielzeug, Möbel, alte Geräte, Truhen etc. - ausgestattet ist und gemütliche Sitzgelegenheit bietet) zeigten, dass er von den Demenzkranken nicht selbständig besucht und genutzt wurde. Er muss sehr gezielt mit den BewohnerInnen aufgesucht werden, was mit einem häufig zu hohen Zeitaufwand verbunden ist. Die Gegenstände werden jedoch von den Mitarbeitern für die Betreuung genutzt, zeitweise auch gezielt zum Kaffeetrinken aufgesucht.

Der „Kinoraum“ wurde mit einer großen Leinwand (ca. 1,5 m x 1,5 m), einem großen Theatervorhang, Bildern von Filmstars, kleinen Lichtern als Deckenschmuck, einem fest eingebauten Beamer und entsprechender Bestuhlung ausgestattet. Das Kino wird insbesondere von den BewohnerInnen, aber auch von den MitarbeiterInnen und Besuchern begeistert angenommen. Es wurden unterschiedliche Filme „ausprobiert“, um Erfahrungswerte zu sammeln, welche Art von Filmen sich für die Bewohner „eignen“. Es zeigt sich, dass die Filme durchgehend einfach strukturiert und in Sequenzen unterteilt und gut verständlich sein müssen. Bewährt haben sich beispielsweise Stummfilme von Charly Chaplin. Die BewohnerInnen sitzen meist ohne Begleitung im Kinoraum (die MitarbeiterInnen schauen ab und zu vorbei). Auch unruhige BewohnerInnen verbleiben gerne im Raum und

verfolgen die Filme teilweise sehr konzentriert. Die Kino- und Gruppenatmosphäre scheint hierbei eine wichtige Rolle zu spielen.

Sowohl der Kinoraum als auch der Erinnerungsraum können von beiden Stationen genutzt werden.

Die Ausstattung der öffentlichen Bereiche mit Polstermöbeln, Regalen und Bildern und die Schaffung von „Nischen“ zum Verweilen trugen zur einer wohnlicheren Atmosphäre bei.

Auch das Stationsbad wurde ansprechend gestaltet („Wohlfühlbad“).

Insgesamt war zu beobachten, dass die räumlichen Veränderungen nicht nur eine positive Auswirkung auf die Betroffenen, sondern auch auf die MitarbeiterInnen und Angehörigen zeigten.

Das „veränderte Aussehen“ führte zu einer stärkeren Identifizierung des Pflegepersonals mit „ihrer Station“ und verstärkte den Aufforderungscharakter, die Station auch kontinuierlich als Wohnraum zu gestalten (von einem Spaziergang einen Blumenstrauß mitbringen etc.). Die wohnliche Atmosphäre trug auch zu einem motivierteren Arbeitseinsatz bei.

Die Zielgruppe der Pflegehilfskräfte wurde in den Mittelpunkt der **Mitarbeiterqualifizierung** gerückt. Die Basisschulung mit gerontopsychiatrischen Inhalten umfasste insgesamt 6 Tage und wurde in zwei Blöcken durchgeführt. Die Fortbildung wurde als Chance gesehen, „die Richtung in eine einfühlsame Pflegearbeit und ein gut zusammenarbeitendes, kollegiales, auf die Bedürfnisse der Bewohner achtendes Team einzuschlagen“. In einem weiteren Schritt sollte das erworbene Wissen in die tägliche Praxis umgesetzt bzw. nachhaltig gesichert werden.

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die „Überzeugungsarbeit“ aller MitarbeiterInnen gelegt. Ziel war es, dass alle das Konzept für die Pflege und Betreuung demenzkranker BewohnerInnen mittragen und mitgestalten sollen und können. Sogenannte „lange Übergaben“ (1 x wöchentlich für eine Stunde) wurden eingeführt, die für Fallgespräche und/oder „pflegeplanerisches“ Arbeiten genutzt werden und reflektorisches Charakter haben. Die täglichen Übergaben wurden auf 15 Minuten verkürzt, die verbleibenden 15 Minuten gezielt für Fallgespräche genutzt. Die Erfahrung zeigte, dass über den „konkreten Fall“ bessere Überzeugungsarbeit geleistet werden konnte. Die MitarbeiterInnen erlebte diese Form der Besprechung als interessanter und beteiligen sich zum großen Teil sehr intensiv. Diese hatten auch die Möglichkeit auf der Station, die schon über längere Erfahrungen in der Umsetzung des Konzepts verfügt, zu hospitieren.

Um eine „Aufweichung“ eines allzu starren Tagesablaufschemas und das Ermöglichen eines individuelleren Tagesablaufes zu erreichen, sah man vor, die „Spätdienst-Zeiten“ zugunsten

eines „verlängerten Feierabends“ für die BewohnerInnen auszuweiten (bis 22.30 Uhr). Es stellte sich jedoch heraus, dass ein Großteil der Bewohner früher zu Bett gehen wollte. Daher sah man von der zeitlichen Verschiebung ab und konzentrierte sich auf eine inhaltliche Veränderung der Feierabendgestaltung. Nach dem Abendessen findet für vitalere Bewohner ein gemütlicher Ausklang mit intimer Beleuchtung, Musik und Gespräch statt. Trotz anfänglicher Skepsis der MitarbeiterInnen gestaltete sich der Arbeitsablauf durch die Entzerrung der „Zubettgehen-Problematik“ (nicht alle BewohnerInnen können und müssen auf einmal ins Bett) insgesamt ruhiger.

Hinsichtlich tagesstrukturierender Maßnahmen wurden vormittags und nachmittags „**Betreuungsgruppen**“ installiert. Diese werden von den PflegemitarbeiterInnen im rollierenden System durchgeführt. Die jeweilige Mitarbeiterin ist von der Pflege freigestellt, wobei darauf geachtet wird, dass es sich um MitarbeiterInnen handelt, welche schwerpunktmäßige Neigungen für die Betreuung zeigen bzw. haben. Es werden unterschiedliche Angebote (hauswirtschaftliche Angebote, thematische Angebote etc.) durchgeführt.

Das Haus bietet einen sehr großen Garten mit Tiergehege. Innerhalb der zwei Jahre wurden Pflanzentröge aufgestellt, die wie ein Hochbeet bepflanzt werden können. Diese Möglichkeit wird von MitarbeiterInnen im Rahmen der Vormittags- und Nachmittagsbeschäftigung genutzt.

Die gerontopsychiatrische Fachkraft der Station wird von der Stationsleitung in die Planung und Konzeption der Betreuungsangebote miteinbezogen.

Als wesentlich in der Betreuung erachtet die Stationsleitung die sogenannten „Bienen-Dienste“, die von allen Mitarbeitern erbracht werden sollen. Darunter werden psychosoziale Angebote unterschiedlichster Art für einzelne BewohnerInnen, verteilt über den ganzen Tag, verstanden, bei denen es um „das Wahrnehmen der Person“ geht.

Für die gesamte Einrichtung ist eine Sozialpädagogin (halbtags) für Biografiearbeit zuständig und führt auf den einzelnen Stationen auch Einzelbetreuungen durch.

Die Betreuung auf dem Pflegebereich stützt sich nunmehr auf mehrere Säulen:

| |
|--------------------------------------------------------------------------|
| <p>Einzelbetreuung für Bettlägerige (Sozialpädagogin)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------|

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Betreuungsgruppe (vormittags und nachmittags) Feierabendgestaltung (PflegerarbeiterInnen)</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| |
|--------------------------------------------------------------------|
| <p>„Bienchendienste“ (Pflege- mitarbeiterInnen)</p> |
|--------------------------------------------------------------------|

Für die Betreuung bzw. Beschäftigung entwickelte die Projektleitung einen eigenen Dokumentationsbogen, um die Wirkungen auf die Bewohner zu erfassen und evaluieren zu können. Der Bogen wurde auf zwei Stationen zwei Monate getestet. Der Versuch zeigte, dass er von den Mitarbeitern noch kaum genutzt und eher als zusätzlicher Arbeitsaufwand empfunden wurde. Die Stationsleitung beschloss, das Modell „Dokumentationsbogen“ zurückzustellen und sich weiterhin auf die Implementierung der angeschobenen Veränderungen zu konzentrieren.

Grundsätzlich werden jedoch Besonderheiten etc. in der Verlaufsdocumentation dokumentiert, ebenso werden die Erfahrungen in die Pflegeplanung integriert.

Beispiel aus dem Dokumentationsbogen⁶

| Name des Bewohners / Datum/ Betreuer / Dauer der betreuenden Tätigkeit | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|-------|---------|------------|----------------|
| Situation/ betreuende Tätigkeit | körperliche Bewegung gesellschaftliche Ereignisse handwerk. Tätigkeit Zuhören/Zusehen „Bienen- dienste“ | | | | | | |
| Gesichtsaus- Ausdruck | begeistert interessiert angepasst gelangweilt traurig ängstlich mürrisch unbeteiligt ablehnend | | | | | | |
| Erinnerungen an | Kindheit | Schulzeit | Jugend | Beruf | Familie | Interessen | freier Eintrag |

Projektbilanz und Perspektiven

Das Seniorenheim „Hofberg“ konnte ebenfalls eine positive Projektbilanz ziehen. Die Stationsleitung, die für die Umsetzung verantwortlich zeichnete, wurde durch die Zusammenarbeit innerhalb der Projektgruppe durch die Heim- und Pflegedienstleitung in ihrer Arbeit unterstützt und gestärkt. Die notwendig durchzuführenden Maßnahmen erhielten dadurch unter anderem ein größeres Gewicht bei den MitarbeiterInnen. Den größeren Anteil der Implementierung der geplanten Konzeptbausteine nahm die Einstellungsänderung bei den MitarbeiterInnen und die Umsetzung der Betreuungsmaßnahmen ein. „Nicht das Materielle und die Formulare machen die Qualität der Arbeit aus (sie dokumentieren sie nur), sondern die Einstellung zum (dementen) Bewohner und das alltägliche Verhalten“. Die räumliche Umgestaltung war ohne großen Probleme durchzuführen.

⁶ entnommen aus: Dokumentationsbogen Seniorenheim „Hofberg“, Frau Zahlheimer

Die kontinuierliche Überzeugungsarbeit wird auch weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Arbeit durch die Stationsleitung sein. Ein bewährte Strategie hierzu ist ihrer Ansicht nach eine immer wiederkehrende freundliche Begründung des gewünschten Verhaltens gegenüber den KollegInnen. Gerade die Übergaben eignen sich gut dazu, sich über betreuendes Arbeiten berichten zu lassen und diese zu reflektieren. Eine wichtige Rolle spielt auch die „Vorbildfunktion“ der Leitung. Die Erfahrung zeigte auch, dass die Stationsleitung in unterschiedlichen Diensten präsent sein muss, um eine Ansprache vor Ort zu ermöglichen. Zu viele Neuerungen, so die Erfahrung, sind einer Implementierung eher hinderlich, insbesondere die Einstellungsänderung der Mitarbeiter braucht sehr viel Zeit und stellt das tragende Moment für alle weiteren Schritte dar.

Sowohl die Betreuungsgruppen als auch die Feierabendgestaltung haben sich gut etabliert. Die sogenannten „Bienchendienste“ sind nach wie vor wichtig und ausbaufähig. Die Angebote müssen immer wieder verändert und an die jeweilige Bewohnerstruktur angepasst werden.

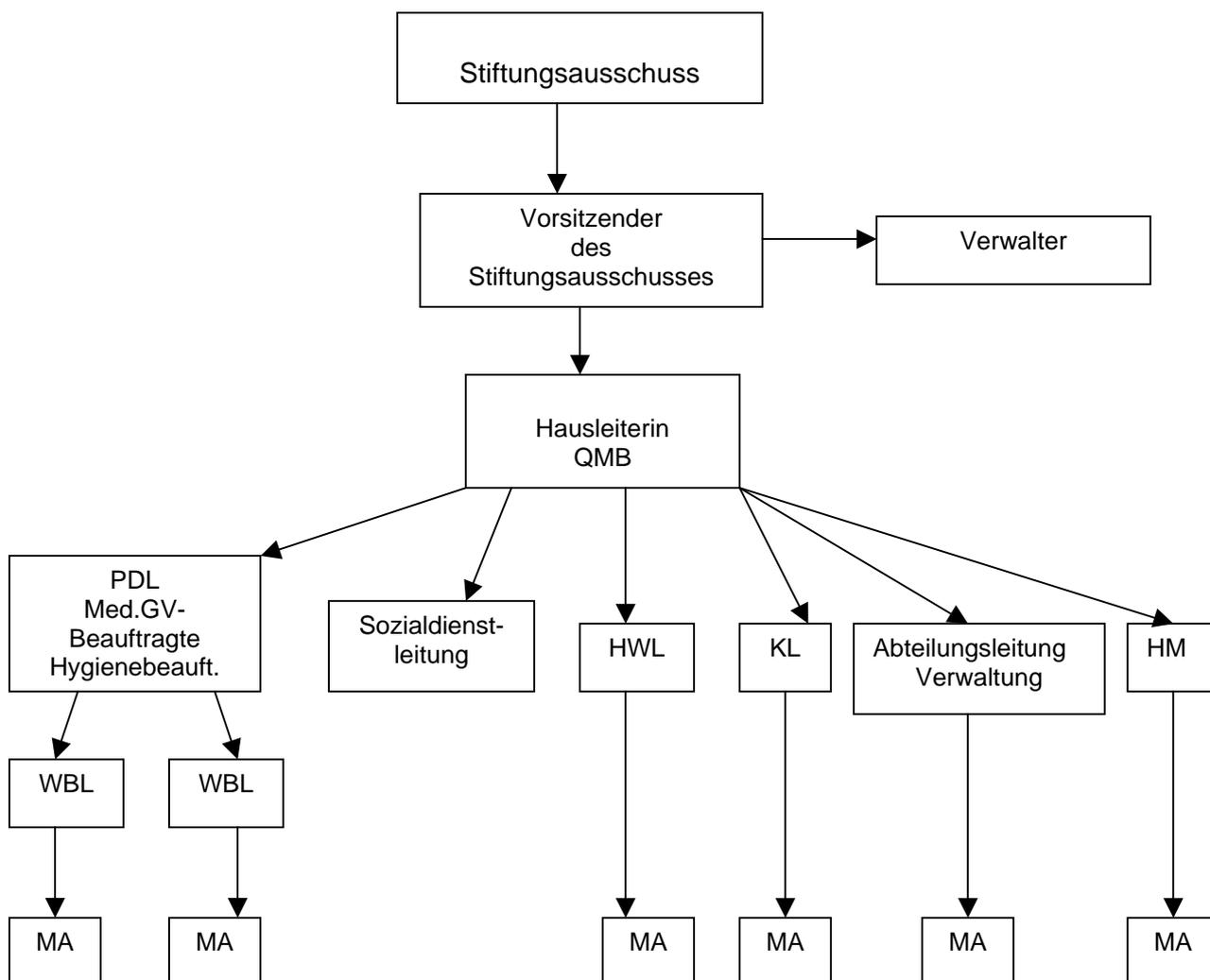
Der entwickelte Dokumentationsbogen für die Betreuung und Beschäftigung wird mittelfristig erprobt und modifiziert werden. Sollte er sich bewähren, wird in Erwägung gezogen, diesen in die vorhandene Software einbauen zu lassen.

Das Konzept soll perspektivisch auch auf einen dritten Bereich im Haus ausgeweitet werden.

Juliuspital Senioren- und Pflegeheim, Műnnerstadt

Allgemeine Daten

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Träger: | Juliuspital-Stiftung |
| Baujahr: | 1321 erste urkundliche Erwähnung 1616 Julius Echter Übernahme des Spitals 1783/84 Anbau eines Flügels 1985/87 Generalsanierung 2004/05 Neubau (teilweise Um- und Anbau) |
| Größe: | 75 Plätze |
| Einrichtungsform: | Senioren und Pflegeheim mit 2 Wohnbereiche (36 und 39 Plätze) |
| Durchschnittsalter der Bewohner: | 83 Jahre |
| Anzahl demenzerkrankter Bewohner: | 70 % |
| Personalsituation: | 26 Planstellen, 2 gerontopsychiatrische Fachkräfte |
| Organigramm ⁷ : | |



⁷ entnommen aus: Organigramm Juliuspital, Senioren- und Pflegeheim

Ausgangssituation

Auch diese Einrichtung kann schon auf einen längeren Prozess bezüglich der Anpassung und Veränderung auf die Bedürfnisse einer zunehmend gerontopsychiatrischen Bewohnerschaft zurückblicken.

Einigen Jahre wurden demenzerkrankte Menschen von einer gerontopsychiatrischen Fachkraft und mehreren MitarbeiterInnen betreut. Die Erfahrungen zeigten, dass sich große „integrative“ Gruppen ungünstig auf gerontopsychiatrisch erkrankte BewohnerInnen auswirken. Man entschloss sich daher, die Betreuung in homogeneren kleinen Gruppen durchzuführen.

Zudem entwickelte sich die Erkenntnis, dass bestimmte Angebote von den BewohnerInnen als „erzwungene Beschäftigung“ erlebt wurden, so dass die Betreuungsangebote schwerpunktmäßig auf „Alltagsnormalität“ ausgerichtet werden sollten.

Da die bauliche Situation keine Weiterentwicklung des Konzepts zuließ, entschloss sich das Senioren- und Pflegeheim Juliusspital zu einem Umbau.

Konzeptbausteine

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Baulich/räumliche Maßnahmen</p> <p>Bauabschnitt I (Erweiterungsbau)</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung von mehr Einzelzimmern mit Nasszellen - Schaffung von Wohngemeinschaftsräumen und Wohnzimmern unter Einbezug einer dementengerechter Gestaltung <p>Maßnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Maßnahmen umfassen zahlreiche Einzelmaßnahmen, die im Rahmen dieses Berichts nicht aufgeführt werden - <p>Bauabschnitt II (Sanierung Altbau)</p> <p>Ziele</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schaffung von Wohnküchen - Umgestaltung des Eingangs und Gartenbereichs - Schaffung von einem bettenbefahrbar Balkon unter Einbezug einer dementengerechten Gestaltung <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Maßnahmen umfassen zahlreiche Einzelmaßnahmen, die im Rahmen dieses Berichts nicht aufgeführt werden |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Mitarbeiterschulung

Ziele

- alle MitarbeiterInnen aus allen Bereichen des Hauses und Ehrenamtliche sollen Wissen zum Thema Demenz erwerben
- Einstellungsveränderung soll erreicht werden
- gute Voraussetzungen für einen adäquaten Umgang mit Demenzkranken sollen geschaffen werden

Maßnahmen

- Entwicklung eines vierstufigen Fortbildungskonzeptes
- Vorstellung des Konzepts bei den MitarbeiterInnen
- Abstimmung des Dienstplanes nach den jeweiligen Fortbildungen
- Evaluation der Fortbildungen

Projekt „Generationentreff“

Ziele

- besseres Verständnis und Akzeptanz zwischen den Generationen fördern
- zusätzliche Angebote bzw. Aktivitäten für BewohnerInnen schaffen
-

Maßnahmen

- Konzept erarbeiten
- Vorstellung des Konzepts in einer Schule
- Erstellen von Schulungsunterlagen für die SchülerInnen
- Planung und Durchführung eines Einführungstages
- Intensive Einführung und Einarbeitung der SchülerInnen

Betreuung (Einzel/Gruppenbetreuung)

Ziele

- sinnvolle Tageszeitgestaltung unter Berücksichtigung der Biographie bzw. individuellen Wünschen und Bedürfnissen, die sich an den normalen Alltag von Zuhause anlehnen
- Teilnahme am öffentlichen Leben
- Selbstbestimmung erhalten
- Transparenz und Einbeziehung von Angehörigen und Ehrenamtlichen
- Öffentlichkeitsarbeit

Maßnahmen

- Einführung einer festen Tagesstruktur, die sich am Alltag orientiert (z. B. Vor- und Nachbereitung der Mahlzeiten, Wäschelegen, kochen etc.)
- Einführung „Wunschfee“
- Erstellen von Monatsplänen mit geplanten Aktivitäten (Information der Angehörigen)
- Festlegung und Durchführung einer Wochenstruktur (immer wiederkehrende Aktivitäten an festen Wochentagen)
- Erstellen von Plänen für Einzelangebote
- Organisation und Durchführung von Festen
- „Ausflüge“
- Hundebesuchsdienst
- Organisation und Koordination des Personaleinsatzes (MitarbeiterInnen, HelferInnen, SchülerInnen etc.)

Projektteam: Heimleitung und Leitung des Sozialdienstes

Erfahrungen und Ergebnisse

Die baulichen Maßnahmen umfassten sowohl einen Erweiterungsbau (Bauabschnitt 1) und die Schaffung von Wohnküchen im „Altbau“ und einen bettenbefahreren Balkon, die Sanierung der Bäder und die Umgestaltung des Eingangs- und Gartenbereichs (Bauabschnitt 2). Die notwendigen Vorarbeiten und die baulichen Maßnahmen selbst werden im einzelnen nicht beschrieben.

Zu den **Baumaßnahmen** liegt ein umfangreiches Konzept vor, das den Ist-Zustand und Soll-Zustand ausführlich beschreibt.

Der Bauabschnitt 1 (Erweiterungsbau) wurde im Sommer 2004 fertiggestellt. Das Baukonzept wurde zusammen mit allen Leitungskräften erstellt. Diese waren auch bei der Bauplanung beteiligt. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass hierzu eine umfangreiche Planung und Logistik (auch bezüglich des Umzuges) unter großem Einsatz aller Beteiligten (unter Weiterführung des Arbeitsalltages) erforderlich waren. Ferner bedurfte es sehr viel Flexibilität, um auch unvorhergesehen eingetretenen Problemen gerecht zu werden. Der Einzug erfolgte im August 2004. Das insgesamt wohnliche Ambiente (unter Einbeziehung neuer Erkenntnisse der räumlichen Gestaltung, wie beispielsweise Farbkonzept, biographisch-räumliche Elemente etc.) wurde von BewohnerInnen, BesucherInnen und MitarbeiterInnen sehr gut angenommen.

Der Bauabschnitt 2 (Sanierung des Altbaus) konnte im Frühjahr 2005 fertiggestellt werden. Die umgestalteten Wohnbereiche des Altbaus wurden ebenfalls biografieorientiert gestaltet (Möblierung etc.) und riefen ebenfalls eine sehr gute Resonanz hervor. Eine zusätzliche Bereicherung stellen die neue Gartenanlage und die „sogenannte Säulenhalle“ (überdachter Bereich) dar.

Der Erweiterungsbau wurde mit einem Festakt Mitte des Jahres 2005 mit ca. 600 Gästen gebührend gefeiert.

In Zusammenarbeit mit einem Fortbildungsträger wurde ein vierstufiges **gerontopsychiatrisches Qualifizierungskonzept** erstellt. Mit diesem Konzept sollten die MitarbeiterInnen aller Bereiche des Hauses (einschließlich Ehrenamtliche, SchülerInnen, Zivildienstleistende) erreicht werden. Teil 2 und Teil 3 des Konzepts wurde auch für MitarbeiterInnen aus Einrichtungen in der Nachbarschaft geöffnet.

Vierstufiger Qualifizierungsansatz⁸

Weiterbildung Gerontopsychiatrie
Pflege (Kath. Akademie Regensburg)
(2 – 3 MitarbeiterInnen)
Teil 4

**Fortbildung Gerontopsychiatrische Pflege
für alle examinierten Pflegenden**
im Haus, geöffnet für TN aus Nachbareinrichtungen
6 Wochen Theorie und 2 Wochen Praktikum plus ergänzende Aufgaben/Regionalgruppentreffen
Teil 3

**Qualifizierungskurs für a l l e Pflegenden und für die Hauswirtschaft-/Küchen-
/VerwaltungsLeiterInnen**
im Haus, geöffnet für TN aus Nachbareinrichtungen
10 Tage-Kurse einschließlich Coaching vor Ort
Teil 2

Qualifizierungskurs für a l l e MitarbeiterInnen
(im Haus, für alle Haupt- und Ehrenamtlichen, Schüler, FSJ, ZDL...)
Basisqualifikation für alle MitarbeiterInnen (die nicht eine umfassendere Fortbildung absolvieren)
Über je 6 x ½ Tag plus Coaching-Tag vor Ort
(Teil 1)

I

Das Fortbildungskonzept wurde im Vorfeld der geplanten Schulungen den MitarbeiterInnen des Hauses vorgestellt. Darüber hinaus wurde es im Zuge einer Veranstaltung zum Thema „Gerontopsychiatrisches Arbeiten in stationären Einrichtungen“, zu der unter anderem örtliche Politiker, der Stiftungsausschuss, ortsansässige Ärzte, Ehrenamtliche, Presse, Schulleiter geladen waren, einer breiten Öffentlichkeit vorgestellt.

Alle MitarbeiterInnen erklärten sich bereit, die Hälfte der Fortbildung in ihrer Freizeit zu absolvieren. Die Heim- und Pflegedienstleitung nahmen an den Grundkursen teil, um auftretende Fragen, Unstimmigkeiten etc. vor Ort beantworten bzw. bearbeiten zu können. Bestandteil der Fortbildungsmaßnahme 1 und 2 war ein „coaching“ vor ort. Die MitarbeiterInnen bekamen eine „Hausaufgabe“ („Fallbearbeitung“) gestellt. Auf dieser Grundlage wurde gemeinsam mit dem externen Fortbildner die Pflegeplanung mit dem Team erarbeitet.

⁸ Das Qualifizierungskonzept wurde mit dem Fortbildungsträger (Caritas Würzburg, Fortbildungsbereich) in enger Verbindung mit der Leitung und dem Träger der Stiftung Juliuspital Münnerstadt entwickelt.

Im ersten Quartal 2005 waren Teil 1 und 2 der Qualifizierungsmaßnahmen abgeschlossen. Die Fortbildung Gerontopsychiatrie im Haus kam nicht zustande, so dass diese extern bei einem Fortbildungsträger besucht wird. Die Weiterbildung Gerontopsychiatrie wird von einer Mitarbeiterin (ebenfalls extern) des Hauses besucht.

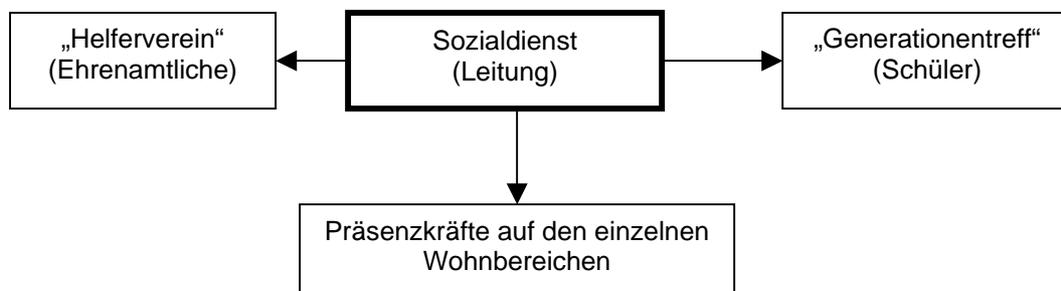
Im Anschluss an die durchgeführten Schulungen konnte eine spürbare Sensibilität der TeilnehmerInnen aus allen Bereichen zur Thematik im Praxisalltag beobachtet werden. Insgesamt rief die Fortbildung ein großes Interesse und eine positive Resonanz hervor, insbesondere die freiwilligen HelferInnen fühlten sich durch diese wertgeschätzt und ihrer Arbeit bestätigt.

Die Ausarbeitung von differenzierten Fragebögen für die MitarbeiterInnen des Hauses und die Durchführung der Befragung vor Beginn der Qualifizierung diente der IST-Standerhebung in Bezug auf Wissen und Verständnis hinsichtlich gerontopsychiatrischer Betreuung und Pflege. Auch orientierte BewohnerInnen wurden zu ihrer Wahrnehmung in Bezug auf den Umgang mit Demenzkranken (modifizierte Fragebögen) befragt. Eine weitere Befragung nach Abschluss der Qualifizierung ermöglichte einen Abgleich mit der Ist-Stand-Erhebung und eine Evaluierung der Ergebnisse.

Die Endauswertung der Fragebögen wurde den einzelnen Teams vorgestellt. Dies ermöglichte zum einen eine gemeinsame Reflexion, zum anderen kristallisierten sich weitere Themenschwerpunkte für künftige Fortbildungen heraus.

Unter Einbezug der Endauswertung wurden im Rahmen einer Steuerungsgruppe (Heimleitung, Pflegedienstleitung, Leiterin des Sozialdienstes und Wohnbereichsleitungen) weitere Maßnahmen zur Umsetzung des Konzepts besprochen und ausgearbeitet.

Die Durchführung der Betreuungsmaßnahmen wird durch ein besonderes **Personalkonzept** getragen.



Eine gerontopsychiatrische Fachkraft mit einem Stellenumfang von 100 % ist die Leitung des sogenannten „Sozialdienstes“. Sie ist für die Qualitätssicherung der gerontopsychiatrischen Arbeit im gesamten Haus zuständig und gegenüber den MitarbeiterInnen weisungsbefugt. Neben der inhaltlichen Arbeit plant und koordiniert sie die unterschiedlichen Aktivitäten bzw. Beschäftigungs- und Betreuungsangebote.

Das Team des Sozialdienstes setzt sich aus sogenannten „Präsenzkräften“ zusammen, die wiederum für die Betreuungsarbeit auf den jeweiligen Wohnbereichen zuständig sind und hierzu aus der „Pflege“ genommen werden. Ursprünglich wurden alle MitarbeiterInnen als Präsenzkräfte im rollierenden System eingesetzt mit dem Ziel, ein besseres Verständnis für die psychosoziale Betreuung zu schaffen. Aufgrund der Erfahrung, dass nicht alle Mitarbeiter dafür geeignet sind, kam man davon wieder ab und bildete einen „festen“ Stamm von Präsenzkräften.

Um die Arbeit der Präsenzkräfte besser begleiten und überprüfen zu können, wurde von der Leiterin des Sozialdienstes ein Visitenbogen „psychosoziale Pflege“ entwickelt. Die „Visiten“ werden regelmäßig von dieser bei den Präsenzkräften durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Visiten dienen als Grundlage für die Weiterentwicklung der Betreuungsarbeit.

Die MitarbeiterInnen des Sozialdienstes treffen sich regelmäßig.

Auf den Wohnbereichen finden 14tägig Fallbesprechungen („Pflegefokus“) mit der Leiterin des Sozialdienstes statt, um zu gewährleisten, dass die theoretischen Kenntnisse auch in die Praxis umgesetzt werden.

Um alle BewohnerInnen mit Betreuungsangeboten (Kleingruppen und Einzelbetreuung) zu erreichen, wurde der Personenkreis der in der Betreuung Tätigen durch die Einbeziehung von ehrenamtlichen HelferInnen erweitert.

Für die Gewinnung von Ehrenamtlichen wurde ein „**Helferverein**“ gegründet. Menschen im Gemeinwesen können sich hier engagieren, in dem sie einen Mitgliedbeitrag bezahlen (die Beträge werden als Spenden für Sachgegenstände im Haus herangezogen) und/oder sich für einen persönlichen Helfereinsatz verpflichten. Innerhalb eines Jahre konnte der Verein 100 Mitglieder gewinnen, davon sind ca. 50 HelferInnen im Einsatz. Der Ehrenamtlicheinsatz hat sich sehr gut bewährt. Die Sozialdienstleiterin ist zuständig für die Zusammenarbeit und koordiniert die Einsätze. Die Heimleitung organisiert regelmäßige „Dankeschön-Veranstaltungen“.

Zusätzlich wurde das Projekt „**Generationentreff**“ ins Leben gerufen, um Einzelbetreuungen erweitern zu können. Hierzu kontaktierte man ein ortsansässiges Gymnasium, das sich bereit erklärte, an dem Projekt teilzunehmen. Für das Projekt wurde ein spezielles Einarbeitskonzept entwickelt. Es konnten 12 SchülerInnen für regelmäßige Einsätze gewonnen werden. Diese bekommen eine kleine finanzielle Aufwandsentschädigung. In den angebotenen Sprechstunden von der Leiterin des Sozialdienstes haben die SchülerInnen die Möglichkeit eines regelmäßigen Austausches.

Angedacht war, die SchülerInnen in der Hauptsache für Spaziergänge mit einzelnen BewohnerInnen einzusetzen. Es stellte sich heraus, dass hierzu sehr viel Anleitung von Seiten der MitarbeiterInnen notwendig war. Zum einen ließen sich die BewohnerInnen von MitarbeiterInnen eher für Spaziergänge motivieren, zum anderen war es für die SchülerInnen zum Teil schwierig, diesem Auftrag nachzukommen. Nach einjährigem Bestehen des „Generationentreffs“ konnte jedoch eine positive Bilanz gezogen werden. Das Engagement der Jugendlichen wuchs mit zunehmender Vertrautheit mit ihrem Aufgabenfeld. Die SchülerInnen profitierten nach eigenen Aussagen für ihre eigene Lebenserfahrung, für die BewohnerInnen stellten die Jugendlichen häufig ein „Fenster nach draußen“ dar.

Auch durch die Einführung eines „Hundebesuchsdienstes“ konnte das Betreuungsspektrum erweitert werden. Die Dame mit Hund (die über den Verein „Tiere helfen Menschen“ – Würzburg) vermittelt wurde, besucht die Einrichtung regelmäßig, unternimmt mittlerweile auch Spaziergänge und bietet Einzelbetreuungen für bettlägerige, schwer mobilisierbare BewohnerInnen an.

Vormittags werden in der Hauptsache Gruppenaktivitäten (integrative Gruppen) mit dem Schwerpunkt „Hauswirtschaft“ durchgeführt. Dreimal wöchentlich wird von der Gruppe eine Variante des Mittagessens gemeinsam gekocht, die restlichen Tage stehen unter dem Zeichen weiterer hauswirtschaftlicher Aktivitäten (z. B. Wäschelegen). Die Gruppenangebote wurden auf den Nachmittag ausgeweitet.

Einzelangebote bzw. –betreuungen finden vormittags und nachmittags statt.

In der Einrichtung wurde die sogenannte „Wunschfee“ (Zimmerservice) eingeführt. Diese ist zuständig für schwerstpflegebedürftige Bewohner, die ihr Zimmer nicht mehr verlassen können. Es findet eine gezielte Gestaltung der Mahlzeiten (Frühstück und Abendessen) unter Berücksichtigung individueller Essenswünsche statt. Hierzu werden sogenannte Buffetwägen (die nach eigenem Entwurf gebaut wurden) eingesetzt. Diese ermöglichen auch eine Erweiterung der Essensauswahl für andere BewohnerInnen und stehen den ganzen Tag in den öffentlichen Räumen zur Verfügung. Die „Wunschfee“ ist auch für Einzelbetreuung der Schwerstpflegebedürftigen zuständig.

Um den Bewohnerbedürfnissen besser gerecht werden zu können, wurde die Dienstplangestaltung verändert. Durch den vermehrten Einsatz von Teilzeitkräften können die Früh- und Spätdienste variabler bzw. flexibler gestaltet werden.

Die Leiterin des Sozialdienstes ist in der Hauptsache für die Planung und Durchführung der Angebote zuständig. Sie erstellt sowohl Monats als auch Wochenpläne für die geplanten Gruppen- und Einzelangebote. Beide Pläne nennen eine unterschiedliche Auswahl von Angeboten (Legende), aus denen die Präsenzkräfte auswählen können. Die durchgeführten, aber auch verweigten Maßnahmen werden für jeden einzelnen Bewohner dokumentiert. Zum einen behält die Leiterin des Sozialdienstes im Überblick, inwieweit jeder Bewohner regelmäßig eingebunden ist, zum anderen stellt die Auswahl eine „Hilfestellung“ für die Präsenzkräfte dar.

Im Dokumentationssystem wird die Verlaufsdokumentation integriert, die Auswertungen werden in die Pflegeplanung miteinbezogen.

Projektbilanz und Perspektiven

Auch das Juliusspital kann auf eine positive Projektbilanz zurückblicken. Durch die umfangreichen Baumaßnahmen floss nicht nur sehr viel Energie in die Aufrechterhaltung des laufenden Betriebs, auch die Begleitung der BewohnerInnen bei der Umstellung und

Eingewöhnung an die neuen Strukturen und die Eingliederung neuer MitarbeiterInnen in das bestehende Team erforderte viel Kraft.

Die gegenseitige Unterstützung in der Projektgruppe wurde von den Beteiligten als sehr hilfreich erlebt. Die regelmäßigen Gespräche halfen, die Veränderungen zu analysieren, zu reflektieren und die laufenden Maßnahmen zu etablieren.

Die Erfahrung zeigte, dass Angehörige zum Teil Schwierigkeiten mit dem neuen Konzept und die damit verbundenen Veränderungen hatten. Dies wurde versucht durch Einzelgespräche aufzufangen. Im nachhinein wurde klar, dass möglicherweise eine Informationsveranstaltung für Angehörige hätte stattfinden müssen, um mehr Transparenz zu schaffen.

Andererseits wurden die Angehörigen auf die Fortbildungsmaßnahmen aufmerksam und meldeten eigenen Bedarf an. Es ist nun vorgesehen, eine Schulung für Angehörige zum Thema Demenz anzubieten.

Die Präsenzkkräfte werden mittlerweile an sieben Tagen pro Woche eingeteilt und durch eine zweite Präsenzkraft am Nachmittag verstärkt, so dass in den Wohnbereichen schwerstdelemente BewohnerInnen besser betreut werden können.

Der Generationentreff hat sich sehr gut etabliert. Für das neue Schuljahr haben sich bereits 18 SchülerInnen angemeldet, von den „alten SchülerInnen, die aufgrund des Abiturs ausschieden, kommen manche nach wie vor zur Betreuung in die Einrichtung. Auch die Lehrerschaft unterstützt das Projekt aktiv und bindet es in den Unterricht ein.

Längerfristiges Ziel des Sozialdienstes ist es, die Betreuung auf den einzelnen Wohnbereichen in Eigenverantwortlichkeit zu etablieren. Mittelfristig soll auf jeden Wohnbereich eine gerontopsychiatrische Fachkraft eingestellt werden. Die PflegemitarbeiterInnen sollen noch stärker in die Betreuung miteingebunden werden.

Die aufgetretenen Schnittstellenprobleme zwischen Pflege und Küche wurde durch Hinzuziehung eines externen Fachberater verbessert.

Perspektivisch soll ein weiterer Ausbau der Gruppen- und Einzelbetreuung und die Optimierung einer entsprechenden Dokumentation stattfinden. Ferner ist geplant, eine Küchenhilfe auf den jeweiligen Wohnbereichen einzubinden.

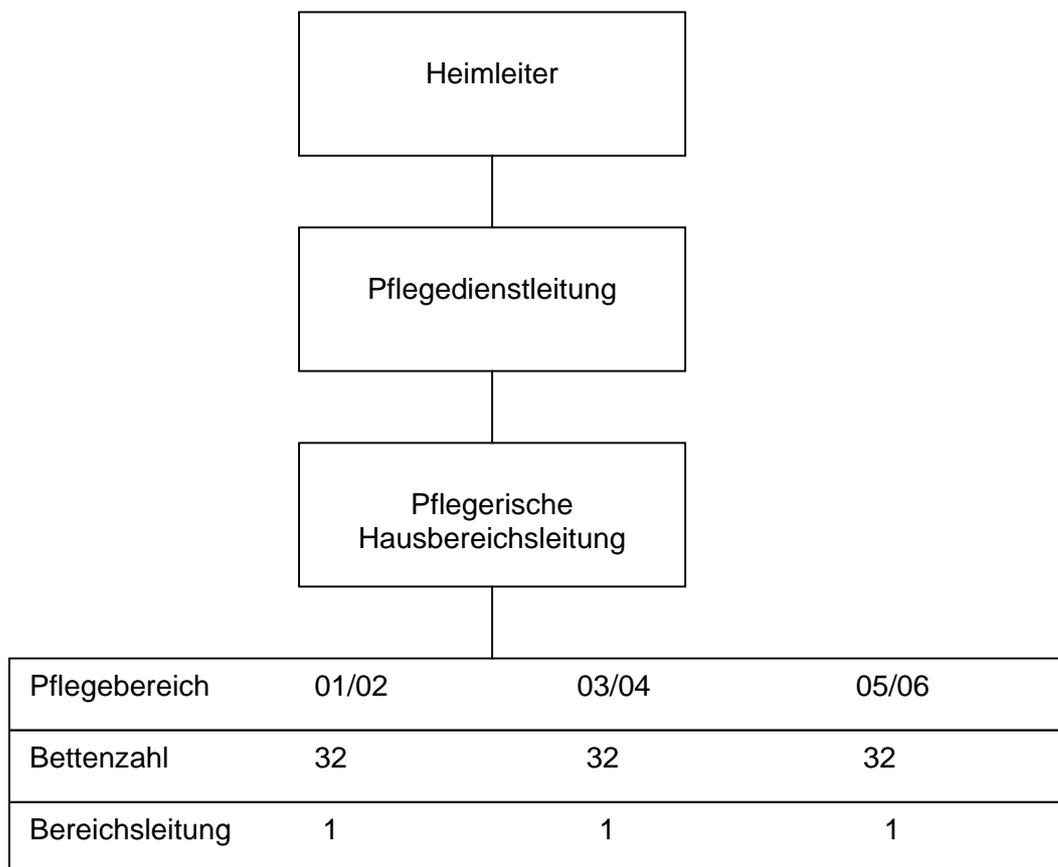
Weitere Schulungsmaßnahmen (z. B. Fortbildungs-Vertiefungstag für bereits geschulte MitarbeiterInnen) sind ebenfalls in Planung.

Im Zuge der Umsetzung des Konzepts entwickelte sich die Idee, ein Demenzzentrum (eine zentrale Anlaufstelle für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen) für die Region zu schaffen und im Juliusspital anzubinden. Dieses Projekt konnte im Rahmen einer Modellförderung im Januar 2006 starten.

Senioren-Wohnanlage St. Johannis, Nürnberg

Allgemeine Daten

| | |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Träger: | NürnbergStift |
| Baujahr: | 1948 / Sanierungen 1972 - 1991 |
| Größe: | 232 Plätze |
| Einrichtungsform: | Wohnbereich (136 Plätze) und 3 Pflegestationen (mit jeweils 32 Plätzen) |
| Durchschnittsalter der Bewohner: | Mitte 80 |
| Anzahl der demenzerkrankten Bewohner: | ca. 50 % in den Pflegebereichen |
| Personalsituation: | 38 Planstellen, 60 % Fachkraftquote, eine gerontopsychiatrische Fachkraft |
| Organigramm ⁹ : | |



⁹ entnommen aus: Organigramm Senioren-Wohnanlage St. Johannis

Ausgangssituation

Auch das Nürnbergstift erkannte im Hinblick auf die Zunahme gerontopsychiatrisch veränderter HeimbewohnerInnen die Notwendigkeit, differenzierte Betreuungsangebote zu schaffen, um deren Lebensqualität zu erhöhen. Die Erfahrung bzw. Erkenntnis, dass die veränderte Bewohnerstruktur eine Anpassung, Erweiterung und Veränderung von Angeboten und Kompetenzen erforderlich macht, war Ausgangspunkt des Konzepts. In der Seniorenwohnanlage St. Johannis sollte zum einen eine grundlegende Umorientierung eines Pflegebereichs bezüglich Tagesstrukturierung und Anpassung des Pflegeverständnisses an den Bedürfnissen von psychisch veränderten Bewohnern erfolgen, zum anderen wurde hinsichtlich der Notwendigkeit eines ärztlich-medizinischen Angebotes eine Kooperation und Vernetzung mit dem Klinikum Nürnberg angestrebt.

Konzeptbausteine

Kooperation einer stationären Altenpflegeabteilung mit der gerontopsychiatrisch ausgerichteten Fachabteilung (Institutsambulanz) des Klinikums Nürnberg

Ziele

- Reduzierung von Krankenhauseinweisungen
- Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Arzt und Pflegeteam und fachlicher Austausch
- Optimierung der Betreuungssituation im Falle von notwendigen Krankenhauseinweisungen
- Entbürokratisierung des Informationstransfers
- Mögliche Vorurteile zwischen Krankenpflege und Altenpflege abbauen
- Wissenschaftliche Evaluation der Ergebnisse der Betreuungsgruppe

Maßnahmen

- ärztlich-medizinische Betreuung der Bewohner/-innen vorort
- Regelmäßige Visiten eines Arztes der Institutsambulanz in der stationären Alteneinrichtung
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen vor Ort
- Gegenseitige Hospitationen der MitarbeiterInnen Pflegestation/Gerontopsychiatrische Station Klinikum
- Einsetzen von Instrumenten und Evaluierung

Grundlegende Umorientierung eines Pflegebereichs bezüglich Tagesstrukturierung und Anpassung des Pflegeverständnisses an Bedürfnisse von psychisch veränderten alten Menschen in der stationären Altenpflege

Tagesstrukturierung

Ziele

- Vermittlung von Sicherheit und Schaffung zusätzlicher Betreuungsmöglichkeiten für die Beteiligten (Bewohner/Innen, MitarbeiterInnen, Angehörige etc.)
- Erhaltung der geistigen Aktivität beim alten Menschen

Maßnahmen

- Einführung eines Gruppenangebots (vormittags) für gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner/-innen auf der Station
- Einführung eines offenen Gruppenangebotes, die für nicht gerontopsychiatrisch erkrankte BewohnerInnen geöffnet wird
- Verstärkter Einsatz von verschiedenen Professionen für unterschiedliche Angebote
- Entwicklung einer speziellen Dokumentation

Räumliche Milieugestaltung

Ziele

- Anpassung des räumlichen Milieus an die Bedürfnisse gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen (Gleichgewicht von stimulierenden und beruhigenden Elementen)
-

Maßnahmen

- Einrichtung einer „Wohnküche“
- Gestaltung des Aufenthalts- und Speiseraums unter biographischen Aspekten
- Einsatz von Orientierungshilfen

Einstellung und Verhalten der MitarbeiterInnen:

Ziele

- eine Orientierung an einem Pflegeverständnis, welches den Ansprüchen der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen gerecht wird, soll initiiert und gefördert werden

Maßnahmen

- gezielte Fortbildung der Pflegefach- und hilfskräfte
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen vor Ort (siehe Kooperation Klinikum)
- Gegenseitige Hospitationen (siehe Kooperation Klinikum)

Projektleitung: Qualitätsbeauftragte (in Zusammenarbeit mit HL, PDL, Hausbereichsleitung, Bereichsleitung und gerontopsychiatrischer Fachkraft und Mitarbeiter der Institutsambulanz)

Erfahrungen und Ergebnisse

Die Schaffung von besseren Rahmenbedingungen für gerontopsychiatrisch erkrankte BewohnerInnen sollte bei diesem Konzept einerseits durch eine Kooperation mit der gerontopsychiatrisch ausgerichteten Fachabteilung (Institutsambulanz) des Klinikums Nürnberg und eine grundlegende Umorientierung eines Pflegebereichs erreicht werden. Idee war es, durch die Bündelung der Angebote beider Institutionen und den Ausbau der Vernetzung die Versorgung und Betreuung der Betroffenen nachhaltig zu verbessern.

Die Pflegebereiche im Senioren-Wohnanlage St. Johannis verfolgen grundsätzlich einen integrierten Ansatz. Aus den Erfahrungen heraus entwickelte sich jedoch die Erkenntnis, dass insbesondere gerontopsychiatrisch „auffällige“ BewohnerInnen (verstärkte Unruhe, Rückzug, Aggression, problematisches Essverhalten) tagesstrukturierende Maßnahmen benötigen. Da der Ansatz der integrierten Versorgung beibehalten werden sollte, entschloss man sich, eine **Betreuungsgruppe** auf einem Pflegebereich zu installieren.

In dieser Gruppe werden zwischen acht und zwölf BewohnerInnen täglich zwischen 8.00 und 13.00 (ausgenommen Wochenende) betreut. Die angebotenen Aktivitäten orientieren sich an dem „Normalitätsprinzip“ (Vorbereitung des Mittagessens, Einkauf, Blumenpflege etc.). Das Mittagessen wird gemeinsam in der Gruppe eingenommen. Durch den erfolgten Umbau der Wohnküche konnten die Vorteile des räumlichen Milieus in die Betreuung miteinbezogen werden.

Eine gerontopsychiatrische Fachkraft führte die Gruppe anfänglich in alleiniger Verantwortung durch. Um die Kontinuität der Durchführung der Gruppe zu gewährleisten, wird diese mittlerweile bei Krankheits- oder Urlaubszeit von einer Fachkraft des Pflegebereichs übernommen. Im Laufe des Projektzeitraums konnte eine ehrenamtliche Mitarbeiterin gewonnen werden, welche die Leitung der Betreuungsgruppe an einem Wochentag unterstützt (und nachmittags Einzelbetreuung anbietet).

Die psychosoziale Betreuung der o.g. Gruppe erfuhr eine Erweiterung durch das Anlegen und gemeinsame Bepflanzen zweier **Hochbeete**. Dieses Teilprojekt wurde im Rahmen einer Diplomarbeit (Evangelische Fachhochschule, Fachbereich Sozialpädagogik) in der Betreuungsgruppe durchgeführt und evaluiert. Die Auswertung kam zu sehr positiven Ergebnissen hinsichtlich der Wirkung auf die Bewohnerinnen:¹⁰

- Beitrag zur Tagesstrukturierung für die Bewohnerinnen
- Aktive Mitgestaltung des Alltags der Bewohnerinnen
- Beitrag zur Erhaltung der größtmöglichen Selbständigkeit

¹⁰ Frau Thäter: „Evaluation für das Projekt: Bau und Anlegen von zwei Hochbeeten für demenziell erkrankte BewohnerInnen der Senioren-Wohnanlage St. Johannes“

- Erleben von Wertschätzung und Anerkennung für die Bewohnerinnen
- Positive Erinnerungen an den eigenen Garten durch das Hochbeet wurden geweckt
- Aktivierung der Sinne und Förderung der Wahrnehmung
- Mobilisierung der Bewohnerinnen
- Förderung der Kommunikation und der Sozialkontakte
- Förderung des Gemeinschaftserlebnisses
- Verschönerung des Wohn- und Lebensraums für die Bewohnerinnen

Die Weiterführung nach Ablauf des Projekts erfolgte durch die gerontopsychiatrische Fachkraft der Betreuungsgruppe.

Längerfristiges Ziel war es, alle MitarbeiterInnen der Station in die Durchführung der Betreuungsgruppe einzubinden und die Erfahrungen aus der Gruppe in die „alltägliche Pflege“ zu transferieren.

Durch die Bereichsleitung, als „Patin des Projekts“, sollte die Motivation der MitarbeiterInnen und das Verständnis und Bewusstsein für die Wichtigkeit eines an den Bedürfnissen der dementiell erkrankten BewohnerInnen orientierten Umgangs und der konsequenten Durchführung und einheitlichen Dokumentation geweckt werden. Anfänglich existierten zum Teil noch „diffuse Ängste“ und wenig Interesse an der geplanten Veränderung. Das Projekt wurde eher als „Sache der gerontopsychiatrischen Fachkraft“ angesehen.

Durch regelmäßige Fallgespräche, Hospitationen in der Gruppe, Teamgespräche und Fortbildungen (zu unterschiedlichen relevanten Themen) konnte eine zunehmende Akzeptanz gegenüber dem Projekt hergestellt, die Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für die Belange dieser Bewohnergruppe erhöht und Sicherheit im Umgang geschaffen werden.

Um die psychosozialen Belange der TeilnehmerInnen der Betreuungsgruppe besser zu erfassen und eine klare Informationsweitergabe zwischen den MitarbeiterInnen zu erreichen, wurde ein spezieller **Dokumentationsbogen** entwickelt.

Der Bogen umfasst die sogenannte „Aufnahmedokumentation Betreuungsgruppe“, in dem der Grund der Aufnahme in die Gruppe, biografische Ereignisse, Ersteindruck des Bewohners während des Gesprächs, allgemeine Zielformulierung und Maßnahmen und wichtige Bezugspersonen festgehalten werden. Der zweite Teil der Dokumentation dient als Beobachtungsgrundlage. Er beinhaltet verschiedene Kategorien (Gefühle/Emotionen; Psychomotorik; Kognitionen; Orientierung; Kontaktfähigkeit und Sonstiges), welche

wiederum in dazugehörige Unterpunkte unterteilt sind. Die Punkte können angekreuzt werden. Ferner bietet er noch Platz für weitere Bemerkungen.

Beispiel aus dem Dokumentationsbogen¹¹:

| | Mo | Di | Mi | Do | Fr | Sa | So |
|------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Kontaktfähigkeit | | | | | | | |
| ungestört | | | | | | | |
| lässt passiv Kontakt zu | | | | | | | |
| sucht verbalen Kontakt | | | | | | | |
| sucht körperlichen Kontakt | | | | | | | |
| Kontakt vorwiegend zu extrovertierten Personen | | | | | | | |
| Kontakt vorwiegend zu introvertierten Personen | | | | | | | |
| Kontakt vorwiegend zu Stofftieren oder Puppen | | | | | | | |
| Kontakt vorwiegend zu Tieren | | | | | | | |
| Willenlosigkeit | | | | | | | |

Die tägliche Dokumentation wird von der „Leiterin“ der Gruppe wöchentlich ausgewertet, eine Zusammenfassung der Ergebnisse in das allgemeine Dokumentationssystem des Pflegebereichs integriert. Durch diese Informationsweitergabe kann eine stärkere Einbeziehung der individuellen Ressourcen der Bewohner in der täglichen Pflege erreicht werden.

Um eine „Ghettoisierung“ der dementiell erkrankten BewohnerInnen der Gruppe auf dem Pflegebereich zu vermeiden und eine Entschärfung der „Problematik“, die sich aus dem Zusammenleben immer wieder ergeben, herbeizuführen, wurde gezielt eine „**offene Gruppe**“ für alle BewohnerInnen eingeführt. Sie findet einmal die Woche nachmittags statt, die Angebote richten sich nach den Bedürfnissen der Bewohner.

Dieses Angebot wurde von den geistig rüstigen BewohnerInnen gut angenommen. Es trägt zu einem besseren Verständnis für die dementiell Erkrankten bei und negative Einstellungen gegenüber dieser Personengruppe können eher vermieden werden.

Mit dem **Klinikum Nürnberg** wurde ein **Kooperationsvertrag** geschlossen. Von Seiten der Institutsambulanz sollte der Einsatz psychologischer Fachkompetenz (Einzelgespräche mit den Bewohnern, Prüfverfahren, Evaluation) und die ärztlich medizinische Betreuung vor Ort (diagnostische und therapeutische Möglichkeiten) zur Verfügung gestellt werden.

¹¹ entnommen aus Dokumentation Projekt Gerontopsychiatrie, NürnbergStift

Die 14tägigen Visiten (mit sich daran anschließenden Fallgesprächen) auf der Pflegestation durch den Arzt der Institutsambulanz sind mittlerweile fester Bestandteil. Nach einem anfänglichen und notwendigen „Findungsprozess“ erfolgte zunehmend ein gemeinsamer Austausch über die Entwicklung und den aktuellen Stand der BewohnerInnen (auf der Grundlage des Dokumentationsbogens) in der Betreuungsgruppe und das Ableiten von gemeinsamen Zielen und weiteren Strategien für die individuellere Pflegeplanung und den entsprechenden Möglichkeiten im gerontopsychiatrischen „Feld“. Die gemeinsamen Visiten entwickelten sich zu einem partnerschaftlichem „Miteinander“ und einem „voneinander“ Lernen. Durch die Fallgespräche stieg die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Projekt. Die Mitarbeiter haben zusätzlich die Möglichkeit, bei Problemsituationen außerhalb der Visitenzeiten den Arzt telefonisch zu kontaktieren. Wenn erforderlich, führt der Arzt auch einen Besuch vor ort durch.

Ferner führten die Mitarbeiter der Institutsambulanz Fortbildungen für die MitarbeiterInnen durch.

Die ärztlich-medizinische Begleitung der Institutsambulanz sah auch eine Kooperation mit den jeweiligen Hausärzten und niedergelassenen Nervenärzten vor. Dies war nur bedingt möglich. Als mögliche Ursache hierfür wurde das zum Teil eingeschränkte Interesse von Seiten der niedergelassenen Ärzte, zum Teil eine eventuell nicht ausreichende schriftliche und mündliche Informationsweitergabe von beiden Seiten gesehen.

Ein weiteres Ziel war die Vernetzung mit der im Sommer 2003 eröffneten Station mit dem Schwerpunkt „Gerontopsychiatrie“ des Klinikums Nürnberg Nord.

Für den Fall eines unvermeidbaren, notwendigen stationären Aufenthalts eines Bewohners sollte eine Verlegung direkt auf diese Station erfolgen.

Von Seiten der Institutsambulanz wurde für das Projekt auch die psychologische Fachkompetenz zur Verfügung gestellt. Neben Einzelgesprächen mit BewohnerInnen wurden im Rahmen dieses Angebotes psychologische Tests mit den TeilnehmerInnen der Betreuungsgruppe (gerontopsychiatrische Gruppe) durchgeführt. Ziel war es, die Wirkungen dieses Betreuungsangebotes zu evaluieren bzw. wissenschaftlich auszuwerten. Mittels zweier psychologische Testverfahren wurde in einem ersten Durchlauf der „Ist-Stand“ der TeilnehmerInnen erhoben. In einem zeitlich angemessenen Abstand erfolgte ein zweiter Durchlauf, der Aufschluss darüber geben sollte, inwieweit das gezielte Angebot Auswirkungen auf die Beteiligten habe. Die Auswertung ergab keine wesentlichen signifikanten Unterschiede bzw. Veränderungen der Leistungsfähigkeit hinsichtlich der erfassten Bereiche.

Das Ergebnis führte zu einer Diskussion, inwieweit die eingesetzten Instrumente überhaupt dazu geeignet sind, Auswirkungen und Veränderungen im Verlauf abzubilden. Es bildete sich eine Arbeitsgruppe (Klinikum Nürnberg und Johannis-Stift), die es sich zum Ziel setzte, ein „eigenes“ Evaluationsinstrument zu entwickeln. Einerseits sollte dieses Instrument für die MitarbeiterInnen „handhabbar“ sein, andererseits sollte es geeignet sein, den Verlauf des jeweiligen Bewohners im Überblick (sowohl positive Veränderungen als auch Problembereiche) gut herzustellen. Nach einem Austausch und Diskussion in der Arbeitsgruppe über verschiedene Ansätze und Ideen, wurde auf Grundlage der bestehenden Pflegeanamnesen der Evaluationsbogen entwickelt.

Dieser ermöglicht es, den Schweregrad und Verlauf von Beeinträchtigungen in vier Funktionsbereichen (kognitive Fähigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, Sozialverhalten und Alltagskompetenz) mit dazugehörigen Unterpunkten zu erfassen. Bei der Erstbeurteilung wird der Schweregrad der vorhandenen Beeinträchtigungen auf einer Skala beurteilt. Um ein Veränderungsprofil erstellen zu können, wird im monatlichen Rhythmus das Ausmaß der Veränderungen an der Erstbeurteilung gemessen, in einer daneben stehenden Verlaufsbeurteilung eingetragen und nach einem halben Jahr ausgewertet.

Beispiel: Verlaufsbeurteilung Sozialverhalten (Kommunikation)¹²

| Schweregrad der Beeinträchtigung | Verlauf | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| extrem schwer | sehr viel besser | | | | | | |
| schwer | viel besser | | | | | | |
| deutlich | weniger besser | | | | | | |
| mäßig | unverändert | | | | | | |
| leicht | etwas schlechter | | | | | | |
| grenzwertig | viel schlechter | | | | | | |
| überhaupt nicht | sehr viel schlechter | | | | | | |
| Datum | ----- Datum | ----- Datum | ----- Datum | ----- Datum | ----- Datum | ----- Datum | ----- Datum |

¹² entnommen aus dem entwickelten Evaluationsbogen

Die Dokumentationsbögen befinden sich noch in einer Testphase. Insofern können noch keine Aussagen über Tauglichkeit und Ergebnisse der Evaluation getroffen werden.

Projektbilanz und Perspektiven

Beide Kooperationspartner konnten eine positive Projektbilanz ziehen. Die gemeinsam erarbeiteten Zielsetzungen, der offene Diskussionsumgang, die interdisziplinäre Situationsanalyse und die laufende Reflexion der Umsetzungsschritte trugen nach Einschätzung der Projektpartner wesentlich zum Gelingen bei. Wichtig war es auch, auftretende Probleme offen anzugehen und gemeinsam mit den Beteiligten aktiv aufzubereiten und zu diskutieren. Die Einblicke in die unterschiedlichen Strukturen förderten das gegenseitige Verständnis und die Kooperation. Die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen den Mitarbeitern der Institutsambulanz des Klinikums Nürnberg und den MitarbeiterInnen der Senioren-Wohnanlage St. Johannis gestaltete sich insgesamt partnerschaftlich und unbürokratisch.

Aus Sicht der Institutsambulanz haben sich die regelmäßigen Visiten, die ständige Erreichbarkeit, die Fallbesprechungen und die psychologischen Testuntersuchungen als wichtige Strategien bewährt. Falls realisierbar, würden sich die Mitarbeiter feste Zuordnungen einer Pflegeperson für die Visite und eine gemeinsame Visite bei den einzelnen BewohnerInnen wünschen.

Längerfristig wird hinsichtlich der Visiten angedacht, die Zeiträume zwischen den Treffen zu verlängern (von einem vierzehntägigen hin zu einem monatlichen Rhythmus) und inhaltlich eine grundsätzliche Prioritätensetzung von sogenannten „Problemfällen“ zu erreichen.

Der entwickelte Evaluationsbogen wird auf zwei Pflegebereichen erprobt und nach einem halben Jahr ausgewertet. Sollte sich dieses Instrument bewähren, wird in Erwägung gezogen, diesen Bogen zu standardisieren.

Für die Zukunft ist auch eine stärkere Einbeziehung von ehrenamtlichen Besuchsdiensten (z. B. für die Unterstützung der „offenen Gruppe“) geplant.

Die geplanten gegenseitigen Hospitationen (Seniorenheim und Gerontopsychiatrische Station Klinikum Nürnberg) konnten noch nicht im gewünschten Umfang realisiert werden, sollen aber mit Nachdruck zeitnah erfolgen.

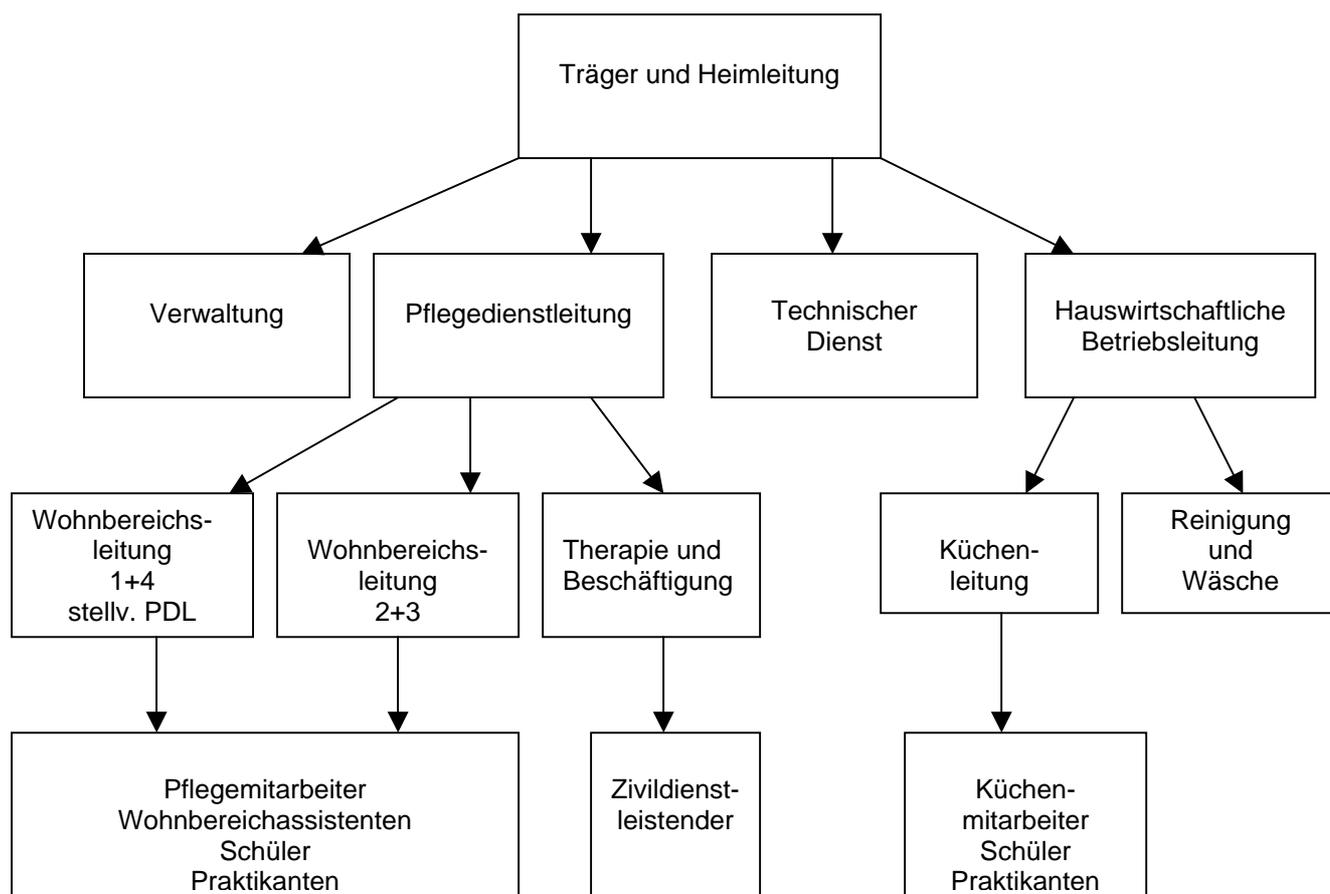
Die Erkenntnisse und Ergebnisse des Projekts sollen zukünftig auch auf andere Pflegebereiche übertragen werden.

Haus der Pflege Kitzingerland, Kitzingen

Allgemeine Daten

| | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Träger: | Helmut Witt |
| Baujahr: | 2001 |
| Größe: | 79 Plätze |
| Einrichtungsform: | 3 Pflegestationen (à 21 Plätze) 1 beschützter Wohnbereich (16 Plätze) |
| Durchschnittsalter der Bewohner: | 84 Jahre |
| Anzahl demenzerkrankter Bewohner: | ca. 60 % |
| Personalsituation: | 34,51 Planstellen, 59 % Fachkraftquote, 4 gerontopsychiatrische Fachkräfte (1 Mitarbeiterin Fort- und Weiterbildung, 3 Mitarbeiterinnen Fortbildung) |

Organigramm¹³:



¹³ entnommen aus: Organigramm Haus der Pflege Kitzingerland

Ausgangssituation

Das Haus der Pflege Kitzingerland gliederte sich in drei Pflegestationen und einen beschützenden Bereich. Die praktischen Erfahrungen mit den zwei bestehenden Versorgungsformen zeigten, dass sich die Situation auf der beschützenden Station aufgrund der homogenen Bewohnerstruktur sehr gut entwickelte, das Zusammenleben von somatisch erkrankten orientierten und gerontopsychiatrisch erkrankten BewohnerInnen auf den Pflegestationen hingegen zu vielen Konflikten führte. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen besser gerecht werden zu können, entwickelte die Einrichtung das Konzept „Behüteter Wohnbereich“ als dritte Versorgungsform, die zum einen die Lebenswelt dementiell erkrankter BewohnerInnen bereichern und zum anderen die Lebensqualität orientierter BewohnerInnen steigern sollte. Das Haus verpflichtet sich dem Grundsatz: „So viel Integration wie möglich, so viel Separation wie nötig.“

Konzeptbausteine

Baulich/räumliche Maßnahmen

Ziele

- Raumkonzeptionelle Veränderungen und Ausstattung für den „behüteten Wohnbereich“ entsprechend den Bedürfnissen demenzkranker BewohnerInnen
-

Maßnahmen

- die baulichen Einzelmaßnahmen werden in diesem Rahmen nicht aufgeführt

MitarbeiterInnen

Ziele

- Akzeptanz und Einsicht für die Vorteile der neuen Betreuungsform erreichen
- Qualifizierung der MitarbeiterInnen
- motivierte Mitarbeiter
- eindeutige Aufbau- und Ablauforganisation
-

Maßnahmen

- Präsentation des neuen Konzepts
- Erstellung und Durchführung eines Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepts
- Stellenbeschreibungen und Anforderungsprofil für MitarbeiterInnen erarbeiten
- Suche nach geeigneten Mitarbeitern (intern und extern)
- Qualitätssichernde Maßnahmen durchführen

Angehörige

Ziele

- Akzeptanz und Einsicht für die Vorteile des Konzepts erreichen
- Angehörige sollen gut informiert sein
- Angehörige sollen Nutzen für die Bewohner erkennen
- Zustimmung und aktive Unterstützung bei hausinternen Verlegungen
-

Maßnahmen

- Angehörigenabend zur Konzeptpräsentation und Diskussion
- Feststellung des Verlegungsbedarfs und gemeinsame Entscheidungsfindung durch Einzelgespräche
- Regelmäßige Information über den Fortgang

BewohnerInnen

Ziele

- Akzeptanz und Einsicht für die Vorteile des Konzepts bei orientierten BewohnerInnen erreichen
- BewohnerInnen sollen gut informiert sein
- BewohnerInnen sollen persönlichen Nutzen erkennen und Veränderungen tolerieren

Maßnahmen

- Präsentation des Konzepts mit Diskussion und Einzelberatung
- Gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich Verlegungsbedarf in Einzelberatung
- Regelmäßige Informationen über den Fortgang
- Verlegung und Begleitung der Eingewöhnungsphase

Pflege- und Betreuungskonzept

Ziele

- eine möglichst homogene Bewohnerstruktur auf allen Wohnbereichen soll erreicht werden
- Steigerung der Pflege- und Betreuungsqualität und somit Förderung der Lebensqualität aller BewohnerInnen
- Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit und –motivation
- Verstärktes Engagement und intensive Zusammenarbeit mit Angehörigen
-

Maßnahmen

- Entwicklung von Aufnahmeprofilen für die unterschiedlichen Wohnbereiche
- Erstellung von Pflege-, Förderungs-, Beschäftigungs- und Therapiekonzepten
- Entwicklung eines Einarbeitungskonzepts
- Entwicklung eines Angehörigenkonzepts

Projektteam: Heimleitung und Pflegedienstleitung (gemeinsam mit externer Beraterin)

Erfahrungen und Ergebnisse

Durch Beobachtungen und Erfahrungen im Pflegealltag auf den offenen Wohnbereichen wurde immer deutlicher, dass das Zusammenleben von orientierten, somatisch erkrankten und demenzerkrankten Bewohnern mit Problemen und Schwierigkeiten für beide Bewohnergruppen verbunden ist. Diese Beobachtungen wurden auch in den regelmäßig durchgeführten Bewohner- und Angehörigenbefragungen artikuliert und bestätigt. Als Konsequenz auf oben genannte Problemstellung wurde ein neues Konzept entwickelt, das ein abgestuftes Versorgungssystem innerhalb der Einrichtung vorsah. Zum einen sollten in Zukunft in den offenen Wohnbereichen nur noch BewohnerInnen mit keinen bzw. geringen dementiellen Auffälligkeiten aufgenommen werden, zum anderen ein offener Wohnbereich zum „behüteten Wohnbereich“ für ausschließlich Menschen mit dementiellen Veränderungen umstrukturiert werden. Zielgruppe des behüteten Wohnbereichs sollten Bewohner mit mittel bis stark gerontopsychiatrischen Veränderungen, „Verhaltensauffälligkeiten“, leichten Weglauftendenzen und ohne selbst- und fremdgefährdendes Verhalten sein. Geleitet war die Schaffung dieses neuen Wohnbereichs von der Annahme, dass durch die Homogenisierung der Gruppe ein gezielteres Eingehen auf die Bedürfnisse durch abgestimmte Pflege-, Förderungs-, Therapie- und Beschäftigungsmöglichkeiten möglich sei.

Durch die Vorhaltung abgestufter, durchgängiger und flexibler Versorgungsangebote innerhalb des Hauses und die geplante Durchlässigkeit zwischen den unterschiedlichen Bereichen (integrative Inanspruchnahme aller Angebote) sollte jeder Bewohner gemäß seinen Bedürfnisse und Möglichkeiten leben können.

In einem ersten Schritt wurde das neue Konzept „Behüteter Wohnbereich“ auf Informationsveranstaltungen sowohl allen MitarbeiterInnen des Hauses als auch den orientierten BewohnerInnen und den Angehörigen und/oder gesetzlichen BetreuerInnen vorgestellt und diskutiert.

Die vorrangige Herausforderung im ersten Jahr bestand in der sukzessiven Umwandlung eines Pflegebereichs in den behüteten Wohnbereich und stand ganz unter dem Zeichen der notwendigen Vorarbeiten.

Um eine Homogenität der Bewohnerschaft für den neuen Bereich zu erreichen, wurde – gemeinsam mit der fachärztlichen Betreuung durch eine Neurologin des Hauses – eine **Statuserhebung** zur Früherkennung von Demenzen und ein **Anforderungsprofil** entwickelt. Diese sollten in erster Linie als Entscheidungshilfe bzw. Argumentationsgrundlage für eine Verlegung bzw. Umzug auf den behüteten Wohnbereich dienen.

Die Staturerhebung (angelehnt an den Mini-Mental-Status-Test und die Cohen-Mansfield-Skala) wird mittels eines Punktesystems ausgewertet und gibt Auskunft über den Ist-Stand dementieller Veränderungen bei den BewohnerInnen. Das Anforderungsprofil bezieht sich auf die aktuelle Erfassung des Verhaltens, den Einsatz von Psychopharmaka und freiheitsentziehende Maßnahmen und unterliegt in der Auswertung ebenfalls einem Punktesystem.

Beispiel „Anforderungsprofil“¹⁴

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Der Bewohner erkennt <i>sein persönliches Eigentum</i> und <i>kann Fremdes unterscheiden</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anmerkung: (z.B. Bew. stöbert in den Nachtkästchen/Schränken von Mitbewohnern, zieht Kleidung von Mitbewohnern an etc.) |
| | ja immer je 4 P. | meistens je 3 P. | häufig nicht je 2 P. | nie je 1 P. | |

Die Erhebungen wurden im Rahmen der Pflegevisiten durch die Wohnbereichsleitungen (mit vorhergehender Schulung) durchgeführt. Über die ermittelten Ergebnisse wurden die Mitarbeiterinnen der Teams informiert, das Anforderungsprofil zusammen ergänzt und komplettiert. Besonderen Wert legte man auf eine weitgehende wertfreie Einschätzung der einzelnen BewohnerInnen.

In Einzelgesprächen wurden den Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer die Erhebungsinstrumente vorgestellt und über die Ergebnisse informiert. Daran schloss sich eine gemeinsame Diskussion über einen Verlegungsbedarf an, auf einen gemeinsame Entscheidungsfindung wurde großer Wert gelegt. Durch die gute und differenzierte Information war es den Angehörigen möglich, den zu erwartenden Nutzen für die betroffenen Angehörigen erkennen, die Diskussion über eine Verlegung konnte im großen und ganzen emotionsfreier geführt werden. Die intensive Einbindung der Angehörigen in den Entscheidungsprozess und das „in die Verantwortung genommen werden“ war für manche Angehörige anfänglich zwar ungewohnt, wurde jedoch im weiteren Verlauf sehr geschätzt.

Auch mit der orientierten Bewohnerschaft mussten hinsichtlich eines geplanten Umzugs gesprochen werden. Grundsätzlich konnte festgestellt werden, dass Angehörige von desorientierten Bewohnern – im Gegensatz zu geistig rüstigen BewohnerInnen - einer Verlegung leichter zustimmen konnten.

¹⁴ Auszug aus „Entscheidungshilfe zur Auswahl der BewohnerInnen des behüteten Wohnbereichs“, Haus der Pflege Kitzingerland

Insgesamt gestaltete sich sowohl die Ist-Stand-Erhebung bei der Bewohnerschaft als auch die Feststellung des Verlegungsbedarfs und die gemeinsamen Entscheidungsfindung als sehr zeitintensiv und –aufwendig, konnte jedoch am Ende des Jahres 2004 abgeschlossen werden.

Im zweiten Jahr begannen die Verlegungen und die Begleitung der Eingewöhnungsphase. Die Belegung des „Behüteten Wohnbereichs“ erfolgt fast ausschließlich durch interne Umzüge. Drei orientierte BewohnerInnen konnten für sich keine positive Veränderung für ihre Lebensqualität durch einen Umzug entdecken und wohnen weiterhin auf diesem Bereich.

Die beiden Erhebungsinstrumente haben sich auch als Auswahlhilfe für neue Interessenten als hilfreich bewährt. Die Anfragen können gezielter beantwortet und das Angebot optimal präsentiert werden.

Zur Regelüberprüfung bzw. zur Verlaufsermittlung werden die Instrumente alle 6 Monate erneut eingesetzt. Darüber kann beispielsweise überprüft werden, inwieweit sich „Verhaltensauffälligkeiten“ oder vorhandene Weglauftendenzen reduzieren oder inwieweit sich eine Änderung des Psychopharmakaverbrauchs ergibt.

Auf der **MitarbeiterEbene** stand im ersten Jahr die Auswahl geeigneter MitarbeiterInnen (interne und externe Rekrutierung) im Vordergrund. Es wurden hierzu Anforderungsprofile erstellt, die gemeinsam erarbeitet und formuliert wurden. Intern sollten nur MitarbeiterInnen ausgewählt werden, die sich freiwillig für die Mitarbeit auf dem behüteten Wohnbereich entscheiden.

Für die Wohnbereichsleitung wollte man ein „Modell“ erproben. Angedacht war, für diese Funktion eine gerontopsychiatrische Fachkraft einzustellen, deren Aufgabenbereich in der Hauptsache die Leitungsaufgaben (Organisation, Pflegevisiten) und die Beschäftigung und Betreuung der Bewohnerschaft (sowohl eigene Angebote als auch die gerontopsychiatrisch-fachliche kontinuierliche Begleitung der PflegemitarbeiterInnen) umfassen sollte. Hierzu war eine 80% Freistellung von der „Pflege“ angedacht. Für diese Stelle wurde ebenfalls ein Anforderungsprofil erstellt.

Im ersten Quartal 2005 hatten sich alle MitarbeiterInnen entschieden und wurden wunschgemäß eingesetzt, die Stelle der Wohnbereichsleitung konnte mit einer gerontopsychiatrischen Fachkraft besetzt.

Um die MitarbeiterInnen für die Bedürfnisse und Einschränkungen der gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner zu sensibilisieren und den Transfer von der vorwiegend somatisch

orientierten hin zu einer gerontopsychiatrisch orientierten Pflege und Betreuung zu gewährleisten, lag ein weiterer Schwerpunkt auf der **Qualifizierung der Mitarbeiter**. Es wurde ein eigenes Schulungsprogramm im Bausteinsystem konzipiert. Die Inhouse-Schulungen zu unterschiedlichen Themenbereichen (Grundlagen Gerontopsychiatrie, Kommunikation mit dementen Menschen, Biografiearbeit, u.v.m.) wurden in der Hauptsache von externen Referenten durchgeführt. Da die MitarbeiterInnen durch die sehr umfangreichen Fortbildungsangeboten und auch Erwartungen zum Teil überfordert waren, entschloss man sich, den Fokus im zweiten Jahr auf die Vertiefung und Begleitung im Praxisalltag zu legen. Für die MitarbeiterInnen des behüteten Wohnbereichs fanden Fallbesprechungen mit einer externen Referentin (drei Termine à 2 Stunden) statt. Die Fallgespräche erwiesen sich hier als sehr hilfreich. Das erworbene Wissen aus den Fortbildungen konnte hier angewandt, die erarbeiteten Ergebnisse aus den Fallgesprächen in die Pflegeplanungen integriert und durch die gerontopsychiatrische Fachkraft hinsichtlich der Umsetzung begleitet und „kontrolliert“ werden.

Für eine Mitarbeiterin wurde im Jahr 2005 die Weiterbildung zur gerontopsychiatrischen Fachkraft finanziert.

Die PflegemitarbeiterInnen übernehmen mittlerweile auch Beschäftigungsaufgaben (10-Minuten-Aktivierung, der ebenfalls eine zweitägige Schulung voranging). Diese werden vormittags und nachmittags (jeweils für eine halbe Stunde) im rollierenden System durchgeführt.

Die Maßnahmen werden von der Gerontopsychiatrischen Fachkraft und von einer Mitarbeiterin der Beschäftigungstherapie begleitet. Da sich herausstellte, dass die Mitarbeiter auch thematische Anleitung hinsichtlich der Angebote benötigten, wurde eine Art Handlungsleitfaden erstellt, der unterschiedliche Themenbereiche (hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Thema „Krieg“ etc.) umfasst und worauf alle schnell zurückgreifen können.

Insgesamt konnte bei den MitarbeiterInnen im Rückblick festgestellt werden, dass sich der Spezialisierungsgedanke, die Pflege- und Betreuungsqualität, ein verstärktes Engagement und eine intensivere Zusammenarbeit mit den Angehörigen entwickelte.

Auf der **baulich/räumlichen Ebene** waren sowohl Umbauten, die Gartengestaltung und raumkonzeptionelle Änderungen geplant. Die nachträgliche Montage zweier Balkone in den oberen Wohnbereichen führte sichtlich zu einer Steigerung der Lebensqualität der dort lebenden orientierten BewohnerInnen.

Der Gartenbereich schließt sich an den behüteten Wohnbereich (im EG) an. Das Projekt „Garten“ wurde als Diplomarbeit („dementengerechter Garten“) an die Fachhochschule Weihenstephan vergeben, welche im Februar 2005 abgeschlossen wurde. Die Erkenntnisse konnten in die Planung einbezogen und in der Umsetzung berücksichtigt werden.

Vertraute Bruchsteinmauern und Wege wurden angelegt, auf einer ersten Terrassenetage Gemüse gepflanzt, auf einer 2. Terrassenetage Pflanzen („Duft- und Sinnesgarten“). Ferner gibt es sogenannte „Erinnerungsecken“ (z. B. landwirtschaftliche Geräte), Sitznischen und entsprechende Beschattungsmöglichkeiten.

Die Türen zum behüteten Wohnbereich im Erdgeschoss sind einem automatisch bedienbaren Türöffner mit großem Tastenfeld versehen, um auch RollstuhlfahrerInnen ein barrierefreies Verlassen des Wohnbereichs zu ermöglichen. Die Flucht- und Eingangstüren sollten als solche nicht so wahrgenommen werden (um Weglauftendenzen vorzubeugen) und wurden deshalb mit Klarglasfüllung versehen, die Bereiche geringer beleuchtet. Durch das neue Lichtkonzept im Flurbereich konnten tageslichtähnliche Verhältnisse erreicht werden, um Missdeutungen und Schattenbildungen zu vermeiden. Dies wirkt sich auf die Stimmung der Bewohner nachweislich positiv aus.

Im öffentlichen Bereich sorgen ferner Begegnungsecken (u.a. Eckbank und Tisch – auch für Kleingruppenarbeit, eine „Laube“, eine Holzbank) für eine gemütliche und anregende Atmosphäre.

Ein Bestandteil des Konzepts „Behüteter Wohnbereich“ war die Erreichung eines besseren Personalschlüssels (analog des beschützten Wohnbereichs) über die Pflegesatzverhandlung mit dem zuständigen Bezirk.

Projektbilanz und Perspektiven

Auch das Projektteam in Kitzingen konnte eine positive Projektbilanz ziehen. Insbesondere die klar strukturierte Vorgehensweise mit definierter Zielsetzung, die Einbindung aller am Pflegeprozess Beteiligten, die umfangreichen Informationsveranstaltungen und die wertschätzenden Beurteilungsbögen haben nach eigener Einschätzung wesentlich zur erfolgreichen Umsetzung des Konzepts beigetragen. Für das Projektteam erwies sich das externe coaching und Supervision als hilfreich, insbesondere zur Überwindung schwieriger Phasen.

Die Homogenität der Bewohnerschaft auf dem behüteten Bereich konnte fast vollständig hergestellt werden. An die Erfahrung mit einer paranoiden Bewohnerin, die „fast die ganze Gruppe sprengte“, schloss sich die Überlegung an, inwieweit die Aufnahmekriterien noch

eindeutiger formuliert bzw. die Zielgruppe noch enger definiert werden muss. Da zurzeit auch zwei bis drei Bewohner den behüteten Wohnbereich immer wieder verlassen, wird über die Anschaffung eines Dementenweglaufschutzes diskutiert. In Zukunft soll bereits vor einer Aufnahme ein neurologisches Gutachten vorliegen.

Angestrebt wird auch eine Optimierung der fachärztlichen Betreuung (verkürzte Abstände zwischen den einzelnen Visiten).

Das Pflege-, Förderungs- und Therapiekonzept für den „behüteten Wohnbereich“ wird mit der gerontopsychiatrischen Fachkraft gemeinsam erarbeitet und schriftlich fixiert.

Das Modell „gerontopsychiatrische Fachkraft als Wohnbereichsleitung“ erwies sich nicht als zielführend. Es scheint schwierig zu sein, gerontopsychiatrische und Leitungskompetenzen in einer Person zu finden. Mittlerweile wird versucht, die Verantwortung zu teilen: Eine Wohnbereichsleitung, welche die entsprechenden Aufgaben wahrnimmt und die gerontopsychiatrische Fachkraft, die sozusagen „übergeordnet“ (8.30 Uhr bis 16.30 Uhr) arbeitet und ausschließlich für die gerontopsychiatrischen Belange des behüteten Wohnbereichs verantwortlich zeichnet.

Die Anforderungsprofile wurden sowohl für den gerontopsychiatrischen als auch den Beschäftigungsbereich und werden als Anlage dem Arbeitsvertrag beigelegt.

Die Qualifizierung wird auch in Zukunft ein Schwerpunkt sein. Um die Fortbildungen inhaltlich noch gezielter gestalten zu können, wurde eine Mitarbeiter-Frageaktion hinsichtlich Fortbildungswünsche durchgeführt. Vorrangig wurden hier die Themen „Persönlichkeitsentwicklung“ und „Psychosoziale Betreuung“ genannt. Aufgrund der positiven Erfahrungen mit der Durchführung von Fallgesprächen mit einer externen Referentin, sollen diese weitergeführt werden.

Hinsichtlich der Finanzierung der (kostenaufwendigen) Fortbildungen möchte die Heimleitung einen „Profi-Table“ (Bildungsoffensive von Pflegeheimen in privater Trägerschaft) ins Leben rufen. Durch ein gemeinsames Angebot von Inhouse-Schulungen könnten die Maßnahmen kostengünstiger gestaltet werden.

Der Garten wird von den Mitarbeitern als Ressource noch nicht ausreichend genutzt. Hier müssen die Mitarbeiter noch mehr motiviert bzw. angeleitet werden. Von den Angehörigen wird er schon sehr gut angenommen. Die regelmäßige Gartenpflege wird von bezahlten Mitarbeitern geleistet.

Die Bemühungen, über die Pflegesatzverhandlungen einen verbesserten Personalschlüssel für den behüteten Wohnbereich zu erreichen, führten noch zu keiner Entscheidung.

Die Sicht der Angehörigen und der Mitarbeiter

Eine wissenschaftliche Erhebung war im Rahmen des Aufgabenbereiches der fachlichen Begleitung nicht vorgesehen. Trotzdem erschien es wichtig, ein Stimmungsbild hinsichtlich der Wirkungen der eingeleiteten Veränderungsprozesse (zumindest ausschnittsweise) einzufangen und die Qualität der Konzeptbausteine aus Sicht der Angehörigen und MitarbeiterInnen zu erfassen.

Hierzu wurde eine schriftliche Umfrage durchgeführt. Da aufgrund der krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der kognitiven Leistungen die BewohnerInnen nicht miteinbezogen werden konnten, bezogen sich die Fragen auch auf die beobachteten und erlebten Wirkungen bei den betroffenen BewohnerInnen.

Die Teilnahme an der Umfrage beruhte auf dem Prinzip der Freiwilligkeit.

Die Sicht der MitarbeiterInnen

Die befragten MitarbeiterInnen aller Einrichtungen waren (gemessen an einer abgestuften Skala von sehr zufrieden bis sehr unzufrieden) sehr zufrieden bis zufrieden mit der Umsetzung des jeweiligen Konzepts. Ohne Ausnahme haben sich nach Ansicht der Befragten sowohl die jeweilig räumlich, baulichen Veränderungen als auch die Gruppen- bzw. Betreuungsangebote (sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht) bewährt.

Befragt nach den Wirkungen auf die BewohnerInnen durch die Veränderungsmaßnahmen wurde vorrangig beobachtet, dass diese ruhiger und ausgeglichener, entspannter und zufriedener seien. Aufgefallen ist den befragten MitarbeiterInnen auch, dass BewohnerInnen durch die verschiedenen Angebote weniger teilnahmslos, sondern wacher und körperlich aktiver waren, was zum Teil eine erhöhte Selbständigkeit nach sich zog. Teilweise wurde auch die Reduzierung von Psychopharmaka, die Verringerung von vorhandenen „Weglauftendenzen“ und eine verbesserte Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf die konzeptionellen Veränderungen zurückgeführt und als eine „Verbesserung der Lebensqualität“ für die Betroffenen gewertet.

Befragt nach positiven Veränderungen durch die Umsetzung des Konzepts für die eigene Arbeit beziehungsweise für den Umgang mit demenzkranken Menschen wurden bevorzugt

die Erleichterung in der Grundpflege durch eine „bessere Kooperation“ bzw. „höhere Akzeptanz“ seitens der BewohnerInnen genannt. Die Einbindung der Demenzkranken in die Betreuungsangebote bzw. –gruppen wird als entlastend erlebt und trägt zu einer ruhigeren Arbeitsatmosphäre in der Pflege bei. Eine indirekte Entlastung stellt für einen Teil der MitarbeiterInnen das Wissen dar, dass die Betroffenen gut betreut sind und man kein „schlechtes Gewissen“ haben muss. Viele Mitarbeiter schildern, dass sich aufgrund des verbesserten Verständnisses (hauptsächlich durch Fortbildungen) der Kontakt zu den demenzkranken BewohnerInnen intensiviert habe und die damit verbundenen Erfolgserlebnisse sich in der Arbeit motivierend auswirken bzw. insgesamt mehr Abwechslung in und Freude an der Arbeit erlebt wird.

Erschwerend für die eigene Arbeit wird in der Hauptsache der Zeitfaktor genannt. Zum einen bezieht sich dies auf einen erhöhten Zeitaufwand für Fortbildungen und Betreuung bzw. umgekehrt zu wenig Zeit, um Betreuungsangebote einhalten und durchführen und „Beschäftigung und Pflege unter einen Hut“ bringen zu können. Des öfteren wird auch beobachtet, dass Gruppenteilnehmer in den „gruppenfreien“ Zeiten unruhiger und verwirrter erlebt werden, was wiederum als belastender Faktor für die Mitarbeiter empfunden wird.

Ein Teil der Angehörigen, so die Erfahrungen der Mitarbeiter, äußern sich ihnen gegenüber positiv über die Veränderungen. Sie werden als zufriedener erlebt, weil sie den betroffenen Angehörigen „beschäftigt“ und eingebunden wissen, zeigen sich offener und interessierter, suchen öfter das Gespräch, verstehen Pflegemaßnahmen besser und wirken unterstützend mit.

Hilfreich bei der Umsetzung des Konzepts werden durchgängig interne Fortbildungsmaßnahmen, Team- und Fallgespräche und Gespräche bzw. Hilfe durch gerontopsychiatrische Fachkräfte und/oder qualifizierte Kollegen gewertet.

Die Wünsche und Anregungen in Bezug auf die Pflege und Betreuung demenzkranker Bewohner umfassen in der Hauptsache mehr Zeit und Personal. Neben sehr expliziten, hausbezogenen Wünschen werden mehrfach ein „Nachtcafe für demenzkranke Bewohner“ und eine intensivere Betreuung auch für orientierte Bewohner genannt.

Die Sicht der Angehörigen

Auch die befragten Angehörigen äußerten sich (bis auf zwei Ausnahmen mit „unentschieden“) zufrieden bis sehr zufrieden mit der Betreuungs- und Pflegequalität. Als explizit positiv bewertet wurden sowohl die baulich/räumlichen Veränderungen als auch die

intensivere Betreuung bzw. Beschäftigungsangebote. Die Angehörigen erleben sichtbar positive Auswirkungen auf die betroffenen Angehörigen. Aussagen wie „mein Angehöriger wirkt ruhiger und entspannter“, „die Mutter lebt auf“, „mein Angehöriger spricht mehr“, „mein Angehöriger ist aktiver“, „mein Angehöriger fühlt sich wohl“, „mein Angehöriger ist zufrieden“, „mein Angehöriger fühlt sich geborgen und zuhause“ geben das Erleben der meisten Angehörigen wieder.

Der Großteil der befragten Angehörigen gibt an, dass das Wissen um eine gute Betreuung und die beobachteten sichtbaren Wirkungen auf die betroffenen Angehörigen zur eigenen Gelassenheit, Entspannung und Beruhigung des „schlechten Gewissens“ beitrage. Auch die räumliche Gestaltung hat – nach eigenen Aussagen – einen positiven Effekt. Für einen Teil der Angehörigen spielt dies für das eigene Wohlbefinden bei den Besuchen eine nicht unerhebliche Rolle.

Befragt nach Wünschen wird vereinzelt ein besseres Miteinander von Pflegepersonal und Bewohner, mehr Geld und mehr Personal angegeben.

Der überwiegende Teil der befragten Angehörigen ist voll des Lobes, nachstehend werden auszugsweise einige Beispiele aufgeführt:

„Pflege und Betreuung ist perfekt“, „ich möchte mich für die gute Betreuung bedanken“, „die Schaffung von Betreuungsgruppen sollte in jeder Einrichtung selbstverständlich sein“, „es bleiben keine Wünsche offen“, „das Konzept ist sehr gut“, „das Gespräch mit uns wird gesucht“, „mein Angehöriger ist zufrieden und das zählt“, „ich überlege selbst, ob ich in dieses Heim mit den fürsorglichen Pfleger/-innen gehe“ oder „dickes Lob“.

Zusammenfassende Auswertung und Diskussion

Zusammenfassend lässt sich zunächst festhalten, dass in allen Einrichtungen die Veränderungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen eingeleitet und mit großem Engagement, fachlicher Kompetenz und Innovation an der Implementierung der Konzepte gearbeitet wurde. Die Prozesse wurden als kontinuierliche Lernprozesse verstanden. Dies zeigte sich unter anderem in der Reflexionsbereitschaft und in der Offenheit, fachlichen Rat anzunehmen. Festhalten lässt sich auch, dass sich die Konzepte auf je spezifische Weise bewährt haben und sich die Situation für die BewohnerInnen sicht- und spürbar (wie auch die Aussagen der Angehörigen und MitarbeiterInnen bestätigen) verbessert hat.

Es zeigte sich, dass zwei Jahre durchaus eine realistische Größe hinsichtlich einer erfolgreichen Implementierung von Konzeptbausteinen darstellen. Der Prozess kann jedoch nicht als abgeschlossen betrachtet werden. Es ist weiterhin erforderlich, bereits gewonnene Erfahrungen kontinuierlich auszuwerten, zu modifizieren und offen für Neues zu bleiben, um die Konzepte weiter zu entwickeln und zu optimieren.

Die Erfahrungen der fünf vorgestellten Einrichtungen hinsichtlich des Veränderungs- und Verbesserungsbedarfs in der Versorgung demenzkranker Menschen zeigen exemplarisch die Problembereiche auf, mit denen sich die bestehenden Einrichtungen der stationären Altenhilfe aufgrund der Zunahme des Anteils dieser Bewohnergruppe konfrontiert sehen. Dazu zählen in der Hauptsache ungünstige bauliche Voraussetzungen in den Häusern, das als konfliktrichtig und problematisch erlebte Zusammenleben zwischen orientierten und demenzkranken BewohnerInnen, die mangelhafte methodische und inhaltliche Qualifikation der MitarbeiterInnen, die fachärztliche Unterversorgung, die konzeptionellen Defizite bei der gerontopsychiatrischen Betreuung und unzureichendes Qualitätsmanagement.

Die prämierten Konzepte setzen an diesen Problembereichen an. Deutlich wird die Individualität der einzelnen Einrichtungen in der Umsetzung. Sie zeigen einen Ausschnitt von vielfältigen Möglichkeiten hinsichtlich der gerontopsychiatrischen Betreuung und der „Lebbarkeit“ der Konzepte im Alltag auf. Daran wird auch deutlich, dass vorhandene erfolgreiche Konzepte nicht unmittelbar übertragbar sind, sondern dass ein auf die jeweiligen internen und externen Rahmenbedingungen ausgerichtetes „hauspezifisches“ Konzept entwickelt werden muss.

Trotz der zum Teil unterschiedlichen Handlungsstrategien finden sich doch einrichtungsübergreifend gemeinsame bewährte Erfahrungen wieder. Diese sollen nachstehend beleuchtet und diskutiert werden.

Die Einrichtungen zeigten große Offenheit für fachliche Entwicklungen, orientierten sich an unterschiedlichen bestehenden und richtungsweisenden Konzepten (Hospitationen in anderen Einrichtungen, Literaturrecherche etc.) und Erkenntnissen und integrierten auch eigene Ideen und Erfahrungen von MitarbeiterInnen in die Konzeptentwicklung. Die Konzepte orientieren sich zwar an unterschiedlichen Modellen (z. B. psychobiografisches Pflegemodell von Erwin Böhm, personenzentrierter Ansatz nach Tom Kitwood), beziehen jedoch die drei Milieuebenen – baulich/räumlich, sozial und organisatorisch/strukturell – in ihre Reformbemühungen ein.

Als notwendig erachteten alle die Bildung einer **Projektgruppe**, die verantwortlich für die Konzeptentwicklung und –umsetzung zeichnet. In allen Einrichtungen setzte sich diese Arbeitsgruppe aus Führungskräften unterschiedlicher Ebenen zusammen. Dies ist kein Zufall, sondern bestätigt die Erfahrung, dass die Entwicklung neuer Perspektiven, der Anstoß zu Veränderungen und die Steuerung des Umsetzungsprozessen von der Leitungsebene ausgehen muss. Wichtige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung sind nach übereinstimmender Meinung

- eine Bestandsaufnahme bzw. Situationsanalyse innerhalb der Einrichtung
- die Klärung interner und externer Rahmenbedingungen
- klare überschaubare Zielsetzungen
- die Definition von konkreten Aufgabenstellungen
- die Definition der Maßnahmen zur Umsetzung
- die Ermittlung des vorrangigen Handlungsbedarfs (Prioritätensetzung)
- das Herstellen eines „gesunden“ Verhältnis zwischen Konzeptaufwand und Ressourcen (im Sinne von Machbarkeit)
- das Einplanen der jeweiligen Zeiträume für die Realisierung der einzelnen Maßnahmen
- die Klärung der Zuständigkeiten
- und die regelmäßige Reflexion und Evaluierung der Umsetzungsschritte.

Alle Projektgruppen betonen, dass die Einbeziehung der MitarbeiterInnen bereits in der Phase der Konzeptentwicklung eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz der geplanten Veränderungsprozesse darstellt.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine gelingende Implementierung des Konzepts sind bestimmte Kompetenzen der Projektleitung bzw. des Projektteams. Dazu gehören nach Aussage der Projektleitungen

- Teamfähigkeit
- ein wirtschaftliches „know-how“
- Kommunikationsfähigkeit
- Überzeugungskraft
- Fachlichkeit
- Durchsetzungsvermögen
- Motivationsfähigkeit
- Kreativität
- und Ausdauer.

Um sich der Aktualität und Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen zu versichern, spielt eine regelmäßige und geplante **interne Qualitätskontrolle** eine wichtige Rolle. Dazu gehören nach Ansicht der Beteiligten sowohl laufende Reflexionsgespräche auf den Leitungsebenen (unter aktiver Beteiligung der Pflgeteams), Bewohner-, Mitarbeiter- und Angehörigenbefragungen, Stationsablaufanalysen, Pflegevisiten, Fallbesprechungen und Supervision, hausinterne Fortbildungen und „kritische Reflexionsgespräche mit Schülern und Hospitanten“.

Die Einrichtungen haben sich für unterschiedliche **Versorgungsformen** (integrativ und segregativ) entschieden.

Mit beiden Versorgungsformen wurden gute Erfahrungen gesammelt, wobei sich zeigte, dass bestimmte Bedingungen notwendig sind, um positive Ergebnisse zu erzielen. Hierbei kristallisierten sich zwei Kernpunkte heraus:

- die Notwendigkeit von differenzierten Betreuungsangeboten (für unterschiedliche Schweregrade der Demenz
- ein strukturierter Tagesablauf

Die Einrichtungen mit einer integrativen Ausrichtung versuchen einerseits BewohnerInnen mit einer leichten bis mittelgradigen Beeinträchtigung in integrative Angebote einzubinden, andererseits teilsegregative Angebote (Betreuungsgruppen auf der Station, Einzelbetreuung) für Menschen mit einer mittelschweren bis schweren Ausprägung zu schaffen. Ferner zeigte sich, dass durch gezielte Maßnahmen Begegnungen und Kommunikation zwischen demenzkranken und orientierte BewohnerInnen ermöglicht und gefördert werden müssen, um das Konfliktpotential zwischen beiden Bewohnergruppen niedrig zu halten.

Auch Einrichtungen mit einem segregativen Modell bieten gezielte, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Demenzkranken zugeschnittene tagesstrukturierende Maßnahmen (Gruppenangebote, Einzelbetreuung) an und orientieren sich ebenfalls an den unterschiedlichen Ausprägungen der Demenz bzw. an unterschiedlichen Bewohnerbedürfnissen (Betreuungsgruppen oder Einzelbetreuung auf gerontopsychiatrischen Stationen oder abgestuftes Versorgungssystem innerhalb des Hauses).

Die Garanten für eine erfolgreiche Konzeptumsetzung bzw. nachhaltige Implementierung und somit das „wichtigste Kapital“ einer Einrichtung sind die MitarbeiterInnen. Dieser

Erkenntnis folgend wurde in allen Einrichtungen ein Hauptaugenmerk auf das **Personalkonzept** gelegt.

Im praktischen Alltag zeigt sich, dass MitarbeiterInnen zum Teil wenig Wissen über das Krankheitsbild besitzen und große Schwierigkeiten in Bezug auf einen adäquaten Umgang mit demenzkranken BewohnerInnen haben.

Der Konzeptbaustein „Qualifizierung des Personals“ spielt in allen Einrichtungen eine herausragende Rolle.

Die wichtigsten Erfahrungen werden nachstehend zusammengefasst wiedergegeben:

- Erstellung eines gezielten Fortbildungsprogramm bzw. Qualifikationskonzept
- alle MitarbeiterInnen aus allen Bereichen des Hauses (Hauswirtschaft, Verwaltung, etc.) werden in die Qualifizierungsmaßnahme eingebunden –
- vorrangig muss eine Basisqualifikation (grundlegende Wissensvermittlung zum Krankheitsbild und Verständnis für die Betroffenen, um Einstellungen bei den Mitarbeitern zu verändern, Schulung von Beobachtung, spezielle Kenntnisse im Umgang) angeboten werden, die sich optimalerweise an konkreten „Fallbeispielen“ orientiert bzw. praxisnah gestaltet wird
- aufbauende Themenschwerpunkte in Folge (Weiterbildungsthemen), Schwerpunktumsetzung und Ausrichtung je nach Konzept (z. B. Validation, 10minAktivierung, Basale Stimulation etc.) unter Berücksichtigung der Weiterbildungswünsche und –schwerpunkte aus der Sicht der MitarbeiterInnen
- Inhouse-Schulungen, in denen die spezifische Situation des Hauses berücksichtigt werden kann, bewähren sich
- externe Referenten scheinen meist eine höhere Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen zu haben
- für die Fortbildungsmaßnahmen werden jedoch auch interne Ressourcen (insbesondere gerontopsychiatrische Fachkräfte) genutzt
- Finanzierung gerontopsychiatrischer Fort- und Weiterbildungskurse für einzelne MitarbeiterInnen

Die Erfahrungen aller Einrichtungen zeigen, dass die Qualifikationsmaßnahmen für sich gesehen nicht ausreichend sind, sondern dass eine kontinuierliche Begleitung, Anleitung und Hilfestellung bei der Umsetzung des vermittelten Wissens im praktischen Alltag unabdingbar ist, damit die MitarbeiterInnen mehr Sicherheit in der täglichen Arbeit bekommen.

Bewährt haben sich hier insbesondere

- regelmäßige „Fallgespräche“, in denen anhand konkreter Problemsituationen bei einzelnen Bewohnern gemeinsame Lösungsstrategien entwickelt und demenzspezifische Pflegeplanungen erarbeitet werden
(z. B. interdisziplinäre Fallgespräche Facharzt/Pflegeteam; Fallgespräche mit externen Berater; Fallgespräche intern mit einer dafür zuständigen Mitarbeiterin)
- Übergabegespräche diesbezüglich intensiver zu nutzen
- „Vorbildfunktion“, Ansprechbarkeit und Hilfestellungen (insbesondere durch die gerontopsychiatrischen Fachkräfte oder Stationsleitung) vor ort
- Supervisionen
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen

Wesentlich erscheint es in diesem Zusammenhang, dass dieser Prozess gezielt durch klar benannte Verantwortliche gesteuert, koordiniert und kontrolliert wird. In den meisten Einrichtungen wird diese Verantwortung an die gerontopsychiatrische Fachkräfte angebunden, zum Teil an andere qualifizierte MitarbeiterInnen. Dabei scheint es hilfreich zu sein, dass die zuständigen Fachkräfte von Seiten der Leitung mit klaren Weisungsbefugnissen gegenüber den Mitarbeitern ausgestattet werden.

Um die Betreuungsangebote erweitern zu können, greifen alle Einrichtungen (in unterschiedlichem Umfang) auf **Ehrenamtliche bzw. freiwillige HelferInnen** als zusätzliche personelle Ressource zurück. Auch hier zeigt sich, dass klare Regelungen von Zuständigkeiten in Bezug auf Anwerbung, regelmäßiger Begleitung und Wertschätzung bis hin zur Einbindung von Fortbildungsangeboten wichtige Faktoren für eine erfolgreiche Kooperation darstellen.

In allen vorgestellten Einrichtungen wird ein breites **Betreuungs- und Beschäftigungsangebot** vorgehalten. Dabei handelt es sich sowohl um integrative Angebote des Hauses als auch spezielle Betreuungs- bzw. Beschäftigungsangebote für Demenzkranke. Bei letzteren wird versucht, auf das gesamte Spektrum an möglichen und geeigneten Angeboten für Demenzkranke zurückzugreifen, also Angebote, die sich an den jeweiligen Kompetenzen, Neigungen bzw. Vorlieben und Gewohnheiten orientieren.

Um eine kontinuierliche und verbindliche Durchführung bzw. Einbindung der Beschäftigungsangebote in die Tagesstruktur zu gewährleisten, müssen diese - so die Erfahrung - sowohl an Personen als auch an Zeiten gebunden sein.

Auch hier hat sich die Planung und Steuerung durch qualifizierte MitarbeiterInnen bewährt. In den einzelnen Einrichtungen werden die Angebote hauptsächlich von den

gerontopsychiatrischen Fachkräften geplant und zum Teil auch durchgeführt. Die Zeiträume für die Aktivitäten werden klar definiert und in Dienst- oder Wochenplänen verankert. Ferner wird jedoch versucht, die MitarbeiterInnen (im rollierenden System) sukzessive in die Durchführung der Betreuungs- und Beschäftigungsangebote mit einzubeziehen. Es zeigt sich, dass dies längerfristige Prozesse sind und dass es entsprechende Kompetenzen der Fachkraft braucht, um die Schnittstelle Pflege/Betreuung, Beschäftigung zu optimieren. Insgesamt muss eine Abstimmung und Koordinierung unterschiedlicher Angebote (von beispielsweise vorhandener „Beschäftigungstherapie“, Angeboten der Station vor ort) gezielt stattfinden.

Deutlich wurde auch, dass sich die Gruppenangebote in der Hauptsache an diejenigen BewohnerInnen richten, die ihren Kompetenzen und Fähigkeiten entsprechend an bestimmten Aktivitäten, die sich am „Normalitätsprinzip“ orientieren, teilnehmen können. Hierbei haben sich besonders hauswirtschaftliche Tätigkeiten, Neigungsgruppen (Musik, Gespräch, Bewegung) und „Außenaktivitäten“ (Spaziergänge, Gartenarbeiten) bewährt. Mit zunehmendem Schweregrad der Demenz spielen Einzelbetreuungen eine wichtigere Rolle, wobei sich die Betreuung entsprechend mehr zu körper- und sinnesbezogenen Angeboten hin verschiebt. Ein weiterer wichtiger Erfahrungswert ist die Notwendigkeit der fortwährenden Abstimmung der Betreuungsangebote und unterschiedliche Schwerpunktsetzungen an den vorhandenen Bedarf aufgrund der Veränderung der Bewohnerstruktur.

Über die Beschäftigungsangebote hinaus erachten es alle Einrichtungen als wichtig, gezielte Interventionen, die sich an den individuellen Bedürfnissen orientieren, in den Pflegealltag zu integrieren (lösungsorientierte Einzelmaßnahmen) und die MitarbeiterInnen dahingehend zu sensibilisieren, gewonnene Erkenntnisse aus den Betreuungsgruppen in die Pflegeplanung bzw. pflegerisches Handeln einzubeziehen.

Die Orientierung der Abläufe und Maßnahmen an den Bedürfnissen von Bewohnern erfordert auch **organisatorische Umstrukturierungen**. In den Einrichtungen werden hierzu unterschiedliche Kombinationen von Abläufen und Maßnahmen entwickelt und erprobt. So wird beispielsweise versucht, die Dienstplanzeiten zu verändern (u. a. geblockter Einsatz von Personal in „pflegeintensiven“ Zeiten durch Erhöhung von Teilzeitbeschäftigungen, differenzierte Staffelung von Dienstzeiten, Verlängerungen von z.B. Spätdiensten) und eine gezielte Freistellung von MitarbeiterInnen aus der Pflege für die Betreuung zu erwirken. Eine Rolle spielt in fast allen Häusern die Schnittstellenoptimierung zwischen Pflege und Hauswirtschaft.

Die Frage, inwieweit man bei demenzkranken Menschen, die ihre Gefühle und Empfindungen nicht mehr verbal ausdrücken können, zu einer differenzierteren Einschätzung – insbesondere des psychischen Status und des emotionalen Erlebens bzw. Befindlichkeit – gelangen kann, stellte die Einrichtungen vor große Herausforderungen. Aufgrund fehlender standardisierter Instrumente wurde versucht, eigene **Erfassungs- und Dokumentationsinstrumente** zu entwickeln, um die Wirkungen der Angebote bzw. Veränderungsmaßnahmen evaluieren und gezieltere Interventionen entwickeln zu können. Hier befinden sich alle Einrichtungen noch in einer „Experimentierphase“ (vgl. Beschreibungen der einzelnen Konzepte).

Ein wichtiger Konzeptbaustein stellt die Sicherstellung einer verbindlichen, **fachärztlichen psychiatrischen Versorgung** der Bewohnergruppe innerhalb der Einrichtungen dar. Eine angemessene medizinische Begleitung als Ergänzung von nichtmedikamentösen Maßnahmen sehen alle als dringlich erforderlich an.

Das Beispiel Nürnbergstift zeigt exemplarisch, dass mit einem Kooperationspartner, wie der Institutsambulanz, vorhandene Ressourcen optimal genutzt werden und zu einer Qualitätsverbesserung beitragen können:

- differenziertere Diagnostik für Demenzerkrankungen
- angemessene und notwendige medikamentöse Therapien (entsprechende Verordnung von Antidementiva; Verordnung von Psychopharmaka unter besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungsprofile, Beachtung, Kontrolle und Behandlung begleitender Störungen)
- Vermeidung von stationären Aufenthalten
- Beratung bei nichtmedikamentösen Strategien bei Verhaltensauffälligkeiten (Fallkonferenzen)
- Aufklärung über Krankheitsbild und Auswirkungen
- Gemeinsame Entwicklung von Assessmentverfahren, um den jeweiligen Interventionsbedarf (pflegerisch/betreuerisch/medizinisch) abzuklären

In den anderen Einrichtungen bestehen Kooperationen mit niedergelassenen Fachärzten

Eine Schwerpunktsetzung zeigte sich auch in der Gestaltung des **baulich/räumlichen Milieus**. Auf der einen Seite sind größere bauliche Veränderungen nur bedingt (abhängig von finanziellen Ressourcen) möglich, andererseits hat sich auch gezeigt, dass sich das räumliche Milieu mit verhältnismäßig geringem finanziellen Aufwand gestalten lässt.

Bei der bewussten Gestaltung der räumlichen Umgebung wurde bei allen Einrichtungen auf eine ausgewogene Balance von Sinnesreizen (Geruch, Materialien zum Anfassen, Wandgestaltung mit Aufforderungscharakter etc.), auf Übersichtlichkeit, Sicherheit, Orientierung, Anregung, Stimulation und eines insgesamt „wohnliche Atmosphäre“ (durch das Aufgreifen von biografischen Hintergründen) geachtet und je nach Rahmenbedingungen umgesetzt:

- Wohnküchen
- „Wohlfühlbäder“
- „Themenecken“
- Anknüpfung an biografieorientierten Erfahrungen (unterschiedliche Lebenswelten) - biografische Ausrichtung der Räume durch alte Einrichtungsgegenstände
- Optimierung der Lichtverhältnisse
- Zugang zum Garten
- farbliche Wandanstriche
- Schaffung von Nischen/Sitzmöglichkeiten
- Sicherheitsfördernde Maßnahmen, z. B. Weglaufgefährdung, („Tarnung“ von Ausgangsbereichen, unauffällig gestaltete Türen)
- Orientierungshilfen

Die Ergebnisse der fünf Einrichtungen stehen exemplarisch für viele Einrichtungen, die Konzepte für demenzkranke BewohnerInnen entwickeln und umsetzen.

Deutlich wurde, dass der Weg, Veränderungen herbeizuführen, im jeweiligen Rahmen gangbar ist und dass einrichtungsinterne Reformbemühungen die Pflege- und Betreuungsqualität mittel- und längerfristig – trotz knapp bemessener personeller, finanzieller und zeitlicher Ressourcen – verbessert werden kann.

Die Ergebnisse lassen den Schluss zu, dass es durchaus vielfältige Optionen gibt, um eine gute Versorgungs- und Betreuungsqualität zu erreichen und dass unterschiedliche Mittel und Strategien zu positiven Ergebnissen führen können und ihre Berechtigung haben.

Einig sind sich alle Einrichtungen darüber, und auch dies steht exemplarisch für viele andere Einrichtungen, dass es neben interner auch externer Reformansätze bedarf, um die dauerhafte und nachhaltige Implementierung zu gewährleisten. Hier wurden explizit ein höherer finanzieller Betreuungs- und Pflegebedarf bei der Personalbemessung als auch eine stärkere Berücksichtigung als bisher bei der Pflegeeinstufung genannt.

Literatur

- Arbeitsgruppe Psychogeriatric am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2000). Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für Demenzkranke in (teil-)stationären Altenhilfeeinrichtungen. Stuttgart: Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Bickel, H. (1997): Epidemiologie psychischer Erkrankungen im Alter. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart: Enke, S. 1-15.
- Bickel, H. (1999): Epidemiologie der Demenzen. In: Förstl, H., Bickel, H., Kurz, A. (Hrsg.): Alzheimer Demenz. Grundlagen, Klinik und Therapie. Bayer-ZNS-Symposium XIV. Berlin: Springer, S. 9-32.
- Bruder, J., Wojnar, J. (1994). Artikel in Hamburger Ärzteblatt 52.
- Kruse, A. (2003): Qualität im Leben Demenzkranker – was ist das? In: Tagungsdokumentation der 2. Fachtagung der DED vom 16.10.2003. Hamburg, S. 11-30.
- Weyerer, S., Mann, A. H. & Ames, D. (1997): Prävalenz von Depression und Demenz bei Altenheimbewohnern in Mannheim und Camden (London). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28, S. 169-178.