

FORSCHUNGSBERICHT TEIL III

ALZHEIMER GESELLSCHAFT BOCHUM E. V.:

••Ergebnisse einer mündlichen Befragung von Leitungskräften ambulanter und (teil-) stationärer Einrichtungen zum Pflege-, Betreuungs- und Beratungsangebot für Menschen mit einer Demenz und ihre Angehörigen. •• 2002 bis 2003 ••

Eine Auswertung von Beate Stach, Diplom-Pflegewissenschaftlerin FH und Maren Niebuhr, M. A. Soziologin



INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG TEIL III:	5
2	EINLEITUNG:	7
2.1	VORSTELLUNG VON ZIELEN, FRAGESTELLUNGEN UND ANNAHMEN	7
2.1.1	Übergeordnete Zielsetzungen	7
2.1.2	Forschungsfragen	7
2.1.3	Annahme des Forschungsteams	8
3	METHODENTEIL:	9
3.1	INTERVIEWS	9
3.1.1	Der Interviewleitfaden	9
3.2	DAS ANALYSEVERFAHREN	9
3.3	DIE ERHEBUNG	9
3.3.1	Benennung der Untersuchungspopulation	9
3.3.2	Die Durchführung der Erhebung	10
3.3.3	Die Erhebungsquote	10
4	ERGEBNISPRÄSENTATION	11
4.1	VORSTELLUNG VON STRUKTURDATEN	12
4.2	UMGANG MIT DEMENZKRANKEN	13
4.2.1	Versorgung von Demenzkranken in den Einrichtungen	13
4.2.2	Gründe für fehlende Demenzdiagnosen bei Demenzkranken	13
4.3	UMGANG MIT DEMENZKONZEPTEN UND LEITBILDERN	15
4.3.1	Gestaltung und Orientierung von Demenzkonzepten	16
4.3.2	Neuentwicklung von Demenzkonzepten	20
4.3.3	Aussagen über Demenzkranke innerhalb von Leitbildern	21
4.4	UMGANG MIT DEN MITARBEITERN	22
4.4.1	Angaben hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Mitarbeiter	22
4.4.2	Anforderungen an Mitarbeiter bezüglich der Demenzversorgung	24
4.4.3	Zusätzliche Qualifizierungsanforderungen an die Mitarbeiter von Einrichtungen mit Demenzkonzept	24
4.4.4	Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken	25
4.4.5	Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Angehörigen von Demenzkranken	29
4.5	FORT- UND WEITERBILDUNGSANGEBOTE FÜR MITARBEITER	31
4.5.1	Demenzspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote für Teams von Mitarbeitern	31
4.5.2	Demenzspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter	32
4.5.3	Demenzspezifische Fortbildungsinhalte und Ziele für Mitarbeiter	34
4.6	UMGANG MIT SUPERVISION	34
4.6.1	Schlußfolgerungen	36
4.7	UMGANG MIT QUALITÄTSZIRKELARBEIT	36
4.7.1	Themenauswahl der Qualitätszirkel	36
4.8	UMGANG MIT FALLBESPRECHUNGEN	38
4.9	UMGANG MIT KOOPERATIONSPARTNERN	38
4.9.1	Aussagen zur Kooperation mit Fachärzten	39
4.9.2	Qualitative Einschätzungen der Kooperationen	39

4.10	UMGANG MIT EHRENAMTLICHER MITARBEIT	41
4.10.1	<i>Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit</i>	42
4.10.2	<i>Engagements durch Ehrenamtliche</i>	43
4.10.3	<i>Umgang mit Projekten für Ehrenamtliche</i>	44
4.10.4	<i>Schlussfolgerungen</i>	45
4.11	UMGANG MIT ANGEHÖRIGEN DER DEMENZERKRANKTEN.....	45
4.11.1	<i>Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen von Demenzkranken und den Leistungsanbietern</i>	45
4.11.2	<i>Allgemeine Angebote der Einrichtungen für Angehörige</i>	46
4.11.3	<i>Angebot von Beschwerdemanagement für Angehörige</i>	47
4.11.4	<i>Beratungsangebote von ambulanten Einrichtungen für Angehörige</i>	47
4.11.5	<i>Gesprächsangebote von Altenpflegeeinrichtungen für Angehörige</i>	49
4.12	UMGANG MIT PFLEGESYSTEMEN	50
4.13	UMGANG MIT DEM PFLEGEPROZESS	51
4.13.1	<i>Theoretische Ansätze für den Pflegeprozess / die Pflegeplanung</i>	51
4.13.2	<i>Relevanz der Einbeziehung einer biografischen Informationssammlung in den Pflegeprozess/ die Pflegeplanung</i>	51
4.13.3	<i>Relevanz der Feststellung der Ressourcen und Probleme der Demenzkranken</i> .	52
4.13.4	<i>Relevanz einer gezielten Beobachtung von Demenzkranken</i>	53
4.13.5	<i>Pflegeziele für an Demenz erkrankte Menschen</i>	54
4.13.6	<i>Relevante Aspekte der Durchführung des Pflegeplanes für Demenzkranke</i>	55
4.13.7	<i>Relevanz der Pflegedokumentation für Demenzkranke</i>	56
4.14	BIOGRAFIEARBEIT	57
4.14.1	<i>Nutzen von Biografiearbeit</i>	57
4.14.2	<i>Themen der Biografiearbeit</i>	58
4.14.3	<i>Erheben der biografischen Daten</i>	59
4.14.4	<i>Dokumentation der biografischen Daten</i>	59
4.14.5	<i>Kritische Aspekte von Biografiearbeit</i>	60
4.14.6	<i>Schlußfolgerungen</i>	60
4.15	ANGEBOTE FÜR DEMENZKRANKE	60
4.15.1	<i>Allgemeine Beschäftigungsangebote</i>	62
4.15.2	<i>Spezielle Beschäftigungsangebote für Demenzkranke</i>	62
4.15.3	<i>Spezielle Wohnkonzepte für Demenzkranke</i>	63
4.15.4	<i>Dementengerechte Milieugestaltung in stationären Einrichtungen</i>	63
4.15.5	<i>Grenzen und Einschränkungen</i>	63
4.15.6	<i>Schlußfolgerungen</i>	64
4.16	INTERVENTIONEN FÜR DEMENZKRANKE	64
5	RESÜMEE	65
6	WEITERERGEHENDE FORSCHUNGSFRAGEN	67
7	AUSBLICK	68

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Einrichtungstypen innerhalb des Untersuchungsgebiets 2003	10
Tabelle 2: Verteilung in der Erhebungsquote nach Einrichtungstypen.....	10
Tabelle 3: Prozentuale Relation der Teilerhebung zur Grundgesamtheit	11
Tabelle 4: Träger der Einrichtungstypen.....	12
Tabelle 5: Demenzerkrankte Menschen in den Einrichtungen	13
Tabelle 6: Demenzkonzeptvorbereitung in den Einrichtungen.....	20
Tabelle 7: Fortbildungen von Teams zum Thema Demenz	31
Tabelle 8: Demenzspezifische Fortbildungsthemen	32
Tabelle 9: Anzahl der Nennungen zu vorgegebenen Fortbildungsthemen	33
Tabelle 10: Begründungen für die derzeitige Ablehnung von Supervision.....	35
Tabelle 11: Durchführung von Fallbesprechungen in den Einrichtungen	38
Tabelle 12: Kooperationen der 73 Einrichtungen	39
Tabelle 13: Verteilung aller ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen nach Einrichtungstyp / mit oder ohne Demenzkonzept.....	42
Tabelle 14: Verteilung aller ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen.....	42
Tabelle 15: Formen von ehrenamtlicher Arbeit	44
Tabelle 16: Durchführung einer biographischen Informationssammlung	57
Tabelle 17: Mögliche Ansätze für die Betreuung Demenzkranker.....	61
Tabelle 18: Beschäftigungsangebote für Demenzkranke.....	62

1 Zusammenfassung Teil III:

Der dritte Teil des Forschungsprojekts der Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V. hatte die Aufgabe, im definierten Versorgungsgebiet die aktuellen Versorgungsangebote von ambulanten und stationären Einrichtungen sowie Tagespflegen unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen von Menschen mit Demenz, zu ermitteln und zu analysieren. Dabei wurden mit Hilfe eines Interviewleitfadens, bestehend aus qualitativen und quantitativen Fragen, insgesamt 73 Interviews mit Leitungspersonen der jeweiligen Einrichtungen geführt. Die Bearbeitung / Auswertung der offenen Fragen erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse von Philipp Mayring (2000) Ziel der offenen Fragen war es, ausdifferenzieren, wie die Arbeit der jeweiligen Einrichtungen mit Demenzkranken konkret gestaltet wird.

Die Analyse und Auswertung erbrachte zahlreiche Hinweise dafür, dass sich die 13 Einrichtungen mit Demenzkonzept insgesamt besser an den postulierten Rahmenbedingungen für eine eher an Bedürfnissen und Ressourcen ausgelegte Demenzpflege und Versorgung orientieren, als die Einrichtungen ohne vergleichbares Konzept.

Die aktuellen und zukünftigen Versorgungsangebote für Demenzkranke werden begrenzt durch die knappen personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen sowie die gegebenen gesetzlichen Bestimmungen. Dennoch deuten die Ergebnisse dieser Untersuchung darauf hin, dass durch eine stetige Zunahme von Einrichtungen, die neue Konzeptideen für Demenzkranke entwickeln und umsetzen, das Wohlbefinden von Demenzkranken damit auch mittel- und langfristig verbessert werden könnte. Dabei ist das Vorhandensein eines Konzeptes für die Arbeit mit Demenzkranken allein nicht hinreichend, um die Versorgungsqualität für Demenzkranken zu verbessern, aber eine wichtige Voraussetzung, um die Versorgung von Demenzkranken systematisch gestalten zu können.

Die in unserer Untersuchung einbezogenen Einrichtungen mit einem eigenen Konzept für Demenzkranke zeigen an ihrem Leistungsspektrum, dass sich die Angebote tatsächlich gezielter auf Demenzkranke beziehen, als dies bei Einrichtungen ohne Konzept der Fall ist. Inwieweit sich dies allerdings tatsächlich auch durch alle Mitarbeiter des Hauses tragen und umsetzen lässt, kann unsere Untersuchung nicht zeigen, da die Mitarbeiter der Pflege hier in die Untersuchung nicht mit einbezogen wurden. (vgl. 4.1 Vorstellung von Strukturdaten) Die Frage, inwieweit ein Konzept von allen Mitarbeitern des Hauses, insbesondere durch die Mitarbeiter/innen der Pflege mitgetragen wird, müsste eine weitere Untersuchung zeigen.

Die gezielte Einbindung von Angehörigen sowie zusätzlicher geschulter Ehrenamtler in die Begleitung und Betreuung von Menschen mit Demenz sowie der weitere Ausbau von Kooperationsnetzwerken erweisen sich ebenfalls als wichtige Indikatoren für eine gezielte, an den Bedürfnissen der Demenzkranken orientierte Pflege und Betreuung.

Die Einbeziehung insbesondere biografischer Daten in den Pflegeprozess sowie die Umsetzung von Bezugspflege von und mit Demenzkranken hat bereits bei vielen der Einrichtungen einen hohen Stellenwert.

Spezielle Beschäftigungsangebote sowie Wohnkonzepte für Demenzkranke und dementengerechte Milieugestaltungen in stationären Einrichtungen werden allerdings nur vereinzelt umgesetzt.

2 Einleitung

Der Teil III dieses Forschungsprojekts macht es sich zum Schwerpunkt in ausgewählten Einrichtungstypen der Versorgungskette von Demenzkranken, im definierten Untersuchungsgebiet Bochum und angrenzende Regionen, die aktuellen Versorgungsangebote von Menschen mit Demenz dieser Einrichtungen, unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse und Ressourcen der Betroffenen, zu ermitteln und zu analysieren.

Anmerkung: Relevante Definitionen, Beschreibungen, Zitate sowie Vergleiche werden in Form von **Endnoten** zur Belegung von eigenen Analysen und Schlußfolgerungen als theoretischer Bezugsrahmen integriert.

2.1 Vorstellung von Zielen, Fragestellungen und Annahmen

2.1.1 Übergeordnete Zielsetzungen

Der dritte Teil des Forschungsprojekts: *„Die Versorgungssituation von Demenzkranken in Bochum und Umgebung unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen“*, möchte durch die Erfassung des bestehenden Versorgungsangebots bei ausgewählten Leistungsanbietern, innerhalb der bestehenden Altenhilfestrukturen, einen lösungsorientierten Beitrag zur aktuellen und zukünftigen Verbesserung der generellen Versorgungssituation von demenzerkrankten Menschen, leisten. Die Ergebnisse des Teil III sollen im Anschluss schwerpunktmäßig mit den Resultaten des zweiten Teils des Forschungsprojekts, den von den Demenzkranken selbst formulierten Wünschen und Bedürfnissen, vergleichend analysiert werden.

2.1.2 Forschungsfragen

- Wie viele Demenzkranke werden von den drei Einrichtungstypen, innerhalb des definierten Versorgungsgebiets, Bochum und Umgebung insgesamt versorgt?
- Welche qualitativen und quantitativen Leistungs- und Versorgungsangebote machen die drei Einrichtungstypen, also stationäre und ambulante Einrichtungen sowie Tagespflegeeinrichtungen, ihren dementen Bewohnern, Patienten und Tagesgästen?
- Welche Gruppen- und Einzelangebote machen sie ausschließlich für Demenzkranke?
- Über welche Qualifikationen, bzw. welche Anforderungsprofile verfügen die Mitarbeiter der befragten Einrichtungen?
- Welche Fort- und Weiterbildungsangebote bieten die Einrichtungen ihren Mitarbeitern an?
- Existieren innerhalb der Einrichtungen Angebote, die einen Beitrag zur psychischen Entlastung für das Personal, insbesondere für Mitarbeiter, die für die Versorgung von

Demenzkranken zuständig sind, leisten könnten?

- Welches Pflegesystemⁱ wird von den befragten Leitungskräften in Bezug auf die Versorgung und Betreuung von Demenzkranken favorisiert?
- Wie bedeutsam erscheint den Einrichtungen die biografische Informationssammlung innerhalb des Pflegeprozesses, für Demenzkranke?
- Welche konkreten Interventionen sowie Angebote zur Betreuung und Beschäftigung, bezüglich möglicher Bedürfnisse, Ressourcenⁱⁱ und Probleme der Demenzkranken, werden durch die Mitarbeiter der Einrichtungen durchgeführt?
- Welche Probleme und Schwierigkeiten mit den Demenzkranken könnten z. B. bei der Umsetzung der Maßnahmen durch die Mitarbeiter entstehen? Und welche Lösungsansätze würde es gegebenenfalls geben?
- Welche Schwierigkeiten erleben die Mitarbeiter der Einrichtungen im Umgang mit den Angehörigen und welche Lösungswege existieren?
- Können Einrichtungen, die Kooperationen mit Angehörigen und/ oder anderen Menschen pflegen, die sich in Form von ehrenamtlichen Tätigkeitenⁱⁱⁱ einbringen, mit Hilfe dieser zusätzlichen personellen Ressourcen, andere oder zusätzliche Offerten für die Demenzkranken, machen?
- Welche Angebote machen die Einrichtungen den Angehörigen der von ihnen versorgten Demenzkranken?
- Welche Kooperationen, mit welchen Schwerpunkten pflegen die Einrichtungen mit beteiligten Anbietern innerhalb der Versorgungskette für demenzerkrankte Menschen?
- Welche Auswirkungen könnten die Entwicklungen und Implementierungen von Konzepten^{iv} für Demenzkranke innerhalb der untersuchten Einrichtungen für die Demenzversorgung haben?
- Bieten Einrichtungen mit Demenzkonzept andere, ähnliche und /oder spezifischere Versorgungsangebote für Demenzkranke an, als Einrichtungen ohne ein entsprechendes Konzept?

2.1.3 Annahme des Forschungsteams

Die Einrichtungen, die über spezielle Demenzkonzepte verfügen, setzen oben genannte potenzielle Bedingungen innerhalb ihrer Einrichtungen gezielter und konsequenter um und können somit eine Versorgung der Menschen mit Demenz individueller, also an deren Bedürfnissen und Ressourcen orientieren und folglich einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden der Betroffenen leisten.

3 Methodenteil

3.1 Interviews

Bei den hier durchgeführten Befragungen handelte es sich um mündliche Einzelinterviews, mit offenen^v und geschlossenen Fragen, bei denen die Frageformulierungen sowie die Abfolge der Fragen durch das Projektteam, genau vorgeschrieben waren.^{vi} *„Abweichungen durch den Interviewer sind nicht gestattet, weil mit der Standardisierung gleiche Situationen für alle angestrebt werden, um eine maximale Vergleichbarkeit zu erzielen.“^{vii}*

3.1.1 Der Interviewleitfaden

Für diesen Teil III der Untersuchung wurde ein standardisierter Interviewleitfaden, bestehend aus qualitativen (=offenen) und quantitativen (=geschlossenen) Fragen entworfen.

Bei den hier durch das Forschungsteam vorgegebenen, geschlossenen Fragen, konnten die Interviewpartner mit Hilfe von Antwortvorgaben, sich für Antwortalternativen entscheiden.

Einen besonders hohen Stellenwert hatte die Entwicklung von möglichst vielen offenen Fragen für diese Untersuchung. Sie wurden deshalb durch das Projektteam eingesetzt, um den Befragten die Möglichkeit zu geben, durch ausführliche Erläuterungen, das Versorgungsangebot ihrer jeweiligen Einrichtungen, so genau wie möglich darstellen zu können. (vgl. Anlage 1 Fragebogen)

3.2 Das Analyseverfahren

Die Auswertung der offenen Fragen des Interviewleitfadens^{viii} erfolgte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse von Philipp Mayring (Mayring, 2000).

Die Auswertung der quantitativen^{ix} Fragen des Interviewleitfadens erfolgte gemäß einer deskriptiven Statistik mit Hilfe des arithmetischen Mittels in Form der Erstellung von hauptsächlich nominal skalierten Häufigkeitsverteilungen, sowie mehrdimensionalen Kontingenztabellen (Kreuztabellen), und diente zur quantifizierenden Absicherung der qualitativen Ausrichtung dieser Untersuchung.

3.3 Die Erhebung

3.3.1 Benennung der Untersuchungspopulation

Die Grundgesamtheit dieser Untersuchung besteht aus allen zum Zeitpunkt der Befragungsdurchführung existierenden ambulanten, stationären Einrichtungen sowie Tagespflegestätten. Das, bereits im Teil I des Projekts, definierte Untersuchungsgebiet, besteht aus der Stadt Bochum sowie den angrenzenden Städten Herne I und II, Castrop-Rauxel, Schwelm, Breckerfeld und Witten. Tabelle 1 zeigt eine aktuelle Übersicht von 2003, aufgeschlüsselt nach beteiligten Städten, bezüglich der Häufigkeitsverteilungen der hier

untersuchten Einrichtungstypen.

Städte des Untersuchungsgebiets	stat. Pflege	amb. Pflege	Tagespflege	Gesamtanzahl der Einrichtungen	in %
Bochum	26	38	4	68	41,7
Herne I und II	14	19	2	35	21,5
Castrop-Rauxel	8	15	2	25	15,3
Witten	8	11	0	19	11,7
Schwelm	5	7	2	14	8,6
Breckerfeld	1	1	0	2	1,2
Gesamtanzahl pro Einrichtungstyp	62	91	10	163	100,0

Tabelle 1: Anzahl der Einrichtungstypen innerhalb des Untersuchungsgebiets 2003

Insgesamt umfasst die Grundgesamtheit **163** Einrichtungen, davon 62 stationäre Einrichtungen, 91 ambulante Dienste und 10 Tagespflegeeinrichtungen.

3.3.2 Die Durchführung der Erhebung

Die Kontaktaufnahme der Interviewer zu den Einrichtungen der o. g. Grundgesamtheit erfolgte per Telefon. Eine ursprünglich anvisierte Vollerhebung^x konnte aufgrund einiger Schwierigkeiten, die sich u. a. aus der telefonischen Rekrutierung ergaben, schließlich nicht umgesetzt werden, weil einige Einrichtungen auf ihre Mitarbeit an dieser Untersuchung aus verschiedensten Gründen verzichteten.

3.3.3 Die Erhebungsquote

Die Interviewer der Alzheimer Gesellschaft Bochum e. V. führten insgesamt **73** Interviews mit Leitungskräften der drei Einrichtungstypen durch. Tabelle 2 ermöglicht einen Vergleich zwischen der anteilmäßigen Verteilung der Einrichtungstypen innerhalb der Erhebungsquote zur Grundgesamtheit. Es fällt auf, dass die prozentuale Verteilung der Einrichtungstypen innerhalb der Erhebungsquote mit einer mäßigen Abweichung der Verteilung in der Grundgesamtheit proportional entspricht.

Einrichtungstypen?	E. innerhalb der Grundgesamtheit	in %	E. innerhalb der Teilerhebung	in %
stationäre Pflegeeinrichtungen	62	38,0	34	46,6
ambulante Pflegeeinrichtungen	91	55,8	36	49,3
Tagespflegeeinrichtungen	10	6,1	3	4,1
Gesamtanzahl	163	100	73	100

Tabelle 2: Verteilung in der Erhebungsquote nach Einrichtungstypen

In Tabelle 3 wird ersichtlich, dass immerhin der Anteil der stationären Einrichtungen in der Erhebungsquote, mit 34, also **54,8%** von den insgesamt 62 Altenpflegeeinrichtungen der Grundgesamtheit, abbildet. Insgesamt betrachtet, verfehlt diese Teilerhebung nur knapp die **50%**-Marke, die Erhebungsquote beträgt 44,8%, das entspricht 73 Einrichtungen von insgesamt

163 Einrichtungen innerhalb der Grundgesamtheit. Lediglich der Anteil der Tagespflegestätten mit 30% ist dabei unterrepräsentiert.

Einrichtungstypen?	Anzahl der E. innerhalb der GG	Erhebungsquote der E. / E. innerhalb der GG	in %
stationäre Pflegeeinrichtungen	62	34 E. von 64 E.	54,8
ambulante Pflegeeinrichtungen	91	36 E. von 91 E.	39,6
Tagespflegeeinrichtungen	10	3 E. von 10 E.	30
Gesamtanzahl	163	73 E. von 163 E.	44,8

Tabelle 3: Prozentuale Relation der Teilerhebung zur Grundgesamtheit

3.3.3.1 Besonderheiten der Untersuchungsdurchführung

Die Besonderheiten der Durchführung^{xi} der Interviews lässt sich wie folgt in einer Kurzpräsentation, darstellen:

- **Zeitungsumfang der Interviews:** 60 bis 120 min pro Interview
- **Ort:** Durchführung des Interviews innerhalb der jeweiligen Einrichtungen
- **Interviewsituation:** Die Interviewer benutzten während der Interviews keine Aufnahmegeräte, sondern notierten die Antworten der Interviewpartner wortwörtlich.
- **Interviewte:** größtenteils Leitungspersonal der beteiligten Einrichtungstypen
- **Vorinformation an die Interviewpartner:** Alle Interviewpartner wurden über die Ziele des Projektes vor Beginn der Interviews informiert.
- **Feedback der Beteiligten nach den Interviews:** Die meisten Interviewpartner äußerten sich anschließend positiv im Sinne von positiven Anregungen und Impulsen, die sie durch das Interview, für ihre derzeitige Arbeit bzw. für eine mögliche geplante Konzeptentwicklung mit den an Demenz erkrankten Menschen, erhalten hätten. Alle befragten Leitungspersonen zeigten vorab ein großes Interesse an den Ergebnissen dieses Forschungsprojekts.

4 Ergebnispräsentation

Die Präsentation der Ergebnisse der offenen und geschlossenen Fragen dieser Untersuchung erfolgt nicht stringent bezüglich des Interviewleitfadens, sondern themenbezogen, entsprechend der Forschungsfragen und -annahmen des Forschungsteams.

4.1 Vorstellung von Strukturdaten

Die Interviewer der Alzheimer Gesellschaft Bochum e. V. führten von September 2002 bis Februar 2003 insgesamt **73** Befragungen mit Führungskräften in drei verschiedenen Einrichtungstypen durch.

34 Interviews mit stationären Einrichtungen

36 Interviews mit ambulanten Einrichtungen

3 Interviews mit Tagespflegeeinrichtungen

Unter den **73** Interviewpartnern^{xii} befanden sich **31** Heimleiter sowie **29** Pflegedienstleitungen. Des Weiteren wurden noch **3** Wohnbereichsleitungen interviewt. Die anderen **10** Interviewpartner nahmen verschiedene Positionen, wie Geschäftsleitung, Leitung des sozialen Diensts u. a. innerhalb der einzelnen Einrichtungen, ein.

Die folgende Tabelle 4 zeigt die Verteilung der Trägerzugehörigkeit der teilnehmenden Einrichtungstypen. Von den **73** beteiligten Einrichtungen sind insgesamt **28** Institutionen, freigemeinnützige Einrichtungen mit konfessioneller Bindung, darunter allein **18** stationäre Pflegeeinrichtungen und **25** Einrichtungen privaten Rechts. Bezüglich der drei Einrichtungstypen fällt auf, dass bei den ambulanten Einrichtungen der Anteil von Einrichtungen privaten Rechts von **17** von 36 Einrichtungen und bei den Tagespflegeeinrichtungen **2** von 3 Einrichtungen wesentlich höher ausfällt, als bei den stationären Pflegeeinrichtungen **6** von 34 Einrichtungen.

Träger der Einrichtungen	stationäre Pflege	ambulante Pflege	Tages- pflege	Gesamt/ Stichprobe	in %
kommunale Einrichtungen	2	0	0	2	2,7
Freigemein. Einrichtungen mit konf. Bindung	18	10	0	28	38,4
Freigemein. Einrichtungen ohne konf. Bind.	8	9	1	18	24,7
Einrichtungen privaten Rechts	6	17	2	25	34,2
Gesamtanzahl der Einrichtungstypen	34	36	3	73	100,0

Tabelle 4: Träger der Einrichtungstypen

4.2 Umgang mit Demenzkranken

Die Anzahl der zu versorgenden Demenzkranken (durchschnittlich in %) stellt sich nach Aussagen der Interviewpartner in ihren jeweiligen Einrichtungstypen folgendermaßen dar:

- **66,9%** demenzerkrankte Bewohner in stationären Einrichtungen
- **37%** demenzerkrankte Patienten in ambulanten Einrichtungen
- **81%** demenzerkrankte Tagesgäste in Tagespflegeeinrichtungen.

4.2.1 Versorgung von Demenzkranken in den Einrichtungen

Auf die Frage, ob sie über Versorgungszahlen von Demenzkranken innerhalb ihrer Einrichtungen Statistiken führen würden, beantworteten **54** (74%) von **73** der Befragten mit Nein. Unter den lediglich **18** Einrichtungen, die mitteilten Statistiken zu führen, befanden sich nur **2** ambulante und eine Tagespflegeeinrichtung, hingegen aber **15** von **34** Einrichtungen der stationären Pflege.

Des Weiteren ergibt sich bei der anschließenden Frage nach der Höhe des prozentualen Anteils der Demenzkranken, bei denen eine vom Arzt diagnostizierte Demenz vorliegt (vgl. Tabelle 5), dass durchschnittlich bei circa **11%** all ihrer Demenzkranken bisher keine ärztliche Demenzdiagnose erstellt wurde, die aktuell in den jeweiligen Einrichtungen versorgt werden.

Demenzkranke in den Einrichtungen	stationäre Pflege	ambulante Pflege	Tages- pflege	Gesamt
Anteil Demenzkranker pro Einrichtungstyp insgesamt (in % im Durchschnitt)	66,9 %	37 %	81 %	52,6 %
Demenzkranke der Einrichtung mit ärztlicher Demenzdiagnose (in % im Durchschnitt)	50,6 %	26,1 %	61,7 %	41,5 %
Demenzkranke der Einrichtung ohne ärztliche Demenzdiagnose (in % im Durchschnitt)	16,3 %	10,9 %	19,3 %	11,1 %

Tabelle 5: Demenzerkrankte Menschen in den Einrichtungen

4.2.2 Gründe für fehlende Demenzdiagnosen bei Demenzkranken

Die pflegerischen Leitungskräfte nennen eine Vielzahl von verschiedenen Gründen dafür, warum nicht alle demenzerkrankten Menschen, die von ihren Einrichtungen zum Zeitpunkt der Befragung versorgt wurden, über eine ärztlich gestellte Demenzdiagnose verfügen.

Im Einzelnen konnte mit Hilfe der hier gewählten Auswertungsmethode (vgl. Kapitel 3) basierend auf den Aussagen der Interviewpartner, nachfolgende mögliche Begründungen herausgearbeitet werden.

1. Begründungen der Interviewpartner bezüglich der aktuellen Demenzdiagnostik durch Ärzte.
 - Insgesamt werden zu wenige demenzerkrankte Menschen von Ärzten untersucht bzw. es wird zu selten eine Demenz diagnostiziert.
 - Viele Ärzte machen aus Zeitproblemen zu wenig Hausbesuche.
 - Die Demenzdiagnostik erscheint den Ärzten als nicht so relevant, da es zur Zeit keine adäquate Therapieform bzw. Heilungschancen für Demenzkranke gibt.
 - Viele Ärzte führen keine angemessene Differenzialdiagnostik durch.
 - Bei einem Heimeinzug eines an demenzerkrankten Menschen fehlt häufig eine schriftliche Demenzdiagnose und eine Nachdiagnostik erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt oftmals nicht.
 - Die Ärzte erhalten kein zusätzliches Geld für umfangreiche Demenztests.
2. Begründungen der Interviewpartner bezogen auf die Hausärzte.
 - Den Hausärzten fehlt die notwendige Qualifikation/ Fachlichkeit für eine Demenzdiagnostik und sie sind damit überfordert.
 - Die Durchführung ihrer Demenzdiagnostik ist insgesamt nicht angemessen, sie ist nicht ausführlich genug, und die Hausärzte sehen die Demenzkranken zu selten.
 - Den Hausärzten fehlt es an Sensibilität für die demenzerkrankten Menschen.
 - Es existieren Kompetenzprobleme zwischen den Hausärzten und den Fachärzten, Demenzkranke werden selten zum Spezialisten überwiesen.
3. Begründungen der Interviewpartner bezogen auf die Fachärzte.
 - Es gibt ein zu geringes Angebot an qualifizierten und interessierten Fachärzten.
 - Fachärzte führen sehr selten Hausbesuche durch und dadurch werden Demenzdiagnosen seltener festgestellt.
4. Begründungen der Interviewpartner bezogen auf demenzerkrankte Menschen.
 - Demenzerkrankte Menschen konsultieren zu selten Fachärzte, weil es ihnen an Mobilität fehlt oder sie Ängste und Hemmschwellen haben.
 - Demenzerkrankte Menschen könnten vorübergehend in einen Verwirrheitszustand geraten bzw. ein Durchgangssyndrom erleben.
 - Demenzerkrankte Menschen bagatellisieren ihre Probleme, wenn sie den Arzt aufsuchen oder vom medizinischen Dienst begutachtet werden.
5. Begründungen der Interviewpartner bezogen auf Angehörige von demenzerkrankten Menschen.
 - Sie achten zu wenig auf Demenzanzeichen ihrer Angehörigen.
 - Für viele Angehörige gilt „*verwirrt ist verwirrt*“, sie glauben nicht an Hilfestellung durch Neurologen.

- Demenz ist für viele Angehörige ein Tabuthema, dass nicht offen besprochen wird, sie haben entweder Ängste oder es ist ihnen peinlich.
6. Begründung der Interviewpartner bezogen auf Pflegefachkräfte.
- Die Pflegefachkräfte stellen „*pflegerische Demenzdiagnosen*“, ohne dass eine ärztliche Demenzdiagnose vorliegt.

4.2.2.1 *Schlußfolgerungen*

An dieser Stelle steht die, durch die Interviewpartner geäußerte Kritik, an der zur Zeit praktizierten ärztlichen Demenzdiagnostik, im Mittelpunkt. Diese erscheint ihnen weder in ihrer Quantität (Durchführungshäufigkeit) noch in ihrer Qualität (Differenzialdiagnostik und Demenztests) als angemessen. Des Weiteren erfolgt die Diagnosestellung nach ihrer Meinung zudem häufig nicht frühzeitig genug (Früherkennung). Das pflegerische Führungspersonal betont in diesem Zusammenhang aber auch die eigene Professionalität und Fachlichkeit bezüglich der Demenzdiagnostik. Die pflegerischen Mitarbeiter/innen schätzen derzeit im Durchschnitt **11%** ihrer Bewohner, Patienten oder Tagesgäste als demenzkrank ein, ohne dass bereits eine ärztliche Demenzdiagnose vorliegt.

An dieser Stelle wäre es auch wichtig, die entsprechenden Ärzte (Hausärzte und Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie) im Untersuchungsgebiet zu ihrer Einschätzung hinsichtlich der Fachlichkeit und Qualität der aktuellen Demenzdiagnostik zu befragen. Dies war allerdings nicht im Untersuchungsdesign vorgesehen, sollte aber innerhalb einer weiteren Untersuchung Berücksichtigung finden.

4.3 *Umgang mit Demenzkonzepten und Leitbildern*

Die Frage, ob ihre jeweilige Einrichtung über ein spezielles Konzept^{xiii} für die Versorgung von demenzerkrankten Menschen verfügen würde, beantworteten insgesamt **13** (17,8%) der **73** Interviewpartner mit Ja. Unter diesen **13** Einrichtungen mit Demenzkonzept befinden sich **9** (26,5%) von 34 stationären Einrichtungen, **2** (66,5%) von 3 Tagesstätten aber nur **2** (5,6%) von 36 ambulanten Diensten. (vgl. Abbildung 1)

10 von 13 Leitungskräften gaben zudem an, dass dieses Demenzkonzept auch in schriftlicher Form in ihren Einrichtungen vorliegen würde.

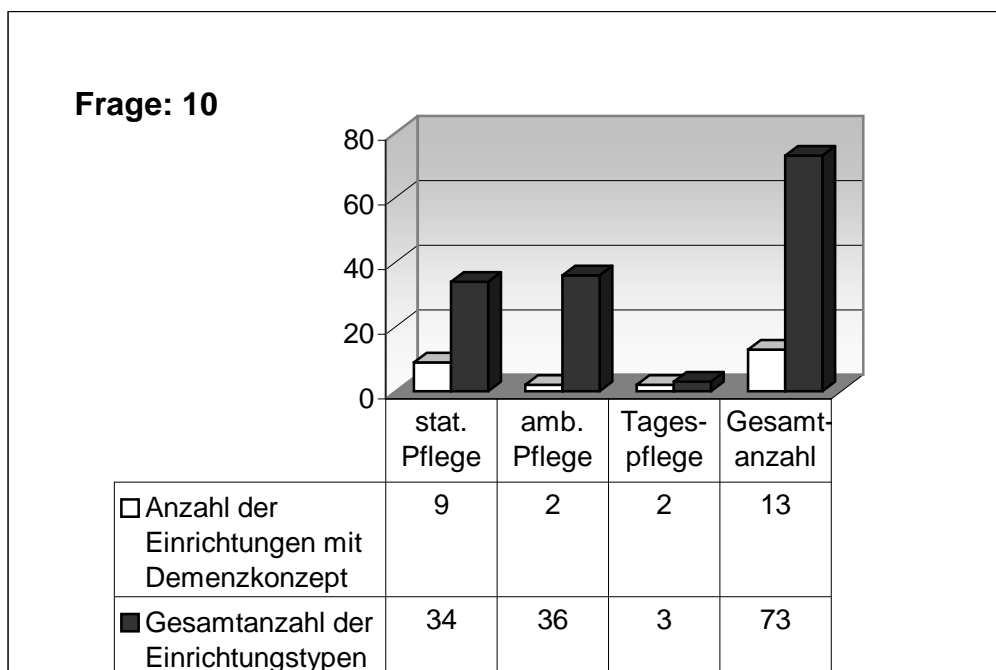


Abbildung 1: Einrichtungen mit Demenzkonzept

4.3.1 Gestaltung und Orientierung von Demenzkonzepten

Des Weiteren äußerte circa ein Drittel der Leitungspersonen, dies entspricht **5** Altenpflegeeinrichtungen, von den insgesamt **13** Institutionen mit Demenzkonzept, dass sich ihre Einrichtungen zur Zeit an einem segregativen Modell, wie z. B. an einem „Hausgemeinschaftsprinzip“, mit einer Einrichtung einer speziellen Wohnküche nur für Menschen mit Demenz, orientieren würden. Von den 8 anderen Einrichtungen orientierten sich 4 an einem Modell mit einer integrativen Ausrichtung, darunter zwei Altenpflegeeinrichtungen und die zwei Tagesstätten. Gemäß ihrer integrativen Orientierung stehen für diese Einrichtungen, ein strukturiertes Tagesprogramm, Gemeinschaftserleben, Außenaktivitäten sowie die Einbindung der Demenzkranken in alle von der Institution angebotenen Aktivitäten, im Vordergrund.

Von den **4** verbliebenen Einrichtungen gab eine Altenpflegeeinrichtung an, sie würde sich an beiden Modellen orientieren und die andere bietet eine Tagesgruppe für Demenzkranke an. Die beiden ambulanten Einrichtungen mit Demenzkonzept machten diesbezüglich keine konkreten Aussagen. Inhaltlich gaben die Leitungspersonen dieser beiden ambulanten Dienste mit Demenzkonzept an, dass die Förderung von „Kontinuität und Tagesstruktur“ für ihre Patienten besonders relevant erscheint und die Pflegeplanung von z. B. Trainingsmaßnahmen im hauswirtschaftlichen Bereich, Gedächtnistraining und Orientierungstraining „Außenaktivitäten z. B. Mitarbeiter und Patient, gemeinsamer Einkauf, Spaziergänge sowie Milieupflege, vertraute Orte Friedhof, Freunde, Cafés besuchen“, einen hohen Stellenwert innerhalb ihrer

konzeptionellen und praxisorientierten Arbeit mit Demenzkranken, hat.

Auf die Frage bezüglich ihrer Konzeptentwicklungsarbeit antworteten die Leitungspersonen der **13** Einrichtungen mit Demenzkonzept nicht nur mit einem insgesamt breit gefächerten Spektrum an potenziellen Orientierungsquellen, wie richtungsweisenden Konzeptideen, Ansätzen, Modellen, Besichtigungen von Einrichtungen mit etablierten Demenzkonzepten und Literaturrecherchen. Darüber hinaus stellten sie auch die Relevanz durch die von ihren eigenen Mitarbeitern bzw. durch ihre z. T. interdisziplinären Teams erarbeiteten Anregungen und Erfahrungen bezüglich der Konzeptarbeit in den Vordergrund.

Die Vielzahl der Orientierungsansätze lässt sich nachfolgend gemäß der herausgearbeiteten **6 Schwerpunkte** für die Demenzkonzeptentwicklung und Implementierung der 13 Einrichtungen hervorheben:

Schwerpunkt 1) Die Konzeptentwicklung orientierte sich an folgenden Modellen/theoretischen Ansätzen und existierenden Konzepten:

- an dem psychobiographischen Pflegemodell von Erwin Böhm^{xiv}
- an den AEDL`s von Monika Krohwinkel^{xv}
- an dem Pflegemodell nach L. Juchli (ATL`s)^{xvi}
- an dem personenzentrierten Ansatz von Tom Kitwood.^{xvii}
- an der Validation von Naomi Feil^{xviii}
- an dem mäeutischen Konzept der „*erlebnisorientierten Pflege*“ von Cora van der Kooij^{xix}
- an dem Betreuungskonzept des Hauses Holle und dessen Umsetzung
- an einem Demenzkonzept einer Einrichtung aus Hamburg
- an dem Wohngruppen-Prinzip des KDA
- an den Leitlinien für den Umgang mit dementiell erkrankten Menschen für die Beratung und Begleitung mit dementiell Erkrankten und Angehörigen.

Schwerpunkt 2) Die Konzeptentwicklung orientierte sich an Literaturrecherchen:

- aus Fachliteratur wie Grond, Krohwinkel, Kitwood
- an Literatur aus dem Vincentz-Verlag / der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie: Arbeitskreis psychiatrische Pflege sowie aus der Schriftenreihe „*ambulante psychiatrische Pflege*“. Richtlinien vom Bundesministerium
- an Informationen über bestehende Demenzkonzepte aus dem Internet, sowie aus dem Qualitätshandbuch des Trägers, zum Beispiel das Qualitätshandbuch des KDA

Schwerpunkt 3) Die Konzeptentwicklung orientierte sich an Hospitationen in vorbildlichen Einrichtungen:

- an den Einrichtungen mit einem speziellen Demenzbereich aus Dortmund und Bochum, u. a. das Barbaraneum und das Wichernhaus

- Hospitationen in Hamburger Einrichtungen, die nach Konzepten von Jan Wojnar arbeiten
- Hospitation in einer kirchlichen Einrichtung in Mönchen Gladbach

Schwerpunkt 4) Die Konzeptentwicklung orientierte sich an Besuchen von demenzspezifischen Veranstaltungen/ Fortbildungen durch Mitarbeiter:

- Teilnahme an Fortbildungen beim Caritasverband zur Konzeptentwicklung
- Besuch von Fortbildungen von 2 Mitarbeitern beim Meinwerk Institut in Paderborn
- Fortbildung eines Mitarbeiters zum Fachpfleger für Gerontopsychiatrie
- Seminarteilnahme an Reihen von Seminaren mit Schwerpunkt Demenz
- durch einen Messebesuch zum Thema Altenpflege

Schwerpunkt 5) Die Anregungen zur Konzeptentwicklung erfolgte durch die Mitarbeiter:

- Der Anstoß, der Wille für Veränderungen in der stationären Demenzpflege kam somit von den Mitarbeitern, die an die Heimleiterin herantraten und ein neues Konzept für die Demenzpflege einforderten.
- Sie orientierten sich an den praktischen Erfahrungen all der Mitarbeiter, die täglich die Demenzkranken versorgen und betreuen.

Schwerpunkt 6) Die Erarbeitung/ Entwicklung und Implementierung des Konzepts erfolgte durch:

- die Gründung einer speziellen Arbeitsgruppe zur Konzeptentwicklung, die aus der Einrichtungsleitung, Pflegekräften sowie der Leitung des sozialen Dienstes bestand.
- das gesamte interdisziplinäre Team, dass auf der Demenzstation arbeitet, es konnte sich dabei jeder Mitarbeiter einbringen.

4.3.1.1 Relevante Aussagen von Demenzkonzeptionen

Die Antworten der 13 Interviewpartner auf die Frage nach den essentiellsten Aussagen, die ihr Konzept zum Thema Demenz bzw. zur Versorgung und Begleitung von Demenzerkrankten Menschen machen würde, werden an dieser Stelle zunächst nur in Form von übergeordneten Kategorien vorgestellt.

- Aussagen zur Orientierung an Pflegemodellen / theoretischen Ansätzen
- Aussagen zum Pflegesystem
- Aussagen zum Pflegeprozess
- Aussagen zur Pflegeplanung für demenzkranke Menschen
 - o übergeordnete Pflegeziele für demenzkranke Menschen
 - o Interventionen und Maßnahmen für demenzkranke Menschen
 - o Betreuungsangebote für demenzkranke Menschen
- Aussagen über Milieuangebote/ Wohnformangebote für demenzkranke Menschen
- Aussagen zur Demenzpflege bezüglich der Mitarbeiter

- Aussagen zur Einrichtung
- Aussagen zur Kooperation mit Ehrenamtlichen
- Aussagen zur Kooperation mit Angehörigen

Eine detaillierte Präsentation dieser Ergebnisse findet sich innerhalb dieses Forschungsberichts u. a. im Kapitel 4.13 Umgang mit dem Pflegeprozess.

4.3.1.2 Schwierigkeiten bezüglich der Umsetzung von Demenzkonzepten in die Praxis

Gemäß der Aussagen der interviewten **13** Führungspersonen der Einrichtungen, die über ein spezielles Konzept zur Versorgung Demenzkranker verfügen, gibt es natürlich auch Schwierigkeiten und Begrenzungen bezüglich eines Transfers der konzeptionellen Vorstellungen in den Pflegealltag. Besondere Schwierigkeiten entstehen aus Sicht der Leitungskräfte dann, wenn es aus finanziellen Gründen nicht möglich ist, den Wohnbereich innerhalb von z. B. Altenpflegeheimen bautechnisch entsprechend den Bedürfnissen der Demenzkranken zu verbessern, sodass z. B. Rundwege für sehr bewegungsaktive Demenzkranke nicht realisiert werden können. Des Weiteren entstehen Probleme dann, wenn Krankenkassen oder Ärzte wichtige Hilfsmittel wie z. B. Rollstühle für Demenzkranke nicht bewilligen würden und schließlich gewünschte und notwendige Fortbildungen, wie z. B. der Fortbildung zur Fachkraft für Gerontopsychiatrie, aus Kostengründen den Mitarbeitern nicht von der jeweiligen Einrichtung mitfinanziert werden könnten.

Die Leitungspersonen der stationären Einrichtungen äußerten zudem Schwierigkeiten mit den Bewohnern, besonders der hohe Anteil von Schwerst-Demenzkranken in den Gruppen sei eine große Belastung und auch ihre nichtdementen Bewohner würden sich zeitweise durch Demenzkranke z. B. beim Essen gestört fühlen. Auch hätten sie zudem manchmal Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der Demenzerkrankung durch die Angehörigen ihrer Bewohner. (vgl. Kapitel 4.11 Umgang mit Angehörigen der Demenzerkrankten)

Einer optimalen Versorgung von Demenzkranken gemäß eines Konzepts sind dann Grenzen gesetzt, wenn insgesamt zu wenige Mitarbeiter und zu wenige qualitativ gut ausgebildete Mitarbeiter für die Versorgung von Demenzkranken vorhanden sind, einige Mitarbeiter private Probleme oder Schwierigkeiten mit der sehr aufwendigen Pflegedokumentation haben und wenn insbesondere ältere Mitarbeiter ein geringeres Interesse an notwendigen Weiterbildungen zeigen. (vgl. Kapitel 4.4.4 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken)

Die Führungskräfte der ambulanten Pflegeeinrichtungen empfinden es als besonders einschränkend für die Umsetzung ihrer Konzeptideen, wenn gerontopsychiatrische Pflege nur für einen sehr kurzen Zeitraum von circa einem Monat genehmigt wird. Dadurch würde es ihnen sehr schwer fallen, die von ihnen anvisierten Pflegeziele, zu erreichen.

4.3.2 Neuentwicklung von Demenzkonzepten

Die Frage, ob sich ein Demenzkonzept zur Zeit in Vorbereitung bzw. Planung befinden würde, beantworteten im Ganzen **25** (34,2%) von 73 Einrichtungen mit Ja, hingegen sprachen sich knapp 50%, also **35** Einrichtungen derzeit gegen eine Entwicklung eines spezifischen Konzepts für die Versorgung von Demenzkranken aus (vgl. mit Tabelle 6). Es fällt auf, dass der Anteil der stationären Einrichtungen, der sich zukünftig mit der Entwicklung eines Konzepts für Demenzkranke auseinander setzen möchte, mit **15** Nennungen deutlich höher ausfällt, als die Bereitschaft zur Konzeptentwicklung durch ambulante Einrichtungen (**9** von 36 Einrichtungen).

Konzeptvorbereitung?	stationäre Pflege	ambulante Pflege	Tages- pflege	Gesamt	in %
Ja, ein Demenzkonzept ist in Vorbereitung	15	9	1	25	34,2
Nein, es ist kein Demenzkonzept geplant	10	25	0	35	47,9
Anzahl der Einrichtungen mit Demenzkonzept	9	2	2	13	17,8
Gesamtanzahl pro Einrichtungstyp	34	36	3	73	100,0

Tabelle 6: Demenzkonzeptvorbereitung in den Einrichtungen

Als mögliche Gründe für das derzeitige Fehlen eines Anreizes für ambulante Einrichtungen, spezielle Demenzkonzepte zu entwickeln, könnten die kritischen Äußerungen einiger Leitungskräfte der ambulanten Dienste über zu geringe Minutenwerte für die Grundpflege für demenzerkrankte Patienten im Leistungskatalog der Pflegekassen, fehlende spezielle Module für Demenzkranke und die nicht angemessenen aktuellen Zeitkorridore für Demenzkranke interpretiert werden.

Von den **25** Interviewpartnern, die Angaben dazu machten, dass sie derzeit ein Demenzkonzept entwickeln würden, steht eine insgesamt stärkere Gesamtorientierung an den Bedürfnissen der demenzerkrankten Menschen im Mittelpunkt von geplanten Neuerungen und Veränderungsideen. Besonders in den nun im Anschluss aufgelisteten Bereichen sehen sie einen speziellen Handlungs- und Entwicklungsbedarf für ihre Einrichtungen. Sie möchten zukünftig:

- die übergeordneten Ziele und Ideen des geplanten Demenzkonzeptes, wie primär die Grundidee einer bedürfnisorientierteren Lebensform für die an Demenz erkrankten Menschen allmählich in die Praxis umsetzen.
- den Ausbau segregativer Gruppenbetreuungen durch Einrichtungen eigener Tagesgruppen für Demenzkranke oder durch „Wohnküchenprojekte“ fördern.
- eine bessere Anpassung des bestehenden „Hausgemeinschaftsprinzips“ des Hauses an die

Bedürfnisse von Demenzkranken fördern, indem es segregative Wohneinheiten für Demenzkranke geben wird, die unterteilt werden nach dem Schweregrad der Orientierung. So sollen zukünftig neue Wohneinheiten für Demenzkranke entstehen, die sich im Anfangsstadium der Erkrankung befinden, für Demenzkranke, die bereits starke Einschränkungen der zeitlichen und örtlichen Orientierung zeigen, sowie Wohneinheiten für Demenzkranke, die keinerlei Orientierung mehr besitzen.

- mehr demenzorientierte Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für ihre Mitarbeiter anbieten und zusätzlich mehr Fachkräfte für Gerontopsychiatrie einstellen, besonders als Präsenzkkräfte für die Tagesbetreuung von Demenzkranken.
- eine Verbesserung der Kooperationen mit Einrichtungen der Altenhilfe anstreben.
- den Pflegeprozess /die Pflegeplanung und die Umsetzung der Interventionen mehr an den Bedürfnissen der Demenzkranken ausrichten und fördern, z. B. durch die Umsetzung baulicher dementengerechterer Maßnahmen, wie u. a. die Einrichtung eines eigenen Speiseraums für die Demenzkranken oder eine Dezentralisierung der Waschküche der Institution, damit die Demenzkranken künftig stärker als bisher in hauswirtschaftliche Tätigkeiten einbezogen werden können, sie z. B. an der Handwäsche eigener Sachen beteiligt werden, oder beim Zusammenlegen der Wäsche helfen können.
- sowie letztendlich die bestehenden Kooperationen zwischen Angehörigen und Pflegenden besser gestalten und ausbauen.

4.3.3 Aussagen über Demenzkranke innerhalb von Leitbildern

Die 60 Führungskräfte der Einrichtungen ohne ein spezielles Demenzkonzept wurden anschließend danach befragt, gemäß welchem Leitbild bzw. auf welcher Arbeitsgrundlage, in ihren Institutionen u. a. auch demenzerkrankte Menschen versorgen würden.

Innerhalb den durch die Interviewpartner beschriebenen Kernaussagen zu Pflegesystemen, dem Pflegeprozess, zum Pflegeverständnis und dem gewählten Menschenbild, zu den Aussagen bezüglich des Mitarbeiterstabes, aller Klienten und der Rolle der pflegenden Angehörigen, der Kooperationspartner der jeweiligen Einrichtung und möglicher Qualitätssicherungsmaßnahmen, benannten die Befragten besonders in Hinsicht auf den praktizierten Pflegeprozess auch demenzspezifische Pflegeziele und Einzelmaßnahmen sowie spezielle Betreuungsangebote.

4.3.3.1 Förderung der Umsetzung von leitbildbezogenen Aspekten in den Praxisalltag durch Leitungskräfte

Um gewährleisten zu können, dass die Vorstellungen bezüglich ihres Leitbildes auch von den einzelnen Mitarbeitern in die praktische Arbeit umgesetzt werden, nannten die Befragten u. a. die systematische Einarbeitung und Förderung ihrer Mitarbeiter zur Unterstützung ihrer

beruflichen Entwicklung und Kompetenzverbesserung. Bei Neueinstellungen wäre auch das Leitbild Gegenstand der Einstellungsgespräche. Sie würden außerdem bei der Bewerberauswahl darauf achten, dass die Mitarbeiter grundsätzlich zu der Philosophie ihres Hauses passten.

Um die Kenntnis des Leitbildes bei jedem einzelnen Mitarbeiter zu fördern, würde jedem Mitarbeiter das Leitbild in schriftlicher Form aushändigt.

Einen allgemeinen Informationsfluss begünstige ihrer Meinung nach ein für alle Mitarbeiter zugängliches Übergabebuch, wöchentliche Dienstbesprechungen, die gewährleisten sollen, dass die Vorstellungen und Ziele des Leitbildes, auch in die Praxis umgesetzt würden. Für besonders relevant halten die Interviewten regelmäßige Mitarbeiterbesprechungen und interdisziplinäre Teambesprechungen. Diese bieten Raum für ihre Mitarbeiter, um gemeinsam mit dem Team ihre Probleme mit der Leitbildumsetzung zu äußern sowie reflektieren zu können.

Auch Fort- und Weiterbildungen sowie regelmäßige Fallbesprechungen und fortlaufende Qualitätszirkel gelten als mögliche Angebote zur Problemanalyse und -lösung.

In einigen ambulanten Einrichtungen erfolgen zusätzlich Qualitätskontrollen vor Ort. Die Patienten, Angehörigen und Mitarbeiter werden dabei von der Leitungsperson befragt und sie bespricht danach mit allen beteiligten Verbesserungsideen. Auch durch eine schriftliche Pflegedokumentation von individuellen und differenzierten Pflegeanamnesen/ Biografien, die später in ausführliche Pflegeplanungen einfließen, könnte man nach Ansicht der Interviewpartner, die Umsetzung von leitbildbezogenen Aussagen in den Pflegealltag besser integrieren.

4.3.3.2 Schlußfolgerungen

Es ist festzustellen, dass die Führungskräfte der befragten Einrichtungen sehr bemüht darum sind, mit Hilfe diverser Maßnahmen, von der Teambesprechung bis hin zu Arbeitskontrollen, die Leitbildideen und die wichtigsten Kernaussagen ihrem Personal nahe zu bringen. Sie verfügen hierfür über ein differenziertes Repertoire an potenziellen Möglichkeiten. Einige Interviewpartner sagten, dass ihnen die Identifizierung der Mitarbeiter mit den Leitideen des Unternehmens besonders wichtig erscheine und dass jedem Mitarbeiter das Leitbild des Hauses bekannt sein sollte.

4.4 Umgang mit den Mitarbeitern

4.4.1 Angaben hinsichtlich des Qualifikationsniveaus der Mitarbeiter

Die Interviewpartner wurden anschließend nach den Anforderungen ihrer Einrichtungen hinsichtlich der Qualifikation Ihrer Mitarbeiter^{xx} befragt.

Bezüglich des Qualifikationsprofils der Mitarbeiter nannten sie primär Fachpersonal mit Kranken und Altenpflegeexamen sowie auch gelernte Krankenpflegehelfer und Arzthelfer. Für das Arbeitsfeld des sozialen Dienstes beschäftigten sie außerdem Mitarbeiter, mit den

Studienabschlüssen Dipl.-Sozialpädagogen und Dipl.-Sozialarbeiter in den verschiedenen stationären Einrichtungen, und ansonsten beschäftigten einige Institutionen noch zusätzlich weiteres Personal, mit diversen verschiedenen Abschlüssen, u. a. wie Ergotherapeuten, Dipl.-Sozialwissenschaftler, Dipl.-Gerontologen, Dipl.-Medienpädagogen, u.a..

Hinsichtlich ihres derzeit beschäftigten pflegerischen Personals äußerten knapp **20%** der Interviewten, dass in ihren Einrichtungen zur Zeit mehr examinierte Mitarbeiter beschäftigt wären, als gemäß der gesetzlich vorgeschriebenen Fachkraftquote von **50%**.

Des Weiteren wurden die Leitungskräfte danach befragt, ob sie auch examiniertes Personal mit Fachweiterbildung für Gerontopsychiatrie oder Psychiatrie in ihren Unternehmen beschäftigen würden. Bezogen auf Einrichtungen mit/oder ohne Demenzkonzept, machten von insgesamt **13** Einrichtungen mit Demenzkonzept **3** (23,1%), gegenüber von nur **4** (6,7%) von **60** Einrichtungen ohne Konzept, Aussagen über Fachkräfte für Gerontopsychiatrie. Insgesamt gaben nur **7** von **73** Einrichtungen, also knapp jede zehnte Einrichtung an, über derartige Pflegefachkräfte zu verfügen. Lediglich **4** von den **7** Leitungspersonen gaben an, über mehr als eine weitergebildete Pflegefachkraft innerhalb ihres Mitarbeiterstabes zu verfügen.

Bezüglich der Relevanz, von o. g. pflegerischen Zusatzausbildungen, äußerten sich einige der interviewten Führungskräfte teilweise sehr skeptisch. Ihrer Meinung nach würde eine solche Fortbildung nicht unbedingt zur Erhöhung der Kompetenz der jeweiligen Mitarbeiter im Umgang mit Demenzkranken beitragen. Auch würden sinnvolle Veränderungen von bestehenden Strukturen in den Einrichtungen eher durch ein gesamtes Team, als durch einen fortgebildeten Mitarbeiter angestoßen werden.

Andere Führungspersonen hingegen, möchten sehr gerne z. B. für die zukünftige Eröffnung eines Wohnbereichs für Demenzkranke innerhalb ihrer Einrichtungen, eine Fachkraft mit Zusatzausbildung Gerontopsychiatrie einstellen. Andere Befragte sprechen sich zwar für fachliche Fortbildungen ihrer Mitarbeiter aus, schoben diese Weiterbildungsmaßnahmen bisher allerdings auf Grund von finanziellen Engpässen auf.

4.4.1.1 *Schlußfolgerungen*

Trotz der unterschiedlichen Standpunkte zur Einschätzung der Bedeutsamkeit der Fortbildung zur Pflegefachkraft für Gerontopsychiatrie ist sich die Mehrzahl der Interviewten darüber einig, dass eine grundsätzliche Verbesserung der qualitativen und quantitativen Personalressourcen für eine Optimierung der zukünftigen Versorgung von Menschen mit Demenz erforderlich ist. Besonders sinnvoll erscheint es ihnen, dass die an der Demenzpflege beteiligten Mitarbeiter, an regelmäßigen Schulungen und Fortbildungen bezüglich des Umgangs, der Betreuung und Versorgung der Demenzkranken, teilnehmen sollten. (vgl. Kapitel 4.5 Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter)

4.4.2 Anforderungen an Mitarbeiter bezüglich der Demenzversorgung

Nach Einschätzungen der befragten Führungskräfte müssen die Mitarbeiter in der Pflege von Demenzkranken vor allem über eine Reihe von persönlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten verfügen.

Mitarbeiter in der Pflege von Demenzkranken sollten Eigenschaften wie Nächstenliebe, Toleranz, Hilfsbereitschaft, Geduld und Flexibilität besitzen.

Des Weiteren wären nach Meinung der Interviewpartner, fachliche Kenntnisse und Kompetenzen, wie eine sehr gut geschulte Wahrnehmung bzw. Krankenbeobachtung, ein Verständnis für das Krankheitsbild Demenz, z. B. das Bewusstsein für die Unveränderbarkeit der Defizite und das Vorhandensein spezieller Kenntnisse im Umgang mit Demenzkranken, wünschenswert. Zudem wäre es hilfreich, wenn die Mitarbeiter die Arbeit mit Demenzkranken überdies als eine persönliche Herausforderung betrachteten und den Mut besäßen, auch innovative Wege in der Begleitung von Demenzkranken zu gehen sowie dies auch den Angehörigen in geeigneter Weise vermitteln zu können.

4.4.3 Zusätzliche Qualifizierungsanforderungen an die Mitarbeiter von Einrichtungen mit Demenzkonzept

Zusätzlich zu den in den Kapiteln 4.4.1 und 4.4.2 genannten Anforderungskriterien bezüglich der Qualifikation ihrer Mitarbeiter, erwarten und wünschen die befragten Führungskräfte der Einrichtungen, die über ein Demenzkonzept verfügen, dass alle Mitarbeiter, die speziell für die Versorgung und Betreuung von Demenzkranken zuständig sind, auch regelmäßig an ausgewählten Fort- und Weiterbildungsangeboten teilnehmen, sollten. Die Ziele und Inhalte dieser Weiterbildungsveranstaltungen, die aus Sicht der hier Befragten als angemessen und sinnvoll für eine Demenzversorgung erscheinen, variieren, je nach konzeptioneller Schwerpunktsetzung und Ausrichtung der untersuchten Einrichtungen mit Demenzkonzept. Einige Interviewpartner machten auch konkrete Angaben über mögliche Zielsetzungen/ Inhalte von relevanten Veranstaltungen, wie *„Personenzentriertheit, Lebensweltorientierung und Familienorientierung, das Auskennen mit den Merkmalen der Prägungszeit der Demenzkranken, Kinästhetik^{xxi} mit Schwerpunkt demenzerkrankte Menschen“*. Die befragten Leitungspersonen erwarten von ihren Mitarbeitern nicht nur die Teilnahme an Schulungen und Fortbildungen, sondern darüber hinaus wünschen sie sich, dass alle an der Demenzpflege beteiligten Mitarbeiter an internen Hospitationen, z. B. im hauswirtschaftlichen Bereich ihrer Einrichtungen teilnehmen oder externe Hospitationen in Institutionen mit segregativen Wohnbereichen für Demenzkranke, absolvieren.

4.4.3.1 *Schlußfolgerungen: Einschätzung der Qualifikation ihres Personals durch die Leitungskräfte*

Für viele der befragten Leitungskräfte sind die persönlichen Eignungsmerkmale der Mitarbeiter wichtiger als die berufliche Qualifikation. Nach Meinung der Befragten besteht die entscheidende Voraussetzung für eine gute Demenzenbetreuung darin, dass die Mitarbeiter gerne mit Demenzerkrankten zusammenarbeiten würden.

Die Leitungskräfte der befragten Einrichtungen sind mit der derzeitigen Qualifikation und der Erfüllung der o. g. Anforderungskriterien ihres Personals, bezogen auf den Umgang und die Versorgung von Demenzkranken, insgesamt recht zufrieden. Allerdings beklagen einige Befragte, dass sie zum Teil auch über zu wenig ausgebildetes Personal verfügen sowie in einigen Fällen zur Zeit sogar einen „*Personalmangel*“, innerhalb der Einrichtungen, erleben.

Viele Interviewpartner antworteten auf die Frage, welche besonderen Vorzüge ihre Einrichtungen herausstellten, wenn Angehörige von Demenzkranken nach Leistungen und Angeboten für Menschen mit Demenz fragen würden, dass sie nicht nur generell ihre Mitarbeiter für „*das wichtigste Kapital einer Pflegeeinrichtung*“ halten, sondern dass sie in der Regel überwiegend gute, verlässliche, engagierte und fachlich qualifizierte Mitarbeiter beschäftigen würden. Darüber hinaus würden ihre Mitarbeiter größtenteils auch über langjährige Erfahrungen in der Versorgung und Betreuung von Demenzkranken verfügen und zum Teil an entsprechenden Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilgenommen haben. Andere Führungskräfte betonten außerdem noch, dass ihre Mitarbeiter, besonders im Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen der Demenzkranken, geduldig, einfühlsam, verständnisvoll sowie sensibel seien.

Deshalb erscheint es einigen Interviewpartnern auch besonders bedeutungsvoll, dass sie in ihrer Funktion persönlich dazu beitragen, die Motivation der Mitarbeiter zu steigern, um eine größtmögliche Arbeitszufriedenheit zu erreichen, sowie auch die persönlichen Grenzen der Mitarbeiter und ihre, in den folgenden Kapiteln beschriebenen individuellen Probleme und Schwierigkeiten innerhalb des Arbeitsalltags mit den Demenzkranken sowie ihren Angehörigen, versuchen, durch adäquate Angebote der Einrichtungen aufzufangen. (vgl. u. a. Kapitel 4.6 Umgang mit Supervision und Kapitel 4.4.4 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken)

4.4.4 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken

Die befragten Leitungskräfte schilderten eine Reihe von Schwierigkeiten, mit denen die Mitarbeiter in der Pflege von Demenzkranken konfrontiert werden. Dabei nannten **15** (25%) der 60 Einrichtungen ohne Demenzkonzept, dass ihre Mitarbeiter generell zu wenig Zeit für die

Versorgung von Menschen mit Demenz hätten, und dadurch z. B. häufiger die Förderung von aggressiven Verhaltensweisen bei den Demenzkranken begünstigt würde, die Mitarbeiter aus Zeitgründen spezielle engmaschige Anleitungen bei z. B. der Nahrungsaufnahme nicht immer gewährleisten könnten und sie dadurch die Demenzkranken nicht immer so individuell betreuen könnten, wie es eigentlich angemessen wäre. Auch fehlende finanzielle Ressourcen sowie ein zum Teil wenig ausgebildetes Personal sowie „*Personalmangel*“, wurde von einigen Leitungspersonen, vornehmlich aus Einrichtungen ohne Demenzkonzept, als relevante Ursachen für das Entstehen von Schwierigkeiten im Umgang mit Demenzkranken angeführt.

Weitere mögliche Ursachen aus der Perspektive der befragten Interviewpartner, bezüglich potenzieller Schwierigkeiten ihrer Mitarbeiter sind:

1) Schwierigkeiten innerhalb des Arbeitsalltags ihrer Mitarbeiter mit Demenzkranken.

- Die zeitaufwendige- und personalbindende Einarbeitung neuer Mitarbeiter in die Teams. Die neuen Mitarbeiter, die bislang wenig Kontakt im Umgang mit Demenzkranken hatten, müssen sehr genau in die Versorgung von Demenzkranken durch die erfahrenen Mitarbeiter eingewiesen werden.
- Die Gewährleistung der Bezugspflege für intensive Kontakte und Einzelbetreuungen von Demenzkranken z. B. bei generellem Personalmangel oder wenn Mitarbeiter durch Krankheit ausfallen.
- Die in der ambulanten Pflege Tätigen, sind bei Herausforderungen, die sich aus der Arbeit mit Demenzkranken ergeben, in der konkreten Situation auf sich alleine gestellt und können nicht, wie die Mitarbeiter innerhalb von stationären Einrichtungen, sofort auf die Unterstützung durch andere Pflegemitarbeiter zurückgreifen.
- Wenn es in der Pflegepraxis zu leichten Abweichungen zwischen der gelernten Theorie und den Anforderungen innerhalb der jeweiligen Situation kommt, entstehen für viele Mitarbeiter ohne lange Berufserfahrung Konflikte.
- Ein flexibler Umgang mit permanent neuen Herausforderungen im Umgang mit Demenzkranken ist für viele Mitarbeiter häufig nicht nachvollziehbar und umsetzbar.

2) Schwierigkeiten mit den Grenzen einer ganzheitlich ausgerichteten Pflege.

- Akzeptanzprobleme der Mitarbeiter, wenn Demenzkranke bei Zunahme der Pflegebedürftigkeit innerhalb der Einrichtungen in andere Wohnbereiche umziehen müssen. Die Mitarbeiter sagen dann: *"Wir wollen doch ganzheitlich arbeiten. Dann wollen wir den Patienten auch bis zum Ende behalten."*

3) Schwierigkeiten der Mitarbeiter mit der Umsetzung von speziellen Bedürfnissen und Wünschen der Demenzkranken.

- Manchmal kommt die aktivierende Pflege zu kurz, die Mitarbeiter machen vieles selber,

damit es schneller geht, wenn sich z. B. ein dementiell erkrankter Bewohner mit dem Sammeln von Papierservietten beschäftigt, wird dies von den Pflegenden als „Müll“ bezeichnet und dementsprechend zum Missfallen der Demenzkranken entsorgt.

- Probleme der Umsetzung sexueller Bedürfnisse „*Sexualtrieb*“, wie mündliche Anspielungen und handgreifliche Tätigkeiten der Demenzkranken gegenüber anderen Patienten/Bewohnern/ Tagesgästen und Mitarbeitern.
- Schwierigkeiten der Mitarbeiter, sich im Hinblick auf die Bedürfnisse der Demenzkranken in einer ständigen Gradwanderung zwischen Fürsorgepflicht und Freiraumgewährung zu befinden.
- Schwierigkeiten zwischen Umsetzung und Respektierung individueller Bedürfnisse, z. B., wenn ein Demenzkranker sehr „*bewegungsarm und träge*“ ist und das Personal ihn eigentlich zu Selbstständigkeit aktivieren möchte oder Demenzkranke, die kälteempfindlich sind und sich im Sommer eine dritte Unterhose anziehen möchten.
- Zerstörungen von persönlichem Eigentum anderer Patienten/ Bewohnern/ Tagesgästen sowie dem Inventar der Einrichtungen, wie Tischdecken, Gardinen, usw. .

4) Schwierigkeiten der Mitarbeiter mit dem Krankheitsbild Demenz.

- Auch wenn das Wissen über Demenz bei den Mitarbeitern bereits vorhanden ist, dauert „*das Verstehen der Krankheit sehr lange*“.
- In den Ausbildungen der Mitarbeiter wird zwar das Thema Demenz gelehrt, aber sie lernen nicht, sich abzugrenzen. Es fällt vielen nicht leicht, die Krankheit als solche anzunehmen. Hinzu kommt, dass jeder Demenzkranke sich anders verhält und auch eine andere Ansprache benötigt, hier müssen die Mitarbeiter sehr flexibel sein und sich immer wieder auf jeden neu einstellen.

5) Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit belastenden Situationen bezüglich Demenzkranker.

- Beim Umgang mit Situationen, die die Grenzen der Zumutbarkeit für die Versorgung überschreiten, z. B. innerhalb der ambulanten Versorgung, wenn eine demenzkranke Patientin Flohbefall in der Wohnung hat und Mitarbeiter von Flöhen angesprungen werden, sodass letztendlich der Einsatz eines Schädlingsbekämpfers durch die Mitarbeiter initiiert werden musste, damit die Versorgung erneut gewährleistet werden konnte.
- Bei mangelnder Kooperation mit den Demenzkranken z. B., wenn die Bewohner / Patienten keine Körperpflege zulassen wollen, den Blutzucker sich nicht sticksen lassen wollen, etc.
- Überforderung auch von erfahrenen Mitarbeitern im Umgang mit verhaltensauffälligen Demenzkranken mit z. B. fremd aggressivem Auftreten.

6) Schwierigkeiten der Mitarbeiter aufgrund ihrer eigenen Anspruchshaltung und

fehlender Toleranz gegenüber Demenzkranken.

- Viele Mitarbeiter haben selbst hohe Ansprüche an Hygiene, Ordnung und Sauberkeit. Wenn die Bedürfnisse und Gewohnheiten der Demenzkranken sich nicht mit den Hygienevorstellungen der Mitarbeiter decken, kann es zu Spannungen kommen.
- Viele Mitarbeiter nehmen die Schwierigkeiten im Umgang mit Demenzkranken sehr persönlich.
- Mitarbeiter haben einen hohen Versorgungsanspruch und übersehen dabei teilweise die möglichen Ressourcen der Demenzkranken.

7) Probleme der Mitarbeiter mit Beziehungsschwierigkeiten zwischen einem Demenzkranken und anderen Bewohnern.

- Probleme beim Essen: Ein demenzkranker Bewohner nimmt einem anderen das Essen weg und isst es selbst. Die Mitarbeiter setzen sich beim Essen neben den Demenzkranken und versuchen ihn abzulenken.
- Probleme der Zimmerbelegung: Der Umgang mit den Beziehungen der Demenzkranken untereinander, sowie die Vermittlung zwischen den Bewohnern ist häufig problematisch, beispielsweise wenn zwei Bewohner in einem Doppelzimmer leben und dabei Konflikte und Probleme zwischen den unterschiedlichen Bedürfnissen der beiden Bewohner entstehen.
- Probleme bei ausgeprägter Unruhe: Häufig entstehen Konflikte zwischen mobilen und immobilen Demenzkranken, *„einerseits nach möglichst uneingeschränkter Bewegungsfreiheit und andererseits nach Ruhe und Ungestörtheit“*.

8) Spezielle Schwierigkeiten der Mitarbeiter von Einrichtungen mit Demenzkonzept.

- Schwierigkeiten mit Mitarbeitern, die auch oder aufgrund von jahrelanger Arbeit mit Demenzkranken den Wunsch nach Veränderung zeigen, weil sie z. B. wieder mehr direkte verbale Kommunikation zu Bewohnern wünschen.
- Mitarbeiter, die durch persönliche Probleme und eigene psychische Belastungen so stark belastet sind, dass sie zeitweise oder keinen Zugang mehr zu Demenzkranken finden können. Es ist nicht jeder Mitarbeiter in jeder Lebenslage dazu fähig, gute Demenzpflege zu leisten.
- Entstehung von Schwierigkeiten und Problemen innerhalb des Teams, unter denen auch die Arbeitsmotivation sowie der Umgang mit den Demenzkranken leiden könnte.

4.4.4.1 Allgemeine Lösungsansätze für die Bewältigung der Schwierigkeiten der Mitarbeiter mit den Demenzkranken

Die Interviewpartner der hier untersuchten Einrichtungen offerierten seitens ihrer Einrichtungen verschiedene Angebote und Möglichkeiten zum konstruktiven Umgehen ihrer Mitarbeiter mit

deren individuellen Problemen und Schwierigkeiten mit den Demenzkranken. Sie favorisierten regelmäßige Teamgespräche und Fallbesprechungen, in denen alle beteiligten Mitarbeiter gemeinsam überlegen könnten, welche Lösungen möglich wären und welche nicht und wo es für die Teams bezogen auf eine generelle Demenzversorgung noch Verbesserungspotenziale geben könnte. Ein Ziel dieser Teamgespräche besteht nach Ansicht der Befragten darin die Mitarbeiter für die speziellen Bedürfnisse der Demenzkranken, zu sensibilisieren. Auch innerhalb ihrer Einsatzplanungen möchten die Leitungskräfte die besonderen Fähigkeiten oder Aversionen der Mitarbeiter gegenüber bestimmter Demenzkranker mitberücksichtigen, z. B: *"Heute kann ich Frau Müller nicht versorgen"*.

Neue Mitarbeiter werden innerhalb der Einrichtungen sehr gründlich auf die Arbeit mit Demenzkranken vorbereitet, indem erfahrene Mitarbeiter sie in den ersten Wochen bei ihren Einsätzen begleiten und als ständige Ansprechpartner zur Verfügung stehen würden.

Des Weiteren halten viele der befragten Einrichtungsleitungen die Teilnahme an adäquaten Fort- und Weiterbildungen, Qualitätszirkeln sowie Fallbesprechungen durch ihre Mitarbeiter für notwendig und wichtig.

Spezielle konstruktive Lösungsansätze bezüglich des Umgangs mit speziellen Problemen und Bedürfnissen von Demenzkranken sowie der Umsetzung innerhalb des Pflegeprozesses durch ihre Mitarbeiter finden u. a. im Kapitel 4.13 Umgang mit dem Pflegeprozess, in dieser Untersuchung, Berücksichtigung.

4.4.5 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Angehörigen von Demenzkranken

Die befragten Leitungskräfte berichten von zahlreichen Schwierigkeiten im Umgang mit Angehörigen von Demenzkranken. Angehörige und Pflegekräfte hätten nach Aussagen der Leitungskräfte oftmals sehr unterschiedliche Vorstellungen darüber, was eine richtige Pflege von Demenzkranken ausmacht.

Folgende Schwierigkeiten im Umgang mit Angehörigen werden dabei besonders hervorgehoben:

- Angehörige, die Ängste haben, dass ihre demenzerkrankten Angehörigen überfordert werden könnten, zeigen eine ablehnende Haltung gegenüber der Durchführung von aktivierenden Pflegemaßnahmen durch die Mitarbeiter.
- Die Anliegen und Hinweise der Angehörigen erscheinen den Mitarbeitern häufig nicht nachvollziehbar und teilweise nicht verständlich, wenn die Angehörigen z. B. falsche Vorstellungen darüber besitzen, worin die Grenzen von Pflegeleistungen bestehen und nach Ansicht der Mitarbeiter quasi „*Hotelleistungen*“ erwarten, und Ansprüche und Gegenleistungen äußern wie „*tägliches Duschen*“ und „*ständig saubere Kleidung*“.

- Durch den Umgang mit einzelnen Angehörigen, von denen Mitarbeiter wissen, dass es aufgrund der Überforderung mit der Situation auch zu Gewalttätigkeiten zwischen Demenzkranken und Angehörigen kommt, geraten Mitarbeiter in Konfliktsituationen.
- Es gibt Angehörige, die grundsätzlich kein Interesse, an einer Kooperation mit den Mitarbeitern haben oder den Stellenwert einer solchen Zusammenarbeit nicht hoch genug einschätzen.

Des Weiteren meinten die Interviewpartner, dass die Umsetzung von Pflegehinweisen / Anweisungen sowie Wünschen der Angehörigen oftmals sehr schwierig ist,

- wenn ihren Mitarbeitern generell das Bewusstsein dafür fehlt, dass die Kenntnisse und Hinweise der Angehörigen hilfreich für den Umgang mit Demenzkranken sind.
- wenn sich die Wünsche der Angehörigen nicht mit den Bedürfnissen der versorgten Erkrankten decken.
- wenn die Wünsche der Angehörigen juristisch bedenklich sind z. B. bei Weglauftendenzen eines Demenzkranken sollen die Mitarbeiter ambulanter Dienste gemäß der Angehörigen die Wohnungstür abschließen.
- und wenn die Berücksichtigung von Wünschen, Hinweisen sowie Erwartungen der Angehörigen im Widerspruch zur Pflegefachlichkeit der Mitarbeiter stehen, bzw. eine fachlich falsche Pflege durch die Mitarbeiter zur Folge hätte, die aus Sicht der Mitarbeiter mehr Schaden als Nutzen für den Patienten zur Folge hätte, z. B. bei bestehenden Differenzen bezüglich hygienischer Pflegemaßnahmen, Medikamentenverabreichungen und bei einer dringend indizierten Lagerungsnotwendigkeit bei z. B. immobilen Demenzkranken.

4.4.5.1 Lösungsansätze für den Umgang von Mitarbeitern mit Angehörigen inklusive des Umgangs mit Angehörigenhinweisen

Nach Aussagen der hier befragten Leitungspersonen sind Pflegehinweise, Anregungen und Hinweise durch die Angehörigen grundsätzlich für sie und ihre Mitarbeiter sehr wichtig und unentbehrlich, da diese Informationen häufig hilfreich für die Pflege von Demenzkranken sind. Ohne diese Hinweise würden sie wesentlich mehr zeitliche und personelle Ressourcen für eine angemessene Informationssammlung benötigen, um z. B. auf die individuellen Bedürfnisse der Demenzkranken entsprechend reagieren zu können. Führungspersonen von Einrichtungen mit Demenzkonzept betonten diesbezüglich, dass gemäß ihrer Erfahrungen, einige Angehörige noch zu wenige Hinweise, bezüglich persönlicher Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen der Demenzkranken, geben würden. (vgl. Kapitel 4.14 Biografiearbeit)

Viele ihrer Mitarbeiter sind grundsätzlich um eine konstruktive Kooperation mit den Angehörigen bemüht. Einige Leitungskräfte betonten, dass die Zusammenarbeit mit den

Angehörigen noch intensiviert werden müsste.

Eine große Anzahl der Interviewpartner gab ausdrücklich an, dass ihre Mitarbeiter die Hinweise und Wünsche der Angehörigen nicht nur schriftlich dokumentierten, sondern diese auch mit in die Pflegeplanung integrieren würden.

Einige Leitungspersonen von Einrichtungen mit Demenzkonzept gaben an, darüber hinaus hätten ihre Mitarbeiter einen speziellen Angehörigenbogen entwickelt, in dem sie die Bedürfnisse und Erwartungen der Angehörigen an die Einrichtung festhalten und immer wieder überprüfen würden. Besonders wichtig ist es ihnen, die Angehörigen nach Möglichkeit direkt in den Pflegeprozess einzubinden und mit ihnen auch eng Pflegeziele und Pflegemaßnahmen ihrer demenzerkrankten Familienmitglieder abzustimmen.

4.5 Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter

4.5.1 Demenzspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote für Teams von Mitarbeitern

Die Frage, ob ein gesamtes Team ihrer Einrichtung in den letzten zwölf Monaten gemeinsam an einer Fort- und Weiterbildung mit dem Themenschwerpunkt „Demenz“ teilgenommen hätte, wird in der Tabelle 7 gemäß der quantitativen Verteilung nach Einrichtungen mit bzw. ohne Demenzkonzept veranschaulicht.

Demenzfortbildung?	E. mit Demenzkonzept		E. ohne Demenzkonzept		Gesamt	
	in %	in %	in %	in %	in %	in %
ja , ein Team hat an einer gemeinsamen Fortbildung mit dem Thema Demenz teilgenommen	7	53,8	14	23,3	21	28,8
nein , keine Demenzfortbildung	6	46,2	46	76,7	52	71,2
Gesamtanzahl der Einrichtungen	13	100,0	60	100,0	73	100,0

Tabelle 7: Fortbildungen von Teams zum Thema Demenz

Es fällt auf, dass von dem Drittel, also von **21** der 73 Einrichtungen, die angaben, gesamte Teams bezüglich demenzspezifischer Themen an Fortbildungen teilnehmen zu lassen, der Anteil bei Einrichtungen ohne Demenzkonzept prozentual mit 23,3% (entspricht **14** von 60 E.) wesentlich geringer ausfällt, als bei Einrichtungen mit Demenzkonzept mit über 50% (entspricht **7** von 13 Einrichtungen).

Die nun folgende Tabelle 8 bietet einen Überblick darüber, an welchen demenzspezifischen Fortbildungen Teams der **21** Einrichtungen gemeinsam, innerhalb der letzten 12 Monate, teilgenommen haben.

Demenzbezogene Fortbildungsthemen für ein gesamtes Team der Einrichtung	E. mit Demenzkonzept	E. in der Demenzkonzept Vorbereitung	sonstige E. ohne Demenzkonzept	Gesamt
- Grundlagen zum Thema Demenz / Umgang mit Demenzkranken	2	5	2	9
- integrative Validation nach Nicole Richard	2	0	1	3
- Validation nach Naomi Feil		2	0	2
- Praxisanwendung nach E. Böhm	1			1
- Pflegemodell nach E. Böhm	0	1	0	1
- „Gewalt in der Pflege“ (Grond), auch im Hinblick auf Demenzkranke	0	1	0	1
- 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg	0	0	1	1
- DCM	0	0	1	1
- Basale Stimulation	0	0	1	1
- Aromatherapie	0	0	1	1
- Krankheitsbild und medikamentöse Therapiemöglichkeiten der Demenz	0	0	1	1
- Pflegedokumentation (inklusive Demenz)	0	0	1	1
- Kinästhetik	0	0	1	1
- Qualitätssicherung, Lagerung, Hygiene unter spezieller Berücksichtigung von Demenzkranken	1	0	0	1
- Leitlinien im Umgang mit dementiell veränderten Patienten (ambulant)	1	0	0	1
Gesamtanzahl der genannten Themen	7	9	10	26

Tabelle 8: Demenzspezifische Fortbildungsthemen

Im ganzen hatte jede der 7 Einrichtungen mit Demenzkonzept, zu **einem** Thema eine Fortbildung für gesamte Teams, davon 2 Nennungen „Grundlagen zum Thema Demenz“, durchgeführt. Die 14 Einrichtungen ohne Konzept, inklusive von 7 E. in der Demenzkonzeptvorbereitungsphase, boten insgesamt 19 demenzbezogene Fortbildungsthemen für gesamte Teams an. Bei den 7 Einrichtungen, die sich derzeit in einer Konzeptvorbereitungsphase befinden, fällt besonders auf, dass davon alleine 5 Einrichtungen innerhalb des letzten Jahres ganze Teams bezüglich von „Grundlagen zum Thema Demenz und Umgang mit Demenzkranken“ geschult haben. Subsummiert boten 9 von 21 Einrichtungen, das Thema: „Grundlagen zum Thema Demenz / Umgang mit Demenzkranken“, als Schulungsthema für gesamte Teams, ihren Mitarbeitern an.

4.5.2 Demenzspezifische Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter

Des weiteren war es für diese Untersuchung von Interesse zu erfahren, zu welchen der folgenden 14 vorgegebenen Themen,^{xxii} haben einzelne Mitarbeiter oder mehrere Mitarbeiter der 73 Einrichtungen, im Verlauf des letzten Jahres, an einer Fort- oder

Weiterbildungsmaßnahme teilgenommen.

vorgegebene Fortbildungsthemen	Von 13 E. mit Demenzkonzept:	anteilig in %	Von 60 E. ohne Demenzkonzept:	anteilig in %	Gesamt	in %
- Demenz	10	76,9	20	33,3	30	41,1
- Depression	5	38,5	11	18,3	16	21,9
- Psychopharmaka	3	23,1	9	15,0	12	16,4
- Basale Stimulation	6	46,2	19	31,7	25	34,2
- Validation N. Richard	5	38,5	6	10,0	11	15,1
- Validation N. Feil	2	15,4	10	16,7	12	16,4
- Kinästhetik	6	46,2	37	61,7	43	58,9
- DCM	5	38,5	7	11,7	12	16,4
- Angehörigenarbeit	6	46,2	17	28,3	23	31,5
- 10-min-Aktivierung	3	23,1	9	15,0	12	16,4
- Biographiearbeit	6	46,2	16	26,7	22	30,1
- Pflegeplanung und Demenz	4	30,8	23	38,3	27	37,0
- Sterbebegleitung	5	38,5	27	45,0	32	43,8
- Kooperationen	6	46,2	11	18,3	17	23,3
- Andere	6	46,2	36	60,0	42	57,5
Gesamtnennungen der Fortbildungsthemen	78		258		336	

Tabelle 9: Anzahl der Nennungen zu vorgegebenen Fortbildungsthemen

Bezogen auf alle 73 Einrichtungen erscheint es bemerkenswert, dass **eins** der 14 Fortbildungsthemen mit einem Anteil von knapp 60%, nämlich „Kinästhetik“ mit **43** Nennungen (58,9%), sowie **zwei** von 14 Themen, mit über 40%, wie „Sterbebegleitung“ mit **32** Nennungen (43,8%) und „Demenz“ mit **30** Nennungen (41,1%), von den Leitungspersonen als Themen der Fortbildungen, benannt wurde. Betrachtet man innerhalb der Tabelle 9 bezüglich der Einrichtungen mit Demenzkonzept zu Einrichtungen ohne Demenzkonzept, die Relationen der Themennennungen, kann man feststellen, dass Einrichtungen mit Konzept deutlich häufiger Mitarbeiter an Schulungen dieser 14 Themenschwerpunkte teilnehmen lassen. Anhand des Fortbildungsthemas „Demenz“ zeigt sich ein besonders offensichtlicher Unterschied, mit **10** Nennungen (76,9%) von Einrichtungen von 13 mit einem Konzept für Demenzkranke, gegenüber lediglich **20** Nennungen (33,3%) von den 60 Einrichtungen ohne Demenzkonzept. Unter „Andere“ Fortbildungsthemen nannten **6** von 13 Interviewpartnern, deren Einrichtungen über ein Demenzkonzept verfügen, insgesamt weitere **14** Themen, davon wurde **2** mal das

Thema „*Pflegeplanung*“ angegeben. **36** von 60 Einrichtungen ohne Demenzkonzept gaben **46** weitere Themen an, davon mit **13** Nennungen als häufigste Angabe, das Fortbildungsthema „*Pflegeplanung*“.

4.5.3 Demenzspezifische Fortbildungsinhalte und Ziele für Mitarbeiter

Leitungspersonen von Einrichtungen mit Demenzkonzept favorisieren Fortbildungsinhalte, wie den Umgang mit Teamproblemen und Schulungen ihrer Mitarbeiter im Umgang mit den Angehörigen zu Themen wie der „*familienorientierten Pflege*“. Einrichtungen ohne entsprechende Demenzkonzepte halten Diskussionen des Themas Demenz unter Beteiligung aller Mitarbeiterebenen, damit die Verhaltensänderungen der chronisch Erkrankten bezüglich ihrer dementiellen Symptomatik im Alltag besser erkannt und berücksichtigt werden könnten sowie eine angestrebte Verbesserung der Sensibilisierung aller Mitarbeiter für die Belange der Angehörigen von Demenzkranken, im Moment für wichtige Schulungsziele.

4.5.3.1 Wünsche für zukünftige Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter von Einrichtungen ohne Demenzkonzept

Als Themenschwerpunkte für zukünftige Fortbildungen und Schulungen ihres Personals wünschen sich die Leitungspersonen von Einrichtungen ohne Konzept die Teilnahme ihrer Mitarbeiter an Fort- und Weiterbildungen, wie

- Fortbildungen in Validation
- Regelmäßige Schulungen aller Mitarbeiter zum Thema Demenz
- die Teilnahme an „*Benchmarking*“ -Schulungen und Projekten, damit u.a. alle Wünsche der Demenzkranken zukünftig ernst genommen werden können
- das Training eines Einfühlungsvermögens im Umgang mit Demenzkranken
- die Vermittlung von weiteren Fachkenntnissen zum Thema Demenz
- sowie Schulungen der Mitarbeiter in der Beobachtung der Demenzkranken, damit diese zukünftig frühzeitig erkennen und verhindern können, dass z. B. ein Patient Käse und Brot nicht isst, sondern in der Wohnung versteckt.

Einige der befragten Leitungspersonen gaben an, dass bezüglich des Fortbildungsplans alle Mitarbeiter ihrer Einrichtungen, ihre Wünsche mit einbringen, könnten z. B., den Wunsch nach einer Schulung zum Thema: „Kommunikation mit Angehörigen.“

4.6 Umgang mit Supervision

Nur knapp jeder Zehnte der Interviewpartner, nämlich **9** (12,3%) von 73, beantwortete die Frage, ob Mitarbeiter ihrer Institution zur Zeit Supervision^{xxiii} durch einen externen Supervisor^{xxiv} erhalten würden, mit ja. In Einrichtungen mit Demenzkonzept wird lediglich in **3** (23,1%) von 13 Einrichtungen Supervision angeboten. Die Mitarbeiter der 60 Einrichtungen ohne Demenzkonzept erhalten noch seltener Supervision. Nur **6** (10%) von 60 Einrichtungen

offerieren ihren Mitarbeitern dieses Angebot.

Gründe dafür, warum die Leitungskräfte der befragten Einrichtungen zur Zeit einem Angebot von extern geleiteten Supervisionsveranstaltungen eher skeptisch gegenüberstehen, werden in Tabelle 10 gemäß der verschiedenen angegebenen Erklärungen, quantifiziert zusammengefasst, dargestellt.

Gründe für die Ablehnung von Supervision,	E. mit Konzept	E. ohne Konzept	Gesamt	%
- da Leitungskräfte keinen Bedarf bzw. keine Notwendigkeit für Supervision sehen	1	16	17	29,8
- aus Kostengründen	0	15	15	26,3
- da kein Interesse bzw. keine Bereitschaft der MA vorhanden ist	2	9	11	19,3
- da MA mit Gruppen-Supervisionen schlechte Erfahrungen gemacht haben	0	11	11	19,3
- da Mobbing zwischen den MA durch Gruppensupervisionen entstehen könnte	0	1	1	1,8
- da zur Zeit ein neuer Supervisor gesucht wird	0	1	1	1,8
- da keine Zeit für Supervision vorhanden ist	0	1	1	1,8
Gesamtnennungen	3	54	57	100,0

Tabelle 10: Begründungen für die derzeitige Ablehnung von Supervision

Zu jeweils knapp einem Drittel, gaben sie als Erklärungen, **15** (26,3%) von 57 Nennungen, Kostengründe sowie das nichtvorhandene Erfordernis bzw. Notwendigkeit für Supervisionsveranstaltungen, **17** (29,8%) von 57 Nennungen, an. Die Interviewpartner mutmaßten des Weiteren, dass seitens ihrer Mitarbeiter ein mangelndes Interesse sowie keine Bereitschaft für die Teilnahme an derartigen Veranstaltungen, **11** Nennungen (19,3%), ein weiterer möglicher Grund für die Ablehnung von Supervision, wäre.

Lediglich **2** (1,3%) von den 64 Einrichtungen, in denen zur Zeit keine Supervision mit externer Begleitung durchgeführt wird, planen es, zukünftig Supervisionsveranstaltungen für ihre Mitarbeiter zu installieren.

Als Alternativen zu o. g. Supervisionsveranstaltungen favorisierten **8** (16,3%) von 49 Führungspersonen die Relevanz guter Teambesprechungen, bezüglich der Lösung von Problemen oder um "*Luft ablassen zu können*". Auf Wunsch der Mitarbeiter bieten einige Interviewpartner ihren Mitarbeitern zur Klärung oder zur Aussprache bei entsprechenden Problemlagen auch Einzelgespräche an. Einige Leitungskräfte, hielten es für zusätzlich wichtig, ihren Mitarbeitern eine permanente Gesprächsbereitschaft für einen entstehenden Gesprächsbedarf, insbesondere bei der Bewältigung von schwierigen Situationen, z. B. im Umgang mit Sterbefällen innerhalb der Einrichtungen, zu signalisieren.

4.6.1 Schlußfolgerungen

Die derzeitig vorherrschende, eher skeptische Haltung gegenüber der Durchführung von Supervision, durch einen externen Supervisor, wird von allen hier befragten Leitungskräften der Institutionen, unabhängig vom Vorhandensein eines demenzspezifischen Konzepts, geteilt.

4.7 Umgang mit Qualitätszirkelarbeit

Knapp ein Drittel aller Befragten, beantwortete die Frage, ob die Mitarbeiter ihrer Einrichtungen an einem internen oder externen Arbeitskreis bzw. Qualitätszirkel teilnehmen würden, der sich auch mit der Bearbeitung von gerontopsychiatrischen Fragestellungen beschäftigt, mit ja. **5** (38,5%) von 13 Einrichtungen, die über ein demenzspezifisches Konzept verfügen, äußerten, dass ihre Mitarbeiter Qualitätszirkelarbeit betreiben. Hingegen nehmen in **16** (26,7%) von Einrichtungen ohne Demenzkonzept, Mitarbeiter an diesen Veranstaltungen, teil. Im Hinblick auf die personelle Zusammensetzung dieser Arbeitskreise fällt auf, dass die **21** Einrichtungen in der Regel interdisziplinäre und multiprofessionelle Konstellationen, bevorzugen.

Des Weiteren beteiligen sich auch Qualitätsbeauftragte in knapp einem Drittel, nämlich in **6** (28,6%) von 21 Einrichtungen, regelmäßig an solchen Qualitätszirkeln.

Etwas mehr als die Hälfte der Interviewpartner, also **11** (52,4%) von 21, gaben an, dass sich ihr Qualitätszirkel regelmäßig einmal im Monat treffen würde. Lediglich in **2** (9,5%) Einrichtungen von 21, finden Arbeitskreise in noch kürzeren Abständen statt, nämlich in einem zweiwöchentlichen Rhythmus. Knapp 40%, also **8** (38,1%) von 21 Einrichtungen, gaben an, ihre Arbeitskreise würden sich entweder nur jeden zweiten Monat einmal oder noch seltener treffen.

4.7.1 Themenauswahl der Qualitätszirkel

Bezüglich der Themenschwerpunkte, die innerhalb dieser Qualitätszirkel bearbeitet werden, finden sich neben demenzspezifischen Fragestellungen auch eine hohe Anzahl von weiteren Themenbereichen, mit folgenden Zielsetzungen:

- Der weitere Aufbau /Ausbau von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagementsystemen.
- Die Optimierung von Arbeitsrichtlinien/ Arbeitsabläufen sowie der Ablauforganisation z. B. Umgang mit „*erste Hilfe Maßnahmen*“ im Fall eines Notfalls für alle Mitarbeiter der Einrichtung.
- Die Problembewältigung von Teams/ Personal, wie Probleme der interdisziplinären, multiprofessionellen Teams mit z. B. dem Umgang von Demenzkranken sowie auftretenden Schwierigkeiten zwischen den Teams oder dem Personal.
- Die Verbesserung der Angehörigen- und Öffentlichkeitsarbeit.

- Der Ausbau/ Aufbau von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen mit anderen Leistungsanbietern der Altenhilfestrukturen, wie z. B. die Pflegeüberleitung zwischen Altenpflegeeinrichtungen - Krankenhäusern und ambulanten Pflegediensten.
- Die Optimierung des Umgangs mit Pflegeplanung und Pflegedokumentation (Entwicklung eines neuen Dokumentationssystems).

Bezüglich der Gesamtanzahl der aktuell innerhalb ihrer Qualitätszirkel bearbeiteten demenzspezifischen Themen, nennt fast jede Einrichtung mit Demenzkonzept entsprechende Themenschwerpunkte, also von **5** Einrichtungen werden **4** Nennungen Demenzthemen angegeben, hingegen von den **16** Einrichtungen ohne Demenzkonzept nur **12** Nennungen Demenzthemen, genannt. Aktuelle demenzspezifische Themen sind zum Zeitpunkt der Untersuchung bei Einrichtungen mit Demenzkonzept:

- Die Weiterentwicklung von bestehenden Konzepten für die Pflege und Versorgung der Demenzkranken.
- Die Durchführung eines Erfahrungsaustausches über die bestehende Wohnküchenarbeit unter besonderer Berücksichtigung der Regelung von Krisensituationen mit Demenzkranken.
- Die Diskussion über Schwierigkeiten im Umgang mit aktuellen Problemen von dementen Menschen.
- Die Diskussion über die Organisation von Freizeiten für Demenzkranke.

Befragte aus Einrichtungen mit Demenzkonzept wünschen sich zukünftig die Installierung weiterer multiprofessioneller Arbeitskreise zum Thema Demenz, um noch gezielter für die Praxis zuverlässige Handlungsanweisungen entwickeln zu können, z. B. auf die Frage, „*Wie verhalten wir uns, wenn ein Demenzkranker ständig schreit?*“.

Einrichtungen ohne Demenzkonzept beschäftigen sich zum Erhebungszeitpunkt u. a. mit folgenden demenzspezifischen Themenschwerpunkten^{xxv}:

- Die Entwicklung von Konzepten für Demenzkranke.
 - o Diskussionen in Form einer Bestandsaufnahme bezogen auf die Fragestellung, wie die Pflege und Betreuung der Demenzkranken zukünftig, als „*lebensweltorientierte Arbeit*“ gestaltet werden könnte.
 - o Diskussionen über die geplante Einführung eines segregativen Modells sowie daraus resultierende Umbaumaßnahmen für die Einrichtungen.
- Die Planung zukünftiger Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Demenz.
- Die Diskussion von Fragen zur Qualität in der Versorgung und im Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen.
- Die Diskussion über den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen von Demenzkranken.

4.8 Umgang mit Fallbesprechungen

Eine Übersicht, wie häufig Einrichtungen mit bzw. ohne Demenzkonzept Fallbesprechungen zu speziellen Fragen und Problemen im Umgang mit Demenzkranken durchführen, wird in Tabelle 11 veranschaulicht.

Fallbesprechungen?	E. mit		E. ohne		Gesamt	in %
	Demenz- konzept	in %	Demenz- konzept	in %		
- ja, in Form von gesonderten Fallbesprechungen	9	69,2	28	46,7	37	50,7
- ja, Fallbesprechungen im Rahmen von Dienstbesprechungen	3	23,1	21	35,0	24	32,9
- Gesamtsumme der Fallbesprechungen	12	92,3	49	81,7	61	83,6
- nein, keine Fallbesprechungen	1	7,7	11	18,3	12	16,4
Gesamtanzahl Einrichtungen	13	100,0	60	100,0	73	100,0

Tabelle 11: Durchführung von Fallbesprechungen in den Einrichtungen

Es wird ersichtlich, dass der überwiegende Anteil von **61 Einrichtungen** (83,6%) grundsätzlich Fallbesprechungen zu demenzspezifischen Problemen anbieten, allerdings mit Unterschieden bezüglich der Durchführungshäufigkeit. Indes gibt es dennoch **11** (18,3%) von 60 Institutionen ohne Demenzkonzept, die weder gesonderte Fallbesprechungen mit demenzspezifischen Themen offerieren, noch innerhalb ihrer Dienstbesprechungszeiten integrierte Fallbesprechungen praktizieren.

Bei der Durchführung von Fallbesprechungen zu speziellen Fragen z. B. im Umgang mit „fremd aggressiven Demenzerkrankten“, zeigt es sich zu dem, dass insgesamt betrachtet, Einrichtungen mit Demenzkonzept wesentlich häufiger beide Formen von Besprechungen anbieten.

4.9 Umgang mit Kooperationspartnern

Die 73 Interviewpartner wurden danach befragt, mit welchen Leistungsanbietern^{xxvi} der Altenhilfekette sie kooperieren würden. (vgl. Tabelle 12) Es zeigt sich, dass alle hier befragten Einrichtungen mindestens zu **50 %** mit **7** von 10 der hier genannten Typen von Leistungsanbietern, Kooperationen pflegen. Deutlich seltener werden als mögliche Kooperationspartner, Alzheimer Gesellschaften, **32** (43,8%) von 73 Einrichtungen und Alzheimer Selbsthilfegruppen, von nur **17** (23,3%) von 73 Einrichtungen, genannt. Fast alle der befragten Einrichtungen, nämlich **68** (93,2%) von 73 gaben an, dass sie mit Krankenhäusern mit neurologischen, gerontopsychiatrischen und oder geriatrischen Fachabteilungen

zusammenarbeiten würden.

Kooperationspartner?	Fachärzte	in %	Alzheimer Gesellschaften	in %	Altenhilfe der Städte	in %	Krankenhäuser	in %	amb. Pflegedienste	in %
Ja, Kooperation	40	54,8	32	43,8	56	76,7	68	93,2	40	55
keine Kooperation	33	45,2	41	56,2	17	23,3	5	6,8	33	45
Gesamt	73	100,0	73	100,0	73	100,0	73	100,0	73	100

Kooperationspartner?	Tagespflege	in %	Alten- und Pflegeheime	in %	Alzheimer Selbsthilfegruppen	in %	Hospize	in %	Sozial-Psychiatrische Dienste	in %
Ja, Kooperation	43	58,9	56	76,7	17	23,3	42	57,5	52	71,2
keine Kooperation	30	41,1	17	23,3	56	76,7	31	42,5	21	28,8
Gesamt	73	100	73	100	73	100	73	100,0	73	100,0

Tabelle 12: Kooperationen der 73 Einrichtungen

4.9.1 Aussagen zur Kooperation mit Fachärzten

Bezüglich eines Umgangs mit Kooperationspartnern wurden die 73 Einrichtungen zunächst einmal befragt, ob und wie sie zur Zeit mit Fachärzten für Psychiatrie/ Neurologie oder Geriatrie, zusammenarbeiten.

Von über der Hälfte der Einrichtungen, **40** (54,8%) von 73 Einrichtungen, die Angaben dazu machten regelmäßig mit einem Facharzt zu kooperieren, arbeiteten **11** (84,6%) von 13 Einrichtungen mit demenzspezifischem Konzept, also insgesamt betrachtet deutlich häufiger mit o. g. Ärzten zusammen, als **29** (48,3%) von 60 Institutionen ohne Konzept. Auch die Durchführung von Beratungsgesprächen und Fallbesprechungen durch einen Facharzt finden mehr als doppelt so häufig innerhalb von Einrichtungen mit Demenzkonzept, als in Einrichtungen ohne Konzept, statt.

4.9.2 Qualitative Einschätzungen der Kooperationen

Einige der befragten Interviewpartner äußerten, dass sie eine gute und enge Zusammenarbeit, besonders mit Ärzten, speziell mit Neurologen pflegen würden. Somit wäre nach ihrer Aussage u. a. auch eine Demenzfrüherkennung besser möglich. (vgl. mit Kapitel 4.2.2 Gründe für fehlende Demenzdiagnosen bei Demenzkranken und Kapitel 4.9.1 Aussagen zur Kooperation mit Fachärzten)

Einige Leitungspersonen von ambulanten Pflegeeinrichtungen mit Demenzkonzept übten wiederum Kritik an der aktuellen Zusammenarbeit mit einigen Ärzten, weil gerontopsychiatrische Pflege nicht ausreichend häufig von diesen Fachärzten verordnet würde. Ein Großteil der Ärzte verordnet nach Meinung der Befragten aus Unkenntnis zu selten gerontopsychiatrische Pflege, ein anderer Teil der Ärzte verschreibt keine

gerontopsychiatrische Pflege, weil sie diese Verordnungen nicht bezahlt bekommen würden, da hierfür keine Gebührensiffer existiert.

Die Zusammenarbeit mit Betreuungsvereinen und Betreuern wird von einigen der Führungskräfte speziell dazu genutzt, zwischen Angehörigen und entsprechenden Einrichtungen als Vermittler zu fungieren. Des Weiteren würden sie dann besonders eng mit dem SPD (=sozial-psychiatrischen-Dienst) zusammenarbeiten, wenn es darum geht, in schwierigen Situationen gemeinsame Lösungen für demenzerkrankte Menschen, zu finden.

Die Integration ihrer Einrichtungen in die kirchlichen Gemeinden erscheint einigen der Befragten als wichtig, deshalb laden sie die Mitglieder aus den entsprechenden Gemeinden zu Aufführungen im Sinne von Öffentlichkeitsarbeit ein und versuchen dabei die Kontakte zwischen Demenzkranken und den Gemeindemitgliedern zu fördern. Darüber hinaus ist gemäß der Meinung der Interviewten ein stadtteilbezogenes Arbeiten, in enger Kooperation zu den Ortsverbänden und der Gemeinde grundsätzlich wertvoll, da sich hieraus auch Patenschaften für demenzerkrankte Bewohner ergeben könnten.

Die Interviewpartner stellen weiterhin die Vorzüge, wie eine praktizierte Überleitungspflege und den Vorteil von kurzen Wegen, einer Kooperation innerhalb von „*eigenen Verbundsystemen*“ durch die vorhandenen Angebote der Versorgung, wie z. B. Kurzzeitpflege, Abteilungen der Geriatrie und Gerontopsychiatrie im Krankenhaus sowie dazugehörige Altenheime, dar.

Manchmal würden auch Aufgaben an andere Partner oder Anbieter durch die befragten Einrichtungen delegiert, z. B. immer dann, wenn die Anforderungen an ihre Kompetenzen und Möglichkeiten überschritten werden und sie der Ansicht sind, dass andere Anbieter im Sinne des Demenzkranken und seines Angehörigen eine bessere Versorgung gewährleisten könnten.

4.9.2.1 Erwartungen an künftige Kooperationen/ Vernetzungsstrukturen

Einige Interviewpartner kritisieren einen nach ihrer Meinung bestehenden aktuellen Mangel an Kooperations- und Vernetzungsstrukturen innerhalb der Altenhilfe. Es fehlt generell an der Kommunikation sowie Transparenz unter und zwischen den professionellen Anbietern. Es fehlen darüber hinaus koordinierende Angebote mit Beratungsfunktionen, an die sich sowohl Leistungsanbieter, als auch Angehörige und Betroffene wenden könnten.

Einige der Befragten äußerten, dass sie grundsätzlich eine noch bessere Vernetzung und intensivere Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern innerhalb der bestehenden regionalen Altenhilfestrukturen für notwendig halten.

Bedeutend wäre es nach Aussagen der Befragten außerdem, über eine überordnete Datensammlung aller Informationen über Demenzpatienten, zur Transparenz für alle am Demenzpflegeprozess Beteiligten, verfügen zu können.

Von dem am häufigsten genannten Kooperationspartner, **68 Nennungen** (93,2%) von 73 Einrichtungen, nämlich Krankenhäusern mit neurologischen, gerontopsychiatrischen und oder geriatrischen Fachabteilungen, erwarten die befragten Interviewpartner zukünftig einen noch besserer funktionierenden Informationsaustausch, damit sie und ihre Mitarbeiter z. B. biografische Informationen zu bestimmten Gewohnheiten, Ressourcen, Kompetenzverlusten, ihrer versorgten demenzerkrankten Menschen nicht immer wieder mühsam neu erheben müssen. Einige Interviewpartner fordern zusätzlich eine regionale Koordinierungsstelle, in Form von Case Management, die die Probleme aller Beteiligten bezüglich eines bestimmten Falles aufeinander abstimmen und danach angemessene individuelle Hilfepläne erstellen würde. Die Stadt Bochum benötigte darüber hinaus, nach Meinung der Befragten, einen übergeordneten, unabhängigen Fachdienst für ambulante Pflege, der auch über entsprechendes Fachpersonal, wie gerontopsychiatrisch weitergebildete Pflegefachkräfte und Fachärzte für Neurologie/Psychiatrie verfügen müsste, zwecks Herstellung von Erstkontakten mit Demenzkranken und koordinativen Planungsaufgaben, wie die Initiierung und Abstimmung aller weiteren relevanten Hilfemaßnahmen.

4.10 Umgang mit ehrenamtlicher Mitarbeit

Die interviewten Leitungskräfte der 73 Einrichtungen wurden mit Hilfe verschiedener Fragestellungen speziell im Hinblick auf ihre Zusammenarbeit mit Ehrenamtlern^{xxvii} innerhalb ihrer Einrichtungen befragt.

Hierbei wurde bezüglich möglicher Durchführungen von Kooperationen zwischen **1)** ehrenamtlich mitarbeitenden Angehörigen von Demenzkranken und **2)** sonstigen ehrenamtlich Tätigen, unterschieden.

Insgesamt betrachtet erwähnten nur **25** (34,2%) von 73 Interviewpartnern, dass sie zum Zeitpunkt der Untersuchung mit ehrenamtlich mitarbeitenden Angehörigen von Demenzkranken kooperieren würden. Hingegen gaben fast die Hälfte der Befragten, **35** (47,9%) von 73, an, dass sonstige ehrenamtlich tätige Menschen in ihren Einrichtungen mitarbeiten würden.

In Bezug auf die drei hier untersuchten Einrichtungstypen fällt besonders auf, dass die meisten der **34** befragten, stationären Pflegeeinrichtungen, aktuell **29** (85,3%) Einrichtungen, mit Ehrenamtlichen Kooperationen pflegen.

Kooperation mit Ehrenamtlichen?	stat. Pflege mit Konzept	stat. Pflege ohne Konzept	amb. Pflege mit Konzept	amb. Pflege ohne Konzept	Tagespflege mit Konzept	Tagespflege ohne Konzept	Gesamt	%
Kooperation mit 1) und 2)	8	10	0	2	0	0	20	27,4
1) nur mit ehrenamtlich tätigen Angehörigen von Demenzkranken	0	3	0	2	0	0	5	6,8
2) nur mit sonstigen Ehrenamtlern	0	8	0	6	1	0	15	20,5
keine Kooperation	1	4	2	24	1	1	33	45,2
Gesamtanzahl der Einrichtungen	9	25	2	34	2	1	73	100,0

Tabelle 13: Verteilung aller ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen nach Einrichtungstyp / mit oder ohne Demenzkonzept

Auf die gesamte Erhebungsquote bezogen, gaben allerdings knapp die Hälfte aller befragten Leitungspersonen, (45,2%) an, dass sie zur Zeit nicht mit Ehrenamtlichen zusammenarbeiten würden. Tabelle 13 macht zudem deutlich, dass sich unter den **33** Einrichtungen, die keine Kooperationen mit Ehrenamtlern haben, allein **26** ambulante Pflegeeinrichtungen von 36 befragten Einrichtungen, davon **24** ohne Demenzkonzept, befinden.

Aus Tabelle 14 wird ersichtlich, dass Einrichtungen mit Demenzkonzept, bezogen auf die Kombination aus Kooperationen mit **1)** ehrenamtlich tätigen Angehörigen von Demenzkranken und mit **2)** sonstigen Ehrenamtlern insgesamt betrachtet, mit **8** (61,5%) von 13 Einrichtungen wesentlich häufiger Kooperationen mit beiden, **1)** und **2)** eingehen, als untersuchte Institutionen ohne Demenzkonzept, nämlich nur **12** Nennungen (20%) von 60 Einrichtungen.

Kooperation mit Ehrenamtlichen?	E. mit Demenzkonzept	in %	E. ohne Demenzkonzept	in %	Gesamt	in %
	Kooperation mit 1) und 2)	8	61,5	12		
1) nur mit ehrenamtlich tätigen Angehörigen von Demenzkranken	0	0,0	5	8,3	5	6,8
2) nur mit sonstigen Ehrenamtlern	1	7,7	14	23,3	15	20,5
keine Kooperation	4	30,8	29	48,3	33	45,2
Gesamtanzahl der Einrichtungen	13	100,0	60	100,0	73	100,0

Tabelle 14: Verteilung aller ehrenamtlich Tätigen in den Einrichtungen

4.10.1 Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit

Die Frage, nach dem derzeitigen grundsätzlichen Interesse der Angehörigen an einem ehrenamtlichen Engagement, wurde von mehr als der Hälfte aller interviewten Leitungskräfte, als gering bis eher gering, eingeschätzt.

Für dieses eher geringe Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit benannten die Interviewpartner

eine Vielzahl von Gründen. Als einer der wichtigsten Gründe wird angeführt, dass Angehörige von Demenzkranken allein mit der Pflegesituation sowie mit der Demenzerkrankung ihrer erkrankten Angehörigen, überlastet und überfordert seien. (14 Nennungen (26,2%) von 52 N.)

Als ein weiterer Grund wurde die Hochaltrigkeit sowie deren eigener Bedarf an Versorgung der Angehörigen, 3 Nennungen (5,8%) von 52 N., als Begründung für das Vorliegen eines mangelnden Interesses am Ehrenamt, angegeben.

Des Weiteren äußerten einige Interviewpartner, 8 Nennungen (15,4%) von 52 Nennungen, dass insgesamt aktuell ein zu geringes Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit vonseiten der Angehörigen und anderer Menschen bestehen würde. Angehörige würden z. B. von sich aus sehr selten danach fragen. Die Interviewpartner vermuten u. a., dass eventuell Ängste bezüglich der Kontaktaufnahme mit Demenzkranken bestehen würden, Angehörige also nicht genau wissen würden, welche konkreten Aufgabenstellungen auf sie zukommen und ihnen generell der Mut fehlen würde, ein Ehrenamt zu übernehmen.

Die befragten Führungskräfte der ambulanten Dienste äußerten einige spezifische Argumente, die das geringe Interesse an ehrenamtlicher Mitarbeit erklären. Sie mutmaßen, dass Angehörige die Übernahme einer ehrenamtlichen Arbeit in ihren Einrichtungen ablehnen würden, weil sie in ihrer Freizeit etwas für sich tun möchten und zudem ein großes Bedürfnis hätten, selbst verwöhnt zu werden, ohne zusätzliche Verantwortung und /oder Aufgaben übernehmen zu müssen. Einige Anbieter von ambulanten Diensten lehnen ehrenamtliche Mitarbeit von Angehörigen ausdrücklich ab, weil sie speziell ihr Angebot als Freiraum außerhalb der Pflege mit dem Ziel der Entlastung für diese Angehörigen, offerieren möchten.

Abschließend vermuteten die Interviewpartner, dass ein momentanes vorherrschendes generelles Desinteresse an ehrenamtlichen Betätigungen innerhalb unserer Gesellschaft, dem insgesamt negativen Image der „*Pflege alter Menschen*“ entspringt, und infolgedessen als ein möglicher übergeordneter Grund angesehen werden könnte.

4.10.2 Engagements durch Ehrenamtliche

Unter den 40 (54,8%) von 73 Einrichtungen (vgl. Tabelle 13), die angaben, dass bei ihnen Ehrenamtler mitarbeiten würden, zeigt sich im Hinblick auf dieses ehrenamtliche Engagement, ein insgesamt breit gefächertes Spektrum von 93 Nennungen.^{xxviii} Unter diesen 40 Einrichtungen befinden sich in der Mehrzahl stationäre Einrichtungen.

Welche Formen von Engagements?	Nennungen in %	
Mithilfe bei Festen/Feiern (Betreuung und Begleitung)	21	19,5
Vorbereitung bzw. Anreichen von Mahlzeiten/ Getränken	11	10,2
Begleitung bei Spaziergängen	10	9,3
Besuchsdienste durch sonstige Ehrenamtliche ^{xxix}	7	6,5
Begleitung zu Ausflügen	6	5,6
Hilfestellungen bei der Pflege, z. B. Hilfestellung bei Toilettengängen	6	5,6
Mithilfe beim Bewohnercafe/ Kiosk	5	4,7
Begleitung zu Messen/ Mithelfen bei Gottesdiensten	5	4,7
Mithilfe bei Spielnachmittagen	3	2,8
Begleitung bei Einkäufen	2	1,9
Betreuung von hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, z. B. gemeinsames Kuchen backen	2	1,9
Musiknachmittag/ Singkreis anbieten	2	1,9
Begleitung von Arztbesuchen	2	1,9
Gespräche, bzw. Gesprächskreise anbieten	2	1,9
Mithilfe beim Aufräumen/ beim Tischdecken	2	1,9
Sonstige Engagements	7	6,5
Gesamtnennungen	93	100,0

Tabelle 15: Formen von ehrenamtlicher Arbeit

Bei der Analyse der Engagements durch Ehrenamtliche erscheint es augenscheinlich, dass sich ihre Mitarbeit schwerpunktmäßig auf die Unterstützung des Personals der Einrichtungen bei der Betreuung sowie Begleitung von Beschäftigungs- und Freizeitangeboten, aber auch bei der Durchführung von einigen pflegerischen Tätigkeiten, bezieht. Am häufigsten gaben die **40** Interviewpartner an, **21** Nennungen (19,5%) von 93 Nennungen, dass die ehrenamtlich Tätigen in ihren Einrichtungen bei Festen bzw. Feiern mithelfen. Weiterhin würden die Ehrenamtlichen sehr häufig ihren demenzkranken Angehörigen und auch anderen Bewohnern/ Patienten die Mahlzeiten vorbereiten und anreichen oder sie zur Toilette begleiten.

Nach Meinung der Interviewpartner haben die individuellen Vorlieben und Interessen sowie zeitlichen Ressourcen ihrer ehrenamtlichen Mitarbeiter generell Priorität bei der Auswahl ihres jeweiligen freiwilligen Engagements.

4.10.3 Umgang mit Projekten für Ehrenamtliche

Einige Interviewpartner machten zusätzlich zu den Aussagen über Engagements durch Ehrenamtliche auch noch Ausführungen über Projekte und Schulungen mit und für Angehörige von Demenzkranken und sonstigen Ehrenamtlichen, die sie zur Zeit innerhalb ihrer Einrichtungen anbieten würden. Hierbei gaben Einrichtungen mit Demenzkonzept häufiger an, dass sie professionell betreute Kreise für Ehrenamtler offerieren würden, ihnen also

Schulungen und Begleitung bei der Durchführung ihres Engagements anbieten würden, als Einrichtungen ohne Demenzkonzept.

Einige der Einrichtungen ohne Demenzkonzept sagten, sie versuchten speziell Ehrenamtliche für Demenzkranke zu rekrutieren und sie äußerten, dass sie diese auch entsprechend schulen würden, insbesondere um den Demenzkranken noch mehr Betreuung und Ansprache zugute kommen zu lassen. Andere Führungspersonen von Einrichtungen ohne Demenzkonzept bekannten diesbezüglich, dass sich zur Zeit nicht aktiv darum bemühen würden, Angehörige von Demenzkranken als Ehrenamtliche zu gewinnen. Wenn Angehörige sporadisch ihr Engagement anböten, dann würden sie diese Hilfe gerne annehmen. Des Weiteren besäßen sie noch keine hinreichende Arbeitsgrundlage für die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und hätten auch ein entsprechendes Interesse bei diesen Angehörigen noch nicht erfasst.

Eine Führungsperson einer Einrichtung mit Demenzkonzept gab an, dass ihre Einrichtung die Unterstützung und Mitarbeit der Angehörigen zur Zeit nicht aktiv genug fördern könnten, da ihnen personelle Kapazitäten fehlen würden. Sobald eine Neueinstellung erfolgt wäre, würde das Ehrenamtler-Projekt unverzüglich reaktiviert, es würden also erneut weitere Ehrenamtliche angeworben, geschult und entsprechend betreut werden.

4.10.4 Schlussfolgerungen

Die oben dargestellten Ergebnisse zeigen, dass die **20**, hauptsächlich stationären Einrichtungen, insbesondere Einrichtungen mit Demenzkonzept, die insgesamt eine qualitativ und quantitativ bessere Einbindung der Ehrenamtler aufweisen, im Ganzen durch das zusätzliche Engagement dieser freiwillig mitarbeitenden Angehörigen von Demenzkranken sowie sonstiger Ehrenamtlicher, über zusätzliche personelle Ressourcen zur Unterstützung ihrer Mitarbeiter bei der Durchführung von Betreuungs-/ Begleitungsaufgaben sowie speziellen Beschäftigungsangeboten für Demenzkranke, verfügen. (vgl. Kapitel 4.10.2 Engagements durch Ehrenamtliche)

4.11 Umgang mit Angehörigen der Demenzerkrankten

4.11.1 Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen von Demenzkranken und den Leistungsanbietern

Für die meisten der hier befragten Interviewpartner scheint eine intensive Zusammenarbeit, insbesondere im Hinblick auf eine biografische Informationssammlung, mit den Angehörigen der von ihnen versorgten Bewohner, Patienten sowie Tagesgäste, einen hohen Stellenwert zu besitzen. Einige befragte Leitungspersonen von ambulanten Pflegediensten betonten, dass sie Angehörige prinzipiell als Bereicherung und nicht als Belastung für die Versorgung von Demenzkranken ansehen. Sie verstehen sich eher als Ergänzung und Unterstützung zu den Angehörigen und versuchen daher ein partnerschaftliches Verhältnis zu den Angehörigen

aufzubauen. Die befragten Führungspersonen meinten daher, dass der Erfolg ihrer Arbeit immer auch von der Art und Qualität der Zusammenarbeit mit den Angehörigen abhängen würde. Häusliche Pflege könnte ihrer Meinung nach nur dann langfristig funktionieren, wenn die pflegenden Angehörigen konstruktiv mit einbezogen würden. Eine Leitungsperson eines ambulanten Dienstes ohne Demenzkonzept wünscht sich die Installation von gemeinsamen Gruppen für Angehörige und Professionelle, um den Austausch zwischen Professionellen und Angehörigen sowie den Informationsaustausch über die Demenzkranken zu verbessern, um somit auch auf die Bedürfnisse des Einzelnen zukünftig noch besser eingehen zu können.

Interviewpartner aus stationären Einrichtungen mit Demenzkonzept möchten Angehörige in die Versorgung von ihren dementen Familienmitgliedern noch stärker als bisher einbeziehen. Die Integration der Angehörigen ist dabei ein zentrales Anliegen ihrer Einrichtungen, die Angehörigen sollen sich z. B. als *„Teil der Wohnküche“* verstehen und sich in der Einrichtung wie zu Hause fühlen können. *Deshalb sind in diesen Einrichtungen immer auch Angehörige anwesend und dürfen sich aktiv in das Alltagsleben der Demenzkranken mit einbringen. In Gesprächen weisen sie gegenüber den Angehörigen ausdrücklich daraufhin, dass sie als Bezugspersonen weiterhin gefragt sind, und dass ihre emotionale Bindung zum anverwandten Angehörigen über den Heimeinzug hinaus bestehen bleibt und eine Kooperation mit ihnen sehr wichtig ist, um eine gute Versorgung für den jeweiligen Demenzkranken gewährleisten zu können.* (vgl. Kapitel 4.10 Umgang mit ehrenamtlicher Mitarbeit)

4.11.2 Allgemeine Angebote der Einrichtungen für Angehörige

Die Interviewpartner machten eine Vielzahl von Angaben darüber, welche speziellen Angebote ihre Einrichtungen den Angehörigen der von ihnen versorgten Bewohner, Patienten und Tagesgäste offerieren. Die Angebotspalette umfasst, Beratungsgespräche, angeleitete und nicht angeleitete Angehörigengruppen und -kreise, Kurse zur häuslichen Krankenpflege für Angehörige, Pflegevisiten mit Angehörigen, hausinterne Infozeitungen für Angehörige, Feste und Feiern mit allen Beteiligten sowie den Demenzerkrankten, Angehörigenselbsthilfegruppen, bis hin zu spezifischen Informationsveranstaltungen und Fortbildungsveranstaltungen für ehrenamtlich engagierte Angehörige.

Ein Interviewpartner einer Einrichtung mit Demenzkonzept gab an, sie würden Ergebnisqualitätskontrollen in ihrer Einrichtung durchführen, um u. a. die Zufriedenheit der Angehörigen mit den Leistungen ihrer Einrichtung mit Hilfe eines Fragebogens, zu evaluieren. Sprechstunden, bei Bedarf oder zu bestimmten Terminen, für alle Angehörigen der durch die Institutionen versorgten Bewohner, Patienten und Tagesgäste, werden in allen befragten Einrichtungen grundsätzlich angeboten und durchgeführt. Informationsveranstaltungen zu demenzspezifischen Themen werden in 21 (28,8%) von 73 Einrichtungen präsentiert, dabei

offerieren Einrichtungen mit Demenzkonzept, 7 Nennungen (53,8%) von 13 Einrichtungen relativ gesehen doppelt so häufig ihren Angehörigen derartige Veranstaltungen, als es Einrichtungen ohne Demenzkonzept, 14 Nennungen (23,3%) von 60 Einrichtungen, angeben zu tun. Die Interviewpartner halten begleitete Angehörigenabende bzw. Angehörigentreffen für alle Beteiligten, für die professionell Pflegenden sowie die Angehörigen für gemeinsame konstruktive „Ideensammlungen“, für sehr sinnvoll, sie sagten, dass durch diese Veranstaltungen gemeinsam mit den Angehörigen Anregungen und Lösungen für die Versorgung von den Demenzkranken gefunden werden könnten.

4.11.3 Angebot von Beschwerdemanagement für Angehörige

Die Interviewpartner aller drei hier befragter Einrichtungstypen, halten ein Beschwerdemanagement für ein besonders bemerkenswertes Angebot ihrer Institutionen, speziell für die Angehörigen von Demenzkranken, im Hinblick auf eine Optimierung einer Kooperation mit denselbigen. Sie möchten es den Angehörigen ermöglichen, ihre Angelegenheiten und Beschwerden persönlich im Gespräch mit ihren Mitarbeitern oder ihnen selbst, einzubringen, in Form von konstruktiven Auseinandersetzungen, in denen die Beschwerden und Kritiken der Angehörigen immer ernst genommen werden und Angehörige grundsätzlich nicht von ihren Mitarbeitern zurechtgewiesen werden sollten. Als ein relevantes Ziel von Beschwerdemanagement nennen die Leitungskräfte, die Ermöglichung von mehr Transparenz hinsichtlich der Probleme und Arbeitsabläufe der Einrichtungen für die Angehörigen, damit diese auch mehr Verständnis dafür entwickeln könnten, dass sich bestimmte Schwierigkeiten und Mängel innerhalb der Versorgung ihrer dementen Familienmitglieder, sich nicht aus einer Unprofessionalität oder dem mangelnden Bemühen der Mitarbeiter ergeben, sondern sich diese Schwierigkeiten auch teilweise aus der Krankheit Demenz her begründen lassen.

Die Interviewpartner ordnen sich selbst bezogen auf ihre Führungspositionen, wichtige Aufgaben im Rahmen von Beschwerdemanagement zu, wie sich als Ansprechpartner für Angehörige permanent zur Verfügung zu stellen sowie die Vermittlung zwischen ihren Mitarbeitern und den Angehörigen von Demenzkranken, zu übernehmen.

4.11.4 Beratungsangebote von ambulanten Einrichtungen für Angehörige

Interviewpartner aus ambulanten Einrichtungen nannten neben der Durchführung ihrer Versorgungsdienstleistungspalette als speziellen Angebotsschwerpunkt für die Angehörigen der von ihnen versorgten Demenzkranken, die generelle Bereitschaft ihrer Mitarbeiter, in Krisensituationen oder auf Wunsch, Beratungsgespräche offerieren zu können. Sie äußerten in diesem Zusammenhang, dass ihre Einrichtungen generell die Wünsche von Angehörigen berücksichtigen möchten, ihre Mitarbeiter wären dankbar für Tipps und Anregungen von

Angehörigen. Angehörige sind nach ihrer Einschätzung ebenso dankbar für Anregungen von Mitarbeitern, gemäß der Aussage, *"wir arbeiten miteinander nicht gegeneinander"*. Einige der Angehörigen würden die Mitarbeiter der Pflegedienste danach fragen: *"Was können wir besser machen, damit es meinem Vater / Mutter noch besser geht?"*.

Thematisch lassen sich die folgenden möglichen Schwerpunkte dieser Beratungsgespräche herausstellen:

- Gesprächsangebote für Angehörige, die dringend einen Ansprechpartner benötigen, der ihre Sorgen versteht sowie adäquate Hinweise geben könnte, wie sie mit der alltäglichen Lebenssituation mit ihren demenzerkrankten Familienmitgliedern besser umgehen könnten.
- Beratung bei schwerwiegenden Entscheidungen für Angehörige, wie z. B. *„für oder gegen einen Heimplatz“*, für den demenzerkrankten Familienangehörigen.
- Gesprächsangebote für Angehörige bezogen auf einen Umgang mit der Krankheit Demenz, der Traurigkeit, Aggressivität der Demenzkranken, dem Verhalten von Demenzkranken, z. B. Umgang mit plötzlichen Stimmungswechseln.
- Hilfe bei Finanzierungsfragen: Beantragungen gemäß des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes sowie Beantragung von Pflegegeldern unter besonderem Hinweis auf den erhöhten Pflegebedarf bei Demenzkranken, z. B. zusätzliche Gelder für eine Tagesbetreuung von Demenzkranken.
- Fragen zur Pflegeversicherung.
- Unterstützung der Angehörigen bei der Einlegung von Widersprüchen gegen Entscheidungen des MDK's.
- Durchführung einer Wohn-Umfeld-Beratung, z. B. *„Möbelhof“* nutzen.
- Hilfe bei Informationsbedarf nach Angeboten wie Tagespflege, Kurzzeitpflegeplätze oder bezüglich *„spezieller Pflegemaßnahmen“* für die Demenzkranken.
- Beratung bezüglich von Urlaubs-, Kur- und Erholungsangeboten für Angehörige.
- Haus-Notruf-Systeme für Demenzkranke.

Nach Angaben der Leitungskräfte finden diese Beratungsgespräche, im Rahmen von Besuchen in der häuslichen Umgebung der Angehörigen und der Betroffenen statt. Hier ist es aber ihrer Meinung nach auch immer wieder notwendig, den Angehörigen die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der ambulanten Pflegeleistungen zu verdeutlichen. So könnte z. B. eine angemessene Förderung und Beschäftigung eines Demenzkranken, sowie viele aufwendige Extrawünsche, gemäß einer Vergütung nach Pflegestufe I nicht von den Pflegediensten geleistet werden. Auch die Abrechnung von Angehörigenberatung wird von ihnen als problematisch eingestuft. Für spezielle Angebote, wie Betreuungsdienste, Aromamassagen für die betroffenen Demenzkranken, usw., müssten die ambulanten Einrichtungen Extrakosten abrechnen.

Für die Zukunft wünschen sie sich, die Installierung von etablierten Gruppen für Angehörige und Professionelle, zur generellen Verbesserung der Kooperation sowie des Informationsaustausches zwischen Professionellen und Angehörigen über Demenzkranke, um somit auch auf die Bedürfnisse und Problemsituationen des Einzelnen besser eingehen und mit geeigneten Interventionen künftig schneller reagieren zu können.

4.11.5 Gesprächsangebote von Altenpflegeeinrichtungen für Angehörige

Leitungspersonen aus Altenpflegeeinrichtungen, die im Rahmen dieser Untersuchung befragt wurden, halten ihre eigene sowie die Gesprächsbereitschaft ihrer Mitarbeiter für die Angehörigen ihrer dementen Bewohner, für besonders wichtig. Gespräche mit Angehörigen von Menschen mit Demenz hätten, laut Aussagen der Interviewpartner oftmals den Charakter von Aufklärungsgesprächen, mit unterschiedlichen Inhalten und Themenschwerpunkten wie z. B. über das Krankheitsbild Demenz und deren Auswirkungen sowie Informationen über die Grenzen und Möglichkeiten der Leistungen und Angebote ihrer Einrichtungen für Demenzkranke.

Leitungspersonen von Altenpflegeeinrichtungen ohne Demenzkonzept machten Angaben darüber, dass sie den Angehörigen von Demenzkranken teilweise mitteilen müssten, dass sie speziell bezogen auf die Gruppe der Demenzkranken, keine spezifischen Angebote machen könnten, z. B. für Demenzkranke, „die den ganzen Tag nur schreien“ würden. Des Weiteren könnten ihre Mitarbeiter Demenzkranke nicht so versorgen, wie es fachlich notwendig wäre. Außerdem wäre es ihnen nicht möglich, den dementen Bewohnern eine ständige Betreuung und Beschäftigung anzubieten.

Die Führungspersonen von Altenpflegeeinrichtungen mit Demenzkonzept halten es für sehr wichtig, innerhalb von Gesprächskontakten mit den Angehörigen von Demenzkranken, keine Versprechungen bezüglich von Leistungen ihrer Einrichtungen für Demenzkranke zu machen, die sie nicht umsetzen könnten. Sie geben an, dass sie immer wieder innerhalb von Gesprächen mit Angehörigen, diese über die konzeptionellen Zielsetzungen, wie die Erreichung von Zufriedenheit und Selbstständigkeit, sowie über die Umsetzung in spezielle Maßnahmen und Angebote für Demenzkranke, innerhalb der jeweiligen Einrichtung aufklären und dafür sensibilisieren müssten. Sie versuchen zudem innerhalb von Gesprächen, die Angehörigen für die sichtbaren Veränderungen ihrer Demenzkranken im Zusammenhang mit der Erkrankung, empfindlich zu machen, um somit auch mehr Toleranz und Verständnis für die Bedürfnisse ihrer demenzerkrankten Familienmitglieder und für die individuelle Pflegeplanung der Mitarbeiter zu erzielen.

4.12 Umgang mit Pflegesystemen

Einige der hier befragten Leitungspersonen, **22** (30,1%) von 73 Interviewpartnern, äußerten sich bezüglich der Bedeutsamkeit der Durchführung eines ganzheitlich orientierten Pflegesystems, der Bezugspflege, für demenzerkrankte Menschen innerhalb ihrer Einrichtungen, darunter befanden sich **6** (46,2%) Einrichtungen von 13 E. mit Demenzkonzept sowie nur **16** (26,7%) von 60 Institutionen ohne Demenzkonzept.

Sie beschreiben die von ihnen favorisierten ganzheitlich orientierten Pflegesysteme, entweder als eine direkte Zuordnung eines Mitarbeiters zu einem Demenzkranken, als Bezugspflege, oder als Bereichspflege in Form von so genannten Präsenzkraften, die ständig z. B. innerhalb von Wohnbereichen für Demenzkranke anwesend sein sollen, damit sie genügend Zeit für die Pflege von persönlichen Kontakten zu den Bewohnern zur Verfügung haben können und somit die regelmäßige Ansprache jedes einzelnen Demenzkranken gewährleistet werden kann. Die Interviewpartner äußerten eine Reihe von Gründen, warum sie die o. g. Pflegesysteme mit Schwerpunkt Bezugspflege für besonders wesentlich im Umgang bzw. bei der Versorgung von Demenzkranken halten. Zunächst erscheint es ihnen als besonders wichtig, dass Demenzkranke möglichst immer mit den gleichen Mitarbeitern ihrer Einrichtungen, also mit einem möglichst geringen Wechsel an Bezugspersonen, kontinuierlich in Beziehung treten, damit den Demenzkranken eine fortwährende Kontaktaufnahme, z. B. Gesprächskontakte wesentlich erleichtert werden können, um damit einer Verunsicherung der chronisch Erkrankten vorzubeugen. Des Weiteren könnte die Durchführung einer Bezugspflege, also durch Ansprechpartner in unmittelbarer Reichweite, nach Ansicht der Interviewpartner vorteilhaft im Umgang mit Demenzkranken sein, weil ihre Mitarbeiter so mehr über die Bedürfnisse des einzelnen Demenzkranken in Erfahrung bringen würden, und somit auch viel angemessener und schneller auf die individuellen Bedürfnisse reagieren könnten. Dies würde durch die stets „gleichen Stimmen und gleichen Gesichter“ der betreuenden Mitarbeiter, die jeweils diese Bezugspflege durchführen würden, einen fortwährenden Prozess der Interaktion^{xxx} mit den Demenzkranken, zudem noch unterstützen.

Die laufende Präsenz eines Mitarbeiters innerhalb von Wohnbereichen für Demenzkranke, fördert und vermittelt nach Aussagen der Befragten, zusätzlich auch „*die Normalität und das vertraute Alltagsleben*“, indem Teile der Hauswirtschaft, z. B. die tägliche Zubereitung von Mahlzeiten, nicht hinter verschlossenen Türen, sondern in Gegenwart der Demenzkranken stattfindet.

Laut Aussagen einiger Interviewpartner sind die Bezugspflegekräfte in ihren Einrichtungen primär für die Pflegeplanung, u. a. die Erhebung und Dokumentation der biografisch

relevanten Datensammlung durch u. a. durch Gespräche mit den Betreuten und oder mit den Angehörigen sowie Beobachtungen der Demenzkranken, zuständig. (vgl. Kapitel 4.13)

4.13 Umgang mit dem Pflegeprozess

Auf die Frage, ob das Thema Demenz in der individuellen Pflegeplanung der Demenzkranken sowie bei der Umsetzung innerhalb des Pflegeprozesses ausdrücklich berücksichtigt wird, antworteten im Ganzen **59** (80,8 %) von den 73 befragten Führungskräften mit ja, inklusive aller Leitungspersonen (100%) der 13 Einrichtungen mit Demenzkonzept. Von den 60 Einrichtungen ohne ein Konzept für Demenzkranke äußerten **46** (76,7%), dass sie das Thema Demenz explizit mit einbeziehen würden. (vgl. auch mit Kapitel 4.3 Umgang mit Demenzkonzepten und Leitbildern)

Grundsätzlich wird eine durch die jeweiligen Teams erstellte, auf einer biografischen Anamnese bzw. Informationssammlung^{xxxii} basierende individuelle Pflegeplanung^{xxxii} gemäß eines persönlichen Pflegebedarfs des zu versorgenden Demenzerkrankten, von den interviewten Leitungspersonen favorisiert. Die Durchführung bzw. Umsetzung dieser Pflegeplanung wird von den Interviewpartnern überwiegend als kontinuierlicher Pflegeprozess, unter Beachtung des Prinzips der Ganzheitlichkeit, also der Förderung von Körper, Seele und Geist, um die an Demenz erkrankten Menschen, besser verstehen und angemessener pflegen zu können, beschrieben.

4.13.1 Theoretische Ansätze für den Pflegeprozess / die Pflegeplanung

Einige der befragten Führungskräfte, insbesondere die von Altenpflegeeinrichtungen, äußerten, dass innerhalb ihrer Einrichtungen die Versorgung und Pflege von Demenzkranken auf dem konzeptionellen Pflegesystem, den 13 AEDL`s (= Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens), von Monika Krohwinkel basieren würde. Des Weiteren sagten einige wenige der Führungskräfte, dass sie sich besonders bei der Erstellung und Durchführung der Pflegeplanung an den ATL`s von Liliane Juchli sowie an den 12 Lebensaktivitäten von Nancy Roper^{xxxiii} orientieren würden. Bei den hier genannten Pflegemodellen von L. Juchli und N. Roper, sowie dem konzeptionellen Pflegesystem von M. Krohwinkel handelt es sich um theoretische Ansätze, die grundsätzlich eine Bedürfnisorientierung, also die Befriedigung von Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen, in den Mittelpunkt des jeweiligen Ansatzes stellen.^{xxxiv}

4.13.2 Relevanz der Einbeziehung einer biografischen Informationssammlung in den Pflegeprozess/ die Pflegeplanung

Im Zusammenhang mit dem Pflegeprozess betonten besonders die Interviewpartner aus den Einrichtungen mit Demenzkonzept die Bedeutsamkeit der Berücksichtigung der Bedürfnisse von Demenzkranken innerhalb des Pflegeprozesses, sowie die überragende Bedeutung der Ermittlung und Erhebung einer biografischen Anamnese, die primär einen Zugang zu den

Ressourcen, Vorlieben, Ritualen, Gewohnheiten und Wünschen der Demenzkranken ermöglichen würde, um daraus geeignete, individuelle Maßnahmen, Interventionen und Angebote, wenn durchführbar gemeinsam mit dem Demenzkranken und /oder Angehörigen, planen und entwickeln zu können. (vgl. Kapitel 4.14 Biografiearbeit)

4.13.3 Relevanz der Feststellung der Ressourcen und Probleme der Demenzkranken

Bei der Durchführung des Pflegeprozesses, insbesondere bei der Planung nachfolgender Pflegeziele sowie daraus resultierender Pflegemaßnahmen, orientieren sich die Mitarbeiter der hier untersuchten Einrichtungen, laut Aussagen ihrer Leitungskräfte, primär an den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen, aber auch parallel an den persönlichen Pflegeproblemen^{xxxv} und Defiziten, der von ihnen versorgten Demenzkranken.

Die Ermittlung von Ressourcen und Bedürfnissen unter besonderer Berücksichtigung biografischer Informationen über Vorlieben / Neigungen, Abneigungen, Sonderwünschen sowie die Kenntnisse über individuelle Tagesstrukturierungen, u.s.w. der Demenzkranken, ermöglicht nach Angaben der Interviewten, erst eine individuelle Pflegeplanung für die Betroffenen. Die Mitarbeiter der befragten Einrichtungen sollten generell den von ihnen versorgten Demenzkranken möglichst keine Lebensumstände überstülpen, sie sollten z. B. die individuellen Hygienevorstellungen der Demenzkranken als Ressourcen akzeptieren können. (vgl. Kapitel 4.16 und Kapitel 4.4.4 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken)

Die Ermittlung von pflegerischen Problemen geschieht nach Aussagen der Interviewpartner im Zusammenhang mit Kenntnissen über Probleme, die speziell durch das Krankheitsbild Demenz entstehen könnten, wie Schwierigkeiten mit auffälligen Verhaltensweisen, z. B. durch Auftreten von einem fremd aggressiven Verhalten bei Demenzkranken, kognitiven Einschränkungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten, Demenzkranke vergessen z. B. ihre Medikamenteneinnahme oder Demenzkranke trinken insgesamt zu wenig. Die Befragten äußerten, dass eine gezielte Analyse und Beschreibung der aktuellen pflegerischen Probleme besonders wichtig zwecks Erstellung einer individuellen Pflegeplanung erscheint, um den gemäß des Krankheitsverlaufs sich permanent verändernden Allgemeinzustand der versorgten Demenzkranken berücksichtigen zu können und bei Veränderungen mit einer Aktualisierung der Pflegeplanung angemessen reagieren zu können.

Befragte Leitungspersonen von ambulanten Einrichtungen gaben an, dass sie sich zusätzlich zur Orientierung an o. g. Ressourcen und Problemen besonders an einer sehr genauen Kenntnis des persönlichen Umfeldes und Umgebung der von ihnen jeweils versorgten Demenzkranken, innerhalb der Pflegeplanungen, ausrichten würden. Sie würden zunächst sehr genau vor Ort überprüfen, wie lebt dieser demenzerkrankte Mensch, um danach seinen persönlichen

Hilfebedarf daraus zu ermitteln.

4.13.4 Relevanz einer gezielten Beobachtung von Demenzkranken

Insbesondere viele Interviewpartner aus (teil-) und stationären Einrichtungen betonen die Relevanz einer gezielten Krankenbeobachtung^{xxxvi} der Demenzkranken durch alle Mitarbeiter, die in den Prozess der Pflege und Betreuung dieser von ihnen versorgten Menschen, integriert sind. Interviewpartner nehmen an, dass wenn eine Informationserfassung durch Gespräche mit den Betroffenen nur noch eingeschränkt oder überhaupt nicht mehr möglich ist, um die Erstellung von individuellen Pflegeplänen gewährleisten zu können, dann erscheint ihnen die intensive und aufmerksame Beobachtung der Motorik, Mimik, u. a. der Demenzkranken, als wesentliches Element zur Erfassung des Verhaltens, z. B. von Verhaltensänderungen sowie Tagesbefindlichkeiten durch ihre interdisziplinären Teams. Die Mitarbeiter würden dadurch einen Zugang zu sehr bedeutenden Informationen über die Demenzkranken erhalten, z. B. welche Bedürfnisse, Ressourcen und Defizite ein Demenzkranker besitzt, und wie diese durch entsprechende geplante Maßnahmen gefördert werden könnten. Durch die Interpretation von Beobachtungen anderer versorgter Demenzkranker versuchen die Mitarbeiter, nach Angaben einiger der Befragten zudem, über Vergleiche von Verhaltensweisen verschiedener Demenzkranker, die Gründe für das Verhalten von Demenzkranken, besser zu verstehen, um daraus individuellere Interventionen im Team erarbeiten zu können.

Für die Leitungspersonen, speziell aus Tagespflegestätten mit Demenzkonzept, ist bezüglich dieser oben beschriebenen Beobachtung für ihre dementen Tagesgäste noch zusätzlich wichtig zu analysieren, was ihre Tagesgäste momentan noch können, in welcher Tagesverfassung sie sich aktuell befinden, ob es irgendwelche Auffälligkeiten oder Veränderungen im Vergleich zu den letzten Tagen gäbe und welche augenblicklichen Bedürfnisse und auch Probleme die Demenzkranken haben. Die Mitarbeiter, sind nach Angaben der hier Interviewten, sehr um ein "Verstehen" ihrer Tagesgäste bemüht, und sie versuchen, mit Hilfe einer fortwährenden Beobachtung, flexibler und individueller auf jeden Demenzkranken in seiner entsprechenden Tagesform und Befindlichkeit eingehen zu können.

4.13.4.1 Verhaltensbeobachtung von Demenzkranken nach der DCM-Methode

Einige der Interviewpartner beschreiben, dass ihre Mitarbeiter durch eine Verhaltensbeobachtung externer Beobachter, nach der DCM- Methode^{xxxvii} (= Dementia Care mapping^{xxxviii}) innerhalb ihrer Einrichtungen, noch zusätzliche, wichtige Informationen über die Bedürfnisse und Probleme der Demenzkranken, hier aus der Perspektive von außen stehenden Mappern^{xxxix}, erhalten hätten. Die Leitungskräfte beurteilten die durch diese Beobachtungsmethode gewonnen Informationen und entsprechenden Schlußfolgerungen für den Umgang mit Demenzkranken, als „gute Impulse“, für weitere Planungen von zukünftigen

Pflegezielen und –maßnahmen, insbesondere im Hinblick auf die Erhaltung der Selbstständigkeit der Betroffenen, durch ihre Mitarbeiter.

4.13.4.2 Relevanz der Erstellung von Pflegediagnosen

Einige der Mitarbeiter der befragten Einrichtungen erfassen die psychische Befindlichkeit der Bewohner sowie ihre Einschätzung zum Schweregrad der Demenz sogar mit Hilfe eines „*Minimal-Status*“^{xl} und „*formulieren eine pflegerische Diagnose Demenz*“. Sie sind darum bemüht, die Ergebnisse ihrer Ermittlung konkreter dementieller Symptomaten in Form von spezifischen Pflegeproblemen in die individuelle Pflegeplanung der demenzerkrankten Menschen zu integrieren.

4.13.5 Pflegeziele für an Demenz erkrankte Menschen

Gemäß den Angaben der Interviewpartner erscheint die Erreichung nachfolgender übergeordneter Pflegeziele, als besonders relevant, im Hinblick auf die Planung und Durchführung des Pflegeprozesses für und mit den durch ihre Mitarbeiter versorgten demenzerkrankten Menschen zu sein.

- Die Akzeptanz des Verhaltens sowie der Krankheit der demenzerkrankten Menschen. „*Sie in ihrer Welt lassen*“ können.
- Die Erreichung von Sicherheit bei der Versorgung von Demenzkranken.
- Das Erreichen von Rücksichtnahme und Toleranz gegenüber Demenzkranken.
- Die Förderung der „*alltagsnahen Normalität*“^{xli}.
- Die Förderung der Privatsphäre der Demenzkranken.
- Die Förderung der Individualität der Demenzkranken durch Unterstützung ihrer Gewohnheiten.
- Die Erreichung von Zufriedenheit der Demenzkranken.
- Die Erhaltung und Förderung von Eigenständigkeit sowie Selbstständigkeit der Demenzkranken.
- Die Erhaltung und Förderung von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, der demenzerkrankten Menschen unter Einbeziehung ihrer vorhandenen Ressourcen.
- Die Förderung der Interessen und Fähigkeiten der Demenzkranken.
- Die Ermöglichung, ein Leben in Gemeinschaft mit anderen Menschen führen zu können.
- Die Entwicklung und Förderung eines Tagesrhythmus sowie einer Tagesstruktur für die Demenzkranken.

Leitungskräfte von stationären Einrichtungen benannten zusätzlich noch zwei Zielsetzungen, die spezifisch für ihren Einrichtungstyp erscheinen, wie die Förderung einer Integration der Demenzkranken in den Lebensalltag der nichtdemenzkranken Bewohner durch Einbeziehung in alle angebotenen Aktivitäten sowie aber auch die Erreichung eines Schutzes beider Seiten, den

Schutz der Demenzkranken sowie den Schutz anderer Bewohner vor den Demenzkranken. (Beide Einrichtungen treffen Vorbereitungen für demenzspezifische Konzeptentwicklungen!)

Zusätzlich zu den oben genannten übergeordneten Zielen nannten die Leitungskräfte der ambulanten Einrichtungen weitere Ziele, z. T. mit anderen Schwerpunkten, für die von ihren Einrichtungen versorgten an Demenz erkrankten Menschen. Als oberstes Ziel nannten sie die Förderung des Verbleibens der Demenzkranken innerhalb ihres gewohnten Umfeldes bzw. der eigenen Umgebung, solange dies mit professioneller Hilfe, z. B. durch die Beratung bei der Einrichtung eines Krankenzimmers, ermöglicht werden könnte. Außerdem möchten sie noch den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zu den Demenzkranken fördern, unter Vermeidung über die Person der Demenzkranken hinweg zu handeln.

4.13.6 Relevante Aspekte der Durchführung des Pflegeplanes für Demenzkranke

Um die von ihren Mitarbeitern aus dem recherchierten biografischen Datenmaterial entwickelten Pflegeziele in geeignete individuelle Interventionen^{xlii} für die von ihnen versorgten Demenzkranken umsetzen zu können, halten viele der Interviewpartner das Verstehen und Übertragen des Prinzips der „*Hilfe zur Selbsthilfe*“ sowie eines „*validierenden Umgangs*“ mit den Demenzkranken durch ihr Personal, für besonders relevant. Menschen mit Demenz, sollten ihrer Meinung nach nicht einfach versorgt, sondern aktiviert und umsorgt werden, gemäß einer grundsätzlichen Ausrichtung an dem „*Ansatz der aktivierenden Pflege*“.^{xliii} Andere Interviewpartner geben allerdings zu bedenken, dass bei Demenzkranken, die niemals in ihrem bisherigen Leben z. B. gerne Entscheidungen getroffen hätten, primär aktivierende Pflegeinterventionen nicht angemessen erscheinen. Sie vermuten, dass diese Demenzkranken es diesbezüglich als eher entlastend empfinden würden, nicht nur aktivierend gepflegt zu werden. Für die größtenteils in ihrer Kommunikation stark eingeschränkten dementen Menschen, erscheint einigen Leitungskräften, „*ein zärtlicher und liebevoller Körperkontakt*“, basierend auf dem Konzept der basalen Stimulation[^] als sehr sinnvoll, damit sich die Demenzkranken angenommen und verstanden fühlen, sowie aus ihrer Reizarmut herausgeholt werden könnten – „z. B. Schmidt-Hackenberg 10-Minuten-Aktivierung“.

Bei der Auswahl geeigneter Interventionen müsste überdies, laut Aussagen der Interviewpartner, der Allgemeinzustand, die persönliche Tagesverfassung und das Fortschreiten des Krankheitsprozesses des Demenzkranken, Berücksichtigung finden.

Für viele Befragte ist bei der Entwicklung und der Umsetzung von individuellen Interventionen, die Einhaltung von Tagesrhythmen der dementen Menschen, eine Beachtung einer Ritualisierung der Pflegemaßnahmen durch alle Mitarbeiter, die permanente Umsetzung einer persönlichen Betreuungsplanung, Förderung von Erinnerungen durch z. B. „*Gedächtnistraining*“ sowie die Berücksichtigung der genauen Beobachtung, in welcher Zeit

sich ein Demenzkranker aktuell befindet, entscheidend.

Die Durchführung der Pflegeinterventionen sollte sich nach Aussagen der Interviewpartner ambulanter Einrichtungen deshalb an einem festgelegten Tagesablauf orientieren und nach Möglichkeit durch ihre Mitarbeiter immer eingehalten werden, da den Demenzkranken so z. B. durch feste Badetage oder regelmäßige Weckzeiten, Kontinuität und Sicherheit vermittelt werden könnten.

Die Mitarbeiter aus einer Einrichtung mit Demenzkonzept nehmen gemäß der Aussagen ihrer Leitungsperson, auf individuelle Gewohnheiten Rücksicht wie, eigene Schlafgewohnheiten, Essenszeiten, usw., da sie vermuten, dass die Umsetzung von Pflegeinterventionen entgegen der lebenslangen Gewohnheiten, insbesondere bei Demenzkranken große Widerstände hervorruft, könnte.

4.13.7 Relevanz der Pflegedokumentation für Demenzkranke

Die Interviewpartner halten die Pflegedokumentation^{xliv} durch ihre Mitarbeiter, speziell die Dokumentation der Beobachtungen von kognitiven Einschränkungen und den damit verbundenen Schwierigkeiten, von Veränderungen bei der Verrichtung von Alltagshandlungen sowie von Auffälligkeiten wie Veränderungen im Schlaf- und Wachrhythmus, bezüglich einer individuellen Pflegeplanung für Demenzkranke, für besonders entscheidend. (vgl. mit Kapitel 4.13.4 Relevanz einer gezielten Beobachtung von Demenzkranken)

Darüber hinaus erscheint ihnen die Dokumentation aller möglichen erfassbaren biografischen Daten als wichtig, da diese Informationen mit zunehmender Verschlechterung des dementiellen Abbauprozesses der chronisch Erkrankten, immer schwerer im direkten Kontakt mit ihnen, ermittelt werden könnten. Deshalb sollten auch die Gespräche mit Demenzkranken, mit den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen, in ihren wesentlichen Gesprächsinhalten, zusätzlich immer verschriftlicht werden. (vgl. Kapitel 4.14.4)

4.13.7.1 Relevanz der Pflegedokumentation im Zusammenhang mit dem MDK

Leitungspersonen aus Einrichtungen mit Demenzkonzept äußerten, dass die von ihnen durchgeführte Pflegeplanung grundsätzlich so angelegt sei, dass der medizinische Dienst der Krankenkassen beim Einblick in die Pflegedokumentation sofort erkennt und mitberücksichtigen könnte, welche zusätzlichen Hilfebedarfe ihre demenzkranken Bewohner z. B. bei der Körperpflege hätten. Die Anleitung beim Toilettentraining durch ihre Mitarbeiter, wenn demenzerkrankte Menschen auch von ihrer physischen Verfassung her in der Lage wären, alleine zur Toilette zu gehen, aber oftmals die einzelnen Handlungsschritte nur unter Anleitung ausführen können, d. h. die Demenzkranken die Toilette nicht mehr als Toilette erkennen und sie nicht mehr wissen, wie sie die Hose ausziehen sollen, erfordert oftmals nach Aussagen der Interviewpartner einen größeren Pflegeaufwand und müsste exakt dokumentiert werden, damit

dieser bei einer Prüfung durch den MDK, auch aus der Pflegeplanung ersichtlich wird. Für die Zukunft wünscht sich eine Leitungskraft, die Entwicklung eines detaillierten Fragebogens, gemeinsam erarbeitet von Psychiatern und Neurologen und Pflegeexperten, in dem die Symptome von Demenzen, wie z. B. die Einschränkung der zeitlichen Orientierung eines Demenzkranken so eindeutig dokumentiert werden könnten, dass ein solches Instrument auch bei MDK-Prüfungen, anerkannt werden würde.

4.14 Biografiearbeit

4.14.1 Nutzen von Biografiearbeit

Die überwiegende Mehrheit der Befragten gibt an, dass in ihren Einrichtungen Biografiearbeit eingesetzt wird. Dabei leisten über **30%** der befragten Einrichtungen gelegentlich Biografiearbeit, während **60%** angeben, regelmäßig mit den Bewohnern/Patienten/Tagesgästen biografisch zu arbeiten. Die Häufigkeitsverteilung (vgl. Tabelle 16) verdeutlicht, dass Einrichtungen mit Demenzkonzept wesentlich häufiger angeben, sie würden eine biografische Informationssammlung regelmäßig durchführen, als Einrichtungen ohne demenzspezifisches Konzept.

Biografische Informationssammlung?	E. mit Demenzkonzept		E. ohne Demenzkonzept		Gesamt	
	in %	in %	in %	in %	in %	in %
zu wenig Kenntnis, um Aussage treffen zu können	0	0	1	1,7	1	1,4
wird nicht durchgeführt	0	0	2	3,3	2	2,7
wird gelegentlich durchgeführt	2	15,4	23	38,3	25	34,2
wird regelmäßig durchgeführt	11	84,6	34	56,7	45	61,6
Gesamtanzahl der Einrichtungen	13	100,0	60	100,0	73	100

Tabelle 16: Durchführung einer biographischen Informationssammlung

Insgesamt zeigen die Antworten der Befragten, dass die Einrichtungen durch Biografiearbeit das grundsätzliche Ziel verfolgen, den Umgang ihrer Mitarbeiter mit den dementiell Erkrankten zu verbessern, sowie die Pflege zu erleichtern und somit insgesamt dazu beizutragen, dass durch die methodische Einbindung biografischer Kenntnisse in die Pflegeplanung, das Wohlbefinden der Demenzkranken gesteigert wird. Nach Einschätzung der Interviewpartner ist die Integration von Biografiearbeit in die Pflegeplanung insbesondere für folgende Pflegesituationen wichtig:

- Biografiearbeit hilft schwierige Verhaltensweisen der Demenzkranken zu verstehen, insbesondere können biografische Kenntnisse helfen, Blockaden der Demenzkranken zu überwinden oder bestimmte Reizthemen zu vermeiden.
- Biografiearbeit erleichtert den Umgang und die Pflege mit den Demenzkranken,

insbesondere bei der Körperpflege und beim An- und Auskleiden, Kenntnisse der Biografie können somit helfen, die Intimsphäre des Einzelnen zu wahren.

- Biografiearbeit hilft die sozialen Kontakte zwischen den Bewohnern zu fördern, indem z. B. Bewohner mit ähnlichen Berufen oder Interessen speziell zusammengeführt werden können oder indem die Zimmerbelegung der Bewohner an den biografischen Hintergründen der Bewohner orientiert werden kann.
- Biografische Kenntnisse helfen gezielte Gesprächsimpulse zu entwickeln, mit denen Vertrauen aufgebaut werden kann, und somit der Zugang zum Bewohner/Patienten und Tagesgast erleichtert wird.
- Durch gezielte Gesprächsimpulse können die Demenzkranken gezielt in ihrer Persönlichkeit bestätigt werden, es dient der Wertschätzung der Demenzkranken, sodass das Selbstbild des dementiell Erkrankten länger gefördert und erhalten werden kann.
- Biografiearbeit verhilft vielen Pflegenden zu einer neuen Perspektive bezogen auf Demenzkranke, und somit wird die ganze Persönlichkeit des Erkrankten besser zugänglich.
- Biografiearbeit ist hilfreich, um den dementiell erkrankten Bewohnern/Patienten/ Tagesgästen angemessene Beschäftigungsangebote machen zu können, es hilft somit auch, die gewohnte Lebenskontinuität aufrecht zu erhalten.

Die oben dargestellten Antworten zeigen, dass das Bewusstsein für den Stellenwert von Biografiearbeit in der Arbeit mit Demenzkranken bei vielen befragten Interviewpartnern ausgesprochen hoch ist. Nur eine Pflegedienstleiterin begründete den Einsatz von Biografiearbeit ausschließlich damit, dass Biografiearbeit seit einiger Zeit gesetzlich vorgeschrieben sei.

4.14.2 Themen der Biografiearbeit

Die Themen, die nach Angaben der Befragten bei der Biografiearbeit mit Demenzkranken besondere Berücksichtigung finden, spiegeln ein breites Spektrum von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen wider. Allerdings muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass circa die Hälfte der befragten Einrichtungsleitungen die Themen der Biografiearbeit auf die wesentlichsten biografischen Rahmendaten (Familienstand, Kinder, Beruf, Hobbys und Interessen) beschränken. Die übrigen Einrichtungen betrachten das Thema Biografiearbeit umfassender und berücksichtigen hierbei vor allem die folgenden Themen:

- Beruf, Familie, Kindheitserlebnisse
- Status und Bildung
- Hobbys, Interessen
- Kontakte/ Anbindung an andere Einrichtungen z. B. Frauenhilfe, Seniorentreffs
- Heimat, Stadtteilbezug

- Kultur, Religion
- Politische Haltung, moralische Haltung
- Besondere Lebensereignisse, Lebenssituationen, z. B. Kriegserfahrungen
- Vorlieben und Abneigungen, z. B. bei Lieblingsgerichten, Schmuck, Vorlieben bei der Auswahl der Kleidung, Lieblingslieder
- Gewohnheiten, z. B. Schlafgewohnheiten, Essgewohnheiten, Bewegungsgewohnheiten, Umgang mit Reinlichkeit und Ordnung
- Ressourcen und Fähigkeiten, z. B. Bewegungsressourcen
- Persönlichkeitsmerkmale, z. B. introvertiert, gesellig

4.14.3 Erheben der biografischen Daten

Ein Drittel der Befragten gab an, dass sie die biografischen Informationen hauptsächlich über Gespräche und Befragungen mit/ von Angehörigen der Demenzkranken ermitteln würden. Das entspricht **53** Nennungen (29,3%) von insgesamt 181 Gesamtangaben, bei der Möglichkeit von Mehrfachangaben durch die befragten Interviewpartner. Insgesamt **45** Nennungen (24,9%), beziehen sich darauf, dass die Erhebung biografischer Daten über direkte Gespräche mit den dementiell Erkrankten zu ermitteln, seien. Als zusätzlich relevant erscheinen den Befragten im Zusammenhang mit der biografischen Anamnese Beobachtungen von Demenzkranken (**13** Nennungen bzw. 7,2%) zu sein. Die folgenden Möglichkeiten werden u. a. von vielen Einrichtungen genutzt, um biografische Daten über die dementiell Erkrankten zu sammeln:

- Angehörige: Gespräche mit Angehörigen (regelmäßig und/oder im Aufnahmegespräch); Angehörige werden z. B. gebeten, wichtige Ereignisse in Form eines schriftlichen Lebenslaufs festzuhalten
- Dementiell Erkrankte: Direkte Gespräche, Beobachtungen, Spiele mit biographischen Themen, gemeinsames Betrachten alter Fotos der Demenzkranken/ Angehörigen
- Teamgespräche: Austausch neuer Beobachtungen und Informationen in Team- und Übergabegesprächen sowie Fallbesprechungen
- Soziales Umfeld der Demenzkranken: Gezielte Kontaktaufnahme zu den behandelnden Ärzten, Krankenhäusern, gesetzlichen Betreuern, zu Nachbarn und Freunden, zur Kirchengemeinde, zu früheren Arbeitgebern, usw.

4.14.4 Dokumentation der biografischen Daten

Für die Dokumentation der biografischen Daten gibt es bislang keine einheitlichen Standards. Knapp 40%, also **32** der Interviewpartner gaben an, dass sie die biografischen Daten innerhalb des allgemeinen Pflegedokumentationssystems der jeweiligen Einrichtung dokumentieren würden. Circa ein Viertel, also **20** Befragte äußerten, sie hätten mit ihren Mitarbeitern gemeinsam einen eigenen speziellen Biografiebogen entwickelt. Wenn Praktikanten z. B. aus

Altenpflegeseminaren beschäftigt werden, nutzen die Einrichtungen zusätzlich deren Praktikumsabschlussberichte, die sich häufig ausführlich einer einzelnen Biografie eines Bewohners widmen würden. In einigen stationären Einrichtungen werden biografische Daten, noch zusätzlich zum Biografiebogen, in Form eines so genannten „Lebensregenbogens“ *abgebildet. Diese visualisierte Darstellung der relevanten, chronologisch geordneten Lebensereignisse der Demenzkranken, per Ziffern und Text, ermöglicht allen Mitarbeitern, ohne großen Zeitaufwand, eine gute Transparenz über bedeutungsvolle biografische Informationen und kann bei Bedarf jederzeit ergänzt bzw. aktualisiert werden.*

4.14.5 Kritische Aspekte von Biografiearbeit

Obleich fast alle Befragten angeben, dass ihre Einrichtungen gelegentlich oder regelmäßig Biografiearbeit durchführen, gibt es auch eine Reihe von kritischen Anmerkungen zum Thema Biografiearbeit, die auch auf die Grenzen hinweisen:

- Ausführliche Biografiearbeit kann nicht systematisch durchgeführt werden, da dies zu teuer wäre / die Mitarbeiter hierfür keine Zeit haben.
- Es gibt große Schwierigkeiten biografische Informationen über Demenzkranke zu sammeln: Angehörige sind nicht immer objektiv; Angehörige haben häufig wenig Kenntnisse über die Biografie des Erkrankten; manche Angehörige blockieren Auskünfte, weil viele biografische Daten zu persönlich sind.
- Nicht alle Mitarbeiter können oder wollen biografisch arbeiten.
- Biografische Informationen decken sich nicht immer mit den gegenwärtigen Bedürfnissen der Demenzkranken, da sich Vorlieben, Gewohnheiten und Interessen durch z. B. einen Heimeinzug auch ändern können.

4.14.6 Schlußfolgerungen

Das Bewusstsein für den Wert von Biografiearbeit in der Pflege und Betreuung von Demenzkranken ist bezogen auf die befragten Einrichtungen als eher hoch einzuschätzen. Allerdings wird eine systematische Biografiearbeit, unter Einbeziehung des gesamten Spektrums an Möglichkeiten, bisher noch von zu wenigen Einrichtungen eingesetzt. Hier gibt es für die Einrichtungen noch weitere Spielräume, die sie nutzen könnten, um Biografiearbeit noch gezielter in den Pflegeprozess integrieren zu können.

Speziell Einrichtungen mit Demenzkonzept sehen Biografiearbeit als *„den wichtigsten Zugang zur Lebenswelt“* sowie zu den Wünschen der Demenzkranken an und können dadurch besonders bedürfnisorientierte Einzelmaßnahmen wie Gesprächsimpulse, spezielle Beschäftigungsangebote und Gruppenangebote offerieren.

4.15 Angebote für Demenzkranke

Es fällt auf, (vgl. Tabelle 17), dass im Ganzen mehr als zwei Drittel aller Interviewpartner, die „Lehre von der Kinästhetik“ und die „basale Stimulation nach Fröhlich / Bienstein“ für die Betreuung dementer Menschen, als relevante Ansätze favorisieren. Alle hier ausgewählten Ansätze/Prinzipien werden von Einrichtungen mit Demenzkonzept häufiger benannt, als von Einrichtungen ohne Konzept, mit Ausnahme von „Kinästhetik“, 49 Nennungen (81,7%) in den 60 entsprechenden Einrichtungen ohne Konzept.

Ansätze für die Betreuung Demenzkranker?	E. mit Demenzkonzept		E. ohne Demenzkonzept		Gesamt	in %
	in %		in %			
Basale Stimulation	11	84,6	40	66,7	51	69,9
Kinästhetik	7	53,8	49	81,7	56	76,7
Validation nach Naomi Feil	5	38,5	17	28,3	22	30,1
Integrative Validation nach Nicole Richard	5	38,5	10	16,7	15	20,5
Realitätsorientierungstraining (ROT) ^{xlv}	9	69,2	26	43,3	35	47,9
Hausgemeinschaftsprinzip	8	61,5	9	15,0	17	23,3
Beobachtungsverfahren Dementia Care Mapping (DCM)	4	30,8	6	10,0	10	13,7
Gesamtanzahl der Einrichtungstypen	13		60		73	

Tabelle 17: Mögliche Ansätze für die Betreuung Demenzkranker

Vergleicht man die Anzahl der Nennungen durch die Befragten, zu den Fortbildungsthemen „Kinästhetik“ und „basale Stimulation“, sowie den „beiden Validationsthemen“^{xlvi} für ihre Mitarbeiter (2002), mit den Nennungen zur Durchführung dieser Ansätze, dann fällt auf, dass diese Ansätze zur Zeit eine hohe Priorität bezüglich der **Weiterbildung** sowie der **Durchführung/Umsetzung** bei vielen Einrichtungen, insbesondere „Kinästhetik“, bei den Befragten, hat. (vgl. mit Kapitel 4.5 Fort- und Weiterbildungsangebote für Mitarbeiter in Tabelle 9: Anzahl der Nennungen zu vorgegebenen Fortbildungsthemen)

Die in Tabelle 18 dargestellten Zahlen zeigen, dass insgesamt betrachtet, im Rahmen der Beschäftigungsangebote für die dementiell erkrankten Bewohner, Tagesgäste und Patienten der jeweiligen Einrichtungen, „Einbindungen in alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten“, „Spaziergänge“, „Feste, Feiern“ sowie „Musizieren und Singen“, von **mindestens der Hälfte** aller Einrichtungen angeboten werden. Dabei fällt auf, dass Einrichtungen mit Demenzkonzept deutlich häufiger die hier ausgewählten Angebote demenzerkrankten Menschen anbieten, als

Einrichtungen ohne Demenzkonzept.

Angebote (Interventionen) für Demenzkranke?	E. mit Demenzkonzept		E. ohne Demenzkonzept		Gesamt	
		in %		in %		in %
Einbindung, in alltägliche hauswirtschaftliche Tätigkeiten	12	92,3	48	80,0	60	82,2
Feste, Feiern	12	92,3	42	70,0	54	74,0
10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg	6	46,2	18	30,0	24	32,9
Musizieren und Singen	12	92,3	38	63,3	50	68,5
Spaziergänge	13	100,0	51	85,0	64	87,7
Ausflüge	9	69,2	33	55,0	42	57,5
Urlaub	4	30,8	17	28,3	21	28,8
Gesamtanzahl der Einrichtungstypen	13		60		73	

Tabelle 18: Beschäftigungsangebote für Demenzkranke

4.15.1 Allgemeine Beschäftigungsangebote

Bei den allgemeinen Beschäftigungsangeboten handelt es sich um integrative Angebote des Hauses, die sich sowohl an die dementiell Erkrankten als auch an Bewohner, Patienten und Tagesgäste wenden, die keine dementiellen Symptome zeigen.

- Seniorennachmittage, z. B. Spielenachmittage, gemeinsames Kaffeetrinken, gemeinsames Ansehen alter Filme
- Gruppenangebote z. B. Singen, Gymnastik, Basteln
- Tagesausflüge, Urlaubsfahrten
- Tanzcafés, z. B. im Stil der 50er Jahre
- Feiern, Feste

4.15.2 Spezielle Beschäftigungsangebote für Demenzkranke

Bei den speziellen Beschäftigungsangeboten für Demenzkranke handelt es sich gezielte bzw. segregative Angebote, die sich ausdrücklich an die dementiell erkrankten Bewohner, Patienten und Tagesgäste der Einrichtungen richten.

- Einzelbetreuung (**22** Nennungen), z. B. Spaziergänge, auch zu früher bekannten Orten, Besuchsdienste, Patenschaften von Ehrenamtlichen für Demenzkranke, Nutzen von Snoezelen^{xlvii}-Räumen, 10-Minuten-Aktivierung nach Schmidt-Hackenberg
- Gezielte Gruppenangebote für Demenzkranke (**5** Nennungen), z. B. Gedächtnistraining,

Kochgruppe

- Seelsorge, seelsorgerische Begleitung von Demenzkranken (2 Nennungen)
- Gottesdienste für Demenzkranke (2 Nennungen)
- Nachtcafé im Wohnbereich für Demenzkranke mit ständiger Präsenzkraft (2 Nennungen)
- Gezielte Ausflüge zu den Orten, in denen früher Gemeinschaft erlebt wurde, z. B. frühere Ausflugsziele, Parks, Kirchenbesuche (5 Nennungen)

4.15.3 Spezielle Wohnkonzepte für Demenzkranke

- Eigene Wohnbereiche für Demenzkranke
- „Hausgemeinschaftsprinzip“ innerhalb von Altenpflegeeinrichtungen
- Betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke, z. B. Wohngemeinschaft für vier ältere Menschen, in die ein Demenzkranker integriert ist, der von den übrigen Bewohnern mitbetreut, wird mit angeschlossenem 24-Stunden-Hausnotruf-System und zusätzlicher Tagesbetreuung in der angegliederten Tagesstätte.

4.15.4 Dementengerechte Milieugestaltung in stationären Einrichtungen

- Orientierungshilfen, z. B. unterschiedlich gestrichene Flure, Symbole an den Türen
- Bewegungsfördernde Architektur der Wohnbereiche, Rundwege
- Sicherheitsvorkehrungen, die ein Weglaufen erschweren, wie schwerfällige Türen oder unauffällig gestaltete Türen
- „Kram- und Wühldecken“, z. B. Schränke und Schubladen, die den Bewohnern frei zugänglich sind
- „offenes Haus“, indem die Mitarbeiter alle Bewohner kennen, sodass Demenzkranke auch den eigenen Wohnbereich verlassen und sich frei im Haus bewegen können
- Häusliche Atmosphäre, durch alte Einrichtungsgegenstände, die an die Vergangenheit erinnern und Behaglichkeit vermitteln sollen

4.15.5 Grenzen und Einschränkungen

Die befragten Leitungskräfte machen deutlich, dass sie innerhalb ihrer Strukturen auch auf Grenzen stoßen und nicht alles umsetzen können, was prinzipiell wünschenswert wäre. **Sechs** der befragten Leitungskräfte äußern ganz explizit: „Wir können nicht alles“. In dem Bemühen, sowohl den Interessen der dementen Bewohner, Patienten und Tagesgäste gerecht zu werden, aber auch die Bedürfnisse der nicht dementen versorgten Menschen angemessen zu berücksichtigen, müssen Kompromisse geschlossen werden.

Finanzielle Grenzen, personelle Engpässe und bauliche Gegebenheiten, die nicht veränderbar sind, werden dabei als entscheidende Hürden genannt, die eine demenzspezifische Angebotsstruktur verhindern. Mehrere der befragten Leitungskräfte bemängeln das quantitativ zu geringe Angebot an Tagespflegen, die insbesondere für Demenzkranke in der häuslichen

Umgebung eine wichtige Ergänzung zur ambulanten Pflege wären. Auch hier gibt es strukturelle und bürokratische Hürden, die einen flexiblen Ausbau von Tagespflege verhindern: So bemüht sich eine vollstationäre Pflegeeinrichtung bereits seit einem Jahr vergeblich darum, zusätzlich zwei bis drei dementiell erkrankte Tagesgäste in ihre Wohngruppe für Demenzkranke aufnehmen zu können, da die Genehmigung integrierter Tagespflegeplätze davon abhängig ist, ob ein Haus u. a. über eigenständige Räume sowie einen eigenständigen Eingang für eine integrierte Tagespflegestelle, verfügt.

4.15.6 Schlußfolgerungen

Auffällig ist, dass die befragten Einrichtungen insgesamt ein breites Feld an Angeboten offerieren, die auch insbesondere die speziellen Bedürfnisse der Demenzkranken berücksichtigen. Allerdings zeigt sich auch an dieser Stelle, dass die einzelnen Einrichtungen sich häufig auf einzelne Maßnahmen beschränken und nicht auf das gesamte Spektrum an möglichen und geeigneten Angeboten für Demenzkranke zurückgreifen.

Der Vergleich, der in Tabelle 18 dargestellten Häufigkeitsverteilung der Beschäftigungsangebote für Demenzkranke, mit den qualitativen Aussagen der Befragten zu den speziellen Beschäftigungsangeboten (vgl. Kapitel 4.15.2 und ff.) der Einrichtungen, die sich ausschließlich gezielt an Demenzkranke wenden, ist zu konstatieren, dass diese Angebotsformen, häufiger von Einrichtungen mit Demenzkonzept, insgesamt betrachtet, aber nur von einer **sehr geringen Anzahl** der Befragten genannt werden.

4.16 Interventionen für Demenzkranke

Im abschließenden Kapitel dieses Untersuchungsberichts werden Interventionen innerhalb von ausgewählten Fallsituationen vorgestellt. Dabei konnten, die durch die Leitungspersonen beschriebenen Interventionen, bezüglich ihrer Orientierung an Ressourcen und Kompetenzen, an Pflegeproblemen, an Bedürfnissen sowie unter direkter Einbeziehung biografischer Kenntnisse über die verwirrten Menschen, durch das Projektteam unterschieden werden.

(siehe Anlage 2: Interventionen: ausgewählte Fallsituationen)

Bei der Analyse dieser Interventionen wird deutlich, dass viele Befragte für Pflegeprobleme, wie „*Tag-Nacht-Umkehr*“, „*motorische Unruhe*“, „*fremd aggressive Verhaltensweisen*“ sowie Schwierigkeiten bei der Körperpflege von Demenzkranken, usw., konstruktive und lösungsorientierte Einzelmaßnahmen beziehungsweise Kombinationen von möglichen Interventionen beschreiben. Das Spektrum an Interventionen und Handlungsalternativen im Hinblick auf eine primäre Ressourcen- und Bedürfnisorientierung, unter Integration biografischer Kenntnisse über die verwirrten Menschen, erscheint das Bemühen und das Engagement vieler Interviewpartner und ihrer Mitarbeiter zu unterstreichen, individuelle bzw. auf die Person der Menschen mit Demenz bezogene Einzellösungen, zu planen und

durchzuführen.

5 Resümee

Betrachtet man abschließend noch einmal die angebotenen Versorgungsleistungen für Demenzkranke im Untersuchungsgebiet (Teil III) mit den im Modellprojekt ermittelten Bedürfnissen der Demenzkranken (Teil II), so lässt sich grundsätzlich festhalten, dass ein Großteil der befragten Einrichtungen nur bedingt dazu in der Lage ist, eine an den Bedürfnissen der Demenzkranken orientierte Pflege und Betreuung zu gewährleisten.

Insgesamt hat sich bei der Bedürfnisanalyse der Demenzkranken gezeigt, **dass die Befriedigung der psychosozialen Bedürfnisse eine sehr hohe Bedeutung für die Lebensqualität der Demenzkranken einnimmt.**

Im Folgenden sollen noch einmal die zentralsten Ergebnisse der Interviews mit den Demenzkranken der qualitativen/quantitativen Analyse der Versorgungsangebote gegenübergestellt werden:

- Die Bedürfnisanalyse der Demenzkranken hat ein starkes **Bedürfnis** der Kranken nach **Anerkennung** und **Selbstbestätigung** sowie nach **Selbstständigkeit** ergeben. Eine wichtige Voraussetzung, um diesen Bedürfnissen gerecht werden zu können, ist die genaue Kenntnis der Biografie, um durch gezielte Gesprächs- und Beschäftigungsimpulse die Kranken in den für sie wichtigen Kompetenzen würdigen zu können. Die Mehrheit der in dieser Untersuchung befragten Einrichtungen berücksichtigen in ihrer Arbeit mit Demenzkranken zwar biografische Informationen, aber nur **45** (61,6%) der 73 befragten Einrichtungen führen Biografiearbeit regelmäßig durch. (vgl. Tabelle 16: Durchführung einer biographischen Informationssammlung) Häufig bleiben die biografischen Hintergrundinformationen für die Pflegenden lückenhaft, wenn es keine Angehörigen mehr gibt oder diese keine oder nur wenig Auskunft über das Leben ihrer erkrankten Angehörigen geben können. Die Demenzkranken selber in den Prozess der Biografiearbeit zu integrieren, wird noch zu wenig genutzt. Eine weitere wichtige Bedingung, um Demenzkranken Anerkennung und Selbstbestätigung zukommen zu lassen, ist eine kontinuierliche und aufmerksame Zuwendung. Auch in diesem Hinblick räumen die befragten Leitungskräfte ein, dass im täglichen Pflegealltag eine intensive und individuelle Beschäftigung der Mitarbeiter mit den Kranken aus Zeitmangel häufig unterbleiben muss. (vgl. Kapitel 4.4.4 Schwierigkeiten der Mitarbeiter im Umgang mit den Demenzkranken) Chancen hierzu bieten sich vor allem denjenigen Einrichtungen, insbesondere stationären Einrichtungen mit Demenzkonzept, die verstärkt Ehrenamtliche für die Betreuung von

Demenzkranken einsetzen. (vgl. Kapitel 4.10.4 Schlussfolgerungen) Ehrenamtliche, die beispielsweise Patenschaften für die Erkrankten übernehmen, können hier einen entscheidenden Beitrag zur Erfüllung der **psychosozialen Bedürfnisse** der Demenzkranken leisten.

- Die Bedürfnisanalyse der Demenzkranken hat ein starkes **Bedürfnis** der Kranken nach **Bindung** und **sozialer Integration** ergeben. Eine wichtige Voraussetzung, um das Bedürfnis angemessen umsetzen zu können, ist die möglichst lange Einbindung der Kranken in den Familienverband und der möglichst lange Verbleib der Kranken in der eigenen häuslichen Umgebung. Einen wichtigen Beitrag, die häusliche Situation stabilisieren zu können, leisten hier im Besonderen die Anbieter von ambulanten Pflegediensten sowie auch Tagespflegeeinrichtungen. Hier zeigen sich allerdings erhebliche Unterschiede in der Qualität der Versorgungsanbieter: Während die befragten Tagespflegeeinrichtungen sich in ihrer Angebotsstruktur sehr gezielt auf die Versorgung und Betreuung von Demenzkranken eingerichtet haben, ist ein Großteil der befragten ambulanten Dienste auf die speziellen Bedürfnisse in der Arbeit mit Demenzkranken noch nicht zufrieden stellend vorbereitet. Dies zeigt sich u. a. an der geringen Anzahl von ambulanten Einrichtungen, nämlich 2 (5,6%) von 36 ambulanten Einrichtungen, die über ein demenzspezifisches Konzept verfügen. (vgl. Abbildung 1: Einrichtungen mit Demenzkonzept) Des Weiteren zeigt es sich am niedrigeren Fortbildungsstand zum Thema Demenz der Mitarbeiter in ambulanten Einrichtungen, z. B., geben nur 7 ambulante Pflegedienste (19,6%) von 36 ambulanten Einrichtungen an, das Fortbildungsthema „Demenz“ in 2002 ihren Mitarbeitern angeboten zu haben, gegenüber 21 Nennungen (61,8%) von 34 stationären Einrichtungen. Insgesamt findet auch die Anwendung von Biografiearbeit in ambulanten Einrichtungen im Vergleich mit den untersuchten stationären Einrichtungen eine geringere bzw. unsystematischere Berücksichtigung. Ambulante Dienste führen Biografiearbeit nur in **18** (50,0%) von 36 Einrichtungen regelmäßig gegenüber von **24** (70,6%) von 34 stationären Altenpflegeeinrichtungen durch. Die Mitarbeiter in der ambulanten Pflege erhalten zudem durchschnittlich weniger die Möglichkeit des Austausches ihrer Erfahrungen innerhalb gesonderter Fallbesprechungen. Es führen nur **16** (44,2%) von 36 ambulanten Diensten, im Gegensatz zu **20** (58,8%) von 34 stationären Einrichtungen, gesonderte Fallbesprechungen zu speziellen Fragen und Problemen im Umgang mit Demenzkranken, durch. Außerdem befinden sich unter den insgesamt **33** Einrichtungen, die keine Kooperationen mit Ehrenamtlichen haben, allein **26** ambulante Dienste von 36 befragten ambulanten Einrichtungen, davon **24** Einrichtungen ohne

Demenzkonzept.

- Die Bedürfnisanalyse der Demenzkranken hat ein starkes **Bedürfnis** der Kranken nach **Gemeinschaft** sowie **Geselligkeit** ergeben. Eine wichtige Voraussetzung, um o. g. Bedürfnissen gerecht werden zu können, ist das Darbieten von vielfältigen Freizeit- und Gruppenangeboten. Berücksichtigt werden muss, dass dieses Bedürfnis vor allem bei Erkrankten eines leichten bis mittleren Schweregrades zu erkennen ist, während Schwerstdemenzkranken häufiger ein Bedürfnis nach Rückzug zeigen. Da in vollstationären Einrichtungen der Großteil der demenzkranken Bewohner bereits als schwerstement eingeschätzt wird, liegt es nahe, dass Ausflüge und Urlaubsfahrten hier keine große Bedeutung haben. (vgl. Tabelle 18: Beschäftigungsangebote für Demenzkranke) Grundsätzlich ist aber festzuhalten, dass demenzkranke Bewohner im Anfangsstadium ihrer Demenz wesentlich stärker in gesellige Veranstaltungen einbezogen werden müssten, als es bisher geschieht. Auch hier gelingt es Einrichtungen, die auf Ehrenamtliche zurückgreifen können, – insbesondere stationären Einrichtungen mit Demenzkonzept, – besser, entsprechende zeit- und personalbindende Beschäftigungsangebote zu initiieren. (vgl. Kapitel 4.10 Umgang mit ehrenamtlicher Mitarbeit)

Insgesamt hat die Untersuchung der Angebotsstruktur gezeigt, dass es mittlerweile eine Reihe von Einrichtungen gibt, vornehmlich handelt es sich hierbei um die 13 Einrichtungen, die über ein spezielles Demenzkonzept verfügen und somit ihre Pflege und Betreuung bereits sehr genau an den Bedürfnissen der Demenzkranken orientieren können. (vgl. Kapitel 2.1 Vorstellung von Zielen, Fragestellungen und Annahmen und Kapitel 2.1.3 Annahme des Forschungsteams: *„Die Einrichtungen, die über spezielle Demenzkonzepte verfügen, setzen oben genannte potenzielle Bedingungen innerhalb ihrer Einrichtungen gezielter und konsequenter um und können somit eine Versorgung der Menschen mit Demenz individueller, also an deren Bedürfnissen und Ressourcen orientieren und folglich einen wesentlichen Beitrag zum Wohlbefinden der Betroffenen leisten.“*)

Ein Großteil der Einrichtungen zeigt gute und demenzspezifische Ansatzpunkte, die allerdings zukünftig noch ausgebaut, verstärkt und vor allem systematisiert werden müssten.

6 Weiterergehende Forschungsfragen

Das zur Zeit vorhandene Spektrum an verschiedenen Konzepten für Demenzkranke auf dem Markt der Altenhilfe, erlaubt es zu diesem Zeitpunkt noch nicht, zu entscheiden, welches dieser Konzepte mit welcher Ausrichtung in seiner Umsetzung letztendlich möglichst viele Demenzkranke in ihrem „*Personsein*“^{xlvi} und ihren Bedürfnissen angemessen unterstützt. Die

quantitativen und qualitativen Befunde und Ergebnisse der in Teil III durchgeführten Analyse könnten als Grundlage für weitere empirische Forschungsarbeiten dienen, die die hier untersuchten Rahmenbedingungen für Demenzpflege auf ihre Wirksamkeit für bestimmte Gruppen von Demenzkranken (Stadien I bis III) anhand von definierten Merkmalen überprüfen müssten.

Sinnvoll wären weitere Forschungsprojekte, im Sinne summativer und formativer Evaluationen, die z. B. die Implementierungsprozesse verschiedener Demenzkonzepte (segregative und integrative Ausrichtungen), vergleichend im Sinne einer Längsschnittuntersuchung begleiten und überprüfen würden.

Als Forschungsmethoden würden sich hier erneut Beobachtungen und Interviews mit Demenzerkrankten, ergänzend mündliche oder schriftliche Befragungen mit Angehörigen und auch den Mitarbeitern der an der Demenzpflege beteiligten interdisziplinären Teams, anbieten (Z. B. Bezugspflegesysteme, Einfluss der Biografiearbeit auf Interventionen, Betreuungsangebote, spezielle Beschäftigungsangebote für Demenzkranke, Einsatz Basaler Stimulation, usw., müssten mitevaluiert werden.)

Des Weiteren wäre es wünschenswert, eine adäquate Methode aus dem bereits bestehenden Methodenspektrum qualitativer Sozialforschung weiterzuentwickeln, die es ermöglicht, mit Hilfe von geeigneten Parametern, auch den Einfluss des jeweiligen Lebensumfeldes, des Milieus, in dem die Demenzkranken leben, bezüglich ihres Wohlbefindens, zu erfassen.

7 Ausblick

Es erscheint den Autoren dieser Untersuchung Teil I bis III grundsätzlich nicht möglich, alle potenziellen systemischen Einflussfaktoren zuzüglich einer zeitlichen Dimension erfassen zu können, um einen so komplexen Begriff, wie die Lebensqualität demenzerkrankter Menschen, auch gerade bezüglich der Veränderungen im fortlaufenden Prozess der zunehmenden Verschlechterung dieser chronischen Erkrankung in seiner Gänze zu erfassen.

Es wurde im zweiten Teil dieser Untersuchung aus Sicht der Autoren aufgezeigt, dass es möglich sein könnte, durch die gezielte Wahrnehmung durch Beobachtungsverfahren und auch Befragungen der Demenzkranken in ihrem „*Hier und Jetzt*“ Bestandsaufnahmen zu erheben, um auf den Ergebnissen dieser Untersuchung basierend, anschließend durch lösungsorientierte Interventionen, z. B. Gesprächsimpulse oder basalstimulierte Reize sowie Begleitungsangebote, dem demenzerkrankten Menschen bezüglich seiner momentanen individuellen Bedürfnisse und / oder Probleme, ein angemessenes Angebot machen zu können. (vgl. Teil II, Kapitel Globalanalyse)

Die Hauptaufgabe und Verantwortung obliegt am Ende den Menschen, ob den professionell oder ehrenamtlich Pflegenden, Beratenden und Betreuenden, die im unmittelbaren und mittelbaren Kontakt mit diesen chronisch Erkrankten stehen. Diese gilt es entsprechend zur individuellen Kompetenzerweiterung zu schulen und ihnen adäquate Angebote zur Entlastung und Weiterbildung anzubieten, damit sie heute und zukünftig diese Menschen, die besonders in ihren kognitiven Fähigkeiten, ausnehmend in ihrer Kommunikation stark eingeschränkt sind, in ihren täglichen Begegnungen angemessen begleiten zu können.

Fußnoten:

ⁱ1) **Definition Pflegesystem:** „Arbeitsorganisatorische Einteilung des pflegerischen Handelns. Im Groben werden funktionelle (Funktionspflege) von ganzheitlichen Pflegesystemen (Bereichspflege, Gruppenpflege Bezugspflege) unterschieden. Pflegesysteme geben Auskunft über die Hierarchisierung und den Grad der Arbeitsteilung innerhalb der Betriebseinheit [...] Im weiteren Sinne bestimmen Pflegesysteme auch den Grad der Verantwortlichkeit und der Zuständigkeit professioneller Pflegepersonen zu ihren Patienten.“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 2. Auflage 2003, S. 789

2) Die Klassifikation von Pflegesystemen gemäß der Adaption an Pflegeprinzipien von der Funktionszentrierung zur Patientenzentrierung und in Abhängigkeit des Grades der Pflegeorganisation. Vgl. Büssing, Andre (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe; 1997 S. 26 Abbildung 4: Klassifikation von Pflegesystemen.

ⁱⁱIm Sinne von: „Fähigkeiten und potentielle Hilfsreserven eines Patienten, die bei der Pflege und beim gesamten Heilungsprozess hilfreich sein könnten. Das Erkennen der Ressourcen gehört zum zweiten Schritt im Regelkreis des Pflegeprozesses, bei dem es darum geht, in welchen Bereichen [...] Patienten Fähigkeiten besitzen[...].“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege. 2003, S. 869

ⁱⁱⁱ **Anmerkung:** Als ehrenamtliche Tätigkeiten werden hier definiert: „[...] wurden solche Aktivitäten erfasst, die freiwillig und unbezahlt für andere Menschen geleistet werden und der Hilfe oder der Interessenvertretung für einzelne Personen (z. B. alte Menschen) oder Personengruppen dienen.“ In: Ministerium für Arbeit und soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Aktiv in NRW. Ehrenamt und Erwerbsarbeit – Zeitbalance oder Zeitkonkurrenz? Düsseldorf: Schäfer Graphics Verlag, 2000; S. 4

^{iv} **Definition Konzept:** „aus lat. *Conceptus* “das Zusammenfassen“, [...] Entwurf, erste Fassung einer Rede, oder einer Schrift. 2. Plan, Programm.“ In: Baer, Dieter; Fritzsche, Pia, Herforth, Michal, u.a.: Duden. Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim: Brockhaus AG, 2000, S. 753

„Ein Konzept ist das Abbild bzw. die symbolische Darstellung einer abstrakten Idee. Es entsteht durch die Verallgemeinerung bestimmter Merkmale.“ In: Lobiondo-Wood, Geri; Haber, Judith: Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein, 1996 S. 170

Anmerkung: Es wird an dieser Stelle bewusst auf eine Analyse der innerhalb der Pflegewissenschaften nicht einheitlich definierten Terminus Konzept, bezüglich seiner unterschiedlichen Bedeutungen in der Pflegetheorie und oder innerhalb der Pflegepraxis verzichtet. Die Autorinnen führen den Begriff „**Demenzkonzept**“ ein und beschreiben ihn wie folgt, als „einen demenzspezifischen, handlungsbezogenen Entwurf oder Plan zur Versorgung und zum Umgang mit demenzerkrankten Menschen innerhalb von Einrichtungen der Altenhilfestrukturen.“

-
- ^v **Definition offene Fragen:** „*Der Befragte muss seine Antwort selbst formulieren.*“ In: Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, 3., korrigierte Auflage, 1995 S. 387
- ^{vi} Vgl. Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2, 1995, S. 393
- ^{vii} In: Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2, 1995; S. 393
- ^{viii} Das komplette Datenmaterial wurde durch das Projektteam in eine Access Datenbank eingegeben (Microsoft Access 2000)
- ^{ix} Die quantitative Dateneingabe wurde mit Hilfe des Programms Microsoft Excel 2000 durchgeführt.
- ^x Vgl. Bortz, J.; Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin u.a.: Springer, 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, 1995 S. 369, 370
- ^{xi} Die Interviews wurden von den 8 Interviewern Ende 2002 bis Ende Februar 2003 innerhalb der jeweiligen Einrichtung mit den Leitungskräften durchgeführt. Die Interviews wurden durchgeführt von: Sonja Haas, Anne Heinrichs, Alexander Neidhard, Maren Niebuhr, Christel Schulz, Martin Schulz, Beate Stach und Felix Vössing.
- ^{xii} **Anmerkung:** Da sich unter den Befragten hauptsächlich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des mittleren und des oberen Managements der drei Einrichtungstypen befanden, werden innerhalb dieser Arbeit von nun an die verallgemeinernden Bezeichnungen, wie „*die Leitungskräfte*“ oder „*die Führungspersonen*“ verwendet.
- ^{xiii} **Anmerkung:** Es war vom methodischen Vorgehen her nicht eingeplant, auch noch die qualitative Inhaltsanalyse der offenen Fragen durch eine spezielle Textanalyse der 13 Konzeptentwürfe zu ergänzen, zumal auch nur 10 Einrichtungen angaben, dass ihr Demenzkonzept schriftlich vorliegen würde. Inwieweit ein „*gemeinsamer Nenner*“ der beteiligten Einrichtungen bezüglich der Definition des Begriffs „*Konzept*“ besteht, sowie die Verständigung darüber, wie ein Demenzkonzept strukturiert sein sollte, war nicht Gegenstand dieser Untersuchung.
- ^{xiv} Vgl. Böhm; Erwin: Psychobiographisches Pflegemodell. Grundlagen; Maudrich: Psychiatrie Verlag, 1999
- ^{xv} **AEDL`s** = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens; vgl. mit dem konzeptionellen Pflegesystem von Monika Krohwinkel; In: Krohwinkel, Monika: Fördernde Prozesspflege. Konzepte, Verfahren und Erkenntnisse. In: Osterbrink, Jürgen (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorienkongress, Nürnberg: Hans Huber, 1997
- ^{xvi} **ATL`s** = Aktivitäten des täglichen Lebens; „[...] *12 Elemente im Pflegemodell nach L. Juchli das Ganzheitlichkeit strukturiert erfassen und den Pflegenden im Rahmen des Pflegeprozesses eine Orientierungs- und Handlungshilfe gewähren soll.*“ In: Menche; Nicole, Bazlen; Ulrike, Kommerell; Tilman (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. München, Jena: Urban & Fischer, 2. Auflage S. 136
- ^{xvii} vgl. Kitwood, Tom: Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen: Huber. 2000¹
- ^{xviii} vgl. Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen. Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München: Reinhardt, 2001
- ^{xix} vgl. Kojj, Cora van: „Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und Pflegewissenschaft“ In: Tackenberg,; P. & Abt-Zeglin, A.(Hrsg.): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 2000
- ^{xx} **Anmerkung:** An dieser Stelle wurde bewusst in Abwägung mit den Forschungsinteressen aus **Datenschutzgründen** auf weitere Fragen zur Qualifikation nach z. B. der quantitativen Zusammensetzung der Teams, der Gesamtanzahl aller Mitarbeiter der Einrichtungen, der Anzahl der pflegerischen MA in Relation zu den zu versorgenden Demenzkranken, das Verhältnis der Teilzeit- und Vollzeitkräfte, die genaue Anzahl aller

Zusatzqualifikationen / Weiterbildungen der Mitarbeiter, die Zusammensetzung des interdisziplinären Teams, etc.), verzichtet.

^{xxi}**Definition Kinästhetik:** „*Lehre von der Bewegungsempfindung (nach den Begründern L. Marietta und F. Hatch; Kinästhetik in der Pflege beschreibt und analysiert die Aspekte von menschlicher Bewegung und menschlichen Funktionen. Ziel der Kinästhetik in der Pflege ist es, Pflegebedürftigen bei der Gesundheitsförderung, bei der Entwicklung von Interaktionsfähigkeiten sowie bei der Entwicklung von Fähigkeiten zur Mobilisation zu unterstützen. [...]*“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege, 2003, S. 525 / vgl. Hatch, Frank,; Maietta, Lenny; Schmidt, Suzanne: Kinästhetik. Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Krankenpflege. Eschborn: DBFK 1992

^{xxii} Mehrfachnennungen waren hier möglich. Die Auswahl der Themen erfolgte gemäß einer vorausgegangenen Literaturrecherche und wurde durch das Forschungsteam nebst beratendem Expertenteam der Alzheimer Gesellschaft Bochum e. V. entwickelt.

^{xxiii}**Definition Supervision:** *Zur Klärung von Konflikten, Problemen innerhalb eines Teams, einer Abteilung. o. Ä. u. zur Erhöhung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingesetzte Methode, (in einem Betrieb, einer Abteilung o. Ä.) [...]*“ In: Baer, Dieter; Fritzsche, Pia, Herforth, Michal, u.a.: Duden., 2000, S. 1293

Anmerkung: Wie der Begriff einer extern geleiteten Supervision von den einzelnen Einrichtungen definiert wird, konnte in dieser Untersuchung nicht erfasst werden.

^{xxiv}**Die Funktion eines externen Supervisors:** *„Die exzentrische Position eines externen, nicht in das Teamgeschehen eingebundenen Supervisors, soll durch die dadurch erzielte Distanz ermöglichen, sowohl eine Haltung der Neutralität gegenüber allen Beteiligten Personen einzunehmen als auch den Blickwinkel der Supervisanden, um die vorfindbaren blinden Flecken, im alltäglichen Geschehen zu erweitern.“* In: Brunner E. J., Bauer P, Volkmar S: Soziale Einrichtungen bewerten. Freiburg: Lambertus, 1998, S. 117

^{xxv}**Anmerkung:** Einige Themenschwerpunkte wurden mehrfach angeführt.

^{xxvi}**Anmerkung:** Die Auswahl der Leistungsanbieter erfolgte gemäß des hier gewählten Forschungsdesigns, die Befragten konnten unter „**Sonstige**“, zusätzliche, sich nicht unter den 10 Partnern befindliche Einrichtungen anführen. Das angegebene Spektrum reicht u. a. von der Universität Witten Herdecke und der evangelischen Fachhochschule Bochum über Apotheken, Wohnberatungsstellen, Betreuungsvereinen, Altenpflegeschulen bis hin zu benachbarten Kirchengemeinden.

^{xxvii}**Anmerkung:** Nach den absoluten Zahlen der insgesamt innerhalb der Einrichtung tätigen Ehrenamtler wurde nicht explizit gefragt. Einige Einrichtungen machten von sich aus quantitative Angaben, diese wurden aufgrund der fehlenden Vergleichbarkeit hier nicht abgebildet.

^{xxviii}**Anmerkung:** Diese offen gestellte Frage wurde quantitativ ausgewertet.

^{xxix}**Anmerkung:** Dieses Angebot wurde von den Interviewpartnern ausschließlich im Zusammenhang mit dem Engagement durch sonstige Ehrenamtler genannt.

^{xxx} vgl. Kitwood, Tom: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. 2000 Kapitel 9.1 Der Anteil der Betreuungsperson an der Interaktion.

^{xxxi}**Definition Pflegeanamnese:** *„Bestimmung der Bedürfnisse, Präferenzen und Fähigkeiten eines Patienten durch einen professionell Pflegenden. Bei der Pflegeanamnese führt die Pflegende ein Interview mit dem Patienten, der dabei aufmerksam beobachtet wird, um alle Symptome und Anzeichen seines Zustands, seine verbale und nonverbale Kommunikation, die medizinische und soziale Anamnese und jede andere verfügbare Information berücksichtigen zu können.[...]*“ In: Springer Lexikon Pflege. 2003, S. 782

^{xxxii} **Definition Pflegeplanung:** „Einer der 5 Schritte des Pflegeprozesses; Kategorie der Tätigkeiten professionell Pflegenden, deren Strategie darin besteht, die Pflegeziele für jeden einzelnen Patienten festzulegen, nachdem sie in der Einschätzung (Anamnese) und Analyse bestimmt worden sind. Zur Pflegeplanung gehören die Entwicklung und ständige Anpassung eines Plans, der für alle Patienten erforderlichen Pflegehandlungen beinhaltet, wobei eine Kooperation mit anderen Pflegenden stattfindet und alle relevanten Informationen dokumentiert werden.“ In: Springer Lexikon Pflege. 2003, S. 787

^{xxxiii} Vgl. Schmidt, Harry: Eine vergleichende analytische Betrachtung bedürfnisorientierter Pflegemodelle. In: Dokumentation Pflgeethorie 6/ 97 S. 5 ff.

^{xxxiv} **Anmerkung:** Es wird an dieser Stelle auf einen Vergleich bzw. auf eine Bewertung, von bedürfnisorientierten theoretischen Ansätzen bewusst verzichtet, da dies nicht Gegenstand dieser Untersuchung war.

^{xxxv} **Definition Pflegeproblem:** „[...] bei dem es darum geht, zu erkennen, in welchen Bereichen [...] Patienten Unterstützung benötigen. [...]“ In: Springer Lexikon Pflege. 2003, S. 786

^{xxxvi} **Definition Krankenbeobachtung:** „Bezeichnet alle Tätigkeiten eines professionell Pflegenden, die mit der Beobachtung eines Patienten in Zusammenhang stehen. Die Beobachtungen können dabei eindeutig messbar sein (Blutdruck, Puls, Atmung, etc.) oder auch beschreibenden Charakter besitzen (Hautzustand), Wundbeschreibung, Verhalten eines Patienten etc.) [...]“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege, 2003, S. 564^{xxxvii}
„[...] war eine neue Methode zur Evaluation der Pflegequalität in formellen Settings, die wir Dementia Care Mapping (DCM) nannten. Es beruht unter Anwendung einer Kombination von Empathie und Beobachtungsgabe auf dem ernsthaften Versuch, den Standpunkt der dementen Person einzunehmen.“ In: Kitwood, Tom: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber; 2000 S. 21

^{xxxviii} **Anmerkung:** DCM = Abbildungen der Demenzpflege.

^{xxxix} **Mapper** = ein gemäß der DCM-Methode geschulter Beobachter

^{xl} **Definition Mini-mental-state-Test:** „(engl.) m: Abk. MMST; Kurztest zur Beurteilung geistiger Leistungsfähigkeit; Anw. Zur Diagnose, Therapie- und Verlaufskontrolle einer senilen Demenz.“ In: Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 259 Auflage. Berlin: De Gruyter 2002 S. 1071

^{xli} „Der Hausgemeinschaft liegt die Konzeption und die Leitidee einer alltagsnahen Normalität zu Grunde, die dem Nutzer der Einrichtung, die nunmehr sprachlich wie konzeptionell zum Mitglied einer Hausgemeinschaft avanciert, Sicherheit und Geborgenheit zu leisten hat.“ In: Arend, Stefan Dr.: Die vierte Generation. In: Altenpflege. 5/ 2002 S. 53

^{xlii} **Definition Intervention:** „Jede Maßnahme und Handlung eines professionell Pflegenden, mir denen der Pflegeplan umgesetzt oder auf ein spezielles Ziel dieses Plans hingearbeitet wird; [...] Patienten können z. B. Interventionen in Form von Unterstützung, Einschränkung, Medikation oder Behandlung eines akuten Zustandes oder Hilfe zur Abwendung von weiterem Stress benötigen.“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege, 2003, S.785

^{xliii} „Der Ansatz der aktivierenden Pflege kann nach seiner Zielorientierung, der Umsetzung der Pflege, und seinen Voraussetzungen unterschieden und ausgestaltet werden. [...] 1. Die generelle Orientierung ist präventiv und rehabilitativ, nutzt Fähigkeiten und Ressourcen und arbeitet an Fähigkeiten und Kompetenzen des Klienten orientiert. 2. Die kooperative Orientierung besteht durch Einbeziehung der Klienten und Angehörigen. Einbeziehung anderer Beteiligter, individuelle und angemessene Ausrichtung, Bedarfs- und **Bedürfnisausrichtung**. 3. Pflegefachliche Ziele sind: Erhalt und Wiedererlangen von Fähigkeiten, [...] Selbstständigkeit, Förderung, Aktivierung.“ In: Dangel, Barbara; Korporal, Johannes: Begriff und Konzept der

aktivierenden Pflege. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (Hrsg.): Pflege Aktuell. Frankfurt am Main: Heinrich GmbH; 11/ 2000 S. 625

^{xliv} **Definition Pflegedokumentation:** „Schriftliches Festhalten aller pflegespezifischen Maßnahmen und Überlegungen einer professionellen Pflegeperson. Dazu gehören insbesondere die Pflegeplanung, der Pflegebericht, der Durchführungsnachweis sowie alle weiteren schriftlich formulierten oder aufgezeichneten Parameter, die mit der Beziehung Pflegeperson – Patientin in Verbindung stehen. [...] die Pflegeplanung hat insbesondere bei Schadensersatzforderungen und haftungsrechtlichen Ansprüchen beweisenden Charakter.“ In: Anderson, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 2. Auflage 2003, S. 784

^{xlv} Innerhalb des Vierten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wird über ROT ausgeführt: *“Unter der Bezeichnung Realitätsorientierungstherapie werden zwei unterschiedliche Ansätze zusammengefasst, die alternativ oder kombiniert eingesetzt werden können. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende, Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen, „wie in der Schule“ stets aufs Neue wiederholt („ClassroomROT“). Das zweite Modell ist das „24-Stunden-Training“, in dem bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patientinnen und Patienten „Realitätsanker“ geboten werden, sowohl im direkten Kontakt mit dem Personal wie auch als visuelle oder akustische Orientierungshilfen. Dieses Modell setzt eine intensive Schulung des gesamten Teams voraus. In der Realität der stationären Altenhilfe können im Rahmen des „ROT“ eine Vielzahl „realitätsorientierender“ Interventionen durchgeführt werden, die von „life review“-Techniken, die also auch das „Vorher“ einbeziehen, bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen. Die ROT wird häufig als direktive Methodik kritisiert, die leicht als Drill verstanden und umgesetzt werden kann. Da im Umgang mit Demenzkranken entstehende Probleme schnell zu einer Überforderung der Kranken führen können, kann die ROT für den Einsatz bei Demenzkranken nicht uneingeschränkt empfohlen werden.“* In: *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002* In: Kapitel 4.7.3.1.4 Realitätsorientierungstherapie (ROT) S. 264 / vgl. auch mit Käppeli, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. 2000 Kapitel Verwirrung. S. 96

^{xlvi} **Anmerkung:** Hier wurden die Nennungen beider Validationsthemen summiert betrachtet.

^{xlvii} **Definition Snoezelen:** „Snoezelen ist ein Kunstbegriff. Er besteht aus der Kombination der niederländischen Wörter *snuffelen* (schnüffeln, schnuppern) und *doezelen* (dösen, schlummern.).[...] Die beiden Niederländer Jan Hulsegge und Ad Verheul sind die Begründer dieser Methode, die Snoezelen als Entspannungs- und Freizeitmethode in der Arbeit mit schwer geistig behinderten Erwachsenen in der Behinderteneinrichtung *Haarendael* einsetzten.“ In: Evangelischer Verband für Altenarbeit im Rheinland (Hrsg.): Snoezelen in der Altenarbeit. Diakonisches Werk Rheinland, 1998 S. 14

^{xlviii} vgl. Kitwood, Tom: Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen: Huber. 2000¹ Kapitel 2: Was heißt es, eine Person zu sein? (S. 25 bis 37)

Literaturverzeichnis

- ANDERSON, K. A. (u. a.) Hrsg.: Springer Lexikon Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 2. Auflage 2003
- ATTESLANDER, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 9., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, 2000
- BAER, Dieter; FRITZSCHE, Pia, HERFORTH, Michal, u.a.: Duden. Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim: Brockhaus AG, 2000
- BORTZ, J.; DÖRING, N.: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin u.a.: Springer, 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, 1995
- BÖHM; Erwin: Psychobiographisches Pflegemodell. Grundlagen; Maudrich Psychiatrie Verlag, 1999
- BRUNNER E. J., BAUER P, VOLKMAR S: Soziale Einrichtungen bewerten. Freiburg: Lambertus, 1998
- BÜSSING, Andre (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen, Bern, Toronto , Seattle: Hogrefe; 1997
- DANGEL, Barbara; KORPORAL, Johannes: Begriff und Konzept der aktivierenden Pflege. In: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (Hrsg.): Pflege Aktuell. Frankfurt am Main: Heinrich GmbH; 11/ 2000
- DEUTSCHER BUNDESTAG: „Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland:“ Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundestagsdrucksache 14/ 8822; BMfFSFuJ, 2002
- DE GRUYTER (Hrsg.): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch.259 Auflage. Berlin: De Gruyter 2002
- EVANGELISCHER VERBAND FÜR ALTENARBEIT IM RHEINLAND (Hrsg.): Snoezelen in der Altenarbeit. Diakonisches Werk Rheinland, 1998
- HATCH, Frank,; MAIETTA, Lenny; SCHMIDT, Suzanne: Kinästhetik. Interaktion durch Berührung und Bewegung in der Krankenpflege. Eschborn: DBFK 1992
- HAUPT, Walter F.; JOCHHEIM, Kurt-Alphons; REMSCHMIDT, Helmut (Hrsg.): Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe, Stuttgart, New York: Thieme, 9. Bearbeitete Auflage, 2002
Pflegeschwerpunkt Umgang mit dementen Menschen von Ute Schmidt-Hackenberg
- KÄPPELI, Silvia (Hrsg.): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. Band 3. Bern, Göttingen, Seattle, Toronto: Huber; 2000

KITWOOD, Tom: Demenz: Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern, Göttingen: Huber. 2000¹

KLIE, Thomas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover: Vincentz 2003

KOIJ, Cora van: "Demenzpflege: Herausforderung an Pflegewissen und Pflegewissenschaft" In: Tackenberg, P. & Abt-Zeglin, A.(Hrsg.): Demenz und Pflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 2000

LAMNEK, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2 Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, 3., korrigierte Auflage, 1995

FEIL, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen Der Umgang mit verwirrten alten Menschen. München: Reinhardt, 2001

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith: Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin, Wiesbaden: Ullstein, 1996

MAYRING, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 7. Auflage, 2000

MELEIS, Afaf Ibrahim: Pflege-theorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1999

MENCHE; Nicole, BAZLEN; Ulrike, KOMMERELL; Tilman (Hrsg.): Pflege Heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe. München, Jena: Urban & Fischer, 2. Auflage, 2001

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES, QUALIFIKATION UND TECHNOLOGIE DES LANDES NORDRHEIN-WESTFALEN (Hrsg.) Aktiv in NRW. Ehrenamt und Erwerbsarbeit – Zeitbalance oder Zeitkonkurrenz? Düsseldorf: Schäfer Graphics Verlag, 2000

OSTERBRINK, Jürgen (Hrsg.): Erster internationaler Pflege-theorienkongress, Nürnberg: Hans Huber, 1997

PEUSER, Karin: Alternative mit Perspektive. In: Altenpflege. Fachmagazin für die ambulante und stationäre Altenpflege. Hannover: Vincentz, 5/ 2002

SCHMIDT, Harry: Eine vergleichende analytische Betrachtung bedürfnisorientierter Pflegemodelle. In: Dokumentation Pflege-theorie 6 / 1997